

KSZTAŁTOWANIE KOMPETENCJI MENEDŻERSKICH PERSONELU MEDYCZNEGO W SZPITALACH

Autor książki jest członkiem Zespołu do Badań nad Zarządzaniem Szpitalami „Avicenna” przy Instytucie Ekonomii i Zarządzania Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Marcin Kęsy

**KSZTAŁTOWANIE KOMPETENCJI
MENEDŻERSKICH PERSONELU
MEDYCZNEGO W SZPITALACH**

Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

Książka dofinansowana ze środków badawczych realizowanych w ramach projektu „Badanie zapotrzebowania na wiedzę menedżerską personelu medycznego w polskich szpitalach”, umowa z Ministrem Nauki i Szkolnictwa Wyższego nr NN115 011839; kierownik projektu: prof. dr hab. Zbigniew Nęcki

RECENZENCI

prof. dr hab. inż. Małgorzata Elżbieta Gableta
dr hab. Łukasz Gawel

PROJEKT OKŁADKI

Pracownia Register

FOTOGRAFIE NA OKŁADCE

Tiberius Gracchus/Fotolia
apops/Fotolia

© Copyright by Marcin Kęsy & Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego
Wydanie I, Kraków 2013
All rights reserved

Niniejszy utwór ani żaden jego fragment nie może być reprodukowany, przetwarzany i rozpowszechniany w jakikolwiek sposób za pomocą urządzeń elektronicznych, mechanicznych, kopiujących, nagrywających i innych oraz nie może być przechowywany w żadnym systemie informatycznym bez uprzedniej pisemnej zgody Wydawcy.

ISBN 978-83-233-3547-4



www.wuj.pl

Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego
Redakcja: ul. Michałowskiego 9/2, 31-126 Kraków
tel. 12-631-18-81, 12-631-18-82, tel./fax 12-631-18-83
Dystrybucja: tel. 12-631-01-97, tel./fax 12-631-01-98
tel. kom. 506-006-674, e-mail: sprzedaz@wuj.pl
Konto: PEKAO SA, nr 80 1240 4722 1111 0000 4856 3325

SPIS TREŚCI

Wstęp	7
Rozdział 1. Teoretyczne ujęcie problematyki kompetencji pracowników	11
1.1. Ujęcie kompetencji w naukach o zarządzaniu	11
1.2. Analiza pojęciowa zagadnienia kompetencji na podstawie literatury przedmiotu	14
1.3. Typologie kompetencji w naukach o zarządzaniu	20
1.4. Struktura kompetencji interpersonalnych	28
1.5. Znaczenie kompetencji w funkcjonowaniu organizacji	36
1.6. Doskonalenie kompetencji pracowniczych	37
Rozdział 2. Kompetencje personelu medycznego	40
2.1. Organizacja pracy w szpitalach	41
2.2. Struktura zawodowa personelu medycznego	50
2.3. Kompetencje zawodowe personelu medycznego	52
2.4. Ścieżka profesjonalna lekarzy	57
2.5. Ścieżka profesjonalna pielęgniarek	59
2.6. Składowe kompetencje menedżerskich w organizacji szpitalnej	60
Rozdział 3. Metodologia badań empirycznych	64
3.1. Proces analizy kompetencji menedżerskich	64
3.2. Prezentacja pola badawczego	67
3.3. Formułowanie celów oraz hipotez badawczych	68
3.4. Dobór próby badawczej	70
3.5. Charakterystyka narzędzi pomiarowych	72
3.6. Wnioski z badań pilotażowych	74
3.7. Wielokryteriowe przedstawienie podmiotów badania	75
3.8. Prezentacja próby badawczej	81
Rozdział 4. Ocena wiedzy menedżerskiej personelu medycznego	89
4.1. Charakterystyka wiedzy menedżerskiej	89
4.2. Wiedza personelu medycznego z zakresu zarządzania	90
4.2.1. Działy wiedzy z zarządzania istotne dla personelu medycznego	91
4.2.2. Formy doskonalenia wiedzy zarządczej	100
4.3. Wiedza menedżerska pożądana przez personel medyczny	104
4.3.1. Zapotrzebowanie personelu medycznego na wiedzę zarządczą	104
4.3.2. Formy doksztalcania personelu medycznego	124
4.4. Poglębione studium badawcze	126

Rozdział 5. Ocena umiejętności interpersonalnych personelu medycznego	131
5.1. Charakterystyka umiejętności interpersonalnych.....	131
5.2. Rzeczywiste umiejętności interpersonalne personelu medycznego	132
5.3. Postulowane umiejętności interpersonalne dla pracowników pełniących funkcje kierownicze.....	137
5.4. Motywacja personelu medycznego do doskonalenia swoich kompetencji zarządczych.....	143
5.5. Stan relacji i procesu komunikowania się w ocenie personelu medycznego	149
Rozdział 6. Ocena wiedzy menedżerskiej zarządzających szpitalami.....	159
6.1. Wiedza z zakresu zarządzania pracownikami piastującymi funkcje kierownicze	159
6.2. Zapotrzebowanie na wiedzę menedżerską pracowników pełniących funkcje kierownicze	174
Rozdział 7. Ocena umiejętności interpersonalnych menedżerów opieki zdrowia.....	189
7.1. Charakterystyka umiejętności interpersonalnych menedżerów	189
7.2. Motywacja menedżerów opieki zdrowia do doskonalenia swoich kompetencji zarządczych.....	204
Rozdział 8. Koncepcja zmian organizacyjnych oraz innowacji szkoleniowych w szpitalach...	207
8.1. Deficyt kompetencyjny funkcji kierowniczych.....	208
8.2. Propozycja zmian organizacyjnych	215
8.3. Metody szkoleń kierowane do menedżerów medycznych	222
8.4. Ograniczenia wdrażanych przemian.....	231
Zakończenie	233
Bibliografia	235
Spis tabel i rysunków	245
A. Tabele	245
B. Rysunki	251
Streszczenie.....	253
Abstract.....	255

WSTĘP

Książka ta stanowi podsumowanie kilkuletnich prac badawczo-naukowych autora z zakresu zarządzania kompetencjami personelu w szpitalach, realizowanych w ramach międzyuczelnianego Zespołu do Badań nad Zarządzaniem Szpitalami „Avicenna” przy Instytucie Ekonomii i Zarządzania Uniwersytetu Jagiellońskiego. Praca stanowi zwieńczenie trzech poprzedzających ją książek o takiej samej tematyce, których Marcin Kęsy był samodzielnym autorem (*Relacje i komunikacja w świecie medycznym*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2012) lub też współautorem i współredaktorem naukowym (*Postawa personelu medycznego wobec zarządzania szpitalem*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2013 oraz *Innowacje organizacyjne w szpitalach*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2011).

Od 2003 roku autor skupił swoje zainteresowania naukowe na problematyce zarządzania kompetencjami zawodowymi. Początkowo podmiotem zainteresowań były kompetencje absolwentów średnich szkół zawodowych wchodzących na lokalny rynek pracy oraz zależności relacyjne i formalnoprawne między instytucjami edukacyjnymi, samorządowymi, administracją oraz przedsiębiorstwami.

Z czasem zainteresowania badacza ewoluowały w kierunku ochrony zdrowia, a głównym tego motywem są znane wszystkim problemy polskiej ochrony zdrowia, wpływające katastrofalnie na humanistyczną misję tego sektora. W poszukiwaniu wiedzy w tym zakresie autor wyjechał w ramach programu Erasmus na pobyt naukowo-dydaktyczny w Departamencie Zarządzania Organizacjami Opieki Medycznej i Społecznej (MOSS) na Wydziale Medycyny Uniwersytetu Paryż XIII w 2008 roku. W trakcie pobytu zapoznał się z wiedzą z zakresu zarządzania szpitalami francuskimi oraz programem kształcenia studentów na kierunku MOSS na poziomie studiów Master.

W trakcie kolejnego, semestralnego pobytu naukowo-dydaktycznego (od lutego do czerwca 2010 roku) w Paryżu zapoznał się z praktycznymi aspektami zarządzania szpitalami. Wiedzę z tego zakresu skonfrontował z realiami w polskich szpitalach w trakcie realizacji dwóch grantów naukowo-badawczych sfinansowanych przez Narodowe Centrum Nauki: „Reorganizacja rachunku kosztów na potrzeby zarządzania szpitalami” w latach 2008–2010 oraz „Badanie zapotrzebowania na wiedzę menedżerską personelu medycznego w polskich szpitalach” w latach 2010–2013. Autor był członkiem zespołu „Avicenna” realizującego te dwa projekty w ramach specjalnej umowy o współpracy z samorządem województwa dolnośląskiego.

Tematyka poruszona w monografii dotyczy oceny i kształtowania kompetencji natury humanistycznej (relacyjno-komunikacyjno-kierowniczych) personelu

medycznego szpitali postrzeganych jako nieodzowna składowa kompetencji pracowników we współczesnych szpitalach w ogóle. Ten humanizujący element kompetencji oddziałuje bezpośrednio na zadowolenie pacjentów i ich rodzin, na jakość, sprawność i skuteczność opieki medycznej oraz funkcjonowania poszczególnych jednostek organizacyjnych szpitala, jak również całej organizacji szpitalnej. Obecnie w szpitalach funkcje kierownicze pełnią głównie przedstawiciele grup zawodów medycznych. Zarówno lekarze, jak i pielęgniarki w ramach ścieżki awansu zawodowego mają zapisane wymogi kwalifikacyjne, które muszą spełnić, aby objąć stanowiska kierownicze na różnych poziomach systemu organizacyjnego szpitali.

Jednocześnie wymogi prawne związane z awansem zawodowym w ramach wykonywanego zawodu medycznego (w przypadku lekarzy tzw. punkty edukacyjne) są rozbieżne z wymogami kwalifikacyjnymi i powodują, że lekarze i pielęgniarki nie są dobrze przygotowani merytorycznie do sprawowania funkcji kierowniczej. Powstałe problemy związane z deficytem kompetencji zarządczych mają negatywny wpływ na funkcjonowanie komórek organizacyjnych, oddziałów, a nawet całego szpitala, co się przekłada na niezadowolenie pacjentów.

Dlatego autor w prezentowanej pracy rozpatruje kompetencje w perspektywie działań kadry menedżerskiej zmierzających do zadowolenia pacjentów i ich bliskich poprzez humanizację organizacji szpitalnych^{1,2}.

W tym kontekście książka ma pokazać rzeczywistą sytuację w szpitalach, prezentując funkcjonowanie pracowników medycznych na stanowiskach kierowniczych i ich zapotrzebowanie na wiedzę menedżerską, oraz zaproponować nowy kształt kompetencji menedżerskich kierowników medycznych. Oddział szpitalny, będąc podstawową jednostką organizacyjną, kierowany jest przez wysokiej klasy lekarza specjalistę w swojej profesji, który jednocześnie rzadko posiada niezbędną wiedzę zarządczą i umiejętności interpersonalne wynikające z humanistycznego aspektu opieki medycznej.

Przed przystąpieniem do realizacji powyższego zadania autor przeprowadził w szpitalach zakrojone na szeroką skalę badania empiryczne, przed którymi postawił następujące cele:

- Określenie poziomu wiedzy menedżerskiej oraz umiejętności interpersonalnych lekarzy.
- Określenie poziomu wiedzy menedżerskiej oraz umiejętności interpersonalnych pielęgniarek.
- Określenie poziomu wiedzy menedżerskiej oraz umiejętności interpersonalnych osób pełniących funkcje kierownicze.
- Określenie deficytu kompetencji menedżerskich personelu medycznego.
- Określenie dedykowanych metod szkolenia personelu medycznego w zakresie kompetencji menedżerskich.

¹ G. Morgan, *Riding the Waves of Change: Developing Managerial Competencies for a Turbulent World*, Jossey-Bass, Oxford 1988, s. 66–67, 168–169.

² R.E. Boyatzis, D. Goleman, *The Emotional Competence Inventory*, Hay Group, Boston 1996, s. 37–39.

W stosunku do przyjętych celów autor postawił pięć odpowiadających im hipotez:

- W kontekście humanitarnej misji szpitala wiedza menedżerska oraz umiejętności interpersonalne lekarzy są niewystarczające.
- Również wiedza menedżerska oraz umiejętności interpersonalne pielęgniarek są niewystarczające.
- Istnieją różnice w kompetencjach menedżerskich między personelem medycznym a kadrą menedżerską.
- Istnieją luki w kompetencjach menedżerskich personelu medycznego.
- Nie wszystkie metody szkolenia są akceptowane przez personel medyczny.

Wynikiem analiz teoretycznych i empirycznych jest autorska propozycja innowacji organizacyjnej wymuszona niejako przez nowo ukształtowane kompetencje menedżerskie pracowników pełniących funkcje kierownicze na pierwszym (najniższym) oraz drugim poziomie w systemie organizacji szpitalnej.

W strukturze niniejszej książki można wyróżnić trzy części. Pierwsze dwa rozdziały zawierają przegląd literatury przedmiotu i stanowią część teoretyczną. Po nich następuje część empiryczna obejmująca pięć kolejnych rozdziałów, w których autor analizuje zapotrzebowanie personelu medycznego na wiedzę menedżerską. Ostatni, ósmy rozdział stanowi podsumowanie rozważań teoretyczno-empirycznych dwóch pierwszych części oraz zawiera propozycje innowacyjne, jest to więc część koncepcyjna książki.

W pierwszym z rozdziałów książki autor przedstawił podstawy teoretyczne zagadnienia kompetencji pracowniczych oraz znaczenie tego pojęcia w organizacji.

W drugim rozdziale rozważania teoretyczne skupiły się na kompetencjach zawodowych personelu medycznego w oparciu o ścieżki zawodowe lekarzy i pielęgniarek przewidziane w aktach prawnych, które obejmują zarówno stanowiska szeregowo, jak i kierownicze.

W trzecim rozdziale zaprezentowana została metodologia procesu badawczego. Przedstawiono obszar badań, określono próby badawcze dla grupy personelu medycznego oraz dla kadry zarządzającej.

W rozdziałach czwartym i piątym zaprezentowane zostały rezultaty oraz wnioski z badań przeprowadzonych w wybranych szpitalach. W wyniku tych prac autor uzyskał informacje dotyczące oceny rzeczywistych kompetencji menedżerskich, poziomu samokształcenia oraz preferowanych metod szkoleniowych przez lekarzy i pielęgniarki.

W rozdziałach szóstym i siódmym autor przytoczył dane empiryczne uzyskane przy wykorzystaniu metody ankietowej na grupie pracowników pełniących funkcje kierownicze. Porównując rezultaty uzyskane w badaniach pracowników szeregowych szpitala z wynikami badań grupy pracowników na stanowiskach kierowniczych, autor uzyskał informacje o wymaganiach kompetencyjnych stawianych kadrze zarządzającej szpitalami.

Rozdział ósmy stanowi syntezę rozważań, na podstawie której autor zaproponował przeprowadzenie zmian organizacyjnych w szpitalach dotyczących pośrednich szczebli kierowniczych oraz innowacje w metodach szkoleniowych mających zaspokoić potrzeby personelu medycznego na kompetencje menedżerskie.

ROZDZIAŁ 1

Teoretyczne ujęcie problematyki kompetencji pracowników

1.1. Ujęcie kompetencji w naukach o zarządzaniu

Termin *kompetencje* w nauce o zarządzaniu pojawił się w momencie wzrostu znaczenia pracownika w organizacjach.

Pojęcie kompetencji jest ściśle związane z kapitałem ludzkim, zwanym również kapitałem personalnym. W erze industrialnej pojęcie personelu było ukierunkowane głównie na siłę roboczą zatrudnioną w przemyśle (w mniejszym stopniu w rolnictwie), która wykorzystując przede wszystkim siłę fizyczną wzbogaconą o ograniczoną wiedzę i umiejętności, obsługiwała maszyny produkcyjne. Podczas ery przemysłowej „wiedzy specjalistycznej” nie trzeba było aktualizować zbyt często, w niektórych przypadkach raz zdobyta wiedza wystarczała na cały okres pracy zawodowej³, czyli około trzydzieści–czterdzieści lat.

Zmiany na rynku pracy znacznie skróciły ten czas. W zależności od branży jej pracownicy muszą aktualizować wiedzę co najmniej co 5–10 lat. Obecnie uważa się, że pracownicy powinni pogłębiać wiedzę w sposób ciągły, w ramach kształcenia ustawicznego. Wraz z pojawieniem się tzw. ery postindustrialnej wiedza zyskała większe znaczenie, dynamizm jej przyrostu oraz zmiany technologiczne w konsekwencji określiły pracownika jako wartość dodaną stanowiącą przewagę konkurencyjną.

Wiedza jawi się jako istotny element kompetencji, które wpływają na wartość dodaną organizacji. Początkowo wiedza utożsamiana była z pojęciem kwalifikacji, które z kolei obejmują tylko edukację szkolną i staże. Jednakże nie odnosi się do praktycznej przydatności kwalifikacji w miejscu pracy^{4,5,6}.

³ Zob. M. Kęsy, *Kompetencje zawodowe młodych. Możliwości szkolnictwa zawodowego a potrzeby pracodawców*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008, s. 13.

⁴ Kogan Page Editorial Staff, *Your Professional Qualification: A guide to professional qualifications in the UKi-Where They Lead and How to Get Them*, Kogan Page Limited, London 2002, s. 3.

⁵ Zob. J. Köper, H.J. Zaremba, *Recommendations for the vocational training in Europe*, [w:] *Quality Management and Qualification. Needs 2. Towards Quality Capability of Companies and Employees in Europe*, red. J. Köper, H.J. Zaremba, Wydawnictwo Physica-Verlag Heidelberg, New York 2000, s. 105–106.

⁶ Z. Pawlak, *Personalna funkcja firmy – procesy i procedury kadrowe*, Poltext, Warszawa 2003, s. 138.

Początkowo w literaturze przedmiotu kompetencje określane były zazwyczaj jako umiejętności, a jedną z pierwszych osób, które sprecyzowały ich znaczenie, był F. Taylor, który w *Zasadach naukowego zarządzania* powiązał umiejętności robotników ze stanowiskiem pracy oraz zwrócił uwagę na „naukowy dobór” pracowników do miejsc pracy i rozwój ich kwalifikacji zawodowych⁷.

W opracowaniach naukowych pojęcie *kompetencja*⁸ jest wykorzystywane do określenia dyspozycji człowieka osiąganych przez wyuczenie. W tym ujęciu kompetencję pojmuje się jako wyuczony, satysfakcjonujący, choć nie niezwykły, poziom sprawności, warunkujący efektywne zachowanie się w jakiejś dziedzinie. Termin ten jest zatem stosowany do oznaczenia właściwości podmiotu, ujawnianej w jego zachowaniach. Cechą zachowań będących wyrazem kompetencji jest celowość, ukierunkowanie i intencjonalność. W takim znaczeniu kompetencja jest warunkiem nabycia przez osobę umiejętności sprostania naciskom i wymogom, jakich dostarczają codzienne sytuacje w ciągu całego życia.

Psycholog D. McClelland jako pierwszy w 1973 roku w publikacji *Testing for Competence Rather Than for „Intelligence”* użył sformułowania odnoszącego się do pojęcia kompetencji. Zaproponował badanie cech, które nazwał kompetencjami, w miejsce badania cech osobowościowych⁹. Badacz stwierdził, że stopnie szkolne raczej nie mają realnej wartości w przewidywaniu wyników rzeczywistych kompetencji życiowych. Wyjątkiem są szczególnie wyniki testów praktycznych, takich jak zdolność obsługi maszyny przez operatorów czy też pisanie testów przez urzędników¹⁰. Początkowo kompetencje wyrażały ideę, że ani wyniki szkolne, ani też rezultaty testów zdolności oraz inteligencji nie kierują powodzeniem zawodowym, a także skuteczną adaptacją do problemów życia codziennego. Liczne argumenty dowiodły praktycznie, iż ten punkt widzenia jest błędny¹¹. Należy odkryć te składowe, które tworzą unikatową wartość każdego człowieka.

Pierwotnie kompetencje postrzegane były jako formalne prawo do zajmowania się, w ramach organizacji, określonymi sprawami i podejmowania decyzji w ustalonym zakresie obowiązków wynikających z wytyczonych działań i zadań. Z kolei zdolność do efektywnego i sprawnego działania była związana z kwalifikacjami¹².

W latach 80. XX wieku kompetencje zaczęto interpretować w znacznie rozszerzonym zakresie, odnosząc je do uprawnień, obowiązków i odpowiedzialności pracownika, wynikających z przypisanych obowiązków do danego stanowiska pracy.

Kolejną ewolucję tego pojęcia zapoczątkował R. Boyatzis w 1982 roku. Zaproponował on nowe ujęcie jakościowe definicji kompetencji, określając je jako

⁷ F. Taylor, *The Principles of Scientific Management*, Harper & Brothers, New York 1911, wydana ponownie przez Preinger Library, San Francisco, California 2006.

⁸ S.M. Kwiatkowski, K. Symela, *Standardy kwalifikacji zawodowych. Teoria, metodologia, projekty*, Wydawnictwo Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2001, s. 18.

⁹ Zob. D. McClelland, *Testing for Competence Rather Than for „Intelligence”*, „American Psychologist”, January 1973, 28, s. 1–14.

¹⁰ Zob. *Ibidem*, s. 2–3.

¹¹ S. Chęłpa, *Kwalifikacje kadr kierowniczych przedsiębiorstw przemysłowych*, Wyd. Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu, Wrocław 2003, s. 11.

¹² S.M. Kwiatkowski, K. Symela, *Standardy kwalifikacji zawodowych...*, s. 97.

„potencjał istniejący w człowieku, prowadzący do takiego zachowania, które przyczynia się do zaspokojenia wymagań na danym stanowisku pracy w ramach parametrów otoczenia organizacji, co z kolei daje pożądane wyniki”¹³.

Zmiana w opisie tego pojęcia przypieczętowała poszerzenie terminu kompetencji, co w konsekwencji zapoczątkowało zastępowanie kwalifikacji przez to pojęcie.

W potocznym znaczeniu kompetencje określają zakres czyjejs wiedzy, umiejętności lub odpowiedzialności¹⁴. Przed pojawieniem się pojęcia kompetencje posługiwano się różnymi innymi opisami dotyczącymi możliwości pracownika, takimi jak umiejętności, zdolności, początkowo najczęściej pojawiało się pojęcie kwalifikacji. Ewolucja pojęcia kompetencji spowodowała wchłonięcie tych cech, które stanowią jedno z jej składników^{15,16,17}.

W literaturze przedmiotu można dostrzec dwa nurty odmiennie definiujące omawiane pojęcie. Pierwszy z nich dotyczy kompetencji ściśle powiązanych z posiadającym je człowiekiem. Definiuje się je jako tzw. kompetencje osobowe, które stanowią szeroko rozumiany zakres wiedzy, umiejętności czy też odpowiedzialności lub uprawnień do działania¹⁸. Można je zatem utożsamiać ze „zbiorem zachowań, które pewne osoby opanowują lepiej niż inne, w wyniku czego w określonej sytuacji działają one sprawniej”¹⁹. Pod tym pojęciem mogą się kryć również „zdolności, zainteresowania, cechy osobowe jako przykładowe parametry, za pomocą których rozróżnia się jednostki między sobą”²⁰.

Drugi nurt pojęciowy stanowi określenie nawiązujące do kompetencji ukierunkowanych na wykonywaną pracę lub zajmowane stanowisko pracy i traktujące kompetencje pracownicze jako zjawisko pożądane przez organizację.

S. Whiddett oraz S. Hollyfirde postrzegają kompetencje inaczej, jako pojęcie stanowiące w zakresie wykonanej pracy zespół cech danej osoby, składający się z charakterystycznych dla niej elementów, takich jak motywacja, cechy osobowości, umiejętności, samoocena związana z funkcjonowaniem w grupie oraz wiedza, którą ta osoba sobie przyswoiła i którą się posługuje²¹.

¹³ Zob. R.E. Boyatzis, *The Competent Manager: A Model for Effective Performance*, John Wiley and Sons, New York 1982, s. 30–55.

¹⁴ M. Tyrańska, *Zarządzanie kompetencjami menedżerskimi w przedsiębiorstwie*, [w:] *Współczesne tendencje w zarządzaniu zasobami ludzkimi*, red. M. Tyrańska, Difin, Warszawa 2012, s. 56.

¹⁵ Zob. A. Rakowska, A. Sitko-Lutek, *Doskonalenie kompetencji menedżerskich*, PWN, Warszawa 2000, s. 9.

¹⁶ Zob. A. Pocztowski, *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Strategie – procesy – metody*, PWE, Warszawa 2003, s. 153.

¹⁷ Zob. O. Lundy, A.G. Cowling, *Strategic Human Resource Management*, Routledge, New York 1996, s. 205–218.

¹⁸ Zob. T. Oleksyn, *Zarządzanie kompetencjami. Teoria i praktyka*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010, s. 18.

¹⁹ M. Sidor-Rządowska, *Kształtowanie nowoczesnych ocen pracowniczych*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006, s. 20.

²⁰ C. Levy-Leboyer, *Kierowanie kompetencjami. Bilanse doświadczeń zawodowych*, Poltext, Warszawa 1997, s. 15.

²¹ S. Whiddett, S. Hollyfirde, *Modele kompetencyjne w zarządzaniu zasobami ludzkimi*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2003, s. 13.

Przedstawiona przez G. Filipowicza definicja określa kompetencje jako dyspozycje indywidualne w zakresie wiedzy, umiejętności i postaw pozwalających na podjęcie skutecznych działań ukierunkowanych na realizację zadań zawodowych na odpowiednim poziomie²².

Kolejny z opisów z tego nurtu definiuje kompetencje jako zbiór wszelkich cech i uprawnień organizacji, wykorzystywanych i rozwijanych w procesie pracy, służący osiągnięciu przez organizację celów, które są spójne z osobistymi celami pracowników²³.

Autor spotkał się również z terminem, w którym kompetencje stanowią zespół cech danej osoby, umożliwiający jej skuteczne oraz wyróżniające się wypełnianie zadań związanych z wykonywaną pracą²⁴.

Kompetencja implikuje zdolność przeniesienia tego, co ludzie wiedzą i rozumieją, do różnych kontekstów, tj. różnych aspektów pracy²⁵.

Podstawową różnicą między przedstawionymi definicjami jest sposób traktowania znaczenia kompetencji. Pierwszy nurt odnosi się do pojęcia w sposób niezależny, postrzegając jedynie człowieka jako jednostkę wyposażoną w zbiór kompetencji, bez zależności z potrzebami organizacji. Drugi ogranicza kompetencje do celów organizacji i wynikających z tego zadań do realizacji. W tym przypadku istnieje zależność między kompetencjami pracowniczymi a kompetencjami organizacyjnymi. W procesie pracy należy zatem brać pod uwagę wymagania stawiane na stanowisku pracy, przy jednoczesnym uwzględnianiu konieczności osiągnięcia zarówno celów częściowych, jak i odnoszących się do organizacji jako całości. Należy podkreślić, że drugi nurt ma zdecydowanie większą liczbę zwolenników, jest praktyczniejszy i postrzega kompetencje jako narzędzie do zwiększenia przewagi konkurencyjnej. Jest to tym bardziej zrozumiałe, iż w języku polskim jako kompetentną uznaje się osobę posiadającą odpowiedni zakres wiedzy, umiejętności i odpowiedzialności do realizowania określonego działania²⁶.

1.2. Analiza pojęciowa zagadnienia kompetencji na podstawie literatury przedmiotu

Zdefiniowanie kompetencji w dobie potrzeb rynkowych jest bardzo ważne. Stanowi istotną część zarządzania, która składa się z działań ukierunkowanych na zarządzanie zasobami organizacji. Ważne miejsce w tych poczynaniach zajmuje czynnik ludzki, a konkretnie kompetencje posiadane przez ludzi. Odnosząc rozważania

²² Zob. G. Filipowicz, *Zarządzanie kompetencjami zawodowymi*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2004, s. 17.

²³ J. Moczydłowska, *Zarządzanie kompetencjami zawodowymi a motywowanie pracowników*, Difin, Warszawa 2008, s. 35.

²⁴ S. Whiddett, S. Hollyfirde, *Modele kompetencyjne w zarządzaniu...*, s. 13.

²⁵ M. Armstrong, *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2002, s. 244.

²⁶ Zob. W. Kopaliński, *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1989, s. 271.

do potrzeb przedsiębiorstw, rozróżnia się kompetencje rzeczywiste oraz pożądane, a różnicę między nimi stanowi luka kompetencyjna, która świadczy o braku wiedzy bądź umiejętności w analizowanym zakresie kompetencyjnym.

D. Thierry i inni wskazują, że kompetencje to ogół wiedzy, doświadczenia, postaw, a także gotowość pracownika do działania w danych warunkach. To również zdolność przystosowania się do zmieniających się warunków²⁷.

Niektórzy autorzy dodają do tego zestawu cechy osobowości jako czwarty równorzędny element kompetencji²⁸.

Inaczej pojęcie kompetencji definiuje S. Sanghi, który proponuje sześć grup kompetencji:

- intelektualne;
- osobiste;
- komunikacyjne;
- międzyludzkie;
- przywódcze;
- zorientowane na rezultaty²⁹.

T. Oleksyn definiuje kompetencje jako zakres wiedzy, umiejętności, doświadczenia, postaw i zachowań oraz innych cech psychofizycznych ważnych w danej pracy, gotowość pracownika do działania w danych warunkach i zdolność przystosowania do zmian, a także formalne wyposażenie w możliwości działania i podejmowania decyzji związanych z pracą³⁰.

Kompetencje zawierają w sobie wiele składników – m.in. zdolności, cechy osobowościowe, a także nabytą wiedzę i umiejętności – koniecznych w doprowadzeniu do pomyślnego wykonania złożonej misji w ramach przedsiębiorstwa.

Prawidłowe sformułowanie misji wymaga czegoś więcej niż opisu aktualnych klientów i produktów lub usług. Misja jest wypracowywana na podłożu głębokiego zrozumienia kompetencji przedsiębiorstwa pod kątem ich wykorzystania zgodnie z podstawowymi wartościami wspólnie podzielanymi przez wszystkich członków przedsiębiorstwa³¹.

Wiedza przez pryzmat rynku pracy postrzegana jest jako zbiór kwalifikacji. Autor, podobnie jak R.N. Kanungo i S. Menon³², uważa, że kompetencje należy traktować jako nadrzędne wobec kwalifikacji, z nich bowiem wyrastają i na nich się budują.

²⁷ D. Thierry, C. Sauret, N. Monod, *Zatrudnienie i kompetencje w przedsiębiorstwie w procesie zmian*, Poltext, Warszawa 1994, s. 6.

²⁸ Zob. S. Whiddett, S. Hollyforde, *The Competencies Handbook*, Institute of Personnel and Development, London 2003, s. 12–34.

²⁹ S. Sanghi, *The Handbook of Competence Mapping. Understanding, Designing and Implementing Competency Models in Organization*, Sage, New Delhi, 2008, s. 30.

³⁰ T. Oleksyn, *Zarządzanie potencjałem pracy w organizacjach różnej wielkości*, [w:] *Zarządzanie strategiczne kapitałem ludzkim*, red. A. Ludwiczynski, K. Stobiński, Poltext, Warszawa 2001, s. 16.

³¹ M. Bratnicki, *Kompetencje przedsiębiorstwa – od określenia kompetencji do zbudowania strategii*, Agencja Wydawnicza Placet, Warszawa 2000, s. 113–114.

³² Zob. R.N. Kanungo, S. Menon, *Managerial resourcefulness: Measuring a critical component of leadership effectiveness*, Proceedings of the International Society for the Study of Work & Organizational Values, 5th International Conference, Montreal 1996, August 22–25.

Szersze ujęcie kompetencji zaproponował T. Rostkowski, który stwierdził, że „kompetencje muszą opisywać możliwie najpełniej najistotniejsze, z punktu widzenia strategii przedsiębiorstwa, cechy pracowników”³³. Definicję tę badacz jeszcze zmodyfikował, opierając ją dodatkowo na pojęciu przyjętym przez Radę Europejską³⁴. T. Rostkowski w artykule *Zintegrowane systemy zarządzania kompetencjami* zaproponował zmienioną definicję kompetencji jako termin składający się z: wiedzy, umiejętności, uzdolnień, stylów działania, osobowości, wyznawanych zasad, zainteresowań i innych cech, które używane i rozwijane w procesie pracy prowadzą do rezultatów zgodnych ze strategicznymi zamierzeniami przedsiębiorstwa³⁵.

R. Boyatzis postrzega pojęcie kompetencji jako zbiór charakterystyk indywidualnych, które należą do tak odmiennych dziedzin, jak zdolności, motyw, cechy osobowości, predyspozycje czy obraz samego siebie i swojej roli społecznej, lub stanowią zbiór nabytej wiedzy³⁶.

Z kolei K. Symela proponuje inne ujęcie kompetencji, które postrzega jako zdolności przydatne do wykonywania określonych zadań zawodowych, uprawnień do działania, decydowania, wypowiedzenia sądów oraz ocen potrzebnych pracownikom do wypełniania ich funkcji i ról zawodowych, zgodnie z przyjętymi kryteriami lub standardami wykonania produktu, usługi lub podjęcia istotnej decyzji³⁷.

Natomiast A. Sajkiewicz uważa kompetencje za zbiór wiedzy, uzdolnień, stylów działania, osobowości, wyznawanych zasad, zainteresowań i innych cech, które używane i rozwijane w procesie pracy prowadzą do osiągnięcia rezultatów zgodnych ze strategicznymi zamierzeniami przedsiębiorstwa³⁸. Twierdzi ona również, że pracodawcy zdają sobie sprawę, iż pracownicy wnoszą tym większy wkład do wartości dodanej dla organizacji, im bardziej dostosowane są ich kompetencje indywidualne do potrzeb przedsiębiorstwa.

Z przytoczonych definicji wynika, że brak rozwoju kompetencji jest wynikiem nieposiadania przez osobę wymaganych uzdolnień w danym zakresie. Kompetencje nie ograniczają się jednak tylko do jednej zdolności (niezależnie od tego, jak dobrze byłaby ona zdefiniowana) czy niewielkiej części różnych zdolności: są to ustalone zbiory wiedzy i umiejętności, typowych zachowań, standardowych procedur, sposobów rozumowania, które można zastosować bez nowego uczenia się. Kompetencje odwołują się więc do zadań lub warunków pracy i do powiązania jednostkowych działań pracowniczych ze środowiskiem pracy³⁹.

³³ M. Juchnowicz, T. Rostkowski, Ł. Sienkiewicz, *Narzędzia i praktyka zarządzania zasobami ludzkimi*, Poltext, Warszawa 2010, s. 24–32.

³⁴ *Europejskie ramy kwalifikacji dla uczenia się przez całe życie (ERK)*, Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich, Luksemburg 2009, s. 9.

³⁵ Zob. T. Rostkowski, *Zintegrowany system zarządzania kompetencjami*, [w:] *Narzędzia i praktyka zarządzania zasobami ludzkimi*, red. M. Juchnowicz, Poltext, Warszawa 2004, s. 100–102.

³⁶ R.E. Boyatzis, *The Competent Manager...*, s. 12.

³⁷ K. Symela, *Standardy programowania treści kształcenia zawodowego*, [w:] *Model polskich standardów kwalifikacji zawodowych*, red. M. Butkiewicz, Wyd. IteE, Warszawa–Radom 1995, s. 109.

³⁸ A. Sajkiewicz, *Jakość zasobów pracy. Kultura, kompetencje, konkurencyjność*, Poltext, Warszawa 2002, s. 90.

³⁹ C. Levy-Leboyer, *Kierowanie kompetencjami...*, s. 19.

Kompetencje definiowane są także poprzez opis zbioru cech, który buduje kompetentnego pracownika, przez co kompetencje są dostosowane do strategii przedsiębiorstwa oraz charakteru działalności. W tej koncepcji wyróżnia się następujące komponenty kompetencji:

1. Uzdolnienia, które dotyczą kondycji kapitału ludzkiego i odzwierciedlają potencjał rozwojowy pracowników. Jest to cecha posiadana, mogąca predysponować osobę do określonej pracy, która wymaga doskonalenia umiejętności w określonym zakresie.
2. Umiejętności oznaczające znajomość konkretnych zagadnień i biegłość w wykonywaniu zadań z nimi związanych. Wymienia się wśród nich kompetencje: umysłowe, komunikacyjne, interpersonalne, organizacyjne, techniczne, biznesowe, nastawienie na potrzeby klientów, stosunek do wykonywanej pracy, kierowanie personelem, umiejętności przywódcze. Jest to cecha nabywana, którą można doskonalić przez ciągłą pracę nad sobą⁴⁰.

Umiejętności są taką cechą kompetencji, które ściśle są powiązane z realizowanymi zadaniami na stanowiskach pracy. Wyróżnić można następujące umiejętności:

1. Umiejętności poziome stanowiące takie cechy, w których personel pielęgniarski uczy się pracy na różnych oddziałach, zapoznając się ze specyfiką oraz procedurami pracy. W konsekwencji tak przygotowany pracownik jest bardziej efektywny oraz elastyczny dla organizacji. Znaczenie takiego pracownika dla organizacji jest istotne, ponieważ jest on w stanie zastąpić każdego innego pracownika. Dodatkowo przy osiągnięciu dużej wprawy może obsługiwać większą część procesu produkcyjnego niż inni.
2. Umiejętności pionowe, które charakteryzują się tym, że pracownik doskonalił kompetencje zgodne z możliwym awansem zawodowym⁴¹. W przypadku personelu medycznego jest to oczywiście wiedza medyczna, ale również ze względu na możliwość piastowania funkcji kierowniczej kompetencje interpersonalne i społeczne oraz wiedza menedżerska.
3. Zdolności – ta cecha jest ściśle powiązana z umiejętnościami, oznacza łatwość przyswajania wiedzy czy też wybranych umiejętności. Jest to cecha wrodzona. Nierzadko nauczyciele mówią rodzicom, że ich dziecko jest zdolne, ale leniwe. Pośrednio chcą zakomunikować, że ich latorośl ma potencjał, lecz nie ma wiedzy i umiejętności, czyli „zdolności” są zauważalne, lecz osoba nie pracuje nad sobą.
4. Wiedza – jest to składowa kompetencji, która odnosi się do znajomości teorii, faktów, procedur związanych z danym stanowiskiem czy zawodem. Można wyróżnić wiedzę ogólną⁴², bądź specjalistyczną⁴³. Jest to komponent, który można doskonalić, kształcąc się samodzielnie lub korzystając ze sformalizowanych form kształcenia, np. studiów podyplomowych, kursów itd.

⁴⁰ A. Sajkiewicz, *Jakość zasobów pracy...*, s. 100–101.

⁴¹ Zob. *Ibidem*, s. 90.

⁴² E.L. Rolfhus, P.L. Ackerman, *Assessing individual differences in knowledge: Knowledge, intelligence, and related traits*, „Journal of Educational Psychology”, 1999, 91 (3), s. 511–526.

⁴³ J. Côté, W. Gilbert, *An Integrative Definition of Coaching Effectiveness and Expertise*, „International Journal of Sports Science and Coaching”, 2009, 4, Multi-Science Publishing, s. 307–323.

5. Kondycja psychofizyczna – nawiązuje do przygotowania fizycznego i psychicznego wynikającego z zajmowanego stanowiska. Osoba może być bardzo dobrym pracownikiem, z zapałem wypełniać zadania i być pomocna dla współpracowników. Jednakże nie sprawdzi się jako kierownik ze względu na uwarunkowania psychiczne, np. małą odporność na stres. Są to składniki, które można modyfikować poprzez treningi interpersonalne.
6. Styl pracy – to komponent odnoszący się do sposobu realizacji zadań powierzonych pracownikowi. To kolejny składnik, który można doskonalić, jednak jest to uzależnione od cech osobowych.
7. Cechy osobowościowe, czyli zbiór indywidualnych cech osoby, które predysponują do zajmowania stanowisk pracy w organizacji. Jest to cecha wrodzona.
8. Zasady i wartości – to komponent bardzo ważny i przez organizacje coraz częściej poważnie traktowany. Składają się na nie przekonania, które determinują zachowanie jednostki w miejscu pracy. Komponent ten można doskonalić, jednakże przestrzeganie zasad bądź wyznawanie wartości jest często zależne od cech osobowościowych oraz od otaczającego środowiska, w którym osoba ukształtowała światopogląd.
9. Zainteresowania, inaczej hobby, które określają indywidualne upodobania pracowników, co może mieć pośredni wpływ na zaangażowanie, lepszą wiedzę specjalistyczną czy też umiejętności, które można wykorzystać w miejscu pracy⁴⁴.
10. Doświadczenie zawodowe to składnik kompetencji, dzięki któremu osoba wzmacnia i doskonali inne komponenty kompetencji, takie jak wiedza zawodowa czy też umiejętności praktyczne.

Powyższy zestaw dziesięciu komponentów budujących pojęcie kompetencji jest opisem otwartym, który powinien być uzupełniony o wartości przydatne i oczekiwane ze względu na specyfikę organizacji.

Dyskusyjne jest to, że niektórzy badacze przedstawiony katalog elementów składowych kompetencji uzupełniają o takie cechy, jak osobowość czy charakter pracowników. Przeciwnie twierdzą G. Filipowicz, J. Moczyłowska, G. Bartkowiak oraz Z. Jankowska, którzy są zgodni, iż te cechy wpływają na efektywność zawodową, ale mają względnie stały charakter i nie powinny być włączane jako komponenty kompetencji. Te bowiem powinny się składać z czynników zmiennych, na które można oddziaływać^{45,46,47,48}.

Stosunkowo często do składników kompetencji zalicza się postawy i zachowania⁴⁹. T. Oleksyn podkreśla, że powinny to być zachowania oczekiwane w miejscu

⁴⁴ A. Sajkiewicz, *Jakość zasobów pracy...*, s. 100–101.

⁴⁵ G. Filipowicz, *Zarządzanie kompetencjami zawodowymi*, s. 18.

⁴⁶ J. Moczyłowska, *Zarządzanie kompetencjami...*, 2008, s. 28.

⁴⁷ Zob. G. Bartkowiak, *Psychologia w zarządzaniu. Nowe spojrzenie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego, Poznań 2010, s. 35–48, 145–158.

⁴⁸ Z. Janowska, *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, PWE, Warszawa 2010, s. 110–125.

⁴⁹ A. Sajkiewicz, *Jakość zasobów pracy...*, s. 89.

zatrudnienia⁵⁰. Oponenty tej tezy twierdzą jednak, iż zarówno postawy, jak i zachowania, nawet te pożądane, są skutkiem wcześniej wyszczególnianych komponentów kompetencji, a zatem nie jest zasadne ponowne ich włączanie do profilu kompetencyjnego, który powinien być zbudowany z cech łatwiej mierzalnych: wiedzy oraz umiejętności.

Stąd można wywnioskować, że fundamentem kompetencji są właśnie umiejętności polegające na wykorzystaniu i zastosowaniu wiedzy w sytuacjach zawodowych. Implikują je zdolności umożliwiające efektywne wykonywanie pracy, poprzez osiągnięcie celów i przestrzeganie standardów działania.

Kompetencja implikuje zdolność przeniesienia tego, co ludzie wiedzą i rozumieją, do różnych kontekstów, tj. różnych aspektów pracy⁵¹.

Kompetencje pracowników są głównym elementem kompetencji organizacji; to właśnie ludzie – ich wiedza i umiejętności, uzupełnione o twórcze myślenie, ambicje i zaangażowanie, a także zdolności do współpracy – kształtują i rozwijają przedsiębiorstwa⁵².

Najpowszechniejszymi oraz najistotniejszymi składnikami kompetencji są wiedza oraz umiejętności, uzupełnione o doświadczenia⁵³, które można doskonalić zarówno na zajmowanym stanowisku pracy (praktyka), jak i realizując zadania w ramach studiów przypadku (teoretyczno-praktyczne). Natomiast wiedzę i umiejętności można doskonalić zarówno na drodze kształcenia formalnego, jak i nieformalnego na stanowisku pracy bądź poza nim.

Wiedza ma postać wiedzy ogólnej, wiedzy praktycznej czy też wiedzy specjalistycznej⁵⁴. Obejmuje ona wszystko to, czego pracownik nauczył się podczas formalnego procesu edukacji, przy spełnieniu warunku potwierdzenia ukończenia określonego etapu nauki⁵⁵. Takie ujęcie wiedzy pokrywa się z terminem kwalifikacji, co nie odpowiada rzeczywistemu znaczeniu tego pojęcia. Należy je dopełnić podejmowaniem w ramach samokształcenia uzupełnianiem wiedzy własnym sumptem oraz zdobywanym doświadczeniem zawodowym.

Różnica między wiedzą a kwalifikacjami jest wyraźna. Kwalifikacje potwierdzają ukończenie etapu edukacji za pomocą świadectw, dyplomów czy też certyfikatów⁵⁶. Z kolei wiedza jest komponentem, którego nie można potwierdzić tylko dokumentami. Jest więc czymś ukrytym i trudnym do zbadania, ale mierzalnym. Przykładowo dwie osoby kończą ten sam kierunek studiów wyższych, z tą samą oceną na dyplomie magisterskim, ale nawet między nimi może istnieć różnica w wie-

⁵⁰ T. Oleksyn, *Zarządzanie kompetencjami...*, s. 25.

