

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Sara Marija Peklaj
Zadovoljstvo zaposlenih v referenčnih ambulantah družinske medicine
Magistrsko delo

Ljubljana, 2014

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Sara Marija Peklaj

Mentorica: red. prof. dr. Tanja Rener

Zadovoljstvo zaposlenih v referenčnih ambulantah družinske medicine

Magistrsko delo

Ljubljana, 2014

Svet pripada tistim, ki verjamejo v svoje sanje (neznani avtor).

ZAHVALA

Neskončno sem hvaležna mami in atiju za vso ljubezen od prvih korakov do neizmerne podpore
v času študija.

Gašper, hvala za podporo in zato, ker si. Ema, hvala za motivacijo.

Iskrena hvala vsem prijateljem, sodelavcem in družini, ki ste mi kadarkoli stali ob strani in
kakorkoli prispevali k nastanku magistrske naloge ter mi vliвали pogum med študijem.

Zahvaljujem se tudi mentorici red. prof. dr. Tanji Rener za vso strokovno pomoč in napotke pri
izdelavi magistrske naloge.

POVZETEK

Zadovoljstvo zaposlenih v referenčnih ambulantah družinske medicine

Vsaka organizacija mora za obstoj in delovanje imeti vsaj en pogoj: ljudi. Cilji, ki si jih zastavi organizacija, so ponavadi odvisni predvsem od njih. Med cilji pa sta nedvomno uspešno poslovanje in doseganje dobrih rezultatov. Uspešnost podjetij se lahko meri tudi kot drugačnost, konkurenčnost, le-to pa zagotavljajo ljudje. Če so zaposleni zadovoljni na delovnem mestu, to vpliva na kakovost življenja, motivacijo, vedenje ter tudi ostala stališča in prepričanja ter na organizacijsko klimo. Zadovoljstvo zaposlenih lahko označimo tudi kot dobre odnose med zaposlenimi.

V prvem delu naloge opisujem pomen pojmov: zdravje, referenčne ambulante, organizacijska klima in zadovoljstvo. Če je cilj organizacije trajno zadovoljstvo zaposlenih, in če je cilj dejansko izpolnjen, postane organizacijska klima ugodna in pozitivna. V drugem delu naloge pa predstavljam rezultate opravljene raziskave med zaposlenimi v referenčnih ambulantah. Na podlagi izsledkov sem pripravila nekaj predlogov za izboljšanje zadovoljstva zaposlenih.

KLJUČNE BESEDE: referenčna ambulanta, zdravje, zadovoljstvo, zaposleni, organizacijska klima.

ABSTRACT

Employee satisfaction in model practices

People are essential for the existence and functioning of any organization. Objectives defined by the organization tend to depend primarily on them. Among the objectives are successful business and achieving good results. Performance of companies can be measured as difference, competitiveness, which are provided by people. If employees are happy at work, it affects the quality of life, motivation, behavior, as well as other views and beliefs as well as on organizational climate. Employee satisfaction can be also described as good relations between employees.

In the first part of the thesis I am describing the importance of the terms of health, model practices, organizational climate and satisfaction. If the organization's objective is satisfaction of employees and if the objective is reached, organizational climate becomes favorable and positive. In the second part of the thesis I am presenting the results of a research carried out among employees in model practices. Based on the results, I have some suggestions for improving employee satisfaction.

KEY WORDS: model practices, health, satisfaction, employee, organization climate.

KAZALO

POVZETEK.....	4
ABSTRACT.....	4
KAZALO	5
KAZALO GRAFOV.....	8
KAZALO TABEL	9
1 UVOD.....	10
1.1 PROBLEMATIKA MAGISTRSKE NALOGE	11
1.2 METODE DELA	11
2 ZDRAVJE IN ZDRAVSTVENO VARSTVO.....	13
2.1 PRIMARNO (OSNOVNO) ZDRAVSTVO	18
2.2 DRUŽINSKA MEDICINA.....	19
3 REFERENČNE AMBULANTE	21
3.1 PROJEKT REFERENČNIH AMBULANT	21
3.1.1 Vsebinska nadgradnja dela v referenčni ambulanti	22
3.1.2 Organizacija dela v referenčni ambulanti	24
3.1.3 Vloga diplomirane medicinske sestre	25
3.1.4 Opravljanje preventivnih pregledov.....	25
3.1.5 Registri kroničnih bolnikov	27
4 OPREDELITEV ZADOVOLJSTVA.....	29
4.1 ZADOVOLJSTVO ZAPOSLENIH.....	29
5 ORGANIZACIJSKA KLIMA.....	31
5.1 OPREDELITEV POJMA ORGANIZACIJSKE KLIME	31
5.2 ORGANIZACIJSKA KLIMA IN USPEŠNOST ORGANIZACIJE.....	33
5.3 MERJENJE ORGANIZACIJSKE KLIME.....	34

5.4	DIMENZIJE ORGANIZACIJSKE KLIME	35
5.4.1	Notranji odnosi.....	35
5.4.2	Motivacija in zavzetost	36
5.4.3	Pripadnost organizaciji.....	36
5.4.4	Vodenje	37
5.4.5	Organiziranost.....	37
5.4.6	Strokovna usposobljenost in učenje.....	38
5.4.7	Poznavanje poslanstva, vizije in ciljev.....	39
5.4.8	Notranje komuniciranje in informiranje.....	40
6	RAZISKAVA ZADOVOLJSTVA ZAPOSLENIH	41
6.1	SESTAVA IN STRUKTURA VPRAŠALNIKA O ZADOVOLJSTVU ZAPOSLENIH	41
7	METODE ZBIRANJA PODATKOV	43
7.1	PREDSTAVITEV REZULTATOV RAZISKAVE.....	43
7.1.1	Podatki o ambulanti	43
7.1.2	Pregled merjenja rezultatov dimenzij organizacijske klime	45
7.1.3	Zadovoljstvo	55
7.1.4	Posredna vprašanja.....	56
7.1.5	Predlogi	58
7.1.6	Raziskovalno vprašanje.....	68
8	PREDLOGI ZA IZBOLJŠANJE.....	71
9	ZAKLJUČEK	78
10	LITERATURA	80
	PRILOGA A: VPRAŠALNIK O ZADOVOLJSTVU ZAPOSLENIH.....	84
	PRILOGA B: REZULTATI VPRAŠALNIKA O ZADOVOLJSTVU ZAPOSLENIH	87
	PRILOGA C: PREDLOG REGIJSKIH SREČANJ	88

PRILOGA Č: SEZNAM KRAJEV RURALNIH AMBULANT 88

PRILOGA D: SEZNAM KRAJEV VZHODNEGA IN ZAHODNEGA DELA SLOVENIJE ... 91

KAZALO GRAFOV

Graf 3.1: Rezultati opravljene preventive za leto 2012 in 2013	26
Graf 7.1: Vloga zaposlenega v referenčni ambulanti za leto 2012	43
Graf 7.2: Vloga zaposlenega v referenčni ambulanti za leto 2013	44
Graf 7.3: Delež ambulant s koncesijo (zasebne) in ambulant v javnem zavodu (javne) v letu 2012.....	44
Graf 7.4: Delež ambulant s koncesijo (zasebne) in ambulant v javnem zavodu (javne) v letu 2013.....	45
Graf 7.5: Notranji odnosi	45
Graf 7.6: Motivacija in zavzetost.....	47
Graf 7.7: Pripadnost organizaciji.....	48
Graf 7.8: Vodenje	49
Graf 7.9: Organiziranost.....	51
Graf 7.10: Strokovna usposobljenost in učenje	52
Graf 7.11: Poznavanje poslanstva, vizije in ciljev.....	53
Graf 7.12: Notranje komuniciranje in informiranje	54
Graf 7.13: Zadovoljstvo	55
Graf 7.14: Delež vprašanj in primerjava med leti 2012 in 2013.....	56
Graf 7.15: Delež vprašanj in primerjava med leti 2012 in 2013.....	57
Graf 7.16: Komentarji »prostorska stiska«	59
Graf 7.17: Komentarji »prostorska stiska«	61
Graf 7.18: Komentarji »preobremenjenost«	62
Graf 7.19: Komentarji »informacijska podpora«	63
Graf 7.20: Komentarji »finančna sredstva«	64
Graf 7.21: Komentarji, delež, leto 2012.....	64
Graf 7.22: Komentarji, delež, leto 2013.....	65
Graf 7.23: Pregled podatkov po dimenzijah organizacijske klime	66
Graf 7.24: Primerjava povprečnih ocen (tenda) organizacijske klime.....	67

KAZALO TABEL

Tabela 3.1: Tabela kazalnikov kakovosti	23
Tabela 3.2: Delitev dela med zdravnikom in DMS	24
Tabela 3.3: Rezultati opravljene preventive: število novo odkritih kroničnih bolnikov in število pregledanih od začetka delovanja referenčnih ambulant do konca 2013	27
Tabela 3.4: Stanje o številu pacientov v posameznih registrih na dan 31. 12. 2012	28
Tabela 7.1: Vloga zaposlenega v referenčni ambulanti za leto 2012 in 2013.....	43
Tabela 7.2: Status ambulante	44
Tabela 7.3: Število odgovorov »drugo«	57
Tabela 7.4: Število odgovorov »drugo«	58
Tabela 7.5: Komentarji »prostorska stiska«	59
Tabela 7.6: Komentarji »organizacija dela«	60
Tabela 7.7: Komentarji »preobremenjenost«.....	62
Tabela 7.8: Komentarji »informacijska podpora«.....	63
Tabela 7.9: Komentarji »finančna sredstva«	63
Tabela 7.10: Primerjava povprečnih ocen dimenzij za leti 2012 in 2013	67
Tabela 7.11: Povprečje trditev v vprašalniku.....	68

1 UVOD

Za temo magistrske naloge sem si izbrala v zadnjem času zelo aktualno temo, in sicer zdravstvo. V magistrski nalogi bom izpostavila projekt, ki ga je začel nekdanji minister za zdravje, Dorijan Marušič, in sicer referenčne ambulante, ki so bile zelo dobro sprejete, tako med izvajalci zdravstvenih storitev, kot tudi med pacienti. Kot del projektne pisarne referenčne ambulante sodelujem v projektne svetu in sem seznanjena z aktivnostmi celotnega projekta, na projektu sem zaposlena od vsega začetka, od aprila 2011.

Ko govorimo o referenčnih ambulantah, se lahko uporablja različne pojme. Za boljše razumevanje v javnosti se uporablja tudi pojem referenčne ambulante družinske medicine. Kaj pravzaprav so referenčne ambulante? Poplas Susič in Marušič (2011, 11) razlagata, da je »referenčna ambulanta naziv za ambulanto družinske medicine z razširjenim timom zdravstvenega osebja: poleg zdravnika in medicinske sestre paciente referenčne ambulante spremlja tudi diplomirana medicinska sestra oziroma diplomirani zdravstvenik« (v nadaljevanju DMS). Ta bo spremljala urejene kronične bolnike in njihove parametre ter opravljala preventivne aktivnosti. Zaradi trenutnega kadrovskega in finančnega položaja bo DMS zaposlena za polovični delovni čas.

Zadovoljstvo lahko definiramo na podlagi pričakovanja. Če bo porabnikovo pričakovanje do storitev visoko in bo takšno storitev tudi dobil, bo zelo zadovoljen, navdušen. Če pa storitev ne bo dosegla njegovih pričakovanj, bo nezadovoljen, razočaran. (Potočnik 2004, 128–129).

Vsak delodajalec se zaveda, da je za uspešnost organizacije pomembno, da so zadovoljni tako zaposleni kot tudi uporabniki storitev. Pomembno je, da je tako tudi v vsaki zdravstveni organizaciji. Menim, da se zadovoljstvo zaposlenih odraža v njihovem delu, kar je še posebej pomembno v zdravstvenih organizacijah, saj to občutijo tudi pacienti.

1.1 PROBLEMATIKA MAGISTRSKE NALOGE

Projekt referenčnih ambulant deluje pod vodstvom projektne sveta. Le-ta ima nalogo usmerjati razvoj in potrjevati usmeritve in odločitve stroke, povezane s projektom. Projektne svetu predseduje minister za zdravje, vodi ga vodja projekta, sestavljajo pa ga člani projekta, ki so predstavniki institucij, vpletenih v delo primarne ravni. Nalogo projektne vodenja in podpore projektu ima projektne pisarna (Poplas Susič in drugi 2013, 638). V projektne svetu smo sklenili, da je pomembno, da letno ugotovljamo, kako zadovoljni so zaposleni v referenčni ambulanti. Zato smo med zaposlene v referenčnih ambulanti razdelili vprašalnike o zadovoljstvu zaposlenih in jih obdelali. Ker bom sama sodelovala pri izvedbi in analizi vprašalnika, se mi zdi smiselno, da ga uvrstim v magistrsko nalogo, analiza vprašalnika bo predstavljala temelj naloge.

Vprašalnik o zadovoljstvu zaposlenih v referenčni ambulanti naj bi izpolnili vsi zaposleni v referenčni ambulanti, v vsaki ambulanti so zaposleni trije sodelavci (zdravnik, DMS in srednja medicinska sestra (v nadaljevanju SMS)). Za leto 2012 je bilo v raziskovanje vključenih 230 ambulant, izpolnjenih vprašalnikov je bilo 371, konec leta 2013 pa je bilo vključenih 333 ambulant, izpolnjenih vprašalnikov je bilo 480. V raziskovanje nismo vključili ambulant, ki so z delom pričele decembra 2012 oziroma 2013. Vprašalnika o zadovoljstvu zaposlenih za leto 2012 in 2013 sta bila vnesena v spletni aplikaciji Ika, spletno povezavo smo obakrat poslali po elektronski pošti vsem zaposlenim. Podatke smo obdelovali preko spletne aplikacije Ika. Vprašalnik o zadovoljstvu zaposlenih se je za leto 2012 izpolnjeval od 25. marca do 6. maja 2013, za leto 2013 pa od 20. januarja do 21. februarja 2014.

1.2 METODE DELA

V magistrskem delu bo uporabljenih več metod za proučevanje zadovoljstva zaposlenih.

Teoretični del magistrskega dela bo temeljil na analizi strokovne literature tujih in domačih avtorjev, virov in člankov s področij zdravstva, zadovoljstva zaposlenih ter organizacijske klime.

V empiričnem teoretičnem delu bom uporabila tudi metodo dokumentiranja, deskripcije in klasifikacije ter komparativno metodo za ugotavljanje razlik in podobnosti, saj bom pridobljene rezultate primerjala s pridobljenimi rezultati zadovoljstva zaposlenih za leti 2012 in 2013.

V magistrski nalogi se bom posvetila interpretaciji rezultatov vprašalnika in primerjave med letoma 2012 in 2013, območnimi enotami in ambulantami v mestnem in ruralnem okolju. Zastavila sem si raziskovalno vprašanje, ki temelji na podlagi predvidevanj in izkušenj z delom v projektni pisarni. Rezultate bom primerjala med območnimi enotami Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZZS) ter primerjavo med mestnimi in ruralnimi ambulantami. Ministrstvo za zdravje je pripravilo seznam ambulant, ki sodijo v ruralno območje. Seznam bom uporabila, da bom mestne ambulante ločila od ruralnih. Seznam ruralnih ambulant je razviden v Prilogi Č. Območne enote sem razdelila na dva dela:

- zahodni del: območna enota Ljubljana, Nova Gorica, Koper in Kranj ter
- vzhodni del: območna enota Ravne na Koroškem, Celje, Maribor, Murska Sobota, Krško in Novo mesto.

Seznam krajev, ki sodijo v zahodni oziroma vzhodni del, je razviden v Prilogi D.

Raziskovalno vprašanje, ki sem si ga zastavila: ali lahko primerjamo zadovoljstvo zaposlenih glede na območne enote ZZZS, ruralnost ambulant, lokacijo ambulant, organiziranost ambulant, glede na leti 2012 in 2013, glede na profil zaposlenih, to je DMS in zdravnik?

Vsi odgovori iz ankete bodo grafično prikazani, iz aritmetične sredine posameznih odgovorov bo prikazana ocena posameznega ključa.

Glede na dejstvo, da v projektu sodelujem že od vsega začetka, to je od aprila 2011, ko sem bila zaposlena še na Ministrstvu za zdravje, imam na celotno sliko širši pogled kot opazovalec. Raziskovalno vprašanje sem zato prilagodila izkušnjam, ki sem jih pridobila skozi sodelovanje v projektu. Večkrat smo opazili, da se kažejo razlike med območnimi enotami ZZZS, med ambulantami v javnih zavodih in koncesionarji. Večkrat so nas zaposleni na razlike tudi

opozorili, zato je še toliko bolj pomembno, da jih raziščem. Oblikovala sem raziskovalno vprašanje, ki ga podrobneje raziščem v 6. poglavju.

2 ZDRAVJE IN ZDRAVSTVENO VARSTVO

Danes sicer ni enotnega odgovora, kaj je zdravje, vsekakor je to veliko več kot odsotnost bolezni, kot pravi Kamin (2004, 10), ko piše, da »to ni le stanje, pač pa postaja način življenja in je hkrati tudi vrednota in norma. Po funkcionalistični teoriji naj bi bilo ključno, da nek koncept deluje kot vrednota, če se potrdi z delovanjem posameznika, v našem primeru v zdravem življenjskem slogu«. Musek (2000, 9) pravi, da je zdravje ena od najpomembnejših vrednot in ni nujno, da posamezniki, za katere je zdravje na visokem položaju med vrednotami, enako varujejo svoje zdravje.

Ule (2003, 41–42) pa pravi, da lahko v medicini najdemo še druge poglede na realnost zdravja in bolezni. Obstajajo pa še druge možne konstrukcijske realnosti, v katerih sodelujejo še vmesne institucije: industrija, oglaševalci, mediji, šola, politika, itd. Kar pa je v sodobnih družbah značilno za konstrukcije realnosti, da ima zdravje v teh predstavah in vrednotenjih izjemno pomembno mesto. Lahko rečemo, da se ohranjanje zdravja spreminja v posebno ideologijo, ki nadomešča religijo in vero v odrešenje.

Thomas (2003, 7–15) ugotavlja, da je »zdravje« nemara eden izmed najtežje definiranih izrazov znotraj zdravstvenega varstva, kajti njegov pomen se je skozi čas spreminjal. Ugotavlja, da številne ponujene definicije predstavljajo različne perspektive, za katere pa se ne da reči, da so napačne oziroma pravilne, temveč so odvisne od vsakega posameznika. Pojem zdravja je socialni ideal, njegova konceptualizacija je različna v različnih kulturah in zgodovinskih obdobjih. Opozarja, da je vsak sistem zdravstvenega varstva zagotovo produkt družbe, v kateri obstaja, in kulturnih značilnosti, ki karakterizirajo družbo. Po njegovem mnenju je sistem zdravstvenega varstva lahko razumljen samo znotraj svojega socio-kulturnega konteksta, kajti niti dva sistema zdravstvenega varstva nista povsem enaka. Meni, da je zdravstveno varstvo prav tako težko

definirati kot zdravje oziroma bolezen; najprej in prepogosto se pomisli na bolnišnično medicinsko oskrbo z vrhunsko in napredujočo tehnologijo, ki je samo en segment aktivnosti sistema zdravstvenega varstva. Razlaga, da v sodobnih ZDA zdravstveno varstvo vključuje formalno, institucionalno varstvo skupaj z »alternativnimi« terapijami, zdravstveno nego in drugimi aktivnostmi, osnovanimi za zaščito pred boleznijo, zdravljenje bolezni, izboljševanje kvalitete življenja in kakorkoli ohranjanje zdravja. Thomas podaja »vedenjsko« definicijo zdravstvenega varstva, kot npr. medicinske in preventivne ukrepe, ki jih izvedemo sami ali drugi za vzdrževanje funkcionalnega zdravstvenega stanja, ter »institucijsko« definicijo kot družbene, kulturne in organizacijske načrte, namenjene vzdrževanju zdravstvenega stanja svoje populacije. Kot najprimernejšo definicijo pa avtor opredeljuje »katerokoli dejanje, izvedeno z namenom povrnitve, vzdrževanja ali izboljševanja zdravstvenega stanja vsakega posameznika«.

Zdravje je po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije v ožjem pomenu odsotnost bolezni, v širšem pomenu pa stanje popolne telesne, duševne in socialne blaginje. Širša definicija zdravja je uporabna tako v razvitih kot v razvijajočih se državah in velja v enaki meri za oba spola, ne glede na starost. Za posameznika ima zdravje vsaj občasno osrednji pomen. Je namreč dejavnik, ki zadeva sam temelj človekove eksistence, in najbolj pride do izraza v situaciji, ko zdravje manjka, oziroma ob pojavu hujših bolezenskih težav (Malnar 2002, 4).

Razlike v odnosu do zdravja in bolezni odražajo osnovne kulturne in strukturne razlike v razmerjih moči v družbi. Le malokdo se strinja, kaj je zdravje in kaj bolezen, če pregledujemo nazore o tem v različnih družbah, kulturah in zgodovinskih obdobjih. Diskurzov o zdravju je več. Kateri diskurz je dominanten, je odvisno od obdobja in/ali prostora. Povsod pa so imeli oziroma imajo zdravje in bolezen za pojma, ki nujno spadata k splošnim modalitetam človeške eksistence (Ule 2003, 27).

Zdravje je bilo za Parsonsa pomembna družbena dobrina, zaradi katere je posameznik dosegal uspehe in je družba delovala nemoteno. Zaradi zdravja naj bi posameznik opravljal družbene vloge, ki jih opravlja glede na njegov položaj. Marskistična paradigma prav tako poudarja družbeno dimenzijo zdravja, ki pravi, da je zdravje posledica družbenih neenakosti. Vpliv na

zdravje naj bi imeli predvsem socialni, politični in ekonomski dejavniki, na njih pa posameznik nima vpliva. To so lahko organizacija urbanega prostora, industrijsko onesnaževanje, getoizacija, socialna izolacija, neenak dostop do zdravstvenih servisov, brezposelnost, nezdravi delovni pogoji, itd., vse, kar dela posameznika ranljivega za bolezen (Malnar 2002, 5–6).

Prepričanja o zdravju in bolezni v tradicionalnih (predmodernih) družbah so bila povezana s pojmi verske čistosti in nevarnosti. Pojmovanja zdravja so bila usmerjena bolj v zdravje duše kot v zdravje telesa. Smatralo se je, da so ljudje bolni zaradi kršenja določenih družbenih norm ali tabujev, ki so ločili sveto od profanega. Bolezen in zdravje sta bila pogosto povezana s tabuji o telesnih tekočinah, kjer je stik, na primer z menstrualno krvjo, lahko povzročil bolezen pri posamezniku ali nesrečo za celo pleme. Vzroke bolezni so pripisovali vplivom zlih sil, čarovnije in obsedenosti z demoni. Prevladujoče postavke o bolezni v tradicionalnih družbah je moč iskati znotraj diskurza svetih pojavov (Turner 2003, 9–10).

Antičnemu pojmovanju zdravja in bolezni kot posledico naravnih dejavnikov sledi ambivalentno judovsko – krščansko pojmovanje. Na eni strani bolezen predstavlja priložnosti, da se s trpljenjem odkupimo za svoje grehe. Bolezen je videna kot kazen in božji dar hkrati. Skrb za zdravje v tem času ni imelo bistvene vloge, pomembnejša postane skrb za dušo in za odrešenje (Ule 2003, 14–15).

Individualen odnos posameznikov do svoje grešnosti se je pojavil v reformaciji. Posameznik je postal bolj odgovoren za svoja ravnanja, ki bi lahko bila tvegana in s tem vzbudila občutke odgovornosti. Zdravje je postalo fenomen, posameznik je začel skrbeti za lastno zdravje, bolezni pa se s pravnimi ukrepi in odgovornostjo lahko izognemo (Ule 2003, 15).

Z moderno družbo se hkrati s pojavom možnosti, ki ponujajo uspeh ali socialno promocijo, večje izbire, poveča tudi negotovost, tveganje za napačne izbire in odločitve. V tradicionalnih družbah je bila življenjska pot dokaj začrtana in ni ponujala veliko alternativ, s pojavom industrializacije, modernejšega in hitrejšega prometomterneznanskega povečanja trga blaga in dela se ponudi veliko možnosti in izbir. Nastane vse večje zanimanje za različne oblike terapij za telesno in duševno počutje, ki je izraz potrebe po refleksiji lastnega življenja in lastne identitete. Sodobni

človek ima za ikone varnost, telo in predvsem zdravje. S procesom modernizacije sta se pojma zdravje in bolezen demitologizirala in sekularizirala in vstopila v različne zdravstvene diskurze (Ule 2003, 20–22).

Laiki še vedno povezujejo bolezen z moralnim ocenjevanjem hvale in graje, v modernih družbah pa predvsem medicina in pravo, ne pa religija, določata, kaj je napačno oziroma »pregrešno« vedenje in delovanje. Danes pojem greha zamenjata pojma bolezen in kriminalno vedenje. Vedenjske oblike, npr. homoseksualnost, alkoholizem, simuliranje bolezni, ki so veljale za pregrehe, se v modernih družbah večkrat pojmujejo kot bolezni. Številne zdravstvene prakse, ki so danes v veljavi, kot so npr. Diete, telesne vaje, preventivna medicina, začetki veljajo v religioznih in asketskih praksah, so se pod vplivom sekularizacije družbe spremenile v sredstva za omogočanje ali promocijo posvetnih užitkov. Širjenje praks, povezanih z zdravjem, telesom in prehranjevanjem, naj bi nadomestilo upadanje moči religioznih praks. Prava sekularizacija se ni pričela z napredkom kapitalizma, ampak v drugi polovici dvajsetega stoletja in se dogaja kot prepletanje novih individualnih duhovnih iskanj in zamenjave vrednotnih in identitnih sistemov ljudi (Ule 2003, 26–28).

