



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
FIZIOTERAPIJA

**STALIŠČA VODIJ FIZIOTERAPEVTOV DO
VODSTVENIH KOMPETENC V SLOVENIJI -
KVANTITATIVNA RAZISKAVA**

**ATTITUDES OF PHYSIOTHERAPISTS'
MANAGERS TOWARDS LEADERSHIP
COMPETENCES IN SLOVENIA:
A QUANTITATIVE SURVEY**

Mentorica:
Andrea Backović Juričan, viš. pred.

Kandidatka:
Katarina Peterka Skobe

Jesenice, september, 2024

ZAHVALA

Hvala mentorici Andrei Backović Juričan, viš. pred., za spodbudo, hitro odzivnost in pomoč pri izdelavi diplomskega dela. Prav tako bi se rada zahvalila recenzentki doc. dr. Saneli Pivač in Klari Zidanšek Otrin, prof. slovenščine, ki je lektorirala diplomsko delo. Rada bi se zahvalila tudi svoji družini, posebej soprogu ki so me motivirali in spodbujali skozi celoten študij in pri pisanju diplomskega dela.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Vodstvene kompetence so ključnega pomena za učinkovito upravljanje z delom, zaposlenimi, pacienti in izzivi v fizioterapiji.

Cilj: Cilj diplomskega dela je raziskati demografske značilnosti in razlike med slovenskimi vodji fizioterapevtov ter njihova stališča do vodstvenih kompetenc in potrebo po razvoju le-teh.

Metoda: V raziskavi smo uporabili kvantitativno, neeksperimentalno metodo. Podatke smo pridobili s prevedenim strukturiranim vprašalnikom vodstvenih kompetenc (angl. Leadership competency inventory). Uporabili smo neslučajnostni namenski vzorec, ki bi zajemal vse vodje fizioterapije, zaposlene v javnih zdravstvenih in izobraževalnih ustanovah z vsaj enim podrejenim fizioterapevtom ali visokošolskim učiteljem. V raziskavi je sodelovalo 10% slovenskih vodij fizioterapije. Pridobljene podatke smo statistično analizirali s programom R-studio. Uporabljene so bile univariatne osnovne opisne ter bivariatne statistike- korelacija, Shapiro-Wilkov test normalnosti in Kruskal-Wallisov test, pri katerih smo preverjali tudi statistično značilnost ter upoštevali vrednost $p < 0.05$.

Rezultati: V raziskavi so sodelovale zgolj ženske ($n = 21$), v 66% zaposlene v zdravstvenih domovih, v povprečju stare 47 let, z 8,5 leti izkušenj na vodstvenem mestu ter povprečno 15 podrejenimi. Izmed udeleženk raziskave jih 71% nima formalne vodstvene izobrazbe. Korelacije med leti izkušenj na vodstveni poziciji ter tako stališči do pomembnosti kot potrebe po razvoju vodstvenih kompetenc so večinoma negativne. Najvišje ter statistično značilne ($p < 0,05$) so korelacije med leti izkušenj in stališči po pomembnosti vodstvenih kompetenc kot je obvladovanje konfliktov ($r = - 0,51$) ter glede potrebe po razvoj vodstveni kompetenci timsko delo ($r = - 0,476$) in ustvarjalno razmišljanje ($r = - 0,5$).

Razprava: Rezultati raziskave kažejo, da je demografski profil vodij fizioterapije v Sloveniji predvsem ženskega spola, ki ima redkejšo končano formalno izobrazbo iz področja vodenja. Pri delu vodje fizioterapije pomembno cenijo sodelovanje, vpliv na podrejene ter čutijo potrebo po nadaljnjem izobraževanju. Rezultati kažejo na večjo potrebo po razvoju vodstvenih kompetenc manj izkušenih vodij.

Ključne besede: kompetence, fizioterapija, vodenje, stališča

SUMMARY

Theoretical background: Leadership competences are essential for effective management of work, staff, patients, and challenges in physiotherapy.

Aims: The aim of this thesis was to investigate the demographic characteristics and differences among Slovenian physiotherapy managers, their attitudes towards leadership competences and the need for their development.

Methods: A quantitative, non-experimental study design was employed. The data were obtained by means of a translated Leadership competency inventory. We used a non-randomised purposive sample of all physiotherapy managers working in public health and educational institutions with at least one physiotherapist or higher education teacher as a subordinate. In total, 10% of Slovenian physiotherapy leaders participated in the survey. The data were statistically analysed using R-studio. Univariate basic descriptive statistics and bivariate statistics—correlation, Shapiro-Wilk test of normality, and Kruskal-Wallis test were used to check statistical significance which was set at $p < 0.05$.

Results: The study population was exclusively female ($n = 21$), 66% were employed in health centres, their average age was 47 years, they had 8.5 years of managerial experience and 15 subordinates on average. Of all participants, 71% had no formal managerial training. The correlations between years of experience in a managerial position and attitudes towards the importance of and need for developing managerial competencies were mostly negative. The highest and statistically significant ($p < 0.05$) correlations were between years of experience and views on the importance of leadership competences such as “Conflict management” ($r = -0.51$) and on the need of developing leadership competences such as “Teamwork” ($r = -0.476$) and “Creative thinking” ($r = -0.5$).

Discussion: Survey results show that the demographic profile of physiotherapy managers in Slovenia is predominantly female, with few having completed formal management education. In their work, physiotherapy managers value collaboration, influence on subordinates, and feel the need for further education and training. The results indicate a significant need to develop leadership competences of less experienced managers.

Keywords: competences, physiotherapy, leadership, attitudes

KAZALO

1	UVOD	9
2	TEORETIČNI DEL	11
2.1	OPREDELITEV KOMPETENC	11
2.2	VODENJE IN MENEDŽMENT	12
2.3	FIZIOTERAPEVTSKI IN DRUGI IZOBRAŽEVALNI OKVIRI V ZDRAVSTVU	13
2.4	VRSTE VODENJA IN VODSTVENA SAMOUČINKOVITOST	14
2.5	VODENJE V ZDRAVSTVU IN FIZIOTERAPIJI.....	16
2.6	OBSTOJEČI MODELI VODSTVENIH KOMPETENC V FIZIOTERAPIJI.....	18
3	EMPIRIČNI DEL.....	21
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	21
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	21
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	21
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov.....	22
3.3.2	Opis merskega instrumenta.....	22
3.3.3	Opis vzorca	24
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov.....	25
3.4	REZULTATI.....	26
3.4.1	Demografske značilnosti in razlike vodij fizioterapevtov v javnih zdravstvenih in v izobraževalnih ustanovah v Sloveniji	26
3.4.2	Povezanost med stališči vodij fizioterapije do pomembnosti vodstvenih kompetenc za uspešno opravljanje dela in leti izkušenj na vodstvenem položaj.....	28
3.4.3	Povezanost med stališči vodij fizioterapije do potrebe po razvoju vodstvenih kompetenc za uspešno opravljanje dela in leti izkušenj na vodstvenem položaju	31
3.5	RAZPRAVA	34
3.5.1	Omejitve raziskave.....	41
3.5.2	Doprinos za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo.....	42
4	ZAKLJUČEK	43
5	LITERATURA.....	45
6	PRILOGE	

6.1 MERSKI INSTRUMENT

KAZALO TABEL

Tabela 1: Demografski podatki anketirancev po spolu, vrsti ustanove zaposlitve, formalne vodstvene izobrazbe in stopnji dosežene izobrazbe	26
Tabela 2: Demografski podatki anketirancev po starosti, letih izkušenj na delovnem mestu vodje fizioterapije ter številu podrejenih	27
Tabela 3: Opisne statistike stališč do pomembnosti vodstvenih kompetenc.....	28
Tabela 4: Korelacije med stališči vodij fizioterapije do pomembnosti vodstvenih kompetenc ter leti izkušenj na delovnem mestu.....	30
Tabela 5: Opisne statistike stališč do potrebe po razvoju vodstvenih kompetenc.....	31
Tabela 6: Korelacije med stališči vodij fizioterapije do potrebe po razvoju vodstvenih kompetenc ter leti izkušenj na vodstvenem mestu	33

1 UVOD

Že od začetka civilizacij spoznavamo, kako pomembne so vodje in njihovo vodenje. Predvsem pa je dober, uspešen vodja ključnega pomena v današnjem svetu polnem hitrega razvoja, kompleksnosti, problemov in odgovornosti, v kar spada tudi zdravstveno okolje. Pomen vodenja v zdravstvenem okolju in tudi v fizioterapiji je v zadnjem času tema številnih znanstvenih člankov, kar nakazuje na potrebo po raziskovanju teme, kaže na njeno pomembnost in potrebo po spremembah in izboljšanju (McGowan, et al., 2018). Tschoepe, et al. (2021) ugotavljajo, da je pomembno izvesti kar se da veliko raziskav v povezavi z vodstvenimi kompetencami fizioterapevtov. V Sloveniji se na področju fizioterapije porajajo številna vprašanja glede vodstvenih kompetenc, ki jih vodje fizioterapevtov potrebujejo za uspešno izvajanje svojih nalog. Stališča vodij fizioterapevtov do teh kompetenc lahko nudijo dragocen vpogled v trenutno stanje vodenja v fizioterapiji in nakazujejo smernice za prihodnji razvoj izobraževanj in usposabljanj na tovrstnem področju.

Zdravstveni sistem se nenehno razvija, pri čemer so spremembe in izboljšave ključne za zagotavljanje visoke kakovosti oskrbe pacientov. V tako dinamičnem okolju je vodstvo ključnega pomena (Martinčič & Biloslavo, 2017; Boršnak & Sitar, 2021). Vendar pa vodenje v zdravstvu ni zgolj naloga, ki se osredotoča na pacienta, temveč zahteva tudi visoko stopnjo strokovnosti in obvladovanje različnih nepredvidljivih situacij ter pritiskov. Zato je pomembno, da vodje razumejo tako zdravstvene procese kot tudi etična vprašanja ter se osredotočijo na potrebe pacientov. Tudi fizioterapevti so eni izmed ključnih članov zdravstvenih timov, ki prispevajo k celostni oskrbi pacientov. Vendar pa njihovo delo pogosto zahteva tudi vodstvene kompetence za uspešno delovanje timov ter zdravstvenega sistema v celoti (Chan, et al., 2014; Sebelski, et al., 2020). Številni obstoječi modeli vodstvenih kompetenc poudarjajo pomembnost komunikacije, profesionalnosti in organizacijskih sposobnosti, ki so ključne tudi za uspešno vodenje v fizioterapiji. Tschoepe, et al. (2021) poudarjajo, da je za fizioterapevte najpomembnejši razvoj različnih netehničnih veščin za vodenje. S tem se bodo fizioterapevti lažje

uveljavili na vseh hierarhičnih nivojih znotraj zdravstvenega sistema ter tako imeli tudi večji vpliv na spremembe v sistemu.

Vodje fizioterapije se tako soočajo z izzivi usklajevanja zdravstvenih strokovnjakov ter zagotavljanjem kakovostne in celostne oskrbe pacientov, kar zahteva stalno prilagajanje in izobraževanje (Chan, et al., 2014; Sebelski, et al., 2020). Poleg tega se je pokazala potreba po vključitvi vodstvenih kompetenc v izobraževalne programe fizioterapevtov že na začetku njihove kariere, kar bi lahko pomembno vplivalo na njihovo pripravljenost za vodenje v praksi. Tschoepe, et al. (2021) menijo, da bi morala biti vodstvena znanja obvezna za vse obstoječe ter bodoče fizioterapevtov še pred vstopom v klinično okolje v vlogi zaposlenega. Dosledno poučevanje novih fizioterapevtov na področju vodenja bi tako posledično sprožilo tudi eventualno transformacijo zdravstvenega sistema.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 OPREDELITEV KOMPETENC

Pojem kompetence se je prvič pojavil šele v 80. letih prejšnjega stoletja in od takrat povsem revolucionariziral polje raziskovanja posameznika v organizacijah iz različnih vidikov. V literaturi so kompetence različno definirane. Boyatzis (2008), pionir na tem področju, kompetence opredeli kot sposobnosti, sete védenj, primernih za specifične situacije. Omenja psihološki koncept »namere« (angl. »intent«), ki naj bi predstavljala jedro vsake kompetence, katere vidna manifestacija je védenje. Bartram (2005), drugi ugledni avtor iz polja preučevanja kompetenc, zgornji definiciji dodaja še komponento instrumentalnost védenja, kar pomeni, da ima védenje vlogo posrednika med t.im. namero in ciljem. Majcen (2009) uporablja pojem kompetentnost, kar označuje značilnost, lastnost posameznika, poleg tega pa opozarja, da sam pojem zajema tudi znanja, izkušnje ter sposobnosti, ki omogočajo učinkovito opravljati neko določeno delo. Kohont (2005) poleg navedenih sestavnih elementov kompetenc omenja tudi razne motive, vrednote in samopodobo posameznika v kontekstu telesnega in socialnega okolja. Gre torej za celovito sposobnost posameznika, da uporabi znanja, lastnosti, spretnosti, vrednote v namen doseganja nekih ciljev (Kohont, 2005; Majcen, 2009). Glede na to, da se koncept kompetenc uporablja pretežno v (raznovrstnih) poklicnih, delovnih kontekstih, ki se med seboj razlikujejo primarno po zahtevanju različnih znanj, sposobnosti, lastnosti v odvisnosti od danih ciljev, je smiselno omeniti klasifikacijo »velikih osem kompetenc«, ki skuša nasloviti to kompleksnost in jo je mogoče aplicirati v različne kontekste. Sestavljena je iz sledečih kompetenc: »vodenje in odločanje«, »podpora in sodelovanje«, »interakcija in prepričevanje«, »analiza in interpretacija«, »ustvarjanje in konceptualizacija«, »organizacija in izvedba«, »prilagajanje in spopadanje«, »podjetnost« (Bartram, 2005).

S pomočjo kombinacije le-teh bi bilo mogoče opisati večino delovnih mest znotraj organizacij, med drugim tudi delovno mesto vodje fizioterapije. Koncept kompetenc v organizacijskem okviru se ni pojavil zgolj kot besedna zveza, temveč kot globok odraz spoznanja, da uspešnost posameznika ne izhaja zgolj iz specifičnih tehničnih veščin,

temveč iz holističnega znanja, vedenja in odzivnosti na raznolike situacije (Bartram, 2005). Kompetence so tako večdimenzionalni konstrukt, ki izražajo integracijo kognitivnih, vedenjskih in emocionalnih aspektov posameznikovega delovanja. Celosten pogled nas usmerja k prepoznavanju kompleksnosti vodstvenih kompetenc, ki jih posameznik potrebuje za uspešno delovanje v specifičnih organizacijskih in poklicnih kontekstih (Van Diggele, et al., 2020).