⁵¹ M. Armstrong, *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, s. 244.

⁵² T. Oleksyn, *Zarządzanie kompetencjami...*, s. 23–24.

⁵³ Polski Komitet Normalizacyjny, *Norma ISO 9001:2008, Systemy zarządzania jakością. Wymagania, Norma Europejska EN ISO 9001:2008 ma status Polskiej Normy*, luty 2009.

⁵⁴ Zob. *Knowledge Management in the Learning Society, Educations and Skills*, Centre for Educational Research and Innovation, Paris 2000, OECD.

⁵⁵ S.M. Kwiatkowski, *Idea uczenia się przez całe życie*, [w:] *Pedagogika pracy*, red. S.M. Kwiatkowski, A. Bogaj, B. Baraniak, WAIp, Warszawa 2007, s. 196.

⁵⁶ Zob. M. Eraut, *Developing Professional Knowledge and Competence*, RoutledgeFalmer, New York 1994, s. 10–17.

dzy i umiejętnościach wyniesionych z procesu kształcenia. Stąd można wnioskować, że rzeczywista wiedza nie musi być tożsama z uzyskaną oceną. Tym się różni wiedza od kwalifikacji.

Natomiast drugi z komponentów, czyli umiejętności, mogą mieć charakter techniczny, technologiczny bądź profesjonalny. Dotyczą działań, które pracownik rzeczywiście potrafi wykonać, i często utożsamiane są z doświadczeniem bądź zdolnościami do działania.

Zarówno wiedzę, jak i umiejętności można doskonalić w trakcie wykonywanych obowiązków w miejscu pracy, stąd wniosek, że są one powiązane z doświadczeniem⁵⁷ i z niego wynikają.

W kontekście powyższych rozważań autor skłania się ku temu, aby pod pojęciem kompetencje rozumieć zbiór wiedzy, umiejętności i pozostałych cech pozwalających na skuteczną realizację zadań oraz osiąganie założonych celów na podbudowie przyjętych celów i strategii organizacji. Tak zdefiniowane kompetencje mogą być postrzegane dwutorowo, po pierwsze, zarówno w stosunku do stanowiska pracy, po drugie, do osoby wykonującej pracę na tym stanowisku.

Z całą stanowczością stwierdzono, że kompetencje nie są cechami stałymi. Zmieniają się wraz z doświadczeniem oraz rozwojem zawodowym i życiowym człowieka. Nie ma więc możliwości określenia raz na zawsze, czy ktoś daną kompetencję posiada, czy nie. Jest ona wartością zmienną, nad którą należy pracować i doskonalić ją na różnych płaszczyznach i różnorodnymi, uzupełniającymi się metodami.

1.3. Typologie kompetencji w naukach o zarządzaniu

Rozważając problem klasyfikacji kompetencji, należy podkreślić, że niemal niemożliwe jest traktowanie poszczególnej kompetencji w sposób całkowicie oderwany i niezależny od innych. Znaczenie jednej odmiany nakłada się bowiem w większym bądź mniejszym stopniu w swoim opisie na inny rodzaj kompetencji.

Ważne jest, aby kompetencje usystematyzować, tzn. uporządkować w spójne grupy. Spójność grup oznacza, że zmiana jednej kompetencji wpływa na zmianę pozostałych, należących do tej samej grupy. Właściwość ta potwierdza, że kompetencje mają cechę współzależności⁵⁸, czyli są od siebie zależne, i w takim przypadku ich doskonalenie nie może się odbywać równolegle, lecz sekwencyjnie. Pogłębienie jednej kompetencji predysponuje pracownika do zdobycia kolejnej.

Stąd wniosek, że kompetencje są zjawiskiem złożonym. Ze względu na różnego rodzaju oddziaływania wyróżniamy kilka ich rodzajów⁵⁹.

⁵⁷ Zob. C. Woodruffe, *Ośrodki oceny i rozwoju, narzędzia analizy i doskonalenia kompetencji pracowników*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2003, s. 32–35.

⁵⁸ F. Prevot, *The management of competences in the context of interorganizational relations*, [w:] *Competence building and leveraging in interorganizational relations. Advances in Applied Business Strategy*, Vol. 11, red. R. Martens, A. Heene, R. Sanchez, Elsevier, Oxford 2008, s. 7–36.

⁵⁹ M. Kęsy, *Kompetencje zawodowe młodych...*, s. 18.

Kompetencje można sklasyfikować na podstawie następujących kryteriów:

1. Źródło nabywania kompetencji – kryterium to dzieli kompetencje na formalne i nieformalne. Sumą obu form są kompetencje rzeczywiste odpowiadające kwalifikacjom sformalizowanym oraz niesformalizowanym, zdobytym odpowiednio w trakcie edukacji na różnych szczeblach kształcenia oraz samokształcenia.
2. Zakres merytoryczny powoduje, że można wydzielić zarówno kompetencje wąskie, jak i szerokie. Ich zakres wiąże się z ich pragmatycznym wykorzystaniem na różnych płaszczyznach zawodowych czy też w życiu osobistym. Przekładając omawiane kryterium podziału kompetencji na poziom zawodowy, do kompetencji szerokich zalicza się cechy wymagane od wszystkich pracowników organizacji; mogą to być umiejętności pracy w zespole, punktualność. Z kolei do kompetencji wąskich można zaliczyć wiedzę specjalistyczną, dostępną i wymaganą od wąskiego kręgu pracowników posiadających wysokie kompetencje zawodowe.
3. Ze względu na dostępność wyróżnia się kompetencje „własne” organizacji bądź „wypożyczone”. W potocznym rozumieniu można je określić jako cechy posiadane oraz nieposiadane. Z tego względu te drugie muszą być poszukiwane na zewnątrz organizacji. W przypadku szpitali odpowiednikiem kompetencji wypożyczonych może być wiedza specjalistyczna w zakresie medycznym lub informatycznym.
4. Z uwagi na kryterium przeznaczenia wydziela się kompetencje typu generalnego i specjalistycznego, które są tożsame z kompetencjami szerokimi i wąskimi.
5. Podział kompetencji przy wykorzystaniu perspektywy czasowej dzieli kompetencje na aktualne i antycypowane⁶⁰, czyli kompetencje posiadane oraz te, które możemy przewidywać bądź których możemy oczekiwać na podstawie potencjału rozwojowego określonego pracownika.
6. Kryterium podziału kompetencji może być stopień ich mierzalności. W ten sposób wyróżnia się kompetencje łatwo i trudno mierzalne, różniące się od siebie tym, że podczas budowy systemu bazującego na kompetencjach należy się posługiwać kompetencjami najbardziej mierzalnymi, np. umiejętnościami technicznymi, prowadzenia spotkań czy też umiejętnościami interpersonalnymi. W przypadku konieczności stosowania kompetencji trudno mierzalnych należy zidentyfikować takie kompetencje oraz przyjąć zobiektywizowane oceny w celu porównywania rzeczywistych kompetencji pracowników⁶¹.
7. Ze względu na kryterium własności kompetencje dzieli się na indywidualne oraz grupowe (organizacyjne). Pierwsze z nich dotyczą człowieka, jego indywidualnych, własnych cech. Natomiast kompetencje grupowe odnoszą się do

⁶⁰ J. Brilman, *Nowoczesne koncepcje i metody zarządzania*, PWE, Warszawa 2002, s. 391.

⁶¹ M. Janiszewska, *Zarządzanie kompetencjami osób drogą do osiągnięcia przewagi konkurencyjnej przedsiębiorstwa*, [w:] *Teoretyczne i praktyczne aspekty funkcjonowania gospodarki*, red. T. Berna, Wydawnictwo Katedra Mikroekonomii Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2009, s. 215.

większej zbiorowości, wynikając z sumy cech posiadanych przez członków zespołu.

8. Kryterium treści dzieli kompetencje na zawodowe, społeczne, biznesowe i konceptualne. Dotyczą one różnorodnych zakresów zagadnień.

9. Według kryterium dokładności następuje rozdzielenie kompetencji na zdefiniowane ogólnie i szczegółowo⁶², przypisane do stanowiska pracy.

Inna propozycja zawiera podział kompetencji na miękkie i twarde (funkcjonalne)⁶³. Do pierwszej grupy zaliczamy wartości behawioralne i społeczne stanowiące wzorzec postępowania. Polega on na określeniu wzorcowych zachowań i zdolnych do ich realizacji działań na płaszczyźnie interpersonalnej i intergrupowej w oparciu o postawy i zachowania. Drugą składową kompetencji stanowi rzeczywista wiedza oraz umiejętności praktyczne osoby⁶⁴, które polegają na opisie wymagań związanych ze stanowiskiem pracy, czyli tego, co osoby muszą umieć, aby ich praca była skuteczna.

Kompetencje pracownicze dzieli się na podstawowe i wyróżniające. Te pierwsze stanowią przysłowiowe minimum wiedzy i umiejętności nowych pracowników związane z zajmowanym stanowiskiem pracy. Są one nieodzownym warunkiem dobrze wykonywanej pracy. Natomiast kompetencje wyróżniające przedstawiają wartość dodaną, coś nadzwyczajnego, wyróżniającego na tle innych pracowników⁶⁵. W ramach tej odmiany kompetencji wyróżnia się następujące składowe: fachowe, profesjonalne i specjalistyczne⁶⁶. Stanowią one przewagę aspektów związanych z wiedzą i umiejętnościami merytorycznymi.

Kompetencje wspólne dla wszystkich pracowników organizacji nazywa się kompetencjami kluczowymi⁶⁷ wynikającymi przede wszystkim ze specyfiki działalności, lecz są one wymagane od całego zasobu pracowniczego szpitala. Kompetencje kluczowe oznaczają wiązki zasobów, procesów i zdolności leżące u podłoża przewagi konkurencyjnej przedsiębiorstwa. Dają one dostęp do ważnych rynków albo segmentów rynkowych, mających znaczący wkład w dostrzegane przez klientów korzyści, umożliwiających obniżkę kosztów, utrudniających naśladowanie przez konkurencję czy też pozwalających stworzyć architekturę strategiczną, sieć więzi

⁶² R. Walkowiak, *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa „Dom Organizatora”, Toruń 2007, s. 22–23.

⁶³ J. Weightman, *Managing people*, Chartered Institute of Personnel and Development, London 2004, s. 10–11.

⁶⁴ Zob. M. Armstrong, *A Handbook of Human Resource Management. Practice*, Kogan Page Limited, London 2006, s. 159–172.

⁶⁵ M. Sidor-Rządkowska, *Kompetencyjne systemy ocen pracowników: przygotowanie, wdrażanie i integrowanie z innymi systemami ZZL*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006, s. 22.

⁶⁶ G. Cheetham, G. Chivers, *Professions, Competence and informal learning*, Edward Elgar Publishing Limited, Northampton, Massachusetts 2005, s. 15–18.

⁶⁷ A. Bogaj, *Kwalifikacje zawodowe w warunkach globalizacji rynku pracy – wyzwania i dylematy*, [w:] *Kwalifikacje zawodowe na współczesnym rynku pracy*, red. S.M. Kwiatkowski, IBE, Warszawa 2004, s. 21.

zewewnętrznych i wewnętrznych stanowiących podłoże tworzenia wartości dodanej i zarządzania nią⁶⁸.

Można wyróżnić także kompetencje niebędące tak powszechnie oczekiwane, jak kompetencje kluczowe. Związane są z pełnioną funkcją bądź odgrywają rolę w przedsiębiorstwie. Są kompetencjami specyficznymi dla funkcji lub roli⁶⁹. Wynikają one ze szczebla zarządzania, na którym występuje opisywane stanowisko pracy. Nawiązują głównie do wiedzy czy też umiejętności interpersonalnych i społecznych.

Kompetencje specyficzne dla funkcji umożliwiają porównywanie pracowników w ramach jednej komórki organizacyjnej. Odgrywają one także podstawową rolę w planowaniu rozwoju zawodowego w ramach budowy ścieżek karier i awansów pionowych pracowników. Kompetencje specyficzne dla roli, zwane hierarchicznymi, pozwalają na ocenę pracowników zajmujących stanowiska na tym samym poziomie w hierarchii firmy.

Analizując pojęcie kompetencji od strony identyfikowania kompetencji, dzielimy je na kompetencje trudno i łatwo mierzalne. Trudno mierzalne to kompetencje, które pokrywają się z odmianą miękką kompetencji (wiedza, umiejętności, wartości behawioralne), trudniej mierzalną, ale jednak możliwą do zdiagnozowania. Natomiast kompetencje łatwo mierzalne odpowiadają cechom twardym opisywanego pojęcia, zaliczamy do nich przede wszystkim kwalifikacje ogólne, zawodowe, jak i pozazawodowe.

Uwzględniając czas pomiaru kompetencji, można wyróżnić kompetencje posiadane i pożądane. Te pierwsze odpowiadają komponentom, które osoba rzeczywiście ma, może wykorzystać w pracy od zaraz. Natomiast kompetencje pożądane to cechy, które należy posiadać ze względu na wymogi stawiane pracownikom przez pracodawcę⁷⁰.

Kompetencje zawodowe, nazywane przez M. Armstronga kompetencjami ogólnymi⁷¹, są charakterystyczne i wspólne dla poszczególnych zawodów (lub pełnionych funkcji) niezależnie od organizacji, jakiej dotyczą. Świadomość ich występowania kształtowała się w ciągu wielu lat, np. kompetencje lekarza, nauczyciela, księgowego.

W ramach kompetencji zawodowych wydziela się kompetencje bazowe oraz wykonawcze. Do kompetencji bazowych zalicza się kompetencje poznawcze, społeczne oraz osobiste. W każdej z grup kompetencyjnych podnoszone są następujące zagadnienia dotyczące rozwiązywania problemów: szerokie horyzonty, elastyczność myślenia, negocjacje, relacje poziome i pionowe w szpitalach, komunikatywność, współpraca w zespole, radzenie sobie ze stresem, orientacja i podejmowanie decy-

⁶⁸ Zob. J.L. Thompson, B. Richardson, *Strategic and Competitive Success: Towards a Model of the Comprehensively Component Organization*, „Management Decision”, 1996, 2, <http://www.emeraldinsight.com/Insight/viewContentItem.do?ContentType=Article&ContentId=864822> (dostęp: 05.03.2012).

⁶⁹ Zob. B. Bojarczuk, *Macierze umiejętności*, „Personel”, 1–15 września 2001.

⁷⁰ T. Oleksyn, *Zarządzanie kompetencjami...*, s. 19.

⁷¹ M. Armstrong, *Armstrong's Handbook of Reward Management Practice. Improving Performance Through Reward*, Kogan Page Limited, London 2010, s. 182.

zji oraz organizowanie pracy własnej, wytrwałość, zaangażowanie i efektywność⁷². Natomiast zbiór kompetencji wykonawczych składa się z kompetencji biznesowych, firmowych czy też menedżerskich, które zawierają umiejętności dotyczące orientacji w biznesie, znajomości branży, identyfikacji ze szpitalem, otwartości na zmiany, etyki i wartości, budowania zespołów, dbałości o bezpośrednich podwładnych, delegowania, motywowania oraz przywództwa.

Kompetencje ze względu na swój charakter oraz wieloaspektowość mogą być rozumiane i interpretowane w sposób wieloznaczny. Należy zwrócić uwagę, że z organizacyjnego punktu widzenia wyraźnie wyodrębnia się trzy rodzaje kompetencji: funkcjonalne, personalne i przedsiębiorstwa.

Na temat kompetencji funkcjonalnych W. Wudarczewski za R.L. Katzem przytacza tezę o bezpośredniej współzależności tych kompetencji z celami firmy oraz fakt uporządkowania i rozgraniczenia zakresów działania i odpowiedzialności wyodrębnionych podmiotów organizacyjnych firmy przez te kompetencje. Można więc przyjąć, że kompetencje funkcjonalne odzwierciedlają obowiązujący podział pracy i są formą transformacji systemu celów w szczegółowe zadania, czynności bądź role organizacyjne, które mają do wypełnienia wyodrębnione podmioty organizacyjne w kontekście wyznaczonych celów^{73,74}. Kwalifikacje można rozpatrywać jako kwalifikacje pożądane przez pracodawcę oraz kwalifikacje aktualnie posiadane.

Wśród kompetencji personalnych w centrum zainteresowania znajduje się człowiek ze swoimi umiejętnościami, zdolnościami, wiedzą, doświadczeniem czy też cechami psychofizycznymi. W wyniku nabywania kompetencji kapitał ludzki staje się bardziej wartościowy oraz pożądany, np. przez rynek pracy.

W powyższym systemie istnieją cztery grupy kompetencji:

- 1) kompetencje ogólnofirmowe. Są one przypisane wszystkim pracownikom bez względu na zajmowane stanowisko pracy, a wynikają z wizji, misji i strategii przedsiębiorstwa;
- 2) kompetencje związane z poziomem stanowiska, czyli kompetencje wynikające ze stanowiska oraz zależne od pełnionej roli w przedsiębiorstwie. Mają one charakter specjalistyczny wynikający z zajmowanego miejsca w hierarchii organizacji, np. inna wiedza czy też umiejętności zawodowe wymagane są od dyrektora, a inne od księgowej czy kierowcy;
- 3) kompetencje związane z pionem, do którego przypisany jest pracownik. Wynikają z odróżniania zadań realizowanych w różnych komórkach organizacyjnych (dział marketingu, sprzedaży, operacyjny, produkcyjny czy też finansowy). Na przykład sprzedawca musi się skupić na umiejętnościach interpersonalnych, technikach negocjacyjnych, natomiast pracownik z działu

⁷² Zob. H. Secord, *Implementing best practices in human resources management*, CCH Canadian Limited, Toronto 2003, s. 89–102.

⁷³ W. Wudarczewski, *System kompetencji funkcjonalnych i wyznaczniki jego sprawności*, [w:] *Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu*, Nr 963, Akademia Ekonomiczna we Wrocławiu, Wrocław 2002, s. 620–628.

⁷⁴ R.L. Katz, *Skills of an Effective Administrator*, „Harvard Business Review”, September–October 1974, s. 91.

produkcji musi mieć umiejętności wykorzystywane przy wytwarzaniu nowych produktów;

- 4) kompetencje związane z konkretnym stanowiskiem zatrudnionego (np. przedstawiciel handlowy)⁷⁵, które są nazywane również kompetencjami specyficznymi dla roli czy też stanowiska pracy. Są one najbardziej specjalistyczną odmianą cech pracowników, często przypisaną jednej osobie w firmie, a wynikającą z podziału obowiązków pracy.

Kompetencje związane z poziomem stanowiska pracy stanowią odpowiednik kompetencji zawodowych, związanych z wykonywanym zawodem. Kompetencje zawodowe można podzielić na następujące kategorie:

- kompetencje związane z wykonywaną pracą i poziomem myślenia;
- wiedza, czyli to, czego pracownik musi się nauczyć i co musi wiedzieć;
- umiejętności – to, co pracownik musi umieć robić;
- zachowania – postawy, zasady, normy i wartości oraz motywacje potrzebne do sprawowania danej funkcji⁷⁶.

Kompetencje stanowiskowe, nazywane przez M. Armstronga *kompetencjami szczegółowymi*⁷⁷, są ściśle związane z określonym stanowiskiem pracy lub rolą organizacyjną. Oznacza to, że są one uściśleniem lub uzupełnieniem kompetencji zawodowych, np. nauczyciela zatrudnionego w konkretnej instytucji na konkretnym stanowisku pracy.

Kompetencje progowe (ang. *threshold competencies*) są to podstawowe (minimalne, konieczne) kompetencje wymagane na danym stanowisku, a które nie są bezpośrednio związane z wynikami pracy. Każdy pracownik musi je posiadać, aby mógł być zatrudniony na danym stanowisku. Na przykład pracownik chcący być kierowcą pojazdów ciężarowych musi posiadać prawo jazdy co najmniej kategorii C⁷⁸ i wykazywać określone cechy psychofizyczne, które predysponują go do zajmowania tego stanowiska pracy.

Pokrewną koncepcję do przedstawionej wyżej prezentuje T. Rostkowski. Dzieli on kompetencje, także ze względu na obiekt, którego dotyczą, w układzie stanowiskowym i procesowym.

Kompetencje specyficzne dla funkcji (ang. *function-specific competencies*) są odpowiednikiem kompetencji stanowiskowych, ale mogą być wspólne dla różnych stanowisk spełniających analogiczne funkcje (np. obsługa klienta) w określonych zakresach działalności przedsiębiorstwa.

Kompetencje specyficzne dla roli (ang. *role-specific competencies*) są nazywane hierarchicznymi, dotyczą one specyficznych ról organizacyjnych spełnianych przez pracowników (np. lidera zespołu).

⁷⁵ A. Szrejner, *Po pierwsze: określić wymagania*, „Personel i Zarządzanie”, 2004, 10 (175), s. 32.

⁷⁶ H.R. Rampersad, *Kompleksowa Karta Wyników*, Agencja Wydawnicza Placet, Warszawa 2004, s. 198.

⁷⁷ M. Armstrong, *Managing people. A practice guide for line managers*, Kogan Page Limited, London 2001, s. 80–86.

⁷⁸ *Rozporządzenie Ministra Transportu, Budownictwa i Gospodarki Morskiej z dnia 2 sierpnia 2012 roku* (Dz.U. 2012.973).

Kompetencje kluczowe to najistotniejsze z jakichś względów dla organizacji stanowiska pracy lub pracownika. *Kluczowe kompetencje organizacji* są tym, co dana organizacja potrafi robić najlepiej⁷⁹. *Kluczowe kompetencje na stanowisku pracy* należy rozumieć jako te, które w największym stopniu mają wpływ na skuteczność i efektywność realizacji zadań na danym stanowisku pracy⁸⁰.

L. Spencer i S. Spencer zbadali kompetencje indywidualne. Ustalili, że w ich skład wchodzi następujące elementy: wiedza, umiejętności, wartości i standardy, motyw, etyka pracy, entuzjazm oraz własny wizerunek⁸¹. Oczywiście definicja kompetencji indywidualnych odnosi się do cech własnych każdego człowieka, który przejawia różnego rodzaju cechy przydatne w życiu zawodowym, towarzyskim czy też osobistym.

Składniki je tworzące można podzielić na cechy wrodzone oraz nabyte⁸². Do grupy cech wrodzonych można zaliczyć cechy psychofizyczne, osobowościowe, jak również zdolności. Natomiast do grupy cech nabytych zalicza się kwalifikacje zawodowe oraz pozazawodowe, umiejętności, doświadczenie oraz zainteresowania. Różnica między obiema grupami wynika głównie z tego, że cechy wrodzone są trudne do wyćwiczenia i wynikają z uwarunkowań indywidualnych oraz środowiska, w którym osoba się wychowywała, ukształtowała się jej osobowość oraz wzory postępowania. Z kolei cechy nabyte, jak sama nazwa wskazuje, są zdobywane w trakcie pracy nad sobą, kształtowane w murach szkolnych, w miejscu pracy, przy wypełnianiu codziennych obowiązków bądź w trakcie realizowania pasji i zainteresowań.

Autor książki uznał za istotny podziałem kompetencji, który uwzględnia podmiot działalności i wyróżnia kompetencje indywidualne i organizacyjne⁸³.

Na podbudowie kompetencji indywidualnych czy też pracowniczych kreowane są kompetencje organizacyjne. Oznaczają one wszystkie aktywa, wiedzę, zdolności i możliwości „osadzone” w organizacyjnej strukturze, technologii, procesach i interpersonalnych stosunkach⁸⁴.

W innej publikacji T. Oleksyn dzieli kompetencje na organizacyjne, zawodowe, stanowiskowe, rzeczywiste posiadane i możliwe do uzyskania (pożądane)⁸⁵.

Ciekawą koncepcję zaproponowali także Spencerowie, według których wiedza i umiejętności są tymi składnikami kompetencji, które można obserwować. Natomiast pozostałe składniki (np. wartości, motyw) są ukryte⁸⁶.

M. Bugdol przedstawił kompetencje potencjalne i progowe pierwsze z nich są rezultatem dobrego przygotowania teoretycznego, drugie zaś mają charakter obserwowalny. Można zatem stwierdzić, że kompetencje potencjalne są kompetencjami

⁷⁹ P.F. Drucker, *Peter Drucker on the Profession of Management*, Harvard Business School Publishing, Boston 1998, s. 10–15.

⁸⁰ T. Oleksyn, *Zarządzanie kompetencjami...*, s. 20.

⁸¹ L.M. Spencer Jr., S.M. Spencer, *Competence at Work: Models for Superior Performance*, Wiley, New York 1993, s. 9.

⁸² Zob. M. Kęsy, *Kompetencje zawodowe młodych...*, s. 15–21.

⁸³ T. Oleksyn, *Zarządzanie kompetencjami...*, s. 19.

⁸⁴ A.A. Lado, M.C. Wilson, *Human resources system and sustained competitive advantage: a competency-based perspective*, „Academy of Management Review”, 1994, 19/4, s. 699–727.

⁸⁵ T. Oleksyn, *Zarządzanie kompetencjami...*, s. 19–20.

⁸⁶ L.M. Spencer Jr., S.M. Spencer, *Competence at Work...*

„ukrytymi”, drzemiącymi w pracownikach. Natomiast kompetencje progowe, zwane również jawnymi, są kompetencjami demonstrowanymi⁸⁷, które pracownik ujawnia w trakcie wykonywania obowiązków w miejscu pracy.

W piśmiennictwie można znaleźć wiele zestawień pokazujących najważniejsze kompetencje. Z jednej strony spotykamy się z ujęciem obserwacyjnym, w którym autorzy starają się określić zestaw uniwersalnych, mających szerokie zastosowanie kompetencji, opierając się na obserwacji funkcjonowania wybranych organizacji i przełożenia ich doświadczeń na ogół firm. Z drugiej zaś mamy do czynienia z ujęciem kognitywnym, w którym autorzy starają się określić listę najważniejszych kompetencji, poddając analizie rozumiejącej zbiory kompetencji wykorzystywanych przez szerokie grono organizacji w codziennym użytkowaniu⁸⁸. W takim przypadku, dokonując oceny potrzeb oraz możliwości zatrudnionych pracowników w organizacji, budowane są kompetencje rzeczywiste (posiadane) oraz pożądane na podstawie przygotowanych wcześniej zakresów kompetencji. Na podstawie takich działań określa się luki kompetencyjne w analizowanych zakresach ocen kompetencji w organizacji.

Zestawiając wszystkie przedłożone propozycje, trudno jest określić najważniejszą odmianę kompetencji. Jest to uzależnione od wielu czynników związanych m.in. ze specyfiką działalności organizacji, charakterem kompetencji wymaganych od pracowników, zależnością między wartością popytu na kompetencje a podażą kompetencji na rynku. Nie inaczej jest w szpitalach, które pełnią służebną rolę wobec społeczeństwa, a przy tym wysoce odpowiedzialną i ważną ze względu na przedmiot usług. Zarządzanie zdrowiem społeczeństwa jest wartością, która wymaga od szpitali wysokiego poziomu nie tylko na płaszczyźnie medycznej, lecz również zarządczej. Nakładanie się tych różnych form działalności pod względem specyfiki zadań oraz wypełnianych ról wymaga od ochrony zdrowia znalezienia takiego opisu kompetencyjnego, który będzie odpowiadał rzeczywistym potrzebom, jak również będzie się opierał na wiedzy teoretycznej.

Pracownicy zarządzający szpitalami wywodzą się głównie z dwóch grup zawodowych – lekarzy i pielęgniarek. Są oni wyposażeni w kompetencje zawodowe związane ze specjalizacją medyczną, posiadają przy tym minimalne kompetencje menedżerskie istotne w realizowaniu zadań i wypełnianiu roli kierowniczej, a często nie wykazują ich wcale. W ramach kompetencji menedżerskich najważniejsze są wiedza specjalistyczna (przypisana do stanowiska kierowniczego) oraz umiejętności interpersonalne, negocjacyjne, wymagane od pracownika pełniącego funkcję kierowniczą. Można powyższe składowe kompetencji uzupełniać na dwa sposoby. Pierwszy polega na zdobywaniu doświadczenia zawodowego w trakcie piastowania stanowiska kierowniczego, ale działania te polegają na nauce na własnych błędach i szukaniu rozwiązań. Czas na to poświęcony opóźnia podejmowanie decyzji, co w konsekwencji powoduje, że traci na tym organizacja, będąc mniej elastyczna w otoczeniu. Z kolei drugie rozwiązanie dotyczy rozwoju kompetencji poprzez uczestnictwo personelu

⁸⁷ M. Bugdol, *Wartości organizacyjne. Szkice z teorii i zarządzania*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006, s. 145.

⁸⁸ T.P. Czaplą, *Modelowanie kompetencji pracowniczych w organizacji*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2011, s. 89.

medycznego, który pełni bądź w najbliższym czasie będzie pełnić funkcje kierownicze, w szkoleniach w formie treningu interpersonalnego, *case studies* czy też innych form pogłębiających wiedzę oraz umiejętności społeczne i interpersonalne.

Budowanie, dysponowanie oraz pobudzanie zespołu do zadań wymaga od kierownika wiedzy teoretycznej, którą należy wzmocnić o wiedzę praktyczną. W przypadku niektórych stanowisk pracowniczych (pracowników z grupy technicznej) wymagana jest tylko wiedza użytkowa uzupełniona o proste umiejętności zawodowe. Z kolei zawody specjalistyczne, do których zalicza się zarówno zawody z grupy medycznej, jak i zarządczej, wymagają wysokich kompetencji. To zjawisko leży u podstaw trudności wywiązywania się pracowników medycznych z roli kierowniczej. Lekarze oraz pielęgniarki dogłębnie doskonalą kompetencje medyczne – wynika to z wykonywanego zawodu oraz realizowanych zadań na zajmowanym stanowisku pracy. Jednocześnie lekceważą bądź nie dostrzegają potrzeby doskonalenia kompetencji menedżerskich. Może to wynikać z dużych obciążeń dotyczących obowiązków związanych z podstawową profesją bądź zadowolenia z wykonywanego zawodu i braku potrzeby realizowania się w roli kierowniczej.

1.4. Struktura kompetencji interpersonalnych

W większości organizacji pracownicy pod względem wymagań kompetencyjnych stanowią bardzo niejednorodną grupę zasobu kadrowego. Tę sytuację można dostrzec w systemie ochrony zdrowia, w ramach którego zatrudnieni są pracownicy o zróżnicowanych kompetencjach. Specyfika wykonywanych zadań i wynikających z tego obowiązków determinuje charakter wiedzy zawodowej, wymagane umiejętności czy też cechy osobowościowe, psychofizyczne, co z kolei ma przełożenie na zdobywane doświadczenie zawodowe. Od kilku dekad rosnące wymagania oraz specjalizacja zawodowa zwiększają zapotrzebowanie na specjalistów, których charakteryzują wysokie kompetencje zawodowe.

W przypadku personelu medycznego sytuacja ta jest jeszcze bardziej skomplikowana. Największy kontrast u przedstawicieli z grupy zawodów medycznych występuje w zakresie wiedzy, umiejętności i doświadczenia zawodowego. Różnice występują po pierwsze, w zakresie wymaganej wiedzy zawodowej związanej z wykonywanym zawodem lekarza czy pielęgniarki, jak również między lekarzami różnych specjalizacji, a po drugie, w poziomie wiedzy zawodowej oczekiwanej od przedstawicieli zawodów medycznych, zależnej od zajmowanego stanowiska pracy w organizacji.

Natomiast kompetencje interpersonalne⁸⁹ wymagane są od lekarzy i pielęgniarek na takim samym poziomie. Wynika to głównie ze świadczonych usług medycznych ukierunkowanych na relacje z pacjentami.

Ta złożona sytuacja ma swoje uzasadnienie. E.E. Lawler i G. Ledford uważają, że w zarządzaniu zasobami ludzkimi można wyodrębnić dwa ujęcia. Pierwsze skon-

⁸⁹ G.S. Becker, *The Oxford Handbook of Human Capital*, Oxford University Press, Oxford 2011, s. 459–476.

centrowane jest na pracy (ang. *job-based approaches*), drugie zaś na umiejętnościach (ang. *skill-based approaches*)⁹⁰. Pierwsze z nich jest mało elastyczne i wymaga rynku pracy zasobnego w specjalistów, ze względu na ich niedobór jest to ujęcie nierealistyczne w realizacji, bez negatywnego wpływu na organizację. Natomiast w drugim działaniu skupione są na podnoszeniu kompetencji kadry zatrudnionej w organizacji, dzięki czemu wzrasta poziom kompetencji organizacji. Jest to korzystne dla organizacji, szczególnie tych uczących się⁹¹, nastawionych na rozwój kompetencji indywidualnych pracowników.

W rozważaniach różnych badaczy pracownicy powinni cechować się następującymi interpersonalnymi walorami: kreatywność wspartą działaniem ukierunkowanym na inicjatywę, przedsiębiorczość, zaradność, skuteczność w działaniu, samodzielność, odpowiedzialność, efektywność, umiejętność i chęć pracy w zespole, a także w zespołach interdyscyplinarnych⁹². Są to cechy przydatne i wymagane od pracowników w organizacjach XXI wieku, jednakże nie wszystkie można przenieść i zastosować w organizacjach szpitalnych.

Coraz częściej w organizacjach występuje zapotrzebowanie na pracowników posiadających wiedzę specjalistyczną, umiejętności interpersonalne, na których podłożu kształtowane jest doświadczenie zawodowe. Nie dotyczy to jednak pracowników wykonujących podstawowe powtarzalne zespoły czynności, mało zaawansowane pod względem umiejętności oraz wykorzystywanej wiedzy, tak w biurze, jak i na oddziale szpitalnym. Wówczas możemy mówić o stażu pracy, którego główną cechą jest czas, na jaki dany pracownik był zatrudniony, bez zbędnego wnikania w realizowane przez niego zadania i obowiązki zawodowe.

Można stwierdzić, że w każdej organizacji, także w środowisku medycznym, istnieje duże zapotrzebowanie na pracowników zarówno z wykształceniem zasadniczym zawodowym, jak i średnim technicznym, wykonujących rutynowe czynności, gdyż mogą one być wykonywane przez urządzenia zaawansowane technologicznie, ale wymagające obsługi wyspecjalizowanego personelu pracowniczego.

Takie zmiany zachodzą również w sferze zdrowia, w której zaawansowane technologie urządzeń diagnostycznych wymagają coraz większej wiedzy specjalistycznej. W wyniku tych przemian personel z wykształceniem średnim medycznym zastępowany jest przez pracowników posiadających wykształcenie wyższe zawodowe^{93,94}. Wszystko to wpływa zarówno na zmiany w zatrudnieniu i jego elastyczności, jak i na zmiany struktury kompetencji pracowniczych, oczekiwanych przez pracodawców we wszystkich organizacjach, w tym w podmiotach leczniczych.

⁹⁰ Zob. E.E. Lawer, G. Ledford, *A skill-based approach to human resources management*, „European Management Journal”, 1992, 10 (4), s. 383–391.

⁹¹ P.M. Senge, *The Fifth Discipline: The Art and Practice of The Learning Organization*, Crown Publishing Group, New York 2006, s. 5–14.

⁹² M. Armstrong, *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, s. 76–77.

⁹³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami z dnia 20 lipca 2011 roku.

⁹⁴ Ustawa o zawodach pielęgniarzy i położnej z dnia 15 lipca 2011 roku (Dz.U. 2011.174.1039, 2012-01-01 zm. Dz.U. 2011.291.1707 art. 16).

Do przydatnych umiejętności w kontekście wykonywania obowiązków personelu medycznego zalicza się: emocjonalny i empatyczny kontakt z pacjentem, utrzymanie równowagi w sytuacjach stresu i działania pod presją, zapobieganie powstawaniu niepożądanych reakcji na negatywne sytuacje, radzenie sobie z krytyką lekarzy, udzielanie pacjentowi emocjonalnego wsparcia. Przykładowo higienistki mogą motywować do konieczności codziennych zabiegów higienicznych i systematycznych wizyt kontrolnych. Asystentki współpracują z lekarzem podczas wizyty pacjenta i poprzez swoje profesjonalne zachowanie wpływają na jej rezultat końcowy (zdrowie pacjenta), w tym na stosowanie się do zaleceń lekarza.

W literaturze przedmiotu prezentowane są różne zestawienia kompetencji, które można uznać za standardowe katalogi, pomocne przy projektowaniu zbiorów kompetencji dla określonych konkretnych organizacji, stanowisk, zawodów, ról itp.

Ze względu na wykonywane obowiązki na stanowisku pracy pracownik medyczny powinien wykazywać takie kompetencje interpersonalne i społeczne, które posłużą mu nie tylko w relacjach z pacjentami, lecz również w profesjonalnym podejściu do procesu leczenia. Potwierdzają to wcześniejsze badania empiryczne, które Zespół do Badań nad Zarządzaniem Szpitalami „Avicenna” przy Instytucie Ekonomii i Zarządzania Uniwersytetu Jagiellońskiego przeprowadził w kilkunastu szpitalach, realizując projekt dotyczący relacji i cech komunikowania się posiadanych przez pracowników organizacji szpitalnych, tak w grupie medycznej, jak i okołomedycznej oraz pomocniczej. W trakcie badań w terenie, uzupełnionych studiowaniem zwyczajów panujących w szpitalach, oraz na podstawie literatury przedmiotu zaproponowano zestaw 13 umiejętności najbardziej związanych ze stanowiskiem pracownika medycznego.

Cechy te podzielono na trzy grupy kompetencji interpersonalnych i społecznych, czyli kompetencje progowe, pożądane oraz oczekiwane. Każdego pracownika medycznego powinny charakteryzować następujące cechy:

- komunikatywność;
- odporność na stres;
- empatia;
- asertywność;
- optymizm;
- dyspozycyjność;
- odpowiedzialność;
- systematyczność;
- dokładność;
- otwartość;
- kreatywność;
- wytrwałość;
- chęć i motywacja do ciągłego doskonalenia wiedzy i umiejętności.

Ze względu na fakt, że lekarze i pielęgniarki udzielają porad pacjentom mającym różną wiedzę oraz umiejętności poznawcze i umysłowe, pracownicy medyczni muszą się porozumiewać w sposób prosty, jasny, nie korzystając z zasobu słów typowych dla żargonu medycznego, lecz budować komunikaty ze słownictwa bardziej uniwersalnego, zrozumiałego dla większości pacjentów.

Oprócz komunikatywności każdy pracownik musi również wczuwać się w potrzeby i rozumieć pacjentów, aby lepiej im służyć, dostrzegając różnorodne odczucia towarzyszące pacjentom związane z wizytą u lekarza bądź aktualną chorobą. Chodzi tu o empatię, która jest niezbędną cechą na stanowisku lekarza oraz pielęgniarki. Dodatkowymi cechami są systematyczność i otwartość. Są to kompetencje interpersonalne ułatwiające pracę w zawodzie. Systematyczność stanowi nie tylko podłoże do ciągłego doskonalenia się w pracy, lecz również w zakresie wiedzy medycznej. Taką cechą określamy jako chęć ciągłego uczenia się, która pozwala na samokształcenie i wymaga wysokiej świadomości zawodowej. Natomiast otwartość pozwala skrócić dystans w leczeniu, dzięki czemu pacjent jest mniej zestresowany w trakcie wizyty, jak i osiągnąć pozytywne nastawienie personelu medycznego do obsługiwanych pacjentów.

Pozostałe umiejętności noszą znamiona cech pożądaných, przydatnych i ułatwiających wykonywanie obowiązków na zajmowanym stanowisku pracownika medycznego. Jednakże personel medyczny nie musi ich posiadać od samego początku zatrudnienia w systemie ochrony zdrowia. Do tej grupy zaliczamy odpowiedzialność za wykonywany zawód, za pacjenta, za profesjonalne sprawowanie funkcji lekarza, pielęgniarki. Następną cechą jest asertywność, ukierunkowana na działania związane z umiejętnością argumentowania, uzasadniania diagnozy lekarskiej, bądź panowanie nad pacjentami, „kolejką” do gabinetu przez pielęgniarki obsługujące i organizujące proces leczenia w szpitalach. Kolejne umiejętności mają istotne znaczenie i są od siebie zależne. Na przykład pracownik o nastawieniu optymistycznym jest bardziej odporny na sytuacje wywołujące stres, osoba zestresowana zaś oprócz negatywnego oddziaływania na pracownika poprzez obniżenie uczucia pewności siebie czy też pojawianie się symptomów depresyjnych, a co najmniej wycofania z otoczenia, wywołuje również negatywne skutki o charakterze organizacyjnym obejmujące całą organizację poprzez obniżenie efektywności pracy, odpływ pacjentów do innych organizacji ochrony zdrowia (np. w przypadku przychodni zdrowia, w których przyjmują lekarze nieodporni na stres, może powstawać negatywny stosunek do pacjenta, co w konsekwencji spowoduje przeniesienie się pacjentów do innych, konkurencyjnych przychodni). Dodatkową umiejętnością jest dokładność, tak potrzebna przy stawianiu diagnoz w trakcie leczenia. Każdy lekarz, jak i pielęgniarka muszą postępować zgodnie z procedurą. Na podstawie symptomów oraz badań szczegółowych eliminują poszczególne schorzenia, aby uzyskać najbardziej prawdopodobną diagnozę choroby i zaproponować środki lecznicze.

Do kompetencji oczekiwanych, które poprawią jakość pracy, lecz nie są konieczne w wypełnianiu obowiązków pracy na stanowisku pracownika medycznego, należą: kreatywność, dyspozycyjność oraz wytrwałość. Pierwsza cecha jest bardziej przydatna u lekarzy niż u pielęgniarek ze względu na proces leczenia, w którego trakcie lekarze muszą podejmować nie tylko działania określone procedurami, lecz również wykraczające poza przyjęte ramy i na tym etapie wymagana jest kreatywność. Dyspozycyjność to umiejętność przypisana do wykonywanego zawodu w związku z charakterem pracy oraz służbą społeczeństwu. Z kolei wytrwałość w pracy lekarza

i pielęgniarki polega na ciągłym szukaniu rozwiązań w procesie leczenia, chęci pogłębiania wiedzy zawodowej poprzez samokształcenie, uczestnictwo w szkoleniach itd.

Powyższe umiejętności stanowią podbudowę pod cechy charakteryzujące profesjonalnego lekarza i pielęgniarkę. Rzecz jasna, można dyskutować nad zaproponowanym podziałem na kategorie kompetencji interpersonalnych i społecznych. Z pewnością są to jedne z najważniejszych cech u pracowników medycznych.

Podobne badania były prowadzone w Stanach Zjednoczonych w 1996 roku w 126 organizacjach. Pozwoliło to na zidentyfikowanie 10 najbardziej typowych pożądanych zachowań oczekiwanych od pracowników na stanowiskach kierowniczych. Wyniki badań zostały przedstawione w czasopiśmie „Competency”. Do takich cech zaliczono: komunikację, orientację na osiągnięcie wyniku, koncentrację na kliencie, pracę zespołową, przywództwo, planowanie i organizowanie, świadomość biznesową, elastyczność/umiejętność przystosowywania się, stymulowanie rozwoju innych ludzi, dostrzeganie i rozwiązywanie problemów⁹⁵.

A.B. Escrig-Tena oraz J.C. Bon-Llusar proponują listę uniwersalnych kompetencji dla kadry zarządzającej organizacjami. W jej skład wchodzi:

- przywództwo;
- właściwe wykorzystanie otoczenia organizacji;
- budowanie *know-how*;
- rozwijanie umiejętności kooperacji zewnętrznej;
- tworzenie „zespołowego umysłu”;
- stymulowanie procesu uczenia się organizacji;
- zapewnianie szybkości i elastyczności w projektowaniu nowych produktów;
- budowanie reputacji firmy⁹⁶.

Inna przedstawiona propozycja, autorstwa M. Armstronga, zakłada, że kadra zarządzająca powinna wykazywać 12 cech przydatnych na wysokich stanowiskach kierowniczych. Są to:

- decyzyjność;
- przywództwo;
- integralność, tworzenie więzów w organizacji;
- entuzjazm;
- gotowość do ciężkiej pracy;
- umiejętności analityczne;
- umiejętność dostosowywania się do zmian;
- gotowość do podejmowania ryzyka;
- umiejętność wychodzenia z trudnych sytuacji;
- wyobraźnia;
- empatia;
- umiejętność zażegnania konfliktów⁹⁷.

⁹⁵ M. Armstrong, *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, s. 248.

⁹⁶ A.B. Escrig-Tena, J.C. Bon-Llusar, *A Model for Evaluating Organizational Competencies: An Application in Context of a Quality Management Initiative*, „Decision Science”, 2005, 36, 2, s. 221–255.

⁹⁷ M. Armstrong, *A Handbook of Human Resource Management*, s. 85.

Badania kompetencji interpersonalnych przeprowadzone przez N. Rankina w 2002 roku pozwoliły zidentyfikować najpopularniejsze kompetencje z tej grupy. Wykonana przez niego analiza systemów kompetencyjnych wykazała 443 kompetencje, spośród których wybrano najpopularniejsze (pojawiające się co najmniej w 18% badanych organizacji)⁹⁸.