»V okviru svetega je moč razlage in vzroke zdravja in bolezni iskati v nadnaravnem, nenaravnem, kot sveto ali božjo kazen, ki doleti vsakega, ki krši moralne (religiozne) norme. O bolezni se presoja z moralnimi merili, odgovornost zanjo nosijo posamezniki sami. Za boljše zdravje se tako lahko skrbi s pomočjo discipliniranega telesa, asketizmom, posti, ipd., v največji meri pa s strogim upoštevanjem religioznih pravil« (Kamin 2006, 21).

Zdravje in bolezen se v okviru posvetnega razume kot posledico naravnih in razločljivih povzročiteljev. Kateri so tisti dejavniki, ki povzročajo bolezen, se iščejo v zunanjih dejavnikih, na primer bakterije in virusi. Če posameznik zboli, za to ni več kriv on sam, ampak nek zunanji dejavnik, ki napade posameznikovo telo. Posameznik je odgovoren za to, da poskrbi za obilko zdravstvenega zavarovanja, s pomočjo katere bo poskrbel za medicinsko obravnavo in pomoč (Kamin 2006, 21).

V Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (2006) je zdravstveno varstvo opredeljeno kot »sistem družbenih, skupinskih in individualnih aktivnosti, ukrepov in storitev za krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, zgodnje odkrivanje, pravočasno zdravljenje, nego in rehabilitacijo zbolelih in poškodovanih. Poleg tega obsega zdravstveno varstvo tudi pravice iz zdravstvenega zavarovanja, s katerimi se zagotavlja socialna varnost v primeru bolezni, poškodbe, poroda ali smrti«.

Poredoš (2005, 799) opredeljuje zdravstveno varstvo kot enega izmed največjih in organizacijsko najzahtevnejših sistemov, saj je sistem zdravstvenega varstva zelo razvejan. Pokrivati mora najosnovnejše interese vsakega posameznika, hkrati pa je delovanje sistema povezano z izjemno velikimi stroški, ki se z razvojem medicine nenehno povečujejo.

Sistem zdravstvenega varstva je razvejan, odprt, dinamičen sistem, ki se spreminja v času, kjer se razvojne spremembe kažejo tako v zgradbi sistema (notranje spremembe) kot tudi v delovanju (zunanje spremembe). Sistem zdravstvenega varstva se prilagaja spremembam širšega družbenega in političnega okolja ter zdravstvenim potrebam in zahtevam ljudi. Ugotavlja, da se je v sistem zdravstvenega varstva zelo zgodaj vmešala država, da bi v njem strokovno in ekonomsko zavarovala bolnika. V delovanju sistema zdravstvenega varstva razvitih držav pa se bolj mešajo tudi spontani tržni odnosi. Tako dandanes prevladujejo mešani javno-zasebni sistemi (Česen, 1998, 20).

»Uspešen sistem zdravstvenega varstva v naslednjem stoletju, pa tudi vsi posamezniki v njem, se bo moral dobro prilagajati novim izzivom, hitrim spremembam, stalno izboljševati kakovost, moral bo biti sposoben, ponovno definirati pojme zdravja in zdravstvenega varstva in ob dejstvu, da je naš namen in želja koristiti pacientom in celotnemu prebivalstvu, vedno znova analizirati in ocenjevati svojo učinkovitost« (Praznik 1999, 7).

Česen (2006, 29) se strinja in pravi, da sta »funkcionalna in organizacijska zgradba sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji dobra in ne potrebuje revolucionarnih sprememb«. Meni, da je preblikovanje sistema v obliki reforme dolgotrajen proces, ki lahko traja več mandatov. Poudarja, da »morajo biti spremembe dobro premišljene in za večino ljudi koristne, kajti odveč

je spreminjanje zdravstvenega sistema samo zaradi razlik v ideologiji in vrednostnih sistemih vsakokratnih nosilcev oblasti«.

2.1 PRIMARNO (OSNOVNO) ZDRAVSTVO

Primarno zdravstveno varstvo je tisto področje zdravstvenega varstva, ki je odgovorno za zdravje določene populacije. Združuje klinično zdravljenje posameznikov z epidemiološkimi raziskavami in socialnim delom, zato delo na tem področju obsega tudi izvajanje zdravstvenega programa, namenjenega skupnosti, pravi Švab (2004, 185). Diagnostika, zdravljenje in stalni zdravstveni nadzor so osredotočeni tako na posameznika kot tudi na skupnost oziroma prebivalstvo.

Primarno zdravstveno varstvo služi razreševanju glavnih zdravstvenih problemov in zagotavlja aktivnosti za promocijo, varovanje in vračanje zdravja, vključuje ne le osnovne zdravstvene dejavnosti, marveč tudi druge sektorje in aspekte razvoja skupnosti, kot so izobraževanje, socialno varstvo, živilska industrija, preskrba itd., razlaga Komadina (1995, 7), ter nadaljuje, da primarno zdravstveno varstvo koordinira napore vseh sektorjev, ki vplivajo na zdravje in življenjski standard ljudi. Primarno zdravstveno varstvo terja in spodbuja skupno odgovornost in sodelovanje posameznikov ter skupnosti pri načrtovanju, izvajanju in nadziranju sistema zdravstvenega varstva in razporejanju razpoložljivih resursov, poudarja avtor.

»Osnovna zdravstvena dejavnost naj bi predstavljala temelj vseh kakovostnih sistemov zdravstvenega varstva na svetu. Na to dejstvo opozarjajo številne deklaracije mednarodnih organizacij, na čelu s Svetovno zdravstveno organizacijo. Dobra osnovna zdravstvena dejavnost namreč omogoča večjo kakovost, manjše stroške, večjo enakost in večje zadovoljstvo z zdravstvenim varstvom nasploh« (Poplas Susič in Marušič 2011, 10).

Poplas Susič in Marušič (2011, 10) opozarjata, da se spremembe zdravstvenega sistema pogosto dogajajo v nepravo smer, saj v marsikateri državi v ospredje interesa prihaja komercializacija, potrošništvo in želja po zaslužku. Vse te usmeritve pa dokazano škodujejo zdravju ljudi, situacijo

pa je Svetovna ekonomska kriza je še poslabšala. »Zdravstveni sistemi postajajo vse manj pravični. Ogrožajo jih naslednji trendi:

- poudarjanje specialistične zdravstvene oskrbe na račun primarne,
- osredotočanje zdravstvene politike na kratkoročne cilje na definiranih in ozkih področjih,
- prepuščanje ključnih strateških odločitev času in komercializaciji«.

Namen zdravstvenega sistema na osnovni ravni v Sloveniji je:

- *omogočiti kakovostno obravnavo vseh bolnikov na primarni ravni do stopnje, ko je nujna napotitev na sekundarno raven,*
- *povečati kakovost in stroškovno učinkovitost obravnave bolnikov,*
- *povečati zadovoljstvo bolnikov in zaposlenih na primarni ravni. Za izboljšanje stanja je potrebno sedanji sistem kakovostno nadgraditi in mu omogočiti pospešen strokovni razvoj (Poplas Susič in Marušič 2011, 10–11).*

2.2 DRUŽINSKA MEDICINA

Družinska medicina je prvi stik pacienta z zdravstveno službo, pri čemer se razvija odnos, ki je osredotočen na posameznika, njegovo družino in skupnost. Med zdravnikom in pacientom poteka posvet, med katerim se ustvarja povezava, ki ponavadi traja dlje časa, odvisna od potreb pacienta, na podlagi katerih se zdravnik odloča. Zdravnik pacienta spodbuja k zdravemu načinu življenja in spremlja njegove akutne ter kronične probleme (Živčec Kalan in drugi 2004a, 145).

Odgovor na vprašanje, kaj je družinska medicina, podaja Švab (Načela družinske medicine, 2014): »Družinska medicina je medicinska specialnost, ki se ukvarja z načrtovanjem in zagotavljanjem celostnega in trajnega primarnega zdravstvenega varstva vsem članom družine, ne glede na starost in spol.« Švab (Načela družinske medicine, 2014) povzema tudi definicijo ameriškega združenja družinskih zdravnikov: »Družinska medicina je nadaljevanje zgodovinske tradicije nekdanjih splošnih zdravnikov in njihov sedanji izraz. Edinstveno je opredeljena v družinskem kontekstu. Družinska medicina je celostna zdravstvena oskrba s posebnim poudarkom na družini kot enoti, v kateri se zdravnikova stalna odgovornost za zdravstveno

varstvo ne omejuje na bolnikovo starost in spol ali na posamezni organ ali bolezen.« Kersnik (2001, 3), ugotavlja, da za razliko od tehnološko zahtevnejših področij, ponuja družinska medicina oskrbo z manj tehnologije in več osebne povezanosti.

Študije po Evropi kažejo, da je obremenitev zdravnikov družinske medicine velika, glede na število obiskov na dan pa prednjači Slovenija. Zaradi tega peša predvsem preventivna dejavnost, stroko pa obremenjujejo tudi nepotrebne administrativne storitve. Zato obravnava bolnikov ne more pridobivati na kakovosti, čeprav se pričakuje. Trenutno stanje razpoložljivosti zdravnikov v Sloveniji prav tako ne more zadostiti kadrovskim potrebam osnovnega zdravstva, je pa možno zaradi razpoložljivosti tim družinske medicine okrepiti z DMS. Z zaposlovanjem tovrstnega kadra, ki ga doslej osnovno zdravstvo ni imelo, blažimo obremenjenost zdravnikov in s tem posredno krepimo osnovno zdravstvo in zdravstveno dejavnost kot tako nasploh (Poplas Susič in Marušič 2011, 11).

3 REFERENČNE AMBULANTE

Referenčne ambulante so na področju družinske medicine novost, kjer se timu družinske medicine, to je zdravniku in tehniku zdravstvene nege za polovični delovni čas pridruži še DMS. Spreminja se organizacija in vsebina dela v osnovnem zdravstvu.

3.1 PROJEKT REFERENČNIH AMBULANT

Začetki projekta segajo v leto 2008, ko se je zbrala večina najvidnejših predstavnikov stroke družinske medicine, ki so se strinjali, da je delo družinskega zdravnika potrebno nadgraditi. Po ugotovitvah, da ima zdravnik premalo časa za bolnika, se je bilo potrebno vprašati, kaj lahko storimo, da se zdravnika razbremenimo. Strinjali so se, da je potrebno administrativno razbremeniti zdravnika, da je potrebna dodatna kadrovska okrepitev in da je potrebno s timsko obravnavo pristopiti k pacientom (Poplas Susič in drugi 2013, 637).

Glede na študije iz tujine, so ugotovili, da so DMS kompetentne prevzemati odgovornost za nekatere segmente dela v družinski medicini. DMS so priključili timu, ki je do sedaj obsegal zdravnika in srednjo medicinsko sestro, tako pa se je dvignila tudi kakovost dela, še posebej na področju vodenja kroničnih pacientov in preventive. Predstavniki primarne in sekundarne ravni so pripravili protokole in natančno opredelili način dela. Leta 2011 je projekt zaživel tudi v praksi. Aprila tega leta so se projektu priključile prve ambulante (Poplas Susič in drugi 2013, 637–638). Projektu se priključujejo zdravniki, seveda s konsenzom vodstva zavoda, ustrezati morajo merilom kakovosti ambulante, ki ga določa vprašalnik o samooceni ambulante. Vprašalnik je priredba evropskega modela poslovne odličnosti EFQM (Ministrstvo za zdravje: Referenčne ambulante), vsebuje vprašanja glede organizacije ambulante na področju infrastrukture, informacij, človeških virov, načrtovanja/planiranja ter kakovosti in varnosti. Pogoji, ki jih morajo izpoljevati nosilci ambulant, je specializacija splošne oziroma družinske medicine. Če te nima, pa mora imeti zadostno število opredeljenih odraslih pacientov nad 30 let in imeti mentorja, ki bo spremljal njegovo delo (Poplas Susič in drugi 2013, 638).

Projektni svet referenčne ambulante je na svoji seji sprejel sklep, da morajo biti ambulante čim bolj enakomerno razporejene po celotni Sloveniji. Tako pri izbiranju vsakega paketa skupine na novo vključenih ambulant uporabljamo statificirana merila za razvrstitev (rangiranje) prijavljenih kandidatov:

- *regija (enakomerna regijska razporeditev po Sloveniji je ena bistvenih zahtev pri pridobitvi statusa referenčnih ambulant. Tako se slednje uvajajo v najrazličnejša okolja, ki s specifičnimi geografskimi pogoji različno opredeljujejo zdravnikovo delo.),*
- *ruralna lokacija (znotraj regije imajo prednost ruralne ambulante),*
- *datum prejema popolne prijave (med preostalimi ambulantami imajo prej prispele prijave),*
- *uravnoteženo razmerje med ambulantami v javnih zavodih in koncesionarji (med neruralnimi ambulantami imajo prednost ambulante, ki prispevajo k temu, da je razmerje med ambulantami v javnih zavodih in koncesionarji čim bolj primerljivo z razmerjem med ambulantami v javnih zavodih in koncesionarji v regiji),*
- *število opredeljenih pacientov (Referenčna ambulanta, 2014).*

3.1.1 Vsebinska nadgradnja dela v referenčni ambulanti

V referenčni ambulanti se opravljajo preventivne dejavnosti na področju srčno-žilnih bolezni, kronično obstruktivne pljučne bolezni (v nadaljevanju: KOPB), astmo/alergični rinitis, sladkorne bolezni, arterijske hipertenzije in depresije. Populacija, ki je v referenčnih ambulantah vključena v preventivno dejavnost, je 30 let. Kot soglasje med primarno in sekundarno ravnanje so nastali protokoli, opredeljene dejavnosti in ukrepi v primeru stabilne bolezni oziroma v primeru poslabšanja stanja bolezni (Poplas Susič in drugi 2013, 638).

Kazalniki kakovosti

Projektni svet je sprejel seznam kazalnikov kakovosti, ki jih bodo spremljali v referenčnih ambulantah.

Tabela 3.1: Tabela kazalnikov kakovosti

Kazalci kakovosti v referenčni ambulanti družinske medicine
Seznami določenih stanj /registri
Stopnja preverjenosti kadilskega statusa pri registrirani populaciji
Register - Sladkorna bolezen
Register - Astma
Register - KOPB
Register - arterijska hipertenzija
Register – depresija
Register – benigno povečanje prostate
Register – osteoporoza
Register – koronarna bolezen
Stopnja preverjenosti pivskega statusa pri registrirani populaciji
Kazalci postopkov in vmesnih izidov
Preventivna dejavnost – splošna – na celotni populaciji ambulate
1-krat letno izmerjen krvni tlak pri registrirani populaciji
Razmerje pregledanih za dejavnike tveganja za SŽB glede na predvideno populacijo staro od vključno 30 do vključno 64 let
Delež zaščiteneh proti tetanusu v registrirani populaciji
Vodenje kroničnih bolezn/stanj
Vsaj 1-krat letno izmerjen krvni tlak pri registriranih kroničnih bolnikih.
Vsaj 1-krat letno preverjen kadilski status pri registriranih kroničnih bolnikih.
Vsaj 1-krat letno izmerjen ITM pri registriranih kroničnih bolnikih.
Vsaj 1-krat letno svetovanje (oz. preverjanje) bolnika glede zdravega življenjskega sloga pri registriranih kroničnih bolnikih.
Vsaj 1-krat letno preverjen pivski status pri registriranih kroničnih bolnikih.
Bolnik s hipertenzijo
Povprečje meritev krvnega tlaka v standardnih pogojih v tekočem letu je < 140/90 (meritve v ambulanti ali s preverjenim aparatom doma) pri bolnikih s hipertenzijo.
Sladkorna bolezen
Vsaj 1-krat letno določen HbA1c pri bolnikih s sladkorno boleznijo.
Vsaj 1-krat letno laboratorij v skladu s protokolom (lipidogram, s.kreatinin, proteinurija/albuminurija) pri bolnikih s sladkorno boleznijo.
Vsaj 1-krat letno opravljen pregled stopal pri bolnikih s sladkorno boleznijo.
Povprečje meritev krvnega tlaka v standardnih pogojih v tekočem letu je < 130/80 (meritve v ambulanti ali s

preverjenim aparatom doma) pri bolnikih s sladkorno boleznijo.
Izmerjena vrednost glikiranega hemoglobina 7 % ali manj pri bolnikih s sladkorno boleznijo.
Bolnik z astmo
1-krat letno ocenjena urejenosti astme z vprašalnikom pri bolnikih z astmo.
1-krat letno preverjeni stranski učinki zdravil za zdravljenje astme (hripavost ob inhalacijskih glukokortikoidih) pri bolnikih z astmo.
Bolnik s KOPB
1-krat letno izvedena spirometrija pri bolnikih s KOPB.
1-krat letno preverjeni stranski učinki zdravil za zdravljenje KOPB (hripavost ob inhalacijskih glukokortikoidih) pri bolnikih s KOPB.
1-krat izvedeno letno cepljenje proti gripi pri bolnikih s KOPB.
1-krat izvedeno letno cepljenje proti pnevmokoku pri bolnikih s KOPB

Vir: Referenčna ambulanta (2014).

3.1.2 Organizacija dela v referenčni ambulanti

V referenčni ambulanti si zdravnik in DMS delo razdelita: DMS spremlja paciente, ki imajo urejeno kronično bolezen in opravlja preventivne preglede. Zdravnik bo še vedno spremljal paciente z akutno boleznijo. V spodnji tabeli je jasno razmejeno, katere so pristojnosti enega in drugega (Poplas Susič in drugi 2013, 639).

Tabela 3.2: Delitev dela med zdravnikom in DMS

področje	DMS	ZDRAVNIK
Zdravljenje (predpisovanje zdravil, terapij, napotovanje,...)		+
Preventivno presejanje in edukacija	+	3. bolnik
	1. zdrav 2. oseba z dejavniki tveganja	
Spremljanje parametrov <u>urejene</u> kronične bolezni	+	
Kronični bolnik v poslabšanju		+
Akutna bolezen		+

Vir: Poplas in drugi (2013, 639).

3.1.3 Vloga diplomirane medicinske sestre

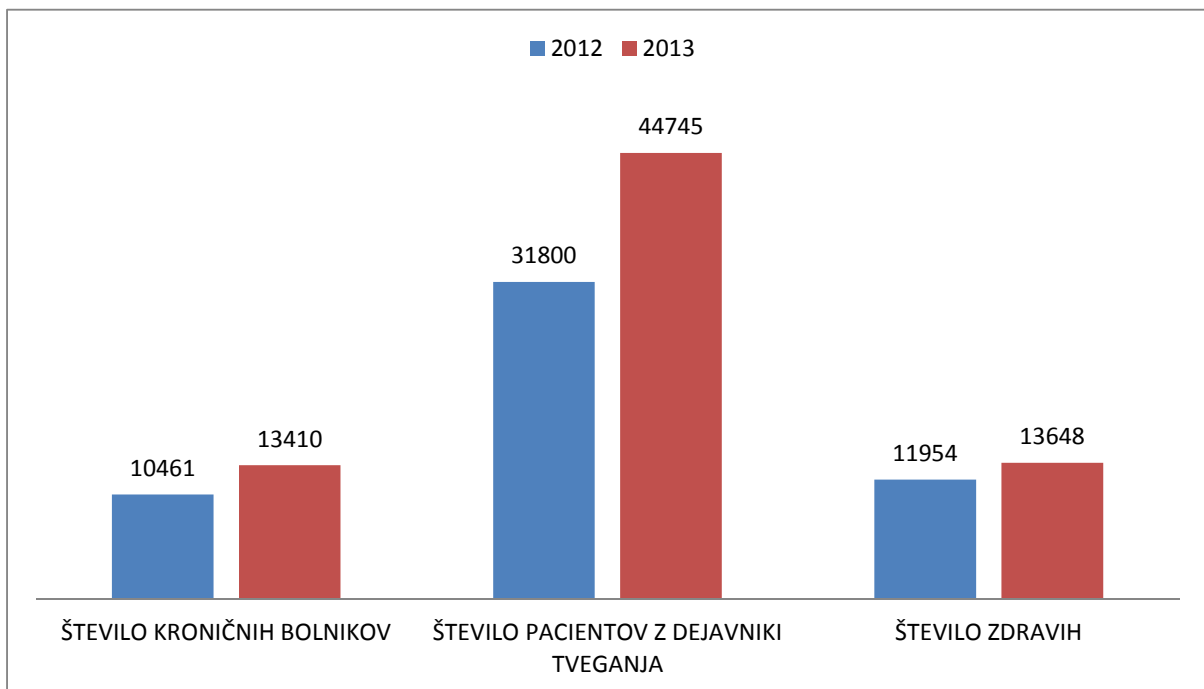
V času, ko primanjkuje zdravnikov, še posebej na področju družinske medicine, in je dovolj DMS, je bilo njihovo uvajanje v tim zdravnika družinske medicine, ki jih edini na osnovni zdravstveni ravni še ni imel, takoj izvedljivo. DMS je kot nova članica tima takojšnja možna rešitev pri prerazporeditvi obremenitve zdravnika. DMS je prispevala dodatne vsebine dela v ambulanto, kot so se tam izvajale do njenega prihoda. Z dodatnim izobraževanjem so postale suverene nosilke preventivne dejavnosti in ustrezno spremljajo parametre kroničnih bolezni pri urejenih bolnikih, ob tem pa postajajo svetovalke, edukatorice in povezovalke v timu, kar kažejo tudi študije drugje. DMS se z zdravnikom o bolnikih pogovarjajo in posvetujejo ter na tak način osvetlijo težave bolnika z druge strani, saj jim bolniki povedo kaj, česar zdravniku ne. Bolniku namenijo zadosti časa, kar je bistvenega pomena, da lahko posameznik razume bolezensko dogajanje in spozna ukrepe, kako ga izboljšati (Poplas Susič in drugi 2013, 643).

Pred uvedbo referenčne ambulante je bilo veliko takšnih pacientov, ki so vsake tri mesece hodili po recept, saj so trdili, da se drugače počutijo v redu in nimajo drugih težav. Ko so opravili preventivni pregled pri DMS, se je pokazalo, da le niso tako v redu, kot so trdili. Pri večih pacientih je DMS odkrila neurejen krvni tlak, slabe rezultate spirometrije ali slabe laboratorijske izvide. Te paciente je DMS napotila nazaj k zdravniku, da uredi zdravljenje. Tako lahko ukrepamo, preden pacienti sami opazijo poslabšanje in dosežemo boljši zdravstveni izid kronične bolezni (Poplas Susič in drugi 2013, 643).

3.1.4 Opravljanje preventivnih pregledov

Vsako leto konec leta nam referenčne ambulante poročajo o opravljenih preventivnih pregledih. Le-te opravlja DMS. Pri tem nam sporočajo število kroničnih bolnikov, pri katerih so pri opravljenem preventivnem pregledu ugotovili kronično bolezen. Diagnozo mora potrditi zdravnik. Pri tem poročilu nam sporočijo tudi število bolnikov, ki imajo dejavnik tveganja za kronične bolezni in število pacientov, pri katerih so ugotovili, da so zdravi in nimajo niti kronične bolezni, niti tveganja za to.

Graf 3.1: Rezultati opravljene preventive za leto 2012 in 2013



Vir: Referenčna ambulanta (2014).

Tabela 3.3: Rezultati opravljene preventive: število novo odkritih kroničnih bolnikov in število pregledanih od začetka delovanja referenčnih ambulant do konca 2013

Območna enota ZZS	Število opredeljenih nad 30 let	Število prebivalcev v območni enoti	Število novo odkritih kroničnih bolnikov	pregledani skupaj
Celje	61.544	200.130	3.419	12.419
Koper	27.242	146.033	2.209	8.076
Kranj	65.382	202.656	2.400	15.030
Krško	25.201	69.234	647	5.267
Ljubljana	153.684	645.176	6.253	34.851
Maribor	80.630	313.592	4.559	17.076
Murska Sobota	38.409	114.852	1.176	8.453
Nova Gorica	41.534	102.462	1.059	6.825
Novo mesto	39.987	111.557	1.838	10.261
Ravne na Koroškem	21.415	133.928	313	3.002
Skupaj	555.028	2.039.620	23.873	121.260

Vir: Referenčna ambulanta (2014).

3.1.5 Registri kroničnih bolnikov

Za vsako izbrano skupino kroničnih bolnikov zdravnik vzpostavi register kroničnih bolnikov. V letu 2011 so timi referenčnih ambulant vzpostavili registra za bolnike z astmo in KOPB, od februarja 2012 še dodatno za sladkorno bolezen, januarja 2013 je bil dodan še register za bolnike s hipertenzijo, v letu 2014 pa bodo dodani registri za benigno povečanje prostate, depresijo, koronarno bolezen in osteoporozo.

Tabela 3.4: Stanje o številu pacientov v posameznih registrih na dan 31. 12. 2012

Območna enota	Register ASTMA	Register KOPB	Register sladkorna bolezen	Register arterijska hipertenzija	Število registriranih pacientov
OE Celje	1437	842	4013	13847	75776
OE Ravne na Koroškem	341	167	892	3480	21250
OE Koper	703	497	1678	3682	31306
OE Krško	792	263	1965	6764	29689
OE Kranj	2641	1330	5288	15519	80394
OE Ljubljana	5627	2719	10410	29921	178086
OE Maribor	2300	1520	5755	18064	102380
OE Murska Sobota	389	618	2737	9268	42079
OE Nova Gorica	952	453	2618	9698	47778
OE Novo mesto	1176	379	6609	11205	52420
Skupaj	16858	8788	41965	121448	661158

Vir: Referenčna ambulanta (2014).