2.2 VODENJE IN MENEDŽMENT

Preden natančneje teoretično umestimo kompetence vodij fizioterapije, je smiselno opredeliti in posledično razmejiti dva ključna pojma: »vodenje« (angl. »leadership«) in »menedžment« (angl. »management«), saj ima njuno razumevanje pomembne implikacije za nadaljnjo identifikacijo preučevanega fenomena. Page (2010) poudarja, da avtorji še niso sprejeli konsenza o interakciji vlog menedžerja ter vodje. Simonet in Tett (2012) najbolj splošno opisujeta razmerje med pojmom skozi pet paradigmatških perspektiv, ki ne kažejo zgolj razvojne (zgodovinsko-kronološke) linije preučevanja, temveč tudi splošno nestrinjanje avtorjev: bipolarnost, unidimenzionalnost, bidimenzionalnost, hierarhičnost (1. vodenje kot nadredna kategorija menedžmenta; 2. obratno). V grobem lahko rečemo, da se perspektive razlikujejo glede na to, ali sta pojma različna, ali pa se prekrivata. Prva, najzgodnejša, bipolarna opredelitev pojmov poudarja kvalitativno drugačnost v smislu vlog in vrednot, pri čemer naj bi menedžerji utelešali red, stabilnost in nadzor, vodje pa inovacijo in fleksibilnost. Unidimenzionalna perspektiva izhaja iz enačenja obeh pojmov, medtem kot bidimenzionalna predpostavlja komplementarnost le-teh. Simonet in Tett (2012) razmejita še zagovornike hierarhičnega modela, ki vključuje vodenje ter menedžment kot bodisi podredni ali nadredni kategoriji. Menita, da je zgodovinsko najbolj prisoten ter zagovarjan hierarhični model, v katerem je menedžment nadredna kategorija vodenja; vodenje naj bi namreč pomenilo direktno vplivanje na ljudi z namenom motivacije, še natančneje pa z namenom doseganja ciljev, medtem ko menedžment vsebuje to komponento kot le enega od področij virov v organizaciji. Vseeno, pa bomo v povezavi s fizioterapijo, uporabljali v glavnem izraz »vodenje«, saj je fizioterapija praktični, dinamični poklic, kar se nekoliko izključuje s klasičnimi opredelitvami menedžmenta. Slednje potrjujejo tudi Van Diggele, et al.

(2020), ker menijo, da se koncept vodenja v glavnem nanaša na spremembe, gibanje, dinamičnost, menedžment na drugi strani pa na red in konsistentnost. Page (2010) namreč opredeljuje vodenje z lastnostmi kot so avtonomnost, karizmatičnost, sodelovalnost, timska-naravnost, participativnost, kar kaže na skladnost z bistvenimi elementi koncepta vodenja.

2.3 FIZIOTERAPEVTSKI IN DRUGI IZOBRAŽEVALNI OKVIRI V ZDRAVSTVU

Zasledili smo številne prosto dostopne digitalizirane programe za izobraževanje fizioterapevtov v tujini, ki v svojem bistvu razkrivajo temeljne kompetence za opravljanje poklica. World Physiotherapy (2021) kompetence opredeli kot merljiva, trajna vedenja, izkazane sposobnosti, da fizioterapevt uporabi znanja, spretnosti v klinični praksi oziroma določeni delovni situaciji. Deli jih na: fizioterapevtsko oceno in intervencijo; etično in profesionalno prakso; komunikacijo; na dokazih podprto prakso; interprofesionalno timsko delo; vseživljenjsko učenje; razvoj kakovosti; ter vodstvo in menedžment. Ključno vprašanje, ki se na tej točki poraja, je v kolikšni meri je mogoče bodoče potencialne vodje fizioterapije usposobiti že na ravni študija ter v kolikšni meri na zaznano kompetentnost vpliva količina izkušenj v praksi.

National Physiotherapy Advisory Group (2017) in Chartered society of physiotherapy (2020) si delita podobne klasifikacije kompetenc kot World Physiotherapy (2021), za nas najbolj relevantno pa je to, da vsi izobraževalni okviri vsebujejo vhodne kompetence vodenja ter menedžmenta, vendar to inherentno še ne pomeni, da so na vodstveno prakso dobro pripravljene. Podatka o usposobljenosti fizioterapevtov za prevzem ter kvaliteto izvajanja vodstvenih položajev v slovenskem prostoru nimamo.

Smo pa zasledili slovenski raziskavi na vzorcu vodij medicinskih sester (Lorber & Skela Savič, 2011) ter zaposlenih v bolnišnicah in srednjih vodjih v bolnišnicah (Skela Savič & Robida, 2013). Lorber in Skela Savič (2011) sta ugotovili pomanjkanje kompetentnosti vodenja medicinskih sester na podlagi ocen podrejenih. Vodje so svoje vodstvene kompetence ocenile boljše kot njihovi podrejeni. Četudi se samozavest uvršča med

pomembne vodstvene kompetence, pa se je na podlagi ocen zaposlenih nasprotno izkazalo, da vodjam, vključenim v vzorec pomembno primanjkuje komunikacije s svojimi zaposlenimi, zaslediti je bilo mogoče celo vsiljevanje idej, torej nekritična, oblastna nadvlada pri sprejemanju pomembnih odločitev v zvezi s svojimi podrejenimi, s čimer so se vzdrževale neenakovredne pozicije v odnosih. Skela Savič in Robida (2013) razpravljata o podobnih rezultatih; v njihovi raziskavi so vodje denimo v primerjavi z zaposlenimi statistično značilno višje ocenjevale lastno aktivno participacijo. Prav tako zaposleni v slovenskih bolnišnicah opažajo, da so pomanjkljivo vključeni v strokovne time, izobraževanja, posledično pa se to kaže v manjšem zadovoljstvu v delovnem okolju.

Lorber in Skela Savič (2011) sta na podlagi odgovorov ugotovili tudi, da ne glede na višje samoocene vodij v zvezi z lastnimi vodstvenimi kompetencami le-te zaznavajo pomanjkanje vodstvenega znanja. Še več, pred prevzemom vodstvene pozicije na polju zdravstvene nege večina vprašanih ni bila posebej izobražena za specifično vlogo vodje. Lorber in Skela Savič (2011) tako eventualno pridobljeno vodstveno kompetentnost pripisujeta izkušnjam na opisani delovni poziciji, kar potrjujejo tudi številne druge študije, izpostavljata pa, da bi sistemsko urejeno izobraževanje vodstvenih kompetenc na posameznih zdravstvenih izobraževalnih programih pomembno izboljšalo pripravljenost zdravstvenega kadra na prevzem vodstvenih vlog v svoji stroki. Skela Savič in Robida (2013) ugotavljata pomanjkanje motivacije vodstva slovenskih bolnišnic za vodstveno izobraževanje zaposlenih, na podlagi česar lahko nadalje sklepamo, da ob vstopu v prakso s temi znanji niso zadostno opremljeni, kar pa se vzdržuje tudi s sistemskim odlašanjem izobraževanj. Podobno menita tudi Boršnak in Sitar (2021), pri čemer opozarjata, da je na vodstveno pozicijo v bolnišnicah pogosto postavljen strokovnjak, običajno zdravnik, brez dodatnih (formalnih) znanj iz področja vodenja, kar je velik problem v slovenskem zdravstvu. Podatki jasno kažejo na potrebo po sistematizaciji izobraževanj vodij.

2.4 VRSTE VODENJA IN VODSTVENA SAMOUČINKOVITOST

V strokovni literaturi je mogoče najti številne klasifikacije oblik in vrst vodenja, najpogosteje pa se pojavlja razdelitev na transakcijsko ter transformativno.

Van Diggele, et al. (2020) transakcijsko vodenje opredelijo kot avtoritativnost odnosa, ki temelji na transakcijah med vodjo ter podrejenimi, ob predpostavki, da obstaja nek skupni cilj, ki mu sledijo. Glavna značilnost transakcijskih vodij sta red in struktura, kar rahlo spominja na nekatere opredelitve menedžmenta (Simonet & Tett, 2012). Vodje, ki sledijo takšni vrsti vodenja, skrbijo za učinkovit nagrajevalni sistem, ki jim pomaga dosegati organizacijske cilje. Glavna pomanjkljivost modela je neinovativnost ter nekolikšna determiniranost, ki izhaja iz vnaprej postavljenih ciljev. Kvalitativne razlike v hierarhičnosti pozicij med vodjo ter podrejenimi so dokaj jasno načrtane, pri čemer je vodja nekoliko distanciran ter prevzema vlogo supervizorja oziroma nadzornika.

Nasprotno, transformativno vodenje stremi k vplivu, navdihovanju podrejenih (Van Diggele, et al., 2020). Skrbi za vzpostavljanje skupne vizije vodje ter podrejenih, ki sledijo istim ciljem. V primerjavi s transakcijskim vodenjem, transformativno uvaja večjo enakovrednost (vendar ne tudi enakopravnost) pozicij, saj izhaja iz karizmatičnega, navdihujočega namena. Takšna vodja želi podrejenim približati organizacijske vrednote, s katerimi se eventualno identificirajo. Avtorice Smith, et al. (2022) so izvedle kvalitativno, natančnejše fenomenološko raziskavo stilov vodenja, ki se jih poslužujejo vodje fizioterapije. Izvedle so intervju z desetimi vodjami fizioterapevtov. Rezultati so pokazali, da intervjuvanci pogosto nihajo pri prakticiranju posameznega vodstvenega stila, bodisi transakcijskega bodisi transformativnega. Avtorice so ugotovile, da mora vodstvo vlagati dodatno pozornost v spodbujanje vodij fizioterapevtov pri uporabi transformativnega stila, saj omogoča oblikovanje boljših odnosov, delovne produktivnosti ter zadovoljstva na delovnem mestu.

Gersch (2006 cited in McGowan & Stokes, 2015, p. 127) je v povezavi s fizioterapijo predlagal alternativni vodstveni stil oziroma »služabniško vodenje« (angl. »servant leadership«), ki si ga je domislil sicer avtor Robert Greenleaf v 70. letih prejšnjega stoletja. Glavne značilnosti navedenega stila vodenja, zaradi katerih naj bi bil učinkovit(ejši), je ponižna vodstvena drža, ki naj bi prepričala podrejene, da vodjo bolj spoštovali. Ponižna drža se izključuje s poskusi nadvladanja ter vključuje aktivno poslušanje, večsmerno komunikacijo, poslušanje potreb podrejenih ter izražanje empatije.

Poleg strokovnosti ter količine izkušenj za vodje medicinskih sester, kot sta ugotovili Lorber in Skela Savič (2011), je za učinkovito delo vodij fizioterapije poleg uporabe transformativnega vodstvenega stila kot navajajo Smith, et al. (2022) pomembna tudi vodstvena samoučinkovitost. Day, et al. (2014) pojem splošne samoučinkovitosti opredelijo kot splošno prepričanje o lastni sposobnosti spopadanja z različnimi izzivi, preizkušnjami, ki pomembno napoveduje uspešnost pri odzivanju na nepredvidljive situacije, kar je sploh pomembno dandanes v dinamičnem okolju zdravstvenega sistema.

Sebelski (2017) pa na področju vodenja uporablja vsesplošno sprejet izraz vodstvene samoučinkovitosti, ki se kaže v prepričanjih o lastni uspešnosti, učinkovitosti pri doslednem vedenju v vodstveni pozicij v odnosu do podrejenih, delovnih nalog, spopadanju z izzivi itd. V svoji raziskavi na vzorcu fizioterapevtov je denimo ugotovila, da višja stopnja samoučinkovitosti pred nastopom vodstvene vloge pomembno napoveduje prevzem vodstvene vloge, kar razlaga z obstojem določenih predispozicij. Day, et al. (2014) dodajajo, da vodstvena samoučinkovitost pomembno vpliva tudi na splošno produktivnost kolektiva, poleg tega pa k njenem razvoju pomembno pripomore povratna informacija iz strani nadrejenih.

2.5 VODENJE V ZDRAVSTVU IN FIZIOTERAPIJI

Vodenje v zdravstvenem sistemu je postalo pomembno sploh v zadnjem času zaradi potrebe po transformativnih spremembah in želji po povečanju kakovosti obravnave pacientov (Page, 2010; Kovačič & Rus, 2015; Thornton, 2016; Martinčič & Biloslavo, 2017). Ob tem je potrebno poudariti, da so zdravstvene organizacije uvrščene med tiste z visoko stopnjo ekspertnosti, kar predstavlja nadrejenim dodaten izziv pri vodenju, poleg pozornosti na v glavnem paciente (Martinčič & Biloslavo, 2017; Boršnak & Sitar, 2021; Green-Wilson, et al., 2022). Skela Savič in Robida (2013) poudarjata pomen vloge vodij v zdravstvenem sistemu pri učinkovitem upravljanju z zaposlenimi, da bi ohranjali kvaliteten na paciente usmerjen pristop. Osebe mora biti ravno prav motivirano, usposobljeno, da se naglo odziva ter prilagaja na spremembe, zato mora za njimi stati kompetenten vodja z dobrim pregledom nad dogajanjem. Poleg tega se morajo vodje soočati s številnimi pritiski, omejitvami in odgovornostmi, hkrati pa ohranjati visoko

raven strokovnosti in predanosti pacientom. McGowan in Stokes (2016) denimo orisujeta stanje v Irskem javnem zdravstvu, ki ga pestijo dolge čakalne dobe, tehnološke reforme, starajoča se populacija, kar ustvarja dinamično ter nekoliko kaotično delovno okolje, v katero spadajo tudi vodje fizioterapije. Kot odziv na ilustrirano dinamiko sodobnega zdravstva morajo imeti vodje v zdravstvu specifične kompetence kot so obvladovanje tveganj, etično odločanje in agilno prilagajanje spremembam. Vodenje in menedžment v zdravstvenem sektorju, vključno s fizioterapijo, imata svoje specifične značilnosti, ki izhajajo iz zahtevnega in občutljivega okolja zdravstvenih storitev. Vodenje v zdravstvu zahteva od vodij ne le sposobnost upravljanja s kadri in viri, temveč tudi globoko razumevanje zdravstvenega procesa, etičnih vprašanj ter pomembnost posvečanja pacientom in njihovim potrebam (Boršnak & Sitar, 2021).

Sebelski, et al. (2020) menijo, da so fizioterapevti bistveni člani interprofesionalnih zdravstvenih timov, zato spodbujajo raziskave vodstvenih kompetenc fizioterapevtov, s katerimi naj bi bili le-ti opremljeni na misiji pri soočanju in vplivanju na spremembe v zdravstvenem sistemu. Vodje v fizioterapiji se pogosto soočajo z izzivom usklajevanja zdravstvenih strokovnjakov, s katerimi sodelujejo, ter zagotavljanja usklajene oskrbe pacientom v celotnem procesu zdravljenja (Chan, et al., 2014). To zahteva kontinuirano izobraževanje, refleksijo lastnega dela ter prilagajanje novim izzivom, ki se pojavljajo v zdravstvenem okolju (Kovačič & Rus, 2015). Študija Boršnak in Sitar (2021) poudarja, da je poleg zgoraj navedenega komunikacija bistvenega pomena za uspešno vodenje v zdravstvu, saj omogoča razumevanje potreb in pričakovanj ter preprečuje morebitne nesporazume, sploh v kompleksnih skupinah kot so interprofesionalni timi. Vodje se morajo zavedati vpliva svojih odločitev na paciente, zaposlene in širšo skupnost (McGowan, et al., 2017).