Zgodnie z wynikami badań ustalono grupę umiejętności społecznych i interpersonalnych przypisanych dyrektorom przedsiębiorstw rynkowych. Są to: orientacja na pracę zespołową, komunikatywność, skupienie się na kliencie, zarządzanie ludźmi, orientacja na wyniki, umiejętność rozwiązywania problemów, świadomość biznesowa, podejmowanie decyzji, umiejętności techniczne, stymulowanie rozwoju innych ludzi, inicjatywa, kreatywność, umiejętność perswazji i wpływania na innych, ukierunkowanie na jakość, umiejętność nawiązania relacji, orientacja na zmianę, zarządzanie informacjami, zdolności interpersonalne, orientacja strategiczna, samodoskonalenie (czyli ciągle uczenie się), zaangażowanie, asertywność i wiara we własne możliwości⁹⁹.

M. Armstrong proponuje uniwersalną listę kompetencji w kontekście różnicowania skuteczności działania. Są to następujące umiejętności: myślenie twórcze (zdolność do innowacji), myślenie strategiczne, relacje interpersonalne, siła osobista, wpływ na wyniki, zarządzanie zespołem i przywództwo, zdecydowanie, zdolności analityczne, zdolności komunikowania się, zdolność przystosowywania się i radzenia sobie w obliczu zmian i pod presją, zmysł handlowy¹⁰⁰.

Według R.M. Epsteina i E. Hunderta do priorytetowych kompetencji należy zaliczyć następujące składowe: przywództwo, planowanie i organizowanie, świadomość biznesową, komunikację, pracę zespołową, przystosowanie się, orientację na osiągnięte wyniki, skupienie na kliencie, umiejętność stymulowania rozwoju innych ludzi, umiejętność rozwiązywania problemów¹⁰¹.

Natomiast T. Oleksyn w kontekście pracowników wyższego szczebla wymienia następujący zestaw uniwersalnych kompetencji w każdej organizacji: decyzyjność, elastyczność i adaptacyjność, kulturę osobistą, odpowiedzialność, zarówno profesjonalizm merytoryczny (wiedza i umiejętności fachowe), jak i profesjonalizm formalny (dyspozycyjność, dyscyplina), samodzielność, siłę osobistą, ambicję, uczciwość, prawość i lojalność oraz zdolność do współpracy i komunikowania się¹⁰².

V. Dulewicz prezentuje inne stanowisko, zestawia bowiem listę superkompetencji składających się z grupy umiejętności zaliczanych do kompetencji intelektualnych. Z perspektywy strategicznej są to: myślenie strategiczne, analiza, ocena, synteza – zdolności analityczne, umiejętność identyfikowania i rozwiązywania problemów, planowanie, organizowanie, kontrolowanie, otwartość umysłu, myślenie twórcze, kreatywność i innowacyjność. Do drugiej grupy należą kompetencje interperso-

⁹⁸ N. Rankin, *Raising performance through people: the ninth competency survey*, „Competency and Emotional Intelligence”, January 2002, s. 2–21.

⁹⁹ M. Armstrong, *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, s. 155.

¹⁰⁰ *Ibidem*, s. 264.

¹⁰¹ R.M. Epstein, E. Hundert, *Defining and Assessing Professional Competence*, JAMA, 2002, 287, s. 226–235

¹⁰² T. Oleksyn, *Zarządzanie kompetencjami...*, s. 30.

nalne: kierowanie współpracownikami, umiejętność przekonywania, umiejętność decydowania, wrażliwość na sprawy dotyczące stosunków międzyludzkich, komunikacja werbalna. Do trzeciej grupy można zaliczyć: energię i inicjatywę, ambicję, pragnienie osiągnięcia sukcesu, zmysł przedsiębiorczości (określający osobę, która umie załatwić różnorodne sprawy i ma inicjatywę oraz energię, jest kreatywna, pomysłowa, zaradna czy też rzutka). Kolejną grupę umiejętności tworzą: orientacja biznesowa stanowiąca o zdolności i umiejętności do robienia interesów, nawiązywania kontaktów i takich relacji z innymi podmiotami, które prowadzą do osiągnięcia wymiernych korzyści biznesowych, koncentracja na kliencie i jego potrzebach. Istotna jest także zdolność do adaptacji, czyli elastyczność związana z dostosowaniem się i rozwojem osobistym każdego pracownika¹⁰³.

Jeszcze inne składowe kompetencji wyróżniają G.C. Thornton i W.C. Byham. Do uniwersalnej listy kompetencji dla wyższych kadr kierowniczych zaliczane są według nich:

- zdolności analityczne i twórcze, w skład których wchodzi takie umiejętności, jak identyfikacja, analiza i rozwiązywanie problemów organizacyjnych, a także wykrywanie problemów organizacyjnych, zmysł analizy, kreatywność, wytrwałość, umiejętność oceniania oraz wiedza techniczna i zawodowa;
- zdolności kierownicze, na które składają się umiejętności planowania, organizowania, motywowania, kontrolowania, jak również delegowanie zadań, uprawnień, odpowiedzialności oraz umiejętności podejmowania decyzji i ryzyka;
- zdolności komunikacyjne, czyli takie cechy, jak: prezentacja werbalna, komunikacja werbalna oraz komunikacja pisemna;
- jedną z ważniejszych grup cech kadry zarządzającej są zdolności przywódcze, do których zalicza się: dbałość o rozwój podwładnych, wrażliwość na problemy ludzi, wpływ na jednostkę i grupę, czyli dar przekonywania, umiejętność prowadzenia negocjacji, tolerancję, ufność, życzliwość, słuchanie innych, osobowość, autorytet, charyzmę, wzbudzanie zaufania¹⁰⁴.

Kolejny zbiór umiejętności interpersonalnych, które powinny znaleźć się w profilu kompetencyjnym każdej osoby pełniącej funkcję kierowniczą, zaproponował L. Coppee, tworząc siatkę analityczną. Składają się na nią charakterystyczne cechy własne, które można określić jako tzw. siłę osobistą:

- podejście do problemów naznaczone zdolnością analizowania i syntetyzowania;
- umiejętność działania, czyli zdolność do podejmowania decyzji, doboru sposobów i środków dostosowanych do celów i ważności problemów;
- samoopanowanie nawiązujące do równowagi emocjonalnej i pewności siebie, odporności nerwowej i zdolności do wyciągnięcia wniosków;

¹⁰³ V. Dulewicz, *Performance appraisal and counseling*, [w:] *Assessment and selection in organizations: methods and practices for recruitment and appraisal*, red. P. Herriot, John Wiley and Sons, New York 1989, s. 645–649.

¹⁰⁴ G.C. Thornton, W.C. Byham, *Assessment centers and managerial performance*, Academic Press, New York 1982, s. 5–13.

- charakterystyczne cechy w stosunkach z innymi pracownikami, polegające na umiejętności współpracy poziomej, a przede wszystkim pionowej. Do tej grupy cech zaliczamy: dyspozycyjność, otwartość na poglądy, opinie, pomysły innych, jak również elastyczność umysłu, przyjmowanie postaw, aby w inspirujący sposób oddziaływać na podwładnych;
- poczucie zespołowego działania związane ze zrozumieniem i umiejętnością przekonywania swego zespołu do podjętych decyzji, sprawna koordynacja zespołowego działania;
- poczucie moralności – cecha subiektywna wynikająca z wyznawanych reguł i zasad moralnych, które nie są uniwersalne. W tej grupie wyróżniamy poszanowanie i lojalność wobec drugiego człowieka, poczucie odpowiedzialności za podjęte zobowiązania i złożone przyrzeczenia;
- postawa, czyli umiejętność zachowania się w organizacji poprzez przyjęcie roli przywódczej;
- umiejętność integrowania z sobą pracowników i w celu realizacji określonego zadania przy wykorzystaniu do tych działań poszanowania organizacji, łatwość włączania się w sieci kompetencji, akceptacja norm i systemu wartości organizacji;
- zdolność do przedstawiania propozycji opartych na uznawanych kompetencjach przez współpracowników i przełożonych, świadomość swojej roli i odpowiedzialności wobec organizacji;
- zdolność do reprezentowania przedsiębiorstwa w otoczeniu zewnętrznym oparta na umiejętnościach negocjowania i przedstawiania swojej organizacji na zewnątrz¹⁰⁵.

Inna z propozycji zawiera uniwersalne kompetencje kadr kierowniczych opracowane w ramach modelu EDF/GDF. W jego skład wchodzi następujące cechy: zdolność do adaptacji, ambicja, samodzielność, autorytet, zdolność koncentracji, zdolność do kierowania innymi, zdolność do uogólniania (syntezowania), zaufanie do samego siebie, samokontrola, koordynacja, kreatywność, dyscyplina, energiczność, pisemny sposób wyrażania swoich myśli (ekspresja pisemna), słowny sposób wyrażania swoich myśli (ekspresja werbalna), umiejętność identyfikowania i rozwiązywania problemów, otwartość umysłu, dar przekonywania, umiejętność rozumowania i rozwiązywania problemów, zmysł negocjacyjny, wrażliwość społeczna, zdolność do współdziałania w grupie, tolerancja¹⁰⁶.

Na podstawie przytoczonych rozważań przy uwzględnieniu specyfiki funkcji kierowniczej pełnionej przez personel medyczny autor proponuje uzupełnić wcześniejszy zbiór kompetencji o tzw. *leadership skills*, czyli zdolności przywódcze, jako cechę spajającą szeroki zakres umiejętności menedżerskich wymaganych od kadry zarządzającej.

¹⁰⁵ F. Lenglar, *L'essentiel du Management par les meilleurs professeurs*, [w:] *Management et risque juridique du dirigeant*, Editions d'Organisation, MBA, Paris 2005, s. 473–492.

¹⁰⁶ C. Levy-Leboyer, *Kierowanie kompetencjami...*, s. 33–34.

1.5. Znaczenie kompetencji w funkcjonowaniu organizacji

W ramach systemu ochrony zdrowia funkcjonuje wiele zróżnicowanych podmiotów usługowych, należą do nich m.in. gabinety, praktyki lekarskie, kliniki, apteki czy też szpitale.

Pracownicy zatrudnieni w podmiotach leczniczych doskonalą swoje kompetencje zawodowe ze względu na przyrost wiedzy zawodowej w naukach medycznych, rozwój technologiczny w zakresie sprzętu medycznego, rosnące oczekiwania pacjentów i, co ważniejsze, wymogi formalnoprawne określone przez Ministerstwo Zdrowia. Czynniki te wymuszają innowacyjne działania personelu medycznego na płaszczyźnie szkoleniowej.

Głównym zadaniem zarządzania kompetencjami w organizacji jest zapewnienie potrzebnych *portfeli kompetencji*, pozwalających osiągnąć cele, do których ona dąży¹⁰⁷. Odwołując się do rozwoju kompetencji, wielu specjalistów od zarządzania zachęca, aby traktować ten proces jako element strategii oddziaływania na całe otoczenie wewnętrzne podmiotu leczniczego w koherencji z otoczeniem zewnętrznym.

Przedsiębiorstwo stanowi jednostkę gospodarczą będącą m.in. określoną formą aktywności ludzkiej. W odbywających się w nim procesach wytwórczych bądź też usługowych uczestniczą – oprócz zasobów rzeczowych, finansowych i informacyjnych – członkowie organizacji, zespoły ludzkie, a zatem człowiek ze swoją osobowością, wiedzą i umiejętnościami, hierarchią wartości oraz motywami do działania¹⁰⁸.

Już wcześniej autor wspomniał o rosnących wymaganiach kompetencyjnych w stosunku do personelu medycznego. Grupę tę określa się mianem specjalistów z wiedzą wysoce zaawansowaną i znacznie rozwiniętymi umiejętnościami. Wymusiło to wzrost wymagań kwalifikacyjnych wobec personelu pielęgniarstwa. Jednakże w ślad za tym wzrosły również wymagania co do wiedzy i umiejętności. W przypadku tego drugiego czynnika są to wymagania w dużej mierze o charakterze interpersonalnym i społecznym.

Brak doskonalenia wiedzy w dłuższym czasie prowadzi do dezaktualizowania się wiedzy u każdego pracownika, tym bardziej u specjalistów z zakresu ochrony zdrowia, lekarzy i pielęgniarek. Wysoki poziom świadomości i chęci doskonalenia wiedzy i umiejętności zawodowych u pracowników z obu grup zawodowych, a w szczególności u lekarzy, może skutkować odpływem niezadowolonej kadry medycznej do innych podmiotów leczniczych w kraju bądź poza granicami Polski. Z badań przeprowadzonych przez zespół badawczy z Instytutu Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk wynika, że lekarze są zainteresowani pogłębianiem kompetencji zawodowych, aczkolwiek w zależności od wieku mają różne podejście do form doskonalenia kompetencji zawodowych¹⁰⁹.

¹⁰⁷ T. Oleksyn, *Zarządzanie kompetencjami...*, s. 205.

¹⁰⁸ M. Gableta, *Istota i znaczenie potencjału pracy w przedsiębiorstwie*, [w:] *Potencjał pracy przedsiębiorstwa*, red. M. Gableta, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 2006, s. 11.

¹⁰⁹ *Możliwości i bariery rozwoju zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków. Skrócona wersja raportu z badania – wyniki, wnioski i rekomendacje*, IFiS PAN, Warszawa 2012.

Oprócz kompetencji zawodowych, specyficznych dla funkcji i zajmowanego stanowiska pracy, związanych z działalnością medyczną, nie można pominąć działań zarządczych dotyczących planowania, organizowania, motywowania oraz kontrolowania pracowników i zasobów materialnych organizacji szpitalnej.

1.6. Doskonalenie kompetencji pracowniczych

W edukacji zawodowej istnieje prymat praktyki nad teorią. Celem tej edukacji jest umiejętność¹¹⁰, a dokładnie umiejętności uzupełnione o wiedzę, na podstawie których buduje się doświadczenie wynikające z zajmowanego stanowiska pracy i wykonywanych obowiązków.

Myślenie o pracowniku przez pryzmat kompetencji zawodowych to w istocie nowa jakość myślenia o cechach współczesnego rynku pracy. W tym paradygmacie podkreśla się podmiotowość człowieka i jego zdolność do adaptacji w zmieniających się warunkach zatrudnienia, co jest najważniejszym źródłem pojęcia kompetencji zawodowych. Paradygmat ten wynika przede wszystkim ze strategii przedsiębiorstw podążających w kierunku zapewnienia im konkurencyjności na rynku, poprzez coraz lepsze wykorzystywanie potencjału zatrudnionych pracowników¹¹¹.

Rozwój pracowników, zwłaszcza będących bardzo wysoko kwalifikowanymi specjalistami, powinien być częścią spójnej strategii organizacji. Inwestycja, jaką jest rozwój pracowników, powinna być przemyślana w podobny sposób jak każda inna w organizacji. Największe nakłady powinny zatem pochłaniać największe talenty¹¹².

Zadaniem procesów personalnych jest we współczesnej organizacji medycznej nie tylko pozyskanie samego pracownika, ale także doskonalenie jego kompetencji i ich wykorzystywanie na potrzeby organizacji w maksymalny sposób¹¹³.

Potrzeby szkoleniowe powinno się określać na poziomie organizacji (szkolenia na zamówienie firm – tzw. zamknięte) lub pracownika (najczęściej dołącza on do grupy szkoleniowej organizowanej przez firmę zewnętrzną). Potrzeby szkoleniowe mogą być pochodną celów organizacji lub wynikiem ocen okresowych. Zwracają uwagę na niewłaściwą obsługę pacjenta, zażalenia pacjentów, potrzebę podniesienia jakości pracy oraz zmiany w przepisach prawnych (i w wewnętrznych procedurach). Na kształtowanie potrzeb szkoleniowych mają wpływ także takie czynniki, jak starzejące się społeczeństwo, drożejące leki i nowe technologie medyczne, rosnąca świadomość pacjentów i ich oczekiwań terapeutycznych.

Forma doskonalenia kompetencji musi być dostosowana do preferencji pracowników, do których jest ona kierowana. Stąd wniosek, że takie działania muszą zostać

¹¹⁰ M. Butkiewicz, *Struktura modelu polskich standardów kwalifikacji zawodowych*, [w:] *Model polskich standardów kwalifikacji zawodowych*, red. M. Butkiewicz, Wydawnictwo Edukacja i Praca i ITeE, Warszawa–Radom 1995, s. 26.

¹¹¹ S.M. Kwiatkowski, K. Symela, *Standardy kwalifikacji zawodowych...*, s. 95.

¹¹² G. Doman, J. Doman, *How To Teach Your Baby To Read. The gentle revolution*, Square One Publishers, New York 2006, s. 65–78.

¹¹³ R.M. Epstein, E. Hundert, *Defining and Assessing Professional Competence*, s. 287.

przedyskutowane z pracownikami, tak aby zaproponowali najkorzystniejsze metody doskonalenia, jak również termin, miejsce i czas realizacji procesu doskonalenia wiedzy i umiejętności.

Ze względu na dynamiczny w ostatnim czasie (początek XXI wieku) rozwój organizacji i sprzyjające warunki ekonomiczno-polityczne odnotowuje się konieczność kształcenia menedżerów ochrony zdrowia. Przykładowo Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej we współpracy z Polsko-Amerykańską Fundacją Wolności w latach 2000–2004 prowadziło program QAS (ang. *Quality Accreditation Scholarships*), dzięki któremu w edukację menedżerów zdrowia w Polsce zainwestowano ponad 500 tys. dolarów. W ramach tego projektu przeszkolono ponad 6 tys. studentów, a 22 uczelnie uzyskały dotacje na poprawę bazy dydaktycznej i stworzenie oferty edukacyjnej specjalnie dla menedżerów zdrowia¹¹⁴. Popyt na lekarzy specjalistów, również z dodatkowym wykształceniem menedżerskim, rośnie w Polsce i za granicą, co w połączeniu z atrakcyjnym wynagrodzeniem sprzyja motywacji do dalszego kształcenia się¹¹⁵.

Szpitala są typem takich organizacji, w których powinno się dążyć do zmniejszenia ruchu ogólnego pracowników, gdyż ich często niepotrzebna wymiana utrudnia wdrażanie właściwych nawyków, kształtowanie pożądanых postaw i tworzenie zwartych kolektywów pracowniczych¹¹⁶. Kompetencje zawodowe doskonalone są na podbudowie wiedzy, jak i doświadczenia zawodowego – w ten sposób tworzymy umiejętności¹¹⁷ wzbogacające kompetencje indywidualne lekarzy i pielęgniarek. Dzięki temu można takich pracowników nazywać profesjonalistami i mistrzami w swojej profesji.

Stąd na rynku pojawia się coraz więcej ofert szkoleniowych związanych z zarządzaniem placówkami medycznymi skierowanych do lekarzy. Do sprawnego zarządzania placówką medyczną konieczne jest poznanie:

- podstaw zarządzania, zasad kierowania zespołem (motywowanie, dyscyplinowanie, zatrudnianie i zwalnianie), zarządzania relacjami z pacjentami, współpracy z innymi placówkami medycznymi, NFZ, firmami ubezpieczeniowymi;
- podstaw marketingu w usługach medycznych (w tym opracowanie strategii marketingowych, przygotowanie oferty usług, pozycjonowanie firmy, promocja i budowanie wizerunku);
- systemów wspomagających zarządzanie placówką medyczną.

Metoda 360 stopni jako metoda oceny pracowników może się wydawać mało przydatna przy wartościowaniu stanowisk lekarzy czy pielęgniarek. Jednak praktyka wykazuje, że można ją z powodzeniem stosować w służbie zdrowia¹¹⁸. Ocena taka, jeżeli jest przeprowadzana zgodnie z wszelkimi zasadami, może poprawić jakość pracy gru-

¹¹⁴ Polsko-Amerykańska Fundacja Wolności, <http://www.pafw.pl/programy/> (dostęp: 10.05.2012).

¹¹⁵ I. Kwaśna, M. Sacewicz-Górska, *Jakie zawody są poszukiwane naprawdę?*, „Informator Kariera”, 2008/2009.

¹¹⁶ K. Lockyer, A. Muhlemann, J. Oakland, *Production and Operations Management*, Pitman, London 1992, s. 116.

¹¹⁷ A. Rakowska, A. Sitko-Lutek, *Doskonalenie kompetencji menedżerskich*, s. 9–14.

¹¹⁸ H. Bennett, J. Gatrell, R. Packham, *Medical appraisal: collecting evidence of performance through 360° feedback*, „Clinician in Management”, 2004, 12 (4), s. 65–171.

powej (gdyż angażuje większość pracowników, wzmacnia komunikację, integruje). Oceny mogą dokonywać: sami lekarze (samoocena), zewnątrzni konsultanci, koledzy specjaliści (ocena typu *peer*), młodszy lekarze, inni medyczni specjaliści (np. diagności medyczni), menedżerowie opieki zdrowia. Przedmiotem oceny są: wiedza zawodowa, umiejętności medyczne, jakość interakcji z pacjentami, spełnianie standardów medycznych, przestrzeganie procedur (i ich doskonalenie), relacje koleżeńskie itp.

Ciekawym rozwiązaniem byłoby połączenie wiedzy medycznej z menedżerską i przekazanie jej kadrze zarządzającej szpitalami. W ten sposób spełnione zostaną dwa warunki dobrego zarządzania szpitalami na różnych szczeblach organizacyjnych. Po pierwsze, kierownicy ze względu na znajomość profesji będą mogli kontrolować pracowników medycznych im podległych, a po drugie, wykorzystując kompetencje menedżerskie, kierownik wyższego, średniego bądź niskiego szczebla potrafi planować, organizować działania w szpitalu oraz motywować swoich podwładnych.

W pierwszym rozdziale autor przedstawił sposób postrzegania pojęcia kompetencji w naukach o zarządzaniu. W kolejnym omawia i analizuje wymagania kompetencyjne wobec personelu medycznego w organizacjach szpitalnych, zarówno na płaszczyźnie zawodu medycznego, jak również menedżerskiej.

ROZDZIAŁ 2

Kompetencje personelu medycznego

Pojęcie systemu ochrony zdrowia jest różnorodnie interpretowane. Definicja zaproponowana przez Światową Organizację Zdrowia precyzuje zagadnienie systemu ochrony zdrowia obejmującego wszystkie organizacje, instytucje i zasoby, których podstawowym zadaniem jest podejmowanie działań skierowanych na poprawę, utrzymanie i odbudowę zdrowia społeczeństwa¹¹⁹. W tym pojęciu uwzględniono kluczowe składniki systemu ochrony zdrowia, którymi są: współzależne od siebie składowe, cele realizowane w ramach systemu oraz funkcje wynikające z reguł i zasad.

Tak opisany system ochrony zdrowia odnosi się do ogółu istniejących podmiotów leczniczych^{120,121}. Zgodnie z powyższą definicją podstawowym czynnikiem identyfikującym system ochrony zdrowia jest ustalenie jego celu, który jest ukierunkowany na poprawę zdrowia społeczeństwa polskiego¹²². Misją wszystkich podmiotów opieki zdrowotnej jest kompleksowe dbanie o zdrowie poprzez zorganizowany, ciągły proces świadczenia usług. Centralnym elementem funkcjonowania systemu jest pacjent, a służenie ludziom to najważniejsza funkcja każdej organizacji¹²³.

Oprócz celów zdrowotnych przed systemem ochrony zdrowia postawiono inne cele dotyczące procesu. Są one ważne z punktu widzenia funkcjonowania systemu. Należą do nich: zapewnienie równego dostępu do świadczeń zdrowotnych, uporządkowanie relacji pomiędzy podmiotami prywatnymi i publicznymi, zmniejszenie udziału pacjentów w kosztach leczenia, poprawa infrastruktury ochrony zdrowia oraz wprowadzenie ładu informacyjnego w systemie¹²⁴.

¹¹⁹ Światowa Organizacja Zdrowia, <http://www.who.un.org.pl/files/431/WHO%2060%20lat%20brozura.pdf> (dostęp: 20.04.2012).

¹²⁰ Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 roku, Dz.U. 2011 Nr 112 poz. 654.

¹²¹ Ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia z dnia 28 kwietnia 2011 roku, Dz.U. 2011 Nr 113, poz. 657.

¹²² Ministerstwo Zdrowia, *Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007–2013*. Dokument przyjęty przez Radę Ministrów w dniu 21 czerwca 2005 roku.

¹²³ *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*, red. M. Kautsch, Wolters Kluwer, Warszawa 2010, s. 23.

¹²⁴ Ministerstwo Zdrowia, *Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007–2013*.

2.1. Organizacja pracy w szpitalach

Istnieje tyle różnych odmian organizacji, ile funkcjonuje przedsiębiorstw na świecie¹²⁵. Dowodzi to różnorodności organizacji i ich odmienności wynikającej z różnych czynników wewnętrznych i zewnętrznych.

Każdy z nas jest powiązany z wieloma instytucjami, z których czerpiemy różne wartości. Mogą to być podmioty, w których pracujemy, uczymy się, niesiemy pomoc (organizacje wolontariackie) czy też się rozwijamy (biblioteki). Niewątpliwie przez całe życie pozostajemy w relacjach z instytucjami ochrony zdrowia, takimi jak gabinety lekarskie czy szpitale¹²⁶.

Szpital jest organizacją oferującą swoim pacjentom wiele usług. Obejmują one całodobową, profesjonalną opiekę medyczną oraz wyżywienie i dach nad głową¹²⁷. Szpitale są grupą jednostek organizacyjnych zaliczanych do systemu ochrony zdrowia jako podmioty lecznicze świadczące usługi medyczne, które są zróżnicowane pod względem charakteru, zakresu oraz czasu jej trwania.

W tym celu w organizacjach szpitalnych zatrudniani są lekarze i pielęgniarki, którzy realizują podstawowe zadanie jednostek. Natomiast obsługą pomocniczą wspomagającą podstawową działalność zajmują się pracownicy administracyjni oraz techniczni. Tak zróżnicowana grupa pracownicza jest trudna w zarządzaniu ze względu na dzielące je różnice¹²⁸. Stąd wniosek, że w celu prawidłowego funkcjonowania jednostki ważne jest maksymalne wykorzystanie potencjału kompetencyjnego pracowników, aby osiągnąć maksymalizację wyniku strategii organizacji szpitalnej.

Dane zawarte w tabeli 1 potwierdzają rosnącą specjalizację wynikającą z coraz większych wymagań kompetencyjnych wobec pracowników, szczególnie specjalistów. Zarówno w przypadku wyższego personelu medycznego (dane nie uwzględniają jeszcze zmian ustawowych dotyczących wymagań kwalifikacyjnych od pielęgniarek), jak i personelu zarządzającego rośnie ich udział w organizacji szpitalnej.

Wyraźny spadek odnotowano w przypadku pracowników technicznych oraz niższego personelu medycznego. Wynika to z dynamicznego przyrostu wiedzy medycznej przy równoczesnej ewolucji w sektorze zdrowia. Wskutek wzrostu popytu na kompetencje zmniejsza się podaż niższego personelu medycznego oraz personelu technicznego. Pomiary prowadzone w podmiotach leczniczych wykazały, że zwiększył się procentowy udział pracowników medycznych i okołomedycznych w stosunku do ogólnej liczby zatrudnionych osób z 82,66% w 2002, 84,27% w 2003 do 83,46% w 2004 roku. W ciągu dwóch lat odnotowano wzrost udziału ogółu personelu medycznego, który może wynikać z restrukturyzacji przeprowadzanych w szpitalach,

¹²⁵ Zob. G. Dessler, *Managing Organization in an era of change*, The Dryden Press, Orlando 1995, s. 206.

¹²⁶ Zob. D.L. Anderson, *Organization Development. The process of leading organizational change*, Sage Publications, Thousand Oaks (California) 1999, s. 1.

¹²⁷ Zob. S.M. Shortell, A.D. Kaluzny, *Podstawy zarządzania opieką zdrowotną*, Vesalius, Kraków 2001, s. 379.

¹²⁸ Wnioski zostały oparte na rozważaniach przeprowadzonych w książce: M. Kęsy, *Relacje i komunikacja w świecie medycznym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012.

Tabela 1. Struktura zatrudnienia na koniec roku w wybranych podmiotach leczniczych według charakteru czynności wykonywanych przez pracowników w latach 2002–2004 (w %)

Wyszczególnienie	2002	2003	2004	Różnica 2004–2002
Zatrudnienie ogółem	100,00	100,00	100,00	0
Wyższy personel medyczny	12,24	18,16	19,15	+6,91
Średni personel medyczny	57,77	54,69	55,64	-2,13
Niższy personel medyczny	12,65	11,42	8,67	-3,98
Administracja	7,35	6,55	8,06	+0,71
Personel gospodarczo-logistyczny	8,36	7,3	6,45	-1,91
Kierownicy	1,84	1,87	2,01	-0,17

Źródło: M. Majewski, J. Nowomiejski, *Analiza zatrudnienia w zakładzie opieki zdrowotnej*, [w:] *Zmiany w ochronie zdrowia. Promocja. Edukacja. Terapia. Zarządzanie*, red. M.D. Głowacka, Wyd. Baskat Marek Baumgart, Poznań 2006.

polegających na „ekonomizacji zatrudnienia” poprzez wzrost zatrudnienia pracowników podstawowych kosztem pracowników pomocniczych ze względu na rosnące potrzeby i oczekiwania pacjentów oraz zamówione przez NFZ usługi medyczne.

Każda organizacja jest ustrukturalizowanym systemem społeczno-technicznym¹²⁹, w takim wymiarze działają również szpitale, w których skład wchodzi związane z sobą elementy społeczne oraz techniczne.

Do elementów społecznych zalicza się: pracowników, ich kompetencje, czyli cechy indywidualne (w szczególności wiedzę, umiejętności społeczne, interpersonalne), oraz powiązania między nimi. Natomiast wśród elementów technicznych szczególną uwagę należy zwrócić na energię oraz infrastrukturę medyczną szpitali. Każdą organizację można skategoryzować pod względem podsystemów.

L. Krzyżanowski oraz M. Bielski wymieniają pięć podsystemów organizacji:

- 1) podsystem celów i wartości;
- 2) podsystem psychospołeczny;
- 3) podsystem struktury;
- 4) podsystem techniczny;
- 5) podsystem zarządzania^{130,131}.

W organizacjach szpitalnych podsystemy celów oraz wartości są to elementy, na które składają się społeczne misje oraz aksjologiczne uznania tej misji w postaci zidentyfikowanych celów. Mają one służyć nakreśleniu strategicznego wymiaru płaszczyzny na podstawie celów oraz kierunków działań, budując przy tym wartości interpersonalne, takie jak komunikatywność, otwartość, empatię, odpowiedzialność,

¹²⁹ Zob. F. Kast, J. Rosenzweig, *Organization and Management, A Systems Approach*, Mc Graw Hill, New York 1970, s. 120–121.

¹³⁰ Zob. L. Krzyżanowski, *O podstawach kierowania organizacjami inaczej*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1999, s. 28–39.

¹³¹ Zob. M. Bielski, *Organizacje: istota, struktury, procesy*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 1992, s. 86.

zaangażowanie, współpracę czy też zaufanie. Podsystem psychospołeczny obejmuje zarówno uczestników organizacji, sieci powiązań między nimi oraz ich postawy, jak i motywację do działania oraz kulturę organizacyjną panującą w instytucji. Kolejny podsystem dotyczący struktury obejmuje swoim oddziaływaniem zasady podziału zadań oraz uprawnień w placówkach. W tym zakresie ważne jest ustalenie struktury organizacyjnej szpitala na podstawie kryterium kompetencyjnego, podziału i pogrupowania stanowisk organizacyjnych i sformalizowanego podziału zadań oraz uprawnień przypisanych do stanowisk pracy. Najważniejsza powinna być odpowiedzialność organizacji szpitalnej zarówno przed jednostką nadrzędną, jak również przed pracownikami oraz pacjentami. Natomiast podsystem techniczny skupiony jest na przygotowaniu jak najlepszych zasobów materialnych oraz kompetencji technicznych pracowników na potrzeby pacjentów. Zwraca się tu szczególną uwagę na: sprzęt medyczny, dostosowanie pomieszczeń oraz całego budynku do świadczenia usług medycznych, jak również zaopatrzenie medyczne i umiejętności techniczne personelu medycznego potrzebne do obsługi zaawansowanych urządzeń przy realizacji świadczeń zdrowotnych. Podsystem zarządzania skupiony jest na koordynowaniu pozostałych czterech podsystemów w celu realizacji działań powiązanych ze strategią przyjętą przez szpital.

We współczesnych systemach zdrowotnych występują więzi o bardzo zróżnicowanym charakterze¹³². Organizację stanowią ludzie oraz kapitał trwałe, dwa czynniki nierozzerwalnie połączone, które nie mogą funkcjonować oddzielnie. Podobnie jest w przypadku szpitali, w których tworzone są stanowiska pracy, komórki, działy czy też pionory organizacyjne, wzajemnie od siebie zależne i pozostające w relacjach bezpośrednich bądź pośrednich.

Relacje warunkujące sprawność organizacyjną nazywane są więzami organizacyjnymi. Najczęściej spotykane więzi organizacyjne to: więzi typu służbowego, funkcjonalnego, technologicznego, informacyjnego¹³³. W przypadku systemów zdrowotnych najbardziej powszechne są więzi techniczne¹³⁴. Analizując poszczególne więzi, najpierw poddano diagnozie więź służbową, która ma charakter hierarchiczny wynikający z jednostronnej zależności pracowników od przełożonych, łączy kierowników z ich pracownikami, ma przebieg z góry w dół szczebli organizacyjnych. Więź ta dotyczy przekazywania wytycznych, zadań oraz decyzji na zasadzie bezkrytycznego wywiązywania się z nich przez pracowników szpitala. Natomiast więź funkcjonalna w organizacjach szpitalnych jest odmianą więzi służbowej w ramach funkcji usługowej, finansowej czy też personalnej. W tego typu więzi pracownik może udzielić drugiemu rady czy też wskazówki, nie jest to równoznaczne z obowiązkowym skorzystaniem z niej, a jedynie podpowiedzią pracownika bardziej doświadczonego.

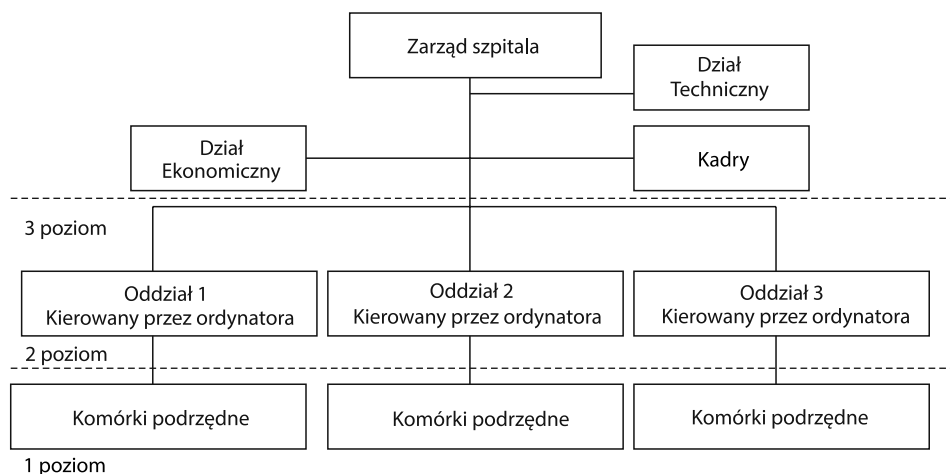
¹³² C. Włodarczyk, S. Poździuch, *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, s. 60.

¹³³ A. Ksykiewicz-Dorota, *Podstawy organizacji pracy pielęgniarzkiej*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004, s. 20.

¹³⁴ L.F. Wolper, J.J. Pena, *Health Care Administration. Principles and Practices*, Aspen Publishers, Rockville 1987, s. 49.

Natomiast więź techniczna polega na usankcjonowaniu zależności członków zespołu wynikającej z technicznego podziału pracy. Praca zespołu operacyjnego może stanowić przykład takiej więzi. Przed podjęciem się operacji pacjenta zespół musi przygotować salę oraz odpowiednie narzędzia do zabiegu¹³⁵. W ramach tej więzi realizowane są konsultacje szczególnie trudnego przypadku, ale też udział w realizacji celu bardziej pośredniego, np. organizowania wyżywienia hospitalizowanych chorych¹³⁶.

Autor, odnosząc się do jednego z wcześniejszych stwierdzeń, potwierdza, że pracownicy bez względu na przynależność do określonej komórki organizacyjnej czy też stanowiska pracy w hierarchii organizacji powiązani są z sobą na różnych polach i w różnym stopniu. Zależności te stanowią strukturę organizacyjną, która jest układem części elementów organizacji oraz ich wzajemnych powiązań. Środkiem prezentowania struktur organizacyjnych są schematy organizacyjne.



Rysunek 1. Struktura dywizyjnalna preferowana w szpitalach

Źródło: Schemat wykonany na podstawie A. Peszko, *Podstawy zarządzania organizacjami*, Uczelniane Wydawnictwo Naukowo-Techniczne, Kraków 2002, s. 83–91.

W organizacjach kompetencjami zarządzają najpierw naczelne kierownictwo organizacji, następnie menedżerowie średniego szczebla i specjaliści personalni, kolejne miejsce zajmują pozostałe osoby pełniące funkcje kierownicze. Ostatnią grupą decyzyjną są wszyscy pracownicy organizacji¹³⁷. W zarządzaniu funkcjonuje wiele struktur organizacyjnych, które można podzielić na struktury tradycyjne i współczesne.

¹³⁵ Zob. A. Ksykiewicz-Dorota, *Podstawy organizacji...*, s. 20.

¹³⁶ L.F. Wolper, J.J. Pena, *Health Care Administration...*, s. 49–55.

¹³⁷ T. Oleksyn, *Zarządzanie kompetencjami...*, s. 202.

Szpitala funkcjonują zgodnie z zasadami przyjętymi w ramach struktury dywizjonalnej¹³⁸, w której głównym kryterium podziału organizacyjnego jest rodzaj świadczonych usług. Każdy z oddziałów ma swoją wewnętrzną strukturę, uzupełnieniem struktury są jednostki centralne świadczące usługi pomocnicze, takie jak zadania księgowe, kadrowe, informatyczne czy też żywieniowe. Najważniejszym typem komórek w organizacjach szpitalnych są oddziały, które stanowią podstawowy szczebel organizacyjny, na którym realizowany jest proces leczenia, przygotowywane są świadczenia medyczne dla pacjentów udzielane przez pracowników medycznych.

Struktura dywizjonalna prowadzi do zmniejszenia się elastyczności i efektywności szpitala ze względu na jego podział organizacyjny, który wzmacnia i tak istniejące różnice i podziały między personelem medycznym a pomocniczym (uzupełniającym). Rozróżnienie tych dwóch grup pracowniczych podkreśla nie tylko różnice, ale ma wpływ na jakość funkcjonowania organizacji szpitalnych. Taki podział powoduje, że pracownicy szpitala nie są z sobą zintegrowani, a funkcjonująca struktura organizacyjna nie ułatwia „zbliżenia się” oraz nawiązania pozytywnych relacji w szpitalu.

Dokonany podział organizacyjny szpitala na oddziały według usług jest prawidłowym działaniem, lecz należy dodatkowo stworzyć w ramach organizacji zespoły o charakterze interdyscyplinarnym oraz przenieść część działań administracyjnych na najniższy poziom w celu integracji pracowników z różnych grup zawodowych. Należy podjąć działania polegające na zintegrowaniu dwóch sfer, medycznej i administracyjnej. W tym celu niektórzy spośród pracowników medycznych, predysponowani do pełnienia funkcji kierowniczych, powinni otrzymać kompetencje menedżerskie. Oczywiście takie działanie musi zostać poprzedzone określeniem profilu stanowiska i dokonaniem oceny stanu rzeczywistych kompetencji.

Ustalenie profilu daje jasny obraz, jakie kompetencje są wymagane dla danego stanowiska i jaka jest ich relatywna ważność dla ponadprzeciętnej efektywności¹³⁹. Podobnie dzieje się w systemie ochrony zdrowia we Francji. Pracownicy medyczni, zarówno lekarze, jak i pielęgniarki, po przeszkoleniu mogą wypełniać zadania administracyjne, zarządzając zespołami pracowniczymi. Jednakże równolegle nie mogą wypełniać funkcji lekarza czy pielęgniarki. Na czas pełnienia funkcji kierowniczej zawieszają działalność medyczną. W innym zakresie i w innej roli służą pacjentom oraz pracownikom w szpitalu, przy czym korzystają z wiedzy specyficznej dla zawodu medycznego przy jednoczesnym wykorzystaniu kompetencji menedżerskich.

Organizacja pracy oddziałów w szpitalach jest zróżnicowana w zależności od charakteru działań, w związku z tym zróżnicowanych regulaminów oddziału czy szpitali. Do ogólnych, najważniejszych ustaleń zaliczamy: po pierwsze, oddziałami kierują ordynatorzy lub kierownicy działów (np. laboratoriów); po drugie, w części oddziałów nie ma powołanych na stałe zastępców ordynatorów – jest to rzadka

¹³⁸ Zob. A. Peszko, *Podstawy zarządzania organizacjami*, Uczelniane Wydawnictwo Naukowo-Techniczne, Kraków 2002, s. 83–91.

¹³⁹ A. Gick, M. Tarczyńska, *Motywowanie pracowników*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 1999, s. 47.

praktyka, w razie potrzeby ordynator wyznacza w sposób nieformalny swojego zastępcę; po trzecie, w niektórych szpitalach funkcjonują oddziały oparte na systemie konsultanckim; po czwarte, oddziałami albo pododdziałami kierują koordynatorzy.

Grupą definiuje się dwóch lub więcej pracowników, którzy z sobą współdziałają w realizowaniu celu działań; wszystkie osoby muszą na siebie oddziaływać, zachodzi między nimi interakcja. W ujęciu psychologicznym grupę, w której skład wchodzi co najmniej 20 lub więcej osób, uważa się za małą. Zazwyczaj grupy na poziomie operacyjnym powinny liczyć 5–6 pracowników¹⁴⁰, aby ich bezpośredni przełożony potrafił nimi efektywnie zarządzać.

Kierujący oddziałami ordynatorzy mogą być zatrudnieni na podstawie umowy o pracę (pełny etat lub jego część) bądź umowy cywilnoprawnej (zlecenie lub tzw. kontrakt). Należy przyjąć, iż rola ordynatora powinna być w każdym szpitalu szczegółowo określona i może się różnić. Każde stanowisko powinno być opisane, a w szczególności stanowiska pracy specjalistów czy też kierownicze, takie jest także stanowisko ordynatora.

Jaka jest rola ordynatora w świetle ustawy o zakładach opieki zdrowotnej? Regulacja ta bowiem nie zawiera przepisu ustalającego zasadę kierowania oddziałem przez ordynatora, ale jednocześnie reguluje kwalifikacje wyłącznie ordynatora, pomijając kwalifikacje innych osób, które mogłyby kierować oddziałem, co stanowi przeszkodę prawną w powierzeniu kierowania oddziałem innej osobie niż wskazanej w ustawie¹⁴¹.

Obecnie zazwyczaj przypisuje się ordynatorom obowiązki, które były zawarte w nieobowiązującym już załączniku do instrukcji nr 35/61 MZiOs z dnia 9 czerwca 1961 roku, a sprowadzające się do zasady „ordynator kieruje, asystenci asystują”. Stanowią one podstawę funkcjonowania na stanowisku kierownika średniego szczebla.

W powyższym dokumencie autor znalazł następujące uregulowania, które stanowiły podstawę działań realizowanych przez ordynatora:

- ordynator odpowiada za sprawne funkcjonowanie oddziału pod względem lekarskim, administracyjnym i gospodarczym oraz za właściwe leczenie chorych (paragraf 2);
- ordynator jest bezpośrednim zwierzchnikiem personelu zatrudnionego na oddziale (paragraf 6);
- ordynator kieruje pracą lekarzy zatrudnionych na oddziale (paragraf 7);
- ordynator kieruje pracą lekarzy specjalizujących się na jego oddziale, dopilnowuje, aby we właściwym czasie opanowali program specjalizacji, oraz zapewnia im właściwe warunki pracy (paragraf 8).

Według Z. Kubota, profesora prawa Uniwersytetu Wrocławskiego, kierowanie oddziałem szpitalnym wyłącznie przez ordynatora stanowiło rozwiązanie typowe i zrozumiałe w wypadku szpitali funkcjonujących w państwowej służbie zdrowia, w których podstawowym zadaniem było prowadzenie działalności leczniczej, a nie

¹⁴⁰ M.E. Shaw, *Group Dynamics: The psychology of small group behavior*, McGraw-Hill, New York 1976, s. 11.

¹⁴¹ Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 roku (Dz.U. 1991 Nr 91, poz. 408).

administracyjnej, a tym bardziej gospodarczej¹⁴². Zmiany w otoczeniu wymuszają inne podejście do stanowisk kierowniczych w systemie ochrony zdrowia, tak aby ich funkcje i realizowane zadania były dostosowane do otoczenia, a pracownicy sprawujący te funkcje byli kompetentnymi kierownikami.