4 OPREDELITEV ZADOVOLJSTVA

»Zadovoljstvo uporabnikov je širok pojem, na katerega je mogoče gledati z različnih vidikov, zato obstajajo številne opredelitve zadovoljstva uporabnikov, tako domačih kot tujih avtorjev. Izvor besede zadovoljstvo ali »satisfaction« gre iskati v latinskem »satis«, ki pomeni »dovolj«, in »facere«, ki pomeni »narediti ali izdelati« (Andreassen 2000, 161).

4.1 ZADOVOLJSTVO ZAPOSLENIH

Zadovoljstvo je po besedah Mihalič (2008, 4) kot »pozitivno čustveno stanje posameznika, ki je rezultat doživljanja dela, pojmovanja in ocenjevanja stanja delovnega okolja, izkušenj pri delu ter načina občutenja vseh elementov dela in delovnega mesta«. Lahko je tudi občutek, ki ga posameznik občuti, ko gre z veseljem na delo, se z veseljem loti novih izzivov, je rad med sodelavci, ga opravljanje dela veseli in se dobro počuti. Tudi že misel na delo sproži prijetne občutke, večkrat so to lepi spomini na delo, zaradi česar posameznik pozitivno pričakuje razvoj lastne kariere.

George in Jones (1999, 67) opredeljujeta zadovoljstvo pri delu kot »skupek občutkov in prepričanj zaposlenih o njihovi trenutni zaposlitvi. Zadovoljstvo zaposlenih lahko niha od velikega zadovoljstva do velikega nezadovoljstva. Zadovoljstvo zaposlenih pa je odvisno od tudi od samega dela, sodelavcev, nadrejenih, plače«, medtem ko Možina (2001, 4) opredeljuje zadovoljstvo pri delu kot »skupek pozitivnih in negativnih občutkov, ki jih ljudje doživljajo pri delu. Zadovoljstvo prinese zadovoljitev potrebe, doseganje ciljev, lahko tudi delo samo. Za opredelitev zadovoljstva z delom bi dejali, da je to »zadovoljno oziroma pozitivno emocionalno stanje, ki je posledica ocene lastnih izkušenj«.

Posameznik sam vpliva na to, kateri so dejavniki zadovoljstva z delom in delovnim mestom, zato je potrebno upoštevati tudi individualne potrebe in želje. Dva posameznika sta lahko iz istih razlogov ali zelo zadovoljna ali zelo nezadovoljna s svojim delovnim mestom (Lisjak 2011, 315).

»Zadovoljstvo uporabnika je psihološko stanje, ki izhaja iz procesa nakupnega odločanja in se dokončno oblikuje v ponakupni fazi. Zadovoljstvo ali nezadovoljstvo, ki je rezultat uporabnikove nakupne odločitve, postane sestavni del njegovih izkušenj ter s tem osnova za prihodnje ukrepanje« (Lipičnik in Možina 1993, 113).

Možina in drugi (2002b, 200) navajajo osnovni model zadovoljstva, ki pravi, da je zadovoljstvo odvisno od preteklih in sedanjih izkušenj. Na podlagi preteklih izkušenj uporabniki oblikujejo osnovo, na podlagi katere primerja svoje izkušnje, ki jih ima v zvezi s kakovostjo ali delovanjem določene storitve. Na podlagi te primerjave se pri uporabniku oblikuje zadovoljstvo ali nezadovoljstvo. Če uporabnik neko storitev dobi tako, kot jo je pričakoval, potem je zadovoljen. Če pa storitev ne dosega njegovega pričakovanja, potem je nezadovoljen.

5 ORGANIZACIJSKA KLIMA

5.1 OPREDELITEV POJMA ORGANIZACIJSKE KLIME

Rus (1994, 8) je zapisal, da »v vsaki organizaciji lahko govorimo o določenem vzdušju. Vzdušje je na eni strani posledica delovanja celote faktorjev v organizaciji, na drugi strani pa vpliva na celoto dogajanja v njej. Vzdušje ima lahko pozitiven in negativen vpliv na doseganje storilnosti, ciljev oziroma na uresničevanje socialno-emocionalnih odnosov v skupini«.

»Organizacijska klima opisuje stanje organizacije in njenih delov. Je kvaliteta organizacijskega notranjega okolja, ki jo ločuje od drugih organizacij. Je rezultat vedenja in počutja članov organizacije, je sprejeta pri članih organizacije, je temelj za interpretiranje situacije in rabi za vir pritiska na usmerjanje aktivnosti« (Durbin v Možina 1994, 146).

Po Lipičniku (1998, 74) je klima način vedenja ljudi in način zaznavanja medsebojnih odnosov, z dobro ali slabo posledico. Rezultat je za ljudi, ki so se klimi prilagodili, normalen in sprejemljiv. Posledica prilagajanja klimi je zato lahko koristna ali pa ne. Slabi rezultati organizacijske klime niso nujno posledica nesposobnih ljudi ali pa ne znajo delati, ampak sta nesposobnost in neznanje delavcev dve različni lastnosti klime.

Černetič (2007, 298–299) povzame lastnosti organizacijske klime po SIOK (Vprašalnik Slovenska organizacijska klima):

- Oblikujejo jo zaposleni, saj posamezniki »uporabljajo« organizacijsko klimo, da bi podkrepili ideje, občutke in informacije, ki so skladne z njihovimi prepričanji. Organizacijska klima izriva občutke in informacije, ki niso v skladu z njo.
- Nagrajuje dosežke, saj oblikovanje klime predstavlja močan vir motivacije, kajti posamezniki težijo k oblikovanju pravil in standardov vedenja, ki so okvir za presojo njihovega delovanja.

- Je niz potrditev, ker dokazuje, da skupine in organizacije ne morejo začeti kar iz nič. Vsaka skupina takoj razvije norme, vrednote, postopke in namen. To je še posebej močno, kadar ljudje potrebujejo zagotovila in večjo gotovost.
- Teži k samoizpolnitvi. Kadar se posamezniki združujejo okrog določenih verovanj in ciljev, lažje dosežejo njihovo uresničitvev.
- Daje smisel in skladnost pogledov. Ko posamezniki razumejo vrednote in izročilo kulture, se jim zdi logično slediti primeru pravih predstavnikov te klime. Pri tem ni pomembno, ali se z vrednotami in izročili klime lahko identificiramo.
- Daje kontinuiteto in identiteto. Brez skupne klime ni prepoznavne različnosti, posamezniki pa se ne morejo identificirati s celoto. Le če so v ospredju skupna verovanja, ki se potrjujejo in izpolnjujejo ter ohranjajo enkraten smisel, kljub spreminjajočemu se okolju, lahko organizacija ohranja občutek identitete in kontinuitete.
- Predstavlja ravnovesje med nasprotujočimi se vrednotami. Klima je ravnovesje med nihanjem in stabilnostjo, med kontinuiteto in spremembo. V organizaciji je cela vrsta nasprotujočih si vlog, ki morajo doseči določen nivo ravnovesja.
- Je kibernetiski sistem. To pomeni, da se usmerja in ohranja v predvideni smeri ne glede na ovire in prekinitve, pridobiva povratne informacije o spremembah okolja in izvaja ustrezne spremembe smeri.
- Je vzorec vedenja, ki se časovno ponavlja in pojavlja na določenih mestih v organizaciji. Je kot hologram: informacija se razdeli po vzorcu in vsak košček kateregakoli vzorca vsebuje mikrokozmos celote.
- Veže se na komunikacijo. Pomembno je razumeti, da ista kultura olajšuje komunikacijo zaradi podobnih izkušenj in informacij.

Mihaličeva (2006, 256) povzema definicije klime različnih avtorjev. Pravi, da Jones in Baerly definirata organizacijsko klimo kot »psihološki mehurček, ki obkroža delo. S pojmom klime opredeljujeta značilnosti, po katerih se združba loči od drugih, in ki vplivajo na vedenje ljudi v združbi«. Gilmer meni, da je organizacijska klima tisto, »na kar reagiramo, celoten kontekst stimulacije in delovnega vrveža«. Mesec ugotavlja, da »v splošnem sam pojem organizacijske klime označuje spremenljive in začasne značilnosti stanja združbe«.

Če povzamem, je organizacijska klima relativno trajna, zaposleni jo oblikujejo in vplivajo nanjo, le-ta pa ponazarja odnose med zaposlenimi. Odseva tako organizacijske cilje kot tudi kakovost delovnega okolja. Organizacijska klima se med organizacijami in celo panogami razlikuje, je pa ključnega pomena za uspešnost organizacije.

5.2 ORGANIZACIJSKA KLIMA IN USPEŠNOST ORGANIZACIJE

»Organizacijska klima opisuje stanje organizacije in njenih delov. Je v jedru kakovosti organizacijskega notranjega okolja, ki jo ločuje od drugih organizacij. Je rezultat vedenja in počutja članov organizacije, je sprejeta pri članih organizacije, je temelj za interpretiranje situacije in deluje kot vir pritiska za usmerjanje aktivnosti« (Možina 1994, 146).

Adizes (1996, 268) meni, da je klima v organizaciji odvisna od vzdušja vzajemnega zaupanja in spoštovanja v organizaciji. Da bi to dosegli, mora imeti organizacija ustrezno strukturo, ljudje se morajo disciplinirano sporazumevati in odločati te zrele ljudi, ki zbuja in vplivajo spoštovanje in zaupanje.

Rozman (2000, 68) pravi, da je »delovno vzdušje pogojeno s stopnjo zadovoljstva potreb članov organizacije, ki izvira iz zadovoljstva pri delu in odnosov med člani organizacije, ustvarja videz koordiniranosti zaposlenih, ki so pripravljeni premagovati težave in ustvarjati boljše rezultate pri delu«.

Goleman in drugi (2002, 35) pravijo, da poslovni rezultati niso sami po sebi posledica ozračja, nastanejo na podlagi različnih kompleksnih dejavnikov, ki se pojavljajo v različnih časovnih obdobjih. Ozračje kljub vsemu prispeva 20 do 30 odstotkov k celotnemu poslovnemu rezultatu. Na podlagi dobrega delovnega ozračja se ljudje dobro počutijo in se odrežejo kar najbolje, to pa se izraža v poslovnih rezultatih

Černetič (2007, 42) trdi, da so »pojmi organizacijska kultura, klima v organizaciji in zadovoljstvo zaposlenih tesno povezani med seboj in en brez drugega ne obstajajo. Sistem je

dober, če organizacija doseže zadovoljstvo med zaposlenimi. Če si je organizacija ustvarila dobro organizacijsko kulturo, potem ta kultura pozitivno vpliva na klimo v organizaciji, to pa hkrati vodi v dobre odnose med zaposlenimi».

Z drugimi besedami in na podlagi del strokovnjakov na področju proučevanja organizacijske klime lahko zaključim, da kadar je klima v podjetju pozitivna, obstaja velika verjetnost, da zaposleni čutijo večjo pripadnost podjetju. To pa pomeni, da je učinkovitost večja in s tem tudi uspešnost podjetja.

5.3 MERJENJE ORGANIZACIJSKE KLIME

Gilmer (1969, 77) pravi, da je najprimerneje, da do ugotovitev organizacijske klime pridemo na podlagi vprašalnikov, v katerih so trditve, vprašani pa z označbo stopnje strinjanja izražajo svoje mnenje. Ko dobljene rezultate analiziramo, pridemo do ustreznih sklepov.

Gilmer (1969, 76) navaja tri načine merjenja organizacijske klime. To so:

- neformalni opisi,
- sistematično zbrana opažanja ljudi znotraj organizacije,
- ugotavljanje klime z vprašalniki.

Pri preučevanju organizacijske klime z vprašalniki moramo sistematično upoštevati določene korake.

Lipičnik (1998, 77–79) navaja korake proučevanja organizacijske klime:

- Pripravljalna dela – ali je proučevanje klime potrebno, kako je s financiranjem, ali so ljudje pripravljeni sodelovati, kako uporabni bodo rezultati, na kakšen način se bo zbiralo podatke, torej skušamo ugotoviti tehnične vidike za proučevanje klime.
- Sestava vprašalnika – skušamo ugotoviti vse vsebinske vidike proučevanja klime. Ugotovimo, katere dimenzije v organizacijski klimi nas bodo zanimale, torje, katere so

tiste kritične točke, ki bi jih radi raziskali. Na podlagi tega oblikujemo vprašanja oziroma trditve in jih bomo uporabili v vprašalniku.

- Zbiranje odgovorov – ljudje vnesejo svoje odgovore, mi pa jih zberemo.
- Analiza odgovorov – pred pripravo vprašalnika je dobro, da predvidimo že analizo vprašalnika, da bo ta čimlažja.
- Predstavitev rezultatov
- Načrtovanje akcij – po ugotovljeni klimi je potrebno ugotoviti, ali je način doživljanja in reagiranja ljudi ustrezen za njihovo doseganje, ali pa so cilji mogoče neustrezni.

5.4 DIMENZIJE ORGANIZACIJSKE KLIME

V magistrski nalogi sem se osredotočila na osem dimenzij organizacijske klime (notranji odnosi, motivacija in zavzetost, pripadnost organizaciji, vodenje, organiziranost, strokovna usposobljenost in učenje, poznavanje poslanstva, vizije in ciljev ter notranje komuniciranje in informiranje) in na zadovoljstvo zaposlenih v organizaciji, katerih teoretični izsledki so predstavljeni v nadaljevanju. Vprašanja v vprašalniku o zadovoljstvu zaposlenih sem razporedila v zgornje dimenzije.

5.4.1 Notranji odnosi

Pri organizacijski klimi se je nujno potrebno osredotočiti na dimenzijo notranjih odnosov. Za dobre medosebne odnose je značilno, da upoštevamo razlike med posamezniki, da med njimi vlada vzajemnost, da gre za dajanje in sprejemanje povratnih informacij, za omogočanje osebnega izražanja vsakega posameznika, da priznavamo obstoj konfliktov, da priznavamo ne le podobnosti, ampak tudi različnosti v odnosih, da razlikujemo vsebino in odnose v komunikaciji, da onemogočamo nastanek dvostopenjskih situacij, da ni nikakršnega vsiljevanja, in da si prizadevamo dobiti čimbolj kritičen vpogled v možnost nehotnih oziroma nevrotičnih zlorab drugih. Seveda je to ideal, h kateremu je treba težiti in ga v celoti bržčas ne bomo dosegli, toda prizadevati si moramo, da te stvari poznamo, se jih učimo in jih v praksi uveljavljamo v skupno korist (Možina in drugi 2002a, 599).

5.4.2 Motivacija in zavzetost

Lipičnik (1998, 164–170) razlaga, da obstajajo mnoge motivacijske teorije, ki različno določajo motivacijske dejavnike. Ljudje smo si med seboj različni in vsakega motivirajo različne stvari. Vsak posameznik razvije svoj motivacijski model, na katerega vplivajo njegove potrebe, vrednote, interesi, želje in pričakovanja. Kljub temu pa ne glede na to, kaj posameznika motivira, ne gre samo za en dejavnik, ampak za kombinacijo številnih zelo zapletenih, poznanih in nepoznanih dejavnikov.

Černetič (2007, 237) povzema Lipičnika, ki motivacijske dejavnike deli na primarne (biološki in socialni), sekundarne (interesi, stališča, navade), podedovane in pridobljene, univerzalne, regionalne in individualne.

Motivacijski dejavniki, ki so povezani z delom in vrednotenjem, so:

- *primerno delovno okolje,*
- *možnost napredovanja,*
- *razporeditev delovnega časa,*
- *možnosti strokovnega usposabljanja,*
- *zanimivo delo,*
- *medsebojni odnosi med sodelavci,*
- *možnost polnega uveljavljanja delovnih sposobnosti,*
- *stalnost in zanesljivost zaposlitve,*
- *osebni dohodek,*
- *priznanje za uspešnost pri delu,*
- *soodločanje o delu in o gospodarjenju (Černetič 2007, 237).*

5.4.3 Pripadnost organizaciji

Armstrong (1991, 181–182) pravi, da vsekakor obstaja povezava med pripadnostjo in motivacijo. Dolgoročno je bolj stabilen koncept pripadnosti, ki je kot koncept širši od

motivacije. »Možno je, da je zaposleni nezadovoljen le z nekim delom celotnega posla, ki ga opravlja, vendar ohranja zelo visoko stopnjo pripadnosti organizaciji kot celoti«.

Tavčar (1996, 311) je prepričan, da ljudje prihajajo v organizacijo zaradi uresničitve osebnih ciljev in zadostitve svojih interesov, organizacija pa z njihovo pomočjo lažje dosega cilje in interese lastnikov, pri čemer prevzemata medsebojne cilje.

5.4.4 Vodenje

Možina in drugi (1994, 4) opredeljujejo vodenje kot proces, ki se nanaša na ljudi, »se pravi, kako jih usmerjati, motivirati, vplivati nanje, da bi naloge izvrševali čim boljše, ob čim manjši porabi energije in s čim večjim osebnim zadovoljstvom.« Namen vodenja je oblikovati vedenje posameznika, skupine pri doseganju delovnih, organizacijskih ciljev. Ob tem je potrebno upoštevati dejavnike vzdušja, odnosov, kulture dela in vedenja v organizaciji.

Storey (2004, 27–28) je v svoji študijski literaturi povzel Kinlawa (1995), ki je izpostavil 6 korakov opolnomočenja, ki jih je črpal iz svojega *empowerment process* management modela:

- določi in sporoči bistvo opolnomočenja vsem zaposlenim, na vseh nivojih organizacije,
- določi cilje in strategijo, ki zagotovijo ogrodje zaposlenim na vseh nivojih organizacije, da se trudijo razširiti in okrepiti opolnomočenje,
- izobrazijo zaposlene, da bodo lahko izpolnjevali svoje nove naloge,
- prilagodi organizacijski sistem, da bo podpiral opolnomočenje,
- izboljšaj organizacijsko strukturo, da boš dosegel, da linijski managerji zmanjšajo birokracijo, in uvedi večjo avtonomijo,
- oceni in izboljšaj proces opolnomočenja z merjenjem napredka in dojemanja zaposlenih.

5.4.5 Organiziranost

Kot del organizacijske klime igra organiziranost pomembno vlogo. Organiziranost je neprekinjen proces, ki ga opravljajo managerji v organizaciji. Vsako smiselno zaporedje opravljenih delovnih nalog oziroma operacij oblikuje proces. Pojem procesa izhaja iz

odnosov med dejavniki celotnega procesa. Logično zaporedje operacij med delavci in sredstvi dela se odseva v delovnem procesu, zaporedje operacij med sredstvi dela in predmeti dela v tehnološkem procesu ter zaporedje med predmetom dela in ciljem dejavnosti v ciljnem ali transformacijskem procesu. Pomembna managerska funkcija je organiziranje odnosov med nosilci nalog v organizaciji. Formalni odnosi med nosilci opredeljujejo organizacijsko strukturo. Organizacijska struktura je formalni sestav razčlenitve in razporeditve delovnih nalog po izvrševalcih in organizacijska ureditev njihovih medsebojnih odnosov v celotni organizaciji (Ivanko v Možina in drugi 1994, 397).

5.4.6 Strokovna usposobljenost in učenje

Možina in drugi (2002a, 219) so prepričani, da učenje v organizaciji oziroma učeča se organizacija postaja nujnost in pomembna dimenzija organizacijske klime. Skozi učenje organizacija spoznava procese in stanja v okolju in se jim prilagaja. Zaradi pojava potreb po konkurenčnosti, ki se pojavlja zaradi vedno večjih globalnih, socialnih, tehnoloških in strukturnih sprememb ter zahtev po zagotavljanju kakovosti. Zaradi učenja v organizaciji se izboljšuje sposobnost uresničevanja nalog brez napak in pomanjkljivosti. Učenje lahko poteka tudi drug od drugega. Tako se lahko uči z opazovanjem in posnemanjem.

Mihaličeva (2006, 105) posebej opozori na klimo v učeči se organizaciji, ki zagotavlja okolje, v katerem se zaposleni nenehno učijo, vzpostavlja okolje za demokratičnost in nehierarhično komuniciranje, vodenje poteka s cilji in drugimi izrazito mehкими pristopi splošnega managementa.

»V učeči se organizaciji je vsako učenje izvedeno sistematično in načrtno ter v skladu s politiko in strateškimi, taktičnimi ter operativnimi cilji, pri pridobivanju znanj se uporabljajo sodobna orodja in pristopi, participacija zaposlenih je visoko nadpovprečna in vsi zaposleni imajo enake možnosti (samo)razvoja« (Mihalič, 2006, 96).

5.4.7 Poznavanje poslanstva, vizije in ciljev

Poslanstvo podjetja vključuje predvsem opredelitev bistva poslanstva in usmeritev njenega delovanja. Z njim podjetje opredeli razloge za svoj obstoj in utemelji prihodnje poslovanje. S tem povezuje sedanost in prihodnost; prihodnost je vsebinsko opredeljena in povezuje celotno dogajanje v podjetju. Iz opredelitve poslanstva sledijo podrobnejše opredelitve, pa ne samo ciljev, marveč tudi poti za njihovo doseganje. Poslanstvo podjetja določa identiteto podjetja, njegove vrednote in prihodnost poslovanja tako, da svoje podjetje loči od vseh drugih podjetij (Rozman in drugi 1993, 93).

Mayer (1994, 17–19) vizijo opredeljuje kot:

- podjetje teži h končnemu cilju, ta se pokaže kot prednost pred konkurenti, ki se kaže v odličnosti kakovosti izdelkov in storitev, poslovanja, obnašanja in zadovoljstva zaposlenih;
- napoved uspeha v prihodnosti, ki lahko tudi motivira zaposlene, če je izzivalna, jasna, atraktivna, prerojena z vrednotami, usmerjena na potrebe zaposlenih in strank; povzroča ustvarjalno motivacijsko napetost in sproža proces poistovetenja zaposlenih s podjetjem, zlasti če so njeni sooblikovalci in uresničevalci;
- način komuniciranja vodilnih osebnosti, ki zavedno in nezavedno usmerja težnje, odločitve, postopke in akcije zaposlenih ter sprošča njihovo energijo in pogum v skupno perspektivo podjetja.

Možina (1994, 54) postopek načrtovanja delovnih ciljev opiše s pomočjo stopenj:

- na prvi stopnji je potrebno opisati in določiti cilje organizacije, potrebno je ločiti strateške cilje, ti vključujejo politiko organizacije, prihodek, rast proizvodnje, količina in kvaliteta, trg itd., in taktične ciljev, ti pa vsebujejo reševanje problemov v tekočem letu.
- na naslednji stopnji je potrebno določiti načrte po posameznih delovnih enotah ali nalogah, pri tem pa je potrebno ugotoviti, kje so potrebne izboljšave, razširitve, raziskovanja itd.
- za izvedbo ciljev je potrebno poslovnim in strokovnim delavcem razložiti natančne napotke, kaj se od njih pričakuje, pri čemer je poudarek na kaj in kdaj, ne pa na kako.

5.4.8 Notranje komuniciranje in informiranje

Možina in drugi (2002b, 23) odgovarjajo na vprašanje *Zakaj notranje komuniciranje?*

- *Boljše notranje komuniciranje spodbuja zaposlene k večjemu prispevku k ciljem organizacije preprosto zato, ker bodo zaposleni bolje razumeli cilje organizacije in njihov pomen za lastno blagostanje.*
- *Bolj učinkovito komuniciranje od zgoraj navzdol bo stimuliralo zaposlene pri ustvarjanju idej; tako bodo zaposleni ohrabreni za podajanje idej navzgor brez strahu ali skrbi, da bodo njihove ideje obravnavali kot nepotrebne ali nerelevantne.*
- *Boljše komuniciranje bo okrepilo podporo stališč organizacije na lokalni in nacionalni ravni, saj bodo zaposleni bolje pripravljene za pojasnjevanje stališč organizacije v kontaktih s prijatelji, sosedi in predstavniki vladnih ustanov.*

Informiranje pomeni priskrbeti znanja o nečem (informirati se) ali drugim posredovati znanje o nečem (informirati druge). Informacije imajo izjemno pomembno vlogo v vsakem pogovoru. Če gre za ključne informacije, ki lahko bistveno vplivajo na potek pogovora ali dejavnosti, ki iz pogovora sledijo, jih je potrebno dobro pripraviti in natančno posredovati z vsemi potrebnimi sestavinami. Previdnost pri posredovanju različnih informacij drugim je posebej potrebna, če gre za ljudi iz različnih kulturnih okolij (Kavčič 1998, 168–170).

6 RAZISKAVA ZADOVOLJSTVA ZAPOSLENIH

Nenehno izboljševanje je odvisno od odkritih in poštenih povratnih informacij. Z meritvami organizacijske klime in zadovoljstva zaposlenih želim prispevati k projektu referenčnih ambulant, da pridobi pomembne povratne informacije, ali dobro izpolnjuje potrebe in pričakovanja zaposlenih in pacientov.

6.1 SESTAVA IN STRUKTURA VPRAŠALNIKA O ZADOVOLJSTVU ZAPOSLENIH

Za raziskavo zadovoljstva zaposlenih sem uporabila vprašalnik, ki je bil pripravljen v projektnem svetu.

Vprašalnik o zadovoljstvu zaposlenih je sestavljen iz šestih delov. (Priloga A)

Prvi del vsebuje navodilo in prošnjo za sodelovanje.

V drugem delu so zastavljena vprašanja glede vloge v referenčni ambulanti in značaj ambulante, zanimalo nas je, ali gre za ambulanto v javnem zavodu (javna ambulanta) ali za koncesionarsko ambulanto (zasebna ambulanta).