Thornton (2016) poudarja, da je število raziskav o vodenju v fizioterapiji skopo, razlog za to pa pripisuje tradicionalni hegemoniji vodenja medicinskega poklica v zdravstvu, vendar ugotavlja, da se razmere izboljšujejo. Page (2010) nasprotno meni, da je za fizioterapevte v ZDA veliko dokumentiranih možnosti za prevzem vodstvenih položajev. V vsakem primeru pa je, ne glede na razlike v oceni resnosti zanemarjanja koncepta vodenja v polju fizioterapije, smiselno vlagati v to področje, saj lahko fizioterapevti na

ključnih vodstvenih položajih pomembno prispevajo k porastu spoštovanja, ugleda fizioterapevskega poklica ter k večji vključenosti v interprofesionalne time (McGowan & Stokes, 2015). Tschoepe, et al. (2021) komentirajo, da še pomembneje primanjkuje raziskav v povezavi z vodstvenimi kompetencami fizioterapevtov, ter poudarjajo, da je potrebno vlagati v izobraževanje fizioterapevtov v smeri razvoja t.im. netehničnih veščin za vodenje, vplivanje, izhajajoč iz potrebe po prisotnosti fizioterapevtov na vseh hierarhičnih nivojih znotraj zdravstvenega sistema. Sebelski, et al. (2020) ob tem opozarjajo, da se pojavlja pomembna diskrepanca ne le v razumevanju ključnih vodstvenih kompetenc v polju fizioterapije, temveč tudi razvoja le-teh. Še več, Tschoepe, et al. (2021) menijo, da bi morala biti vodstvena znanja obvezna za vse obstoječe ter bodoče fizioterapevte še pred vstopom v klinično okolje v vlogi zaposlenega. To naj bi bilo mogoče doseči z implementacijo na dokazih usmerjenega pristopa pri oblikovanju vodstveno-kompetenčnega modela. Dosledno poučevanje novih oziroma bodočih fizioterapevtov bi tako posledično sprožilo tudi eventualno transformacijo zdravstvenega sistema. V nasprotnem primeru pa lahko izobraževanje vodstvenih kompetenc ostane fragmentirano, manj intencionalno, še pomembneje pa manj poenoteno, standardizirano v praktični fizioterapevtski poklicni sferi, kar se izključuje s splošno izraženimi cilji koordiniranega odzivanja na vedno porajajoče spremembe v zdravstvenem sistemu.

2.6 OBSTOJEČI MODELI VODSTVENIH KOMPETENC V FIZIOTERAPIJI

V literaturi iz področja vodstvenih kompetenc je mogoče zaslediti tudi številne vodstvene kompetenčne modele, med njimi so mnogi že bili preizkušeni na vzorcih vodij iz zdravstvenega sistema v tujini. Tschoepe, et al. (2021) so denimo pri oblikovanju svojega t.im. Okvira vodstvenih kompetenc za fizioterapevte (angl. Leadership competency framework for physiotherapists) s kratico LCF-PT uporabili tako deduktivni kot induktivni pristop. S pomočjo deduktivnega so identificirali relevantne obstoječe, na spletu dostopne vodstvene kompetenčne modele, ki so jih primerjali s postavljenimi kriteriji ter preizkušali ujemanje. Nato so po induktivni poti oblikovali dotični LCF-PT, ki je nastal na osnovi Delphi študije konsenza; identificirali so 11 klastrov kompetenc, v katere je razvrščenih 57 vodstvenih kompetenc; samopercepcija, osebnost, ekspertnost,

vedoželjnost, avtonomija, povezanost, vključenost, vplivnost, medosebna povezanost, kontekstualnost, izgradnja kapacitet.

Obstajajo pa tudi številni drugi modeli vodstveni kompetenc, ki jih je smiselno omeniti ter so relevantni ne le za zdravstveni sistem na splošno, temveč tudi fizioterapevte. Bolman in Deal (2013 cited in McGowan, et al., 2019, p. 1038) predlagata model vodstvenih kompetenc, ki vsebuje štiri domene: strukturnost, človeški viri, političnost in simboličnost. National Center for Healthcare Leadership (2018) je oblikoval model, ki ga primarno sestavljajo tri presečne kategorije, v katere je razdeljenih 26 kompetenc; ljudje, izvedba in transformacije. International Hospital Federation (2015) je oblikovala 5-faktorski model, vsebujoč kategorije vodstvenih kompetenc, v središču katerih je vodenje, obdajajo pa ga komunikacija in menedžment odnosov, zdravje in zdravstveno okolje, biznis ter profesionalna in socialna odgovornost. National Health Service Leadership Academy (2013) so predlagali model z devetimi dimenzijami (prevedene v slovenščino); skrbno vodenje, deljenje vizije, rezultati iz vidika vplivanja, timsko delo, evalvacija informacij, promocija skupnih ciljev in vrednot, povezovanje skozi storitve, razvoj zmožnosti in odgovornost. Obstaja tudi model LCI (angl. Leadership competency inventory), ki je sestavljen iz 4 kategorij in sicer; menedžerske kompetence, organizacijsko vodenje, osebne sposobnosti in vodenje/menedžment virov (Joon Yoon, et al., 2010). Zasledili smo tudi model avtorjev Parker, et al. (2022), ki kot ključne vodstvene kompetence predlagajo čustveno inteligentnost, vodenje/menedžment sprememb, komunikacijo in informativnost (angl. evidence/data).

Za nas so še najbolj zanimive in relevantne ugotovitve, modeli, ki so nastali na vzorcu vodij/praktikov fizioterapije, vendar so ne glede na to vredni testiranja tudi ostali vodstveni kompetenčni modeli. Desveaux in Verrier (2014) sta ugotovili na vzorcu fizioterapevtov v Kanadi, da kot najpomembnejše kompetence vodij fizioterapije zaznavajo komunikacijo, profesionalnost in kredibilnost. Green-Wilson, et al. (2022) so podobno raziskavo izvedli na vzorcu fizioterapevtov v ZDA. Ugotovili so, da fizioterapevti po pomembnosti vodstvenih kompetenc vodij fizioterapije najvišje ocenjujejo komunikacijo ter profesionalnost. Podobno so ugotovili tudi McGowan, et al. (2017), ki so na vzorcu vodij fizioterapije preverjali pogostost uporabe štirih vodstvenih

okvirjev, ki sta jih konceptualizirala Bolman in Deal (2013 cited in McGowan, et al., 2019, p. 1038). Raziskovalci so ugotovili, da največ, 61% vodij, izhaja iz okvira človeških virov, za katerega je značilno prioritiziranje podrejenih, človeških odnosov kot ključnega vidika učinkovitega funkcioniranja ter uspešnosti organizacije. Rezultati so potrdili tudi hipotezo izvornih avtorjev, in sicer, da vodje, ki uporabljajo večje število »vodstvenih okvirjev«, ne le višje zaznavajo svoje sposobnosti vodenja, temveč so dejansko boljši pri vodenju, saj imajo več izbir pri oblikovanju informirane odločitve v (kritičnih) situacijah. Ob tem pa je potrebno omeniti, da se je pokazal statistično pomemben pozitiven trend pri samozaznavi vodstvene učinkovitosti ter leti izkušenj, kar pomeni, da so leta izkušenj poleg števila »uporabljenih« vodstvenih okvirjev pomembni dejavnik samozaznave vodstvene kompetentnosti. Vodje z večjo količino izkušenj na delovnem mestu naj bi tako menili, da se boljše znajdejo v navedeni vlogi kot tisti z manj izkušnjami. Povezanost med številom podrejenih ter samozaznavo vodstvene kompetentnosti pa ni bila statistično značilna (McGowan, et al., 2017). Page (2010) kot najpomembnejše »odgovornosti« vodij fizioterapije omenja vizionarstvo, postavljanje ciljev, skrb za paciente, marketing, menedžment tveganja, etičnost, zaposlovanje, komunikacijo in pravni vidik dela (oblikovanje pravil, skrb za varnost zaposlenih itd.).

Če podrobneje primerjamo obstoječe modele vodstvenih kompetenc, je mogoče najti prekrivanje. Večina omenja komunikacijske spretnosti, zglede osebnostne lastnosti (odgovornost, odločnost, empatičnost, inkluzivnost) in sposobnosti organizacije, motiviranja, profesionalnost. Tschoepe, et al. (2021) tovrstne lastnosti in sposobnosti opredelijo kot ne-tehnične, potrebne za učinkovito vodenje, ki so poleg tehničnih (fizioterapevtsko specifičnih, poklicnih) izrazito pomembne za učinkovito opravljanje vloge vodje fizioterapije in jih je mogoče univerzalno zaslediti tudi na drugih področjih, izven polja zdravstva, saj tudi ta zahtevajo vodstvene pozicije za učinkovito upravljanje s človeškimi viri.

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je raziskati stališča vodij fizioterapevtov do vodstvenih kompetenc v javnih zdravstvenih in izobraževalnih ustanovah po Sloveniji.

Cilji diplomskega dela so :

- Raziskati demografske značilnosti in razlike med vodji fizioterapevtov v javnih zdravstvenih in v izobraževalnih ustanovah v Sloveniji.
- Ugotoviti povezavo med stališči vodij fizioterapevtov do pomembnosti vodstvenih kompetenc za uspešno opravljanje dela in leti izkušenj na vodstvenem položaju.
- Ugotoviti povezavo med stališči vodij fizioterapevtov do potrebe po lastnem razvoju vodstvenih kompetenc in leti izkušenj na vodstvenem položaju.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Po pregledu literature smo si v diplomskem delu zastavili naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kakšne so demografske značilnosti in razlike med vodji fizioterapevtov v javnih zdravstvenih in v izobraževalnih ustanovah v Sloveniji?
- Kakšna je povezanost med stališči vodij fizioterapevtov do pomembnosti vodstvenih kompetenc za uspešno opravljanje dela in leti izkušenj na vodstvenem položaju?
- Kakšna je povezanost med stališči vodij fizioterapevtov do lastne potrebe po razvoju vodstvenih kompetenc in leti izkušenj na vodstvenem položaju?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Raziskava temelji na neeksperimentalni kvantitativni metodi empiričnega raziskovanja ter na predhodnem pregledu znanstvene in strokovne literature, ki ni starejša od 10 let.

Predhodno pa smo na podlagi pregleda znanstvene in strokovne literature našli ustrezen vprašalnik za uporabo v naši raziskavi.

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Diplomsko delo je sestavljeno iz dveh delov: iz pregleda literature in empiričnega dela. V prvem delu smo z deskripcijo, kompilacijo in sintezo predstavili teoretične osnove, ki so podlaga za empirični del, kjer je naša glavna uporabljena raziskovalna metoda kvantitativna metoda s tehniko spletnega anketiranja. V teoretičnem delu smo s pomočjo pregleda literature iz podatkovnih baz ProQuest, Wiley, SpringerLink, CINAHL, PEDro in PubMed poiskali literaturo, ki je povezana z vodji fizioterapevtov in drugimi vodji v zdravstvu, vodstvenimi kompetencami v Sloveniji in po svetu. V diplomsko delo smo vključili znanstvene prispevke v slovenskem in angleškem jeziku zadnjih 20 let, ker je to področje v fizioterapiji slabše raziskano od ostalih bolj kliničnih področij. Iz diplomskega dela smo izključili vsa dela, ki so starejša od 20 let, so pisana drugih svetovnih jezikih, ne ustrezajo našemu iskalskemu nizu ter niso dostopna v polnem besedilu. Pri iskanju smo uporabili ključne besede v slovenščini kot so »kompetence«, »fizioterapija«, »fizioterapevt«, »vodja«, »stališča« ter angleške ključne besede kot so »competences«, »physiotherapy«, »physiotherapist«, »leader«, »attitudes«. Za povezovanje oziroma kombiniranje ključnih besed smo uporabili Boolova operatorja IN/AND in ALI/OR.

Podatke v empiričnem delu smo zbirali s pomočjo strukturiranega spletnega vprašalnika, ki smo ga izbrali na podlagi predhodnega pregleda literature. Dotični vprašalnik smo ga kreirali v programu Ika Arnes ter ga preko e-pošte poslali vsem vodjam fizioterapevtov v javnih zdravstvenih zavodih in v vseh izobraževalnih ustanovah, kjer so njihovi podrejeni bodisi fizioterapevti ali visokošolski učitelji, pri čemer je bila le-tem zagotovljena anonimnost izpolnjevanja.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Uporabljen vprašalnik smo povzeli po avtorjih Donahue, Woodley in Park, ki so vprašalnik izdali leta 2007, kar smo storili na podlagi predhodno pregledane literature.

Vprašalnik originalno zajema 35 kompetenc, vendar zadnjih treh nismo vključili, saj se nanašajo na kompetence opravljanja specifičnega poklica, v tem primeru fizioterapije, in ne na vodstvene kompetence. Poleg tega smo za razliko od originalnega vprašalnika pri oceni potrebe po razvoju posameznih vodstvenih kompetenc uporabili 5-stopenjsko Likertovo lestvico strinjanja in ne lestvico pomembnosti, saj smo s tem želeli poudariti razliko med drugim in tretjim sklopom vprašalnika ter olajšati razumevanje postavk pri tretjem sklopu vprašalnika.

Merski instrument, ki smo ga uporabili za zbiranje podatkov je razdeljen na tri sklope. V prvem sklopu smo zbirali demografske podatke, v drugem stališča vodij fizioterapevtov do pomembnosti posameznih vodstvenih kompetenc, v tretjem sklopu pa stališča vodij fizioterapevtov do potrebe po razvoju posameznih vodstvenih kompetenc. V prvi sklop so vključeni demografski podatki: starost, spol, najvišja dosežena stopnja izobrazbe/zaključen študijski program, vrsta ustanove zaposlitve, formalna izobrazba s področja vodenja, leta izkušenj na vodstvenem položaju in število podrejenih.

V drugem sklopu so udeleženci na 5-stopenjski lestvici Likertovega tipa (kjer pomeni ocena 1-zelo nepomembno in ocena 5- zelo pomembno) oceniti pomembnost 32 vodstvenih kompetenc za uspešno opravljanje njihovega dela. Seznam 32 kompetenc izhaja iz tujega vprašalnika imenovanega Vprašalnik vodstvenih kompetenc (angl. Leadership competency inventory; s kratico LCI), ki so ga razvili Donahue, Woodley in Park, leta 2007 na Pennstate univerzi v ZDA. Teoretično so utemeljili 5-faktorski model, empirična eksploratorna in konfirmatorna faktorska analiza pa sta pokazali 4-faktorsko strukturo, ki jo skupaj predstavlja 35 vodstvenih kompetenc (Joon Yoon, et al., 2010). Vprašalnik smo v drugem sklopu uporabili za ugotavljanje stališč vodij fizioterapevtov do pomembnosti vodstvenih kompetenc za uspešno opravljanje dela. V tretjem sklopu pa so udeleženci za razliko od drugega sklopa na 5-stopenjski lestvici Likertovega tipa (kjer pomeni ocena 1-sploh se ne strinjam in ocena 5-popolnoma se strinjam) ocenjevali svojo potrebo po razvoju vodstvenih kompetenc, s čimer smo merili njihova stališča do lastne potrebe po razvoju vodstvenih kompetenc. Vprašalnik smo sami prevedli v slovenščino, kar predstavlja omejitev raziskave, saj to pomeni, da v našem jeziku še ni bil validiran.