Nadal jednak w ramach obowiązków przyjętych na stanowisku ordynatora realizuje się następujące zadania:

- organizacja pracy nie tylko lekarzy, lecz także całego oddziału; podział jest zazwyczaj następujący: ordynator zajmuje się organizowaniem pracy lekarzy, natomiast przed ordynatorem za pracę pielęgniarek odpowiedzialna jest pielęgniarka oddziałowa;
- nadzór nad pracą lekarzy i odpowiedzialność za przebieg leczenia, często mające charakter bezpośredni, ciągły;
- prowadzenie leczenia pacjentów na oddziale i konsultacje na innych oddziałach;
- nadzorowanie doskonalenia kompetencji zawodowych lekarzy i pielęgniarek;
- odpowiedzialność za koszty funkcjonowania oddziału i realizację kontraktu z NFZ;
- utrzymanie oddziału na odpowiednim poziomie: remonty, zakup wyposażenia, zaopatrzenie w leki;
- odpowiedzialność materialna za wyposażenie oddziału.

Aktualne przepisy prawa nie nakładają już takich obowiązków na ordynatorów, ale i status ordynatora nie jest w nich dokładnie określony. W ostatnich latach podejmowane są próby powierzenia kierowania oddziałem szpitalnym w drodze konkursu innej osobie niż lekarz, posiadającej wykształcenie niemedyczne.

Finalizację tych działań dostrzega się w ustawie o działalności leczniczej, w której ustalono nowe zasady doboru na stanowiska kierownicze na pierwszym i drugim szczeblu organizacji¹⁴³.

Z kolei w przypadku stanowiska kierownika oddziału, na które pracownicy rekrutowani są spośród pielęgniarek bądź położnych, jest zapewnienie wysokiej jakości usług świadczonych przez pielęgniarki bądź położne w okresie realizacji procesu leczenia, racjonalne wykorzystanie zasobów materialnych i ludzkich, doskonalenie zawodowe pracowników, samokształcenie, pozyskiwanie szerszego kręgu odbiorców usług, wprowadzanie zmian w organizacji pracy¹⁴⁴.

Dobry kierownik musi posiadać liczne umiejętności i cechy. Zbadanie tych danych założyły sobie badaczki M. Sobczak i K. Rakowska, które na podstawie uzyskanych wyników stwierdziły, że wykształcenie wyższe kierownika wpływa znacząco na jego umiejętności komunikacyjne, a takie cechy, jak otwartość, łatwość w nawiązywaniu kontaktów z innymi, odpowiedzialność i zorganizowanie, pomagają każdemu pracownikowi w pełnieniu funkcji kierowniczej. Z kolei nadmierna wrażliwość i im-

¹⁴² Z. Kubot, *Status ordynatora*, „ABACUS Biuro Promocji Medycznej”, 2001, 2 (10 Vol. 3), s. 60–65.

¹⁴³ Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 roku, Dz.U. 2011 Nr 112, poz. 654.

¹⁴⁴ Zob. A. Saracen, *Planowanie i organizacja pracy w oddziałach organizacyjnych i położniczych jakość opieki pielęgniarskiej*, Materiały z Ogólnopolskiej Konferencji „Jakość w opiece zdrowotnej”, Kraków 2000, s. 214–117.

pulsywność są przeszkodą w pełnieniu funkcji kierowniczej¹⁴⁵. Te dwie cechy mają charakter emocjonalny i zazwyczaj na każdym stanowisku pracy w szpitalu powinno się je neutralizować. Ich występowanie może mieć wpływ na zjawisko wypalenia zawodowego bądź niższą efektywność funkcjonowania organizacji szpitalnych.

Autor przytacza zapis zaczerpnięty z Ustawy o działalności leczniczej, art. 42, w którym określono, że „ustrój podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, a także inne sprawy dotyczące jego funkcjonowania nieuregulowane w ustawie określa statut” [podmiotu leczniczego – M.K.], natomiast art. 23 tejże ustawy zawiera zapis, że „sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, nieuregulowane w ustawie lub statucie, określa regulamin organizacyjny ustalony przez kierownika”.

Regulamin porządkowy podmiotu leczniczego, zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt 6–8, 10 i 13 powyższej ustawy o działalności leczniczej, określa w szczególności następujące działania:

- 1) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych podmiotu;
- 2) organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym;
- 3) warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 4) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat;
- 5) sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi przedsiębiorstwa podmiotu¹⁴⁶.

W większości przypadków ordynator jest faktycznie skupiony na kierowaniu pracą oddziału, lecz odbywa się to wyłącznie w czasie jego „fizycznej” obecności na oddziale. W godzinach popołudniowych, nocnych, w dni świąteczne pracą oddziału w istocie kieruje lekarz dyżurujący, niezależnie od tego, czy jest to dyżur medyczny, czy dyżur tzw. kontraktowy. Ze względu na zakres czasowy kierowanie oddziałem przez ordynatora jest ograniczone. Przez zdecydowanie większą część czasu pracy oddziału decyzje w sprawie jego funkcjonowania podejmują specjaliści, nie ordynator.

Faktyczna zależność w relacji ordynator–asystenci dotyczy tylko pewnego wycinka czasu pracy oddziału. Zależność ta nie występuje w czasie godzin dyżurowych pełnionych na podstawie umowy cywilnoprawnej w postaci tzw. kontraktu.

¹⁴⁵ M. Sobczak, K. Rakowska, *Asertywność kierownika. Doniesienie z badań nad poziomem asertywności kadry kierowniczej Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu*, „Problemy Pielęgniarskie”, 2008, t. 16, z. 1, 2, 24.

¹⁴⁶ Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 roku (Dz.U. 2011 Nr 112, poz. 654).

Do obowiązków ordynatora należy okresowa kontrola i ocena prowadzonej dokumentacji, która musi być gromadzona zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania z dnia 21 grudnia 2010 roku. Na podstawie treści tegoż rozporządzenia można wnioskować, iż nadzór ordynatora nie dotyczy prowadzenia leczenia pacjentów. Za dokumentację procesu leczenia odpowiada lekarz prowadzący lub inny wyznaczony lekarz, a wpisy do historii choroby wprowadza personel medyczny szpitala. Kontrola ordynatora jest ograniczona do okresowej kontroli wpisów do historii choroby dotyczących przebiegu hospitalizacji, oceny zakończonej historii choroby i wystawionej karty informacyjnej.

Należy wspomnieć także o innych obowiązkach administracyjnych spoczywających na ordynatorze:

- ordynator ma uprawnienia do wyrażania zgody na okresowe przebywanie poza szpitalem bez wypisywania z zakładu osoby z zaburzeniami psychicznymi leczonej w szpitalu psychiatrycznym, jeżeli nie zagraża to życiu tej osoby albo życiu i zdrowiu innych osób;
- na wniosek ordynatora kierownik zakładu opieki zdrowotnej zarządza dokonanie lub zaniechanie sekcji zwłok;
- orzeczenie o czasowej niezdolności do pracy wydaje ordynator właściwego oddziału na okres po wypisaniu pacjenta ze szpitala.

Z uwagi na to, iż oddziały w szpitalach są komórkami działalności medycznej, nie jest konieczne, aby na poziomie oddziału koncentrować funkcje administracyjne i gospodarcze. Ma to istotne znaczenie dla kształtowania statusu i funkcji osoby prowadzącej oddział i oznacza, że działalność tej osoby może się ograniczać do spraw jedynie lecznictwa. Brak koordynacji między leczeniem a sprawami kadrowymi czy też finansowymi powoduje jednakże, że kadra zarządzająca oddziałami nie w pełni wykorzystuje posiadane zasoby.

Minister Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 17 maja 2000 roku w sprawie wymagań kompetencyjnych, jakim powinny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej określonego rodzaju, osobom na stanowisku ordynatora i zastępcy postawił wymagania w zakresie specjalistycznej wiedzy medycznej i doświadczenia zawodowego lekarza, a więc dotyczące wyłącznie medycznej, leczniczej działalności oddziału. Nic nie wspomina o płaszczyźnie menedżerskiej opisywanego stanowiska ordynatora, który powinien mieć wiedzę oraz umiejętności interpersonalne i społeczne potrzebne na stanowisku kierowniczym. Może to wynikać z faktu, że funkcje administracyjne oraz gospodarcze w strukturze organizacyjnej podmiotów leczniczych zostały ulokowane na wyższym szczeblu organizacyjnym, bez bezpośredniej relacji z ordynatorem, pozostawione zostały rozstrzygnięciu na poziomie zarządu. Wiąże się z tym sprawa zwolnienia lekarzy z odpowiedzialności za koszty funkcjonowania oddziałów. Dla lekarzy w organizacji pracy oddziału zasadnicze są trzy zagadnienia, które trudno z sobą pogodzić: samodzielność w prowadzeniu leczenia, odpowiedzialność zawodowa za podejmowane decyzje i realizacja obowiązku doskonalenia zawodowego. Równoczesne realizowanie tych zadań ma wpływ na funkcjonowanie szpitali, w których decyzje kadrowe i finansowe realizowane są na

poziomie centralnym, a aspekty usługowe dotyczące procesu leczenia na poziomie oddziału. W ten sposób nie ma powiązania między opisywanymi płaszczyznami funkcjonowania organizacji szpitalnych.

2.2. Struktura zawodowa personelu medycznego

Zgodnie z obowiązującymi regulacjami prawnymi, które wyznaczają organizację ochrony zdrowia w Polsce, do zatrudnionych w podmiotach leczniczych należy zaliczyć:

- pracowników działalności podstawowej, to znaczy personel medyczny, który zwyczajowo można podzielić na podstawowy personel medyczny oraz pomocniczy personel medyczny;
- pracowników technicznych, ekonomicznych i administracyjnych, stanowiących personel szpitala, który realizuje zadania niezwiązane z procesem leczenia i nie świadczy usług medycznych. Ich główne zadania dotyczą spraw organizacyjnych, ekonomicznych, finansowych i innych;
- pracowników gospodarczych i obsługi¹⁴⁷.

Na początku rozważań autor zwrócił uwagę na fakt, że żaden akt prawny nie zawiera wykazu zawodów medycznych. Przepisy prawa nie określają również, co należy rozumieć pod pojęciem „zawodu medycznego”. Jest to termin przyjęty w żargonie ochrony zdrowia, lecz nie jest zdefiniowany. Przyjmuje się, że za zawód medyczny uznaje się te profesje, które są związane z działaniami medycznymi, w tym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych mających na celu ochronę zdrowia pacjenta, zachowanie, ratowanie, przywracanie i poprawę zdrowia. Zgodnie z treścią art. 4 Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn.: Dz.U. z 2007 roku Nr 14, poz. 89 z późn. zm.), świadczenia zdrowotne mogą być udzielane przez zakłady opieki zdrowotnej oraz przez osoby fizyczne wykonujące zawód medyczny lub przez grupową praktykę lekarską, grupową praktykę pielęgniarek, położnych, na zasadach określonych w odrębnych przepisach.

Ustawa o działalności leczniczej zniósła wcześniejszy akt prawny i również nie zdefiniowała pojęcia zawodu medycznego, a jedynie opisuje człowieka wykonującego zawód medyczny jako osobę uprawnioną na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny¹⁴⁸.

Głównymi zawodami medycznymi są następujące profesje:

- lekarz i lekarz dentyista – zasady i warunki wykonywania tych zawodów uregulowane są w Ustawie z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (tekst jedn.: Dz.U. z 2008 roku Nr 136, poz. 857) ze zmianami z dnia 28 kwietnia 2011 roku;

¹⁴⁷ Zob. U. Erfurt, *Pracownicy zakładu opieki zdrowotnej*, http://www.emedyk.pl/arttykul.php?Idartykul_rodz_aj=10&idartykul=545 (dostęp: 21.09.2006).

¹⁴⁸ Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15.04.2011, art. 2.1, 2.2.

- pielęgniarka i położna – zasady i warunki wykonywania tych zawodów są uregulowane w Ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 roku (Dz.U. 2011.174.1039);
- farmaceuta – zasady i warunki wykonywania tego zawodu uregulowane są w Ustawie z dnia 19 kwietnia 1991 roku o izbach aptekarskich (tekst jedn.: Dz.U. z 2008 roku Nr 136, poz. 856);
- diagnosta laboratoryjny – zasady i warunki wykonywania tego zawodu uregulowane są w Ustawie z dnia 27 lipca 2001 roku o diagnostyce laboratoryjnej (tekst jedn.: Dz.U. z 2004 roku Nr 144, poz. 1529 z późn. zm.);
- ratownik medyczny – nowelizacja Ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym, weszła w życie z dniem 31 grudnia 2012 roku (Dz.U. Nr 191, poz. 1410 z późn. zm.).

Podstawową grupę pracowników medycznych tworzą lekarze oraz pielęgniarki i położne. Ci pierwsi reprezentowani są przez szerokie grono lekarzy o różnorodnych specjalnościach (w strukturze klasyfikacji zawodów i specjalności znajdują się pod oznaczeniem 2231) oraz pielęgniarki i położne (pod pojęciem pielęgniarki rozumie się również profesję położnej), które jako pracowników świadczących usługi medyczne (odpowiednio 2241 i 2242) zaliczamy do specjalistów ochrony zdrowia¹⁴⁹.

Zdaniem Światowej Organizacji Zdrowia kryzys dotyczący personelu medycznego będzie się nasilał we wszystkich krajach – zarówno wysoko, jak i słabo rozwiniętych. Skutki tego zjawiska nie ominą również Polski. Szacuje się, że na świecie brakuje przeszło 4,25 mln pracowników medycznych, szczególnie z podstawowej grupy zawodów – lekarzy i pielęgniarek^{150,151}. Tylko w Stanach Zjednoczonych Ameryki do 2020 roku niedobór kadry pielęgniarskiej wyniesie 800 000 osób¹⁵². Są to wielkości, których nie uda się uzupełnić, korzystając z własnych zasobów kadrowych, będą one uzupełniane na zasadzie emigracji zarobkowej z innych państw na świecie.

Nadmierny odpływ personelu medycznego może mieć negatywny wpływ na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia także ze względu na pogarszającą się niekorzystną strukturę demograficzną w tej grupie zawodowej.

Według J. Friedigera, który pełni funkcję przewodniczącego Krakowskiej Izby Lekarskiej, Polska zaczyna się borykać z problemem luki pokoleniowej wśród pracowników ochrony zdrowia¹⁵³. Wśród 126 337 lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu ponad 23 000 przekroczyło wiek emerytalny, co stanowi 18,21% wszystkich lekarzy, a w przedziale wiekowym między 55. a 64. rokiem życia jest około 18 000 specjalistów (14,25%). Łącznie lekarze mający więcej niż 55 lat stano-

¹⁴⁹ Klasyfikacja zawodów i specjalności, Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 12 listopada 2012 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy i zakresu jej stosowania (Dz.U. z dnia 19 listopada 2012 roku, poz. 1268).

¹⁵⁰ Zob. J. Wojteczek, *Pięć lat bez lekarzy*, „Menedżer Zdrowia”, 2009, 5, s. 23–27.

¹⁵¹ Zob. *Working together for health*. The World Health Raport, Geneva 2006.

¹⁵² P. Pittman, L.H. Aiken, J. Buchan, *International Migration of Nurses: Introduction*, „Health Services Research”, 2007, 42 (3), s. 1275–1280.

¹⁵³ J. Wojteczek, *Pięć lat bez lekarzy*, s. 23–27.

wią 32,46% specjalistów w tym zawodzie. Lekarzy, którzy nie ukończyli 35 lat, jest niespełna 12 000¹⁵⁴, czyli 9,5% wszystkich przedstawicieli tej profesji.

Równie niekorzystna jest struktura wiekowa pielęgniarek. Według danych Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w ostatnich kilku latach z pracy odeszło 1800 pielęgniarek, a przybyło jedynie 400¹⁵⁵, czyli różnica jest 4,5-krotna. Rządowe Centrum Studiów Strategicznych prognozowało, że w 2010 roku niedobór pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia wyniesie około 61 000 osób¹⁵⁶. Jednocześnie od momentu wejścia Polski do Unii Europejskiej w maju 2004 roku prawie 5% personelu medycznego wystąpiło o zaświadczenia z izby lekarskiej uprawniające do pracy za granicą¹⁵⁷.

Przedłożone dane pokazują negatywną tendencję w polskim systemie ochrony zdrowia, wynikającą z ograniczonej podaży kształconych przyszłych lekarzy i pielęgniarek ze względu na ograniczoną liczbę osób przyjmowanych na kierunki medyczne w polskich uczelniach wyższych, jak również wysoki koszt wykształcenia personelu medycznego, w szczególności lekarzy specjalistów, oraz emigrację zarobkową przedstawicieli tych grup zawodowych.

Opisane negatywne zjawisko jest wzmocnione przez odejście lekarzy i pielęgniarek na emeryturę, które jest większe od dopływu nowej kadry medycznej na rynek pracy. Wskutek tego może nastąpić zachwianie pokoleniowe w podstawowych zawodach z grupy pracowników medycznych, szczególnie groźne w zawodach specjalistycznych, w których wymagana jest duża wiedza, umiejętności oraz doświadczenie zawodowe. Są to kompetencje, które można doskonalić nie tylko w trakcie procesu edukacyjnego, lecz przede wszystkim w okresie pracy zawodowej pod kierunkiem lekarza – mistrza w swojej profesji. W ten sposób przekazywana jest ulotna wiedza i umiejętności, których nie da się doskonalić w procesie kształcenia zawodowego.

2.3. Kompetencje zawodowe personelu medycznego

Kapitał intelektualny określany był przez T.A. Stewarta^{158,159} i K.E. Sveiby'ego¹⁶⁰ jako „bogactwo organizacji”. Natomiast dla R. Dzinkowskiego¹⁶¹ synonimem kapitału intelektualnego jest „skarby organizacji”. Powszechnie kapitał jest postrzegany

¹⁵⁴ *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2008*, Warszawa 2008.

¹⁵⁵ A. Domagała, *Kadry medyczne w ochronie zdrowia. Tendencje zmian w kraju i na świecie*, „Polityka Społeczna”, 2008, 7, s. 5–11.

¹⁵⁶ J. Wojteczek, *Pięć lat bez lekarzy*, s. 23–27.

¹⁵⁷ H. Jędrkiewicz, *Problematyka migracji lekarzy specjalistów w wybranych czasopismach i na internetowych forach medyków*, „Probl. Hig. Epidemiol.”, 2012, 93 (1), s. 216–222.

¹⁵⁸ T.A. Stewart, *Intellectual capital: The New Wealth of Organizations*, Nicholas Brealey, London 1997, s. 53–106.

¹⁵⁹ *Idem*, *The Wealth of Knowledge: Intellectual Capital and the Twenty-first Century Organization*, Nicholas Brealey Publishing Limited, New York 2002, s. 65–125.

¹⁶⁰ Zob. K.E. Sveiby, *The New Organizational Wealth: Managing and Measuring knowledge-based assets*, Berrett-Koehler Publishers, San Francisco 1997, s. 3–50.

¹⁶¹ R. Dzinkowski, *Buried Treasure*, World Accounting Report Financial Times, Issue 2:4, May 1999.

jako czynnik napędzający globalną gospodarkę przyszłości i jednocześnie klucz do sukcesu w XXI wieku. Przyglądając się rynkowi pracy, można dojść do wniosku, że najcenniejszym kapitałem pracowników medycznych są właśnie ich kompetencje¹⁶².

Pracownicy zaliczani do podstawowego personelu medycznego stanowią najliczniejszą i najważniejszą grupę pod względem liczebności oraz istotności dla funkcjonowania szpitala. Aby zakwalifikować osobę do grupy składającej się z podstawowego personelu medycznego, musi ona spełniać następujące warunki:

- ukończyć wyższe studia medyczne; czynne pielęgniarki muszą uzupełnić wykształcenie wyższe na studiach pierwszego lub drugiego stopnia do 31 grudnia 2020 roku, po tym okresie nie będą posiadały kwalifikacji uprawniających do pełnienia funkcji pielęgniarki bądź położnej;
- uzyskać medyczne kwalifikacje zawodowe w trybie przejściowym lub na podstawie odbytego szkolenia zawodowego;
- posiadać wykształcenie wyższe lub średnie, inne niż określone wyżej, gdy posiadane kwalifikacje zawodowe mają zastosowanie przy udzielaniu świadczeń w działalności podstawowej, jeżeli jest się zatrudnionym na stanowiskach, na których te kwalifikacje są wymagane^{163,164}.

Szczególną grupę pracowników podmiotów leczniczych stanowią lekarze i pielęgniarki, którzy są pracownikami pierwszego kontaktu i najczęściej mają do czynienia z pacjentami, a świadczenia medyczne realizowane są przez nich podczas bezpośredniego kontaktu z pacjentem, inaczej niż w przypadku diagnostów laboratoryjnych czy farmaceutów.

Zawód lekarza charakteryzuje się pewnymi cechami, które w sposób zasadniczy odróżniają go od innych zawodów. Są to w szczególności:

- czas kształcenia lekarza, który jest wyjątkowo długi, jednakże ostatnie zmiany działają niekorzystnie, likwidując staż podyplomowy – studenci odbędą praktykę na szóstym roku studiów¹⁶⁵;
- na płaszczyźnie prawnej lekarze są zmuszeni do uzupełniania kwalifikacji zawodowych na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów z dnia 6 października 2004 roku;
- po ukończeniu wydziału lekarskiego uczelni medycznej absolwent jest przygotowany jedynie do pracy w zawodzie lekarza. Należy zwrócić uwagę na koszt wykształcenia jednego lekarza. Szacuje się, że w Polsce koszt wykształcenia lekarza specjalisty wynosi 310 000 zł¹⁶⁶, a w Wielkiej Brytanii ponad

¹⁶² M.D. Głowacka, E. Mojs, *Profesjonalne zarządzanie kadrami w zakładach opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010, s. 42.

¹⁶³ Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 roku (Dz.U.2011.174.1039).

¹⁶⁴ Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentyisty z dnia 5 grudnia 1996 roku (tekst jedn.: Dz.U. z 2008 roku Nr 136, poz. 857), ze zmianami z dnia 28 kwietnia 2011 roku.

¹⁶⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentyisty z dnia 26 września 2012 roku (Dz.U. 2012 Nr 0, poz. 1082) i Rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentyisty z dnia 20 grudnia 2012 roku (Dz.U. 2012 Nr 0, poz. 1543).

¹⁶⁶ *Prognoza skali emigracji lekarzy z Polski*, red. K. Krajewski-Siuda, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Bytom 2008, s. 24.

250 000 funtów¹⁶⁷. Kwoty te świadczą o dużych nakładach na wykształcenie kadry medycznej, jednakże nie dają one gwarancji, że młodzi lekarze czy też pielęgniarki zostaną w kraju. Mogą podjąć decyzję o emigracji zarobkowej do kraju, w którym więcej zarobią. Przykładem jest zjawisko zachodzące w Zambii, w której na 600 lekarzy kończących naukę tylko 50 praktykuje w kraju. Równie dramatyczna sytuacja jest w Zimbabwie, skąd wyjechało ponad 80% lekarzy, pielęgniarek i terapeutów, którzy ukończyli wydział medyczny Uniwersytetu Zimbabwe po 1980 roku¹⁶⁸;

- utrzymanie stanowiska pracy jednego lekarza przy zachowaniu należytego standardu jest niezwykle drogie¹⁶⁹.

Oprócz wymagań kwalifikacyjnych przedstawiciele zawodów medycznych muszą działać na podstawie aktów prawnych, które narzucają odpowiedzialność zawodową w ramach wykonywanych zadań. Artykuł 41 i nast. Ustawy z dnia 17 maja 1989 roku o izbach lekarskich (Dz.U. 89.30.158 ze zm.) mówi, że lekarze podlegają odpowiedzialności zawodowej przed sądami lekarskimi, a nie przed innym lekarzem, pełniącym nawet funkcję kierowniczą, ponieważ to samorząd lekarski zgodnie z art. 4 te same ustawy sprawuje pieczę i nadzór nad należyty i sumiennym wykonywaniem zawodu lekarza – sądy lekarskie rozpatrują sprawy z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy, rzecznicy zaś prowadzą postępowanie w sprawach odpowiedzialności zawodowej (art. 28 i 29 te same ustawy).

Natomiast w art. 35 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. 05.226.1943 ze zm.) podkreśla się, że „jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego albo stosowania metody leczniczej lub diagnostycznej wystąpią okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia [...], lekarz ma obowiązek zasięgnąć opinii lekarza [...] tej samej specjalności”, natomiast w art. 37, że „w razie wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych lekarz [...] powinien zasięgnąć opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizować konsylium lekarskie”.

Nieco inaczej przedstawia się sytuacja w przypadku pracy pielęgniarek. Z jednej strony realizują one polecenia lekarzy, z drugiej przełożonej pielęgniarek¹⁷⁰. Mając to na uwadze, przyjmuje się, że do podstawowych obowiązków pielęgniarek zalicza się:

- wykonywanie zabiegów;
- pomoc pacjentom;
- czynności ogólnoporzędkowe, utrzymywanie w czystości instrumentów, troskę o zaopatrzenie;

¹⁶⁷ S. Bach, *International migration of health Workers: Labor and social issues*, International Labor Office, Geneva, July 2003.

¹⁶⁸ S. Webster, L. Morgantini, *Wspólne zgromadzenie parlamentarne AKPUE*, Sprawozdanie w sprawie migracji wykwalifikowanych pracowników i jej konsekwencji dla rozwoju krajowego, Komisja Spraw Społecznych i Środowiska, 8.03.2007.

¹⁶⁹ Zob. J. Obmach, W. Słomczyński, *Planowanie rozwoju kadry lekarskiej, ekspertyza*, Uniwersytet Jagielloński, Kraków, XII 2000, <http://www.im.uj.edu.pl/JerzyOmbach/MZ2000.pdf> (dostęp: 17.09.2006).

¹⁷⁰ Zob. A. Koper, L. Wdowiak, I. Wrońska, *Służbowe więzi organizacyjne w szpitalu*, „Zdrowie Publiczne”, 2003, 1/2, s. 15.

- czynności administracyjno-organizacyjne dotyczące opracowania dokumentów procesu leczenia;
- uczestnictwo w naradach, odprawach i instruktażach;
- opiekę psychologiczną nad pacjentami¹⁷¹.

Zgodnie z definicją brytyjskiej Rady Pielęgniarek i Położnych pod pojęciem kompetencji pielęgniarki należy rozumieć zdolności i umiejętności wykonywania praktyki zawodowej w sposób bezpieczny, efektywny, bez konieczności nadzoru innej osoby¹⁷².

W odniesieniu do lekarzy i pielęgniarek procedury podnoszenia kwalifikacji są ściśle określone przepisami prawnymi, które w sposób szczegółowy wskazują ramowy program specjalizacji w poszczególnych dziedzinach medycyny i zawierają następujące elementy: (1) zakres wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych, które powinny być zrealizowane w ramach określonej specjalności; (2) formy zdobywania wiedzy teoretycznej i nabywania umiejętności praktycznych (kursy wprowadzające, kursy szkoleniowe, samokształcenie, staże kierunkowe, szkolenie i uczestniczenie w wykonywaniu określonych zabiegów, pełnienie dyżurów lekarskich); (3) okres trwania specjalizacji; (4) sposób sprawdzania wiedzy teoretycznej i nabytych umiejętności; (5) wykazanie się praktyczną znajomością przynajmniej jednego z języków obcych (angielskiego, francuskiego, niemieckiego)¹⁷³.

Specjalizacja może być prowadzona przez odpowiednie jednostki organizacyjne, określone w ustawie o zawodzie lekarza, po uzyskaniu wpisu na listę sporządzoną przez ministra zdrowia i opieki społecznej oraz po spełnieniu określonych warunków. Lekarz odbywa specjalizację pod kierunkiem wybranego przez siebie specjalisty, wyznaczonego przez kierownika jednostki organizacyjnej prowadzącej specjalizację. Kierownikiem specjalizacji musi być lekarz specjalista z określonej dziedziny medycyny.

Zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami lekarze muszą zdobywać jednostopniową specjalizację. Natomiast dotychczas obowiązujące specjalizacje I i II stopnia w poszczególnych dziedzinach medycyny pozostaną ważne, ale uzyskane w nowym trybie będą równoznaczne z II stopniem specjalizacji uzyskanej wcześniej. Oznacza to, że nie będzie specjalizacji I stopnia.

Personel pielęgniarski może również uzyskiwać specjalizację na podstawie dwuletniego kursu prowadzonego przez szpitale wyznaczone do kształcenia w ramach określonych specjalności, np. pediatrii, anestezjologii, instrumentowania, położnictwa itp.

Opieka medyczno-pielęgniarska może przebiegać zadowalająco tylko wtedy, kiedy wszystkie jednostki organizacyjne szpitala – każda z osobna i wszystkie razem – funkcjonują właściwie. Tymczasem – jak można zauważyć – tylko wysoka jakość świadczeń medycznych i pozamedycznych zapewni jakościowo dobrą opiekę nad pacjentem. Ponadto warto podkreślić, że wszyscy pracownicy zakładu opieki zdrowot-

¹⁷¹ Zob. M. Gramlewicz, *Oblicza kryzysu społecznego w polskiej służbie zdrowia*, „Śląsk” Wydawnictwo Naukowe, Katowice 2007, s. 240.

¹⁷² *Midwifery and Health Visiting*, United Kingdom Central Council for Nursing, 1999, Nr 35.

¹⁷³ Por. U. Erfurt, *Pracownicy zakładu opieki zdrowotnej...*

nej, szczególnie w szpitalu akredytowanym, zobowiązani są do odbycia przynajmniej raz w roku szkolenia doskonalącego bądź przypominającego, związanego z wykonywanym zakresem obowiązków. Zgodnie z przepisami prawa oraz standardami akredytacyjnymi istnieje obowiązek dokumentowania wszystkich szkoleń załogi.

W procesie świadczenia usług praca ludzka jest podstawowym czynnikiem wytwórczym. W jednostce gospodarującej, jaką jest zakład opieki zdrowotnej, pacjent, czyli jego klient, ma ciągły kontakt z wieloma osobami z personelu. Poziom jego zadowolenia jest zależny od sposobu, w jaki jest traktowany, od fachowości, uprzejmości i szybkości świadczonej mu pomocy. Z kolei na zachowanie pracowników ma wpływ satysfakcja, jaką czerpią oni z wykonywanego zawodu. Praca w zakładach opieki zdrowotnej wymaga dużego poświęcenia, a także wiąże się z odpowiedzialnością za stan zdrowia i często też życie innych ludzi. Wszystko to powoduje, że w tych podmiotach organizacyjnych należy położyć duży nacisk na racjonalne gospodarowanie czynnikiem ludzkim oraz motywowanie pracowników do jak najlepszego wykonywania obowiązków¹⁷⁴.

Ze względu na trudności z określeniem potencjału kompetencji zawodowych personelu medycznego autor zaproponował wzór na zmierzenie globalnego poziomu wykształcenia pracowników medycznych szpitali, który jest składnikiem łatwo mierzalnym. Ocenę kompetencji należy przeprowadzić, korzystając z bardziej zaawansowanych oraz złożonych narzędzi (wiedza, umiejętności).

W celu wyznaczenia wskaźnika ogólnego potencjału wykształcenia personelu medycznego w całej organizacji szpitalnej należy liczbę pracowników poszczególnych poziomów wykształcenia na koniec badanego okresu pomnożyć przez mnożnik odpowiadający danemu poziomowi wykształcenia i dodać otrzymane iloczyny.

$$Pow = \sum Ppw \cdot Lp$$

gdzie:

- Pow – ogólny potencjał wykształcenia na koniec badanego okresu w szpitalu bądź na oddziale,
- Ppw – liczba pracowników o danym poziomie wykształcenia na koniec badanego okresu,
- Lp – mnożnik odpowiadający danemu poziomowi wykształcenia¹⁷⁵.

Do obliczania wskaźnika potencjału wykształcenia personelu medycznego przyjmuje się następujące wartości mnożników, odpowiadające liczbie lat nauki szkolnej na poszczególnych poziomach wykształcenia: wyższe specjalistyczne – 20 lat (autor wziął pod uwagę najkrótszy okres trwania specjalizacji)¹⁷⁶, wyższe – 17 lat, wyższe niepełne zawodowe – 15 lat, policealne i średnie zawodowe pełne – 13 lat oraz średnie ogólnokształcące pełne – 12 lat. Badania można podzielić na dwie grupy

¹⁷⁴ M. Majewski, J. Nowomiejski, *Analiza zatrudnienia w zakładzie opieki zdrowotnej...*, s. 345–357.

¹⁷⁵ *Ibidem*, s. 350–351.

¹⁷⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów z dnia 20 października 2005 roku (Dz.U. 05.213.1779).

zawodowe (lekarzy i pielęgniarki) i na tej podstawie określić potencjał kwalifikacji zawodowych, a nawet menedżerskich. Na podstawie przeprowadzonych badań empirycznych w 21 szpitalach autor stwierdza, że w przypadku kwalifikacji menedżerskich potencjał personelu medycznego nie osiąga wysokiego poziomu.

2.4. Ścieżka profesjonalna lekarzy

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 roku w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz.U. 04.231.2326 ze zm.), na każdym z lekarzy spoczywa obowiązek doskonalenia zawodowego obejmującego stałą aktywność zawodową w ramach samokształcenia lub w zorganizowanych formach kształcenia podyplomowego; dopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego lekarza potwierdza wyłącznie okręgowa rada lekarska.

W art. 19 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz.U. 05.226.1943 ze zm.) stwierdza się m.in., iż kształcenie podyplomowe lekarzy mogą prowadzić podmioty uprawnione do prowadzenia stażu podyplomowego, specjalizacji, medyczne szkoły wyższe, szkoły prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, medyczne jednostki badawczo-rozwojowe oraz inne podmioty, po uzyskaniu wpisu w rejestrze podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentyistów.

Ustawodawca w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 roku w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz.U. 05.213.1779) w paragrafie 25 zapisał, iż „kierownikiem specjalizacji jest lekarz specjalista w dziedzinie medycyny będącej przedmiotem specjalizacji” (paragraf 25 ust. 1), jak również że „lekarz odbywa specjalizację pod kierunkiem wybranego przez siebie lekarza spośród lekarzy wykonujących swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby w danej jednostce organizacyjnej albo spośród lekarzy, o których mowa w paragrafie 11 ust. 2 pkt 6 i 7, wyznaczonych przez kierownika tej jednostki [...]” (paragraf 25 ust. 2), a w paragrafie 26 wyznacza kierownikowi specjalizacji szereg obowiązków dotyczących całości przebiegu specjalizacji. Odpowiedzialność za szkolenie lekarza specjalizującego się ponosi w całości kierownik specjalizacji, a nie ordynator.

Podobnie rozwiązana jest sprawa stażu podyplomowego w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 marca 2004 roku w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentyisty (Dz.U. 04.57.553 ze zm.). Paragraf 6 określa sytuację, w której odbywany staż nadzoruje koordynator wyznaczony przez kierownika zakładu spośród lekarzy zatrudnionych w zakładzie. Natomiast w paragrafie 7 tego samego rozporządzenia stwierdzono, że odbywanie stażu cząstkowego na oddziale szpitalnym nadzoruje opiekun, którego wyznacza ordynator spośród zatrudnionych na oddziale lekarzy.

Koordynator planuje i nadzoruje przebieg realizacji stażu oraz decyduje o sprawach związanych ze szkoleniem stażystów, w szczególności:

- dokonuje okresowych ocen przebiegu stażu z udziałem m.in. ordynatorów;
- wystawia stażystom opinie zawodowe po zapoznaniu się ze stanowiskiem m.in. ordynatorów.

Pracownik pełniący funkcję ordynatora w szpitalu zgodnie z paragrafem 12 powyższego rozporządzenia jest odpowiedzialny za przeprowadzenie kolokwium na zakończenie stażu cząstkowego lekarza stażysty.

Zapewnienie społeczeństwu odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych jest wyzwaniem dla współczesnego systemu ochrony zdrowia. Przesłankami przemawiającymi za poprawą jakości są nie tylko aspekty etyczne, ale również względy ekonomiczne. Jakość w systemie ochrony zdrowia można definiować jako uzyskiwanie maksymalnie skutecznych działań przy danych nakładach oraz przy zachowaniu wysokiego poziomu bezpieczeństwa. Nie jest to jedyna definicja tego pojęcia, gdyż jest ono wielowymiarowe i trudne do uchwycenia. Większość definicji jakości świadczeń zdrowotnych koncentruje się na dwóch kwestiach: optymalizacji wysiłków zdrowotnych przy posiadanym poziomie wiedzy oraz konieczności spełnienia oczekiwań społecznych dotyczących funkcji opieki zdrowotnej¹⁷⁷.

Akty prawne precyzują liczbę punktów edukacyjnych, które należy uzyskać w określonym czasie. Przykładowo lekarze i lekarze dentyści w ciągu czterech lat muszą się wykazać otrzymaniem co najmniej 200 punktów edukacyjnych, aby uzyskać specjalizację w określonej dziedzinie¹⁷⁸. Tym samym lekarze realizujący zadania związane z awansem zawodowym nie mają czasu na realizowanie równoległe dwóch ścieżek rozwoju, zarówno medycznej, jak i menedżerskiej. Skutkiem tego pracownicy medyczni charakteryzują się wysokimi kompetencjami medycznymi, wiedzą i umiejętnościami zawodowymi, jednakże nie posiadają aż tak rozwiniętych umiejętności interpersonalnych. Stąd wniosek, że aby lekarz mógł pełnić funkcję menedżerską, nie może być kształtowany w tym zakresie przed albo w trakcie zdobywania specjalizacji w wykonywanym, podstawowym zawodzie. W trakcie stażu specjalizacyjnego lekarze mogą kreować umiejętności interpersonalne, tak potrzebne zarówno na zajmowanym stanowisku pracy, jak i na stanowisku kierowniczym. Dopiero po uzyskaniu awansu zawodowego pracownicy medyczni powinni być ocenieni pod względem predyspozycji do pełnienia funkcji kierowniczych, a następnie doskonalić wiedzę menedżerską w celu wykorzystania doskonalonych kompetencji na pierwszym bądź drugim poziomie zarządzania przez ordynatorów oddziałów szpitalnych.

¹⁷⁷ *Zarządzanie w ochronie zdrowia. Problemy wybrane*, red. R. Lewandowski, R. Walkowiak, Wydawnictwo Olsztyńska Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania im. Prof. T. Kotarbińskiego, Olsztyn 2011, s. 107–114.

¹⁷⁸ Załącznik Nr 3 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków z dnia 6 października 2004 roku (Dz.U. z 2004 r., Nr 231, poz. 2326).

2.5. Ścieżka profesjonalna pielęgniarek

Rozwój zawodowy pielęgniarek i położnych odbywa się na wniosek pracodawcy lub ze względu na własne potrzeby. Ramowe programy kształcenia podyplomowego dla specjalizacji opracowywane są przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, po konsultacji z Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych i zatwierdzeniu przez Ministra Zdrowia. Pielęgniarki i położne mogą korzystać również z kursów doszkalających, specjalistycznych i kwalifikacyjnych.

Sposób doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych określa Nowa Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 roku (Dz.U. 2011 Nr 174, poz. 1039). Ustawa weszła w życie z dniem 1 stycznia 2012 roku, z wyjątkiem art. 95 i art. 99, które weszły w życie z dniem 23 sierpnia 2011 roku. Kształcenie farmaceutów zapisane jest w Ustawie z dnia 6 września 2001 roku Prawo farmaceutyczne (Dz.U. Nr 126, poz. 1381), które stanowi, iż każdy „farmaceuta zatrudniony w aptece lub hurtowni farmaceutycznej zobowiązany jest do podnoszenia kwalifikacji zawodowych poprzez uczestnictwo w ciągłym szkoleniu, celem aktualizacji posiadanego zasobu wiedzy oraz stałego doskonalenia się w zakresie nowych osiągnięć nauk farmaceutycznych. Szczegóły tego kształcenia reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2003 roku w sprawie ciągłych szkoleń farmaceutów zatrudnionych w aptekach i hurtowniach farmaceutycznych” (Dz.U. Nr 132, poz. 1238, z późn. zm.). Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2007 roku w sprawie doskonalenia zawodowego ratowników medycznych (Dz.U. Nr 191, poz. 1410) reguluje powyższe kwestie w zakresie pracowników będących ratownikami medycznymi.

Efektywność zawodowa pielęgniarki to jej sprawność, skuteczność i profesjonalizm w realizacji zadań zawodowych, mierzone m.in. poziomem jakości wykonywanych usług oraz poziomem urzeczywistnienia sprecyzowanych celów¹⁷⁹ personalnych i organizacyjnych.

Pielęgniarki i położne mogą uzyskać następujące wykształcenie w ramach szkół pielęgniarskich: tytuł zawodowy pielęgniarki (położnej) po ukończeniu szkoły pielęgniarskiej (położnych) o randze szkoły pomaturalnej, tytuł zawodowy licencjata pielęgniarstwa (położnictwa) po studiach wyższych zawodowych oraz tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa (położnictwa) po ukończeniu studiów magisterskich jednolitych lub uzupełniających po studiach pierwszego stopnia zgodnie z przyjętym nazewnictwem w procesie bolońskim¹⁸⁰.

¹⁷⁹ M.D. Głowacka, *Czynniki inspirujące zmiany w procesie doskonalenia kadr szpitala*, [w:] *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Wybrane konteksty teoretyczno-praktyczne*, red. M.D. Głowacka, Wydawnictwo Termedia, Poznań 2004, s. 226.

¹⁸⁰ Deklaracja Bolońska. Szkolnictwo wyższe w Europie, wspólna Deklaracja Europejskich Ministrów Edukacji, zebranych w Bolonii w dniu 19 czerwca 1999.

2.6. Składowe kompetencje menedżerskich w organizacji szpitalnej

Organizacja opieki musi uwzględniać przede wszystkim bezpieczeństwo pacjenta oraz sprzyjać wszechstronnemu rozwojowi zespołu terapeutycznego. Jest to proces złożony i realizowany w kilku zakresach: komunikacji, współpracy i kierowania¹⁸¹.

H. Fayol stwierdził, że przełożeni bardziej potrzebują umiejętności kierowniczych niż technicznych. Znaczenie umiejętności kierowniczych zależy od dwóch czynników: wielkości organizacji i pozycji w strukturze władzy¹⁸². Od dyrektorów wymaga się zespołu cech, które mają wspomagać, uskutecznić i wdrażać pomysły wynikające z wiedzy i umiejętności menedżerskich w zarządzaniu organizacją.

Diagnoza kompetencji pracownika ma na celu ustalenie obecnie posiadanych i/lub potencjalnie możliwych do osiągnięcia przez pracownika kompetencji niezbędnych do skutecznego, efektywnego i jakościowo odpowiedniego osiągania celów i realizacji zadań. Badanie kompetencji powinno się odbywać z wyraźnym wskazaniem i zdefiniowaniem poszczególnych komponentów kompetencji, a w szczególności:

- wiedzy w potocznym rozumieniu (wiedza deklaratywna, czyli wiem co);
- umiejętności (wiedza proceduralna, wiem jak i potrafię to wykonać);
- postaw – zachowań (chcę i jestem gotów wykorzystać swoją wiedzę)¹⁸³.

Sprawdzenie rezultatów takich szkoleń może się odbyć poprzez badanie jakości obsługi i satysfakcji pacjentów lub za pomocą tzw. tajemniczego pacjenta. Wtedy to oceniane są zwyczajowe zachowania pracowników podczas rutynowych czynności, gdyż nie mają oni świadomości, że są obserwowani (sprawdza się zachowanie w kontakcie z pacjentem, radzenie sobie z dokumentacją). Można również wziąć pod uwagę rekomendacje pacjentów, poddać analizie dane statystyczne związane np. z liczbą nowych osób zgłaszających potrzebę leczenia, jak również wykorzystać wynik oceny okresowej pracowników.

Do problemów powiązanych z praktyką lekarską i pracą z ludźmi należy wypalenie zawodowe. Dodatkowo nie wszyscy lekarze potrafią komunikować się z pacjentem w sposób dla niego zrozumiały. Stąd potrzeba doskonalenia kompetencji komunikacji (umiejętności przeprowadzenia trudnej rozmowy, radzenia sobie z pacjentem przestraszonym, manipulującym, umierającym).

P. Drucker w 1954 roku uzupełnił cztery składowe zarządzania: planowanie, organizowanie, motywowanie i kontrolowanie o piątą – dotyczącą rozwoju pracowników¹⁸⁴. W związku z tym można stwierdzić, że celem szkoleń jest przygotowanie i wprowadzenie pracownika w zakres nowych obowiązków związanych z pracą, doskonalenie kompetencji lub przekwalifikowanie zawodowe. Szkolenie pracowników

¹⁸¹ S. Kirk, D. Parker, T. Claridge, A. Esmail, M. Marshall, *Patient safety culture in primary care: developing a theoretical frame-work for practical use*, „Quality & Safety in Health Care”, 2007, 16 (4), s. 313–320.

¹⁸² J.A.F. Stoner, C. Wankel, *Kierowanie*, PWE, Warszawa 1994, s. 35–36.

¹⁸³ M. Kossowska, I. Sołtysińska, *Szkolenia pracowników a rozwój organizacji*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2002, s. 14.

¹⁸⁴ M. Kosterka, S. Kownacki, *Kierowanie zachowaniami organizacyjnymi*, [w:] *Zarządzanie. Teoria i Praktyka*, red. A.K. Koźmiński, W. Piotrowski, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1996, s. 482.

służy podnoszeniu efektywności i skuteczności ich działań, a w konsekwencji organizacji. Celem szkoleń jest doskonalenie posiadanych umiejętności i wiedzy bądź nabywanie nowych cech w zakresie obu składników kompetencji.