V tretjem delu je 28 trditvev, ki se nanašajo na organizacijsko klimo, ki jo preučujemo skozi njene dimenzije: notranji odnosi, motivacija in zavzetost, pripadnost organizaciji, vodenje, organiziranost, strokovna usposobljenost in učenje, poznavanje poslanstva, vizije in ciljev, notranje komuniciranje in informiranje in zadovoljstvo zaposlenih. Trditve so namenoma pomešane med seboj in ne dajejo nikakršnega občutka, da so določene trditve kasneje združene v dimenzije in nam tako podajo najboljše odgovore. Mnenja za trditve so označena s stopnjo strinjanja, ki je petstopenjska:

- 1 = sploh se ne strinjam
- 2 = se ne strinjam
- 3 = se strinjam
- 4 = zelo se strinjam
- 5 = popolnoma se strinjam.

V četrtem delu sta dve vprašanji, ki se nanašata na obremenjenost z delom in znanjem pri opravljanju dela.

V petem delu so navedene štiri trditve glede letnega pogovora in se nanašajo na vodenje. Naštete trditve so ocenjevali po lestvici od 1 do 5:

- 1 = sploh se ne strinjam
- 2 = se ne strinjam
- 3 = se strinjam
- 4 = zelo se strinjam
- 5 = popolnoma se strinjam.

Zadnji, šesti del daje anketirancem svobodo, da povedo svoje mnenje, saj so vsa tri vprašanja odprtega tipa.

7 METODE ZBIRANJA PODATKOV

7.1 PREDSTAVITEV REZULTATOV RAZISKAVE

7.1.1 Podatki o ambulanti

Vprašalnik je poleg vprašanj, ki se nanašajo na preučevanje zadovoljstva, vseboval tudi tri vprašanja glede kraja ambulante, vloge anketiranca v referenčni ambulanti in značaja ambulante. Vprašalnik o zadovoljstvu zaposlenih za leto 2012 smo poslali 230 ambulantam, leta 2013 pa 333 ambulantam. Leta 2012 je bilo anketirancev, ki so v celoti izpolnili anketo, 371, leta 2013 pa 480. Razlog za to je tudi, da smo vprašalnik za leto 2013 poslali 103 ambulantam več.

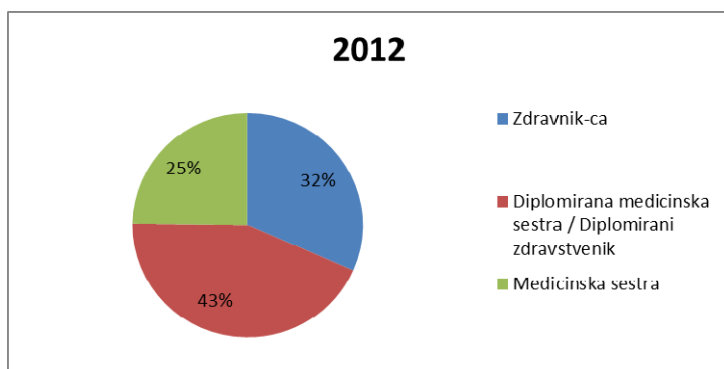
Vloga zaposlenih v referenčni ambulanti

Kot sem že omenila tim v referenčni ambulanti sestavljajo zdravnik, DMS in SMS. K sodelovanju so bili pozveni vsi udeleženci tima. Zdravnikom in DMS je bila anketa poslana direktno na njihov elektronski naslov, za sodelovanje SMS smo pa zaprosili zdravnike in DMS, da jim posredujejo, ker v projektni pisarni ne razpolagamo z njihovimi elektronskimi naslovi. Najbolj so se na anketo odzvale DMS, najmanj pa SMS, verjetno tudi zaradi tega, ker niso dobile direktno od nas prošnje k sodelovanju. V spodnji tabeli in grafih je predstavljen odziv zaposlenih v referenčnih ambulantah na anketo.

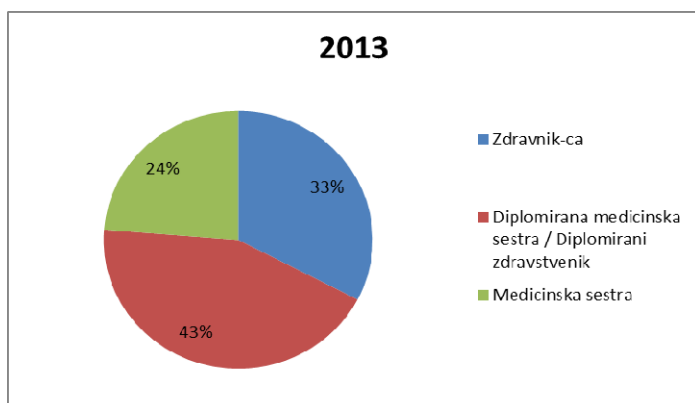
Tabela 7.1: Vloga zaposlenega v referenčni ambulanti za leto 2012 in 2013

Vloga	2012	2013
Zdravnik-ca	116	161
Diplomirana medicinska sestra / Diplomirani zdravstvenik	160	215
Medicinska sestra	91	117
Skupaj	367	480

Graf 7.1: Vloga zaposlenega v referenčni ambulanti za leto 2012



Graf 7.2: Vloga zaposlenega v referenčni ambulanti za leto 2013



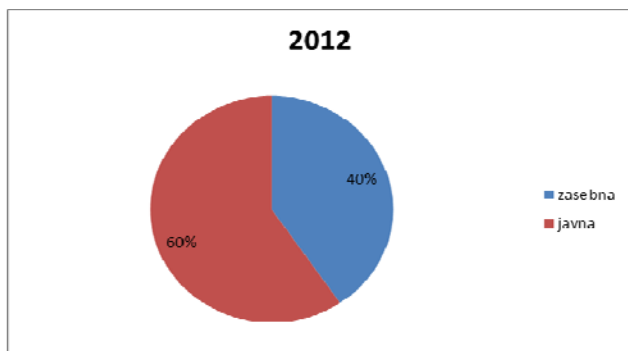
Status ambulante

V projektu prevladujejo ambulante v javnih zavodih, saj jih je v osnovnem zdravstvu veliko več. To je razvidno tudi v tabeli.

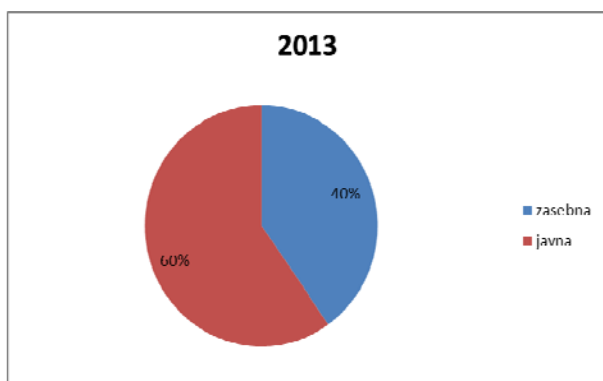
Tabela 7.2: Status ambulante

Je vaša ambulanta	2012	2013
zasebna	149	185
javna	219	275

Graf 7.3: Delež ambulant s koncesijo (zasebne) in ambulant v javnem zavodu (javne) v letu 2012



Graf 7.4: Delež ambulant s koncesijo (zasebne) in ambulant v javnem zavodu (javne) v letu 2013



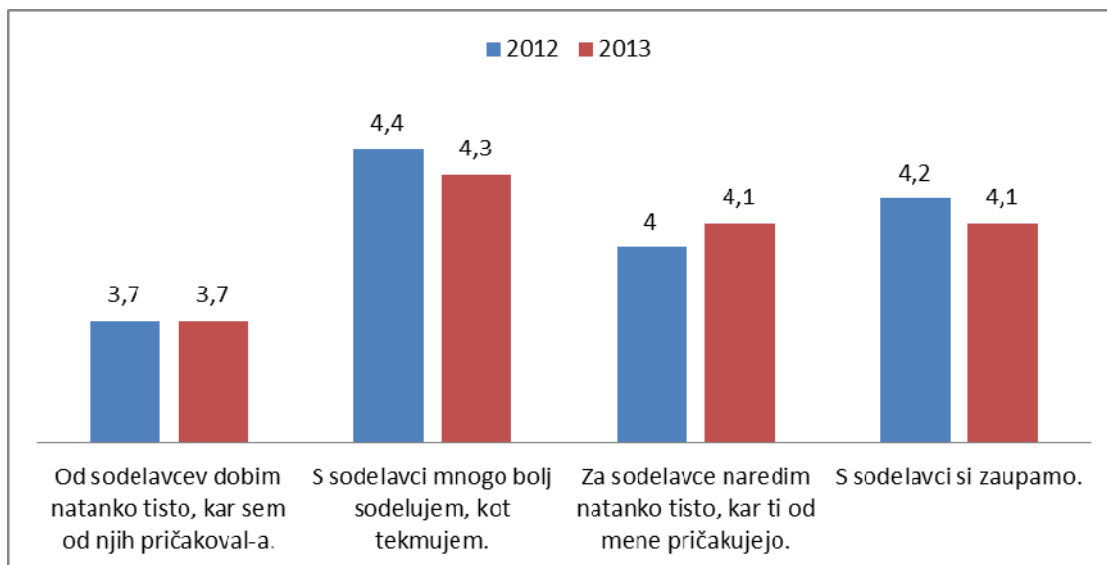
7.1.2 Pregled merjenja rezultatov dimenzij organizacijske klime

V tem podpoglavju bom predstavila rezultate merjenja dimenzij organizacijske klime. Dimenzije so podrobneje predstavljene v poglavju 5.4. Najprej si podrobneje oglejmo posamezne dimenzije organizacijske klime, ki so za pridobitev podatkov podprte s posameznimi trditvami. Seštevek povprečnih ocen posamezne trditve nam da povprečno oceno posamezne dimenzije. Na koncu poglavja bomo na grafu videli vse povprečne ocene posameznih dimenzij in s tem tudi, na katerih področjih je organizacijska klima v referenčnih ambulantah pozitivna in na katerih področjih je šibka.

Notranji odnosi

Dimenzija *Notranji odnosi* je s povprečno oceno 4,1 za obe leti na tretjem mestu.

Graf 7.5: Notranji odnosi



Iz grafa 7.5 je razvidno, da je bila trditev *S sodelavci mnogo bolj sodelujem, kot tekmujem* ocenjena najboljše, to je 4,4 za leto 2012 in 4,3 za leto 2013. Dve trditvi, to sta *Za sodelavce naredim natanko tisto, kar ti od mene pričakujejo* in *S sodelavci si zaupamo*, sta bili ocenjeni s povprečno oceno 4,1 za obe leti. Najslabše je bila ocenjena trditev *Od sodelavcev dobim natanko tisto, kar sem od njih pričakoval* s povprečno oceno 3,7 za obe leti.

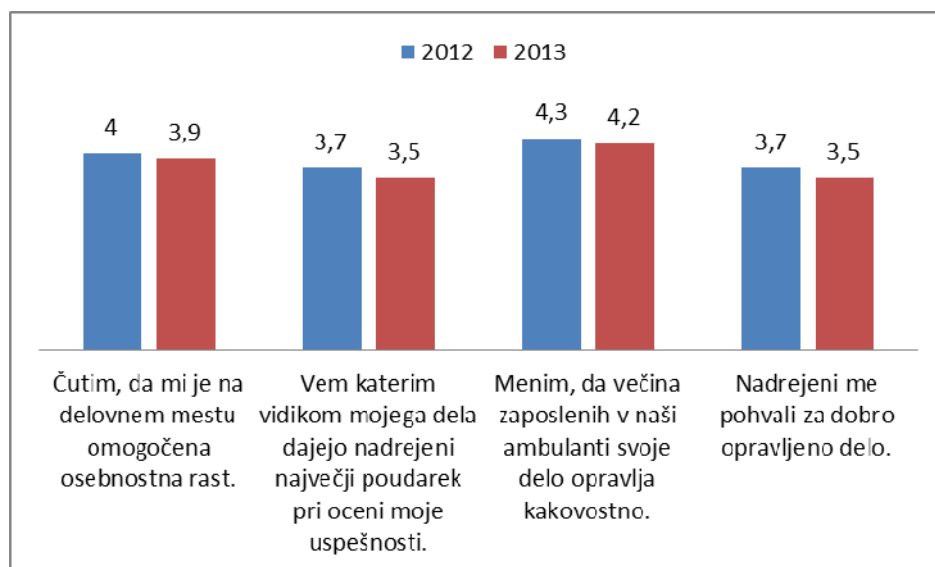
Podrobni rezultati v Prilogi B nam pokažejo, da so dimenzijo *Notranji odnosi* najboljše ocenili zaposleni v koncesionarskih ambulantah s povprečno oceno 4,3 za obe leti. Pri vseh skupinah zaposlenih (zdravnik, DMS, koncesionarske ambulante, ambulante v javnih organizacijh, ambulante v ruralnem in mestnem okolju ter na vzhodu in zahodu) se povprečne ocene nižajo ali pa so ostale enake glede na prejšnje leto. Skupno so zaposleni dimenzijo ocenili s povprečno oceno 4,1 za leto 2012 in 4 za leto 2013.

Z dimenzijo *Notranji odnosi* med zaposlenimi ugotavljamo tudi odnose med podrejenimi in nadrejenimi. Sodelavci močno vplivajo drug na drugega, zato je od prevladujočega ozračja v skupini odvisno upoštevanje etičnih vrednot. Sodelovanje temelji na zaupanju, odkritosti in zavzetosti za reševanje konfliktov. Nasprotno lahko prevlada tekmovalen odnos, ki je pogojen z nezaupanjem.

Motivacija in zavzetost

Dimenzija *Motivacija in zavzetost* je s povprečno oceno 3,9 za leto 2012 in 3,8 za leto 2013 na sedmem mestu.

Graf 7.6: Motivacija in zavzetost



Iz grafa 7.6 lahko razberemo, da je bila najboljše ocenjena trditev *Menim, da večina zaposlenih v naši ambulanti delo opravlja kakovostno*, in sicer s povprečno oceno 4,3 za leto 2012 in 4,2 za leto 2013. Sledi ji trditev *Čutim, da mi je na delovnem mestu omogočena osebnostna rast* s povprečno oceno 4 za leto 2012 in 3,9 za leto 2013. Najslabše ocenjeni sta trditvi *Vem, katerim vidikom mojega dela dajejo nadrejeni največji poudarek pri oceni moje uspešnosti* in *Nadrejeni me pohvali za dobro opravljeno delo*, obe s povprečno oceno 3,7 za leto 2012 in oceno 3,5 za leto 2013.

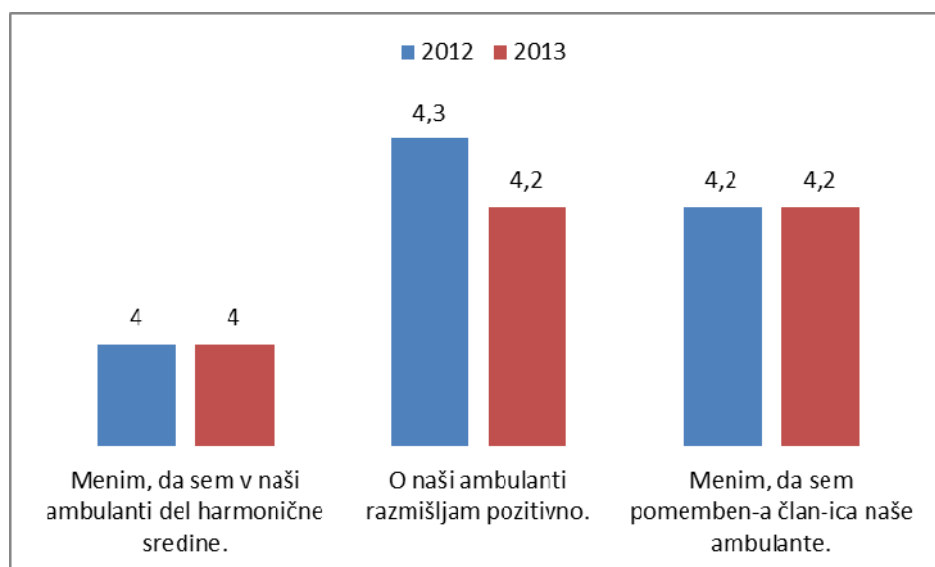
Iz podrobnih rezultatov v Prilogi B je razvidno, da so dimenzijo *Motivacija in zavzetost* najboljše ocenili zaposleni v koncesionarskih ambulantah, in sicer s povprečno oceno 4,2 za leto 2012 in 4,1 za leto 2013. Najslabše so dimenzijo ocenili zaposleni v ruralnem področju s povprečno oceno 3,7 za obe leti. Tudi pri tej dimenziji se povprečne ocene nižajo glede na preteklo leto, enako so dimenzijo povprečno ocenili le zaposleni v ruralnem področju. Skupno so zaposleni dimenzijo ocenili s povprečno oceno 3,9 za leto 2012 in 3,8 za leto 2013.

Z dimenzijo *Motivacija in zavzetost* ugotavljamo zavzetost zaposlenih za lastno delo, pripravljenost zaposlenih za dodaten napor, kadar se ta pri delu zahteva, ali se v organizaciji ceni dobro opravljeno delo, ali so dobri delovni rezultati pohvaljeni in kako zaposleni dojemajo zahtevo glede delovne uspešnosti. Posebej je pomembna motivacija za delo, s katero delavci uresničujejo svoje cilje in cilje organizacije, v kateri so zaposleni.

Pripadnost organizaciji

Dimenzija *Pripadnost organizaciji* je s povprečno oceno 4,2 za leto 2012 in 4,1 za leto 2013 na drugem mestu.

Graf 7.7: Pripadnost organizaciji



Iz grafa 7.7 je razvidno, da je trditev *O naši ambulanti razmišljam pozitivno* s povprečno oceno 4,3 za leti 2012 in 2013 najbolj ocenjena. Sledi trditev *Menim, da sem pomemben-a član-ica naše ambulante* s povprečno oceno 4,2 v obeh letih. S povprečno oceno 4 v obeh letih je bila najslabše ocenjena trditev *Menim, da sem v naši ambulanti del harmonične sredine*.

Iz podrobnih podatkov v Prilogi B lahko razberemo, da so dimenzijo *Pripadnost organizaciji* bolje ocenili zdravniki s povprečno oceno 4,2 leta 2012 in 4,3 leta 2013, ter zaposleni v

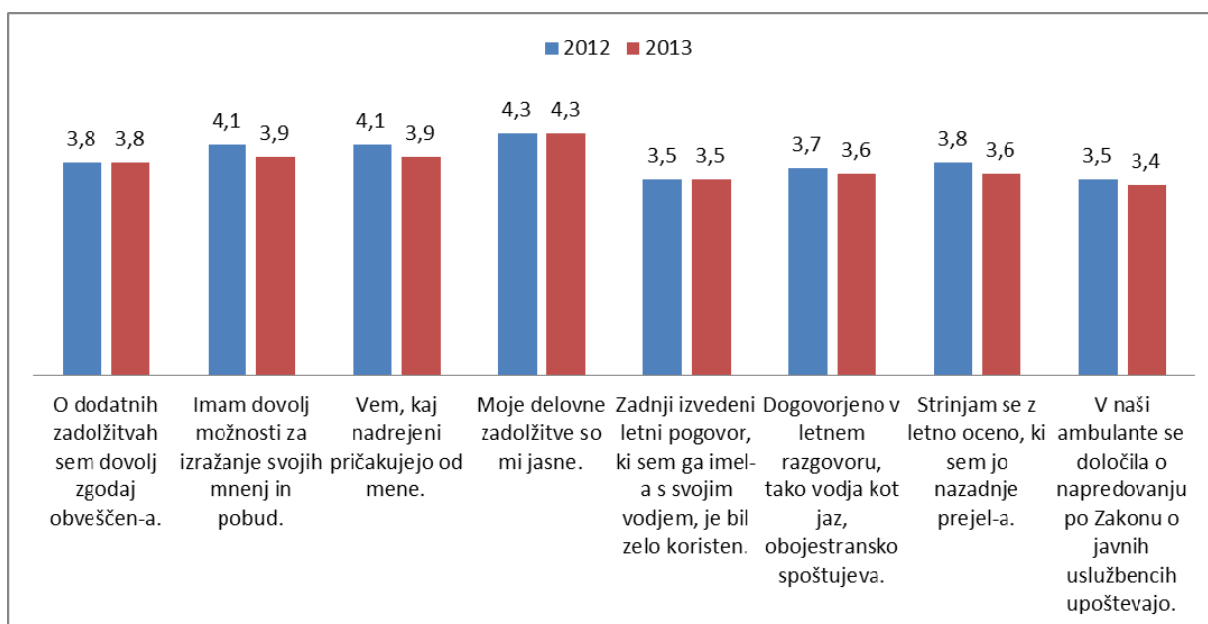
koncesionarskih ambulantah z oceno 4,4 leta 2012 in 4,3 leta 2013. Najslabše je bila ocenjena pri zaposlenih v ambulantah v javnih zavodih z oceno 4 za obe leti. Največja razlika med leti pa je pri DMS, povprečna ocena leta 2012 je bila 4,2, leta 2013 pa 4. Skupno so zaposleni dimenzijo ocenili s povprečno oceno 4,2 za leto 2012 in 4,1 za leto 2013.

Z dimenzijo *Pripadnost organizaciji* ugotavljamo mnenje zaposlenih o organizaciji, v kateri delajo, ali so ponosni na organizacijo ali o njej govorijo pozitivno in ali je njihova zaposlitev varna. Delavci, ki pripadajo organizaciji, so zanesljivi in tudi v kriznih časih stojijo organizaciji ob strani. S tem si organizacija pridobi tudi ugled.

Vodenje

Dimenzija *Vodenje* je s povprečno oceno 3,9 za leto 2012 in 3,8 za leto 2013 na zadnjem osmem mestu.

Graf 7.8: Vodenje



Na grafu 7.8 vidimo, da je bila najbolj ocenjena trditev *Moje delovne zadolžitve so mi jasne* s povprečno oceno 4,3 v obeh letih. S povprečnimi ocenami 3 ali več so bile ocenjene še naslednje trditve: *Vem, kaj nadrejeni pričakuje od mene* – povprečna ocena 4,1 za leto 2012 in 3,9 za leto

2013, *Imam dovolj možnosti za izražanje svojih mnenj in pobud* – povprečna ocena 4,1 za leto 2012 in 3,9 za leto 2013, *O dodatnih zadolžitvah sem dovolj zgodaj obveščen-a* – povprečna ocena 3,8 za obe leti, *Dogovorjeno v letnem razgovoru, tako vodja kot jaz, obojestransko spoštujeva* – povprečna ocena 3,7 za leto 2012 in 3,6 za leto 2013, *Strinjam se z letno oceno, ki sem jo nazadnje prejel-a* – povprečna ocena 3,8 za leto 2012 in 3,6 za leto 2013, *Zadnji izvedeni letni razgovor, ki sem ga imel-a s svojim vodjem, je bil zelo koristen* – povprečna ocena 3,5 za obe leti in najslabše ocenjena trditev *V naši ambulanti se določila o napredovanju po Zakonu o javnih uslužbencih upoštevajo* – povprečna ocena 3,5 za leto 2012 in 3,4 za leto 2013.

Iz podrobnih podatkov v Prilogi B lahko razberemo, da so dimenzijo *Vodenje* najbolje ocenili zaposleni v ambulantah s koncesijo s povprečno oceno 4,1 za obe leti, najslabše pa zaposleni v ambulantah v javnih organizacijah s povprečno oceno 3,7 leta 2012 in 3,6 leta 2013. Tudi pri tej dimenziji se povprečne ocene nižajo glede na preteklo leto, enako so dimenzijo povprečno ocenili zaposleni v zasebnih ambulantah in DMS. Skupno so zaposleni dimenzijo ocenili s povprečno oceno 3,9 za leto 2012 in 3,8 za leto 2013.

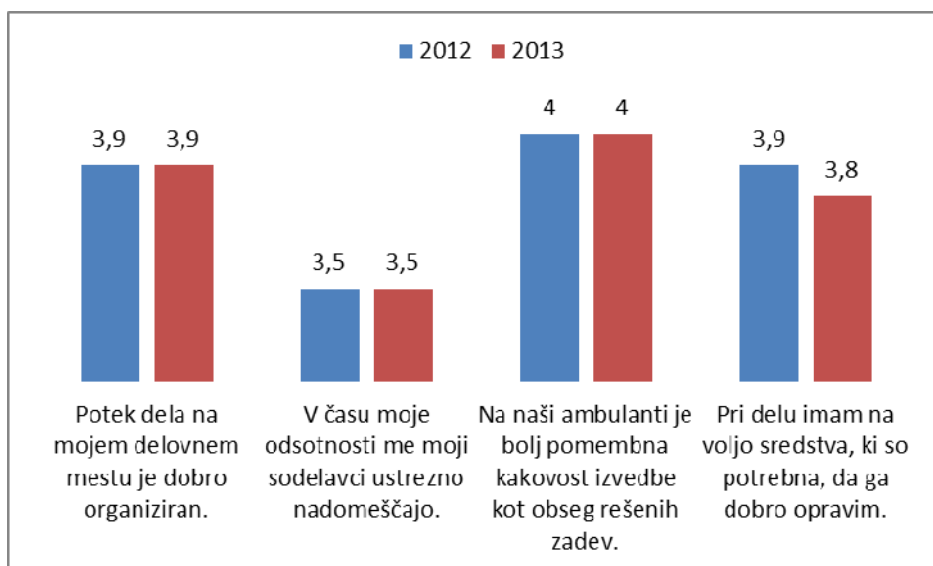
Vodje s svojim načinom vodenja vplivajo na odnose med zaposlenimi in na zadovoljstvo z delom, sodelavci, organizacijo ter tako oblikujejo organizacijsko klimo. V dimenzijo *Vodenje* je vključeno ugotavljanje o samostojnosti zaposlenih pri opravljanju dela in sprejemanju odgovornosti za svoje delo in o komunikaciji med vodjem in zaposlenim.