Zanesljivost obeh oblik vprašalnika smo preverjali z izračunom Cronbachovega koeficienta zanesljivosti oziroma Cronbach alfa koeficienta. Zgornjo in spodnjo mejo vrednosti omejujeta vrednosti 1 ter 0, pri čemer pomenijo višje vrednosti boljše zanesljivost kot nižje. Vrednost Cronbach alfe nad mejo 0.9 pomeni odlično zanesljivost, med 0.7 in 0.9 nakazuje na dobro zanesljivost, med 0.6 in 0.7 sprejemljivo, med 0.5 in 0.6 slabo, vrednost pod 0.5 pa interpretiramo kot nesprejemljivo vrednost Cronbach alfa koeficienta zanesljivosti. Skupna zanesljivost drugega sklopa merskega instrumenta znaša odličnih 0.949, zanesljivost tretjega sklopa pa je še boljša, 0.983. Zanesljivosti smo izračunali s statističnim programom R Studio.

3.3.3 Opis vzorca

Izbrali smo neslučajnosti namenski vzorec, v katerega smo poskušali zajeti vse vodje fizioterapije, zaposlene v javnih zdravstvenih in izobraževalnih ustanovah z vsaj enim podrejenim fizioterapevtom ali visokošolskim učiteljem. Po pregledu podatkov končni vzorec predstavlja 21 oseb, kar predstavlja 10% celotnega vzorca od predvidenih 210 oseb. Pri tem je potrebno opozoriti, da je bila odzivnost višja in sicer 23,81% (kar šteje 51 odzivov), vendar je le 10% oseb iz predvidenega vzorca ustrezno izpolnilo poslano anketo in je v popolnosti izpolnjevalo pogoje za vključitev v raziskavo.

Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Soča nam je na primer posredoval dokument sprejetega sklepa, ki določa raziskovanje znotraj njihove ustanove, ki je mogoče le v primeru, da je mentor ali somentor diplomskega dela zaposlen v zgoraj navedenih ustanovi, zato žal niso mogli sodelovati. Od sedemnajstih domov za starejše smo prejeli povratni odgovor, da je pri njih zaposlen samo en fizioterapevt ali pa je njihova vodja diplomirana medicinska sestra in zato žal niso izpolnjevali pogojev za sodelovanje v raziskavi. Iz vodstva dveh domov za ostarele smo prejeli povratni odziv, da so pripravljene sodelovati, ter izpolnjujejo pogoje in me bodo iz vodstva službe za rehabilitacijo kontaktirali oziroma poklicali, vendar se to žal ni zgodilo. Od enega zdravstvenega doma smo prejeli povratno informacijo, da nimajo vodje fizioterapije in tako žal ne morejo sodelovati v raziskavi in od dveh, da se za raziskavo zanimajo in so pripravljene sodelovati, vendar nismo prejeli odziva iz strani vodij fizioterapije. Od zdravilišč smo

prejeli povratni odziv, da eno izmed njih žal ne ustreza kriterijem raziskave in tako žal ne morejo sodelovati v raziskavi, drugo zdravilišče pa je izrazilo zanimanje za raziskavo, vendar podobno kot navedeno v obdobju zbiranja podatkov izvedbe raziskave nismo prejeli odziva iz strani vodje fizioterapije. Pri odzivu fakultet smo prejeli en odziv, da v raziskavi žal ne morejo sodelovati, saj imajo preveč dela z lastnimi študenti, poleg tega pa smo morali izključiti lastno fakulteto, saj je vodja fizioterapevtov tudi mentorica dotičnega diplomskega dela, kar bi zmanjšalo objektivnost zbiranja podatkov in vplivalo na pristranskost rezultatov. Poleg zgoraj omenjenih odzivov smo pridobili dovoljenje za izvajanje raziskave iz strani direktorjev 23 zdravstvenih ustanov. Zaradi anonimnosti sodelovanja v raziskavi navkljub strinjanju direktorjev za izvajanje raziskave ni mogoče ugotoviti, iz katerih ustanov so vodje fizioterapije dejansko sodelovali v raziskavi.

Demografski podatki slovenskih vodij fizioterapevtov, kar je bilo tudi prvo raziskovalno vprašanje, so predstavljeni v tabeli 1 in tabeli 2, ki se nahajata v poglavju 3.4 (Rezultati) in sicer v podpoglavju 3.4.1 (Demografske značilnosti in razlike vodij fizioterapevtov v javnih zdravstvenih in v izobraževalnih ustanovah v Sloveniji).

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Fizioterapevtom na vodstvenih delovnih mestih v javnih zdravstvenih zavodih in v vseh izobraževalnih ustanovah, kjer so njihovi podrejeni bodisi fizioterapevti ali visokošolski učitelji, smo poslali spletni vprašalnik preko e-pošte. Še prej smo prosili vodstvo vsake ustanove za soglasje k izvajanju raziskave z njihovimi zaposlenimi. Njihovo sodelovanje je bilo popolnoma prostovoljno in anonimno, saj so se rezultati shranjevali pod raziskovalno šifro in jih ni mogoče povezati z njihovo identiteto. Spletni vprašalnik je bil na voljo 14. 11. 2023 do 20. 05. 2024. Z prošnjami direktorjem ustanov za sodelovanje v raziskavi smo pričeli 16. 11. 2024, ter postopek zaradi premajhnega vzorca ponovili še dvakrat.

Zbrane podatke smo analizirali s statističnim programom Rstudio. Izračunali smo univariatne osnovne opisne statistike (frekvence, odstotke, povprečje, standardni odklon, minimalna ter maksimalna vrednost) ter bivariatno statistiko (korelacijo s Spearmanovim

koeficientom korelacije, Shapiro-Wilkov test normalnosti in ne-parametrični Kruskal-Wallisov test, pri čemer je bila upoštevana statistična značilnost oziroma vrednost $p < 0,05$). Rezultati so v nadaljevanju prikazani v obliki tabel.

3.4 REZULTATI

3.4.1 Demografske značilnosti in razlike vodij fizioterapevtov v javnih zdravstvenih in v izobraževalnih ustanovah v Sloveniji

Demografski podatki slovenskih vodij fizioterapevtov, kar je bilo tudi prvo raziskovalno vprašanje, so predstavljeni v tabeli 1 in tabeli 2.

Iz tabele 1 lahko razberemo, da so v raziskavi sodelovale izključno ženske udeleženke ($n = 21$), v 62% odstotkih zaposlene v zdravstvenem domu ($n = 13$), 24% v Univerzitetni klinični center ($n = 5$) in 14% v splošni bolnišnici ($n = 3$). Velika večina udeleženk, kar 71% se ni formalno izobraževala iz področja vodenja ($n = 15$), 29% pa je pridobila formalno izobrazbo iz področja vodenja ($n = 6$). Iz vidika stopnje dosežene izobrazbe, je največ udeleženk (67%) doseglo 6/2 stopnjo izobrazbe ($n = 14$), kar pomeni 1. bolonjsko stopnjo, 19% udeleženk je zaključilo magisterij stroke, torej 2. bolonjsko stopnjo ($n = 4$), ena udeleženka pa je pridobila doktorat znanosti.

Tabela 1: Demografski podatki anketirancev po spolu, vrsti ustanove zaposlitve, formalne vodstvene izobrazbe in stopnji dosežene izobrazbe

Demografski podatek		n	%
Spol	Moški	0	0%
	Ženska	21	100%
Vrsta ustanove zaposlitve	Zdravstveni dom	13	62%
	Splošna bolnišnica	3	14%
	Univerzitetni klinični center	5	24%
	Zdravilišče	0	0%
	Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Soča	0	0%
	Fakulteta	0	0%
	Dom za ostarele	0	0%
	Formalna izobrazba iz področja vodenja	Da	6
	Ne	15	71%

Demografski podatek		n	%
Stopnja dosežene izobrazbe	6/1	2	10%
	6/2	14	67%
	7	4	19%
	8/1	0	0%
	8/2	1	4%

Legenda: n=število, %=odstotek, 6/1- višješolski strokovni program do leta 1994, 6/2 specializacija po višješolskem programu, visokošolski strokovni program (1. bolonjska stopnja), 7- specializacija po visokošolskem strokovnem programu, univerzitetni program, magisterij stroke (2. bolonjska stopnja), 8/1 specializacija po univerzitetnem programu, magisterij znanosti (pred imenom), 8/2- doktorat znanost

Tabela 2: Demografski podatki anketirancev po starosti, letih izkušenj na delovnem mestu vodje fizioterapije ter številu podrejenih

Demografski podatek	PV	SO	Min	Max
Starost	47	7,68	33	61
Leta izkušenj na delovnem mestu vodje fizioterapije	8,52	6,55	0	25
Število podrejenih	14,48	15,12	1	65

Legenda: PV=povprečje, SO=standardni odklon, Min= minimalna vrednost, Max= maksimalna vrednost

Iz tabele 2 lahko razberemo, da je povprečna starost anketiranih 47 let (SO = 7,68) s povprečno 8,52 leti izkušenj na delovnem mestu fizioterapije. V tem oziru značilnosti se vodje fizioterapije dokaj razlikujejo, kar je mogoče razbrati iz vrednosti standardnega odklona (SO = 6,55). Največ let delovnih izkušenj na delovnem mestu vodje fizioterapije izmed udeleženk raziskave je 25 let, najmanj pa 0 let, torej gre za začetnico. Prav tako se vodje fizioterapije dokaj razlikujejo v številu podrejenih. Povprečje števila zaposlenih je 14,48, standardni odklon pa 15,12. Največ podrejenih fizioterapevtov v vzorcu je 64, najmanjše število podrejenih pa ima udeleženka raziskave z le enim podrejenim.

Za ugotavljanje razlik med vodjami fizioterapevtov smo uporabili neparametrični Kruskal-Wallisov test zaradi ne-normalne porazdelitve podatkov pri vseh intervalnih demografskih spremenljivkah. Vodje fizioterapije smo najprej primerjali po demografskih spremenljivkah let izkušenj na delovnem mestu vodje fizioterapije, starosti ter številu zaposlenih glede na ustanovo zaposlitve. Rezultati so pokazali, da se vodje fizioterapije, zaposlene v zdravstvenem domu, Univerzitetnem kliničnem centru ali splošni bolnišnici ne razlikujejo statistično značilno po starosti $\chi^2(2) = 4,326$, $p = 0,115$, številu podrejenih $\chi^2(2) = 3,058$, $p = 0,218$, tudi ne po letih izkušenj na delovnem mestu

vodje fizioterapije $\chi^2(2) = 2,387$, $p = 0,303$. Nadalje smo vodje fizioterapije primerjali še po spremenljivkah letih izkušenj na vodstvenem delovnem mestu ter starosti, glede na (ne)pridobljeno formalno izobrazbo iz področja vodenja. Rezultati so pokazali, da prav tako ni razlik med vodjami fizioterapije z in brez formalne izobrazbe iz področja vodenja v letih izkušenj na delovnem mestu $\chi^2(2) = 0,614$, $p = 0,433$ ter starosti vodij fizioterapije $\chi^2(2) = 0,024$, $p = 0,875$. Post-hoc testov (denimo Tukeyev ali Bonferronijev test) nismo izvajali, saj so bili rezultati statistično neznačilni. Pred izračunom korelacij smo preverili normalnost porazdelitve spremenljivk, da bi lažje določili uporabo najbolj ustreznega korelacijskega koeficienta. Uporabili smo Shapiro-Wilkov test normalnosti, pri katerem smo ugotovili, da se nobena spremenljivka ne porazdeljuje normalno ($p < 0.05$). Zaradi velike količine spremenljivk smo se odločili, da rezultatov zgoraj omenjenega testa za vsako spremenljivko ne predstavljamo v obliki tabel, temveč zgolj opisno, nanašajoč se na vse spremenljivke.

3.4.2 Povezanost med stališči vodij fizioterapije do pomembnosti vodstvenih kompetenc za uspešno opravljanje dela in leti izkušenj na vodstvenem položaju

Pred izračunom korelacije med stališči vodij fizioterapije do pomembnosti vodstvenih kompetenc za uspešno opravljanje dela in leti izkušenj na vodstvenem položaju smo izračunali ter analizirali opisne statistike odgovorov v drugem sklopu vprašalnika in sicer povprečje in standardni odklon. Tako smo se tudi lažje odločili glede uporabe vrste koeficienta korelacije. Prikazane so v tabeli 3.

Tabela 3: Opisne statistike stališč do pomembnosti vodstvenih kompetenc

Vodstvena kompetenca	n	PV	SO
Računalniška in osnovna pismenost	19	4,11	0,74
Konceptualno razmišljanje	19	4,63	0,5
Učenje in informiranje	19	4,58	0,61
Samoodgovornost in samovodenje	19	4,79	0,42
Medosebne kompetence	19	4,63	0,6
Tehnična kompetentnost	19	4,16	0,76
Uporaba virov	19	4,58	0,51
Sistemske razumevanje	19	4,26	0,65

Vodstvena kompetenca	n	PV	SO
Ustno sporazumevanje	19	4,79	0,42
Pisno sporazumevanje	19	4,37	0,6
Vzpostavljanje medosebnih odnosov	19	4,68	0,48
Vodenje in coaching	19	4,95	0,23
Prilagodljivost ter odpornost	19	4,42	0,61
Reševanje problemov	19	4,68	0,48
Odločnost	19	4,63	0,5
Samousmerjanje	19	4,32	0,48
Upravljanje virov	19	4,16	0,6
Raznolikost delovne sile	19	4,16	0,69
Obvladovanje konfliktov	19	4,68	0,48
Vodstvena kompetenca	n	PV	SO
Timsko delo in sodelovanje	19	4,84	0,37
Vplivanje in pogajanje	19	4,58	0,51
Upravljanje človeške uspešnosti	19	4,53	0,61
Načrtovanje in ovrednotenje	19	4,47	0,51
Osredotočenost na stranke/paciente	19	4,74	0,45
Nadzor upravljanja	19	3,95	0,71
Finančno upravljanje	19	3,79	0,79
Tehnološko upravljanje	19	4,21	0,71
Ustvarjalno razmišljanje	19	4,37	0,68
Vizija	19	4,47	0,61
Pozornost na zunanje dogajanje	19	3,74	0,73
Strateško razmišljanje in načrtovanje	19	4,37	0,6
Vodenje sprememb	19	4,32	0,67

Legenda: n= število, PV= povprečje, SO= standardni odklon

Rezultati tabele 3 kažejo, da so vodje fizioterapije po pomembnosti za najvišje v povprečju ocenili vodstveno kompetenco vodenje in coaching (PV = 4,95, SO = 0,23). Visoko pa so ocenili tudi kompetence timsko delo in sodelovanje (PV = 4,84, SO = 0,37), samoodgovornost in samovodenje (PV = 4,79, SO = 0,42), ustno sporazumevanje (PV = 4,79, SO = 0,42) ter osredotočenost na stranke/paciente (PV = 4,74, SO = 0,45). Udeleženke raziskave so po pomembnosti za uspešno opravljanje njihovega dela najnižje ocenile vodstveno kompetenco pozornost na zunanje dogajanje (PV = 3,74, SO = 0,73).