C. McCauley charakteryzuje kadre zarządzającą poprzez zbiór kompetencji, na który składa się szesnaście cech. Pracownik piastujący funkcje kierownicze powinien:

- posiadać zdolności w zakresie umiejętnego dostosowania się do zmieniających się i często niepewnych okoliczności czy też warunków bądź sytuacji; jednocześnie myśleć strategicznie i podejmować pod presją właściwe decyzje oraz organizować złożone systemy pracy i dobrać elastyczne sposoby rozwiązywania problemów, jak również sprawnie pracować z kadrami wysokięgo szczebla w celu zajmowania się złożonymi problemami zarządzania;
- robić to, co należy, czyli mieć świadomość, umiejętność koncentrowania się na trudnościach, podejmować się tego, co konieczne, wiedzieć, co jest niezbędne w pierwszej kolejności, umieć pracować samodzielnie i potrafić nauczyć innych, jeśli zajdzie taka potrzeba;
- umieć kierować podwładnymi w ten sposób, aby skutecznie delegować na podwładnych zadania, uprawnienia i odpowiedzialność, zapewnić im szerokie możliwości działania i sprawiedliwie postępować wobec podwładnych;
- szybko się uczyć, czyli umieć w sposób ekspresowy opanowywać nowe umiejętności zawodowe, ale również edukować się w sposób ciągły i systematyczny;
- posiadać zdolności do podejmowania decyzji. W licznych złożonych sytuacjach zarządzania preferować raczej szybkie i przybliżone niż powolne i precyzyjne działania;
- tworzyć sprzyjający klimat dla rozwoju współpracowników poprzez podejmowanie różnych przedsięwzięć w celu ułatwiania rozwoju podwładnych;
- kierować uwagę podwładnych na problemy. W ramach tej kompetencji dyrektor powinien umieć działać w sposób zdecydowany i bezstronny, szczególnie gdy chodzi o powierzanie problemów podwładnym;
- być ukierunkowany na pracę zespołową, a więc wykonywać swoją pracę i równolegle kierować pracą podwładnych;
- rekrutować utalentowanych współpracowników poprzez pozyskiwanie zdolnych pracowników do swojego zespołu;
- tworzyć lub przywracać dobre stosunki z innymi; cecha ta pozwala dostrzeżać, w jaki sposób należy tworzyć i utrzymywać stosunki zawodowe ze współpracownikami i grupami zewnętrznymi; umieć rozmawiać i rozstrzygać problemy pracy bez zrażania ludzi oraz rozumieć innych i uzyskać ich współdziałanie w relacjach niehierarchicznych;
- być wyrozumiałym i wrażliwym szefem, który wykazuje szczerze zainteresowanie innymi oraz wrażliwość na potrzeby podwładnych;
- stawiać czoło trudnościom i problemom z zimną krwią poprzez bycie zdecydowanym, liczyć się z opiniami opartymi na faktach i nie potępiać innych za ich błędy, jak również umieć wybrnąć z kłopotliwych sytuacji;
- utrzymywać równowagę między pracą a życiem prywatnym. Jest to cecha, która pozwala stworzyć i utrzymać równowagę między priorytetami zawodowymi

- a priorytetami życia osobistego, zależnymi od priorytetów rodzinnych. Żadne z nich nie powinny być zaniechane i przeważyć, a stanowić jednolitą całość;
- znać samego siebie, czyli posiadać dokładne rozeznanie swoich silnych i słabych stron oraz być gotowym je doskonalić;
 - pozostawiać ludziom swobodę działania poprzez bycie kierownikiem wymagającym, ale wykazywać się również empatią;
 - działać elastycznie, oprzeć się na akceptowaniu zachowań, które często są postrzegane jako odmienne od powszechnie przyjętych. Być osobą jednocześnie twardą i współczującą oraz umiejętnie kierować i umożliwiać kierowanie innym¹⁸⁵.

Jakość jest ważnym zagadnieniem we współczesnym konkurencyjnym świecie. Wielu świadczeniodawców jednak nadal sobie tego nie uświadamia. Podmioty lecznicze są organizacjami, które powinny być zainteresowane jakością świadczonych usług – gra toczy się o największą z możliwych stawek: życie i zdrowie człowieka. Wiele osób twierdzi, że trudno jest precyzyjnie określić, jaka powinna być jakość świadczonych usług zdrowotnych. Świadczeniodawcy często tłumaczą się skomplikowanym przypadkiem chorobowym, brakiem środków finansowych, brakiem motywacji, zmęczeniem. Często jako powód ogólnie panującego bezładu w organizacjach świadczących usługi zdrowotne podaje się „dobro pacjenta”¹⁸⁶.

Zmiany w europejskim systemie kształcenia studentów mają swoje następstwa również dla kształcenia na kierunkach medycznych i pokrewnych w polskich uczelniach. W przypadku przyszłych lekarzy zwraca się uwagę na konieczność posiadania i rozwijania przez nich kompetencji społecznych, tak potrzebnych podczas kontaktu z pacjentem oraz kierowania instytucją medyczną. Należą do nich m.in.:

- umiejętność zarządzania (prowadzenia organizacji medycznej: praktyki lekarskiej, gabinetu, oddziału, przychodni, kliniki, szpitala, apteki itd. oraz budowania przewagi konkurencyjnej na rynku usług zdrowotnych, motywowania pracowników itd.);
- zachowania organizacyjne (współpraca z pracownikami i pacjentami, w tym komunikacja interpersonalna, umiejętność przekazywania trudnych informacji, współpraca z pacjentem przewlekle chorym, odpowiednie przeprowadzenie wywiadu z pacjentem, a także zmiana nawyków w procesie leczenia);
- świadome kierowanie karierą (kompetencjami zawodowymi).

Na podstawie przytoczonych list kompetencji stanowiących zbiór uniwersalnych cech interpersonalnych standardowego kierownika autor określił cechy, które powinna posiadać kadra zarządzająca. Przy budowie listy kompetencji interpersonalnych trzeba było uwzględnić specyfikę organizacji szpitalnych, których charakter działalności oraz forma usług narzucają określone cechy interpersonalne. Każdy pracownik medyczny powinien umieć się komunikować, być empatyczny, asertywny, optymistyczny, dyspozycyjny, odporny na stres, odpowiedzialny, systematyczny,

¹⁸⁵ C. Levy-Leboyer, *Kierowanie...*, s. 97–99.

¹⁸⁶ Zob. K. Opolski, G. Dykowska, M. Moździoń, *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Fachowe CeDeWu.pl, Warszawa 2005, s. 17–19.

dokładny, otwarty, kreatywny, wytrwały oraz chętny i umotywowany do ciągłego doskonalenia swojej wiedzy i umiejętności.

Każdy z pracowników medycznych może sprawować funkcje kierownicze i dlatego należy uświadomić im dodatkowe cechy wzmacniające umiejętności menedżerskie. W przypadku lekarzy czy pielęgniarek jest to łatwiejsze, bo nie wymaga dużych nakładów czasowych i finansowych. Wystarczy, że każdy pracownik medyczny będzie doskonalić zdolności przywódcze. Jest to cecha niepotrzebna na poziomie wykonywanego zawodu, lecz na stanowisku kierowniczym – niezbędna. Pozostałe umiejętności są wymagane od lekarzy i pielęgniarek bez względu na piastowanie bądź nie stanowiska kierowniczego. Różnice mogą występować w określeniu poziomu posiadanej cechy.

A. Potocki stwierdził, że komunikowanie się jest esencją zarządzania¹⁸⁷. Należy się z tym zgodzić, a potwierdzenie autor znalazł w badaniach przeprowadzonych w 23 szpitalach, przedstawionych i przeanalizowanych w książce *Relacje i komunikacja w świecie medycznym* wydanej przez Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego w 2012 roku. Bez odpowiedniej komunikacji w organizacji różne zasoby firmy nie zostają w pełni i optymalnie wykorzystane.

Oprócz umiejętności interpersonalnych każdy menedżer opieki medycznej powinien zdobyć wiedzę menedżerską, aby wiedział, jak planować, organizować, motywować i kontrolować na różnych płaszczyznach działalności organizacji szpitalnej z efektywnym wykorzystaniem zasobu ludzkiego oraz materialnego (sprzętu medycznego oraz budynków).

Na podstawie wiedzy literaturowej oraz pracy wykonanej przez zespół ekspertów wyodrębniono działy wiedzy, którą należy przekazać każdemu pracownikowi sprawującemu funkcje kierownicze w szpitalach. Wyniki prac i dogłębnych analiz pozwoliły wydzielić 29 działów wiedzy, które pogrupowano w siedem zakresów tematycznych. Są to: psychologia zarządzania, marketing i jakość, zarządzanie zmianą, zarządzanie informacją, zarządzanie kadrami, zarządzanie finansami oraz nadzór nad infrastrukturą.

Zgodnie z normą ISO 9001 właśnie wiedza i umiejętności interpersonalne stanowią fundament do stworzenia profesjonalnego pracownika, a w tym przypadku przedstawiciela personelu medycznego pełniącego funkcje kierownicze na poziomie pierwszym bądź drugim.

W pierwszym i drugim rozdziale zawarto podstawy teoretyczne, które stanowiły płaszczyznę do podjęcia rozważań empirycznych ukierunkowanych na przebadanie rzeczywistych kompetencji menedżerskich personelu medycznego oraz kompetencji pożądaných na stanowisku kierowniczym poprzez zdiagnozowanie osób z grupy menedżerów opieki zdrowia.

¹⁸⁷ A. Potocki, *Instrumenty komunikacji wewnętrznej w przedsiębiorstwie*, Difin, Warszawa 2008, s. 8.

ROZDZIAŁ 3

Metodologia badań empirycznych

Jednostkami sektora ochrony zdrowia, według nowej ustawy o działalności leczniczej, nazywamy podmioty lecznicze¹⁸⁸, które zabezpieczają i stanowią ważną część w życiu całego społeczeństwa związaną z ratowaniem oraz utrzymaniem dobrego stanu zdrowia.

3.1. Proces analizy kompetencji menedżerskich

Ze względu na złożoność badania autor pragnie przybliżyć czytelnikowi strukturę procesu badawczego, a szczególnie etap, w którym przeprowadzono przygotowanie do badań właściwych.

Zanim osiągnięto ten poziom badań, badacz dokonał wstępnej analizy literaturowej oraz poznawczej polegającej na obserwacji otoczenia wewnętrznego szpitali. Przeprowadzona została diagnoza podmiotowa i przedmiotowa badania. Na podstawie tej wiedzy opracowano cele i hipotezy badawcze.

Kolejny etap polegał na określeniu liczebności grup, tak aby dokonać wyboru, czy badanie będzie miało charakter pełny, czy też częściowy. Następnie wyznaczono wielkości próby badawczej za pomocą wybranego wzoru używanego w częściowych badaniach ilościowych.

Dalsze badania zostały poprzedzone stworzeniem zespołu ekspertów–naukowców oraz menedżerów praktyków. W skład tej grupy weszło trzech profesorów tytularnych, dwóch doktorów habilitowanych, pięciu doktorów z dyscyplin nauki o zarządzaniu oraz psychologii, jak również trzech dyrektorów podmiotów leczniczych z wieloletnim doświadczeniem zawodowym.

Opierając się na specjalistach, skonstruowano panel ekspercki (metoda delficka), którego członkowie na podstawie swojej specjalistycznej wiedzy i doświadczenia zawodowego sporządzili zbiór zakresów wiedzy menedżerskiej oraz cech umiejętności interpersonalnych, które według nich są wykorzystywane i pożądane na stanowisku menedżera opieki zdrowia.

¹⁸⁸ Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 roku, art. 5.

Następnie na podstawie tak przygotowanych danych wstępnych zespół badawczy skonstruował pierwszy z kwestionariuszy badań¹⁸⁹. Ze względu na dużą próbę badawczą na tym etapie badań ograniczono się do użycia jednej metody badawczej (metody ankietowej), która była zastosowana w sposób bezpośredni. W kwestionariuszu ankiety uwagę skupiono na analizie stanu oraz samoświadomości doskonalenia wiedzy, kwalifikacji oraz umiejętności w ramach kompetencji menedżerskich.

Na kolejnym etapie badań empirycznych wykorzystano kilka metod badawczych, które się wzajemnie uzupełniały.

Autor, powołując się na ogólnie panującą tendencję w naukach o zarządzaniu dotyczącą wykorzystania w badaniach empirycznych nie tylko metod ilościowych (m.in. metody ankietowej), lecz również słabiej rozpowszechnionych – metod jakościowych¹⁹⁰, badania własne oparł dodatkowo na następujących metodach: obserwacji oraz wywiadzie. Przygotowano również drugi kwestionariusz ankiety, narzędzie do przeanalizowania wiedzy oraz umiejętności interpersonalnych przydatnych na stanowisku menedżera. Dodatkowo uzyskano wiedzę o samoświadomości respondentów na temat doskonalenia kompetencji w omawianym zakresie wiedzy i umiejętności. Ten sam kwestionariusz ankiety stanowił podstawę badania przedstawicieli z grupy osób zarządzających szpitalami.

Należy przypomnieć, że badania zostały poprzedzone badaniami pilotażowymi, które miały skontrolować narzędzia pomiarowe pod względem poprawności, zrozumiałości oraz przydatności badawczej.

Po badaniach głównych przyszedł czas na pracę nad wypełnionymi ankietami. Wykonano następujące działania: po pierwsze, zakodowano ankiety, po drugie, dokonano redukcji danych empirycznych i dopiero tak przygotowane ankiety badawcze były wprowadzane do formularzy kalkulacyjnych w celu przeprowadzenia analizy.

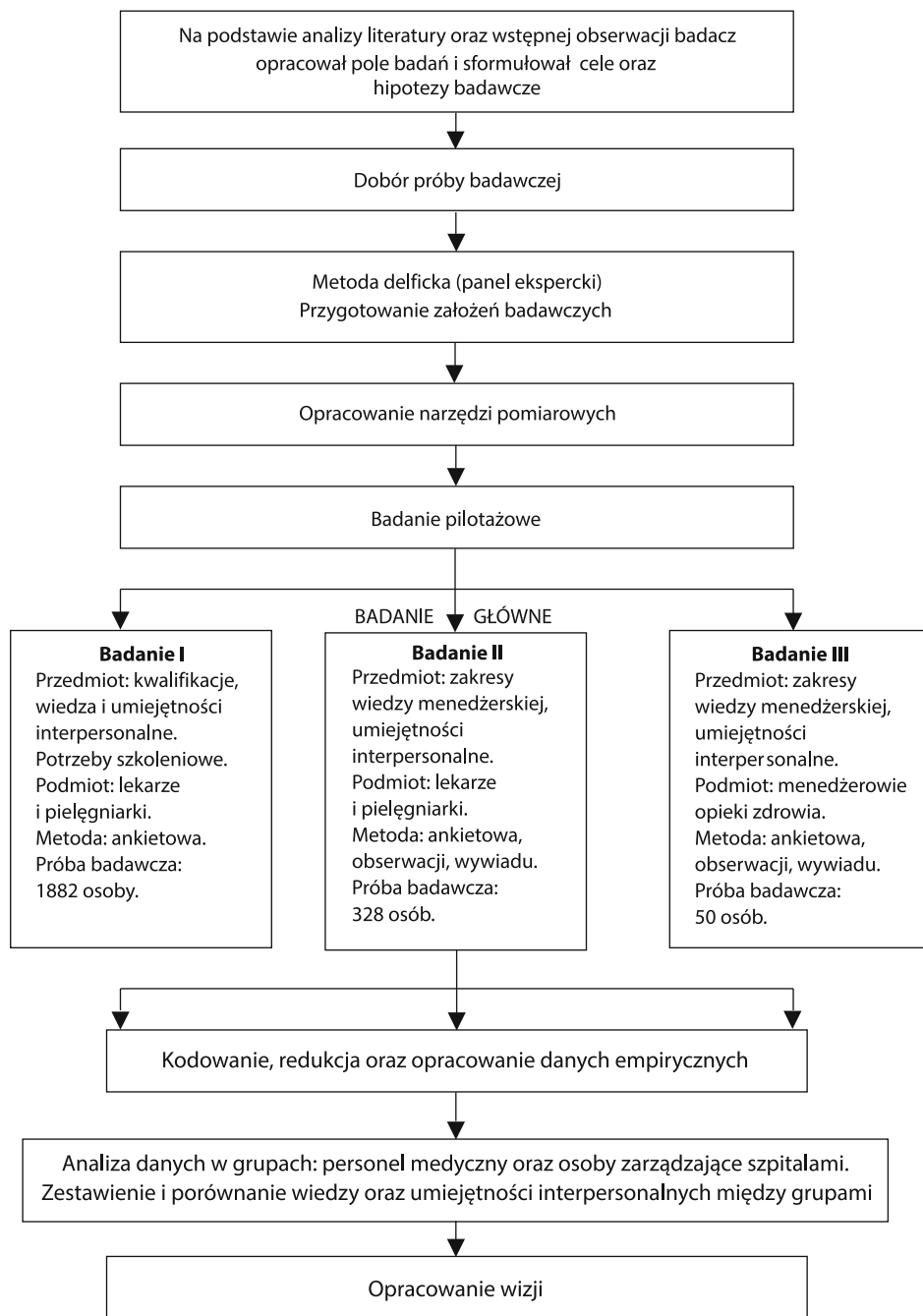
Analizę danych empirycznych przeprowadzono w dwóch grupach. Były to: personel medyczny (wewnątrz grupy dokonano rozróżnienia między lekarzami oraz pielęgniarkami) oraz osoby zarządzające szpitalami. Analizy badań dokonano za pomocą metod statystycznych, metody χ^2 , testu t-Studenta i wartości statystycznych.

W dalszej części analizy danych badacz porównał średnie oceny uzyskane w badaniu przedstawicieli personelu medycznego oraz menedżerów.

Konkluzją działań analitycznych było opracowanie wizji wymagań kompetencji na stanowisko kierownika średniego szczebla w szpitalu, związanych z innowacyjnym postrzeganiem struktury organizacyjnej szpitali.

¹⁸⁹ Zespół badawczy realizujący badania w ramach projektu „Badanie zapotrzebowania na wiedzę menedżerską personelu medycznego w polskich szpitalach”, umowa z Ministrem Nauki i Szkolnictwa Wyższego nr NN115 011839; kierownik projektu: prof. dr hab. Zbigniew Nęcki.

¹⁹⁰ W. Czakon, *Mity o badaniach jakościowych w naukach o zarządzaniu*, „Przegląd Organizacji”, 2009, 9, s. 13.



Rysunek 2. Metodologia badań empirycznych personelu medycznego oraz kadry zarządzającej szpitalami

Źródło: Opracowanie własne na podstawie metodologii badań

3.2. Prezentacja pola badawczego

Bez ochrony zdrowia świadczącej usługi medyczne na wysokim poziomie większa część obywateli naszego kraju odczuwa niezadowolenie, a to z kolei wpływa na ich egzystencję zarówno zawodową (przerwy w pracy), jak i osobistą (złe samopoczucie, depresja).

Następstwem tego procesu jest zmniejszenie efektywności pracy, przez co zadania operacyjne realizowane przez pracowników dostarczają mniejszej wartości dodanej aniżeli w sytuacji, gdy stworzone są optymalne warunki do prawidłowej pracy. W rezultacie polskie przedsiębiorstwa są mniej konkurencyjne, niż mogą być w przypadku chociażby prawidłowo funkcjonującej ochrony zdrowia.

Istotny wpływ na organizowanie czasu pracy w szpitalach mają menedżerowie opieki zdrowia, szczególnie na średnim szczeblu zarządzania, czyli na oddziałach szpitalnych. W placówkach tego typu menedżerowie dobierani są spośród osób do tego nieprzygotowanych.

Na każdym szczeblu zarządzania szpitalami (wysokim, średnim czy też niskim) istotny jest dobór personelu kierowniczego, tak aby sprostał stawianym przed nim zadaniom. Odwołując się do rozważań T. Oleksyna, menedżerowie powinni posiadać z różnym natężeniem kompetencje o charakterze: strategicznym (konceptyjnym), społecznym oraz zawodowym¹⁹¹.

W szpitalach najważniejszym szczeblem zarządzania jest poziom oddziału, na którym zachodzą najistotniejsze procesy i który ma wpływ na zasoby niematerialne (pracownicze) oraz materialne. Odpowiada to średniemu poziomowi zarządzania przyjętemu w literaturze specjalistycznej; średnim personelem kierowniczym w szpitalach są ordynatorzy.

Największym problemem jest nabór na stanowiska ordynatorów. Kandydaci są rekrutowani spośród grupy lekarskiej, której przedstawiciele przygotowani są do realizowania zadań *stricte* zawodowych, wynikających z wykształcenia medycznego. Kompetencje menedżerskie mają na minimalnym poziomie bądź ich wcale nie posiadają. Kolejnym powodem rozważań na ten temat jest przyjmowanie innej roli przez osoby kierujące oddziałem, aniżeli wynika to z obowiązków przypisanych do zajmowanego przez nie stanowiska kierowniczego. Zazwyczaj lekarze pełniący funkcję ordynatora nie wypełniają powierzonych im zadań kierowniczych. Najczęściej jednak pełnią rolę mentora, czyli osoby pomagającej młodym lekarzom wchodzącym do zawodu. Stąd wniosek, że lekarze pełniący funkcje kierownicze wypełniają zadania, które powinny być realizowane na najniższym szczeblu zarządzania przez kierowników najniższego szczebla organizacyjnego¹⁹². Główne zadanie kierowników operacyjnych zarządzających specjalistami powinno się opierać na zaufaniu do ich umiejętności oraz wykorzystywać metodę *coachingu* postrzeganego jako przywódczy styl zarządzania¹⁹³.

¹⁹¹ Zob. T. Oleksyn, *Zarządzanie kompetencjami...*, s. 158–173.

¹⁹² S. Przytuła, *Pozyskiwanie menedżerów do przedsiębiorstw międzynarodowych*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2007, s. 53.

¹⁹³ O. Rzycka, *Menedżer coachem. Jak rozmawiać, by osiągnąć sukces*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2012, s. 53–54.

Analizie poddano dwie grupy zawodowe – lekarzy oraz pielęgniarki. Zostały już omówione możliwości obsadzenia stanowisk przez pierwszą z grup. Spośród przedstawicielek grupy pielęgniarskiej wybierane są kandydatki na stanowisko pielęgniarki oddziałowej. Również one nie posiadają wiedzy menedżerskiej (aczkolwiek część osób z grupy pielęgniarskiej uzupełnia kwalifikacje, studiując na kierunku zarządzanie czy też zdrowie publiczne, jednakże nie są to częste przypadki), jak i nie wypełniają w sposób należyty powierzonych im zadań. Zazwyczaj służą pomocą i radą koleżankom wprowadzanym na stanowiska pracy.

Na średnim poziomie zarządzania największe znaczenie mają kompetencje ukierunkowane na aspekty zawodowe oraz społeczne.

Biorąc pod uwagę powyższe względy, autor podjął się budowy profilu kompetencji wymaganych na stanowisku menedżera opieki zdrowia na średnim poziomie zarządzania.

3.3. Formułowanie celów oraz hipotez badawczych

System ochrony zdrowia, oprócz takich systemów, jak edukacja czy sprawiedliwość, jest podstawą prawidłowego funkcjonowania każdego społeczeństwa. Wcześniejsze zainteresowania autora dotyczyły doskonalenia kompetencji w procesie edukacji na poziomie średnim zawodowym oraz wyższym. Mogło to wynikać z profilu studiów autora zarówno pierwszego, jak i drugiego stopnia w Wyższej Szkole Pedagogicznej im. Tadeusza Kotarbińskiego. W ramach zajęć zgłębiał on zagadnienia z zakresu socjologii, pedagogiki oraz edukacji zawodowej. Oba etapy edukacyjne zakończone zostały następującymi pracami dyplomowymi: *Analiza rzeczywistych kompetencji pracowników akademickich na przykładzie wybranych uczelni z regionu województwa lubuskiego* (studia drugiego stopnia) oraz *Analiza czynników determinujących sukces menedżerski na przykładzie kadry profesorskiej WSP w Zielonej Górze* (studia pierwszego stopnia). Zainteresowania te zostały pogłębione w dalszej pracy naukowej autora, kontynuowanej na Uniwersytecie Zielonogórskim.

W okresie piastowania funkcji prorektora ds. nauczania w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej ugruntował on wiedzę z zakresu funkcjonowania szkolnictwa wyższego. Jednakże dwukrotny pobyt naukowo-dydaktyczny na Uniwersytecie Paryż XIII oraz studia literaturowe dotyczące francuskich rozwiązań w systemie zdrowia zmieniły zainteresowania autora, który zauważył niedoskonałości w systemie zdrowia, szczególnie zaś w aspekcie zarządzania podmiotami leczniczymi. Badacz, posiłkując się wcześniejszymi pracami (od 2004 roku), zainteresował się zarządzaniem kompetencjami menedżerskimi personelu medycznego. W tym celu przeanalizował projekty badawcze na temat systemu ochrony zdrowia. Na tej podstawie badacz doszedł do przekonania, że tylko kilka przedsięwzięć badawczych w ostatnich kilku latach dotyczyło oceny kompetencji pracowników medycznych w systemie ochrony zdrowia.

Z grupy kilkudziesięciu badań autor wybrał trzy najbliższe tematyce poruszanej w książce. Projekty pierwszy i drugi badały jednak płaszczyznę doskonalenia oraz

potrzeb kompetencyjnych „białego personelu”. Z kolei trzecie przedsięwzięcie dotyczyło aspektu behawioralnego, lecz nie można tego badania określić jako reprezentatywne. Wynika to zarówno ze zbyt małej liczby przebadanych kierowników, jak i zakresu badań ograniczonego tylko do jednego szpitala.

Powyższa analiza została przeprowadzona na podstawie wyników uzyskanych w ramach trzech projektów badawczych. Są to:

1. Temat: *Możliwości i bariery rozwoju zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów. Skrócona wersja raportu z badania – wyniki, wnioski i rekomendacje*, realizowany i wydawany przez Instytut Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk, praca wydana w Warszawie w 2012 roku.
2. Temat: *Analiza potrzeb szkoleniowych personelu medycznego oraz pracowników wykonujących zawody niemedyczne w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce*, realizowany i wydawany przez IBC Group Central Europe Holding SA na zlecenie Ministerstwa Zdrowia (badanie ewaluacyjne) w październiku 2011 roku.
3. Temat: *Asertywność kierownika. Doniesienie z badań nad poziomem asertywności kadry kierowniczej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Elblągu*, realizowany przez Marzenę Sobczak, Krystynę Rakowską, praca wydana przez „Via Medica” w 2008 roku.

Po głębokiej analizie autor doszedł do przekonania, że nie zostały podjęte działania na dużą skalę, które dotyczyłyby zdiagnozowania posiadanego i pożądanego poziomu kompetencji menedżerskich personelu medycznego w organizacjach szpitalnych. W tym celu badacz przystąpił do zbudowania celów badawczych oraz opracowania na tej podstawie hipotez.

Chcąc osiągnąć zakładany cel badawczy, autor przyjął następujące cele do realizacji:

1. Określenie poziomu wiedzy menedżerskiej oraz umiejętności interpersonalnych lekarzy.
2. Określenie poziomu wiedzy menedżerskiej oraz umiejętności interpersonalnych pielęgniarek.
3. Określenie poziomu wiedzy menedżerskiej oraz umiejętności interpersonalnych osób pełniących funkcje kierownicze.
4. Określenie luk kompetencji menedżerskich personelu medycznego.
5. Określenie metod doskonalenia cech rzeczywistych z zakresu kompetencji menedżerskich odpowiadających personelowi medycznemu.

Na podstawie przyjętych celów autor postawił pięć hipotez odpowiadającym zdefiniowanym celom. Są to:

1. Wiedza menedżerska oraz umiejętności interpersonalne lekarzy są niewystarczające.
2. Wiedza menedżerska oraz umiejętności interpersonalne pielęgniarek są niewystarczające.
3. Istnieją różnice w kompetencjach menedżerskich między personelem medycznym a kadrami menedżerską.
4. Istnieją luki w kompetencjach menedżerskich personelu medycznego.
5. Nie wszystkie metody szkolenia są akceptowane przez personel medyczny.

Na podstawie tak rozbudowanych celów badawczych autor przyjął, że proces badawczy ma charakter złożony, a działania będą realizowane zarówno w procesach równoległych, jak i sekwencyjnych, następujących po sobie. Badacz założył, że na podbudowie uzyskanych informacji może zaproponować rozwiązania dotyczące stanowisk kierowniczych zajmowanych przez lekarzy i pielęgniarki.

3.4. Dobór próby badawczej

Każdy proces badawczy rozpoczyna się od określenia celów badań, aby na tej podstawie zbudować hipotezy badawcze. Następnie ze względu na przeprowadzanie badań ilościowych należy zidentyfikować badane grupy. Wielkość grupy determinuje dalsze działania badawcze, związane chociażby z dobraniem narzędzi pomiaru.

Ważne jest określenie, czy badaniem można objąć całą populację badawczą, czy należy dokonać pomiaru częściowego. W tym przypadku ze względu na liczebność grupy badawczej oraz rozproszenie na terenie całego kraju badacz wybrał drugą możliwość, czyli częściowe badanie pierwotne. Polega ono na przeanalizowaniu wybranej części populacji ogólnej (tzw. próby). Tak uzyskane wyniki na wybranej próbie mogą być uogólniane na całą populację badawczą^{194,195}.

Z danych statystycznych wynika, że w Polsce funkcjonują 754 szpitale, w tym 526 publicznych i 228 niepublicznych, które łącznie dysponują 183 040 łózkami. Warto zwrócić uwagę, że rok wcześniej funkcjonowały ogółem 732 lecznice, przy czym w porównaniu z 2009 rokiem o 20 zmniejszyła się liczba szpitali publicznych, natomiast o 42 wzrosła liczba placówek niepublicznych¹⁹⁶.

Nie posiadając danych globalnych dotyczących wielkości zatrudnienia we wszystkich szpitalach na terenie Polski, z uwzględnieniem podziału na grupy zawodowe, badacz przeanalizował strukturę zatrudnienia (w sierpniu 2010 roku) w szpitalach z województwa dolnośląskiego. Na tej podstawie została określona średnia liczba osób zatrudnionych w szpitalach i dodatkowo odsetek lekarzy i pielęgniarek. I tak, w szpitalach publicznych zatrudnionych jest średnio 465 pracowników, z czego 48% stanowią pielęgniarki oraz 10% lekarze. Z kolei szpitale typu niepublicznego zatrudniają średnio 240 pracowników, z czego 70% pielęgniarek oraz 18% lekarzy.

Na podstawie założonych danych populację pracowników medycznych w szpitalach oszacowano na około 190 000 osób. Do wyznaczenia próby badawczej przyjęto poziom ufności 0,99, błąd pomiaru 1,96 oraz błąd maksymalny wyniku $\pm 0,03$. Na podstawie tych danych, korzystając z poniższego wzoru¹⁹⁷, należy przyjąć, że badaniu trzeba poddać 1831 przedstawicieli personelu medycznego.

¹⁹⁴ S. Nowak, *Metodologia badań społecznych*, PWN, Warszawa 1985, s. 302.

¹⁹⁵ T. Michalski, *Statystyka*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 2004, s. 20–24.

¹⁹⁶ *Więcej o raporcie GUS: ochrona zdrowia w liczbach*, „Rynek Zdrowia”, 2011, 1 (66), www.rynekzdrowia.pl/.../Wiecej-o-raporcie-GUS-ochrona-zdrowia-w-liczbach,105289,1.html (dostęp: 15.09.2011).

¹⁹⁷ M. Szreder, *Metody statystyczne*, PWE, Warszawa 2004, s. 121.

$$n = \frac{0,25 \cdot z_{\alpha/2}^2 \cdot N}{0,25 \cdot z_{\alpha/2}^2 + (N-1) \cdot d^2} \quad 198$$

- $z_{\alpha/2}^2$ – dopuszczalny błąd pomiaru,
 α – współczynnik ufności,
 N – liczebność populacji ogólnej,
 n – liczebność próby,
 d – dopuszczalny błąd wyniku.

Ze względu na dużą liczbę szpitali w Polsce oraz możliwości finansowe badacz ograniczył teren badań do obszaru północno-zachodniej, zachodniej, południowej i południowo-wschodniej Polski. Charakter badań oraz rozbudowane narzędzie badawcze wymusiły na badaczu obecność na miejscu badania, aby służyć pomocą przy wypełnianiu ankiet przez respondentów. Był to czas na prowadzenie obserwacji i wywiadów z wybranymi pracownikami szpitali.

W trakcie badań autor napotkał wiele trudności i problemów natury organizacyjnej, a także niechęci osób objętych badaniami do jakiegokolwiek pomocy czy też w ogóle uczestnictwa w badaniu. Usprawiedliwieniem okazał się brak czasu części zatrudnionych osób, przy ogólnym negatywnym stosunku do badań. Dominowało przeświadczenie o ich bezcelowości.

Ze względu na ograniczenia organizacyjno-finansowe pierwsze badanie przeprowadzono w 23 szpitalach zlokalizowanych na obszarze 10 województw: dolnośląskiego, lubelskiego, lubuskiego, małopolskiego, mazowieckiego, opolskiego, podkarpackiego, śląskiego, zachodniopomorskiego, wielkopolskiego. Typowanie szpitali polegało na kontakcie z dyrekcją szpitala i prośbie o przeprowadzenie badania. Reakcja oraz poziom współpracy z zarządami i później z pracownikami szpitali były różne. W sumie, aby przeprowadzić badania w 23 szpitalach, autor książki musiał się skontaktować z przedstawicielami 56 podmiotów leczniczych na wybranym obszarze badań.

Badacz założył, że w wyselekcjonowanych szpitalach zbada co piątą osobę z grupy personelu medycznego z uwzględnieniem podziału na grupę lekarską i pielęgniarską. Ze względu na przyjętą wartość największą grupę badawczą stanowią pielęgniarki (wliczono również położne), których udział wynosi zazwyczaj od 50 do 60% stanu osobowego szpitala (bez względu na typ szpitala). Do grupy lekarzy zalicza się wszystkie osoby pracujące w swoim zawodzie bądź wykształcone w tym kierunku, a w trakcie badania pełniące inną funkcję.

Drugie badanie – uzupełniające – zostało przeprowadzone w celu uszczegółowienia informacji uzyskanych w trakcie badania pierwszego. Badacz zwraca uwagę, że żaden ze szpitali nie uczestniczył w obu badaniach. Szpitale już przebadane nie były brane pod uwagę w drugim badaniu pierwotnym.

Badanie drugie miało charakter celowy, związany z możliwościami przeprowadzenia badań w szpitalach podległych marszałkom województw: dolnośląskiego, wielkopolskiego, małopolskiego oraz lubelskiego. W ten sposób badaniem objęto osiem szpitali, w których poddano analizie 10% przedstawicieli grupy lekarskiej oraz pielęgniarskiej, czyli interwał losowania wyniósł 10. W wyznaczeniu osób do

¹⁹⁸ *Ibidem*, s. 113.

badania dużą pomoc badacz otrzymał ze strony działu kadrowego, który wspomagał i pośredniczył w badaniach. W sumie badaniem objęto 328 osób, z czego 162 pracowników prawidłowo wypełniło kwestionariusze ankiety.

Główny cel badania wymusił przeprowadzenie dodatkowego, trzeciego badania, w którym analizowano kompetencje personelu kierowniczego. Autor, chcąc zbudować profil kompetencji wymaganych od menedżerów opieki zdrowia, musiał wybrać z tej grupy osoby, które można tytułować ekspertami – charakteryzujące się doświadczeniem w pełnieniu funkcji kierowniczych w szpitalach. Przyjęte zostały następujące założenia: po pierwsze, typowany kierownik w momencie badania piastował funkcję kierowniczą przez co najmniej 10 lat. Po drugie, dodatkowym warunkiem było ukończenie studiów z zakresu ekonomii lub zarządzania bądź studiów podyplomowych albo kursów doskonalących wiedzę i umiejętności z tego zakresu. Badacz założył, że w każdym ze szpitali przebadana zostanie jedna taka osoba.

Według kryteriów doboru spośród wstępnie wyselekcjonowanej grupy 50 osób zarządzających szpitalami w czterech województwach (dolnośląskim, wielkopolskim, lubuskim oraz opolskim) w badaniu uczestniczyło 20 dyrektorów z różnych podmiotów leczniczych, którzy wyrazili zgodę na przeprowadzenie analizy ich kompetencji.

3.5. Charakterystyka narzędzi pomiarowych

Badanie kompetencji menedżerskich personelu medycznego wymogło na badaczu przeprowadzenie złożonych badań, którymi w sumie objęto 2270 pracowników zatrudnionych w szpitalach. Autor publikacji w zależności od wielkości próby badawczej dobierał metody badań, uwzględniając koszt, czas badania oraz możliwości organizacyjne związane z dotarciem do analizowanego szpitala.

Pierwsze badanie polegało na zdiagnozowaniu predyspozycji menedżerskich personelu medycznego w zakresie kwalifikacji, wiedzy oraz umiejętności. Dodatkowo zbadano preferencje dotyczące form oraz metod szkoleniowych. Badanie przeprowadzono w okresie od stycznia do lipca 2011 roku.

Badania drugie i trzecie dotyczyły oceny posiadanej oraz oczekiwanej wiedzy i umiejętności interpersonalnych pracowników szpitala. Analizą objęto dwie grupy badawcze (personel medyczny oraz menedżerów). Badanie było realizowane w okresie od października 2011 do maja 2012 roku.

Przeprowadzone badanie ze względu na użyte narzędzia pomiarowe ma charakter ogólny, stanowi wprowadzenie do badań. Przed tym etapem badań badacz założył zidentyfikowanie składników kompetencji menedżerskich posiadanych przez personel medyczny.

Ograniczono się do jednej metody zbierania danych w wyniku dużej liczebności próby badawczej oraz rozległego terenu, na którym prowadzono badania.

Narzędziem pomiarowym był kwestionariusz ankiety. Pytania zawarte w głównej części kwestionariusza można podzielić na pytania półotwarte, zamknięte oraz

filtrujące^{199,200}. Między pierwszym a drugim rodzajem pytań występuje powiązanie wynikające z określenia nie tylko potrzeb, lecz również preferencji badanych pracowników. Ze względu na możliwość niezachowania obiektywizmu przy samoocenie w kwestionariuszu zamieszczono pytania sprawdzające prawdziwość odpowiedzi. Była to podstawa do wyciągnięcia ostatecznych wniosków.

Kwestionariusz ankiety składał się z 43 pytań podstawowych, z czego dziesięć miało charakter kafeterii koniunktywnej, kolejnych pięć pytań zbudowano w formie kafeterii dysjunktywnej. W kwestionariuszu badawczym było 13 pytań alternatywnych, które stanowiły najliczniejszą grupę pytań. Dziesięć pytań było w postaci skali, rozbudowanych w formie pytań szczegółowych, złożonych z kilku części stanowiących całość analizowanego aspektu. Ze względu na potrzebę sprawdzenia poziomu akceptacji grup zawodowych zamieszczono w kwestionariuszu dwa pytania otwarte. Część spośród sformułowanych pytań miało formę półotwartą, co wynikało z wcześniej przeprowadzonego badania pilotażowego, dzięki któremu udoskoniono ostateczną strukturę kwestionariusza ankiety.

Oprócz pytań podstawowych w kwestionariuszu badawczym zamieszczono część identyfikacyjną respondenta. Ukierunkowano w ten sposób opis tendencji i relacji z podziałem na różne podgrupy. W badaniu wzięto pod uwagę zajmowane stanowisko pracy, wiek, płeć oraz staż pracy, z podziałem na staż całkowity i u obecnego pracodawcy.

Kolejne dwa badania były realizowane równolegle. Ze względu na nieduże próby badawcze w działaniach badawczych wykorzystano takie same metody zbierania danych: metodę ankietową, obserwacyjną oraz wywiadu.

Najważniejszym narzędziem pomiarowym był kwestionariusz ankiety, który składał się z trzech części. Wprowadzenie zawierało kilkudzianową charakterystykę badań, część właściwa składała się z pytań i odpowiedzi, do tego dołączono metryczkę respondentów.

Najważniejszy element kwestionariusza stanowił drugi składnik. W tej części badacz zawarł 20 pytań podstawowych, z czego trzy o charakterze kafeterii koniunktywnej, kolejne dwa pytania przyjęły formę wyboru alternatywnego. W postaci skali było w sumie siedem pytań, rozbudowanych w formie pytań szczegółowych, złożonych z kilku części. Stanowiły one najpowszechniej występujący rodzaj pytań i wynikały z badania poziomu wybranych kompetencji menedżerskich pracowników szpitala. Ze względu na potrzebę sprawdzenia poziomu akceptacji grup zawodowych zamieszczono w kwestionariuszu osiem pytań otwartych. Część spośród sformułowanych pytań miało formę półotwartą, co wynikało z wcześniej przeprowadzonego badania pilotażowego, dzięki któremu udoskoniono ostateczną strukturę kwestionariusza ankiety.

Badanie metodą ankietową zostało uzupełnione innymi formami badań – wywiadem przeprowadzanym na terenie szpitala z osobami na stanowiskach kierow-

¹⁹⁹ Zob. S. Kaczmarczyk, *Badania marketingowe. Metody i techniki*, Wydawnictwo PWE, Warszawa 2003, s. 100–111.

²⁰⁰ Zob. G.A. Churchill, *Badania marketingowe. Podstawy metodologiczne*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002, s. 350–391.

nicznych różnego szczebla, jak również ze zwykłymi pracownikami operacyjnymi zakwalifikowanymi do dwóch grup zawodowych – lekarskiej i pielęgniarskiej.

Dodatkowo w trakcie badań ankieterzy dokonywali obserwacji respondentów pod względem chęci dzielenia się spostrzeżeniami, uwagami oraz oceną własnych kompetencji. W rezultacie badacz zyskał dodatkowe informacje, które wykorzystał przy wnioskach z badań.

3.6. Wnioski z badań pilotażowych

Badacz dokonał sprawdzenia narzędzi pomiarowych pod względem poprawności merytorycznej, zgodności z celem badań, poprawności technicznej oraz zrozumienia zamieszczonych pytań przez ankietowane osoby.

Badanie próbne, dotyczące pierwszego z kwestionariuszy ankiety, przeprowadzono w jednym ze szpitali powiatowych w województwie wielkopolskim. Objęto nim 35 pielęgniarek oraz 15 lekarzy, czas trwania badania wyniósł 21 dni. Wynikiem badania pilotażowego były nie tylko wnioski dotyczące samego narzędzia, lecz również potwierdzenie oporu personelu medycznego co do udziału w badaniach. Do badacza wróciło 20 wypełnionych ankiet na 50 rozdanych.

Z kolei badanie próbne drugiego z kwestionariuszy ankiety przeprowadzono w szpitalu zlokalizowanym w województwie dolnośląskim. W tym badaniu analizą objęto wyniki uzyskane od dziesięciu osób (pięciu lekarzy oraz pięciu pielęgniarek). Czas badania w odróżnieniu od pierwszego badania próbnego był dużo krótszy i wyniósł trzy dni.

Skutkiem badań pilotażowych były zmiany oraz udoskonalenia wprowadzone do narzędzi pomiaru.

Oto wnioski z badań, które badacz wysunął na podstawie zebranych danych:

- 1) należy unikać pytań otwartych, z tego powodu drugie narzędzie było o ponad połowę krótsze, zwiększając tym samym skuteczność badania;
- 2) nie może być więcej niż pięć odpowiedzi na pytania wyboru;
- 3) badanie w szpitalu należy przeprowadzić w okresie maksymalnie 14 dni, ponieważ po tym terminie odsetek zwrotów ankiet jest niewielki;
- 4) wywiad należy przeprowadzić z jednym z członków zarządu szpitala oraz przedstawicielami grup zawodowych;
- 5) ze względu na ograniczenie czasowe obserwację należy ograniczyć do analizy nastawienia respondenta do badania oraz ankietera;
- 6) kafeteria nie muszą mieć charakteru półotwartego, ponieważ tylko raz wybrano tego typu odpowiedź;
- 7) w kwestionariuszu jak najczęściej należy stosować pytania skali, szczególnie w przypadku stopniowania kompetencji;
- 8) istnieje duże ryzyko niskich zwrotów ankiet ze względu na ich rozbudowaną formę;
- 9) wynik badań będzie czytelniejszy, gdy część pytań wyboru przeformułuje się do skali.

3.7. Wielokryteriowe przedstawienie podmiotów badania

Najpopularniejsze wśród podmiotów leczniczych są szpitale. Ich wpływ na otoczenie jest olbrzymi, problemy zarządzania, szczególnie na poziomie operacyjnym i taktycznym, mają bezpośredni wpływ na postrzeganie systemu ochrony zdrowia.