Organiziranost

Dimenzija *Organiziranost* je s povprečno oceno 3,8 za obe leti na šestem mestu.

Iz grafa 7.9 je razvidno, da je najbolje, s povprečno oceno 4 za obe leti, ocenjena trditev *V naši ambulanti je bolj pomembna kakovost izvedbe kot obseg rešenih zadev*. Trditev *Potek dela na mojem delovnem mestu je dobro organiziran* je ocenjen s povprečno oceno 3,9 za obe leti in trditev *Pri delu imam sredstva, ki so potrebna, da ga dobro opravim*, s povprečno oceno 3,9 za leto 2012 in 3,8 za leto 2013. Najslabše, s povprečno oceno 3,5 za obe leti je ocenjena trditev *V času moje odsotnosti me moji sodelavci ustrezno nadomeščajo*.

Graf 7.9: Organiziranost



Iz podrobnejše analize v Prilogi B je razvidno, da so dimenzijo *Organiziranost* najbolj ocenili zaposleni v koncesionarskih ambulantah s povprečno oceno 4,1 za leto 2012 in 4 za leto 2013. Najslabše so dimenzijo ocenili zaposleni v ambulantah v javnih zavodih s povprečno oceno 3,6 za leto 2012 in 3,7 za leto 2013. Pri tej skupini in pri skupini zaposlenih v vzhodnem delu Slovenije povprečna ocena pri tej dimenziji pada, medtem ko pri vseh ostalih ostaja enaka ali pa je celo višja kot predhodno leto. Skupno so zaposleni dimenzijo ocenili s povprečno oceno 3,8 za obe leti.

Z dimenzijo *Organiziranost* poskušamo ugotoviti, ali zaposleni prevzemajo odgovornost za rezultate svojega dela, ali imajo jasno predstavo o tem, kaj se od njih pričakuje, in ali razumejo, kje je njihovo mesto v organizacijski shemi.

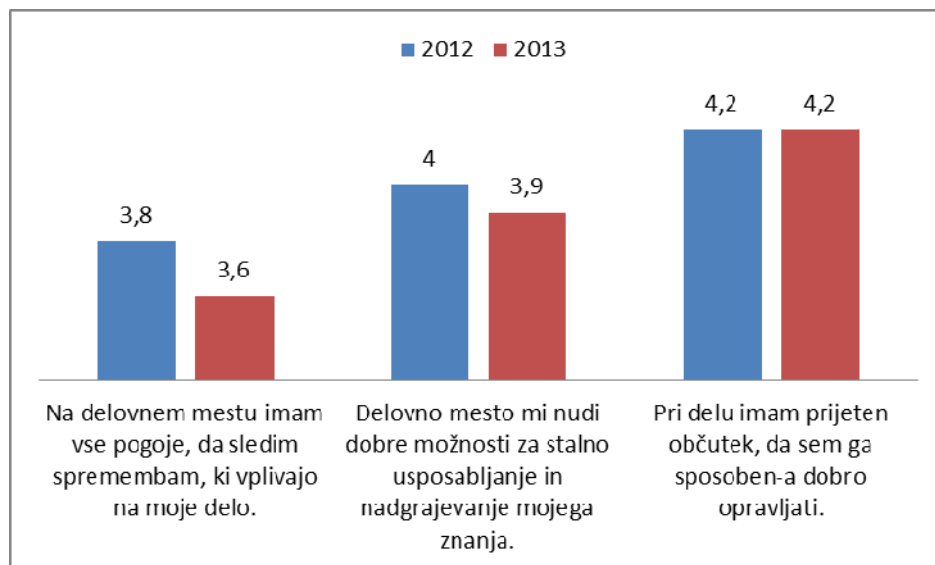
Strokovna usposobljenost in učenje

Dimenzija *Strokovna usposobljenost in učenje* je s povprečno oceno 4 za leto 2012 in 3,9 za leto 2013 na petem mestu.

Iz grafa 7.10 je razvidno, da so anketiranci najbolj ocenili trditev *Pri delu imam prijeten občutek, da sem ga sposoben-a dobro opravljati* s povprečno oceno 4,2 za obe leti. Trditev

Delovno mesto mi nudi dobre možnosti za stalno usposabljanje in nadgrajevanje mojega znanja je bila ocenjena s povprečno oceno 4 za leto 2012 in 3,9 za leto 2013, najslabše ocenjena trditev s povprečno oceno 3,8 za leto 2012 in 3,6 za leto 2013 pa je trditev *Na delovnem mestu imam vse pogoje, da sledim spremembam, ki vplivajo na moje delo.*

Graf 7.10: Strokovna usposobljenost in učenje



Iz podrobnejše analize v Prilogi B je razvidno, da so dimenzijo *Strokovna usposobljenost in učenje* najbolje ocenili zaposleni v zasebnih ambulantah s povprečno oceno 4,2 za obe leti, medtem ko so jo najslabše ocenili zaposleni v ambulantah v javnih zavodih s povprečno oceno 3,8 za leto 2012 in 3,7 za leto 2013. Največja razlika med letoma je pri oceni DMS, ki je za leto 2012 4,1, za leto 2013 pa 3,9. Tudi pri tej dimenziji se povprečne ocene nižajo glede na preteklo leto, enako so dimenzijo povprečno ocenili le zdravniki, zaposleni v ambulantah s koncesijo, zaposleni v ruralnem področju in v zahodnem delu Slovenije. Skupno so zaposleni dimenzijo ocenili s povprečno oceno 4 za leto 2012 in 3,9 za leto 2013.

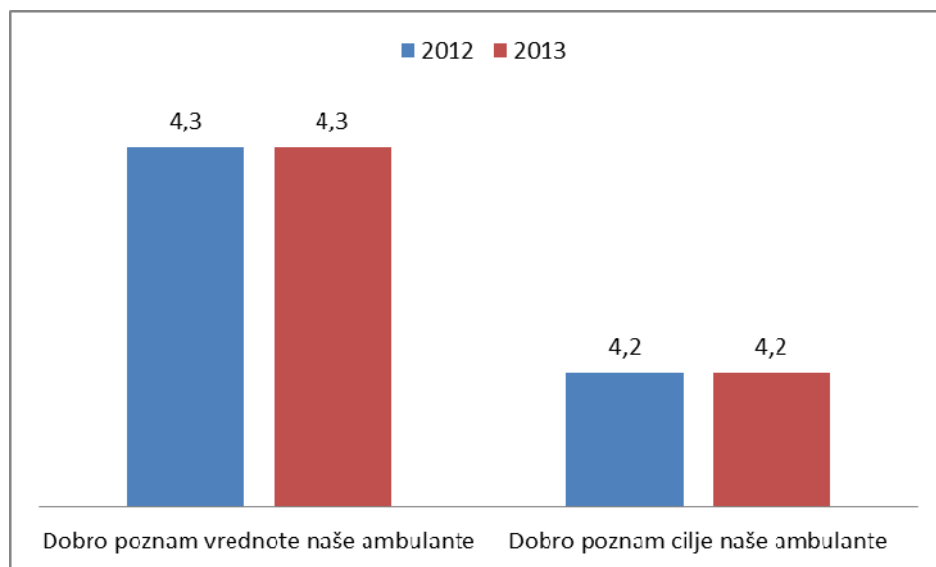
Z dimenzijo *Strokovna usposobljenost in učenje* zaposlenih ugotavljamo, ali so zaposleni usposobljeni za svoje delo, ali prenašajo znanje na druge zaposlene, ali organizacija nudi potrebno usposabljanje za dobro opravljeno delo, in ali upošteva želje zaposlenih.

Poznavanje poslanstva, vizije in ciljev

Dimenzija *Poznavanje poslanstva, vizije in ciljev* je s povprečno oceno 4,3 za obe leti na prvem mestu.

Iz grafa 7.11 lahko razberemo, da so anketiranci trditev *Dobro poznam vrednote naše ambulante* ocenili s povprečno oceno 4,3 za obe leti, trditev *Dobro poznam cilje naše ambulante* pa s povprečno oceno 4,2 za obe leti.

Graf 7.11: Poznavanje poslanstva, vizije in ciljev



Iz podrobne analize v Prilogi B lahko razberemo, da so dimenzijo *Poznavanje poslanstva, vizije in ciljev* bolje ocenili zaposleni v vzhodnem delu Slovenije s povprečno oceno 4,6 za leto 2012 in 4,3 za leto 2013, v tej skupini beležimo tudi največji padec ocene. Najslabše so dimenzijo ocenili zaposleni v ruralnem področju s povprečno oceno 4,1 leta 2012 in 4,2 leta 2013. Skupno so zaposleni dimenzijo ocenili s povprečno oceno 4,3 za obe leti.

Z dimenzijo *Poznavanje poslanstva, vizije in ciljev* organizacije ugotavljamo, ali so cilji realni in jasni, ali jih zaposleni sprejemajo za svoje in ali pri postavljanju ciljev poleg vodij sodelujejo vsi zaposleni. Zaposlene je treba motivirati za doseg zaželene vizije. To je mogoče doseči, če

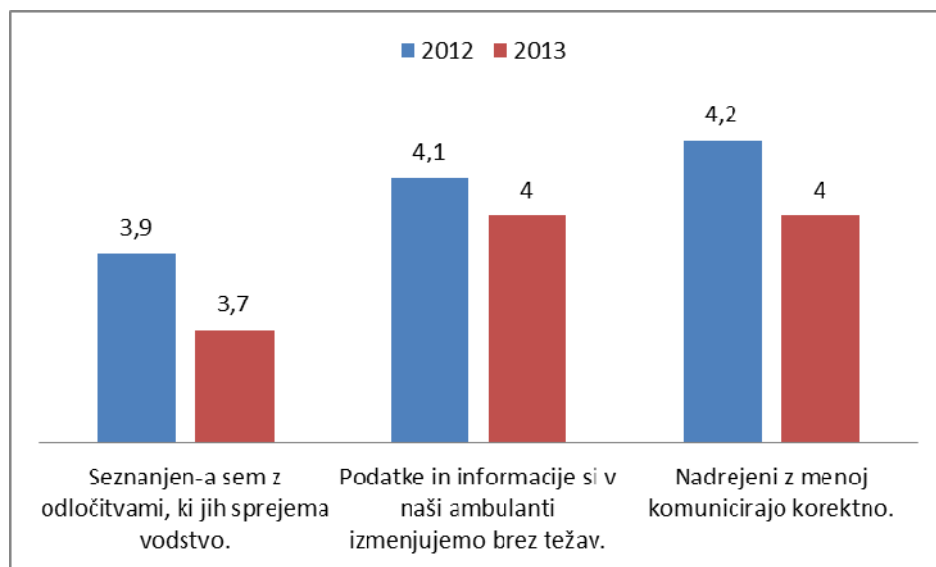
zaposleni poznajo in sodelujejo pri uresničevanju poslanstva, vizije in ciljev organizacije in verjamejo v uspeh.

Notranje komuniciranje in informiranje

Dimenzija *Notranje komuniciranje in informiranje* je s povprečno oceno 4,1 za leto 2012 in 3,9 za leto 2013 na četrtem mestu.

Iz grafa 7.12 je razvidno, da so anketiranci najboljše ocenili trditev *Nadrejeni z menoj komunicirajo korektno* s povprečno oceno 4,2 za leto 2012 in 4 za leto 2013. Sledi trditev *Podatke in informacije si v naši ambulanti izmenjujemo brez težav* s povprečno oceno 4,1 za leto 2012 in 4 za leto 2013. Trditev *Seznanjen-a sem z določitvami, ki jih sprejema vodstvo* je ocenjena s povprečno oceno 3,9 za leto 2012 in 3,7 za leto 2013.

Graf 7.12: Notranje komuniciranje in informiranje



Iz podrobnejših rezultatov v Prilogi B je razvidno, da so dimenzijo *Notranje komuniciranje in informiranje* najboljše ocenili zaposleni v ambulah s koncesijo in sicer 4,3 leta 2012 in 4,2 leta 2013. Tudi pri tej dimenziji se povprečne ocene nižajo glede na preteklo leto. Skupno so zaposleni dimenzijo ocenili s povprečno oceno 4,1 za leto 2012 in 3,9 za leto 2013.

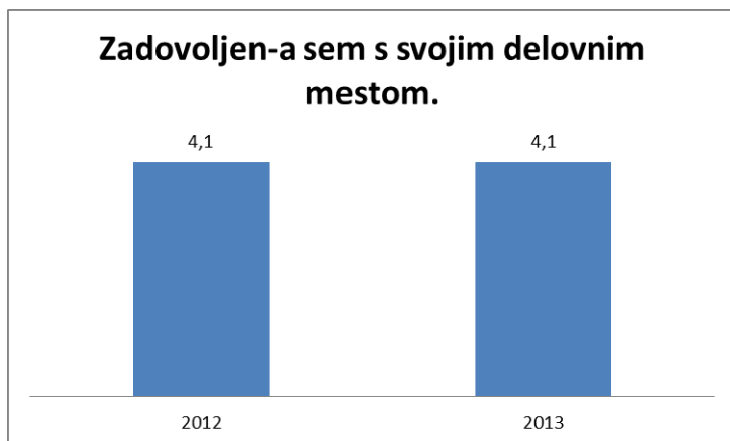
Z dimenzijo *Notranje komuniciranje in informiranje* ugotavljamo, ali komuniciranje temelji na dialogu, kakšno je to komuniciranje, ali so delovni sestanki redni, ali zaposleni dobijo dovolj informacij za dobro opravljeno delo, in ali so te informacije posredovane na razumljiv način.

7.1.3 Zadovoljstvo

Vprašalnik je zasnovan tako, da zadovoljstvo zaposlenih raziskuje posredno in neposredno. Neposredno ga raziskuje s trditvijo »Zadovoljen-a sem s svojim delovnim mestom«, ter z vprašanji, »Ali si želite spremembo delovnega mesta?«, »Ali ste ponosni na to, da ste zaposleni v referenčni ambulanti?« ter »Kaj bi želeli, da spremenimo v vaši ambulanti?«. Posredno pa zadovoljstvo raziskuje z vsemi ostalimi trditvami ter vprašanji »Kako bi ravnali, če bi vam naložili preveč dela?« in »Pomanjkanje znanja je lahko velik problem pri opravljanju del in nalog. Kako je v Vašem primeru?« Zgoraj sem že analizirala trditve po posameznih dimenzijah, v nadaljevanju pa bom analizirala ostala vprašanja.

Iz grafa 7.13 je razvidno, da so anketiranci zadovoljstvo z delovnim mestom v referenčni ambulanti ocenili s povprečno oceno 4,1 v obeh letih.

Graf 7.13: Zadovoljstvo



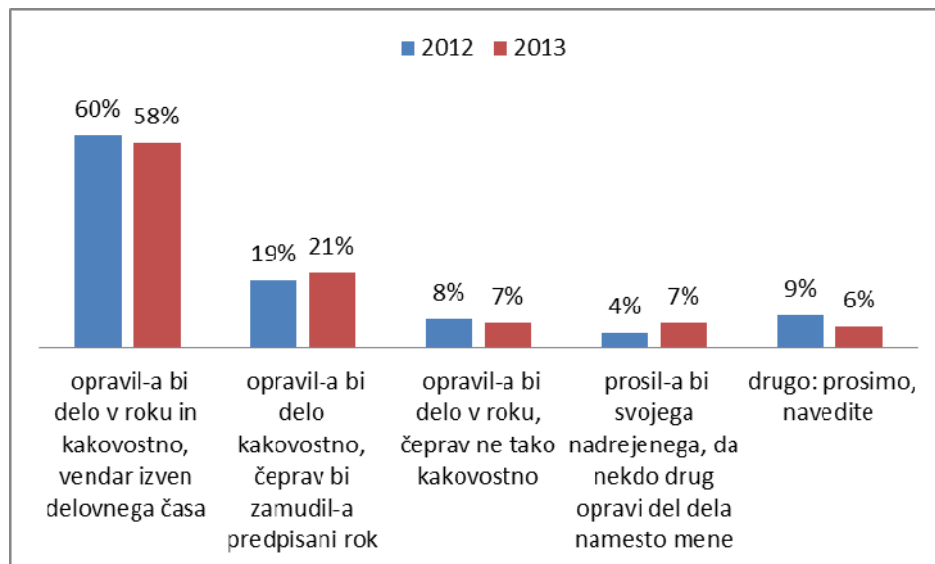
Iz podrobnejših rezultatov v Prilogi B je razvidno, da so na vprašanje zadovoljstva z delovnim mestom najboljše ocene podali zaposleni v ambulantah s koncesijo, medtem ko so na vprašanje najslabše ocene podali zaposleni v ambulantah v javnih ustanovah. Povprečna ocena ostaja za

obe leti ista pri zdravnikih 4, DMS 4,1, zaposlenih v javnih organizacijah 3,9, zaposlenih pri zasebnikih 4,3 in v vzhodnem delu Slovenije 4,1. Povprečna ocena se zviša pri zaposlenih v ruralnem področju, in sicer iz 4 leta 2012 na 4,3 leta 2013, zmanjša pa se pri zaposlenih v mestnih ambulantah in zaposlenih v zahodnem delu Slovenije iz povprečne ocene 4,1 leta 2012 na 4 leta 2013.

7.1.4 Posredna vprašanja

Kako bi ravnali, če bi Vam naložili preveč dela? Navodilo: Ustrezno označite Vaš odgovor.

Graf 7.14: Delež vprašanj in primerjava med leti 2012 in 2013



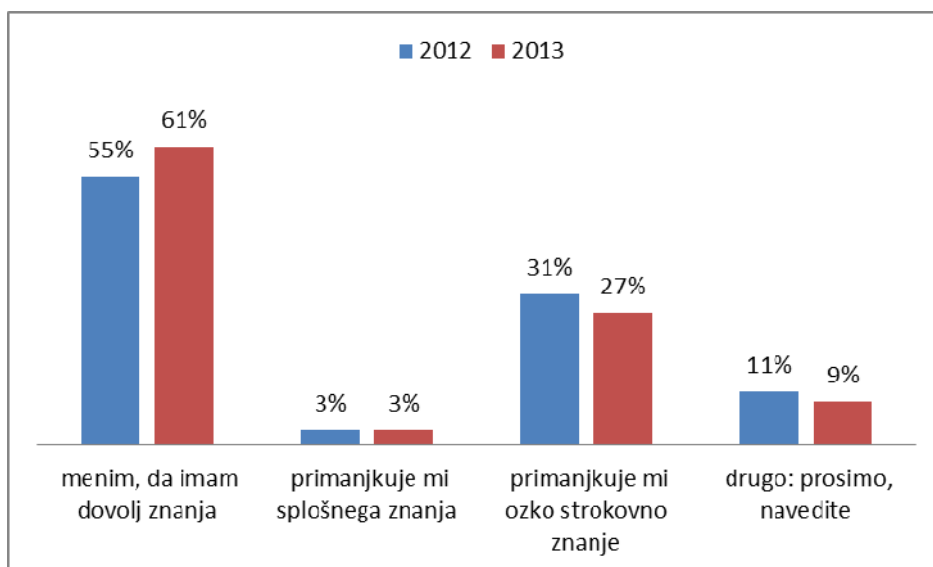
Iz grafa 7.14 je razvidno, da bi večina zaposlenih, to je 60% v letu 2012 in 58% v letu 2013, delo opravila kakovostno, četudi bi to pomenilo, da bi morali delo opraviti izven delovnega časa,. En del zaposlenih (19% leta 2012 in 21% leta 2013) bi delo opravila kakovostno, četudi to pomeni, da bi zamudili predpisani rok. Majhen del zaposlenih (8% leta 2012 in 7% leta 2013) bi delo opravilo v roku, čeprav to ne bi bilo opravljeno kakovostno. Najmanjši del zaposlenih (4% leta 2012 in 7% leta 2013) pa bi prosilo za pomoč. V spodnji tabeli so zbrani odgovori, ki so jih zaposleni navedli pod drugo. Večinoma so to odgovori, ki na drugačen način opišejo zgornje odgovore.

Tabela 7.3: Število odgovorov »drugo«

Odgovor	Število odgovorov
prosila bi za pomoč, če ne bi zmogla	8
kakovostno in pravočasno	8
poskusila bi delo opraviti kakovostno, pa če tudi izven delovnega časa	7
pogovoril bi se z nadrejenim o pomembnosti naloženega dela in v skladu s tem ukrepal	6
ne morem sprejeti nobenega dodatnega dela več	6
pogosto delamo izven delovnega časa	4
odvisno od tega, kakšno delo mi je naloženo, in od tega, koliko časa imam na voljo, da ga opravim	3
preveč dela ni mogoče opraviti v roku in hkrati kakovostno	2
opravila bi delo v roku in kakovostno v službenem času, delo bi si razporedila tako, da ne bi bil nihče oškodovan	2
enakomerna obremenitev vseh	2
povedala, da ne zmorem, za dobro plačilo pa bi se potrudila	2
opravil bi ga kakovostno, v rednem delovnem času	1
vsak dan opravim vse zahtevano	1
prosila bi za podaljšanje roka	1
stalno opravljam preveč dela in izven delovnega časa, ker drugače ni mogoče, kvaliteta pa zato tudi že trpi	1
delala bi po svojih zmožnostih, kakovostno, ne številčno, ne glede na rok	1

Pomanjkanje znanja je lahko velik problem pri opravljanju del in nalog. Kako je v Vašem primeru? Navodilo: Ustrezno označite Vaš odgovor.

Graf 7.15: Delež vprašanj in primerjava med leti 2012 in 2013



Iz grafa 7.15 je razvidno, da večina (55% za leto 2012 in 61% za leto 2013) meni, da ima dovolj znanja. Zelo majhen delež (3% v obeh letih) meni, da jim primanjkuje splošnega znanja. Približno tretjina vprašanih (31% za leto 2012 in 27% za leto 2013) si želi več ozkega strokovnega znanja. V spodnji tabeli so zbrani odgovori, ki so jih zaposleni navedli pod drugo. Večina pravi, da znanja ni nikoli dovolj, in da si želijo obnavljanja znanja.

Tabela 7.4: Število odgovorov »drugo«

Odgovori	Število odgovorov
znanja ni nikoli preveč	13
pridobivam na znanju, želim si obnavljanja znanja	12
nimam opravljenih vseh modulov	3
če česa ne vem, vprašam nadrejenega	2
primanjkuje mi časa za poglobljen študij in aplikacijo teh znanj	2
primanjkuje mi praktičnega znanja veščin	1
izobraževanja bi morala biti pred pričetkom delovanja ambulante	1

7.1.5 Predlogi

V zadnjem delu vprašalnika smo anketirancem ponudili, da sami predlagajo spremembe v njihovih ambulantah. Na podlagi njihovih komentarjev sem pripravila nekaj predlogov za izboljšanje.

Komentarje sem razdelila na pet glavnih področij:

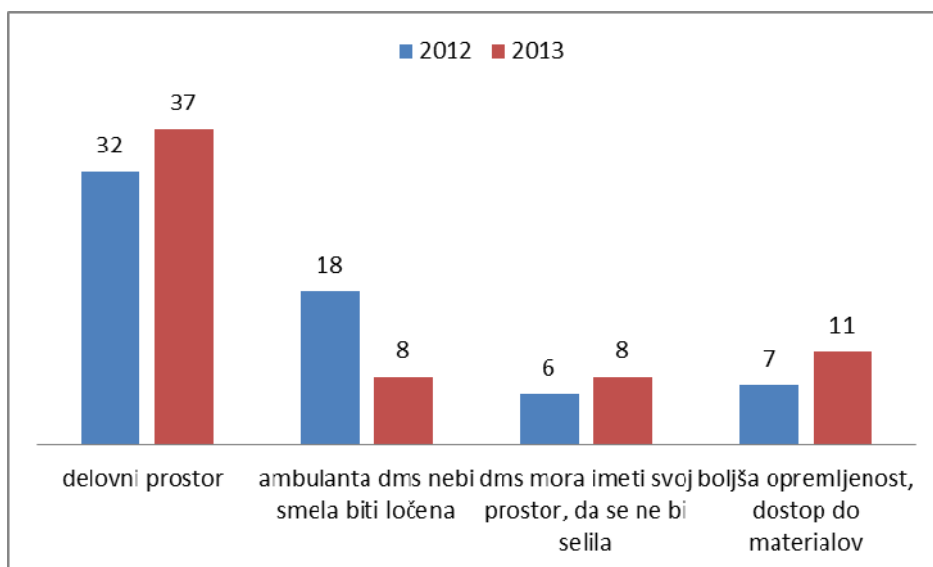
- prostorska stiska (zajema odgovore, ki so povezani s problematiko prostora DMS - DMS nima svojega prostora, ni ustrezno urejen, prostor si mora deliti, oddaljenost ambulante zdravnika in DMS),
- organizacija dela, izobraževanja (zajema odgovore glede organizacije srečanj, izobraževanj, neenotnosti poteka dela v različnih ambulantah in nejasnosti navodil),
- preobremenjenost pri delu (zajema odgovore glede administracije, povečanega obsega dela in predlogov glede zaposlitve DMS za polni delovni čas),
- informacijska podpora,
- finančna sredstva (zajema odgovore glede finančnih sredstev, Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZZS) in glavarinskih količnikov).