V tabeli 3 je iz povprečij ocen razvidno, da so dokaj visoka. Anketiranke so namreč ocenjevale pomembnost na 5-stopenjski lestvici Likertovega tipa, večina rezultatov pa se giba nad 4.2, kar kaže na levo asimetričnost porazdelitve podatkov. Zvoljo preverjanja normalnosti porazdelitve, ki je pomembna za korelacijsko analizo, smo za podatke vsake vodstvene kompetence izračunali tudi Shapiro-Wilkov test normalnosti, ki je bolj primeren za manjše vzorce. Na osnovi W vrednosti ter p -vrednosti ($p < 0,05$) smo pri vseh vodstvenih kompetencah ugotovili, da se podatki ne porazdeljujejo normalno. Enako smo ugotovili tudi za spremenljivko Leta izkušenj na vodstvenem mestu ($W = 0,892$, $p = 0,0253$). Na osnovi ugotovljenega smo se odločili za računanje korelacij uporabiti Spearmanov korelacijski koeficient, ki ne zahteva normalnosti porazdelitve.

Tabela 4: Korelacije med stališči vodij fizioterapije do pomembnosti vodstvenih kompetenc ter leti izkušenj na delovnem mestu

Vodstvena kompetenca	r	p
Računalniška in osnovna pismenost	-0,209	0,39
Konceptualno razmišljanje	-0,391	0,098
Učenje in informiranje	-0,209	0,39
Samoodgovornost in samovodenje	0,012	0,962
Medosebne kompetence	0,133	0,586
Tehnična kompetentnost	-0,06	0,808
Uporaba virov	-0,353	0,139
Sistemske razumevanje	-0,368	0,122
Ustno sporazumevanje	-0,142	0,561
Pisno sporazumevanje	-0,159	0,516
Vzpostavljanje medosebnih odnosov	0,291	0,226
Vodenje in coaching	0,152	0,535
Prilagodljivost in odpornost	0,194	0,427
Reševanje problemov	0,021	0,933
Odločnost	-0,361	0,129
Samousmerjanje	-0,125	0,611
Upravljanje virov	-0,211	0,385
Raznolikost delovne sile	-0,222	0,362
Obvladovanje konfliktov	-0,51	0,026
Timsko delo in sodelovanje	-0,451	0,053
Vplivanje in pogajanje	-0,127	0,603
Upravljanje človeške uspešnosti	-0,061	0,804
Načrtovanje in ovrednotenje	-0,203	0,404
Osredotočenost na stranke/paciente	-0,044	0,858

Vodstvena kompetenca	r	p
Nadzor upravljanja	-0,095	0,699
Finančno upravljanje	-0,316	0,187
Tehnološko upravljanje	-0,244	0,313
Ustvarjalno razmišljanje	-0,457	0,049
Vizija	-0,279	0,248
Pozornost na zunanje dogajanje	-0,054	0,827
Strateško razmišljanje in načrtovanje	-0,15	0,539
Vodenje sprememb	-0,187	0,444

Legenda: r= Spearmanov koeficient korelacije, p= statistična značilnost pri 0,05 ali manj

Iz rezultatov tabele 4 lahko razberemo, da je večina korelacij med stališči vodij fizioterapije do pomembnosti vodstvenih kompetenc za uspešno opravljanje dela ter leti izkušenj na delovnem mestu vodje fizioterapije, negativnih z izjemo vodstvenih kompetenc samoodgovornost in samovodenje, medosebne kompetence, vzpostavljanje medosebnih odnosov, vodenje in coaching, prilagodljivost in odpornost ter reševanje problemov. Prav tako rezultati kažejo, da je večina korelacij statistično nepomembnih, pri čemer smo upoštevali mejo $p < 0,05$. Najvišje ter statistično pomembne korelacije so se pokazale le med leti izkušenj na vodstvenem mestu ter vodstvenima kompetencama obvladovanje konfliktov ($r = -0,5$, $p = 0,026$) in ustvarjalno razmišljanje ($r = -0,457$, $p = 0,049$). Najnižje korelacije smo zasledili pri vodstvenih kompetencah samoodgovornost in samovodenje ($r = 0,012$, $p = 0,962$) ter reševanje problemov ($r = -0,021$, $p = 0,933$).

3.4.3 Povezanost med stališči vodij fizioterapije do potrebe po razvoju vodstvenih kompetenc za uspešno opravljanje dela in leti izkušenj na vodstvenem položaju

Podobno kot pri drugem smo tudi pri tretjem sklopu vprašanj pred računanjem korelacij najprej izračunali opisni statistiki povprečje ter standardni odklon ocen (stališč) potrebe po razvoju vodstvenih kompetenc, ki ju vsebuje tabela 5.

Tabela 5: Opisne statistike stališč do potrebe po razvoju vodstvenih kompetenc

Vodstvena kompetenca	n	PV	SO
Računalniška in osnovna pismenost	18	4,11	0,76
Konceptualno razmišljanje	18	4,28	0,83

Vodstvena kompetenca	n	PV	SO
Učenje in informiranje	18	4,39	0,85
Samoodgovornost in samovodenje	18	4,44	0,92
Medosebne kompetence	18	4,22	1
Tehnična kompetentnost	18	4	0,77
Uporaba virov	18	4,06	0,73
Sistemske razumevanje	18	4,22	0,65
Ustno sporazumevanje	18	4,28	0,89
Pisno sporazumevanje	18	4,06	0,8
Vzpostavljanje medosebnih odnosov	18	4,33	1,03
Vodenje in coaching	18	4,44	0,86
Prilagodljivost ter odpornost	18	4,28	1,02
Reševanje problemov	18	4,39	0,92
Odločnost	18	4,33	0,59
Samousmerjanje	18	4,22	0,65
Upravljanje virov	18	3,94	0,87
Raznolikost delovne sile	18	3,89	0,83
Obvladovanje konfliktov	18	4,33	1,03
Timsko delo in sodelovanje	18	4,56	0,92
Vplivanje in pogajanje	18	4,39	0,92
Upravljanje človeške uspešnosti	18	4,44	0,7
Načrtovanje in ovrednotenje	18	4,28	0,89
Osredotočenost na stranke/paciente	18	4,22	1
Nadzor upravljanja	18	4,22	0,81
Finančno upravljanje	18	4,06	0,64
Tehnološko upravljanje	18	4,06	0,87
Ustvarjalno razmišljanje	18	4,33	0,91
Vizija	18	4,22	1,06
Pozornost na zunanje dogajanje	18	3,94	0,64
Strateško razmišljanje in načrtovanje	18	4,17	0,79
Vodenje sprememb	18	4,17	0,92

Legenda: n= število, PV= povprečje, SO= standardni odklon

V tabeli 5 so povprečja in standardni odkloni ocen stališč vodij fizioterapije do potrebe po razvoju vodstvenih kompetenc (n = 18). Vsa povprečja so večja od 4, z izjemo vodstvenih kompetenc raznolikost delovne sile (PV = 3,89, SO = 0,83), upravljanje virov (PV = 3,94, SO = 0,87) in pozornost na zunanje dogajanje (PV = 3,94, SO = 0,94). Iz vidika potrebe po razvoju vodstvenih kompetenc so udeleženci raziskave najvišje ocenili vodstveno kompetenco timsko delo in sodelovanje (PV = 4,56, SO = 0,92), sledijo pa

tudi visoko ocenjene vodenje in coaching (PV = 4,44, SO = 0,86), upravljanje človeške uspešnosti (PV = 4,44, SO = 0,7) in samoodgovornost in samovodenje (PV = 4,44, SO = 0,92).

Z namenom preverjanja normalnosti porazdelitve smo ponovno izračunali Shapiro-Wilkov test normalnosti, ki je pri vseh kompetencah pokazal $p < 0,05$, kar pomeni nenormalno distribucijo podatkov. Izhajajoč iz tega smo se zato ponovno odločili za uporabo Spearmanovega korelacijskega koeficienta, vrednosti katerega vključno s statistično značilnostjo se nahajajo v tabeli 6.

Tabela 6: Korelacije med stališči vodij fizioterapije do potrebe po razvoju vodstvenih kompetenc ter leti izkušenj na vodstvenem mestu

Vodstvena kompetenca	r	p
Računalniška in osnovna pismenost	-0,277	0,266
Konceptualno razmišljanje	-0,192	0,445
Učenje in informiranje	-0,395	0,105
Samoodgovornost in samovodenje	-0,354	0,149
Medosebne kompetence	-0,133	0,599
Tehnična kompetentnost	-0,325	0,188
Uporaba virov	-0,304	0,219
Sistemske razumevanje	-0,463	0,053
Ustno sporazumevanje	-0,089	0,727
Pisno sporazumevanje	-0,309	0,212
Vzpostavljanje medosebnih odnosov	-0,393	0,106
Vodenje in coaching	-0,296	0,233
Prilagodljivost in odpornost	-0,25	0,317
Reševanje problemov	-0,552	0,017
Odločnost	-0,334	0,175
Samo-usmerjanje	-0,164	0,517
Upravljanje virov	-0,318	0,198
Raznolikost delovne sile	-0,255	0,307
Obvladovanje konfliktov	-0,224	0,373
Timsko delo in sodelovanje	-0,476	0,046
Vplivanje in pogajanje	-0,392	0,108
Upravljanje človeške uspešnosti	-0,327	0,185
Načrtovanje in ovrednotenje	-0,387	0,113
Osredotočenost na stranke/paciente	-0,21	0,404
Nadzor upravljanja	-0,083	0,744

Vodstvena kompetenca	r	p
Finančno upravljanje	-0,185	0,462
Tehnološko upravljanje	-0,346	0,16
Ustvarjalno razmišljanje	-0,5	0,035
Vizija	-0,121	0,633
Pozornost na zunanje dogajanje	-0,199	0,429
Strateško razmišljanje in načrtovanje	-0,28	0,261
Vodenje sprememb	-0,286	0,251

Legenda: r= Spearmanov koeficient korelacije, p= statistična značilnost pri 0,05 ali manj

Tabela 6 vsebuje korelacije ter statistično značilnost korelacij med leti izkušenj na vodstvenem mestu ter stališči do potrebe po razvoju vodstvenih kompetenc. Vse korelacije so negativne, (najvišje) ter statistično značilne ($p < 0,05$) pa so le korelacije let izkušenj ter posamičnih vodstvenih kompetenc timsko delo in sodelovanje ($r = -0,476$, $p = 0,046$) in ustvarjalno razmišljanje ($r = -0,5$, $p = 0,035$) ter reševanje problemov ($r = -0,552$, $p = 0,017$).

3.5 RAZPRAVA

V diplomskem delu smo raziskali stališča vodij fizioterapevtov do vodstvenih kompetenc v Sloveniji. Osredotočili smo se na raziskovanje demografskih značilnosti in razlik med vodji fizioterapevtov v javnih zdravstvenih in izobraževalnih ustanovah v Sloveniji ter ugotavljanje povezave med stališči vodij fizioterapevtov do pomembnosti vodstvenih kompetenc za uspešno opravljanje dela in leti izkušenj na vodstvenem položaju ter povezave med stališči vodij fizioterapevtov do potrebe po lastnem razvoju vodstvenih kompetenc in leti izkušenj na vodstvenem položaju.

Raziskava je pokazala demografske značilnosti vodij fizioterapije, vendar ne razlik med njihovimi posameznimi skupinami (denimo med vodji, zaposlenimi v različnih ustanovah, ter tistimi z vodstvene izobrazbe ali brez nje) glede na razne demografske spremenljivke (starost, leta izkušenj na vodstvenem delovnem mestu in število podrejenih), kar lahko razložimo bodisi s premajhnim vzorcem bodisi homogenostjo enot vzorca.

Z izvedeno raziskavo smo ugotovili, da so vsi vodje fizioterapevtov, ki so sodelovali v raziskavi ženskega spola. To dejstvo nas je kljub zavedanju, da poklic fizioterapevta v Sloveniji opravljajo v večinski meri ženske, vseeno presenetil. Rezultati tako odpirajo prostor za razumevanje položaja ženskega vodstva v javnih zdravstvenih ustanovah v Sloveniji. Po besedah Margelí, et al. (2024) in Mousa, et al. (2021) so ženske na vodstvenih položajih v splošni družbi in tako tudi v zdravstvu namreč še vedno v manjšini. Medtem ko je prisotnost žensk na vodilnih položajih fizioterapije spodbudna in se sklada tudi z ugotovitvami McGowana in Stokes (2016), se njihova zastopanost zmanjša v bolj zahtevnih delovnih okoljih. V raziskavi v večjih bolnišnicah z visoko upravno kompleksnostjo na področju Španije so Margelí, et al. (2024) ugotovili, da manj kot polovica žensk zaseda vodilni položaj, kar kaže na manjšo zastopanost žensk na zahtevnejših pozicijah v bolnišnicah. V primerjavi z prejšnjimi študijami so rezultati glede sprejemanja ženskega vodstva izboljšani, kar se kaže v pozitivnem trendu v smeri enakosti spolov. Podobno so zaključili Kalaitzi, et al. (2019) v primerjalni študiji, ki je potekala v Grčiji in Malti. Osredotočali so se predvsem na preučevanje ovir, s katerimi se soočajo ženske na vodilnih položajih v zdravstvu, skozi prizmo sociokulturnih značilnosti. Podobno ugotavlja Sebelski (2017), da v Združenih državah Amerike fizioterapevtke premalo zasedajo vodilne položaje, tako v zdravstvu kot v izobraževalnih ustanovah. Raziskava je pokazala na neskladje med številom žensk v poklicu fizioterapevta in njihovim zastopanjem na vodilnih položajih.

V okviru prvega raziskovalnega vprašanja smo ugotovili tudi, da ima formalno izobrazbo s področja vodenja manj kot tretjina sodelujočih vodij fizioterapevtov, kar je bilo v določeni meri pričakovano, vendar se vseeno s tem ne smemo zadovoljiti. Middleton, et al. (2021) so namreč v raziskavi na vzorcu Avstralskih zdravstvenih delavcev ugotovili pomemben vpliv in prenos znanja v prakso iz vidika podiplomskega izobraževanja na področju vodenja v zdravstvu. Middleton, et al. (2021) in Sonnino (2016) so ugotovili, da formalno usposabljanje iz področja vodenja izboljšuje veščine in znanje vodij ter ima pozitiven vpliv na udeležence, ki so poročali o povečani samozavesti, boljšem razumevanju organizacije, ter medosebnih odnosov in izboljšanju timskega dela. Avtorji navajajo, da so udeleženci pridobljene veščine in vedenja uspešno prenesli v zdravstveno okolje. Sonnino (2016) dodaja, da so udeleženci programa Izvršnega vodenja v

akademski medicini (angl. Executive Leadership in Academic Medicine) hitreje napredovali na višje akademske vodstvene položaje v primerjavi s svojimi vrstniki ter poročali, kar lahko nakazuje na prepoznavo napredka v kompetentnosti iz strani nadrejenih. V Sloveniji je mogoče pridobiti formalno izobrazbo s področja vodenja in menedžmenta v zdravstvu na različnih stopnjah izobraževanja, od dodiplomskih do podiplomskih programov. Poleg teh programov ponujajo nekatere fakultete in visokošolski zavodi v Sloveniji tudi različne programe različnih obsegov in dolžin, tečaje in seminarje na temo vodenja in menedžmenta v zdravstvu, ki so lahko koristni za dodatno izpopolnjevanje in specializacijo. Magistrske programe s področja vodenja ponujajo Ekonomska fakulteta Univerze v Ljubljani (program Management in ekonomika v zdravstvenem varstvu), Fakulteta za organizacijske vede (program Management v zdravstvu in socialnem varstvu), ter Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin (program Management zdravstvenih organizacij). Podatki kažejo torej na obstoj nekaterih programov, ki lahko pomembno prispevajo k razvoju vodstvenih kompetenc vodij v zdravstvenem sistemu pri nas.