W mediach nagłaśniane są problemy finansowe w ochronie zdrowia. Wskutek tego nie zauważa się innych, nie mniej istotnych czynników wpływających na mniejszą efektywność podmiotów leczniczych. Problemy organizacji pracy mają ogromny wpływ na działalność szpitali. Celem badacza było zaproponowanie modelu kompetencji wymaganych od osób zajmujących stanowisko menedżera średniego szczebla w organizacji szpitalnej. Aby tego dokonać, badacz musiał zdiagnozować rzeczywiste i oczekiwane kompetencje menedżerskie w grupie personelu medycznego i zestawić je z kompetencjami menedżerskimi osób zarządzających szpitalami.

W pierwszym badaniu spośród 754 szpitali funkcjonujących w Polsce²⁰¹ zostało przebadanych 21 jednostek. Autor wyselekcjonował do badania jednostki z 10 województw, uwzględniając wielkość, specjalizację oraz formę własnościową. W sumie w badaniach uczestniczyło 1882 pracowników szpitali, z czego 950 prawidłowo wypełniło ankiety, co stanowi 50,5% rozdanych ankiet. Należy wspomnieć i podziękować osobom, bez których nie byłoby możliwe uzyskanie wyników badawczych. W tym miejscu autor pragnie podziękować tym pracownikom szpitali, którzy wykazali się zaangażowanym podejściem do badania oraz pozostałym osobom, które wypełniły otrzymane kwestionariusze ankiety.

Udział zwrotów ankiet w szpitalach jest zróżnicowany. W szpitalach niepublicznych wskaźnik zwrotów jest niższy aniżeli w szpitalach publicznych. Może to wynikać z większej formalizacji i centralizacji działań w szpitalach publicznych. Wpływ na zwiększenie odsetka zwrotów ankiet mógł mieć fakt, że działania badawcze zrealizowane były za pośrednictwem kierownictwa szpitali oraz działu kadr.

W szpitalach niepublicznych kierownictwo szpitala jest skupione na realizacji zadań operacyjnych, funkcjonowaniu szpitali. Relacje w układzie pionowym mają często nieformalny charakter, co ma pozytywny wpływ na atmosferę w organizacji, a gorszy na egzekwowanie zadań niemieszczących się w podstawowych obowiązkach pracowników.

Tabela 2. Podział szpitali według struktury własnościowej

Własność	Liczba jednostek	Liczba zwrotów ankiet	Liczba wydanych ankiet	Odsetek zwrotów = 3/4	Porównanie ze średnim wynikiem
Niepubliczne	6	129	199	64,8	↑
Publiczne	17	821	1683	48,8	↓
Średni wynik	23	950	1882	50,5	=

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań pierwotnych

²⁰¹ Główny Urząd Statystyczny, *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia*, 2009.

W badaniu uczestniczyło 11 szpitali jednospecjalistycznych oraz 12 jednostek typu wielospecjalistycznego, przy uwzględnieniu kryterium liczebności oddziałów w szpitalu. Różnica w liczbie przebadanych pracowników wynika z wielkości zatrudnienia w szpitalu. Jednospecjalistyczne szpitale są to zazwyczaj jednostki niepubliczne, przeciętnie zatrudniają 200 pracowników.

Tabela 3. Podział szpitali z uwzględnieniem liczebności oddziałów

Struktura	Liczba jednostek	Liczba zwrotów ankiet	Liczba wydanych ankiet	Odsetek zwrotów = 3/4	Porównanie ze średnim wynikiem
Jednospecjalistyczne	11	248	386	64,2	↑
Wielospecjalistyczne	12	702	1496	46,9	↓
Średni wynik	23	950	1882	50,5	=

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań pierwotnych

Z kolei szpitale wielospecjalistyczne są organizacjami publicznymi, średnio zatrudniającymi 500 osób. Wynik zwrotów ankiet jest lepszy w szpitalach jednospecjalistycznych, ponieważ pracownicy nie boją się wypowiadać; świadczy to o lepszej atmosferze w miejscu pracy aniżeli w szpitalach wielospecjalistycznych.

Szpitale podobnie jak przedsiębiorstwa można podzielić ze względu na liczbę zatrudnionych osób na duże, średnie i małe. Z uwagi na specyfikę służby zdrowia w związku z liczbą zatrudnionych osób oraz ograniczonym wpływem na przychód zmieniono kryteria podziału. I tak, do szpitali „małych” autor zaliczył organizacje zatrudniające do 200 pracowników, do szpitali z grupy „średnich” te jednostki, które liczą od 201 do 499 pracowników. Grupę „dużych” szpitali tworzą te organizacje, które liczą co najmniej 500 pracowników lub więcej. Najlepsze wyniki zwrotów osiągnięto w szpitalach małych, na poziomie 64,2%. W szpitalach średnich i dużych wynik zwrotów był poniżej 50%. Może to świadczyć o niechęci pracowników do jakichkolwiek ocen oraz negatywnej atmosferze w miejscu pracy.

Tabela 4. Podział szpitali ze względu na liczbę zatrudnionych pracowników

Wielkość	Liczba jednostek	Liczba zwrotów ankiet	Liczba wydanych ankiet	Odsetek zwrotów = 3/4	Porównanie ze średnim wynikiem
Duże	8	562	1157	48,6	↓
Średnie	4	140	339	41,3	↓
Małe	11	248	386	64,2	↑
Średni wynik	23	950	1882	50,5	=

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań pierwotnych

Jak już wspomniano, badaniem objęto 23 szpitale zlokalizowane w 10 województwach. Spośród badanych jednostek najczęściej znajduje się w województwie dolnośląskim (7). W sumie w trzech województwach (dolnośląskim, wielkopolskim i małopolskim) funkcjonuje 60,9% wszystkich przebadanych szpitali.

W pięciu województwach przebadano tylko po jednej jednostce. Możliwość badania w poszczególnych województwach była zróżnicowana, w niektórych największym problemem była niechęć zarządu bądź pracowników, w innych z kolei odległość do miejsca badania. Wpływało to na częstotliwość odwiedzin oraz ograniczało skuteczność badania w szpitalach.

Ogólnym wnioskiem z badań jest spostrzeżenie, że zarówno personel medyczny, jak i kierownictwo szpitali nie są zainteresowani diagnozą. Z badań wynika, że są świadomi i mają wysoką samomotywację do doskonalenia kompetencji, jednak nie chcą się swoimi obserwacjami dzielić, nie widzą takiej potrzeby.

Tabela 5. Podział szpitali ze względu na przynależność terytorialną

Województwo	Liczba jednostek	Liczba zwrotów ankiet	Liczba wydanych ankiet	Odsetek zwrotów = 3/4	Porównanie ze średnim wynikiem
Dolnośląskie	7	211	437	48,3	↓
Lubelskie	1	29	191	15,2	↓
Lubuskie	1	97	184	52,7	↑
Małopolskie	4	155	242	64,0	↑
Opolskie	1	15	23	65,2	↑
Podkarpackie	1	92	186	49,5	↓
Śląskie	2	112	145	77,2	↑
Wielkopolskie	3	105	256	41,0	↓
Zachodniopomorskie	2	56	113	50,0	↓
Mazowieckie	1	78	105	74,3	↑
Średni wynik	23	950	1882	50,5	=

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań pierwotnych

W celu pełniejszego ukazania problemów wynikających z trudności z uzyskaniem informacji oraz dostępem do szpitali autor sporządził tabelę 6. Ukazuje ona jednostkowe wyniki zwrotów ankiet w przebadanych szpitalach. Najniższy poziom zwrotów autor uzyskał w szpitalach A1, A6, B1, D3, H1 oraz H3. Cztery spośród sześciu jednostek funkcjonują w województwie wielkopolskim oraz dolnośląskim.

Do szpitali z najwyższym wskaźnikiem zwrotów zaliczane się jednostki z oznaczeniem: A3, A5, D1, G1, G2, I1 oraz J1. W tej grupie znalazły się po dwa szpitale reprezentujące województwa dolnośląskie oraz śląskie. Wskazuje to na pozytywne nastawienie pracowników, dobrą atmosferę w miejscu pracy bądź na wysoki profesjonalizm kadry zarządzającej i zatrudnionej w szpitalach.

Tabela 6. Liczba zebranych ankiet z podziałem na poszczególne szpitale

Szpital	Województwo	Liczba zwrotów ankiet	Liczba wydanych ankiet	Odsetek zwrotów = 4/5	Porównanie ze średnim wynikiem
A1	Dolnośląskie	41	132	31,1	↓
A2	Dolnośląskie	24	35	68,6	
A3	Dolnośląskie	33	45	73,3	↑
A4	Dolnośląskie	62	137	45,3	
A5	Dolnośląskie	24	33	72,7	↑
A6	Dolnośląskie	3	20	15,0	
A7	Dolnośląskie	24	35	68,6	↑
B1	Lubelskie	29	191	15,2	↓
C1	Lubuskie	97	184	52,7	↑
D1	Małopolskie	34	47	72,3	↑
D2	Małopolskie	83	122	68,0	↑
D3	Małopolskie	12	31	38,7	↓
D4	Małopolskie	26	42	61,9	↑
E1	Opolskie	15	23	65,2	↑
F1	Podkarpackie	92	186	49,5	↓
G1	Śląskie	32	45	71,1	↑
G2	Śląskie	80	100	80,0	↑
H1	Wielkopolskie	21	60	35,0	↓
H2	Wielkopolskie	60	125	48,0	↓
H3	Wielkopolskie	24	71	33,8	
I1	Zachodniopomorskie	21	30	70,0	↑
I2	Zachodniopomorskie	35	83	42,2	↓
J1	Mazowieckie	78	105	74,3	
	Średni wynik	950	1882	50,5	=

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań pierwotnych

Drugi etap badań ograniczono do ośmiu podmiotów leczniczych. Taki dobór jednostek wynika z założenia, że badaniem obejmuje się duże organizacje, czyli zatrudniające co najmniej 600 pracowników, w tym nie mniej niż 50% stanu osobowego stanowi personel medyczny. Z tego względu przyjęto, że badaniu zostaną poddane szpitale wojewódzkie podległe marszałkom województw. Badacz kontaktował się z zarządami w celu uzyskania zgody na badania w podległych szpitalach. Założenie badawcze mówiło, że w badaniu weźmie udział przynajmniej 240 osób. Badanie miało do spełnienia dwie funkcje: analityczną (uszczegóławiającą, poszerzającą

wiedzę poznawczą) oraz kontrolną (przeprowadzono częściową walidację w celu sprawdzenia, czy przyjęte wnioski można odnieść do całej populacji badawczej).

W sumie kwestionariusz ankiety został skierowany do przedstawicieli personelu medycznego, z czego zwrócono 162 prawidłowo wypełnione ankiety. Stanowi to 49,4% rozdanych ankiet.

Ze względu na założenie, że badanie zostanie przeprowadzone w szpitalach zatrudniających co najmniej 600 pracowników, badaniem objęto jednostki publiczne, które mają charakter wielospecjalistyczny (wielooddziałowy).

Badacz mógł w większym stopniu bezpośrednio uczestniczyć w badaniach. Dzięki temu uzyskano większy poziom zwrotów ankiet aniżeli w pierwszym badaniu, w takich samych pod względem wielkości jednostkach, odpowiednio w drugim badaniu 49,4%, a w pierwszym 48,6%.

Tabela 7. Podział szpitali ze względu na strukturę własnościową oraz organizacyjną

Własność/organizacja	Liczba jednostek	Liczba zwrotów ankiet	Liczba wydanych ankiet	Odsetek zwrotów = 3/4
Publiczne/Wielospecjalistyczne	8	162	328	49,4
Średni wynik	8	162	328	49,4

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań pierwotnych

Jak wspomniano, badaniem objęto osiem szpitali zlokalizowanych w sześciu województwach. Należy zwrócić uwagę, że zgoda otrzymana ze strony jednostki nadrzędnej, czyli zarządu województwa, we wszystkich przypadkach była respektowana przez zarząd szpitala. Nie przenosiło się to, niestety, na jakość prowadzonych badań. Dyrekcja szpitala będąca w konflikcie z pracownikami oraz związkami zawodowymi nie potrafiła pomóc w badaniach. Dlatego badacz pozostawiony „sam sobie”, bez pomocy wewnątrz organizacji, niewiele mógł dokonać. Przykładem jest tu szpital zlokalizowany w województwie dolnośląskim, w którym od co najmniej dwóch lat zaognia się konflikt między zarządem a pracownikami. Wpływają na to pogarszające się warunki finansowe oraz zmniejszanie wielkości zamawianych usług przez NFZ. Podobną sytuację można stwierdzić w szpitalu (F2) z województwa lubelskiego, jednak negatywna atmosfera oraz spory wewnątrzszpitalne mają tu dużo mniejszą skalę aniżeli we wcześniej opisywanym szpitalu. Inną grupę szpitali, w których uzyskano niski poziom zwrotów, stanowią te jednostki, które były w znacznej odległości od miejsca zamieszkania badacza, przez co utrudniona była organizacja badań oraz dopilnowanie respondentów na miejscu badania. Badacz musiał wspomóc się osobami trzecimi, które nie były zmotywowane do permanentnej kontroli ankietowanych w miejscu pracy. Do takich szpitali zaliczamy podmioty lecznicze z województwa mazowieckiego.

Tabela 8. Podział szpitali ze względu na przynależność terytorialną

Województwo	Liczba jednostek	Liczba zwrotów ankiet	Liczba wydanych ankiet	Odsetek zwrotów = 3/4	Porównanie ze średnim wynikiem
Dolnośląskie	1	1	40	2,5	↓
Lubelskie	2	48	74	64,9	↑
Lubuskie	1	25	43	58,1	↑
Małopolskie	1	31	43	72,1	↑
Wielkopolskie	1	28	39	71,8	↑
Mazowieckie	2	30	89	33,7	↓
Średni wynik	8	162	328	49,4	=

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań pierwotnych

Najniższy poziom zwrotów autor uzyskał w szpitalach C1, D2 i D1. Przyczyny tej sytuacji opisano wcześniej. Z kolei do szpitali z najwyższym wskaźnikiem zwrotów zaliczone zostały jednostki z oznaczeniem: F1, E1, A1 i B1. Wskazuje to na pozytywne nastawienie pracowników, dobrą atmosferę w miejscu pracy bądź na wysoki profesjonalizm kadry zarządzającej i zatrudnionej w szpitalach. Wpływ na poziom zwrotów miał również bezpośredni kontakt badanego z respondentami.

Tabela 9. Podział szpitali z uwzględnieniem kryterium geograficznego

Szpital	Województwo	Liczba zwrotów ankiet	Liczba wydanych ankiet	Odsetek zwrotów = 4/5	Porównanie ze średnim wynikiem
A1	Wielkopolskie	28	39	71,8	↑
B1	Lubuskie	25	43	58,1	↑
C1	Dolnośląskie	1	40	2,5	↓
D1	Mazowieckie	18	40	45,0	↓
D2	Mazowieckie	12	49	24,5	↓
E1	Małopolskie	31	43	72,1	↑
F1	Lubelskie	33	40	82,5	↑
F2	Lubelskie	15	34	44,1	↓
	Średni wynik	162	328	49,4	=

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań pierwotnych

Badanie trzecie przeprowadzono na grupie menedżerów opieki zdrowia. Dane zbierano na dwa sposoby. Pierwsze dane uzyskano na zebraniu Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowia. Drugi sposób był bardziej pracochłonny i wymagał od badacza indywidualnych wizyt w szpitalach funkcjonujących na terenie województw: lubuskiego, wielkopolskiego oraz dolnośląskiego.

Do badań kwalifikowano tych menedżerów, którzy mają co najmniej dziesięcioletnie doświadczenie na stanowiskach funkcyjnych, bez względu na szczebel zarządzania. Wynikało to z przedmiotu badań, jakim były kompetencje menedżerskie tych osób. Spośród 50 osób, do których skierowano kwestionariusz ankiety, na badanie wyraziło zgodę 20 osób zarządzających w szpitalach.

3.8. Prezentacja próby badawczej

Przy projektowaniu badań autor przyjął, że uzyskane dane badawcze będą analizowane na podstawie pięciu kryteriów: płci, wieku, przynależności do grupy zawodowej i całkowitego stażu pracy oraz stażu pracy w aktualnym miejscu pracy.

Jeśli uwzględnimy kryterium płci, w badaniu uczestniczyło 827 kobiet oraz 123 mężczyzn. Przewaga liczbowa w strukturze respondentów wynika ze specyfiki struktury zatrudnienia w ochronie zdrowia. W szpitalach największą grupę zawodową stanowią osoby wykonujące obowiązki pielęgniarki. Dodatkowo należy zauważyć, że w szpitalach niepublicznych dysproporcja ta jest jeszcze większa. Wynika to z faktu, że jednostki niepubliczne realizują znaczną część działań pomocniczych, wykorzystując firmy zewnętrzne.

Tabela 10. Podział badanych osób ze względu na płeć

Odpowiedź	Wyniki	
	Liczbowo	Procentowo (%)
Kobieta	827	87,1
Mężczyzna	123	12,9
Suma	950	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań pierwotnych

Analiza kryterium wieku respondenta pokazuje, że duża liczba zatrudnionych osób ma więcej niż 41 lat. Odsetek takich osób stanowi większościową grupę badanych – 55,9% respondentów. Jedynie 14,2% badanych osób ma mniej niż 30 lat. Wskazuje to na zachwianie ciągłości naboru pracowników do szpitali. Jest to zjawisko, które w niedługim czasie może negatywnie wpłynąć na strukturę zatrudnienia i jakość pracy w ochronie zdrowia. Szkoły medyczne nie będą w stanie wykształcić wystarczającej

liczby kandydatów do pracy. Z kolei nowi, wyuczeni pracownicy medyczni będą mieli mniej szans działania pod kierunkiem bardziej doświadczonego specjalisty.

Wyniki badań, zamieszczone przez autora w tabeli 12, uwzględniają podział badanych na grupy zawodowe. Analiza danych badawczych potwierdza stereotyp przyjęty w społeczeństwie, a który dotyczy struktury zatrudnienia w szpitalach. Dane pokazują, że kobiety stanowią większość spośród pracowników zatrudnionych w szpitalach. Wynika to z faktu, że kobiety wykonują obowiązki pielęgniarek (do tej grupy zalicza się również położne), a to właśnie one stanowią najliczniejszą grupę zawodową w podmiotach leczniczych. W przypadku grupy lekarzy niska reprezentacja wynika nie z małej liczebności tej grupy zawodowej w strukturze zatrudnienia, lecz z bardzo niskiego poziomu zwrotów wypełnionych kwestionariuszy. Przedstawiciele tej grupy zawodowej nie chcą uczestniczyć w badaniach, tłumacząc się brakiem czasu czy też zainteresowania wynikami badań.

Analiza struktury respondentów pod względem stażu pracy wskazuje trend spadkowy w zatrudnianiu w szpitalach osób z niedużym bądź żadnym doświadczeniem zawodowym. Na podstawie próby badawczej można stwierdzić, że 64,7% respondentów legitymuje się stażem co najmniej piętnastoletnim lub dłuższym. Jedynie 12,1% osób posiada staż nie dłuższy niż pięć lat. Może to oznaczać, że szpitale nie zatrudniają nowych pracowników ze względów oszczędnościowych i następuje częściowe zablokowanie zatrudnienia.

Tabela 11. Podział badanych osób ze względu na wiek

Odpowiedź	Wyniki	
	Liczbowo	Procentowo (%)
Poniżej 30 lat	135	14,2
W przedziale od 31 do 40 lat	284	29,9
W przedziale od 41 do 50 lat	363	38,2
Powyżej 50 lat	168	17,7
Suma	950	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań pierwotnych

Tabela 12. Podział badanych osób ze względu na przynależność do grupy zawodowej

Odpowiedź	Wyniki	
	Liczbowo	Procentowo (%)
Lekarze	253	26,6
Pielęgniarki i położne	697	73,4
Suma	950	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań pierwotnych

Tabela 13. Podział badanych osób ze względu na całkowity staż pracy

Odpowiedź	Wyniki	
	Liczbowo	Procentowo (%)
Do 5 lat	115	12,1
W przedziale od 6 do 10 lat	102	10,7
W przedziale od 11 do 15 lat	119	12,5
W przedziale od 16 do 25 lat	322	33,9
Powyżej 25 lat	292	30,8
Suma	950	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań pierwotnych

Zjawisko to może mieć poważne konsekwencje w przyszłości, gdy szpitale będą musiały zatrudniać dużo więcej niedoświadczonych pracowników, ponieważ nie będzie na rynku zbyt wystarczającej liczby osób z długim stażem pracy. Może to spowodować obniżenie poziomu świadczonych usług medycznych.

Uszczegółowieniem wcześniejszej analizy jest badanie stażu pracy u aktualnego pracodawcy. Dane w tabeli 10 potwierdzają wcześniejsze wnioski, że największą grupę stanowią osoby zatrudnione co najmniej 15 lat (46,9% badanych). Analiza wyników pokazuje, że z rzadka badani zmieniają miejsce pracy, osoby badane zazwyczaj były zatrudnione w jednym albo w dwóch miejscach pracy. Stabilność w zatrudnieniu z jednej strony przynosi korzyści (stabilizację organizacji pracy, wszyscy pracownicy powinni znać procedury przepływu informacji w organizacji), ale z drugiej mogą się pojawić również negatywne symptomy, które będą odczuwalne w dłuższej perspektywie.

Tabela 14. Podział badanych osób ze względu na staż pracy u aktualnego pracodawcy

Odpowiedź	Wyniki	
	Liczbowo	Procentowo (%)
Do 5 lat	243	25,6
W przedziale od 5 do 10 lat	128	13,5
W przedziale od 10 do 15 lat	133	14,0
W przedziale od 15 do 25 lat	263	27,7
Powyżej 25 lat	183	19,2
Suma	950	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań pierwotnych

Prawidłowy rozwój organizacji wymaga ciągłego naboru nowych pracowników, szczególnie dotyczy to stanowisk specjalistycznych (personel medyczny). Brak tego zjawiska w dłuższym okresie spowoduje, że nowi pracownicy nie będą mieli się od kogo uczyć prawidłowego wykonywania zawodu. Może też zaistnieć problem ze znalezieniem nowych pracowników (ograniczona podaż na rynku) oraz z rosnącymi wymaganiami finansowymi.

W badaniach zastosowano próbę kwotową. Analizie poddano dwie grupy respondentów: lekarzy oraz pielęgniarki. Kwestionariusze ankiety w każdym ze szpitali skierowano do pięciu lekarzy i dziesięciu pielęgniarek. Następnie dokonano tabulacji, czyli zliczania przypadków należących do różnych kategorii. Strukturę próby badawczej według zawodu, płci, wieku oraz całkowitego stażu pracy, uzyskaną z badania ilościowego, zaprezentowano w tabeli 15.

Tabela 15. Struktura grupy badawczej

Kryterium	Kategorie	Liczba respondentów	Odsetek respondentów (%)
Ogółem		162	100,0
Zawód	Pielęgniarki	99	61,1
	Lekarze	63	38,9
Płeć	Kobiety	130	80,3
	Mężczyźni	32	19,7
Wiek	Do 29 lat	6	3,7
	30–39 lat	43	26,5
	40–49 lat	75	46,3
	50–59 lat	30	18,5
	60 i więcej	3	1,9
	Brak danych	5	3,1
Staż pracy	Do 10 lat	32	19,8
	11–20 lat	57	35,2
	21–30 lat	54	33,3
	31–40 lat	14	8,6
	Brak danych	5	3,1

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

Wielkość próby wyniosła w sumie 162 badane osoby, podzielone na 99 (61,1%) pielęgniarek i 63 (38,9%) lekarzy. Pośród ankietowanych było 130 (80,3%) kobiet i 32 (19,7%) mężczyzn. Rozkład lekarzy według płci był równy: 31 lekarzy mężczyzn i 32 lekarki. Z kolei grupa pielęgniarska była bardziej jednorodna, w badaniu uczestniczyło 98 kobiet i jeden mężczyzna, czyli 99% pielęgniarek to kobiety, a jedynie 1% stanowią mężczyźni.

Respondenci byli w wieku od 26 do 62 lat, średnia wieku wyniosła $43,1 \pm 7,7$ roku. Całkowity staż pracy badanych osób mieścił się w zakresie od 1,5 roku do 40 lat. Średnio wyniósł $19,9 \pm 8,2$ roku. Oczywiście wiek i staż pracy są silnie dodatnio i liniowo skorelowane, współczynnik korelacji wynosił tu $r = 0,935$; $p < 0,001$. Respondentów podzielono na grupy składające się z osób zakwalifikowanych do 10-letnich grup wiekowych, tak samo postąpiono w przypadku stażu pracy. Nie używano informacji o wieku i stażu pracy pięciu respondentów (3,1% próby).

Najwięcej respondentów było w wieku od 40 do 49 lat (75 osób, co stanowi 46,3% próby). Następną grupą liczyła 43 osoby, czyli 26,5% próby, w wieku od 30 do 39 lat. Kolejne 30 osób, czyli 18,5% próby, miało od 50 do 59 lat, a najmniej ankietowanych było w wieku do 29 lat (6 osób, czyli 3,7% próby) oraz w wieku 60 i więcej lat (3 osoby, czyli 1,9%). Z uwagi na małe liczebności najmłodszej i najstarszej grupy wiekowej na potrzeby dalszych analiz dołączono te dwie grupy do grup sąsiadujących. Wyróżniono więc 3 grupy respondentów: poniżej 40 lat (49 osób), od 40 do 49 lat (75 osób) oraz 50 i więcej lat (33 osoby).

Analiza kryterium całkowitego stażu pracy wskazuje, że staż największej liczby respondentów mieścił się w zakresie od 11 do 20 lat (57 osób, co stanowi 35,2% próby). Następną najliczniejszą grupę stanowią osoby z jeszcze dłuższą wysługą lat. Osoby, które pracują co najmniej od 21 lat, ale maksymalnie 30 lat, stanowią 33,3% próby badawczej (54 osoby). Co piąty przebadany respondent (32 osoby) charakteryzuje się stażem pracy co najwyżej 10-letnim. Najmniej liczną grupą badawczą wydzieloną według kryterium stażu pracy są osoby pracujące co najmniej 31 lat albo dłużej. Stanowiło ją 14 osób, co w przeliczeniu na całą populację daje 8,6% próby. Analizowany wiek i staż pracy według zawodu oraz płci lekarzy zaprezentowano w tabeli 16.

Tabela 16. Średni wiek i staż pracy ogółem, według zawodu oraz płci lekarzy

Cecha	Miara	Ogółem	Zawód		Płeć lekarzy	
			Pielęgniarki N = 99	Lekarze N = 63	Lekarki N = 32	Lekarze N = 31
Wiek (w latach)	<i>Min.-Maks.</i>	26–62	26–62	26–60	26–60	28–56
	<i>M ± SD</i>	$43,1 \pm 7,7$	$43,1 \pm 7,7$	$43,0 \pm 7,8$	$42,7 \pm 8,3$	$43,4 \pm 7,4$
	<i>T</i>	x	0,080		0,370	
	<i>P</i>	x	0,936		0,713	
Staż pracy (w latach)	<i>Min.-Maks.</i>	1,5–40	3–40	1,5–36	1,5–36	3–31
	<i>M ± SD</i>	$19,9 \pm 8,2$	$21,2 \pm 8,1$	$17,8 \pm 8,1$	$17,7 \pm 8,5$	$18,0 \pm 7,8$
	<i>T</i>	x	2,757		0,144	
	<i>P</i>	x	0,011		0,886	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ankietowych

Oznaczenia: M – mediana (średnia w próbie), P – prawdopodobieństwo testowe, SD – odchylenie standardowe w próbie, T – test t-Studenta

Przebadane pielęgniarki i lekarze są to grupy podobne pod względem wieku, ale różnią się istotnie pod względem całkowitego stażu pracy. Staż pracy lekarzy był istotnie krótszy (średnio wynosił $17,8 \pm 8,1$ roku) niż pielęgniarek (średnio $21,2 \pm 8,1$ roku). Ankietowani lekarzki i lekarze nie różnili się istotnie pod względem wieku i stażu pracy. Wynika to z dłuższego czasu, jaki lekarze do niedawna musieli poświęcić na wykształcenie. Zmiana przepisów zmieniła tę sytuację i obecnie pielęgniarki są zobowiązane do posiadania wyższego wykształcenia zawodowego²⁰².

Respondentów zapytano także o specjalizację (tabela 17), jednak ponad połowa z nich (103, czyli 63,58% próby) nie udzieliła odpowiedzi na to pytanie. Spośród tych respondentów, którzy podali swoją specjalizację, najwięcej (18, czyli co dziewiąta osoba) posiadało specjalizację z kardiologii, następnie 10 osób (6,17%) miało specjalizację z interny; 8 osób (4,94%) z chirurgii, po 6 osób (po 3,70%) z pielęgniarstwa oraz anestezjologii i intensywnej terapii, 3 osoby z pulmonologii, po 2 osoby z organizacji i zarządzania, neurologii oraz pediatrii oraz po jednej osobie z ginekologii oraz zdrowia publicznego.

Tabela 17. Specjalizacje zawodowe przebadanego personelu medycznego

Specjalizacja	Liczba respondentów	Odsetek respondentów (%)
Kardiologia	18	11,1
Interna	10	6,2
Chirurgia	8	5,0
Pielęgniarstwo	6	3,7
Anestezjologia i intensywna terapia	6	3,7
Pulmonologia	3	1,9
Organizacja i zarządzanie	2	1,2
Neurologia	2	1,2
Pediatria	2	1,2
Ginekologia	1	0,6
Zdrowie publiczne	1	0,6
Brak danych	103	63,6
Razem	162	100,00

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ankietowych

²⁰² Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 roku (Dz.U. 2011.174.1039, 2012-01-01 zm. Dz.U. 2011.291.1707 art. 16).

Próba badawcza osób zarządzających w szpitalach pokazuje, że jest to grupa, w której w większym stopniu stanowiska kierownicze zajmują kobiety aniżeli mężczyźni. W zrealizowanym badaniu 80% przebadanych to kobiety, pozostałą część stanowią mężczyźni.

Tabela 18. Analiza grupy badawczej z uwzględnieniem kryterium płci

Odpowiedź	Wyniki	
	Liczbowo	Procentowo (%)
Kobieta	16	80,0
Mężczyzna	4	20,0
Suma	20	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań pierwotnych

Na 20 przebadanych menedżerów opieki zdrowia 60% jest w wieku powyżej 50 lat. Co ciekawe, część spośród nich może się pochwalić stażem na stanowiskach kierowniczych większym niż 25 lat. Jedna z przebadanych osób piastuje stanowiska kierownicze w szpitalach od 31 lat. Pokazuje to, że doświadczenie oraz wiedzę i wykorzystywane umiejętności mogła doskonalić zarówno w praktyce, jak i poprzez szkolenia w długim przedziale czasu.

Tabela 19. Analiza grupy badawczej z uwzględnieniem kryterium wieku

Odpowiedź	Wyniki	
	Liczbowo	Procentowo (%)
Poniżej 40 lat	2	10,0
W przedziale od 40 do 50 lat	6	30,0
Powyżej 50 lat	12	60,0
Suma	20	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań pierwotnych

Analiza struktury respondentów pod względem stażu pracy ogółem oraz na stanowiskach kierowniczych pokazuje, że staż pracy jest najczęściej dłuższy o kilka lat od stażu na stanowisku funkcyjnym. Stąd można założyć, że menedżerowie, zanim objęli stanowisko kierownicze, byli zatrudnieni jako szeregowi pracownicy i musieli się wykazać na zajmowanym stanowisku pracy posiadaną wiedzą oraz umiejętnościami. Dopiero później pięli się po szczeblach hierarchii stanowisk kierowniczych.

Tabela 20. Analiza grupy badawczej z uwzględnieniem kryterium całkowitego stażu pracy na stanowiskach kierowniczych

Odpowiedź	Wyniki	
	Liczbowo	Procentowo (%)
Do 15 lat	8	40,0
W przedziale od 15 do 25 lat	10	50,0
Powyżej 25 lat	2	10,0
Suma	20	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań pierwotnych

Należy zwrócić uwagę, że spośród dwudziestu przebadanych menedżerów opieki zdrowia 70% z nich charakteryzuje co najmniej dwudziestopięcioletni staż pracy. Niektórzy mają doświadczenie zawodowe oscylujące na poziomie między trzydzieści dwa a trzydzieści pięć lat. Wynik ten wskazuje na bardzo duże doświadczenie zawodowe menedżerów. Znaczna część przepracowanych lat przypada na stanowiska kierownicze różnego szczebla organizacyjnego.

Tabela 21. Analiza grupy badawczej z uwzględnieniem kryterium całkowitego stażu pracy

Odpowiedź	Wyniki	
	Liczbowo	Procentowo (%)
Do 15 lat	2	10,0
W przedziale od 15 do 25 lat	4	20,0
Powyżej 25 lat	14	70,0
Suma	20	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań pierwotnych

Metodologia badawcza zawarta w trzecim rozdziale pozwala w sposób szczegółowy przedstawić czytelnikowi etapy badań, które zostały zrealizowane w celu zweryfikowania zbudowanych hipotez. W dalszej części autor przedstawił wyniki badań przeprowadzonych na dwóch grupach badawczych: personelu medycznego (lekarzy i pielęgniarek) oraz menedżerów opieki zdrowia.

ROZDZIAŁ 4

Ocena wiedzy menedżerskiej personelu medycznego

Szpital jest organizacją o charakterze usługowym, wyjątkową ze względu na specyfikę działalności oraz jej doniosłość w funkcjonowaniu społeczeństwa. Z tego względu każdy z pracowników, niezależnie od wieku, wykształcenia i zajmowanego stanowiska, uczestniczy w procesie pozyskiwania nowych umiejętności i upowszechniania wiedzy, szczególnie zaś dotyczy to zawodów z grupy medycznej. Dlatego w kontekście szpitali można zastosować pojęcie organizacji uczącej się.

Uczenie się organizacji jest procesem, w wyniku którego wiedza ukryta i niejawna przekształca się w wiedzę jawną, a wiedza jednostek i grup staje się wiedzą całej organizacji. Aby taki proces mógł mieć miejsce, organizacja musi wspierać jednostki twórcze i kreatywne, umożliwiać im zdobywanie i rozszerzanie swojej wiedzy i zachęcać je do przekazywania wiedzy innym²⁰³.

4.1. Charakterystyka wiedzy menedżerskiej

Wiedza jest jedną ze składowych kompetencji występującą we wszystkich rozwiązaniach dotyczących opisu i definiowania pojęcia kompetencji²⁰⁴. Powstaje ona na skutek zarówno sformalizowanego procesu kształcenia, jak i niesformalizowanego, przyjmującego formę samokształcenia, tzw. uzupełniania wiedzy „na własną rękę”.

Wiedzę można równolegle wzbogacić przez posiadanie bądź doskonalone umiejętności oraz doświadczenie zawodowe²⁰⁵.

Wiedza jest powiązana z kwalifikacjami, nie będąc z nimi tożsama. Kwalifikacje stanowią wszelkiego typu udokumentowane formy kształcenia, potwierdzające ukończenie określonego poziomu kształcenia bądź inną formę uzyskania wiedzy.

²⁰³ B. Elkjaer, *In search of a social learning theory*, [w:] *Organizational Learning and the Learning Organization. Developments in theory and practice*, red. M. Easterby-Smith, J. Burgoyne, L. Araujo, SAGE Publications, London 1999, s. 75–91.

²⁰⁴ Autorzy definicji kompetencji: R.L. Katz 1974; D. McClelland, 1973; J. Raven, 1984; R.E. Boyatzis 1982.

²⁰⁵ Zob. A. Poczowski, *Zarządzanie zasobami ludzkimi...*, s. 25–42.

W ramach prowadzonych badań uwzględniono wiedzę oraz umiejętności (te drugie opisano w rozdziale 5). Wiedza jest wypadkową kilku czynników. Kwalifikacje powinny zaświadczać o posiadanej wiedzy, jednak w praktyce nie zawsze zachodzi ta zależność. W celu standaryzowania procesu kształcenia buduje się i wdraża sylabusy do przedmiotów, zgodne z programami studiów, a od roku akademickiego 2012/2013 zajęcia są realizowane na podstawie rezultatów kształcenia (trudno odnieść się do ostatniej formy ze względu na krótki czas od wdrożenia). Często zdarza się tak, że osoby, uzyskując te same kwalifikacje, reprezentują zróżnicowaną wiedzę, która nie musi odzwierciedlać końcowej oceny indywidualnych kompetencji ocenianych osób. Dlatego rozważania dotyczące wiedzy są istotne, a jednocześnie złożone, szczególnie w przypadku gdy analizowana wiedza nie jest głównym kierunkiem wykształcenia osób, a stanowi tylko uzupełnienie wyuczonego zawodu.

Kandydaci na lekarzy i pielęgniarki kształcą kompetencje zawodowe (specjalistyczne) w procesie kształcenia bądź już jako aktywni pracownicy doskonalą kompetencje zawodowe. W obu przypadkach pomijany jest w procesie aspekt menedżerski, minimalizuje się tematykę dotyczącą kompetencji społecznych. Wskutek tego lekarze i pielęgniarki w ogóle nie są przygotowywani do zarządzania na jakimkolwiek szczeblu organizacji. Nie posiadają ani wiedzy, ani umiejętności wyuczonych dotyczących zarządzania pracownikami, finansami oraz organizacją. Często sami są zdystansowani do jakiegokolwiek innej wiedzy niemedycznej.

Wskutek tego personel medyczny nie posiada cech czy też wzorców ułatwiających pełnienie funkcji kierowniczych. Ich wiedza z tego zakresu ma zazwyczaj charakter pogładowy i często wynika z indywidualnych doświadczeń samych zainteresowanych. Rzadziej wypływa z posiadanej wiedzy menedżerskiej.

Niniejsze rozważania zostały oparte na dwóch badaniach empirycznych. Pierwsze z nich przeprowadzono w 21 szpitalach, w których przebadano 950 przedstawicieli personelu medycznego. Drugie badanie empiryczne wykonano w 8 innych wyselekcjonowanych szpitalach. Kwestionariusz ankiety wypełniły 162 osoby zaliczane do grupy lekarzy i pielęgniarek. W przeprowadzonej analizie autor skupił się na posiadanej wiedzy oraz potrzebach zgłoszonych przez lekarzy i pielęgniarki w kontekście przygotowania do zajmowania stanowiska kierowniczego.

4.2. Wiedza personelu medycznego z zakresu zarządzania

W rozdziale 4 badacz przedstawił rozważania zaczerpnięte z dwóch badań przeprowadzonych za pomocą różnych metod badawczych. Oba badania dzielił również interwał czasowy, większe badanie miało na celu uzyskanie ogólnych danych empirycznych, z kolei drugie badanie zostało ukierunkowane na uszczegółowienie danych do analizy badawczej. Analiza przeprowadzona w rozdziale 4 dotycząca wiedzy posiadanej oraz pożądananej przez personel medyczny została uzupełniona o zdiagnozowanie stanu rzeczywistego oraz oczekiwanego umiejętności interpersonalnych w tej samej grupie pracowników. Interpretację danych dotyczących umiejętności przeprowadzono w kolejnym rozdziale.

4.2.1. Działy wiedzy z zarządzania istotne dla personelu medycznego

Wiedza menedżerska jest odmianą wiedzy, dzięki której osoba rozumie zmiany zachodzące w otoczeniu, jak również potrafi przełożyć to na specyfikę organizacji, w której funkcjonuje. Umie ona zaplanować, wdrożyć, wzmacniać i kontrolować zadania.

Autor, podejmując się analizy wiedzy i zainteresowań personelu medycznego z zakresu zarządzania organizacją, podzielił badanych na lekarzy oraz pielęgniarki. W takiej konfiguracji będą prezentowane uzyskane dane empiryczne.

Tabela 22. Zakres tematyczny uzupełnianej wiedzy menedżerskiej przez personel medyczny

Odpowiedź	Odpowiedzi ogółem (%)	Lekarze		Pielęgniarki	
		Ilościowa	Procentowa	Ilościowa	Procentowa
Finanse ochrony zdrowia	11,9	18	14,1	32	11,0
Marketing	16,4	23	18,0	46	15,8
Prawo	18,3	21	16,4	56	19,2
Rachunkowość	10,5	17	13,3	27	9,2
Zarządzanie szpitalem	14,8	21	16,4	41	14,0
Zarządzanie zasobami ludzkimi	28,1	28	21,8	90	30,8
Suma	N = 420	N = 128	100%	N = 292	100%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 21 szpitalach

W tabeli 22 przedstawiono lekarzy i pielęgniarki, którzy doskonalią wiedzę menedżerską, uzupełniają ją w sposób wybiórczy, ukierunkowany. Skupiają się oni na kilku zagadnieniach. Średnio na jednego lekarza przypada 3,5 zakresu wiedzy spośród 29 zaproponowanych przez zespół badawczy. Zazwyczaj ci lekarze, którzy doskonalią się z zarządzania zasobami ludzkimi, są zainteresowani uzupełnianiem wiedzy z marketingu.

Z kolei osoby uzupełniające wiedzę z rachunkowości dodatkowo kształcą się z zakresu zarządzania finansami. Na tej podstawie można wysnuć wniosek, że ci przedstawiciele personelu medycznego, którzy chcą pogłębić swoją wiedzę menedżerską, specjalizują się w wybranych dziedzinach wiedzy.

W przypadku grupy zawodowej pielęgniarek najczęściej doskonala jest wiedza z zakresu zarządzania pracownikami oraz prawa. Najmniejszym zainteresowaniem wśród pielęgniarek cieszą się te same zagadnienia, co w przypadku grupy lekarskiej. Są to rachunkowość oraz finanse. W mniemaniu personelu medycznego (zarówno piastującego funkcje kierownicze, jak i pracowników) są to zagadnienia przypisane pracownikom księgowości, głównej księgowej oraz dyrektorowi ekonomicznemu. Ze względu na ewentualność awansu zawodowego w grupie personelu medycznego przydatna jest wiedza związana z zarządzaniem zasobami ludzkimi, szpitalem, marketingiem czy też prawem.

Tabela 23. Działy wiedzy doskonalone przez personel medyczny

Odpowiedź	Średnia ogólna	Średnia w grupie lekarskiej	Średnia w grupie pielęgniarskiej	Różnica $W = (L - P)$
Komunikacja z pacjentami	3,94	4,05	3,88	+0,17
Komunikacja ze współpracownikami	3,60	3,63	3,57	+0,06
Komunikacja z przełożonymi lub podwładnymi	3,49	3,49	3,48	+0,01
Umiejętność rozwiązywania konfliktów	3,36	3,40	3,33	+0,07
Bezpieczeństwo przetwarzania danych osobowych	3,36	3,38	3,34	+0,04
Jakość leczenia	3,34	3,24	3,40	-0,16
Wizerunek zewnętrzny szpitala	3,33	3,30	3,35	-0,05
Znajomość procedur obiegu dokumentów	3,33	3,27	3,37	-0,10
Nadzór nad mieniem powierzonym (np. sprzętem medycznym)	3,33	3,17	3,42	-0,25
Umiejętność obsługi informatycznych programów wewnętrznych	3,30	3,38	3,24	+0,14
Umiejętność radzenia sobie ze stresem i w trudnych sytuacjach	3,26	3,19	3,30	-0,11
Umiejętność negocjacji	3,23	3,30	3,19	+0,11
Kształtowanie relacji wewnętrznych w szpitalu (poziomych i pionowych)	3,20	3,24	3,18	+0,06
Proces świadczenia usług, w tym dostępność usług, czas oczekiwania na usługę	3,20	3,29	3,15	+0,14
Zarządzanie pracownikami	3,14	3,08	3,17	-0,09
Ocena pracowników	3,05	3,02	3,07	-0,05
Zarządzanie czasem oczekiwania na świadczenie zdrowotne	3,01	3,00	3,01	-0,01
Kreowanie szkoleń	2,98	2,90	3,03	-0,13
Motywowanie pracowników	2,89	2,92	2,87	+0,05
Umiejętność wprowadzania zmiany w organizacji	2,81	2,87	2,78	+0,09

Odpowiedź	Średnia ogólna	Średnia w grupie lekarskiej	Średnia w grupie pielęgniarskiej	Różnica $W = (L - P)$
Znajomość zmian prawnych dotyczących sektora zdrowia	2,66	2,60	2,70	-0,10
System wynagradzania	2,63	2,68	2,60	+0,08
Znajomość zasad mentoringu i <i>coachingu</i> (partnerska relacja między mistrzem i uczniem, wspieranie podwładnych w osiągnięciu sukcesu)	2,64	2,60	2,66	-0,06
Planowanie inwestycji infrastrukturalnych (w sprzęt lub nieruchomości)	2,60	2,46	2,70	-0,24
Rekrutacja	2,61	2,57	2,64	-0,07
Rozliczenia z NFZ	2,32	2,29	2,34	-0,05
Kontrola przychodów i kosztów	2,31	2,33	2,30	+0,03
Budżetowanie	2,29	2,33	2,26	+0,07
Razem	N = 162 = 100,0%	N = 63 = 100,0%	N = 99 = 100,0%	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

Ze względu na możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi przez respondentów suma wyników przedstawionych w tabeli 23 przekroczyła wartość 100%. W związku z tym autor uwzględnił w rozważaniach możliwość przekroczenia wartości skumulowanej 100%. Z przekroczenia wartości 100% (łącznie 140,3%) wynika, że statystycznie co druga badana osoba wskazała dwa działy wiedzy, którymi jest zainteresowana.