Prostorska stiska

Tabela 7.5: Komentarji »prostorska stiska«

	2012	2013
delovni prostor	32	37
ambulanta DMS ne bi smela biti ločena	18	8
DMS mora imeti svoj prostor, da se ne bi selila	6	8
boljša opremljenost, dostop do materialov	7	11

Graf 7.16: Komentarji »prostorska stiska«



Iz grafa 7.16 je razvidno, da je pri veliko ambulantah še vedno problem prostorska stiska in neurejenost prostorov. Za paciente in sam potek dela je idealen pogoj ambulanta, ki ima poleg prostora za zdravnika in SMS, tudi v neposredni bližini prostor za DMS. Pacienti tako ambulanto najdejo brez problema, vedno vedo, kam se lahko obrnejo. Nekaj odgovorov se je nanašalo na predlog, da bi imela DMS svoj prostor, ne da bi si ga morala deliti še z eno DMS, oziroma da se ne bi selila iz ene ambulante v drugo.

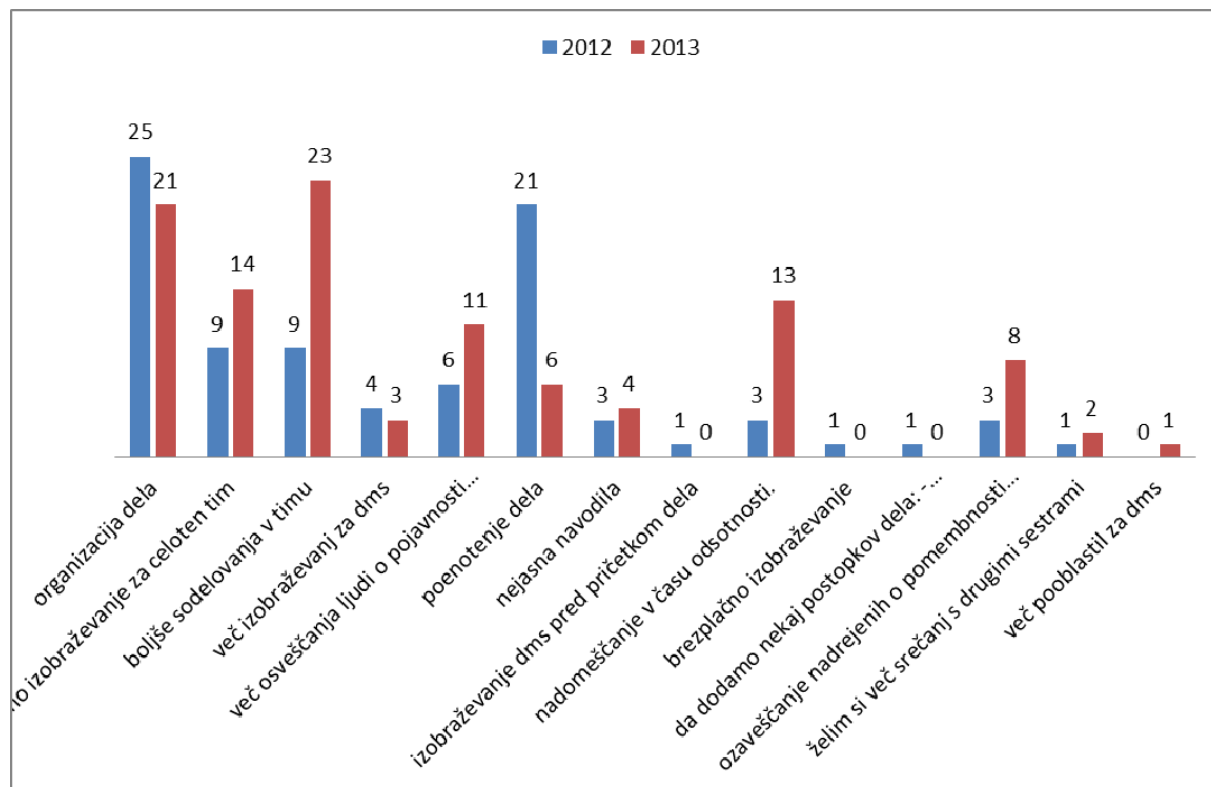
Organizacija dela

Tabela 7.6: Komentarji »organizacija dela«

	2012	2013
organizacija dela	25	21
redno izobraževanje za celoten tim	9	14
boljše sodelovanja v timu	9	23
več izobraževanj za DMS	4	3
več osveščanja ljudi o pojavnosti referenčnih ambulant	6	11
poenotenje dela	21	6
nejasna navodila	3	4
izobraževanje DMS pred pričetkom dela	1	0
nadomeščanje v času odsotnosti	3	13
brezplačno izobraževanje	1	0
da dodamo nekaj postopkov dela: - merjenje glež. indeksa - merjenje 24 urnega kt	1	0
ozaveščanje nadrejenih o pomembnosti referenčne ambulante	3	8

želim si več srečanj z drugimi sestrami	1	2
več pooblastil za DMS	0	1

Graf 7.17: Komentarji »prostorska stiska«



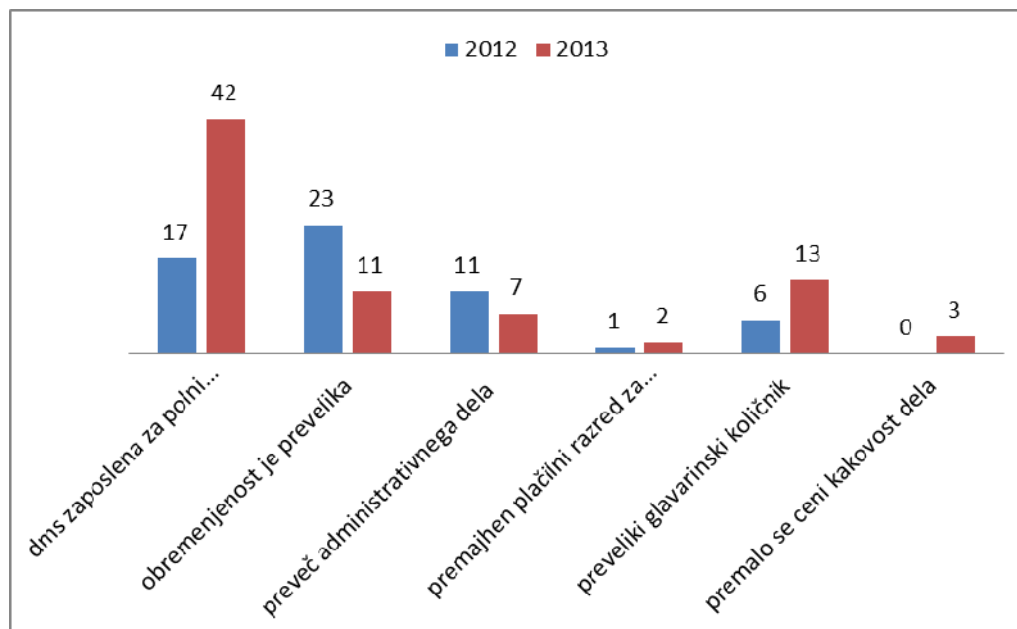
Največ pripomb v tej kategoriji je bilo glede same organizacije dela, nekateri niso bili zadovoljni z urnikom, ki ga imajo. Posledica tega je, da DMS nima svojega prostora in se mora prilagajati še drugim zaposlenim in si tako ne more razporejati svojega dela. Veliko vprašanih bi si želelo boljše sodelovanje v timu, nekatere od SMS se še vedno ne počutijo kot del referenčne ambulante, DMS je velikokrat odvisna sama od sebe. Iz grafa 7.17 je razvidno, da je v letu 2013 veliko več vprašanih odgovorilo, da tim ne sodeluje med seboj. Veliko je tudi predlogov za poenotenje dela v referenčnih ambulantah, pri tem pa je takih odgovorov leta 2012 veliko več.

Preobremenjenost

Tabela 7.7: Komentarji »preobremenjenost«

	2012	2013
DMS zaposlena za polni delovni čas	17	42
obremenjenost je prevelika	23	11
preveč administrativnega dela	11	7
premajhen plačilni razred za DMS	1	2
preveliki glavarinski količnik	6	13
premalo se ceni kakovost dela	0	3

Graf 7.18: Komentarji »preobremenjenost«



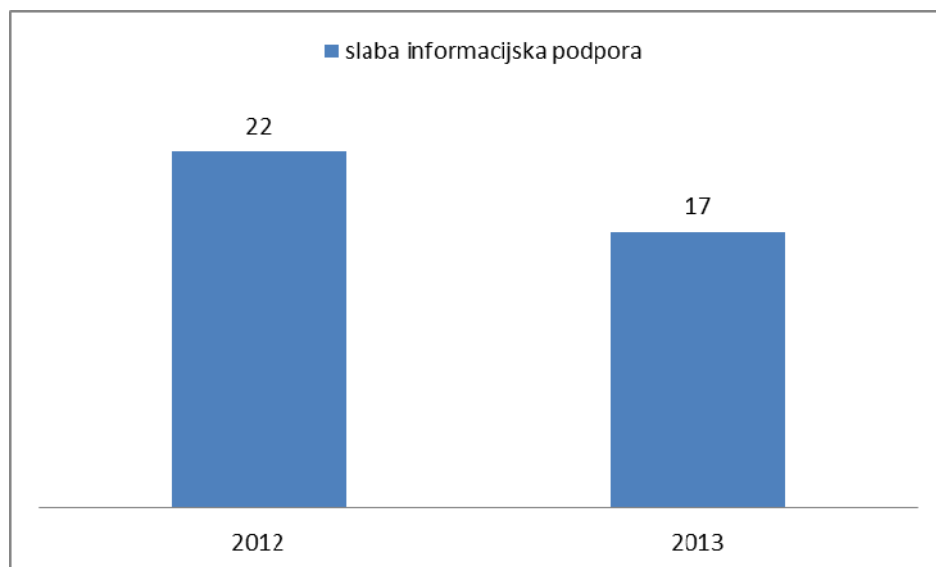
Ob pogledu na graf 7.18 vidimo, da je velik delež vprašanih predlagal zaposlitev DMS za polni delovni čas. Delu DMS se dodajo protokoli, pri preventivnih pregledih se odkrije vedno več kroničnih bolnikov, ki jih potrebno spremljati, pri čemer sta obremenjena tako DMS kot zdravnik. Kar je naslednji najpogostejši odgovor: preobremenjenost zaposlenih v referenčnih ambulantah. Ker želimo vse storitve in rezultate meriti, jih morajo v ambulantah beležiti. Nekateri morajo zaradi neurejenega računalniškega sistema spremljati rezultate ročno. Preobremenjenost zdravnikov je bila že predstavljena v nekaterih raziskavah, v Sloveniji že dolgo primanjkuje zdravnikov na primarni ravni (Živčec Kalan in drugi, 2004b).

Informacijska podpora

Tabela 7.8: Komentarji »informatijska podpora«

	2012	2013
slaba informatijska podpora	22	17

Graf 7.19: Komentarji »informatijska podpora«



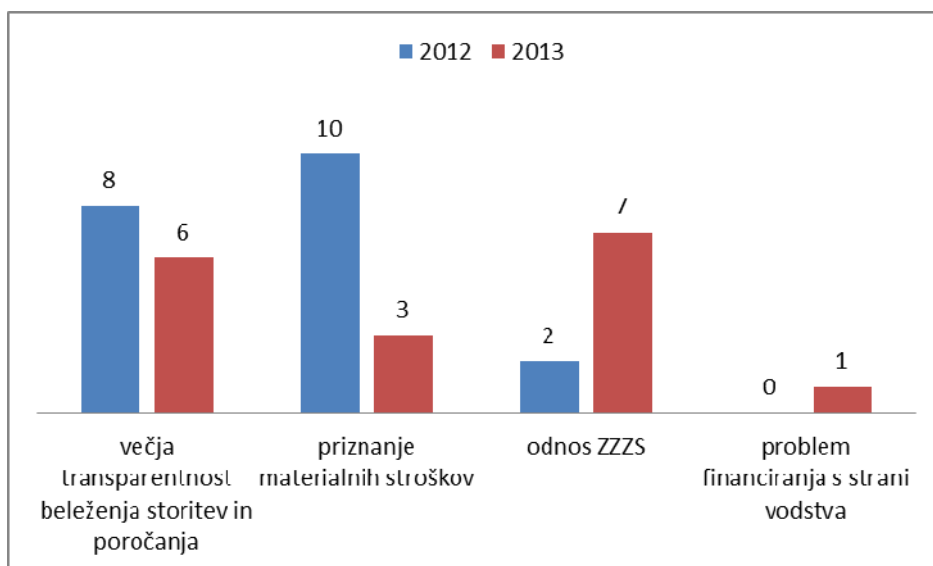
Pripombe glede informatijske podpore so se iz leta 2012 v leto 2013 zmanjšale, kar je dober znak. Nekateri imajo še vedno težave, kljub temu pa je vidno izboljšanje.

Finančna sredstva

Tabela 7.9: Komentarji »finančna sredstva«

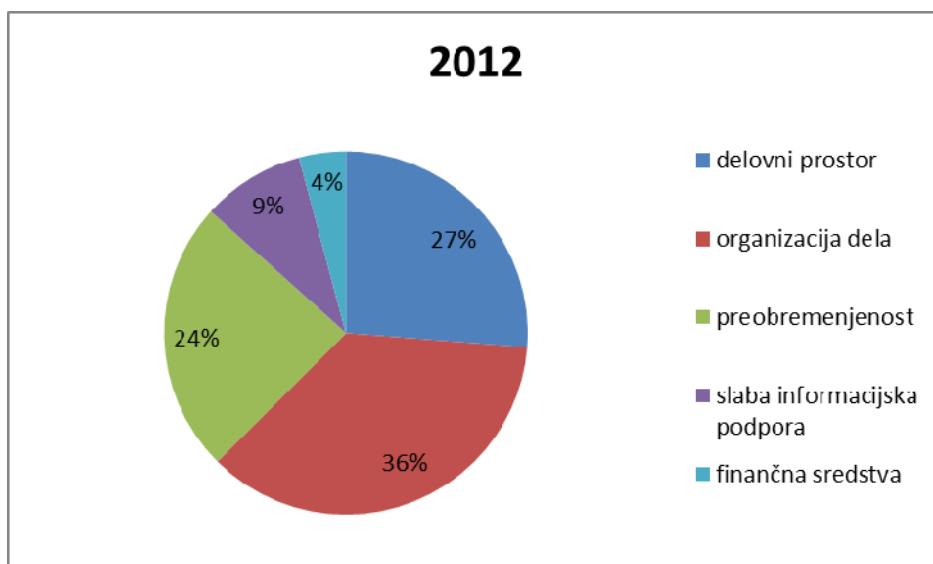
	2012	2013
večja transparentnost beleženja storitev in poročanja	8	6
priznanje materialnih stroškov	10	3
odnos ZZZS	2	7
problem financiranja s strani vodstva	0	1

Graf 7.20: Komentarji »finančna sredstva«

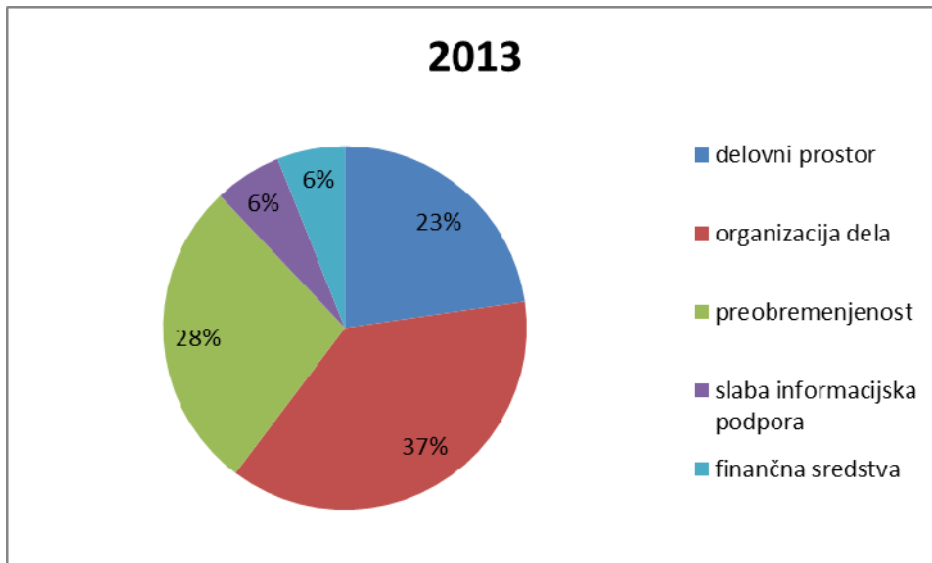


Pripombe glede priznanja materialnih stroškov so se zmanjšale, saj se je spremenila določba v Splošnem dogovoru za pogodbeno leto 2014, ki razmejuje materialne stroške. S Splošnim dogovorom so se spremenili tudi pogoji financiranja, ki določajo financiranje glede na delež pacientov nad 30 let, ki so opredeljeni v posamezni referenčni ambulanti.

Graf 7.21: Komentarji, delež, leto 2012



Graf 7.22: Komentarji, delež, leto 2013



Iz grafov 7.21 in 7.22 je razvidno, da je delež odgovorov približno enak, opazno je znižanje pripomb glede informacijske podpore, medtem ko je opazno povečanje pripomb glede preobremenjenosti.

Opozorila bi rada, da so v tabeli naštet le predlogi in ne pohvale, kar se mi zdi, da je bistvenega pomena, saj v projektni pisarni prejemo veliko pohval in se zgornji odgovori nanašajo predvsem na kritike.

Graf 7.23: Pregled podatkov po dimenzijah organizacijske klime



V grafu 7.23 je prikazan pregled rezultatov vseh dimenzij organizacijske klime, kjer je razvidno, da so zaposleni anketiranci posamezne dimenzije ocenili različno. Glede na ocene sem dimenzije razdelila v tri skupine (vir: Tabela 7.10), in sicer po ključu pozitivne ocene, to pomeni, da so več kot 0,10 točke višje od trenda (povprečne ocene merjene organizacijske klime), nevtralne ocene, ki odstopajo za 0,10 točke v plus ali minus, negativne ocene, kar pomeni, da so za več kot 0,10 točke nižje od trenda.

Pozitivne ocene:

- poznavanje poslanstva, vizije in ciljev,
- pripadnost organizaciji.

Nevtralne ocene:

- notranji odnosi,
- notranje komuniciranje in informiranje,
- strokovna usposobljenost in učenje.

Negativne ocene:

- vodenje,
- motivacija in zavzetost,
- organiziranost.

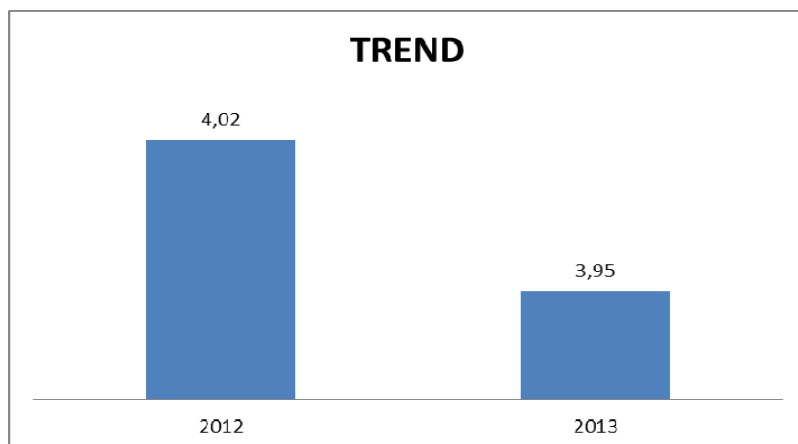
Dimenzije, ki spadajo v skupino negativne ocene, so tiste, za katere moramo čim prej poskrbeti z nujnimi ukrepi. Za te tri dimenzije sem pripravila predloge za izboljšanje, ki jih bom podala v 9. poglavju.

Legenda: Z zeleno so označene pozitivne ocene, to pomeni, da so več kot 0,10 točke višje od trenda (povprečne ocene merjene organizacijske klime), s sivo so označene nevtralne ocene, ki odstopajo za 0,10 točke v plus ali minus, z rdečo so ocenjene negativne ocene, kar pomeni, da so za več kot 0,10 točke nižje od trenda.

Tabela 7.10: Primerjava povprečnih ocen dimenzij za leti 2012 in 2013

	2012	2013
Poznavanje poslanstva, vizije, ciljev	4,25	4,25
Pripadnost organizaciji	4,17	4,13
Notranji odnosi	4,08	4,05
Notranje komuniciranje in informiranje	4,07	3,90
Strokovna usposobljenost in učenje	4,00	3,90
Organiziranost	3,83	3,80
Motivacija in zavzetost	3,93	3,78
Vodenje	3,85	3,75
TREND	4,02	3,95

Graf 7.24: Primerjava povprečnih ocen (trenda) organizacijske klime



7.1.6 Raziskovalno vprašanje

Pri odgovarjanju na raziskovalno vprašanje sem upoštevala trditve po dimenzijah in trditev *Zadovoljen-a sem s svojim delovnim mestom.*

Tabela 7.11: Povprečje trditev v vprašalniku

	zdravnik		DMS		javni zavod		zasebnik		ruralna ambulanta		mestna ambulanta		vzhodni del		zahodni del		skupaj	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Povprečje	3,98	3,91	3,95	3,88	3,82	3,74	4,22	4,15	3,86	3,87	3,98	3,89	4,02	3,91	3,94	3,89	3,97	3,91

Raziskovalno vprašanje, ki sem si ga zastavila: ali lahko primerjamo zadovoljstvo zaposlenih glede na območne enote ZZZS, ruralnost ambulant, lokacijo ambulant, organiziranost ambulant, glede na leti 2012 in 2013, glede na profil zaposlenih, to je DMS in zdravnik?

Ko med seboj primerjam profil zaposlenih v referenčnih ambulantah, to sta DMS in zdravnik, lahko vidimo, da so povprečne vrednosti za leto 2012 pri zdravniku 3,98 in pri DMS 3,95, v letu 2013 pa 3,91 pri zdravniku in 3,88 pri DMS. Če med seboj primerjamo obe vrednosti v posameznih letih, vidimo, da sta se vrednosti tako pri zdravnikih kot pri DMS zmanjšali. Vrednost pa je večja pri zdravnikih kot pri DMS v obeh letih. Predvidevam, da so zdravniki bolj zadovoljni kot DMS, ker se njihovo delo ni bistveno spremenilo. Nov način dela je za marsikaterega zdravnika lažji, saj je preventivne preglede prevzela DMS. Za zdravnika se veliko ne spremeni, opravlja preglede kroničnih bolnikov, medtem ko mora DMS ponotranjiti povsem nov način dela.

Pri primerjavi lokacije ambulant glede na vzhod in zahod Slovenije, je razvidno, da so povprečne vrednosti za leto 2012 pri ambulantah v vzhodnem delu 4,02 in pri ambulantah v zahodnem delu 3,94, v letu 2013 pa 3,91 pri ambulantah v vzhodnem delu in 3,89 pri ambulantah v zahodnem delu. Če med seboj primerjamo ob vrednosti v posameznih letih vidimo, da sta se vrednosti tako pri ambulantah v vzhodnem kot zahodnem delu znižali. Vrednost pa je večja pri ambulantah v vzhodnem delu. Predvidevam, da so zaposleni v vzhodnem delu Slovenije bolj zadovoljni z delom v referenčni ambulanti, ker je v zahodnem delu Slovenije večje število večjih

organizacij. Menim, da so zaposleni v večjih organizacijah manj zadovoljni, saj se je v večjih organizacijah težje dogovarjati o načinu dela, urniku in podobno.

Glede na organizacijo ambulante, lahko vidimo v tabeli, so povprečne vrednosti pri zaposlenih v ambulantah v javnih zavodih 3,82 za leto 2012 in 3,74 za leto 2013. Povprečne vrednosti pri koncesionarjih so 4,22 v letu 2012 in 4,15 v letu 2013. Pri obeh se zadovoljstvo zmanjša, vrednost pa je večja pri koncesionarjih. Predvidevam, da so zaposleni v koncesionarskih referenčnih ambulantah bolj zadovoljni, ker so samo trije zaposleni. V ambulantah v javnih organizacijah je več zaposlenih, v večjih organizacijah se je težje dogovarjati, večkrat DMS predstavijo v druge ambulante.

Glede na ruralnost ambulante lahko vidimo, da so povprečne vrednosti za leto 2012 pri ruralnih ambulantah 3,86 in pri mestnih ambulantah 3,98, v letu 2013 pa 3,87 pri ruralnih ambulantah in 3,89 pri mestnih ambulantah. Če med seboj primerjamo obe vrednosti v posameznih letih, vidimo, da sta se vrednosti zaposlenih tako v mestnih kot v ruralnih ambulantah zmanjšali. Vrednost pa je večja pri zaposlenih v mestnih ambulantah. Predvidevam, da so zaposleni v mestnih referenčnih ambulantah bolj zadovoljni, ker se zaposleni v ruralnem okolju soočajo z večjimi težavami kot ambulante v mestnem okolju. Ambulante v ruralnem okolju so bolj oddaljene od večjih mest, veliko pacientov ne zmore obiskovati zdravnika v ambulanti, zato je v tistem okolju veliko obiskov na domu, kar dodatno obremenjuje zdravnika.

V nadaljevanju odgovarjam na raziskovalno vprašanje, ki sem si ga zastavila: ali lahko primerjamo zadovoljstvo zaposlenih glede na območne enote ZZZS, ruralnost ambulant, lokacijo ambulant, organiziranost ambulant, glede na leti 2012 in 2013, glede na profil zaposlenih, to je DMS in zdravnik?