Povprečna starost sodelujočih v naši raziskavi je 47 let, kar lahko razložimo s tem, da vodstvene pozicije v zdravstvu in fizioterapiji zavzemajo strokovnjaki z več leti kliničnih izkušenj, ki že imajo nek sloves in so nekaj dosegli. Günzel-Jensen, et al. (2016) so na podlagi raziskave ene izmed največjih skandinavskih bolnišnic ugotovili povprečno starost vodij 44 let, kar se sklada z našo ugotovitvijo. Podobno so ugotovili Chan, et al. (2014). Avtorji Spisak, et al. (2014) so izvedli tri raziskave (dve na Nizozemskem in eno v Singapurju), ki so pokazale, da ljudje raje izberejo mlajše voditelje v obdobjih, ko si želijo spremembe in nov pogled, medtem ko izberejo starejše voditelje v obdobjih, ko si želijo stabilnosti in odločnosti. Poleg tega so ugotovili, da so starejši voditelji bolj primerni za konzervativno razmišljanje, medtem ko so mlajši voditelji bolj primerni za raziskovanje in uveljavljanje sprememb. Njihove raziskave odpirajo vprašanja, kako lahko organizacije uporabijo starostne preference pri izbiri vodij za specifične naloge in situacije. Glede na ugotovitve številnih avtorjev, da se v zdravstvenem sistemu pojavljajo potrebe po transformativnih spremembah kot odziv na sodobne zdravstvene izzive (Page, 2010; Kovačič & Rus, 2015; Thornton, 2016; Martinčič & Biloslavo, 2017) lahko z določeno gotovostjo sklepamo o primernosti mlajšega vodstvenega kadra v fizioterapiji

pri uvajanju kreativnih ukrepov, vendar se je ob tem potrebno zavedati tudi pomena let izkušenj na vodstvenem mestu, ki še zdaleč ni zanemarljiv dejavnik.

Število let izkušenj na vodstvenem delovnem mestu je v naši raziskavi v povprečju 8 let in pol, pri čemer se pojavljajo sicer precejšnja razpršenost vse od manj kot enega leta izkušenj pa vse do 25 let. Günzel-Jensen, et al. (2016) so v svoji raziskavi zasledili podobno povprečno število izkušenj zaposlenih na delovnem mestu vodij, v skandinavskih bolnišnicah, kar se sklada z našimi ugotovitvami. Po drugi strani pa so Chan, et al. (2014) ugotovili, da je imela večina kanadskih vodij fizioterapije ($n = 74$) v njihovi raziskavi večje število let izkušenj na delovnem mestu od 12 let, kar kaže na specifičnost demografskega profila slovenskih vodij fizioterapije in nakazuje na različne, nestandardizirane prakse, razvojne poti sprejemanja vodstvene vloge, prehoda med klinično ter vodstveno vlogo.

Drugi del naše raziskave, vezan na drugo raziskovalno vprašanje, je predstavljal ugotavljanje povezave med stališči vodij fizioterapevtov do pomembnosti vodstvenih kompetenc za uspešno opravljanje dela in leti izkušenj na vodstvenem položaju. Pri pomembnosti posameznih vodstvenih kompetenc so sodelujoči v raziskavi v povprečju najvišje ocenili vodenje in coaching, ki so jo v Vprašalniku vodstvenih kompetenc Joon Yoon, et al. (2010) opredelili kot vedenja povezana z vzornostjo vodje, situacijsko prilagajanjem vodstvenih stilov, motiviranjem vodje in usmerjanjem. Smith, et al. (2022) so na vzorcu vodij fizioterapije v okviru kvalitativne raziskave ugotovile, da vodje fizioterapije pogosto nihajo med transformativnim ter transakcijskih vodstvenim stilom, kar se sicer sklada s potrebo po prilagajanju vodstvenega stila specifičnim situacijam, vendar je zaradi enakopravne narave mnogo bolj primeren transformativni stil vodenja iz vidika motiviranja zaposlenih ter vplivanja nanje s pomočjo modelnega učenja. Udeleženci naše raziskave so prav tako visoko vrednotili vodstveno kompetenco timsko delo in sodelovanje, kar se sklada tako s percepcijo vodij fizioterapevtov kot pomembnih članov tako interprofesionalnih timov ter motivatorjev timskega sodelovanja pri prenosu znanja in spopadanja z izzivi (Sebelski, et al., 2020) . Visoko vrednotenje ustnega sporazumevanja iz strani udeležencev v naši raziskavi, vodstvene kompetence, ki se pomembno prekriva ter povezuje s konceptom komunikacije, se sklada s spoznanji

številnih avtorjev, ki so ugotovili, da vodje fizioterapije ter fizioterapevti na splošno zaznavajo visoko pomembnost vodstvene kompetence komunikacije za učinkovito opravljanje lastnega dela, tako v odnosih s sodelavci kot tudi pacienti (Desveaux & Verrier, 2014; McGowan & Stokes, 2016; Green-Wilson, et al., 2022). Poleg tega so v pričujoči raziskavi vodje fizioterapije po pomembnosti za učinkovito opravljanje lastnega dela vrednotile tudi vodstveno kompetenco Osredotočenost na stranke, kar se sklada z obstoječimi raziskavami. Desveaux in Verrier (2014) sta denimo podobno ugotovila, da kanadske vodje fizioterapije zelo visoko vrednotijo vodstveno kompetenco profesionalnost, ki se kaže v izvajanju in spodbujanju kredibilnih, veljavnih in na dokazih utemeljenih fizioterapevtskih praks. Jasna posledica takšne drže je večje zaupanje in zadovoljstvo pacientov ob koncu zdravljenja. V rezultatih pa je razvidno tudi visoko vrednotenje vodstvene kompetence, imenovane samoodgovornost in samovodenje, ki se v vprašalniku nanaša na izkazovanje odgovornosti, samozavesti, čustvene regulacije, integritete in poštenosti. Visoko vrednotenje kompetence je konsistentno z drugimi avtorji. McGowan in Stokes (2015) na tem mestu denimo poudarjata, da je ena izmed ključnih sposobnosti vodje fizioterapevtov, povezanih z učinkovitim vodenjem čustvena inteligentnost, ki se povezuje s čustveno regulacijo, samozavestjo ter vsemi lastnostmi, ki spadajo pod vodstveno kompetenco samoodgovornost in samovodenje. Omogoča namreč dobro prepoznavanje lastnih ter tujih čustvenih stanj, uspešno manevriranje med le-temi ter tvorbo optimalnega odziva v določeni situaciji. Vodstvena vloga prinaša tudi precej stresnih dejavnikov, zato je pomembno, da se vodje fizioterapije znajo čustveno regulirati, da lahko učinkovito opravljajo svoje delo.

V naši raziskavi smo ugotovili, da je povezanost med leti izkušenj na delovnem mestu vodje fizioterapije ter stališči do pomembnosti vodstvenih kompetenc za učinkovito opravljanje svojega dela povečini negativna, kar pomeni, da so vodje fizioterapije z več leti izkušenj večino vodstvenih kompetenc ocenjevale kot manj pomembne za uspešno opravljanje dela. Izsledki so nekoliko neskladni s splošnimi spoznanji iz literature. Day, et al. (2014) namreč po obsežnem pregledu literature namreč ugotavljajo, da izkušnost, ki se jo večinsko pripisuje kilometrinam na vodstvenem delovnem mestu, sicer predstavlja pomemben dejavnik pri nižji zaznavi pomembnosti vodstvenih kompetenc za delo, vendar ni edini napovednik le-tega, temveč tudi osebne lastnosti, povratna

informacija iz strani nadrejenih itd. Avtorji sicer razlagajo, da je mogoče zaznavanje manjše pomembnosti določenih vodstvenih kompetenc pripisati procesu internalizacije, avtomatizacije ter razvoju domensko specifičnih vodstvenih kompetenc, kar se na ravni stališč kaže v manjšem zavedanju pomena določenih kompetenc. S procesom avtomatizacije dela bi bilo morda mogoče razložiti statistično pomembno negativno korelacijo let izkušenj ter vodstveno kompetenco vezano na kompetenco ustvarjalno razmišljanje v naši raziskavi, ki je potencialno manj potrebna zaradi ustaljenega dela. Nekoliko nerazumljivo pa se nam zdi spoznanje o statistično značilnih negativni korelaciji med leti izkušenj vodstveno kompetenco obvladovanje konfliktov, ki so jo Joon Yoon, et al. (2010) v uporabljenem vprašalniku opredelili kot stremljenje k konstruktivnemu reševanju konfliktov. Tschoepe, et al. (2021) namreč menijo, da je obvladovanje konfliktov kot netehnične, mehke veščine brezčasnega pomena za vodje fizioterapije, ne glede na leta izkušenj. Ugotovitev lahko sicer delno razložimo bodisi s potencialnimi razlikami v prisotnosti konfliktov v delavnih okoljih vodij fizioterapije z več ter manj vodstvenimi izkušnjami, vendar za to nimamo zanesljivega podatka, gre bolj za presojo možnosti. V rezultatih je mogoče zaslediti tudi najnižje korelacije med leti izkušenj ter pomembnostjo vodstvenih kompetenc, in sicer pri vodstvenih kompetencah samoodgovornost in samovodenje ter reševanje problemov, kar očitno kaže na dva vidika vodenja, ki se razvijata in ostajata pomembna skozi celo kariero (McGowan & Stokes, 2015).

Tretji del raziskave, ki se navezuje na naše tretje raziskovalno vprašanje, je predstavljal ugotavljanje povezave med stališči vodij fizioterapevtov do potrebe po lastnem razvoju vodstvenih kompetenc in leti izkušenj na vodstvenem položaju. Rezultati kažejo, da so slovenske vodje fizioterapije glede potrebe po razvoju najvišje ocenili vodstvene kompetence timsko delo in sodelovanje, samoodgovornost in samovodenje, upravljanje človeške uspešnosti ter vodenje in coaching, kar nakazuje na zavedanje možnosti za napredek tako iz vidika upravljanja podrejenih kot razvoja mehkih veščin za spoprijemanje z izzivi, ne glede na leta izkušenj, kar se sklada z ugotovitvami avtorjev Lorber in Skela Savič (2011), ki sta izvedla raziskavo na vzorcu vodij iz področja zdravstvene nege. Pri izračunu korelacij smo ugotovili, da se leta izkušenj na vodstvenem mestu negativno povezuje s stališči do potrebe za razvoj posameznih vodstvenih

kompetenc, kar lahko interpretiramo kot večjo splošno potrebo po razvoju vodstvenih kompetenc iz strani manj izkušenih posameznikov, in obratno, manjšo splošno potrebo po razvoju vodstvenih kompetenc iz strani bolj izkušenih posameznikov, z daljšim stažem na vodstveni poziciji, kar je pričakovana ugotovitev. V naši raziskavi so se pokazale statistično pomembne korelacije med stališči vodij fizioterapije do potrebe po razvoju vodstvenih kompetenc ter leti izkušenj na vodstvenem mestu pri vodstvenih kompetencah reševanje problemov, ustvarjalnem razmišljanju ter pri timskem delu in sodelovanju. Ob vstopu v vodstveno vlogo so lahko posamezniki bolj negotovi glede upravljanja ljudi ter kreativnega spopadanja z izzivi, zato lahko zaznavajo večjo potrebo po razvoju teh vodstvenih kompetenc, kot sta podobno ugotovila tudi Boršnak in Sitar (2021). Negativne korelacije lahko razložimo s pojmom splošne ter vodstvene samoučinkovitosti, saj je verjetno, da bolj izkušeni ljudje čutijo manjšo potrebo po razvoju posameznih vodstvenih kompetenc, bodisi zaradi prepričanja o lastni usposobljenosti bodisi zaradi dejanske razvitosti vodstvenih kompetenc. Samoučinkovitost je namreč prepričanje, da lahko neko nalogo dobro in učinkovito opravimo in se razvija z izkušnjami in z izpostavljenostjo izkušnjam, kar se povezuje z merjeno spremenljivko leta izkušenj. Sebelski (2017) natančneje razlaga vodstveno samoučinkovitost kot posameznikovo zaupanje v svojo sposobnost vodenja drugih ali želeni potek dejanj za doseg določenih rezultatov. Razlage se dopolnjujejo z raziskavo McGowan, et al. (2017), ki ugotavljajo, da se je pokazal statistično pomemben pozitiven trend pri samo-zaznavi vodstvene učinkovitosti ter leti izkušenj, kar pomeni, da so leta izkušenj pomembni dejavnik samo-zaznave vodstvene kompetentnosti. Vodje z večjo količino izkušenj na delovnem mestu naj bi tako menili, da se boljše znajdejo v navedeni vlogi kot tisti z manj izkušnjami. Sebelski (2017) na podlagi raziskave na fizioterapevtih ugotavlja, da bodo posamezniki z visoko stopnjo samozaupanja v vodenje bolj verjetno prevzeli vodstvene naloge in vztrajali pri njih, medtem ko bodo tisti z nizko samozavestjo te naloge raje izogibali ali hitreje opustili. V raziskavi Solansky (2014), ki je raziskovala študente menedžmenta na temo psihološkega opolnomočenja in ocene vrednosti vodstvenega izobraževanja je ugotovila statistično pomembno pozitivno korelacijo med oceno vrednosti izobraževanja iz vodstvenega področja in psihološkega opolnomočenja, ki se povezuje tudi s samoučinkovitostjo. To pomeni, da sta za razvoj vodstvenih sposobnosti zelo pomembna spodbuda in izobraževanja iz tega področja, sploh iz strani vodstva, kar lahko predstavlja problem kot

sta ugotovili Skela Savič in Robida (2013). Navkljub splošno ugotovljeni manjši potrebi po razvoju vodstvenih kompetenc iz strani bolj izkušenih vodij fizioterapije v okviru naše raziskave, pa ne smemo pozabiti na vseživljenjsko učenje, saj sta Machida in Schaubroeck (2011) v raziskavi zasledila, da lahko pretirano zaupanje v lastne vodstvene sposobnosti vodi v samozadovoljstvo in nizko zanimanje za aktivnosti razvoja vodstvenih veščin.