Spośród siedmiu kategorii badacz wskazał cztery, które dla personelu medycznego stanowią ważny zakres wiedzy i które zamierza doskonalić. Są to: zarządzanie kadrami, zarządzanie zmianą, marketing i jakość oraz psychologia zarządzania. Wszystkie te zagadnienia zaliczamy do „miękkich” aspektów wiedzy, którą można wykorzystać w codziennej pracy na płaszczyźnie współpracy w relacjach poziomych i pionowych^{206,207} oraz świadczeń medycznych (obsługi pacjentów).

Tabela 24. Stopień samouzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania przez lekarzy

Odpowiedź	Ilościowa	Procentowa
Nigdy	71	28,1
Rzadko	73	28,9
Czasami	35	13,8
Często	22	8,7
Bardzo często	0	0,0
Brak odpowiedzi	52	20,5
Razem	N = 253	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 21 szpitalach

Wyniki uzyskane w badaniu pielęgniarek pokazują, że jest to grupa osób, które rzadziej zdobywają wiedzę aniżeli lekarze, którzy czynią to z potrzeby jej posiadania. Jedynie 5,6% spośród nich co najmniej często doskonaliło wiedzę menedżerską. W przypadku lekarzy jest to dwukrotnie większy odsetek badanych, którzy z własnej inicjatywy w niesformalizowanym procesie doskonalią wiedzę z zakresu zarządzania.

²⁰⁶ S.J. Peterson, T.S. Bredow, *Middle Range Theories. Application to nursing research*, Wolter Kluwer Health, Philadelphia 2009, s. 12–13.

²⁰⁷ D.A. Hardcastle, P.R. Powers, S. Wenocur, *Community Practice. Theories and skills for social workers*, Oxford University Press, Oxford–New York 2011, s. 101–103.

Tabela 25. Stopień samouzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania przez pielęgniarki

Odpowiedź	Ilościowa	Procentowa
Nigdy	173	24,8
Rzadko	226	32,4
Czasami	90	12,9
Często	23	3,3
Bardzo często	6	0,9
Brak odpowiedzi	179	25,7
Razem	N = 697	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 21 szpitalach

Stąd wniosek, że pielęgniarki są grupą, która w większym stopniu jest zainteresowana podglębianiem wiedzy poprzez uczestnictwo w sformalizowanych zajęciach. Z kolei lekarze bardziej preferują uzupełnianie wiedzy poprzez metody zaliczane do tzw. samokształcenia.

Wyniki przedstawione w tabelach 26–32 mają strukturę zsumowanych opinii respondentów i dotyczą samooceny poziomu wiedzy z określonego zakresu wiedzy menedżerskiej. Autor przyjął następujące założenie: „1” oznacza najniższą ocenę, natomiast „5” ocenę najwyższą. Powyższe kryterium przedstawia wzór, który został wykorzystany do zsumowania ocen dla poszczególnych zakresów wiedzy menedżerskiej.

Zgodnie z przyjętą zasadą wzór wygląda następująco:

$$S_{LWSK} = \sum_{i=1}^5 i \cdot L_{WSK_i}$$

gdzie:

- S_{LWSK} – suma poziomu wiedzy,
 L_{WSK_i} – liczba wskazań i-tej samooceny poziomu wiedzy.

Tabela 26. Własna ocena wiedzy personelu medycznego z zakresu zarządzania finansami

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Średnia ocena	Struktura odpowiedzi (%)
System wynagradzania	424	2,60	27,7
Budżetowanie	365	2,25	24,0
Rozliczenia z NFZ	367	2,27	24,0
Kontrola przychodów i kosztów	372	2,29	24,3
Średnia w grupie		2,35	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

Poziom wiedzy personelu medycznego z zarządzania finansami na tle innych zagadnień z wiedzy menedżerskiej należy ocenić jako jeden z niższych, jeśli nie najniższy. Spośród czterech wymienionych podkategorii zarządzania finansami pracownicy najwyżej ocenili swoją wiedzę dotyczącą systemów wynagradzania, wiedzę ukierunkowaną na budżetowanie zaś najniżej. Analiza wiedzy z zakresu zarządzania finansami z uwzględnieniem podziału na grupy zawodowe zarówno wśród pielęgniarek, jak też lekarzy wskazuje na podobny poziom wiedzy w obu grupach.

Zsumowana samoocena pracowników medycznych dotycząca wiedzy z marketingu i jakości pokazuje, że najwyżej oceniają oni swoją wiedzę z zakresu jakości leczenia oraz kreowania wizerunku zewnętrznego szpitali.

Ocena wiedzy z zakresu budżetowania dokonana przez personel medyczny unaczynia nam, że jest to wiedza, na którą jest bardzo niewielkie zapotrzebowanie. Przebadane osoby w większości nie posiadają wysokich kompetencji w tym zakresie.

Wysoka samoocena wiedzy z tych dwóch podkategorii może być skutkiem systemu leczenia występującego w formie procesu sformalizowanego. Przyjęte są procedury leczenia, które personel medyczny musi znać i zgodnie z którymi wykonywać usługi medyczne.

Tabela 27. Własna ocena wiedzy personelu medycznego z zakresu marketingu i jakości

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Średnia ocena	Struktura odpowiedzi (%)
Jakość leczenia	541	3,34	25,9
Wizerunek zewnętrzny szpitala	539	3,33	25,9
Proces świadczenia usług, w tym dostępność usług, czas oczekiwania na usługę	516	3,19	24,8
Zarządzanie czasem oczekiwania na świadczenie zdrowotne	487	3,01	23,4
Średnia w grupie		3,22	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

W tabeli 28 zaprezentowano zsumowane dane dotyczące samooceny wiedzy dotyczącej nadzoru nad infrastrukturą przez personel medyczny. Pracownicy wysoko ocenili własną wiedzę dotyczącą nadzoru nad mieniem powierzonym. Stan wiedzy jest skutkiem obowiązujących przepisów oraz wewnętrznych procedur funkcjonujących w szpitalach. Mniejsze zainteresowanie zagadnieniem planowania inwestycji infrastrukturalnych wśród personelu medycznego wynika z faktu, że zadanie to nie mieści się w ich podstawowych obowiązkach. Wysoką wiedzę odnotowano jedynie w przypadku pracowników piastujących funkcje kierownicze w szpitalu bądź osób funkcjonujących na stanowiskach, na których to zagadnienie znajduje się w obowiązkach pracownika.

Tabela 28. Własna ocena wiedzy personelu medycznego z zakresu nadzoru nad infrastrukturą

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Średnia ocena	Struktura odpowiedzi (%)
Nadzór nad mieniem powierzonym (np. sprzętem medycznym)	538	3,32	56,0
Planowanie inwestycji infrastrukturalnych (w sprzęt lub nieruchomości)	422	2,60	44,0
Zarządzanie czasem oczekiwania na świadczenie zdrowotne	487	3,01	23,4
Średnia w grupie		2,98	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

Personel medyczny, oceniając własną wiedzę z zakresu zarządzania kadrami, wystawił sobie wysoką ocenę. Najwyżej sklasyfikowano wiedzę dotyczącą oceny pracowniczej. Zainteresowanie nią jest skutkiem coraz częstszych ocen przeprowadzanych w miejscu zatrudnienia. Co ciekawe, badani pracownicy najniżej ocenili zasób wiadomości związanych z aspektem rekrutacji. Prawdopodobnie nie uczestniczyli w typowym procesie rekrutacyjnym ze względu na specyfikę funkcjonowania podmiotów leczniczych; reguły i zasady rekrutacji nie są w pełni wdrożone, a działania rekrutacyjne są niepełne.

Tabela 29. Własna ocena wiedzy personelu medycznego z zakresu zarządzania kadrami

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Średnia ocena	Struktura odpowiedzi (%)
Rekrutacja	422	2,60	18,3
Motywowanie pracowników	468	2,89	20,3
Ocena pracowników	493	3,04	21,4
Kreowanie szkoleń	479	2,96	20,8
Awanse i zwolnienia	443	2,73	19,2
Średnia w grupie		2,84	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

Samoocena wiedzy personelu medycznego dotyczącej zarządzania informacją pokazuje, że jest ona na wysokim poziomie. Wynik uzyskany w obu badaniach potwierdza to przeświadczenie. Jest to zapewne rezultat obowiązujących procedur oraz przepisów wymuszających na pracownikach uczestnictwo i podnoszenie kompetencji w zakresie bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych, znajomości procedur obiegu dokumentów oraz obsługi wewnętrznych programów informatycznych.

W Polsce podstawowy, czyli najczęściej występujący, szpital, tzw. pierwszego poziomu referencyjnego, posiada oddziały chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, położnictwa i ginekologii oraz pediatrii. Zdarzenia medyczne, które mają z reguły miejsce w takich szpitalach, są podobne i w miarę przewidywalne. Raczej sporadycznie występuje w nich zapotrzebowanie na gromadzenie nietypowych danych medycznych lub zbieranie ich w sposób nieprzewidywalny przez typowy moduł oddziaływy. Dlatego też najczęściej zakres funkcjonalny oraz koncepcja działania różnych systemów szpitalnych (HIS) są podobne²⁰⁸.

Z reguły spotyka się następujące systemy informatyczne: InfoMedica, Hipokrates, Solmed, Bank Krwi, Mmedica, CliniNET, NetRAAD, Eskulap, Charon, KS – grupa systemów służby zdrowia, KS-MEDIS, KS-SOLAB, KS-SOMED, KS-KST, OPTIMed oraz Medicus on-line (wcześniej Argus).

Tabela 30. Własna ocena wiedzy personelu medycznego z zakresu zarządzania informacją

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Średnia ocena	Struktura odpowiedzi (%)
Umiejętność obsługi informatycznych programów wewnętrznych	533	3,29	33,0
Znajomość procedur obiegu dokumentów	539	3,33	33,3
Bezpieczeństwo przetwarzania danych osobowych	544	3,36	33,7
Średnia w grupie		3,15	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

Potrzeba korzystania i posiadania wiedzy z psychologii zarządzania jest bardzo duża. Jest ona pożądana przez personel medyczny, który wysoko ocenia swoją wiedzę z tego zakresu.

Zdaniem przebadanych pracowników na najwyższą ocenę zasługuje wiedza dotycząca komunikowania się z pacjentami. Uwzględniając w analizie kryterium grupy zawodowej, wysoką zsumowaną ocenę dotyczącą komunikacji ze współpracownikami uzyskali lekarze, gorzej wypadły pielęgniarki i położne. W badaniach wskazały one, że nie posiadają zbyt dużej wiedzy dotyczącej zarządzania pracownikami oraz umiejętności negocjacyjnych. Z rozmów indywidualnych przeprowadzonych przez autora wynika również, że badani chcieliby poszerzać wiedzę oraz umiejętności z tych dwóch zakresów.

²⁰⁸ R. Tadeusiewicz, *Informatyka medyczna*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2010, s. 34–35.

Badany personel medyczny najwyżej ocenił wiedzę dotyczącą komunikacji z pacjentem, która może przyjąć następujące formy relacji:

- 1) naukowa, skupiona na ustaleniu problemu i wydaniu zleceń do realizacji, pierwszy kontakt;
- 2) przewlekła, czyli trwała, systematyczna, ale bezosobowa, ukierunkowana na kontrolę badań;
- 3) patriarchalna, inaczej hierarchiczna, w której personel najlepiej wie, czego potrzeba choremu;
- 4) partnerska, polegająca na tym, że obie strony są równorzędne, a komunikacja staje się procesem dwukierunkowym^{209,210}.

Tabela 31. Własna ocena wiedzy personelu medycznego z zakresu psychologii zarządzania

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Średnia ocena	Struktura odpowiedzi (%)
Zarządzanie pracownikiem	505	3,12	13,0
Komunikacja ze współpracownikami	581	3,59	15,0
Komunikacja z przełożonymi lub podwładnymi	563	3,48	14,5
Komunikacja z pacjentami	639	3,94	16,5
Kształtowanie relacji wewnętrznych w szpitalu (poziomych i pionowych)	516	3,19	13,3
Umiejętność rozwiązywania konfliktów	544	3,36	14,2
Umiejętność negocjacji	523	3,23	13,5
Średnia w grupie		3,84	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

Personel medyczny nisko ocenił posiadaną przez siebie wiedzę z zarządzania zmianami. Jej niski poziom jest wynikiem niechęci bądź nieświerdzenia potrzeby jej praktycznego wykorzystania na zajmowanym stanowisku pracy. Lekarze oraz pielęgniarki w sferze wiedzy menedżerskiej ukierunkowali się na zdobywanie wiadomości wykorzystywanych w działaniach operacyjnych, na najniższym poziomie zarządzania pracą i zadaniami. Jedynie w przypadku umiejętności radzenia sobie ze stresem ocena jest wyższa od pozostałych, lecz nie jest to nawet średni poziom (w skali 1–5 średnia ocena tej umiejętności wynosi 2,08 na przebadaną osobę).

²⁰⁹ Zob. D. Jeffrey, *Patient-centred Ethics and Communication at the End of Life*, Radcliffe Publishing, Oxford 2006, s. 129–137.

²¹⁰ Zob. R. Schiavo, *Health Communication from theory to practice*, Jossey-Bass, San Francisco, 2007, s. 91–101, 106–116.

Tabela 32. Własna ocena wiedzy personelu medycznego z zakresu zarządzania zmianą

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Średnia ocena	Struktura odpowiedzi (%)
Znajomość zmian prawnych dotyczących sektora zdrowia	430	2,65	23,4
Znajomość zasad mentoringu i <i>coachingu</i> (partnerska relacja między mistrzem a uczniem, wspieranie podwładnych w osiągnięciu sukcesu)	426	2,63	23,2
Umiejętność wprowadzania zmiany w organizacji	455	2,81	24,8
Umiejętność radzenia sobie ze stresem i w trudnych sytuacjach	527	3,25	28,6
Średnia w grupie		3,83	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

4.2.2. Formy doskonalenia wiedzy zarządczej

Analizę rzeczywistego stanu wiedzy autor rozpoczął od przytoczenia danych pokazujących częstotliwość uczestniczenia respondentów w nieokreślonych formach doskonalenia wiedzy menedżerskiej. Okazuje się, że najczęściej przebadanych osób uzupełniało wiedzę co najmniej raz w roku.

Wynik zaprezentowany w tabeli 33 można tłumaczyć na dwa sposoby. Badacz twierdzi, na podstawie przytoczonych danych oraz obserwacji dokonanej przez niego na miejscu badania, że lekarze w ogóle nie są zainteresowani pełnieniem funkcji kierowniczych. Ten wynik świadczy również o tym, że przedstawiciele zawodu lekarskiego często nie doceniają wiedzy menedżerskiej. Twierdzą, że nie jest im potrzebna, tak naprawdę mało istotna, nawet gdy pełnią funkcje menedżerskie.

Tabela 33. Częstotliwość uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania przez lekarzy

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)	% skumulowane
Do roku	16	29,1	29,1
Od 1 do 3 lat	12	21,8	50,9
Od 3 do 5 lat	6	10,9	61,8
Powyżej 5 lat	8	14,6	76,4
W ogóle	13	23,6	100,0
Suma	55	100,0	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

Większy odsetek osób z grupy pielęgniarskiej aniżeli spośród lekarzy uzupełnia wiedzę menedżerską. Jednakże częstotliwość tych działań jest niższa niż u lekarzy. Jedyne 39,5% spośród przebadanych pielęgniarek uzupełnia wiedzę co najmniej raz na 3 lata. Należy zwrócić uwagę na informację, że 61,5% w ogóle i bardzo rzadko podnosiło poziom kompetencji menedżerskich. Przyczyn może być kilka. Może to wynikać z utrudnionego awansu zawodowego ze stanowiska pielęgniarki na stanowisko pielęgniarki oddziałowej bądź naczelnej. Obowiązki oraz wymagania stawiane przed pielęgniarkami powodują, że są one skupione na bieżących zadaniach realizowanych na zajmowanych przez nie stanowiskach pracy. W związku z tym nie mają czasu na uzupełnianie wiedzy lub w ogóle nie czują potrzeby jakichkolwiek działań edukacyjnych.

Tabela 34. Częstotliwość uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania przez pielęgniarki

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)	% skumulowane
Do roku	26	17,7	17,7
Od 1 do 3 lat	32	21,8	39,5
Od 3 do 5 lat	22	15,0	54,5
Powyżej 5 lat	29	19,7	74,2
W ogóle	38	25,8	100,0
Suma	147	100,0	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

Autor zestawił wyniki pochodzące z obu badań w celu ich weryfikacji. Okazało się, że obie grupy danych mają podobny charakter. Jednocześnie potwierdzają one wnioski badacza, że niewielka grupa lekarzy doskonali wiedzę menedżerską. Wynika to zapewne z faktu, że pielęgniarki mają obowiązek uzyskania wyższego wykształcenia zawodowego. Ci lekarze, którzy uzupełniali wiedzę, byli zainteresowani przede wszystkim zarządzaniem małymi grupami operacyjnymi (np. w sali operacyjnej), własnym działaniem, zarządzaniem czasem pracy. Tylko 14,2% spośród przebadanych lekarzy potwierdziło, że pogłębiało wiedzę bądź jest w trakcie doskonalenia wiedzy menedżerskiej.

Tabela 35. Uzupełnianie wiedzy z zakresu zarządzania przez lekarzy

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)
Tak	36	14,2
Nie	217	85,8
Suma	253	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 21 szpitalach

Autor doszedł do takich samych wniosków również po analizie grupy pielęgniarskiej, która doskonaliła wiedzę z zakresu zarządzania na podobnym poziomie. Co ciekawe, w tej grupie zawodowej więcej osób doskonali wiedzę na poziomie studiów aniżeli w przypadku grupy lekarskiej. Dużo przedstawicielek z tej grupy zawodowej swoje wykształcenie uzupełnia, studiując na kierunkach pedagogicznych i ekonomicznych.

Tabela 36. Uzupełnianie wiedzy z zakresu zarządzania przez pielęgniarki

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)
Tak	111	17,6
Nie	520	82,4
Suma	631	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 21 szpitalach

W tabelach 37 i 39 zaprezentowano dane dotyczące doskonalenia kompetencji zawodowych przez personel medyczny. Jest to grupa osób, która ze względu na stawiane jej wymogi oraz dużą świadomość i potrzeby zawodowe w sposób ciągły pogłębia swoją wiedzę i umiejętności na płaszczyźnie zawodowej. Z grupy lekarzy aż 23,9% przebadanych osób skończyło drugi kierunek studiów. Największy popyt i zainteresowanie dotyczy najmniej kosztochłonnej formy zajęć, ale zarazem najefektywniejszej, jaką są szkolenia oraz kursy.

Tabela 37. Formy uzupełniania kompetencji zawodowych przez lekarzy

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)
Studia wyższe	57	23,9
Dwuletnie studia podyplomowe	6	2,5
Roczne studia podyplomowe	16	6,7
Szkolenia lub kursy	126	52,7
Inne	34	14,2
Razem	249	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 21 szpitalach

Spośród 37 lekarzy doskonalących wiedzę menedżerską 40% skończyło szkolenia, na których omawiano zagadnienia z zakresu zarządzania. Podobna liczba lekarzy zdobywała wiedzę ekonomiczną w trybie studiów wyższych bądź rocznych studiów podyplomowych. Autor zwraca uwagę, że suma odpowiedzi w tabeli 38 jest

większa od liczby osób doskonalących wiedzę menedżerską. Wynika to z faktu, że niektóre osoby zdobywają wiedzę, korzystając przynajmniej z dwóch różnych form jej uzupełniania.

Porównanie danych zawartych w tabelach 37 i 39 potwierdza duże zainteresowanie doskonaleniem kompetencji zawodowych kosztem kompetencji menedżerskich. Przyczyną tego stanu rzeczy jest profil kształcenia zawodowego oraz obowiązki na zajmowanym stanowisku pracy przez lekarzy oraz pielęgniarki. Gorsza sytuacja jest wtedy, gdy osoba sprawująca funkcję preferuje doksztalcanie zawodowe, marginalizując wiedzę przydatną na stanowisku kierowniczym.

Wybierane przez pielęgniarki formy doskonalenia wiedzy zawodowej zaprezentowane zostały w tabeli 39. Analiza danych pokazuje, że duża grupa osób doskonała wiedzę na dwa główne sposoby: (1) korzystając ze szkoleń oraz kursów trwających zazwyczaj jeden lub dwa dni i mających charakter teoretyczno-praktyczny; (2) studia wyższe, w przypadku pielęgniarek wynikające w formalnego wymogu związanego z zajmowaniem stanowiska pielęgniarskiego.

Tabela 38. Formy uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania przez lekarzy

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)
Studia wyższe	12	24,0
Dwuletnie studia podyplomowe	5	10,0
Roczne studia podyplomowe	11	22,0
Szkolenia lub kursy	20	40,0
Inne	2	4,0
Razem	50	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 21 szpitalach

Tabela 39. Formy uzupełniania kompetencji zawodowych przez pielęgniarki

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)
Studia wyższe	153	22,1
Dwuletnie studia podyplomowe	29	4,2
Roczne studia podyplomowe	27	3,9
Szkolenia lub kursy	396	57,3
Inne	86	12,5
Razem	691	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 21 szpitalach

Wśród 111 pielęgniarek doskonalących wiedzę z zakresu zarządzania największym zainteresowaniem cieszą się podstawowe formy kształcenia, jakimi są szkolenia i kursy. Charakteryzują się one tym, że są realizowane zazwyczaj w jeden dzień, ewentualnie w krótkim czasie (2–3 dni). 61,2% badanych korzystało z tej formy pogłębiania wiedzy. 19 pielęgniarek skończyło studia wyższe z dziedziny zarządzania. Wynik ten potwierdza, że pielęgniarki muszą uzyskać tytuł zawodowy ze względu na zmianę wymagań wobec przedstawicieli tej grupy zawodowej²¹¹.

Tabela 40. Formy uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania przez pielęgniarki

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)
Studia wyższe	19	14,7
Dwuletnie studia podyplomowe	9	7,0
Roczne studia podyplomowe	12	9,3
Szkolenia lub kursy	79	61,2
Inne	10	7,8
Razem	129	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 21 szpitalach

Zestawienie danych z tabel 39 i 40 potwierdza to samo zjawisko co w przypadku lekarzy: dla pielęgniarek doksztalcanie zawodowe jest działaniem powszechnym i ciągłym. Ta grupa zawodowa również musi uzupełniać wiedzę, a w jeszcze większym stopniu umiejętności praktyczne przydatne w codziennej pracy.

Z kolei doskonalenie wiedzy menedżerskiej wynika z obowiązku uzyskania przez pielęgniarki wyższego wykształcenia zawodowego oraz uczęszczania na szkolenia i kursy dotyczące umiejętności interpersonalnych.

4.3. Wiedza menedżerska pożądana przez personel medyczny

4.3.1. Zapotrzebowanie personelu medycznego na wiedzę zarządczą

Personel medyczny oprócz samooceny wiedzy z różnych dziedzin wiedzy menedżerskiej wskazał również swoje potrzeby w tym zakresie. Na tej podstawie autor może rozróżnić zgłaszane potrzeby grup zawodowych.

²¹¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 roku w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, na podstawie art. 50 ust. 5 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. Nr 112, poz. 654, z dnia 2. października 2012 roku).

W tabeli 40 zamieszczono dane opisujące globalne informacje o postrzeganiu wiedzy menedżerskiej przez personel medyczny. Badacz zaprezentował wszystkie zakresy wiedzy od najbardziej do najmniej pożądaných przez lekarzy i pielęgniarki. Do wycień i wskazania najistotniejszych cech autor posłużył się wzorem zamieszczonym na stronie 95 niniejszej książki.

Analizując te informacje, autor zauważa, że najistotniejszą grupą pożądaných wiadomości jest psychologia zarządzania (PZ). Wśród pierwszych dziesięciu najczęściej wybieranych zakresów wiedzy aż sześć wchodzi w skład PZ. Kolejne miejsca zajmują takie działy wiedzy, jak: zarządzanie zmianą (ZZ), marketing i jakość (MiJ) oraz zarządzanie kadrami (ZK). Najmniejsze zapotrzebowanie personel medyczny zgłasza na wiedzę, w której skład wchodzi zarządzanie informacją (ZI), nadzór nad infrastrukturą (NnI) oraz zarządzanie finansami (ZF).

Tabela 41. Współczynnik potrzeb związanych z uzupełnianiem wiedzy przez personel medyczny

Odpowiedź	Numer grupy zakresu	Suma
Komunikacja z pacjentami	PZ	679
Umiejętność rozwiązywania konfliktów	PZ	673
Umiejętność radzenia sobie ze stresem i w trudnych sytuacjach	ZZ	670
Umiejętność negocjacji	PZ	668
Komunikacja z przełożonymi lub podwładnymi	PZ	667
Komunikacja ze współpracownikami	PZ	660
Kształtowanie relacji wewnętrznych w szpitalu (poziome i pionowe)	PZ	652
Jakość leczenia	MiJ	651
Znajomość zmian prawnych dotyczących sektora zdrowia	ZZ	639
Proces świadczenia usług, w tym dostępność usług, czas oczekiwania na usługę	MiJ	629
Wizerunek zewnętrzny szpitala	MiJ	627
Zarządzanie pracownikiem	PZ	615
Umiejętność obsługi informatycznych programów wewnętrznych	ZI	613
Zarządzanie czasem oczekiwania na świadczenie zdrowotne	MiJ	610
Motywowanie pracowników	ZK	609
Umiejętność wprowadzania zmiany w organizacji	ZZ	602
System wynagradzania	ZF	601
Kreowanie szkoleń	ZK	599
Ocena pracowników	ZK	593
Bezpieczeństwo przetwarzania danych osobowych	ZI	585
Znajomość zasad mentoringu i <i>coachingu</i> (partnerska relacja między mistrzem a uczniem, wspieranie podwładnych w osiągnięciu sukcesu)	ZZ	585
Awanse i zwolnienia	ZK	584

Odpowiedź	Numer grupy zakresu	Suma
Znajomość procedur obiegu dokumentów	ZI	582
Rozliczenia z NFZ	ZF	571
Budżetowanie	ZF	553
Kontrola przychodów i kosztów	ZF	553
Planowanie inwestycji infrastrukturalnych (w sprzęt lub nieruchomości)	NnM	531
Rekrutacja	ZK	527

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

Powyższe wyniki pokazują, że według personelu medycznego priorytetem doskonalenia wiedzy menedżerskiej jest kształcenie z zakresu psychologii zarządzania.

Następnie szkoleniami z zakresu marketingu i jakości czy też zarządzania zmianą powinni zostać objęci wszyscy przedstawiciele personelu medycznego. W przypadku pozostałej wiedzy menedżerskiej należy wybrać pojedyncze działy wiedzy spośród następujących: zarządzanie informacją, zarządzanie kadrami, zarządzanie finansami oraz nadzór nad infrastrukturą.

Powyższe wnioski autor dodatkowo potwierdził, zestawiając je z danymi z tabeli 42, w której zawarto oceny potrzeb pracowników w ramach działów wiedzy.

Pozwoliło to podzielić działy wiedzy na cztery zbiory różniące się od siebie pod względem istotności dla badanych osób. Pierwszy tworzy wiedza z zakresu psychologii zarządzania, drugi dwa zakresy wiedzy: marketing i jakość oraz zarządzanie zmianą. Do trzeciego zaliczamy: zarządzanie informacją i zarządzanie kadrami, natomiast do czwartego: zarządzanie finansami oraz nadzór nad infrastrukturą.

Tabela 42. Współczynnik potrzeb związanych z uzupełnianiem wiedzy w działach wiedzy przez personel medyczny

Odpowiedź	Suma	Średnia ocen na cechę	Średnia ocen na osobę
Psychologia zarządzania	4614/7	659,1	4,07
Marketing i jakość	2517/4	629,3	3,88
Zarządzanie zmianą	2496/4	624	3,85
Zarządzanie informacją	1780/3	593,3	3,66
Zarządzanie kadrami	2912/5	582,4	3,60
Zarządzanie finansami	2278/4	569,5	3,52
Nadzór nad infrastrukturą	1116/2	558	3,44

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

W grupie pielęgniarek 47,4% przebadanych osób wysoko oceniło własne preferencje dotyczące kształcenia się z zakresu systemu wynagradzania. Natomiast dla ponad 90% lekarzy przeważa pogląd, że wiedza dotycząca wynagradzania jest bardzo przydatna.

Ogólne wyniki badań personelu medycznego wskazują na zainteresowanie omawianym zakresem wiedzy. 64,2% spośród badanych osób co najmniej w znacznym stopniu chce uzupełnić wiedzę dotyczącą systemu wynagradzania.

Tabela 43. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu systemu wynagradzania przez personel medyczny

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)	% skumulowane
Wcale	4	2,5	2,5
W niewielkim stopniu	16	9,9	12,4
Częściowo	38	23,4	35,8
W znacznym stopniu	69	42,6	78,4
W pełni	35	21,6	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

Personel medyczny stanowi grupę, która jest zainteresowana wieloma zakresami wiedzy menedżerskiej. Jednakże w porównaniu z pozostałymi działami wiedzy nie są zainteresowani zagadnieniami dotyczącymi budżetowania – wiedzą z zakresu zarządzania finansami.

Po obserwacjach poczynionych w miejscu badania oraz rozmowach przeprowadzonych z personelem medycznym autor stwierdza, że powodem niskiego poziomu potrzeby wiedzy z zakresu budżetowania jest brak zainteresowania tym zagadnieniem. Nie mieści się ono w obowiązkach personelu medycznego bez względu na charakter zajmowanego stanowiska pracy.

Tabela 44. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu budżetowania przez personel medyczny

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)	% skumulowane
Wcale	5	3,1	3,1
W niewielkim stopniu	19	11,7	14,8
Częściowo	64	39,5	54,3
W znacznym stopniu	52	32,1	86,4
W pełni	22	13,6	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

Systemem rozliczania świadczeń medycznych między podmiotami leczniczymi a Narodowym Funduszem Zdrowia zajmują się wyspecjalizowane w tym osoby. Zazwyczaj w tym procesie uczestniczą dyrektorzy placówek oraz pracownicy z działu księgowości. Podobnie jak we wcześniej omawianym zagadnieniu jedynie część osób jest zainteresowana doskonaleniem wiedzy z zakresu rozliczania się z NFZ. Personel medyczny nie chce uczyć się czegoś, co nie wspomaga ich w wypełnianiu obecnych obowiązków na zajmowanym stanowisku pracy bądź też nie będzie im przydatne w najbliższej przyszłości.

Tabela 45. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu rozliczania z NFZ przez personel medyczny

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)	% skumulowane
Wcale	5	3,1	3,1
W niewielkim stopniu	22	13,6	16,7
Częściowo	47	29,0	45,7
W znacznym stopniu	59	36,4	82,1
W pełni	29	17,9	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

Dane ze zbiorczej tabeli zawierającej wszystkie 29 zakresów wiedzy stanowią podstawę do stwierdzenia, że nie wszyscy pracownicy medyczni mają potrzebę uzupełniania wiedzy z zakresu szeroko rozumianej rachunkowości. Wszystkie trzy płaszczyzny, które analizowano, są jednymi z najmniej pożądaných zakresów wiedzy. Może to wynikać nie tylko z minimalnej, a nawet żadnej przydatności tej wiedzy dla badanych osób. Równie często bierze się to z trudności w przyswajaniu wiedzy, która ma charakter specjalistyczny i złożony. Od zainteresowanych wymaga się co najmniej podstawowej wiedzy ekonomicznej, której personel medyczny zazwyczaj nie posiada. Dlatego badani unikają wiedzy, która wydaje im się zbędna bądź zbyt trudna do opanowania.

Co oczywiste, personel medyczny jest zainteresowany i czuje potrzebę pogłębienia i odświeżania wiedzy z zakresu jakości leczenia. 81,5% przebadanych lekarzy i pielęgniarek jest co najmniej w znacznym stopniu zainteresowanych wiedzą z zakresu jakości leczenia. Jest to związane z wykazaniem się przez pracowników szpitali profesjonalizmem w leczeniu poprzez wykorzystanie w procesie leczenia najnowocześniejszych dostępnych metod oraz medykamentów, a także równoczesne, umiętne zarządzanie procesem leczenia pacjenta.

Tabela 46. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu kontroli przychodów i kosztów przez personel medyczny

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)	% skumulowane
Wcale	6	3,7	3,7
W niewielkim stopniu	24	14,8	18,5
Częściowo	55	34,0	52,5
W znacznym stopniu	51	31,5	84,0
W pełni	26	16,0	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

Tabela 47. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu jakości leczenia przez personel medyczny

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)	% skumulowane
Wcale	1	0,6	0,6
W niewielkim stopniu	9	5,6	6,2
Częściowo	20	12,3	18,5
W znacznym stopniu	88	54,3	72,8
W pełni	44	27,2	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

Wizerunek zewnętrzny jest wartością niezmiernie istotną dla prawidłowej egzystencji organizacji w mikrootoczeniu. Pracownicy każdej organizacji powinni mieć świadomość wynikającą ze znaczenia najbliższego otoczenia dla organizacji oraz dbać o dobre relacje z otoczeniem. W przypadku jednostek z sektora ochrony zdrowia głównym przekaznikiem tej informacji są członkowie personelu medycznego, którzy mają bezpośredni kontakt z pacjentami. Ich miła, uprzejma, a przede wszystkim merytoryczna usługa świadczy pozytywnie o nich samych, jak również o szpitalu.

Spośród przebadanych osób 73,5% personelu medycznego jest w znacznym stopniu lub w pełni zainteresowanych pogłębianiem tego zakresu wiedzy menedżerskiej. Jej przydatność jest uniwersalna bez względu na zajmowane stanowisko. Każda osoba musi mieć określoną wiedzę, czy to sprawując funkcję kierowniczą, czy też będąc zatrudniona na podstawowym stanowisku pracy.

Tabela 48. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu wizerunku zewnętrznego szpitali przez personel medyczny

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)	% skumulowane
Wcale	2	1,2	1,2
W niewielkim stopniu	15	9,3	10,5
Częściowo	26	16,0	26,5
W znacznym stopniu	78	48,2	74,7
W pełni	41	25,3	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

Na tym samym poziomie co potrzeba wiedzy o wizerunku zewnętrznym szpitali jest zapotrzebowanie personelu medycznego na wiedzę o procesie świadczenia usług medycznych. 73,5% przebadanych osób chce zdobywać wiedzę mieszczącą się w ramach procesu świadczeń usług. Jest to głównie związane z procedurami, jakimi pracownicy muszą się posługiwać w zależności od świadczonej usługi medycznej. Działania te są wymagane przez zleceniodawcę usług, czyli NFZ, oraz przez pacjentów, którzy w przypadku wątpliwości mogą wystąpić na drogę sądową. Jest to wiedza przydatna w codziennej pracy personelu medycznego.

Tabela 49. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu procesu świadczenia usług przez personel medyczny (w tym dostępności usług oraz czasu oczekiwania na usługę)

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)	% skumulowane
Wcale	0	0,0	0,0
W niewielkim stopniu	20	12,3	12,3
Częściowo	23	14,2	26,5
W znacznym stopniu	75	46,3	72,8
W pełni	44	27,2	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

W przypadku wiedzy dotyczącej zarządzania czasem pacjentów zauważa się, że spośród przebadanych osób można wyselekcjonować pracowników, którzy w pełni bądź w znacznym stopniu są świadomi istotności tej wiedzy i chcą ją poszerzać. Oprócz takich pracowników występują również osoby, które są mniej zainteresowane tym zakresem wiedzy – dotyczy to 35,9% przebadanych. Jednocześnie proces zarządzania czasem usługi ma wpływ na zwiększenie efektywności oraz obniżenie kosztu pracy związanej z jednostkową usługą medyczną.

Brak możliwości udzielania świadczeń na bieżąco zobowiązuje świadczeniodawców do prowadzenia list oczekujących, zapewniających równy dostęp do świadczeń. Wymogi te nie zawsze są spełniane. Na podstawie raportu Najwyższej Izby Kontroli można stwierdzić, że kolejność pacjentów często jest niezgodna z kolejnością zgłoszeń, a prowadzona dokumentacja i raporty również nie spełniają wymogów określonych ustawowo²¹². Wskutek tego występuje brak zaufania klientów do podmiotów leczniczych. Listy określające kolejność realizacji usług medycznych nie są wiarygodnym źródłem informacji, w wyniku czego pacjenci często realizują usługi zdrowotne w instytucjach niepublicznych (często nieposiadających umowy z NFZ na świadczenie usług) bądź też dochodzi do nieformalnego „zakupu” usług medycznych w jednostkach publicznych.

Tabela 50. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zarządzania czasem związanym z oczekiwaniem na świadczenie zdrowotne przez personel medyczny

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)	(%) skumulowane
Wcale	4	2,5	2,5
W niewielkim stopniu	16	9,9	12,4
Częściowo	38	23,5	35,9
W znacznym stopniu	60	36,9	72,8
W pełni	44	27,2	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

Często pracownicy medyczni są zobowiązani do dbania o powierzone im mienie i dlatego tak ważne jest posiadanie przez nich wiedzy proceduralnej oraz znajomość przepisów związanych z nadzorem nad powierzonym mieniem.

Są to informacje poszukiwane i pożądane przez personel medyczny. W badaniu zgłosili oni potrzebę doskonalenia wiedzy w tym zakresie. Aż 57,9% przebadanych osób jest co najmniej w znacznym stopniu zainteresowanych pogłębianiem wiedzy z nadzoru nad mieniem powierzonym. Częściowe zainteresowanie tą wiedzą przez przebadane osoby może być związane z obowiązkami na zajmowanym stanowisku oraz wykorzystywaniem sprzętu medycznego w ramach świadczeń medycznych.

²¹² Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli dostępności wybranych świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa, lipiec 2010.

Tabela 51. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu nadzoru nad mieniem powierzonym (np. sprzętem medycznym) przez personel medyczny

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)	% skumulowane
Wcale	5	3,1	3,1
W niewielkim stopniu	21	13,0	16,1
Częściowo	42	26,0	42,1
W znacznym stopniu	58	35,8	77,9
W pełni	36	22,1	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

Każdy pracownik jest zaangażowany w planowanie inwestycji infrastrukturalnych, dotyczy to w szczególności zamawiania sprzętu w celu realizacji procesu medycznego.

Jednakże w większości przypadków personel medyczny uczestniczy tylko w początkowym etapie realizowania zamówień. Wynika to z faktu, że zamówienia przekraczające wartość równoważną w złotych 14 000 euro²¹³ należy prowadzić zgodnie z procedurą zamówień publicznych. Wiedza z zakresu zamówień publicznych potrzebna jest wąskiemu gronu pracowników, zazwyczaj kierownictwu na różnych szczeblach zarządzania oraz osobom posiadającym w swoim zakresie obowiązki obsługi procesu zamówień publicznych.

Tabela 52. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu planowania inwestycji infrastrukturalnych (w sprzęt lub nieruchomości) przez personel medyczny

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)	% skumulowane
Wcale	13	8,0	8,0
W niewielkim stopniu	26	16,0	24,0
Częściowo	50	30,9	54,9
W znacznym stopniu	49	30,3	85,2
W pełni	24	14,8	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

²¹³ Ustawa Prawo zamówień publicznych, Dz.U. z 2010 roku Nr 113, poz. 759, art. 4 pkt 8 z dnia 15 września 2012 roku.

Rekrutacją pracowników w przedsiębiorstwach mogą się zajmować (w zależności od metody rekrutacji) pracownicy działu kadr, personel kierowniczy, wyselekcjonowani pracownicy czy też pracownicy firm zewnętrznych. Porównując potrzeby w zakresie rekrutacji z innymi zakresami wiedzy, autor doszedł do przekonania, że personel medyczny jest średnio zainteresowany podnoszeniem kompetencji w tej dziedzinie. Wynika to przede wszystkim z przekonania samych pracowników, że nie mają wcale wpływu lub niewielki na proces naboru i doboru kadry w szpitalach, a wiedza specjalistyczna nie jest im potrzebna.

Oczywiście są oni zainteresowani wiedzą w tym zakresie, lecz jedynie od strony uczestnika tego procesu. Wskutek tego chcą posiadać wiedzę dotyczącą zasad i reguł panujących w trakcie spotkań rekrutacyjnych. Personel medyczny chce się zapoznać i przećwiczyć ewentualne zagrożenia, które mogą zaistnieć w trakcie spotkania.

Tabela 53. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu rekrutacji przez personel medyczny

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)	% skumulowane
Wcale	11	6,8	6,8
W niewielkim stopniu	32	19,8	26,6
Częściowo	44	27,2	53,8
W znacznym stopniu	55	33,9	87,7
W pełni	20	12,3	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

Zarządzanie pracownikiem jest to proces, w którym wyróżnia się kilka etapów. Jednym z nich jest etap ukierunkowany na motywowanie pracowników. W rozmowach z personelem medycznym badacz zauważył, że pracownicy postrzegają to pojęcie jako zbiór działań wzmacniających chęć do pracy, wzrost wynagrodzenia poprzez uzyskanie dodatku motywacyjnego. Według personelu działania w ramach czynności motywacyjnych to wiedza dotycząca narzędzi motywacyjnych, motywatorów wzmacniających samomotywację do pracy nad sobą, w poszukiwaniu wewnętrznych pokładów motywacyjnych w celu poprawy efektywności pracy zawodowej. Wyniki badań, które zostały przedstawione w tabeli 54, są dowodem zainteresowania zagadnieniem motywowania w pracy. Jedynie 9,3% przebadanych pracowników medycznych jest co najwyżej w niewielkim stopniu zainteresowanych tą wiedzą. Zarówno lekarze, jak i pielęgniarki jednakowo chcą uzupełniać wiedzę z tego zakresu.

Tabela 54. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu motywowania pracowników przez personel medyczny

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)	% skumulowane
Wcale	4	2,5	2,5
W niewielkim stopniu	11	6,8	9,3
Częściowo	48	29,6	38,9
W znacznym stopniu	56	34,6	73,5
W pełni	43	26,5	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

Autor, analizując dane zawarte w tabeli 55, doszedł do wniosku, że personel medyczny ma potrzebę uzupełniania wiedzy związanej z oceną pracowników na podobnym poziomie jak potrzebę uzupełniania wiedzy dotyczącej motywowania. Uzyskane wyniki pokazały, że respondenci zgłaszają potrzebę doskonalenia wiedzy w tym zakresie. Na podstawie wywiadów z pracownikami można wnioskować, że pod pojęciem „ocena pracownicza” dla większości badanych kryją się takie elementy, jak: metody oceny, zrozumienie przez pracowników reguł i zasad oceny oraz dostrzeganie potrzeby oceny własnych możliwości, budowanie własnej ścieżki rozwoju zawodowego.

Kreowanie szkoleń jest kolejnym z etapów w procesie zarządzania pracownikiem. Personel medyczny wykazuje słabsze zainteresowanie w tym zakresie. Może to mieć związek ze złożonością dotyczącą budowania systemu szkoleniowego na potrzeby organizacji przy uwzględnieniu nie tylko otoczenia przedsiębiorstwa, lecz również indywidualnego potencjału każdego z pracowników. W przypadku

Tabela 55. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu oceny pracowników przez personel medyczny

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)	% skumulowane
Wcale	5	3,1	3,1
W niewielkim stopniu	14	8,6	11,7
Częściowo	51	31,5	43,2
W znacznym stopniu	53	32,7	75,9
W pełni	39	24,1	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

omawianego zakresu wiedzy 61,7% przebadanych osób zgłasza zapotrzebowanie na uzupełnianie tej wiedzy. Z kolei 14,2% przedstawicieli personelu medycznego w niewielkim stopniu lub w ogóle nie wykazuje chęci uzupełniania wiedzy dotyczącej kreowania szkoleń.

Ostatnim z omawianych zagadnień zaliczanych do dziedziny zarządzania pracownikami w organizacji jest wiedza dotycząca awansów i zwolnień pracowników.

Spośród przebadanych 57,4% personelu medycznego jest w wysokim stopniu zainteresowanych tą wiedzą. Może to wynikać z jego wysokiej świadomości i potrzeby wykorzystania wiedzy w celu efektywniejszego zarządzania własną karierą zawodową. W każdej organizacji ważne jest, aby pracownicy znali zakres własnych obowiązków na stanowiskach pracy, nie inaczej jest w podmiotach leczniczych. Niemniej istotna jest także znajomość zwyczajowych zasad – zarówno formalnych, jak i nieformalnych, które należy poznać i postępować zgodnie z nimi, aby móc w sposób prawidłowy funkcjonować w organizacji.

Tabela 56. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu kreowania szkoleń przez personel medyczny

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)	% skumulowane
Wcale	6	3,7	3,7
W niewielkim stopniu	17	10,5	14,2
Częściowo	39	24,1	38,3
W znacznym stopniu	58	35,8	74,1
W pełni	42	25,9	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

Tabela 57. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu awansów i zwolnień przez personel medyczny

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)	% skumulowane
Wcale	5	3,1	3,1
W niewielkim stopniu	23	14,2	17,3
Częściowo	41	25,3	42,6
W znacznym stopniu	55	34,0	76,6
W pełni	38	23,4	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

Rosnące zapotrzebowanie oraz wymogi formalne powodują, że w każdym z obserwowanych szpitali działają mniej lub bardziej złożone systemy informatyczne. Ich funkcjonowanie polega na integracji działań, ułatwieniu pracy pracownikom oraz kontroli na poziomie operacyjnym.