Zelo težko med seboj primerjam razlike na podlagi dejavnikov, ki sem si jih zastavila. Razlike med vrednostmi so tako majhne, da težko izpeljem zaključke, da so zaposleni na podlagi nekaterih dejavnikov bolj ali manj zadovoljni. Dejstva, da razlike obstajajo, ne moremo spregledati, vendar so te tako majhne, da kakršnikoli sklepi nebi bili realni. Kljub vsemu pa ne

moremo mimo dejstva, da so vrednosti zadovoljstva visoke, kar je najbolj pomembno, tako za napredek projekta kot za mojo nalogo.

8 PREDLOGI ZA IZBOLJŠANJE

Svetovalec Arun Maira iz svetovalnega podjetja Arthur D. Little je začel svoj kratek esej »Change management Consulting« (Biswas, Twitchell 2002, 103) z besedami: »Upravljanje sprememb je ena najbolj pomembnih in hkrati najslabše razumljenih storitev managerskih svetovalcev. Skoraj vse, kar svetovalec dela za stranko, bodisi načrtovanje nove strategije ali prenova poslovnih procesov, zahteva od organizacije neko vrsto spremembe.«

Vodstvo uvajanja spremembe si mora zadati časovno obdobje za uvajanje spremembe. Vsaka sprememba zahteva svoj čas, nekatere spremembe lahko uvajamo sočasno, druge pa v sosledju. Za preverjanje uspešnosti spremembe je potrebno določiti termine že v začetku procesa spreminjanja. V tem primeru je za preverjanje smiselno uporabiti ponovno merjenje organizacijske klime in zadovoljstva zaposlenih v enakih časovnih obdobjih.

Vodstvo se mora aktivno vključiti v projekt, ga podpirati in sodelovati v njem aktivno, prav tako pa mora sodelovati z delavci, ki se jih spremembe tičejo. V primeru, da projektna skupina ni dovolj usposobljena za svoje delo, je dobro najeti zunanjega sodelavca, ki je domač na tem področju in bo s svojimi predlogi lahko v veliko pomoč projektni skupini.

Kot sem že omenila, vsaka sprememba potrebuje svoj čas; v našem primeru je nujno potrebno uvesti spremembe najprej na kritičnih področjih, torej na tistih dimenzijah, ki sem jih po interpretaciji rezultatov raziskave označila kot negativne. Če se bo uvajala vsaka sprememba posebej, je velika verjetnost, da bo uspeh spreminjanja boljši, kot če bi uvajali vse spremembe naenkrat.

Predloge za izboljšanje je sicer težko podati, ker referenčna ambulanta ni samo ena organizacija, ampak gre za veliko število organizacij, ki so med seboj različno velike in različno organizirane. Vseeno pa bom predlagala izboljšave vsem ambulantam na splošno.

Vodenje organizacij

Potrebno je spremeniti tudi enega izmed faktorjev zadovoljstva, in sicer zadovoljstvo z *vodstvom organizacije*. Ta dimenzija je bila tudi najslabše ocenjena, zato bi se morali posvetiti najprej temu. *Vodstvu bi predlagala, da se posluži sistema vodenja z opolnomočenjem.*

Pri konceptu opolnomočenja se zaposlenim dodeli večje pristojnosti odločanja, s tem pa tudi večjo odgovornost. Zaposleni dobijo informacije, znanje, moč in nagrado, kar jim omogoča svobodnejše ukrepe pri izpolnjevanju delovnih nalog.

Podlago za predlog spremembe najbolje opiše Merkač Skok (2005, 195), ki pravi, da Adair trdi, da »človeška motivacija izvira iz posameznikovih globljih potreb in vrednot, zato dober vodja pomaga posameznikom, pri spremljanju njihovih potreb v želje po osebnih dosežkih pri delu, z občutkom, da prispevajo k skupnemu doseganju zastavljenih ciljev«. Motivacija je potrebna za uspešno opravljene aktivnosti in zadovoljitev potreb. Zaposleni dobijo občutek, da jim je delo izziv, ki iz njih potegne najboljše in največ, glede na njihove zmožnosti, kar je težko doseči brez motivacije.

Na tej stopnji morajo zaposleni zaupati svojemu vodji in obratno. Po Hurley (2006, 55–56) je delovno okolje z nizko stopnjo zaupanja: stresno, grozeče, nesložno, neuspešno in napeto; delovno okolje z visoko stopnjo zaupanja je: zabavno, spodbujajoče, motivacijsko, uspešno in udobno. Jasno je, da bodo imela podjetja z višjo kulturo zaupanja večjo prednost pri iskanju novozaposlenih, kot podjetja za katera velja, da imajo nizko kulturo zaupanja. Hurley omenja še *Model zaupanja*, ki je sestavljen iz osebnih, kulturnih, izkušnjskih in situacijskih faktorjev. Pri uvedbi novosti pri delu mora biti prisotno obojestransko zaupanje, saj bo le tako sprememba uspešno uvedena in obstaja veliko večja možnost, da se bo obdržala.

Da bi dosegli povečanje stopnjevanja predanosti, moramo najprej prepričati vse vpletene (*to win hearts and minds*), to je tudi začetni postopek pri uvedbi vsake spremembe v organizaciji. Tako lahko rečem, da je najpomembnejša komunikacija. Tudi v primeru opolnomočenja gre za to, da je želja po uvedbi spremembe sporočena zaposlenim na pravi način, da ne dosežemo ravno obratnega učinka.

Če se vrnem na začetek k opolnomočenju, Storey in drugi (2004, 13–25) opišejo štiri stopnje, kako priti do opolnomočenja:

- informiranje – komuniciranje z zaposlenimi,
- svetovanje,
- pogajanje, npr. v primeru udeležbe sindikatov,
- polavtonomne delovne skupine oziroma samoupraviteljski timi.

Najprej moramo izboljšati komunikacijo med zaposlenimi, nato moramo zaposlene naučiti posredovanja informacij, poslušanja in upoštevanja sporočenega. V primeru pogajanja s sindikati pridejo na površje sposobnosti komuniciranja in s tem tudi hitrejšega doseganja dogovorov. Delovne skupine brez pravilne komunikacije ne morejo obstajati, saj je pretok informacij med zaposlenimi na določenem projektu za uspešen cilj projekta še kako potreben. In nazadnje opolnomočenje v bistvu temelji na bolj obsežni komunikaciji z in med zaposlenimi.

Treba se je zavedati, da opolnomočenje ne bo imelo pravega učinka, če pri tem ne bodo sodelovali vsi vodje. Opolnomočenje ne more biti samo dodatek k obstoječemu načinu vodenja, ampak mora postati en in edini način vodenja.

Organizacija

Pri organiziranosti se je kot najbolj kritično izkazalo, da pristojnosti in odgovornosti med seboj niso uravnotežene. Večina zaposlenih ne ve, kaj se od njih pričakuje, verjetno zato, ker zadolžitve niso jasno opredeljene. Pri organiziranosti dela je zelo pomembno, da vsak zaposleni ve, kaj je njegovo delo, pozna svoje zadolžitve ter kakšna so delovna pričakovanja njegovih nadrejenih. Vodstvo mora dovolj jasno določiti delo vsakemu zaposlenemu in njegovo vlogo pri opravljanju dela.

Vodstvom organizacij bi predlagala, da bolj enakomerno porazdelijo delo. Smiselno bi bilo narediti seznam nalog in del posameznikov, zaposlenih v referenčnih ambulantah. Natančneje je treba opredeliti cilje in konkretne naloge in izboljšati komunikacijo z vodstvom. To lahko

naredijo tudi z rednimi sestanki. Spoštovanje sprejetih odločitev in izvajanje zastavljenih ciljev je bistveno.

Motivacija in zavzetost

Čeprav dimenzija *Motivacija in zavzetost* v letu 2012 ni bila med negativnimi dimenzijami, pa je v letu 2013. Ker je razlika med letoma velika, bom vseeno med predloge uvrstila to dimenzijo.

Mayer (1994, 18) pravi, da se proces motivacije ne neha, vseskozi spodbuja bistvo »osebnega delovnega življenja in doživljanje zadovoljstva, ki omogoča ustvarjalno delo v podjetju, naravnano k uspešnosti, osebnostni in strokovni rasti zaposlenih ter prispevkom posameznikov in skupin k odličnosti«.

Lipičnik in Možina (1994, 44) pojasnjujeta, da ljudje težijo k temu, da so čimbolj zadovoljni in čimmanj nezadovoljni. Zaradi velike motivacije pričakujejo veliko, zaradi premajhnih pridobitev pa so lahko zelo razočarani. Zato naj nebi gojili napačnih pričakovanj, obljubljali stvari, ki jih ne moremo izpolniti.

Možina (1999, 5) pravi, da »s primernim oblikovanjem dela lahko povečamo motivacijo delavcev za delo, kar po eni strani izboljšuje delovne rezultate, po drugi pa povečuje zadovoljstvo delavcev. Doseganje dobrih rezultatov in zadovoljstvo delavcev pa tudi pozitivno spodbujata drug drugega. Zadovoljen delavec je mnogo bolj dovzeten za motivatorje, s katerimi ga spodbujamo k delu, kot pa nezadovoljen.«

Zaposlene lahko motiviramo z jezo, strahom, pohlepom ali pa s pristnim navdušenjem in zaupanjem. Vsak od teh motivov lahko doseže rezultate, vendar s to razliko, da lahko nekatera čustva (strah, jeza, pohlep,...) počasi uničijo zaposlene, medtem ko jim lahko druga (veselje, pristno navdušenje,...) izboljšajo kvaliteto življenja. Vodja kot motivator se mora najprej zavedati potreb svojih podrejenih, potem pa jim lahko pomaga pri njihovem zadovoljevanju. Vsakega posameznika motivirajo različne stvari, ki so različno pomembne v različnih trenutkih. Uspešen vodja se nato intenzivno posveča svojim sodelavcem, jih spoznava in sledi njihovim specifičnim potrebam. Na ta način spoznava dejavnike, ki vplivajo na motivacijo vsakega

posameznika. Ena njegovih ključnih nalog je najti navdušenje za delo (Cimerman in drugi 2003, 57–58).

Vodja mora znati motivirati. Tako bodo zaposleni želeli priti do cilja. Hkrati mora vedeti, da ljudi motivirajo različne stvari. Ko govorimo o notranji motivaciji, posameznik opravlja neko dejavnost, ker to njemu prinese občutek zadovoljstva, kompetentnosti ali moči. Če bo posameznik videl, da je naloga zanimiva in zadovoljuje njegove potrebe, se bo naloge lotil visoko motiviran. Kadar pa je posameznik motiviran zaradi zunanje spodbude, kdo so denarne ali nederarne nagrade in pohvale, govorimo o zunanji motivaciji. Uspešen vodja bo prepoznal, kaj posameznik rad počne in za doseganje ciljev organizacije uporabi njegovo notranjo motivacijo (Hočevar in drugi 2003, 142–145).

Vrčko (2004, 141) je prepričan, da ljudje delajo zaradi zadovoljevanja svojih potreb. Zaradi potreb se v človeku zbudijo napetost, želja in hotenje po zadovoljstvu. Pri motivaciji je problem energije, ki se usmerja k postavljenim ciljem. Cilj mora biti postavljen na podlagi človekovih potreb. Motivacija je torej usmerjeno delovanje in je definirana kot volja do dela. »Je vse tisto, kar pripelje do neke aktivnosti, kar to aktivnost usmerja in kar ji določi moč in trajanje«.

Vsaka organizacija si želi zaposlene, ki bi bili sposobni poleg hitrega in natančnega dela tudi ustvarjalno razmišljati, dajati spodbude in zamisli ter dosegati cilje podjetja. Za vse to pa je potrebna motivacija. Samo motivirani zaposleni so pripravljeni v organizaciji veliko prispevati, zato ker hočejo in ne ker morajo. Da bi motivirali zaposlene, morajo vodje najprej ugotoviti, kaj pri posamezniku spodbuja aktivnost in kaj ga motivira.

Dobro sodelovanje zaposlenih je še toliko bolj pomembno v zasebnih referenčnih ambulantah, kjer gre praviloma za tim treh zaposlenih. Vsak konflikt se v tako majhni enoti hitro pozna. Vsem ambulantam bi zato predlagala redne tedenske sestanke, na katerih bi izpostavili probleme, s katerimi se srečujejo na delovnem mestu in jih poskušajo sproti reševati. Prav tako lahko na sestankih predlagajo izboljšave glede organizacije delovnega procesa. Glede na rezultate ankete, ki so razvidni iz grafa 7.23., je ravno organizacija tista, ki bi potrebovala največ pozornosti tako vodij kot zaposlenih.

Nadzori projektne sveta referenčne ambulante

Glede na številne predloge glede prostorske stiske, ki še vedno pesti marsikaterega izvajalca, bi predlagala nadzore, s katerimi bi ugotovili tudi morebitne druge nepravilnosti. Nadzor bi opravili v ambulanti potem, ko bi ambulanta delovala dve leti. V sklopu nadzora bi preverili *prostorsko ureditev*, in sicer, ali ima DMS svojo ambulanto, *urnik dela*, *ureditev nadomeščanja* in *veljavnost licenc*. Na podlagi Pravilnika o strokovnem nadzoru s svetovanjem (Ur.l. RS, št. 35/2000) lahko Ministrstvo za zdravje Zdravniški zbornici Slovenije predlaga strokovni nadzor. Moj predlog je, da se opravi nadzor v vseh referenčnih ambulantah, ki delujejo dve leti. Ko se bodo v projekt vključevale nove referenčne ambulante, bi po dveh letih delovanja opravili nadzor tudi pri novih ambulantah.

Območna srečanja

Znanje je vedno potrebno obnavljati, zato je eden od mojih predlogov večkratna srečanja po posameznih območnih enotah, na katera bi povabili ves tim referenčne ambulante. Nekaj dni preden ambulanta začne z delom kot referenčna ambulanta, je organizirano uvodno srečanje, na katerega je vabljen celoten tim. Na srečanju se udeležencem razloži potek dela, organizacijo ter se jim poda informacije glede mesečnega poročanja. Ker si vsi še ne predstavljajo, kako delo poteka, veliko udeležencev nima vprašanj, ampak se ta porajajo kasneje, ob samem delu. Takrat nastopimo mi kot projektna pisarna, ki na ta vprašanja odgovarja. Po začetku dela se za posamezno področje obravnav v referenčni ambulanti izobražujejo DMS, ki so med seboj dobro povezane. Ker se pogovarjajo med seboj, velikokrat ugotavljajo, da ne delajo enako. Poleg tega se izobraževanj udeležijo samo DMS, velikokrat pa bi obnovitev znanja koristila tudi zdravnikom. Zato predlagam, da se organizira tri srečanja, na katera bi povabili celoten tim, zdravnika, DMS in SMS. Na srečanju bi jim ponovno razložili, kako naj se organizirajo, saj se nekateri še vedno ne znajo. Prav tako imajo, potem ko že toliko časa delajo kot referenčna ambulanta, veliko vprašanj. Poleg tega bi lahko kot sklepe srečanja predlagali poenoten način dela. Pred samim srečanjem bi vprašanja poslali v projektno pisarno, ta pa bi na srečanju predstavila odgovore na vprašanja. Po zaključku srečanja bi pripravili dokument s predlogi za organizacijo dela. Na ta način ne bi bilo več dileme glede organizacije dela. Tako bi tudi samo delo potekalo hitreje in brez zaostankov, ki so sedaj nastajali zaradi nejasnosti.

Ker so srečanja povezana s finančnimi sredstvi, predlagam tri srečanja, da bi bil finančni zalogaj manjši, kot če bi srečanja organizirali v vsaki območni enoti. Ker spremljamo ambulante glede na območno enoto ZZZS, bi tudi srečanja pripravili glede na kraj ambulante. Eno srečanj bi pripravili za vzhodno Slovenijo, enega za osrednjo in enega za zahodno Slovenijo. V Prilogi C sem pripravila število ambulant po posameznih območnih enotah.

Prvo srečanje bi organizirali v Kopru, povabili bi vse delujoče referenčne ambulante iz območnih enot ZZZS Koper in Nova Gorica. Trenutno deluje na tem območju 46 ambulant, in sicer v Kopru 18 in v Novi Gorici 28. Drugo srečanje bi organizirali v Ljubljani. Povabili bi ambulante na področju območnih enot ZZZS Ljubljana, Ravne na Koroškem in Kranja. Teh ambulant je 145. Tretje srečanje pa bi organizirali v Mariboru, nanj pa povabili ambulante iz območnih enot Celje, Maribor, Murska Sobota, Novo mesto in Krško. Vabljenih bo 162. Po izkušnjah preteklih srečanj, ki smo jih zotraj projekta že organizirali, se ga bo udeležilo vsaj 80% vabljenih.

Finančna sredstva, ki bi bila potrebna za organizacijo srečanj, zajemajo honorar predavateljev, stroške najema dvorane in pogostitve. Sredstva bi zbrali s kotizacijo.

Novinarska konferenca / izjava za javnost

Glede na število pripomb, da se ljudje slabo odzivajo na vabila za preventivni pregled v referenčno ambulanto, in da na splošno ljudje ne vedo, kaj so referenčne ambulante, predlagam novinarsko konferenco, na kateri bi predstavili vlogo referenčnih ambulant, DMS in pomen preventivnih pregledov. Moj predlog je, da bi novinarsko konferenco pripravili v Zdravstvenem domu Ljubljana, ki je največji zdravstveni dom v Sloveniji. V prvem delu konference bi v za to namenjenem prostoru predstavili vlogo referenčnih ambulant in odgovarjali na vprašanja medijev. V drugem delu bi z dovoljenjem vseh prisotnih posneli eno od ambulant in prikazali, kako poteka preventivni pregled. Tako bi opozorili, kako pomembno je, da se ljudje vabilu na preventivni pregled odzovejo. Na takšnem pregledu lahko odkrijemo bolezen ali pa tveganje zanjo, kar kažejo podatki o opravljeni preventivi, ki sem jih predstavila v poglavju 3.1.5. Preko novinarske konference bi referenčne ambulante približali ljudem, predvsem starejšim, ki nimajo dostopa do interneta in se ne morejo pozanimati, kaj so referenčne ambulante.

9 ZAKLJUČEK

Stanje na področju zadovoljstva pri delu ne bo nikoli tako idealno, da ne bi moglo biti še boljše. Vodstvo se mora zato nenehno boriti za čim bolj zadovoljne zaposlene. Vodstvo organizacije mora meriti zadovoljstvo zaposlenih in spremljati dobljene rezultate glede na uvedene spremembe. Zelo veliko pozornost morajo nameniti dejavnikom, pri katerih se je zadovoljstvo zaposlenih zmanjšalo. Pomembno je, da ugotovi vzroke in jih poskuša v čim krajšem času odpraviti.

Ob prebiranju rezultatov in podajanju predlogov bi vseeno rada opozorila, da so rezultati ankete kljub vsemu zelo dobri. Navodilo za izpolnjevanje je bilo, da označijo številko pri trditvi, ki so označena s petstopenjsko stopnjo strinjanja. Povprečen rezultat trditve zadovoljstva z delovnim mestom je 4,1 za obe leti, kar je večja vrednost kot 4 (zelo se strinjam). Zato lahko trdim, da so zaposleni v referenčnih ambulantah zelo zadovoljni s svojim delovnim mestom. Tudi ko primerjamo ostale dimenzije organizacijske kulture, so vrednosti okrog 4, pri čemer je najmanjša vrednost 3,8, najvišja pa 4,3.

Eden izmed predlogov, ki pa jih v 9. poglavju nisem izpostavila, je dodatna zaposlitev za 4 ure DMS v eni ambulanti, kar pomeni, da bi ena DMS delala samo v eni referenčni ambulanti. Zdaj nekatere DMS zaradi kratkega delovnika delo opravijo izven delovnega časa ali celo, po njihovem mnenju, nekvalitetno. Največji problem, ki ga vidim v referenčnih ambulantah je preobremenjenost, zgoraj omenjeni predlog pa bi izboljšal tako kvaliteto dela kot zadovoljstvo zaposlenih. Tega predloga nisem izpostavila, saj je odvisen od velikih finančnih vložkov in v tem trenutku ni realen. Zato, da bi ta predlog sprejeli, je potrebno soglasje vseh deležnikov v dogovarjanju za Splošni dogovor, česar pa ne bi dosegli, saj je slovensko zdravstvo v veliki krizi in ima druge prioritete.

Vlaganje v ljudi je investicija, ki se splača in v prihodnosti obrestuje, saj je tudi najnaprednejša tehnologija le mrtva oprema, dokler ji ne vdihnejo življenja zaposleni.

Eden od pokazateljev, kako pomembna je družinska medicina, je nagrada za evropsko zdravnico leta, ki jo je pred kratkim prejela doc. dr. Tonka Poplas Susič. Omenjena zdravnica je strokovna direktorica Zdravstvenega doma Ljubljana, vodja projekta referenčnih ambulant in družinska zdravnica. Nagrado je prejela za prizadevanja za napredek v družinski medicini. Uvedba referenčnih ambulant je zagotovo korak naprej.

Ljudje, s katerimi delamo, odsevajo naš odnos do njih.

Če smo sumničavi, neprijazni in oholi, bo okrog nas vse polno neprijetnih odmevov.

Če pa se do ljudi, s katerimi delimo večji del svojega dneva, lepo obnašamo,

bomo zvalili iz njih vse najboljše, kar premorejo.

Beatrice Vincent

10 LITERATURA

1. Adizes, Ichak. 1996. *Obvladovanje sprememb*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
2. Andreassen, Tor Wallin. 2000. Antecedents to Satisfaction with Service Recovery. *European Journal of Marketing* 34 (1-2): 156–175.
3. Armstrong, Michael. 1991. *A Handbook of Personnel Management Practice*. 4th ed. London: Kogan Page.
4. Biswas, Sugata in Daryl Twitchell. 2002. *Management Consulting: A Complete Guide To The Industry*. New York: John Wiley & Sons.
5. Cimerman, Mitja, Sandi Jerman, Roman Klarič, Borut Ložar in Zoran Sušanj. 2003. *Manager, prvi med enakimi*. Ljubljana: GV založba.
6. Černetič, Metod. 2007. *Management in sociologija organizacij*. Kranj: Moderna organizacija.
7. Česen, Marjan. 1998. *Osnove upravljanja sistema zdravstvenega varstva*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
8. --- 2006. *Reforma zdravstva v Sloveniji*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
9. George, M. Jennifer in Gareth R. Jones. 1996. *Understanding and managing organizational behaviour*. Reading: Addison-Wesley Publishing Company.
10. Gilmer, Beverly von Haller. 1969. *Industrijska psihologija*. Ljubljana: Cankarjeva založba.
11. Goleman, Daniel, Richard E. Boyatzis in Annie McKee. 2002. *Primal Leadership: Realizing the Power of Emotional Intelligence*. Boston: Harvard Business School Press.
12. Hočevar, Marko, Marko Jaklič in Hugo Zagoršek. 2003. *Ustvarjanje uspešnega podjetja: Akcijski pristop k strateškemu razmišljanju, vodenju in nadziranju*. Ljubljana: GV založba.
13. Hurley, Robert F. 2006. The Decision to trust. *Harvard Business Review* 2006 (9): 55–62.
14. Kamin, Tanja. 2004. *Promocija zdravja kot mit opolnomočnega državljana*. Doktorska disertacija. Fakulteta za družbene vede.

15. --- 2006. *Zdravje na barikadah: dileme promocije zdravja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
16. Kavčič, Bogdan. 1998. *Poslovno komuniciranje*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
17. Kersnik, Janko. 2001. *Zadovoljstvo bolnikov z zdravnikom družinske medicine*. Doktorska disertacija, Medicinska fakulteta Ljubljana.
18. Komadina, Dominik. 1995. Razvoj in perspektive zdravstvenega doma. V *Zdravstveni dom, javni in zasebni sektor*, ur. Marjan Premik, 45–49. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Institut za socialno medicino.
19. Lipičnik, Bogdan in Stane Možina. 1993. *Psihologija v podjetjih*. Ljubljana: Državna založba Slovenije.
20. Lipičnik, Bogdan. 1998. *Ravnanje z ljudmi pri delu*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
21. Lisjak, Morisa. 2011. Organizacijska kultura in zadovoljstvo zaposlenih v izbranem podjetju. V *Zbornik 8. festivala raziskovanja ekonomije in managementa*, ur. Bojnec Štefan, 309-318. Koper: Fakulteta za management.
22. Malnar, Brina. 2002. Sociološki vidiki zdravja. V *Družbeni vidiki zdravja*, ur. Niko Toš in Brina Malnar, 3–32. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
23. Mayer, Janez. 1994. *Vizija ustvarjalnega podjetja*. Ljubljana: Dedalus, Založba Ikra.
24. Merkač Skok, Marjana. 2005. *Osnove managementa zaposlenih*. Koper: Fakulteta za management.
25. Mihalič, Renata. 2006. *Management človeškega kapitala*. Škofja Loka: Mihalič in Partner.
26. --- 2008. *Povečajmo zadovoljstvo in pripadnost zaposlenih*. Škofja Loka: Mihalič in partner.
27. Možina, Stane, Rudi Rozman, Miroslav Glas, Mitja Tavčar, Danijel Pučko, Janko Kralj, Štefan Ivanko, Bogdan Lipičnik, Jože Gričar, Metka Tekavčič, Vlado Dimovski in Bogomir Kovač. 1994. *Management*. Radovljica: Didakta.
28. Možina, Stane. 1994. *Osnove vodenja*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
29. --- 1999. Zadovoljstvo zaposlenih in motivacija za poslovno odličnost. *Industrijska demokracija* 3 (2): 5–8.
30. --- 2001. Komuniciranje z zaposlenimi v organizaciji. *Industrijska demokracija* 5 (1): 3–6.