3.5.1 Omejitve raziskave

Tekom raziskave smo zasledili nekaj omejitev. V vzorec smo zaradi neodzivnosti zajeli manjše število udeležencev od pričakovanega, zaradi česar so ugotovitve težje posplošljive na izbrano populacijo. Poleg tega pa smo morali po raziskovalnem protokolu najprej pozvati direktorje ustanov za dovoljenje k sodelovanju vodij fizioterapije v naši raziskavi, kar je zbiranje podatkov upočasnilo in posledično zaradi delovne preobremenjenosti velikokrat vprašalnik sploh ni prišel do vodij fizioterapije, kljub morebitnemu pozitivnemu odzivu direktorjev za sodelovanje v naši raziskavi.

Druga omejitev je zagotovo prevod in priredba vprašalnika iz angleškega v slovenski jezik, kar smo izvedli sami. To pa pomeni, da smo za namene izvedbe naše raziskave uporabili v slovenščini nevalidiran vprašalnik.

Tretja omejitev pričujoče raziskave je tudi narava korelacijskih analiz, ki ne omogočajo vzročno-posledičnega sklepanja, temveč le prepoznavanje višine ter smeri (pozitivno/negativno) povezanosti v smislu bodisi premo- bodisi obratno sorazmernega odnosa med spremenljivkami.

Četrta omejitev se nanaša na uporabo nekaterih virov, starejših od desetih let, kar lahko vpliva na nepopolni oris raziskovalnega področja, sploh na slovenskem področju.

3.5.2 Doprinos za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo

Raziskava, ki smo jo izvedli v okviru diplomskega dela je tako imenovano pionirsko delo, saj je prva v Sloveniji, ki je preučevala stališča slovenskih vodij fizioterapevtov do pomena ter potrebe po razvoju vodstvenih kompetenc. Zaradi tega bo pomembno prispevala k razvoju še ne raziskanega, vendar zelo pomembnega področja v fizioterapiji, ki lahko vpliva na pomembnost, prepoznavnost in izboljšanje položaja fizioterapije v Sloveniji. Razprava ponuja demografski profil vodij fizioterapije ter stališče glede bistvenih vodstvenih kompetenc za učinkovito, uspešno delo vodij fizioterapije, kar lahko koristi pri oblikovanju jasnih, sistemsko urejenih tako izobraževalnih kot tudi podpornih programov v zdravstvenem ter izobraževalnem sistemu iz področja vodenja v fizioterapiji.

V prihodnosti bi bilo smiselno v raziskavo zajeti še več vodij fizioterapije, primerjati slovenske podatke z evropskimi v morebitni metodološko enotni vseevropski raziskavi, preučiti možne razlike v zaznavi lastne vodstvene kompetentnosti iz vidika formalne izobraženosti iz področja vodenja, let izkušenj, osebnostnih lastnosti ter vseh ostalih dejavnikov, ki bi lahko vplivali na zaznavo vodstvene samoučinkovitosti.

4 ZAKLJUČEK

Svetovno zdravstvo se sooča s številnimi izzivi in se mora odzvati usklajeno, preko močnih in zanesljivih figur. Vodje fizioterapevtov so pomembni deli zdravstvenega strukturnega ustroja, ne le zaradi zastopanja ekspertne pozicije stroke, temveč tudi splošne možnosti vplivanja, oblikovanja dobrih praks in zagotavljanja kvalitetne obravnave v interdisciplinarnih timih. Kompetenčni profil vodij za slovenske vodje fizioterapevtov je torej zelo pomemben, v osrčju tega preko merjenja stališč do le-tega in ugotavljanje pomena izkušenosti vodij. V Sloveniji namreč še ni bilo narejene nobene raziskave, ki bi preučila demografske značilnosti fizioterapevtov na vodstvenih položajih in njihova stališča do pomembnosti in potrebe po lastnem razvoju vodstvenih kompetenc v javnem zdravstvenem sistemu in izobraževanih ustanovah za fizioterapevte. Na podlagi zbranih podatkov o demografskih značilnostih fizioterapevtov smo ugotovili, da so vse vodje fizioterapevtov iz našega vzorca ženske. Povprečna starost je 47 let in imajo za seboj kar nekaj let izkušenj iz vodenja. Formalno izobrazbo s področja vodenja in menedžmenta pa ima skoraj tretjina našega vzorca, kar ni najbolj zadovoljivo, saj številne raziskave pričajo o pomembnosti izobraževanja za kvalitetno in učinkovito vodenje. Pri pomembnosti posameznih vodstvenih kompetenc so sodelujoči v naši raziskavi v povprečju najvišje ocenili vodenje in coaching, timsko delo in sodelovanje, samoodgovornost in samovodenje, ustno sporazumevanje ter osredotočenost na paciente. Najvišje so glede potrebe po lastnem razvoju ocenili vodstvene kompetence timskega dela in sodelovanja, samoodgovornosti in samovodenja, upravljanja človeške uspešnosti ter vodenje in coaching. Vse dobljene korelacije med leti izkušenj, ter stališči vodij fizioterapevtov do potrebe po lastnem razvoju vodstvenih kompetenc pa so bile negativne oziroma obratno sorazmerne, kar pomeni, da tisti, z več leti izkušenj, zaznavajo manjšo potrebo po razvoju posamezne vodstvene kompetence.

Na osnovi rezultatov bi bilo mogoče oblikovati natančnejša izhodišča za izobraževanje študentov in strokovnjakov, opredeliti ukrepe za dodatno podporo vodij fizioterapevtov, poleg tega pa povečati pomen fizioterapije v javnem zdravstvenem in izobraževalnem sistemu. Raziskava, ki smo jo izvedli v okviru diplomskega dela je prva v Sloveniji, ki je preučevala stališča slovenskih vodij fizioterapevtov do pomena ter potrebe po razvoju

vodstvenih kompetenc in bo s tem lahko pomembno prispevala k razvoju še ne raziskanega, vendar zelo pomembnega področja. S tem smo na nek način odprli vrata dodatnemu raziskovanju vodenja v fizioterapiji ter okrepili zavedanje izredne pomembnosti vidika za učinkovito delo posameznih fizioterapevtskih oddelkov, krepitev razvoja ustreznih fizioterapevtskih postopkov in na dokazih utemeljenih praks. Raziskava ponuja demografski profil vodij fizioterapije ter stališče glede bistvenih vodstvenih kompetenc za učinkovito, uspešno delo vodij fizioterapije, kar lahko koristi pri oblikovanju jasnih, sistemsko urejenih izobraževalnih ter podpornih programov v zdravstvenem ter izobraževalnem sistemu iz področja vodenja.

Glede prihodnjih raziskav predlagamo povečanje velikosti vzorca, torej zajeti več vodij fizioterapije na nacionalni ter tudi mednarodni ravni, preučiti ne le vpliv formalne izobrazbe na samoučinkovitost, objektivno kakovost vodenja, temveč tudi vpliv let izkušenj, osebnostnih lastnosti ter vseh ostalih dejavnikov, ki bi lahko vplivali na zaznavo vodstvene samoučinkovitosti. Predlagamo tudi, da se raziskovalni interes usmeri v preučevanje razlik med vodjami iz različnih kliničnih okolij, velikost institucij ter primerjavo vodstvenih kompetenc vodij fizioterapije iz javnih ter zasebnih fizioterapevtskih praks.

5 LITERATURA

Bartram, D., 2005. The great eight competencies: A criterion-centric approach to validation. *Journal of Applied Psychology*, 90(6), pp. 1185-1203. 10.1037/0021-9010.90.6.1185.

Boršnak, T. & Sitar, A.S, 2021. Izzivi vodenja v zdravstvu: ugotovitve raziskave na podlagi teorije izmenjave vodja-sledilec. *Izzivi managementu*, 13(1), pp. 4-14.

Boyatzis, R.E., 2008. Competencies in the 21st century. *Journal of Management Development*, 27(1), pp. 5-12. 10.1108/02621710810840730.

Chartered society of physiotherapy, 2020. *Physiotherapy framework: Putting physiotherapy behaviours, values, knowledge & skills into practice*. [pdf] Chartered society of physiotherapy. Available at: https://www.csp.org.uk/system/files/documents/202310/csp_physiotherapy_framework_0.pdf [Accessed 12 July 2024].

Chan, Z., Bruxer, A., Lee, J., Sims, K., Wainwright, M., Brooks, D. & Desveaux, L., 2014. What Makes a Leader: Identifying the strengths of Canadian physical therapists. *Physiotherapy Canada*, 67(4), pp. 341-348. 10.3138/ptc.2014-48.

Day, D.V., Fleenor, J.W., Atwater, L.E., Sturm, R.E. & McKee, R.A., 2014. Advances in leader and leadership development: A review of 25 years of research and theory. *The Leadership Quarterly*, 25(1), pp. 63-82. 10.1016/j.leaqua.2013.11.004.

Desveaux, L. & Verrier, M.C., 2014. Physical therapists' perceptions of leadership across the health care continuum: A brief report. *Physiotherapy Canada*, 66(2), pp. 119-123. 10.3138/ptc.2013-02.

Green-Wilson, J., Clark, D., Tschoepe, B., Zeigler, S.L. & Sebelski, C.A., 2022. Exploring the concept of leadership from the perspective of physical therapists in the United States. *Physiotherapy Canada*, 74(1), pp. 54-63. 10.3138/ptc-2020-0074.

Günzel-Jensen, F., Jain, A.K. & Kjeldsen, A.M., 2016. Distributed leadership in health care: The role of formal leadership styles and organizational efficacy. *Leadership*, 14(1), pp. 110-133. 10.1177/1742715016646441.

International Hospital Federation, 2015. *Leadership competencies for healthcare services managers*. [pdf] International Hospital Federation. Available at: https://www.ache.org/-/media/ache/about-ache/leadership_competencies_healthcare_services_managers.pdf [Accessed 12 July 2024].

Joon Yoon, H., Hoon Song, J., Donahue, W.E. & Woodley, K.K., 2010. Leadership competency inventory: A systematic process of developing and validating a leadership competency scale. *Journal of Leadership Studies*, 4(3), pp. 39-50. 10.1002/jls.20176.

Kovačič, H. & Rus, A., 2015. Leadership competences in Slovenian health care / Vodstvene kompetence v slovenskem zdravstvu. *Zdravstveno varstvo*, 54(1), pp. 11-17. 10.1515/sjph-2015-0002.

Kalaitzi, S., Czabanowska, K., Azzopardi-Muscat, N., Cuschieri, L., Petelos, E., Papadakaki, M. & Babich, S., 2019. Women, healthcare leadership and societal culture: A qualitative study. *Journal of Healthcare Leadership*, 11(2), pp. 61-62. 10.2147/jhl.s212583.

Lorber, M. & Skela Savič, B., 2011. Perceptions of managerial competencies, style, and characteristics among professionals in nursing. *Croatian Medical Journal*, 52(2), pp. 198-204. 10.3325/cmj.2011.52.198.

Kohont, A., 2005. Razvrščanje kompetenc. In: M.S. Pezdirc, ed. *Kompetence v kadrovske praksi*. Ljubljana: GV Izobraževanje, pp. 31-48.

Martinčič, R. & Biloslavo, R., 2017. *Vodenje sprememb v zdravstvenih organizacijah*. Koper: Založba Univerze na Primorskem.

Majcen, M., 2009. *Management kompetenc*. Ljubljana: GV Založba.

McGowan, E. & Stokes, E., 2015. Leadership in the profession of physical therapy. *Physical Therapy Reviews*, 20(2), pp. 122-131. 10.1179/1743288X15Y.0000000007.

McGowan, E. & Stokes, E., 2016. Leadership and leadership development within the profession of physiotherapy in Ireland. *Physiotherapy Theory and Practice*, 33(1), pp. 62-71. 10.1080/09593985.2016.1230659.

McGowan, E., Walsh, C. & Stokes, E., 2017. Physiotherapy managers' perceptions of their leadership effectiveness: A multi-frame analysis. *Physiotherapy*, 103(3), pp. 289-295. 10.1016/j.physio.2016.07.001.

McGowan, E., Elliott, N. & Stokes, E., 2018. Leadership capabilities of physiotherapy leaders in Ireland: Part 1 physiotherapy managers. *Physiotherapy Theory and Practice*, 35(11), pp. 1027-1043. 10.1080/09593985.2018.1469178.

Machida, M. & Schaubroeck, J., 2011. The role of self-efficacy beliefs in leader development. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 18(4), pp. 459-468. 10.1177/1548051811404419.

Margelí, M.F., Sánchez, A. G., Andrade-Gómez, E., Suarez-Serrano, C. & Marcén-Román, Y., 2024. Leadership and gender perspective in hospital physiotherapy units. *Scientific reports*, 14(1), pp. 3-11. 10.1038/s41598-024-60820-1.

Middleton, R., Jones, K. & Martin, M., 2021. The impact and translation of Postgraduate Leadership Education on practice in Healthcare. *Collegian*, 28(1), pp. 89-96. 10.1016/j.colegn.2020.01.002.

Mousa, M., Boyle, J., Skouteris, H., Mullins, A.K., Currie, G., Riach, K. & Teede, H.J., 2021. Advancing Women in Healthcare Leadership: A systematic review and meta-synthesis of multi-sector evidence on organisational interventions. *EClinicalMedicine*, 14(3), pp. 1-11. 10.1016/j.eclinm.2021.101084.

National Health Service Leadership Academy, 2013. *The healthcare leadership model: The nine dimensions of leadership behaviour*. [pdf] National Health Service Leadership Academy. Available at: <https://www.leadershipacademy.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/10/NHSLeadership-LeadershipModel-colour.pdf> [Accessed 12 July 2024].

National Physiotherapy Advisory Group, 2017. *Competency profile for physiotherapists in Canada*. [pdf] National Physiotherapy Advisory Group. Available at: <https://www.collegept.org/rules-and-resources/physiotherapy-essential-competencies> [Accessed 12 July 2024].

National Center for Healthcare Leadership, 2018. *Health Leadership Competency Model 3.0™*. [pdf] National Center for Healthcare Leadership. Available at: https://www.steu.edu/documents/20182/72378/NCHL_Health_Leadership_Competency_Model.pdf [Accessed 12 July 2024].

Page, C.G., 2010. *Management in physical therapy practices*. Philadelphia: F.A. Davis.

Parker, G., Smith, T., Shea, C., Perreira, T. A. & Sriharan, A., 2022. Key healthcare leadership competencies: Perspectives from current healthcare leaders. *Healthcare Quarterly*, 25(1), pp. 49-56. 10.12927/hcq.2022.26806.

Sebelski, C.A., 2017. Perceptions of leader self-efficacy of physical therapists in the United States from academic and clinical environments. *European Journal of Physiotherapy*, 19(1), pp. 3-4. 10.1080/21679169.2017.1381309.

Sebelski, C.A., Green Wilson, J., Zeigler, S., Clark, D. & Tschoepe, B., 2020. Leadership competencies for physical therapists: A Delphi determination. *Journal of Physical Therapy Education*, 34(2), pp. 96-104. 10.1097/jte.0000000000000130.