31. Možina, Stane, Vinko Zupančič in Tadeja Štefančič Pavlovič. 2002a. *Vedenje potrošnikov*. Ljubljana: Visoka strokovna šola za podjetništvo.
32. Možina, Stane, Rudi Rozman, Mitja Tavčar, Danijel Pučko, Štefan Ivanko, Bogdan Lipičnik, Jože Gričar, Miroslav Glas, Janko Kralj, Metka Tekavčič, Vlado Dimovski in Bogomir Kovač. 2002b. *Management: Nova znanja za uspeh*. Radovljica: Didakta.
33. Musek, Janek. 2000. *Nova psihološka teorija vrednot*. Ljubljana: Educy: Inštitut za psihologijo osebnosti.
34. Poplas Susič, Antonija in Dorijan Marušič. 2011. Referenčne ambulante. *Bilt – Ekon Organ Inform Zdrav* 27 (1): 9–17.
35. Poplas Susič, Antonija, Igor Švab in Janko Kersnik. 2013. Projekt referenčnih ambulant družinske medicine v Sloveniji. *Zdravniški vestnik* 82: 635–647.
36. Poredoš, Pavel. 2005. Enovit sistem zdravstvenega varstva. *Zdravniški vestnik* 74 (2): 799–801.
37. *Pravilnik o strokovnem nadzoru s svetovanjem*, Ur. l. RS, št. 35/2000 (21. april 2000).
38. Praznik, Igor. 1999. Osnovno zdravstvo v 21. stoletju. *ISIS* 8 (4): 7–8.
39. Potočnik, Vekoslav. 2004. *Trženje storitev s primeri iz prakse*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
40. *Referenčna ambulanta*. Dostopno prek: www.referencna-ambulanta.si (16. februar 2014).
41. Rozman, Rudi, Jure Kovač in Franc Koletnik. 1993. *Management*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
42. Rozman, Rudi. 2000. *Analiza in oblikovanje organizacij*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
43. Rus, Veljko. 1994. *Socialna psihologija*. Ljubljana: Devean.
44. Storey, John, Dave Ulrich, Theresa M. Welbourne in Patrick M. Wright. 2004. *Employee involvement and empowerment*, Session 11, Block, 2, Course material, The Open University Business School, Walton Hall.
45. Švab, Igor. *Načela družinske medicine*. Dostopno prek: http://www.drmed.org/druzinska_medicina/vec.htm (16. februar 2014).
46. --- 2004. Primarno zdravstveno varstvo. *Zdravstveno varstvo* 43 (4): 185–190.
47. Tavčar I., Mitja. 1996. *Razsežnost managementa*. Ljubljana: Tangram.

48. Thomas, Richard K. 2003. *Society and health sociology for health professionals*. New York: Kluwer.
49. Turner, Bryant S. 2003. The History of the Changing Concepts of Health and Illness: Outline of a General Model of Illness Categories. V *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, ur. Gary L. Albrecht, Ray Fitzpatrick in Susan C Scrimshaw, 9–23. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.
50. Ule, Mirjana. 2003. *Spregledana razmerja. O sodobnih vidikih sodobne medicine*. Maribor: Založba Aristej.
51. Vrčko, Matjaž. 2004. *Poslovodno sporazumevanje in vodenje*. Novo mesto: Biro Praxis d.o.o.
52. *Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-UPB3)*, Ur. l. RS, št. 72/2006 (11. julij 2006).
53. *Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije*. Dostopno prek: www.zzzs.si (16. februar 2014).
54. Živčec, Gordana, Janko Kersnik in Matej Intihar. 2004a. Osebni zdravnik - koordinator kakovostne zdravstvene oskrbe. V *Kakovost-različni pristopi, skupen cilj*, ur. Darinka Žargi idr., 145–148. Ljubljana: Slovensko združenje za kakovost.
55. Živčec Kalan, Gordana, Janko Kersnik in Leopold Zonik. 2004b. Obremenjenost, preobremenjenost in zadovoljstvo z delom pri zdravnikih družinske medicine. V *VI. Fajdigovi dnevi Olkusna bolezen, hipertenzija, zaščitni dejavniki zdravlil na mikrocirkulacijo, kopb, astma, možganska kap, Zbornik predavanj*, ur. Janko Kersnik, 129–145. Radovljica: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD.

PRILOGA A: VPRAŠALNIK O ZADOVOLJSTVU ZAPOSLENIH

Spoštovane sodelavke in sodelavci!

Navodilo: Pazljivo preberite vprašanja in pri vsakem označite odgovore v skladu z navodili.

V P R A Š A L N I K

1. Kakšna je vaša vloga v referenčni ambulanti?

- Zdravnik
- Diplomirana medicinska sestra
- Medicinska sestra

2. Je vaša ambulanta zasebnega ali javnega značaja?

- Zasebna
- Javna

3. Prosimo, označite svojo stopnjo strinjanja za vsako izmed trditev v tem vprašanju.

Navodilo: V vsaki vrstici označite oceno, ki najbolj ustreza Vašemu strinjanju.

Če se popolnoma strinjate s trditvijo, označite oceno 5. Če se s trditvijo sploh ne strinjate, označite oceno 1.

Poudarjamo, da ni pravih ali napačnih odgovorov, pač pa gre za navedbo Vaših občutkov v zvezi s trditvami.

NAJMANJ					NAJBOLJ																			
1	2	3	4	5																				
sploh se ne strinjam					se ne strinjam					se strinjam					zelo se strinjam					popolnoma se strinjam				
1	2	3	4	5	Dobro poznam vrednote naše ambulante.																			
1	2	3	4	5	Zadovoljen-a sem s svojim delovnim mestom.																			
1	2	3	4	5	Čutim, da mi je na delovnem mestu omogočena osebna rast.																			
1	2	3	4	5	Menim, da sem v naši ambulanti del harmonične sredine.																			
1	2	3	4	5	Potek dela na mojem delovnem mestu je dobro organiziran.																			
1	2	3	4	5	Seznanjen-a sem z odločitvami, ki jih sprejema vodstvo.																			
1	2	3	4	5	Od sodelavcev dobim natanko tisto, kar sem od njih pričakoval-a.																			
1	2	3	4	5	Vem, katerim vidikom mojega dela dajejo nadrejeni največji poudarek pri oceni moje uspešnosti.																			
1	2	3	4	5	Na delovnem mestu imam vse pogoje, da sledim spremembam, ki vplivajo na moje delo.																			
1	2	3	4	5	O naši ambulanti razmišljam pozitivno.																			
1	2	3	4	5	O dodatnih zadolžitvah sem dovolj zgodaj obveščen-a.																			
1	2	3	4	5	Podatke in informacije si v naši ambulanti izmenjujemo brez težav.																			
1	2	3	4	5	Menim, da večina zaposlenih v naši ambulanti svoje delo opravlja kakovostno.																			
1	2	3	4	5	V času moje odsotnosti me moji sodelavci ustrezno nadomeščajo.																			
1	2	3	4	5	Dobro poznam cilje naše ambulante.																			
1	2	3	4	5	Nadrejeni z menoj komunicirajo korektno.																			
1	2	3	4	5	Menim, da sem pomemben-a član-ica naše upravne enote.																			
1	2	3	4	5	Delovno mesto mi nudi dobre možnosti za stalno usposabljanje in nadgrajevanje mojega znanja.																			

1	2	3	4	5	Pri delu imam prijeten občutek, da sem ga sposoben-a dobro opravljati.
1	2	3	4	5	S sodelavci mnogo bolj sodelujem, kot tekmujem.
1	2	3	4	5	Imam dovolj možnosti za izražanje svojih mnenj in pobud.
1	2	3	4	5	Pri delu imam na voljo sredstva, ki so potrebna, da ga dobro opravim.
1	2	3	4	5	Za sodelavce naredim natanko tisto, kar ti od mene pričakujejo.
1	2	3	4	5	Vem, kaj nadrejeni pričakujejo od mene.
1	2	3	4	5	S sodelavci si zaupamo.
1	2	3	4	5	Na naši ambulanti je bolj pomembna kakovost izvedbe kot obseg rešenih zadev.
1	2	3	4	5	Nadrejeni me pohvali za dobro opravljeno delo.
1	2	3	4	5	Moje delovne zadolžitve so mi jasne.

4. Kako bi ravnali, če bi Vam naložili preveč dela?

Prosimo, ustrezno označite Vaš odgovor.

- opravil-a bi delo v roku in kakovostno, vendar izven delovnega časa
- opravil-a bi delo kakovostno, čeprav bi zamudil-a predpisani rok
- opravil-a bi delo v roku, čeprav ne tako kakovostno
- prosil-a bi svojega nadrejenega, da nekdo drug opravi del dela namesto mene
- drugo (prosimo, navedite): _____

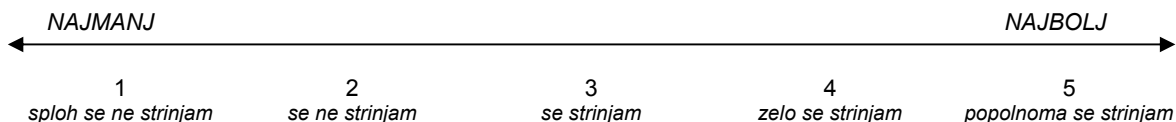
5. Pomanjkanje znanja je lahko velik problem pri opravljanju del in nalog. Kako je v Vašem primeru?

Prosimo, ustrezno označite Vaš odgovor.

- menim, da imam dovolj znanja
- primanjkuje mi splošnega znanja
- primanjkuje mi ozko strokovno znanje
- drugo (prosimo, navedite): _____

6. Prosimo, označite svojo stopnjo strinjanja za vsako izmed trditev v tem vprašanju.

Navodilo: V vsaki vrstici označite oceno, ki najbolj ustreza Vašemu strinjanju:



1	2	3	4	5	Zadnji izvedeni letni pogovor, ki sem ga imel-a s svojim vodjem, je bil zelo koristen.
1	2	3	4	5	Dogovorjeno v letnem razgovoru, tako vodja kot jaz, obojestransko spoštujeva.
1	2	3	4	5	Strinjam se z letno oceno, ki sem jo nazadnje prejel-a.
1	2	3	4	5	V naši ambulante se določila o napredovanju po Zakonu o javnih uslužbencih upoštevajo.

7. Ali si želite spremembo delovnega mesta?

DA, ker: _____
 NE, ker: _____

8. Ali ste ponosni, da ste zaposleni v ambulanti?

DA, ker: _____
NE, ker: _____

9. Kaj bi želeli, da spremenimo v naši ambulanti (vprašanje se nanaša na vodenje, delovne procese, odnose, delovne prostore, ...) – predlogi:

*PROSIMO, DA IZPOLNJENO ANKETO ODDATE NA OZNAČENEM MESTU.
NAJLEPŠA HVALA ZA SODELOVANJE!*

PRILOGA B: REZULTATI VPRAŠALNIKA O ZADOVOLJSTVU ZAPOSLENIH

	skupno		zdravnik		dms		javni		zasebni		rur		mest		vzhodna		zahodna	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Zadovoljen-a sem s svojim delovnim mestom.	4,1	4,1	4	4	4,1	4,1	3,9	3,9	4,3	4,3	4	4,3	4,1	4	4,1	4,1	4,1	4
Notranji odnosi	skupno		zdravnik		dms		javni		zasebni		rur		mest		vzhodna		zahodna	
Od sodelavcev dobim natanko tisto, kar sem od njih pričakoval-a.	3,7	3,7	3,7	3,8	3,7	3,6	3,6	3,6	4	3,9	3,7	3,7	3,7	3,7	3,7	3,7	3,7	3,7
S sodelavci mnogo bolj sodelujem, kot tekmujem.	4,4	4,3	4,4	4,4	4,5	4,3	4,3	4,3	4,6	4,4	4,3	4,3	4,4	4,3	4,4	4,3	4,4	4,3
Za sodelavce naredim natanko tisto, kar ti od mene pričakujejo.	4	4,1	3,8	3,9	4,1	4,1	3,9	3,9	4,2	4,3	3,8	4	4	4,1	4,1	4,1	4	4
S sodelavci si zaupamo.	4,2	4,1	4,2	4,2	4,2	4,1	4,1	4,1	4	4,4	4,3	4,2	4,2	4,1	4,2	4,1	4,2	4,1
	4,1	4	4	4,1	4,1	4	3,9	3,9	4,3	4,2	4	4	4,1	4	4,1	4	4,1	4
Motivacija in zavzetost	skupno		zdravnik		dms		javni		zasebni		rur		mest		vzhodna		zahodna	
Čutim, da mi je na delovnem mestu omogočena osebna rast.	4	3,9	3,9	3,8	4,1	4,1	3,9	3,7	4,1	4,2	3,9	4	4	3,9	4	3,9	4	3,9
Vem katerim vidikom mojega dela dajejo nadrejeni največji poudarek pri oceni moje uspešnosti.	3,7	3,5	3,8	3,5	3,5	3,4	3,4	3,2	4,1	3,9	3,5	3,3	3,7	3,5	3,7	3,6	3,6	3,5
Menim, da večina zaposlenih v naši ambulanti svoje delo opravlja kakovostno.	4,3	4,2	4,2	4,2	4,3	4,2	4,2	4,1	4,4	4,3	4,2	4,3	4,3	4,2	4,2	4,2	4,3	4,2
Nadrejeni me pohvali za dobro opravljeno delo.	3,7	3,5	3,6	3,3	3,8	3,6	3,6	3,3	4	3,9	3,4	3,4	3,8	3,5	3,7	3,5	3,8	3,6
	3,9	3,8	3,9	3,7	3,9	3,8	3,8	3,6	4,2	4,1	3,7	3,7	3,9	3,8	3,9	3,8	3,9	3,8
Pripadnost organizaciji	skupno		zdravnik		dms		javni		zasebni		rur		mest		vzhodna		zahodna	
Menim, da sem v naši ambulanti del harmonične sredine.	4	4	4,1	4,2	3,9	3,9	3,8	3,9	4,3	4,2	4	4,2	4	4	4	4	4	4
O naši ambulanti razmišljam pozitivno.	4,3	4,2	4,2	4,2	4,4	4,2	4,4	4,2	4,1	4,4	4,3	4,1	4,2	4,3	4,2	4,2	4,4	4,2
Menim, da sem pomemben-a član-ica naše ambulante.	4,2	4,2	4,3	4,4	4,2	4	4,1	4	4,4	4,3	4,1	4,1	4,2	4,2	4,2	4,1	4,2	4,1
	4,2	4,1	4,2	4,3	4,2	4	4	4	4,4	4,3	4,1	4,2	4,2	4,1	4,1	4,2	4,1	4,1
Vodenje	skupno		zdravnik		dms		javni		zasebni		rur		mest		vzhodna		zahodna	
O dodatnih zadolžitvah sem dovolj zgodaj obveščen-a.	3,8	3,8	3,7	3,7	3,7	3,8	3,6	3,6	4,1	4,1	3,6	3,8	3,8	3,8	3,8	3,7	3,8	3,8
Imam dovolj možnosti za izražanje svojih mnenj in pobud.	4,1	3,9	4,2	4	4	3,9	3,9	3,8	4,3	4,2	4	4	4,1	3,9	4,1	3,9	4,1	4
Vem, kaj nadrejeni pričakujejo od mene.	4,1	3,9	4	3,8	4	3,9	3,9	3,8	4,4	4,2	3,9	3,8	4,1	3,9	4,1	3,9	4,1	3,9
Moje delovne zadolžitve so mi jasne.	4,3	4,3	4,3	4,3	4,2	4,2	4,1	4,1	4,5	4,4	4,3	4,2	4,3	4,3	4,4	4,3	4,2	4,2
Zadnji izvedeni letni pogovor, ki sem ga imel-a s svojim vodjem, je bil zelo koristen.	3,5	3,5	3,6	3,2	3,5	3,5	3,3	3,2	4	3,9	3,4	3,2	3,5	3,5	3,7	3,5	3,4	3,4
Dogovorjeno v letnem razgovoru, tako vodja kot jaz, obojestransko spoštujeva.	3,7	3,6	3,7	3,4	3,6	3,6	3,5	3,3	4	4	3,5	3,5	3,7	3,6	3,7	3,6	3,6	3,6
Strinjam se z letno oceno, ki sem jo nazadnje prejel-a.	3,8	3,6	3,9	3,5	3,7	3,7	3,7	3,4	3,9	3,9	3,5	3,3	3,8	3,6	3,8	3,6	3,8	3,6
V naši ambulante se dooločila o napredovanju po Zakonu o javnih uslužbenih upošteva.	3,5	3,4	3,5	3,4	3,4	3,4	3,3	3,2	3,8	3,8	3,3	3,2	3,5	3,4	3,7	3,5	3,3	3,3
	3,9	3,8	3,9	3,7	3,8	3,8	3,7	3,6	4,1	4,1	3,7	3,6	3,8	3,7	3,9	3,7	3,8	3,7
Organiziranost	skupno		zdravnik		dms		javni		zasebni		rur		mest		vzhodna		zahodna	
Potek dela na mojem delovnem mestu je dobro organiziran.	3,9	3,9	3,9	4	3,9	3,8	3,7	3,8	4,1	4,1	3,8	3,9	3,9	3,9	4	3,9	3,8	3,9
V času moje odsotnosti me moji sodelavci ustrezno nadomeščajo.	3,5	3,5	3,8	3,9	3	3	3,2	3,3	3,9	3,8	3,4	3,5	3,5	3,5	3,7	3,6	3,4	3,4
Na naši ambulanti je bolj pomembna kakovost izvedbe kot obseg rešenih zadev.	4	4	3,8	3,7	4,1	4,2	3,9	3,9	4,2	4,2	3,9	3,9	4	4	4,1	4	4	4
Pri delu imam na voljo sredstva, ki so potrebna, da ga dobro opravim.	3,9	3,8	3,8	3,8	3,8	3,6	3,6	3,6	4,2	4,1	3,8	3,8	3,7	3,9	3,8	3,8	3,8	3,7
	3,8	3,8	3,8	3,9	3,7	3,7	3,6	3,7	4,1	4	3,7	3,8	3,8	3,8	3,9	3,8	3,8	3,8
Strokovna usposobljenost in učenje	skupno		zdravnik		dms		javni		zasebni		rur		mest		vzhodna		zahodna	
Na delovnem mestu imam vse pogoje, da sledim spremembam, ki vplivajo na moje delo.	3,8	3,6	3,7	3,6	3,8	3,6	3,5	3,4	4,1	4	3,6	3,7	3,8	3,6	3,8	3,7	3,7	3,6
Delovno mesto mi nudi dobre možnosti za stalno usposabljanje in nadgrajevanje mojega znanja.	4	3,9	4	3,9	4,2	4	3,9	3,7	4,3	4,2	3,9	3,9	4	3,9	4,1	3,9	4	3,9
Pri delu imam prijeten občutek, da sem ga sposoben-a dobro opravljati.	4,2	4,2	4,1	4,1	4,3	4,2	4,1	4	4,3	4,3	4,2	4,2	4,2	4,1	4,3	4,2	4,1	4,1
	4	3,9	3,9	3,9	4,1	3,9	3,8	3,7	4,2	4,2	3,9	3,9	4	3,9	4,1	3,9	3,9	3,9
Poznavanje poslanstva, vizije in ciljev	skupno		zdravnik		dms		javni		zasebni		rur		mest		vzhodna		zahodna	
Dobro poznam vrednote naše ambulante.	4,3	4,3	4,4	4,3	4,3	4,3	4,2	4,2	4,4	4,4	4,2	4,2	4,3	4,3	4,4	4,3	4,3	4,3
Dobro poznam cilje naše ambulante.	4,2	4,2	4,2	4,3	4,2	4,2	4,1	4,1	4,4	4,4	4	4,2	4,2	4,2	4,3	4,2	4,1	4,2
	4,3	4,3	4,3	4,4	4,3	4,3	4,2	4,2	4,4	4,4	4,1	4,2	4,3	4,3	4,6	4,3	4,2	4,3
Notranje komuniciranje in informiranje	skupno		zdravnik		dms		javni		zasebni		rur		mest		vzhodna		zahodna	
Seznanjen-a sem z odločitvami, ki jih sprejema vodstvo.	3,9	3,7	4,1	3,9	3,7	3,6	3,6	3,4	4,4	4,1	3,9	3,6	3,9	3,7	3,9	3,7	3,9	3,7
Podatke in informacije si v naši ambulanti izmenjujem brez težav.	4,1	4	4,1	4,1	4	3,9	4	4	4,2	4,2	4	4	4,1	4	4	4	4,1	4,1
Nadrejeni z menoj komunicirajo korektno.	4,2	4	4,2	4	4,2	4,1	4	3,9	4,4	4,2	4	3,8	4,2	4	4,1	3,9	4,2	4,1
	4,1	3,9	4,1	4	4	3,9	3,9	3,8	4,3	4,2	4	3,8	4,1	3,9	4	3,9	4,1	4

PRILOGA C: PREDLOG REGIJSKIH SREČANJ

Število referenčnih ambulant po območnih enotah ZZS in glede na mesec vključevanja v projekt

Celje		Koper		Kranj		Krško		Ljubljana	
apr.11	7	apr.11	4	apr.11	7	apr.11	3	apr.11	16
sep.11	3	sep.11	5	sep.11	9	sep.11	0	sep.11	15
mar.12	5	mar.12	0	mar.12	3	mar.12	1	mar.12	15
jun.12	4	jun.12	0	jun.12	3	jun.12	1	jun.12	22
sep.12	5	sep.12	3	sep.12	6	sep.12	2	sep.12	5
dec.12	5	dec.12	3	dec.12	4	dec.12	4	dec.12	6
mar.13	3	mar.13	1	mar.13	2	mar.13	1	mar.13	3
jun.13	3	jun.13	1	jun.13	1	jun.13	2	jun.13	4
sep.13	4	sep.13	0	sep.13	1	sep.13	1	sep.13	3
dec.13	3	dec.13	1	dec.13	3	dec.13	2	dec.13	4
Skupaj	42	Skupaj	18	Skupaj	39	Skupaj	17	Skupaj	93

Maribor		Murska Sobota		Nova Gorica		Novo mesto		Ravne na Koroškem	
apr.11	10	apr.11	3	apr.11	5	apr.11	3	apr.11	2
sep.11	8	sep.11	3	sep.11	2	sep.11	2	sep.11	0
mar.12	7	mar.12	4	mar.12	2	mar.12	2	mar.12	0
jun.12	5	jun.12	2	jun.12	2	jun.12	4	jun.12	0
sep.12	7	sep.12	1	sep.12	4	sep.12	4	sep.12	4
dec.12	5	dec.12	3	dec.12	3	dec.12	5	dec.12	3
mar.13	3	mar.13	2	mar.13	2	mar.13	3	mar.13	1
jun.13	3	jun.13	1	jun.13	4	jun.13	1	jun.13	1
sep.13	3	sep.13	3	sep.13	3	sep.13	1	sep.13	1
dec.13	2	dec.13	2	dec.13	1	dec.13	1	dec.13	1
Skupaj	53	Skupaj	24	Skupaj	28	Skupaj	26	Skupaj	13

Predlog regijskih srečanj

1. srečanje		2. srečanje		3. srečanje	
Koper	18	Ljubljana	93	Celje	42
Nova Gorica	28	Kranj	39	Maribor	53
	46	Ravne	13	Murska Sobota	24
			145	Novo mesto	26
				Krško	17
					162

PRILOGA Č: SEZNAM KRAJEV RURALNIH AMBULANT

Apače
Bistrica ob Sotli
Bovec
Cerkno
Deskle
Dobrna
Dobrovo v Brdih
Dolenjske toplice
Dornava
Gorenja vas
Gorišnica
Gornji grad
Hajdina
Idrija
Ilirska Bistrica
Juršinci
Kidričevo
Kobarid
Kočevje
Kozje
Kranjska Gora
Krmelj
Lenart v Slovenskih goric
Ljutomer
Loški potok
Lovrenc na Pohorju
Majšperk
Metlika
Mokronog
Most na Soči
Nova vas
Ormož
Petrovci
Pivka
Podbrdo
Podčetrtek
Podlehnik

Podvelka
Ribnica
Rogatec
Selnica ob Dravi
Središče ob Dravi
Videm - Dobropolje
Vuzenica
Železniki
Žužemberk

PRILOGA D: SEZNAM KRAJEV VZHODNEGA IN ZAHODNEGA DELA SLOVENIJE

Vzhodna Slovenija

OE Murska Sobota: Gornja Radgona, Lendava, Ljutomer, Murska Sobota

OE Maribor: Maribor, Lenart, Ormož, Ptuj, Slovenska Bistrica

OE Celje: Celje, Laško, Slovenske Konjice, Šentjur pri Celju, Šmarje pri Jelšah, Žalec

OE Ravne Na Koroškem: Mozirje, Radlje ob Dravi, Ravne Na Koroškem, Slovenj Gradec, Velenje

OE Krško: Brežice, Krško, Sevnica

OE Novo Mesto: Črnomelj, Metlika, Novo Mesto, Trebnje

Zahodna Slovenija

OE Ljubljana: Cerknica, Domžale, Grosuplje, Hrastnik, Idrija, Kamnik, Kočevje, Litija, Ljubljana, Logatec, Ribnica, Trbovlje, Vrhnika, Zagorje

OE Kranj: Kranj, Jesenice, Radovljica, Škofja Loka, Tržič

OE Nova Gorica: Ajdovščina, Nova Gorica, Tolmin

OE Koper: Ilirska Bistrica, Izola, Koper, Piran, Postojna, Sežana