Simonet, D.V. & Tett, R.P., 2012. Five perspectives on the leadership-management relationship. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 20(2), pp. 199-213. 10.1177/1548051812467205.

Skela Savič, B. & Robida, A., 2013. Capacity of middle management in health-care organizations for working with people-the case of Slovenian hospitals. *Human Resources for Health*, 11(1), pp. 11-18. 10.1186/1478-4491-11-18.

Smith, V., Maxwell, C. & Robinson, L., 2022. To dictate or collaborate? A phenomenological exploration of physiotherapists' leadership styles. *BMJ leader*, 6(3), pp. 206–211. 10.1136/leader-2020-000403.

Solansky, S., 2014. Education and experience impact leadership development psychological empowerment. *Leadership & Organization Development Journal*, 35(7), pp. 637-648. 10.1108/LODJ-07-2012-0091.

Sonnino, R.E., 2016. Health care leadership development and training: progress and pitfalls. *Journal of healthcare leadership*, 8(1), pp. 19-29. 10.2147/JHL.S68068.

Spisak, B.R., Grabo, A.E., Arvey, R.D. & van Vugt, M., 2014. The age of exploration and exploitation: Younger-looking leaders endorsed for change and older-looking leaders endorsed for stability. *The Leadership Quarterly*, 25(5), pp. 805-816. 10.1016/j.leaqua.2014.06.001.

Thornton, H.A., 2016. *Current thinking on Leadership and Physiotherapy Practice*. [pdf] Chartered society for physiotherapy. Available at: https://www.csp.org.uk/system/files/current_leadership_thinking_and_physiotherapy_practice.pdf [Accessed 12 July 2024].

Tschoepe, B., Clark, D., Zeigler, S., Green Wilson, J. & Sebelski, C., 2021. The need for a leadership competency framework for physical therapists: A perspective in action. *Journal of Physical Therapy Education*, 35(1), pp. 46-54. 10.1097/jte.000000000000164.

Van Diggele, C., Burgess, A., Roberts, C. & Mellis, C., 2020. Leadership in healthcare education. *BMC Medical Education*, 20(2), pp. 456-462. 10.1186/s12909-020-02288-x.

World Physiotherapy, 2021. *Physiotherapist education framework*. London, United Kindom: World Physiotherapy.

6 PRILOGE

6.1 MERSKI INSTRUMENT

1. Sklop: DEMOGRAFSKI PODATKI

Spol (označite):

- M
- Ž

Starost (s številko): _____

Najvišja dosežena stopnja izobrazbe/zaključen študijski program (označite):

- 6/1 (višješolski strokovni program do leta 1994)
- 6/2 (specializacija po višješolskem programu, visokošolski strokovni program (1. bolonjska stopnja))
- 7 (specializacija po visokošolskem strokovnem programu, univerzitetni program, magisterij stroke (za imenom) (2. bolonjska stopnja))
- 8/1 (specializacija po univerzitetnem programu, magisterij znanosti (pred imenom))
- 8/2 (doktorat znanosti)

Formalna izobrazba iz področja vodenja/menedžmenta/organizacije dela (označite):

- DA
- NE

Vrsta ustanove zaposlitve (označite):

- Zdravstveni dom
- Bolnišnica
- Klinike, klinični inštituti in medicinski oddelki znotraj Univerzitetnega kliničnega centra
- Zdravilišče
- Dom starejših občanov
- Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Soča
- Izobraževalna ustanova

Leta izkušenj na delovnem mestu vodje fizioterapevtov (s številko): _____

Število podrejenih (s številko): _____

2. Sklop: STALIŠČA DO POMEMBNOСТИ VODSTVENIH KOMPETENC ZA USPEŠNO OPRAVLJANJE DELA

Pred vami je seznam **32 vodstvenih kompetenc** (s tipičnimi vedenji, značilnostmi), ki jih na lestvici od 1 (zelo nepomembno) do 5 (zelo pomembno) **ocenite po pomembnosti za uspešno opravljanje dela.**

	1 (zelo nepomembno)	2 (nepomembno)	3 (niti pomembno, niti nepomembno)	4 (pomembno)	5 (zelo pomembno)
Računalniška in osnovna pismenost (spretno uporablja osebni računalnik; uči se nove programske opreme; učinkovito bere, piše in izvaja osnovne matematične operacije; govori in posluša z razumevanjem)					
Konceptualno razmišljanje (razmišlja ustvarjalno; uporablja sklepanje pri					

sprejemanju odločitev in reševanju težav)					
Učenje in informiranje (izkazuje sposobnost razvijanja novega znanja ter spretnosti; pridobiva in produktivno uporablja novo znanje)					
Samoodgovornost in samo-vodenje (kaže odgovornost, samozavest, čustveno regulacijo, integriteto in poštenost)					
Medosebne kompetence (je ustrezno družaben; učinkovito komunicira z ostalimi)					
Tehnična kompetentnost (se učinkovito rokuje s tehnologijami, ki jih zahteva delovno mesto)					
Uporaba virov (prepoznava, organizira, načrtuje in premešča vire)					
Sistemske razumevanje (razume kompleksne medosebne povezave in					

soodvisnosti med deli sistema)					
Ustno sporazumevanje (jasno in učinkovito ustno posreduje informacije posameznikom ter skupinam; posluša ostale)					
Pisno sporazumevanje (učinkovito se sporazumeva v pisni obliki, kritično analizira in razume informacije, ki jih napišejo ostali)					
Vzpostavljanje medosebnih odnosov (upošteva in se ustrezno odziva na potrebe, čustva, sposobnosti ostalih; išče ter posreduje uporabno povratno informacijo; gradi zaupanje z drugimi)					
Vodenje in coaching (predstavlja vzor ter spodbuja k vzdrževanju etičnega vedenja pri delu; prilagaja vodstvene stile situacijam in ljudem;					

motivira, usmerja druge in jih opolnomoči)					
Prilagodljivost ter odpornost (uspešno se prilagaja spremembam v delovnem okolju; učinkovito se spoprijema s stresom in negotovostjo)					
Reševanje problemov (prepozna in opredeli probleme; analizira ključne informacije; išče alternativne rešitve in načrtuje njihovo uresničevanje)					
Odločnost (lahko se hitro odziva in sprejema (težke) odločitve, ko je potrebno)					
Samo-usmerjanje (realistično ocenjuje svoje prednosti in slabosti; vlaga v lastni (osebni ter strokovni) razvoj; vztrajno dela za dosego cilja; učinkovito upravlja z lastnim časom)					
Upravljanje virov (zaveda se, kako					

izkoristi vire z namenom doseganja ciljev)					
Raznolikost delovne sile (priznava vrednost kulturnih, etničnih, spolnih in drugih individualnih razlik; zagotavlja možnosti zaposlovanja in razvoja raznolike delovne sile)					
Obvladovanje konfliktov (predvideva in stremi k reševanju konfliktov, pritožb in soočenj na konstruktiven način)					
Timsko delo in sodelovanje (prikazuje in spodbuja sodelovalnost, komunikacijo in pripravljenost na kompromis med podrejenimi)					
Vplivanje in pogajanje (redno informira podrejene; učinkovito uporablja pogajanje, prepričevanje in avtoriteto pri delu s podrejenimi ter nadrejenimi pri					

doseganju ciljev; krepi produktivne mreže odnosov)					
Upravljanje človeške uspešnosti (zagotavlja učinkovite postopke izbire ustreznih kandidatov za delo, razporeditev, razvoj in ocenjevanje uspešnosti zaposlenih; po potrebi uporablja sankcije in promovira kolegialnost; skrbi za zadovoljstvo podrejenih)					
Načrtovanje in ovrednotenje (oblikuje pravila, smernice, načrte ter prioritete; koordinira z ostalimi; nadzira napredek in ovrednoti rezultate; skuša izboljšati organizacijsko učinkovitost)					
Osredotočenost na stranke/paciente (dejavno si prizadeva za sodelovanje s strankami; skrbi za njihove potrebe; stremi k razvoju kvalitetne oskrbe)					

pacientov in novih pristopov)					
Nadzor upravljanja (zagotavlja celovitost organizacijskih procesov; promovira etične in učinkovite strokovne prakse)					
Finančno upravljanje (razume postopke oblikovanja proračuna; pripravlja in utemeljuje proračun; nadzira stroške; učinkovito uravnava razmerje med prihodki in odhodki)					
Tehnološko upravljanje (seznanja se z novimi tehnologijami ter jih uporablja za potrebe organizacije; zagotavlja usposobljenost osebja za uporabo novih tehnologij, potrebnih za delo)					
Ustvarjalno razmišljanje (razvija nova spoznanja in rešitve; sprejema inovacije in spodbuja					

inovativno razmišljanje ostalih)					
Vizija (ustvarja skupno vizijo v organizaciji)					
Pozornost na zunanje dogajanje (se seznanja z dogajanjem v političnem svetu, trendi, dobrimi praksami in te informacije vključuje v svoje odločitve; upošteva zunanje vplive odločitev, ukrepov)					
Strateško razmišljanje in načrtovanje (sodeluje pri strateškem načrtovanju z namenom doseganja ciljev)					
Vodenje sprememb (prizadeva si za spremembe na organizacijski ravni)					

3. Sklop: STALIŠČA DO LASTNE POTREBE PO RAZVOJU VODSTVENIH KOMPETENC

Pred vami je seznam **32 vodstvenih kompetenc** (s tipičnimi vedenji, značilnostmi), ki jih na lestvici od 1 (sploh se ne strinjam) do 5 (popolnoma se strinjam) **ocenite glede na lastno potrebo po razvoju.**

	1 (sploh se ne strinjam)	2 (ne strinjam se)	3 (se niti ne strinjam, niti se strinjam)	4 (strinjam se)	5 (popolnoma se strinjam)
Računalniška in osnovna pismenost (spretno uporablja osebni računalnik; uči se nove programske opreme; učinkovito bere, piše in izvaja osnovne matematične operacije; govori in posluša z razumevanjem)					
Konceptualno razmišljanje (razmišlja ustvarjalno; uporablja sklepanje pri sprejemanju odločitev in reševanju težav)					
Učenje in informiranje (izkazuje sposobnost razvijanja novega znanja in spretnosti; pridobiva in produktivno uporablja novo znanje)					
Samoodgovornost in samo-vodenje (kaže odgovornost, samozavest, čustveno					

regulacijo, integriteto in poštenost)					
Medosebne kompetence (je ustrezno družaben; učinkovito komunicira z ostalimi)					
Tehnična kompetentnost (se učinkovito rokuje s tehnologijami, ki jih zahteva delovno mesto)					
Uporaba virov (prepoznavna, organizira, načrtuje in premešča vire)					
Sistemske razumevanje (razume kompleksne medosebne povezave in soodvisnosti med deli sistema)					
Ustno sporazumevanje (jasno in učinkovito ustno posreduje informacije posameznikom ter skupinam; posluša ostale)					
Pisno sporazumevanje (učinkovito se sporazumeva v pisni					

obliki; kritično analizira in razume informacije, ki jih napišejo ostali)					
Vzpostavljanje medosebnih odnosov (upošteva in se ustrezno odziva na potrebe, čustva, sposobnosti ostalih; išče in posreduje uporabno povratno informacijo; gradi zaupanje z drugimi)					
Vodenje in coaching (predstavlja vzor in spodbuja k vzdrževanju etičnega vedenja pri delu; prilagaja vodstvene stile situacijam in ljudem; motivira, usmerja druge in jih opolnomoči)					
Prilagodljivost ter odpornost (uspešno se prilagaja spremembam v delovnem okolju; učinkovito se spoprijema s stresom in negotovostjo)					
Reševanje problemov (prepozna in opredeli probleme; analizira					

ključne informacije; išče alternativne rešitve in načrtuje njihovo uresničevanje)					
Odločnost (lahko se hitro odziva in sprejema (težke) odločitve, ko je potrebno)					
Samo-usmerjanje (realistično ocenjuje svoje prednosti ter slabosti; vlaga v lastni (osebni in strokovni) razvoj; vztrajno dela za dosego cilja; učinkovito upravlja z lastnim časom)					
Upravljanje virov (zaveda se, kako izkoristi vire z namenom doseganja ciljev)					
Raznolikost delovne sile (priznava vrednost kulturnih, etničnih, spolnih in drugih individualnih razlik; zagotavlja možnosti zaposlovanja in razvoja raznolike delovne sile)					
Obvladovanje konfliktov (predvideva in stremi k reševanju)					

konfliktov, pritožb in soočenj na konstruktiven način)					
Timsko delo in sodelovanje (prikazuje in spodbuja sodelovalnost, komunikacijo in pripravljenost na kompromis med podrejenimi)					
Vplivanje in pogajanje (redno informira podrejene; učinkovito uporablja pogajanje, prepričevanje in avtoriteto pri delu s podrejenimi ter nadrejenimi pri doseganju ciljev; krepi produktivne mreže odnosov)					
Upravljanje človeške uspešnosti (zagotavlja učinkovite postopke izbire ustreznih kandidatov za delo, razporeditev, razvoj in ocenjevanje uspešnosti zaposlenih; po potrebi uporablja sankcije in promovira kolegialnost;					

skrbi za zadovoljstvo podrejenih)					
Načrtovanje in ovrednotenje (oblikuje pravila, smernice, načrte in prioritete; koordinira z ostalimi; nadzira napredek ter ovrednoti rezultate; skuša izboljšati organizacijsko učinkovitost)					
Osredotočenost na stranke/paciente (dejavno si prizadeva za sodelovanje s strankami; skrbi za njihove potrebe; stremi k razvoju kvalitete oskrbe pacientov in novih pristopov)					
Nadzor upravljanja (zagotavlja celovitost organizacijskih procesov; promovira etične in učinkovite strokovne prakse)					
Finančno upravljanje (razume postopke oblikovanja proračuna; pripravlja in utemeljuje proračun; nadzira stroške; učinkovito)					

uravnava razmerje med prihodki in odhodki)					
Tehnološko upravljanje (seznanja se z novimi tehnologijami in jih uporablja za potrebe organizacije; zagotavlja usposobljenost osebja za uporabo novih tehnologij, potrebnih za delo)					
Ustvarjalno razmišljanje (razvija nova spoznanja in rešitve; sprejema inovacije in spodbuja inovativno razmišljanje ostalih)					
Vizija (ustvarja skupno vizijo v organizaciji)					
Pozornost na zunanje dogajanje (se seznanja z dogajanjem v političnem svetu, trendi, dobrimi praksami in te informacije vključuje v svoje odločitve; upošteva zunanje vplive odločitev, ukrepov)					
Strateško razmišljanje in načrtovanje					

(sodeluje pri strateškem načrtovanju z namenom doseganja ciljev)					
Vodenje sprememb (prizadeva si za spremembe na organizacijski ravni)					

ZAHVALA

Vaše sodelovanje je ključnega pomena za uspešnost raziskave, zato upam na vaš pozitiven odziv. Zahvaljujem se vam za vaš čas in prispevek k strokovnemu razvoju področja fizioterapije.