Obsługiwanie aplikacji komputerowych przez personel medyczny powiązane jest zazwyczaj z obowiązkiem wprowadzania danych do systemu w celu kontroli świadczonych usług medycznych. Systemy informatyczne służą głównie administrowaniu świadczeniami medycznymi do celów rozliczania ich z NFZ.

Tabela 58. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu umiejętności obsługi informatycznych programów wewnętrznych przez personel medyczny

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)	% skumulowane
Wcale	3	1,8	1,8
W niewielkim stopniu	15	9,3	11,1
Częściowo	30	18,5	29,6
W znacznym stopniu	80	49,4	79,0
W pełni	34	21,0	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

Analiza wyników badań dotyczących procedur obiegu dokumentów pokazuje, że dla personelu medycznego jest to wiedza przydatna i potrzebna, szczególnie jeśli chodzi o jej praktyczną stronę. Znajomość tej procedury pozwala zoptymalizować realizację usług medycznych oraz rozliczyć ją z NFZ.

W większości szpitali wdrożone są systemy oparte na zarządzaniu jakością, co znajduje potwierdzenie w posiadanych przez nie certyfikatach jakości. Wymusza to na pracownikach działanie według norm i uregulowań wynikających z zapisanych i sformalizowanych procedur, w tym również dotyczących obiegu dokumentów. Najwięcej pracowników (71,6%) jest w znacznym i częściowym stopniu zainteresowanych uzupełnianiem oraz odświeżaniem omawianego zakresu wiedzy.

Analizując dziedziny wiedzy z zarządzania informacją, autor zauważa, że bezpieczeństwo przetwarzania danych osobowych jest wiedzą pożądaną przez personel medyczny. Jednakże jest to zjawisko zróżnicowane między grupami zawodowymi. W większym stopniu taką potrzebę przejawiają lekarze niż pielęgniarki. Analiza danych globalnych pokazuje, że 16% badanych osób nie wykazuje zainteresowania podjęciem dokształcania z tego zakresu. Może to wynikać z nieprzydatności tej wiedzy w działaniach, które badani realizują na obecnie zajmowanych stanowiskach. Dla większości pielęgniarek jest to zakres wiedzy mniej istotny, oceniają one potrzebę tej wiedzy na niskim bądź przeciętnym poziomie.

Tabela 59. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu znajomości procedur obiegu dokumentów przez personel medyczny

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)	% skumulowane
Wcale	2	1,2	1,2
W niewielkim stopniu	16	9,9	11,1
Częściowo	56	34,6	45,7
W znacznym stopniu	60	37,0	82,7
W pełni	28	17,3	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

Tabela 60. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych przez personel medyczny

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)	% skumulowane
Wcale	2	1,2	1,2
W niewielkim stopniu	24	14,8	16,0
Częściowo	44	27,2	43,2
W znacznym stopniu	57	35,2	78,4
W pełni	35	21,6	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

Informacje przedstawione w tabelach 61–67 zawierają dane dotyczące wiedzy z psychologii zarządzania. Zidentyfikowano tu 7 zakresów wiedzy. Jednym z nich jest wiedza dotycząca zarządzania pracownikiem, która nawiązuje do praktycznej wiedzy menedżerskiej z zakresu sposobów i metod zarządzania pracownikami. Badani stwierdzili, że jest to wiedza przez nich pożądana. 61,8% przebadanych osób chce uzupełnić wiedzę dotyczącą zarządzania pracownikami.

Komunikacja interpersonalna w organizacji, bez względu na to, czy zachodzi w układzie poziomym, czy też pionowym, jest istotna dla prawidłowego funkcjonowania organizacji i w konsekwencji zwiększa efektywność oraz zysk ekonomiczny każdego przedsiębiorstwa. Nie inaczej jest w przypadku szpitali, w których zachodzą obie formy komunikowania się.

Tabela 61. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania pracownikiem przez personel medyczny

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)	% skumulowane
Wcale	3	1,8	1,8
W niewielkim stopniu	13	8,0	9,8
Częściowo	44	27,2	37,0
W znacznym stopniu	56	34,6	71,6
W pełni	46	28,4	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

Realizacja zadań wymaga prawidłowych, pozbawionych błędów oraz zakłóceń procesów komunikacji w układzie poziomym. Pracownicy są tego świadomi. 74,7% przebadanych osób wyraża zainteresowanie wiedzą, która wspomaga prawidłowe porozumiewanie się między pracownikami. Należy wspomnieć, że istotność tego zakresu wiedzy wykazali badani, umieszczając ją jako piątą pod względem ważności czynnik spośród 29 działań wiedzy do wyboru.

Analizując potrzeby wiedzy menedżerskiej badanych osób, można zauważyć, że w kontekście procesu komunikacji w układzie pionowym zainteresowanie jest na wyższym poziomie aniżeli w przypadku komunikacji poziomej. Te kontakty charakteryzuje podległość funkcyjna, polegająca na kontaktach między przełożonymi a pracownikami czy grupą pracowniczą. Jest to wiedza istotna nie tylko dla kierownictwa, lecz również dla całego personelu, w tym i przedstawicieli zawodów medycznych. W ocenie pracowników jest to najważniejszy zakres wiedzy pod względem zgłaszanego zapotrzebowania na szkolenia. Spośród badanych osób aż 79% jest istotnie zainteresowanych tą wiedzą, a jedynie 4,3% spośród nich nie chce się edukować w tym zakresie. Stąd wniosek ogólny, że poziom zainteresowania obu

Tabela 62. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu komunikacji ze współpracownikami przez personel medyczny

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)	% skumulowane
Wcale	2	1,2	1,2
W niewielkim stopniu	5	3,1	4,3
Częściowo	34	21,0	25,3
W znacznym stopniu	59	36,4	61,7
W pełni	62	38,3	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

grup zawodowych jest bardzo wysoki. Komunikacja z przełożonymi stanowi jeden z elementów, który wymaga edukacji w trybie pilnym. Należy wykorzystać zainteresowanie zdiagnozowane u badanych osób.

Kolejny zakres wiedzy, który autor ujął w rozważaniach, to potrzeby dotyczące umiejętności rozwiązywania konfliktów. Należy zwrócić uwagę, że w przypadku działań doskonalących z zakresu psychologii zarządzania jest to wiedza, która ma nie tylko charakter teoretyczny, lecz równocześnie kreuje umiejętności interpersonalne. Nie jest zaskoczeniem, że badani zgłaszają potrzebę zdobycia umiejętności rozwiązywania konfliktów merytorycznych. Stosowanie określonych zasad i reguł oraz działanie przy rozwiązywaniu sporów według określonego planu jest pozytywne nie tylko dla osób, których to dotyczy, lecz również dla najbliższego otoczenia (zespołu, oddziału) czy nawet dla całej organizacji. Brak rozwiązań może prowadzić do usztywnienia stanowisk i przerodzenia się konfliktu na tle zawodowym w konflikt emocjonalny, który jest dużo trudniejszy do rozwiązania.

Tabela 63. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu komunikacji z przełożonymi lub podwładnymi przez personel medyczny

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)	% skumulowane
Wcale	3	1,8	1,8
W niewielkim stopniu	4	2,5	4,3
Częściowo	27	16,7	21,0
W znacznym stopniu	65	40,1	61,1
W pełni	63	38,9	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

Tabela 64. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu umiejętności rozwiązywania konfliktów przez personel medyczny

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)	% skumulowane
Wcale	2	1,2	1,2
W niewielkim stopniu	2	1,2	2,4
Częściowo	30	18,5	20,9
W znacznym stopniu	63	38,9	59,8
W pełni	65	40,2	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

Tabela 65 zawiera wyniki badań dotyczących poglądu badanych na kształcenie się z zakresu budowania i podtrzymywania relacji wewnątrz szpitala. Stanowią one szersze ujęcie rozważań analizowanych w tabelach 40 i 41. Kreowanie relacji rozpoczyna się od naprawy kilku składników umiejętności interpersonalnych, wśród których istotne miejsce zajmują komunikacja interpersonalna oraz zarządzanie konfliktem w miejscu pracy.

Wyniki uzyskane w trakcie badań wskazują, że personel medyczny uważa ten element za jeden z ważniejszych zakresów wiedzy, który chce doskonalić. 72,9% pracowników jest bardzo zainteresowanych tymi działaniami.

Relacje wewnątrzpracownicze oddziałują na atmosferę w pracy, komunikację interpersonalną i intergrupową oraz rozwiązywanie konfliktów w miejscu zatrudnienia.

Tabela 65. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu kształtowania relacji wewnętrznych w szpitalu (poziomych i pionowych) przez personel medyczny

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)	% skumulowane
Wcale	2	1,2	1,2
W niewielkim stopniu	6	3,7	4,9
Częściowo	36	22,2	27,1
W znacznym stopniu	60	37,1	64,2
W pełni	58	35,8	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

Kolejną odmianą komunikacji interpersonalnej jest kontakt personelu medycznego z pacjentami. Jest to ważny aspekt w budowaniu ufności i dobrych relacji. W konsekwencji kreowany jest wizerunek organizacji w otoczeniu zewnętrznym.

Autor uważa za ważny fakt dostrzeżenie przez personel medyczny tych potrzeb we własnych działaniach, a także i niedoskonałości. Dlatego 80,3% przedstawicieli personelu medycznego chce uczestniczyć w szkoleniach z tego zakresu wiedzy.

Wiedza menedżerska dotycząca umiejętności negocjacji personelu medycznego jest tą częścią wiedzy, która jest pożądana przez dużą grupę przebadanych osób. Jednakże po przeprowadzonych wywiadach autor zauważa, że dla badanych pod tym pojęciem kryją się nie tylko formy manipulacji, lecz także – według słów respondentów – postrzegają tę wiedzę jako zbiór umiejętności argumentowania, przekonywania oraz asertywności. Są to cechy pomocne w funkcjonowaniu nie tylko na stanowiskach kierowniczych, lecz również przydatne przy realizacji zadań świadczonych pacjentom przez personel medyczny. Jedynie 3% osób nie widzi potrzeby doskonalenia tej wiedzy, aż 77,2% jest bardzo zainteresowanych uczestnictwem w szkoleniach na ten temat.

Tabela 66. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu komunikacji z pacjentami przez personel medyczny

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)	% skumulowane
Wcale	2	1,2	1,2
W niewielkim stopniu	3	1,8	3,0
Częściowo	27	16,7	19,7
W znacznym stopniu	60	37,1	56,8
W pełni	70	43,2	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

Tabela 67. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu umiejętności negocjacji przez personel medyczny

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)	% skumulowane
Wcale	3	1,8	1,8
W niewielkim stopniu	2	1,2	3,0
Częściowo	32	19,8	22,8
W znacznym stopniu	60	37,1	59,9
W pełni	65	40,1	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

69,8% spośród przebadanych osób wyraziło chęć uzupełniania wiedzy z zakresu znajomości zmian prawnych. Taki współczynnik odpowiedzi wskazuje, że personel medyczny z jednej strony ma potrzebę uzupełniania, aktualizowania wiedzy, a z drugiej chce być świadomy, jakie ma prawa i obowiązki, w szczególności wobec pacjentów. Bardzo mała grupa osób nie interesuje się tym zakresem wiedzy. Uzyskane wyniki wskazują na istotność tej wiedzy i użyteczność w grupie personelu medycznego.

Działania podejmowane na podstawie wiedzy z zakresu mentoringu oraz *coachingu* polegają na doskonaleniu sprawności oraz zwiększaniu efektywności realizowanych zadań. 59,9% przebadanych osób spośród personelu medycznego potwierdza zainteresowanie tym działaniem wiedzy. Jedynie 13,6% pracowników w znikomym stopniu chce poprawić świadomość w tym zakresie.

Tabela 68. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu znajomości zmian prawnych dotyczących sektora zdrowia przez personel medyczny

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)	% skumulowane
Wcale	1	0,6	0,6
W niewielkim stopniu	5	3,1	3,7
Częściowo	43	26,5	30,2
W znacznym stopniu	66	40,8	71,0
W pełni	47	29,0	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

Tabela 69. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu znajomości zasad mentoringu i *coachingu* (partnerska relacja między mistrzem a uczniem, wspieranie podwładnych w osiągnięciu sukcesu) przez personel medyczny

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)	% skumulowane
Wcale	7	4,3	4,3
W niewielkim stopniu	15	9,3	13,6
Częściowo	43	26,5	40,1
W znacznym stopniu	66	40,8	80,9
W pełni	31	19,1	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

Praca nad sobą jest ważnym czynnikiem wzmacniania profesjonalnych zachowań, które, po pierwsze, poprawiają mechaniczne (powtarzalne) wykonywanie działań, przez co unika się niepotrzebnych oddziaływań oraz wpływu czynników zewnętrznych (np. złość, wrogość, niezadowolenie pacjentów itp.); po drugie, wpływają na zwiększenie efektywności pracy, podnosząc wydajność personelu medycznego.

Kolejny zakres wiedzy z zarządzania zmianami dotyczy umiejętności wprowadzania zmian w organizacji. Jest to wiedza o charakterze praktycznym. Dla 59,9% badanych osób okazuje się ważna i warta doskonalenia poprzez uczestnictwo w szkoleniach. Oczywiście na różnych szczeblach zarządzania zapotrzebowanie na tę wiedzę ma odmienny charakter, stawiane są też zróżnicowane wymogi. W przypadku szpitali najważniejszymi komórkami organizacyjnymi są oddziały, na których podejmowane są najistotniejsze decyzje dotyczące efektywności funkcjonowania organizacji.

Tabela 70. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu umiejętności wprowadzania zmiany w organizacji przez personel medyczny

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)	% skumulowane
Wcale	3	1,8	1,8
W niewielkim stopniu	14	8,7	10,5
Częściowo	48	29,6	40,1
W znacznym stopniu	58	35,8	75,9
W pełni	39	24,1	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

Rola menedżera, jak również wykonywanie zadań wynikających z wyuczonego zawodu, wymagają od osób posiadających kompetencje ogólne wzbogacenia ich o kompetencje specyficzne dla roli lub zajmowanego stanowiska pracy. Dlatego każdy z przedstawicieli personelu medycznego powinien posiadać umiejętność radzenia sobie ze stresem oraz w trudnych sytuacjach. Sami badani zauważają tę potrzebę i dla 78,4% osób stanowi ona ważny zakres wiedzy, którą chcą doskonalić. Nieduża grupa osób (4,9%) nie wyraża potrzeby pogłębiania tej umiejętności. W przypadku menedżerów i osób z grupy personelu medycznego można wskazać dwie wspólne umiejętności wymagane od osób zatrudnionych na tych stanowiskach. Są to umiejętności radzenia sobie ze stresem oraz w trudnych sytuacjach.

Rozległość i różnorodność danych empirycznych pozwala autorowi w sposób wnikliwy i dogłębny nie tylko przedstawić preferencje personelu medycznego co do zakresu tematycznego doskonalenia wiedzy, lecz również określić charakter działań organizacyjnych wynikających z form oraz ciągłości zajęć.

Tabela 71. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu umiejętności radzenia sobie ze stresem i w trudnych sytuacjach przez personel medyczny

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)	% skumulowane
Wcale	2	1,2	1,2
W niewielkim stopniu	6	3,7	4,9
Częściowo	27	16,7	21,6
W znacznym stopniu	60	37,1	58,7
W pełni	67	41,3	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

4.3.2. Formy doksztalcania personelu medycznego

Uzupełnieniem rozważań dotyczących wiedzy menedżerskiej są formy szkoleń, które najbardziej odpowiadają personelowi medycznemu. Biorąc pod uwagę ogół wyników, autor stwierdza, że najczęściej wymieniane są trzy rodzaje: szkolenia, konferencje oraz rozmowa z doświadczonym ekspertem. Najwyższy poziom wskazań związany jest ze szkoleniami, które trwają zazwyczaj 1–2 dni.

Analiza danych przy uwzględnieniu kryterium grupy zawodowej ujawnia różnice dotyczące drugiej preferowanej formy kształcenia. W przypadku pielęgniarek są to konferencje, z kolei dla grupy lekarskiej ciekawszą i ważniejszą formą jest rozmowa z doświadczonym ekspertem. Wynika to ze specyfiki wykonywanego zawodu przez przedstawicieli tych grup zawodowych.

Analizując dane dotyczące preferowanych form doskonalenia kompetencji menedżerskich z podziałem na staż pracy personelu medycznego, autor zwraca uwagę, że w przypadku pielęgniarek dwie formy cieszą się największym zainteresowaniem. Są to szkolenia oraz konferencje. Interesująca jest różnica między liczbą osób preferującą doksztalcanie w zależności od stażu pracy nie dłuższego niż 10 lat i pozostałą grupą osób. Wynikać to może z dwóch aspektów. Młodsze osoby nie kształcą się z własnego wyboru bądź nie wymagają tego od nich przepisy. W przypadku pracowników z dłuższym stażem mogą znaleźć się wśród nich osoby sprawujące funkcje kierownicze, jak również posiadające większą świadomość pogłębiania wiedzy, szczególnie dotyczącej aspektów praktycznych.

Tabela 72. Formy uzupełniania wiedzy preferowane przez personel medyczny z podziałem na grupy zawodowe

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Odpowiedzi ogółem (%)	Średnia dla lekarzy (%)	Średnia dla pielęgniarek (%)
Szkolenia	113	70,0	69,8	71,7
Konferencje	89	55,0	49,2	58,6
Rozmowa z doświadczonym ekspertem	78	48,1	54,0	44,4
Studiowanie literatury (książki)	34	21,0	23,8	19,2
Czytanie czasopism branżowych	32	19,8	19,0	20,2
Inne	3	1,8	0,0	1,0
Razem	349	215,6	136	213
		N = 162 = 100,0%	N = 63 = 100,0%	N = 99 = 100,0%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

Tabela 73. Formy uzupełniania wiedzy preferowane przez pielęgniarki z podziałem na staż pracy

Odpowiedź	Osoby ze stażem pracy do 10 lat	Osoby ze stażem pracy od 11 do 20 lat	Osoby ze stażem pracy od 20 lat
Szkolenia	47,1	75,9	78,3
Konferencje	41,2	55,2	67,4
Rozmowa z doświadczonym ekspertem	35,3	44,8	43,5
Studiowanie literatury (książki)	11,8	20,7	17,4
Czytanie czasopism branżowych	11,8	17,2	26,1
Inne	0,0	0,0	2,2
Razem	25	62	108
	N = 17 = 100,0%	N = 29 = 100,0%	N = 46 = 100,0%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

Lekarze w odróżnieniu od pielęgniarek są grupą zawodową, w której doskonalenie kompetencji jest zjawiskiem powszechnym i ciągłym. Największym zainteresowaniem cieszą się takie formy, jak: szkolenia, rozmowy z doświadczonymi ekspertami oraz konferencje. Wśród osób ze stażem pracy co najmniej jedenastoletnim lub większym dominującymi formami doskonalenia wiedzy jest studiowanie czasopism branżowych.

Tabela 74. Formy uzupełniania wiedzy preferowane przez lekarzy z podziałem na staż pracy

Odpowiedź	Osoby ze stażem pracy do 10 lat	Osoby ze stażem pracy od 11 do 20 lat	Osoby ze stażem pracy od 20 lat
Szkolenia	73,3	65,4	72,7
Konferencje	53,3	46,2	50,0
Rozmowa z doświadczonym ekspertem	46,7	53,8	59,1
Studiowanie literatury (książki)	0,0	34,6	27,3
Czytanie czasopism branżowych	20,0	19,2	18,2
Inne	6,7	3,8	0,0
Razem	30	58	50
	N = 15 = 100,0%	N = 26 = 100,0%	N = 22 = 100,0%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

4.4. Pogłębione studium badawcze

W tabelach 75–80 zamieszczono informacje opracowane i przedstawione w formie danych statystycznych, zawierające medianę i odchylenie standardowe, jak również testy statystyczne (test t-Studenta).

Tabela 75. Poziom wiedzy personelu medycznego z poszczególnych działów wiedzy menedżerskiej

Działy	Mediana	Odchylenie standardowe	Test t-Studenta	Poziom istotności
Ogółem	3,0	0,7	0,369	0,713
Zarządzanie finansami	2,4	0,8	-8,782	0,000
Marketing i jakość	3,2	0,8	3,557	0,000
Nadzór nad infrastrukturą	3,0	1,0	-0,435	0,664
Zarządzanie kadrami	2,9	1,0	-1,666	0,098
Zarządzanie informacją	3,3	1,0	4,373	0,000
Psychologia zarządzania	3,4	0,8	7,132	0,000
Zarządzanie zmianą	2,9	0,9	-2,090	0,038

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

Analiza działów wiedzy menedżerskiej pokazuje, że odchylenie standardowe jest najniższe w przypadku zarządzania finansami, marketingu i jakości oraz psychologii zarządzania. Istnieje duże zróżnicowanie w poziomie wiedzy menedżerskiej w całej populacji badawczej. Na podstawie testu statystycznego stwierdza się, że poziom istotności w przypadku zarządzania zmianą wynosi 3,8%, czyli 96,2% uzyskanych wyników w tym zakresie nie jest dziełem przypadku. Z kolei najgorszy wynik osiągnięto w zakresie wiedzy o nadzorze nad infrastrukturą.

W kilku przypadkach odchylenia mają mniejsze wartości. W grupie lekarzy w zakresie wiedzy dotyczącej komunikacji z pacjentami różnica między najwyższą a najniższą oceną wynosi 0,6, a mediana osiąga wysoki współczynnik 4,0. Wskazuje to na przeświadczenie lekarzy o posiadaniu wiedzy z tego zakresu. Wysoka ocena tej cechy pokazuje, że wszyscy przebadani lekarze dostrzegają jej istotność. Potwierdza to umieszczenie tej wiedzy w zbiorze kompetencji wymaganych od personelu medycznego. Przy uwzględnieniu podziału grupy lekarzy według płci okazuje się, że odchylenie standardowe jest jeszcze niższe i mieści się w zakresie 0,5. Z analizy danych za pomocą testu t-Studenta wynika, że żaden z działów wiedzy nie osiągnął współczynnika istotności pomiaru 0,05.

Tabela 76. Poziom wiedzy personelu medycznego przy uwzględnieniu podziału na grupy zawodowe

Działy	Pielęgniarki		Lekarze		Testy	
	Mediana	Odchylenie standardowe	Mediana	Odchylenie standardowe	Test t-studenta	Poziom istotności
Ogółem	3,0	0,7	3,0	0,8	0,442	0,659
Zarządzanie finansami	2,4	0,8	2,4	0,9	-0,122	0,903
Marketing i jakość	3,2	0,8	3,2	0,9	0,214	0,831
Nadzór nad infrastrukturą	3,1	0,9	2,8	1,0	1,526	0,129
Zarządzanie kadrami	2,9	0,9	2,8	1,1	0,463	0,644
Zarządzanie informacją	3,3	1,1	3,3	0,9	-0,024	0,981
Psychologia zarządzania	3,4	0,8	3,5	0,8	-0,156	0,876
Zarządzanie zmianą	2,9	0,8	2,8	1,0	0,430	0,668

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

W tabeli 77 przedstawiono dane empiryczne, które przy analizie podzielono na grupy różniące się wiekiem. Odchylenie standardowe jest na takim samym poziomie w trzech grupach wiekowych w przypadku zarządzania finansami, marketingu i jakości oraz zarządzania informacją i wynosi w przypadku dwóch pierwszych zakresów wiedzy 0,8, w trzecim 1,0. We wszystkich zakresach wiedzy menedżerskiej występują znaczne różnice między najlepszą a najgorszą oceną, która osiąga wielkość od 0,8 aż do 1,1. Pokazuje to duże zróżnicowanie wiedzy menedżerskiej w grupie personelu medycznego, w której występują tzw. przodownicy, jak i maruderzy. W przypadku trzech zakresów wiedzy poziom istotności wyniósł co najwyżej 0,05.

Porównując wyniki zaprezentowane w tabelach 75 i 78, autor zwraca uwagę na różnice w średniej ocenie między wiedzą rzeczywistą a zgłaszanym na nią zapotrzebowaniem personelu medycznego. Wskazuje to na istniejącą lukę kompetencyjną w zakresie wiedzy menedżerskiej badanej grupy. Odchylenie standardowe w przypadku potrzeb kompetencji wiedzy mieści się w zakresie od 0,7 do 1,0.

Tabela 77. Poziom wiedzy personelu medycznego przy uwzględnieniu kryterium wieku

Działy	Poniżej 40 lat		41–49 lat		50 i więcej lat		Test	
	Mediana	Odchylenie standardowe	Mediana	Odchylenie standardowe	Mediana	Odchylenie standardowe	t-Studenta	Poziom istotności
Ogółem	2,7	0,7	3,1	0,7	3,2	0,8	6,521	0,002
Zarządzanie finansami	2,3	0,8	2,5	0,8	2,6	0,8	1,895	0,154
Marketing i jakość	3,0	0,8	3,3	0,8	3,4	0,8	3,146	0,046
Nadzór nad infrastrukturą	2,6	1,1	3,1	0,8	3,2	1,1	5,436	0,005
Zarządzanie kadrami	2,5	0,9	3,0	0,9	3,0	1,0	4,355	0,014
Zarządzanie informacją	3,0	1,0	3,5	1,0	3,5	1,0	5,084	0,007
Psychologia zarządzania	3,1	0,8	3,6	0,8	3,6	0,7	5,297	0,006
Zarządzanie zmianą	2,5	0,9	3,0	0,8	3,1	0,9	5,617	0,004

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

Tabela 78. Potrzeby doskonalenia wiedzy przez personel medyczny

Działy	Mediana	Odchylenie standardowe	Test t-Studenta	Poziom istotności
Ogółem	3,7	0,7	13,293	0,000
Zarządzanie finansami	3,5	0,9	7,295	0,000
Marketing i jakość	3,9	0,8	13,670	0,000
Nadzór nad infrastrukturą	3,4	1,0	5,513	0,000
Zarządzanie kadrami	3,6	1,0	7,785	0,000
Zarządzanie informacją	3,7	0,8	9,925	0,000
Psychologia zarządzania	4,1	0,8	16,826	0,000
Zarządzanie zmianą	3,9	0,8	13,211	0,000

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

Tabela 79. Potrzeby doskonalenia wiedzy przez personel medyczny według kryterium przynależności do zawodu

Działy	Pielęgniarki		Lekarze		Test	
	Mediana	Odczylenie standardowe	Mediana	Odczylenie standardowe	t-Studenta	Poziom istotności
Ogółem	3,8	0,7	3,7	0,7	0,980	0,329
Zarządzanie finansami	3,4	0,8	3,7	1,0	-1,535	0,127
Marketing i jakość	4,0	0,7	3,8	0,9	1,316	0,190
Nadzór nad infrastrukturą	3,5	1,0	3,4	1,0	0,470	0,639
Zarządzanie kadrami	3,7	0,9	3,4	1,1	2,367	0,019
Zarządzanie informacją	3,7	0,8	3,5	0,9	1,538	0,126
Psychologia zarządzania	4,1	0,8	4,0	0,9	0,692	0,490
Zarządzanie zmianą	3,9	0,8	3,8	0,8	0,473	0,637

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

Tabela 80. Potrzeby doskonalenia wiedzy przez personel medyczny według kryterium wieku

Działy	Poniżej 40 lat		41–49 lat		50 i więcej lat		Test	
	Mediana	Odczylenie standardowe	Mediana	Odczylenie standardowe	Mediana	Odczylenie standardowe	t-Studenta	Poziom istotności
Ogółem	3,6	0,7	3,7	0,6	3,8	0,8	1,111	0,332
Zarządzanie finansami	3,3	0,9	3,5	0,9	3,8	0,9	3,059	0,050
Marketing i jakość	3,8	0,9	3,9	0,8	3,9	0,9	0,144	0,866
Nadzór nad infrastrukturą	3,2	1,1	3,5	1,0	3,6	1,0	2,091	0,127
Zarządzanie kadrami	3,5	1,0	3,6	0,9	3,7	1,0	0,404	0,669
Zarządzanie informacją	3,6	0,8	3,7	0,8	3,7	0,9	0,127	0,881
Psychologia zarządzania	4,0	0,9	4,1	0,8	4,1	0,7	0,671	0,512
Zarządzanie zmianą	3,7	0,9	3,9	0,8	3,9	0,8	0,706	0,495

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

Przebadane grupy zawodowe wskazują różniące się od siebie oceny potrzeb. Jedyne w przypadku zarządzania finansami mediana w grupie lekarzy jest wyższa od oceny pielęgniarek. W innych zakresach wiedzy wynik ten jest odwrotny. Należy zwrócić uwagę na poziom istotności, który w przypadku zarządzania kadrami osiągnął poziom 1,9%, czyli jest istotny statystycznie.

Analizując dane z tabeli 80, badacz zwraca uwagę na różnice w medianie cech w różnych grupach wiekowych. Wraz z wiekiem rosną potrzeby doskonalenia wiedzy menedżerskiej wśród przedstawicieli personelu medycznego. Powyższe dane pod względem odchyłeń standardowych we wszystkich przebadanych grupach wiekowych są zróżnicowane. Wskutek tego badacz stwierdza, że grupy nie są jednorodne w swojej ocenie, ale bardzo zróżnicowane we wszystkich kategoriach wiekowych. Z przeprowadzonego testu statystycznego wynika, że wszystkie działy wiedzy są nieistotne statystycznie.

W rozdziale czwartym przedstawiono analizy dwóch badań przeprowadzonych za pośrednictwem metody ankietowej. Oba badania dzielił interwał czasowy, większe badanie miało na celu uzyskanie ogólnych danych empirycznych, z kolei drugie badanie zostało ukierunkowane na uszczegółowienie danych do analizy badawczej.

Podnoszenie kompetencji przez personel medyczny jest bardzo zróżnicowane. Zmiany w wymogach kwalifikacyjnych dla pielęgniarek spowodowały, że zostały zobligowane do uzyskania tytułu zawodowego licencjata. W związku z tym duża grupa pielęgniarek uczestniczyła w zajęciach na studiach wyższych. Jeżeli chodzi o studia podyplomowe (roczne i dwuletnie), to brali w nich udział pracownicy z obu badanych grup zawodowych. Największym powodzeniem cieszą się szkolenia jako forma najbardziej przydatna i wygodna dla personelu medycznego. Wynika to stąd, że pracownicy nie mają zbyt dużo czasu na podnoszenie poziomu kompetencji, utrudnione jest uczestnictwo w zajęciach rozłożonych w dłuższym czasie. Szkolenia spełniają ten zasadniczy warunek i zajmują co najwyżej 3–4 dni, a zazwyczaj 1–2 (w weekendy).

Przeprowadzona w czwartym rozdziale analiza danych dotyczy rzeczywistej oraz pożądanej wiedzy menedżerskiej przez personel medyczny. Została ona uzupełniona o zdiagnozowanie stanu rzeczywistego oraz oczekiwanych umiejętności interpersonalnych przez lekarzy i pielęgniarki. Interpretację tych informacji przedstawiono w kolejnym, piątym rozdziale.

ROZDZIAŁ 5

OCENA UMIEJĘTNOŚCI INTERPERSONALNYCH PERSONELU MEDYCZNEGO

5.1. Charakterystyka umiejętności interpersonalnych

Analiza literatury na temat kompetencji dokonana w pierwszym i drugim rozdziale pokazuje, że część definicji ma charakter bardzo ogólny i podkreśla celowość zachowania jednostki czy też dążenia do oczekiwanych rezultatów. Natomiast autor pragnie zwrócić uwagę na te definicje, które wskazują na komponenty kompetencji mające zasadnicze znaczenie w rozwoju człowieka, takie jak: wiedza, umiejętności, doświadczenie czy postawy^{214,215}.

Jeszcze inne definicje dotyczące kompetencji określają je jako zróżnicowane i szczegółowe obszary funkcjonowania jednostki w miejscu pracy, jak np. działania zespołowe czy też kultura osobista²¹⁶.

Na potrzeby dalszych rozważań przyjęto, że kompetencje stanowią wewnętrzny potencjał jednostki, na który wpływają wiedza i umiejętności (mylnie identyfikowane częstokroć jako kwalifikacje, które są podrzędne w stosunku do kompetencji²¹⁷) wraz z cechami osobowościowymi, prezentowanymi postawami i wartościami jednostki²¹⁸. Zgodnie z koncepcją R. Boyatzisa o kompetencjach mówimy wówczas, gdy przejawiają się one w zewnętrznym zachowaniu, czyli gdy są użyteczne, wykorzystywane w procesie wykonywania pracy²¹⁹.

Z punktu widzenia zarządzania zasobami ludzkimi istotną staje się analiza relacji, jaka występuje między kompetencjami oczekiwanymi a kompetencjami do-

²¹⁴ Zob. D. Thierry, C. Sauret, N. Mond, *Zarządzanie i kompetencje w przedsiębiorstwie w procesie zmian*, s. 6.

²¹⁵ Zob. G. Filipowicz, *Zarządzanie kompetencjami zawodowymi*, s. 25–31.

²¹⁶ T. Oleksyn, *Zarządzanie kompetencjami...*, s. 30.

²¹⁷ R.N. Kanungo, S. Misra, *Managerial resourcefulness: A reconceptualization of management skills*, „Human Relations”, 1992, 12, s. 15–132.

²¹⁸ M. Armstrong, *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Oficyna Ekonomiczna, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2002, s. 241–242.

²¹⁹ Zob. A. Springer, *Znaczenie postaw i kompetencji pracownika w zarządzaniu zasobami ludzkimi organizacji*, [w:] *Komunikacja i jakość w zarządzaniu*, t. 1, red. T. Wawak, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2010, s. 75.

stępnymi w organizacji²²⁰, ze szczególnym uwzględnieniem aspektu teoretycznego (wiedzy) oraz praktycznego (umiejętności) w celu ich efektywnego wykorzystania w podmiotach leczniczych.

System komunikacji można porównać do krwiobiegu żywego organizmu, którym zgodnie z jedną z metafor organizacyjnych jest przedsiębiorstwo²²¹. Komunikacja jest bowiem składnikiem wszystkich procesów zachodzących w przedsiębiorstwie oraz dostarczycielem niezbędnych do jego funkcjonowania elementów. Komunikacja wiąże i scala organizację. To właśnie w niej można odnaleźć wspólny mianownik wszystkich działów funkcjonalnych przedsiębiorstwa. Jest ona nie tylko obecna, lecz także niezbędna na każdym etapie tworzenia wartości²²². Za najistotniejsze cechy kompetencji należy uznać umiejętności oraz wiedzę.

5.2. Rzeczywiste umiejętności interpersonalne personelu medycznego

W tej części publikacji zgromadzono oraz przeanalizowano wyniki badań, które zawierają samoocenę posiadanych umiejętności interpersonalnych przez personel medyczny. Oczywiście należy założyć, że ocena ta nie jest obiektywna. W większości przypadków jest ona zawyżona. Na podstawie przyjętych przez badacza wag można określić kolejność posiadanych cech interpersonalnych lekarzy i pielęgniarek.

Na podstawie literatury specjalistycznej i praktycznego doświadczenia autor określił grupę 14 reprezentacyjnych cech dla menedżerów organizacji. Są to umiejętności praktyczne, tak ważne dla osób zarządzających instytucją.

Badacz, podejmując się opisanie istotności umiejętności interpersonalnych, przyjął zasadę stopniowania ich w skali pięciostopniowej. Wskutek tego przyjęto następujący wzór, który został przedstawiony na 95 stronie niniejszej książki.

W tabeli 81 zawarta jest analiza tych cech, przeprowadzona na grupie osób, które nie zajmują stanowisk kierowniczych. W tej grupie pracowniczej najwięcej osób wskazało następujące umiejętności: odporność na stres, systematyczność, komunikatywność oraz dokładność. Z kolei najniższy poziom umiejętności badani wykazują w zakresie kreatywności, asertywności, optymizmu oraz dyspozycyjności.

Personel medyczny powinien posiadać część spośród wymienionych powyżej umiejętności interpersonalnych. Postawę zarówno lekarzy, jak i pielęgniarek powinny charakteryzować: otwartość, odporność na stres, komunikatywność i empatia, przy asertywnym podejściu do pacjentów. Należy rozważyć jedynie poziom ich opanowania.

Z kolei w relacjach wewnętrznych ważne są: komunikatywność, wytrwałość, odporność na stres, optymizm i odpowiedzialność za wykonywaną pracę. Oprócz

²²⁰ T. Oleksyn, *Zarządzanie kompetencjami...*, s. 200.

²²¹ G. Morgan, *Obrazy organizacji*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997, s. 56–65.

²²² A. Matczewski, A. Sławik, *Holistyczne podejście do zarządzania komunikacją korporacyjną*, [w:] *Komunikacja i jakość w zarządzaniu*, t. 1, red. T. Wawak, Wydawnictwo Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2010, s. 214.

Tabela 81. Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby na stanowiskach operacyjnych według personelu medycznego

Odpowiedź	Zsumowanie odpowiedzi	Odsetek uzyskanych punktów (%)	Średnia ocena cechy
Odporność na stres	725	7,8	4,48
Odpowiedzialność	725	7,8	4,48
Systematyczność	719	7,7	4,44
Komunikatywność	718	7,7	4,43
Dokładność	715	7,7	4,41
Chęć ciągłego uczenia się	691	7,4	4,27
Otwartość	680	7,3	4,20
Empatia	667	7,2	4,12
Wytrwałość	656	7,1	4,05
Kreatywność	655	7,1	4,04
Asertywność	645	6,9	3,98
Optymizm	638	6,9	3,94
Dyspozycyjność	617	6,6	3,81
Zdolności przywódcze	449	4,8	2,77
Suma	9300	100,0	4,10

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

powyższych cech personel medyczny (w większym stopniu lekarze niż pielęgniarki) w celu podnoszenia poziomu wiedzy zawodowej powinien umieć się samomotywować i w sposób ciągły kształcić kompetencje. Osoby zajmujące się tą profesją muszą być wytrwałe.

Personel medyczny najwyżej ocenił następujące cechy, które pogrupowano według ważności od najważniejszej do najmniej istotnej: odporność na stres, odpowiedzialność, systematyczność, komunikatywność, dokładność, chęć ciągłego uczenia się. Jeszcze inne cztery umiejętności uzyskały ocenę co najmniej dobrą.

Stąd wniosek, że na dwanaście sugerowanych cech personelu medycznego w badaniu potwierdzono, że dziesięć spośród nich to umiejętności, które są ważne dla personelu medycznego, często nawet w bardzo dużym stopniu.

Samooceena umiejętności interpersonalnych z podziałem na grupy zawodowe zawarta jest w tabelach 81 i 82. Z opracowania liczbowego wynika, że średnia ocena dla każdej z czternastu cech interpersonalnych jest na podobnym, dobrym poziomie u pielęgniarek i nieco wyższym u lekarzy, średnio 0,2 dla jednej umiejętności.

Porównując oceny każdej z czternastu umiejętności dokonane przez osoby badane, można wyróżnić trzy zbiory umiejętności ze względu na ich istotność dla personelu medycznego. W pierwszym skupiono cechy wyżej ocenione przez pielęgniarki.

Tabela 82. Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby na stanowiskach operacyjnych według pielęgniarek

Odpowiedź	Zsumowanie odpowiedzi	Odsetek uzyskanych punktów (%)	Średnia ocena
Odporność na stres	437	7,8	4,41
Komunikatywność	436	7,8	4,40
Odpowiedzialność	436	7,8	4,40
Systematyczność	435	7,8	4,39
Dokładność	432	7,8	4,36
Otwartość	410	7,4	4,14
Chęć ciągłego uczenia się	409	7,3	4,13
Empatia	395	7,1	3,99
Wytrwałość	393	7,0	3,97
Kreatywność	387	7,0	3,90
Asertywność	386	6,9	3,90
Optymizm	381	6,8	3,85
Dyspozycyjność	375	6,7	3,79
Zdolności przywódcze	265	4,8	2,68
Suma	5577	100,0	4,02

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

Są to systematyczność, dyspozycyjność oraz dokładność. Umiejętności te są związane oraz wynikają z wykonywanych obowiązków pracy na stanowisku pielęgniarki.

Do drugiego zbioru cech interpersonalnych zaliczono te umiejętności, które według lekarzy mają oni dobrze rozwinięte. Są to takie cechy, jak: komunikatywność, empatia, kreatywność oraz chęć ciągłego uczenia się. Dwie pierwsze są umiejętnościami przydatnymi i wykorzystywanymi w relacjach na płaszczyźnie lekarz–pacjent.

Szczególnie w ostatnich latach podkreśla się znaczenie postawy współczucia, inaczej empatii, charakteryzującej się empatycznymi reakcjami na cierpienie innych, często wywołującej poczucie troski o innych. Odczucia empatii skłaniają do zachowań mających na celu niesienie pomocy innym osobom znajdującym się w trudnej sytuacji życiowej czy też osobistej. Empatia wyraża także uczucia, które są w stanie hamować agresję i inne zachowania szkodliwe dla innych ludzi²²³. Kreatywność jest to cecha mniej przydatna na stanowisku lekarskim, lecz bardzo ważna dla osób zajmujących stanowiska kierownicze. Chęć ciągłego uczenia się jest

²²³ J.P. Tangney, J. Stuewig, D.J. Mashek, *Moral Emotions and Moral Behavior*, „Annual Review of Psychology”, 2007, 58, s. 363.

cechą ważną dla lekarzy w kontekście wykonywania wyuczonego zawodu oraz ciągłych zmian zachodzących w sferze pojęciowej i praktycznej medycyny.

W trzecim zbiorze zgromadzono cechy, które według badanych są na podobnym poziomie w obu grupach zawodowych. Zalicza się do nich: asertywność, otwartość, odporność na stres, wytrwałość, optymizm, odpowiedzialność oraz zdolności przywódcze.

Przebadani pracownicy, zarówno w grupie lekarzy, jak i pielęgniarek, nisko ocenili zdolności przywódcze. Stąd można sądzić, że personel medyczny uważa tę cechę za zbędną bądź w niewielkim stopniu przydatną w wypełnianiu obowiązków zawodowych na zajmowanym stanowisku pracy.

Średnia ocena umiejętności posiadanych przez lekarzy jest na poziomie 4,22, z kolei pielęgniarki wystawiły sobie średnią ocenę 4,02.

Przebadani lekarze ocenili, że sześć cech mają na bardzo wysokim poziomie, kolejne sześć na wysokim poziomie, przeciętną ocenę uzyskała cecha dyspozycyjności. Najmniejszą przydatność oraz samoocenę u lekarzy uzyskały zdolności przywódcze, które nie osiągnęły nawet przeciętnego poziomu.

Tabela 83. Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby na stanowiskach operacyjnych według lekarzy

Odpowiedź	Zsumowanie odpowiedzi	Odsetek uzyskanych punktów (%)	Średnia ocena
Odpowiedzialność	289	7,8	4,59
Odporność na stres	288	7,7	4,57
Systematyczność	284	7,6	4,51
Dokładność	283	7,6	4,49
Chęć ciągłego uczenia się	282	7,6	4,48
Komunikatywność	282	7,6	4,48
Empatia	272	7,3	4,32
Otwartość	270	7,3	4,29
Kreatywność	268	7,2	4,25
Wytrwałość	263	7,1	4,17
Asertywność	259	7,0	4,11
Optymizm	257	6,9	4,08
Dyspozycyjność	242	6,5	3,84
Zdolności przywódcze	184	4,9	2,92
Suma	3723	100,0	4,22

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

Przedstawicielki zawodu pielęgniarskiego uznały poziom siedmiu cech za wysoki, przeciętny osiągnęło sześć umiejętności. Zgodnie z przewidywaniami pielęgniarki za najmniej przydatną oraz rozwiniętą u siebie cechę uznały zdolności przywódcze, które osiągnęły niską ocenę (2,68). Do wyliczenia danych badacz posłużył się wzorem opisanym wcześniej.

Dane dotyczące umiejętności interpersonalnych personelu medycznego podzielone na grupy wiekowe pokazują, że starsze grupy badanych składają się z osób deklarujących zbliżone umiejętności. W przypadku takiej cechy, jak komunikatywność, różnica między najwyższą a najniższą oceną wynosi 0,4 przy medianie na poziomie 4,7. Część cech osiągnęła wynik na poziomie od 0,5 do 0,7.

Wykorzystując test t-Studenta, dokonano wyliczeń, które na podstawie informacji pomiarowych pokazują, że w przypadku jednej umiejętności – kreatywności – wynik jest istotny statystycznie. W pozostałych przypadkach wyniki są w mniejszym bądź większym stopniu nieistotne statystycznie.

Natomiast mediana rośnie wraz z wiekiem respondenta, różnice wynoszą od 0,1 do 0,4, czyli od 2 do 8% na cechę interpersonalną.

Tabela 84. Umiejętności menedżerskie przypisane personelowi medycznemu z uwzględnieniem grup wiekowych

Cecha	Poniżej 40 lat		41–49 lat		50 i więcej lat		Test	
	Mediana	Odczylenie standardowe	Mediana	Odczylenie standardowe	Mediana	Odczylenie standardowe	F	Poziom istotności
Asertywność	4,1	0,7	4,1	0,8	4,2	0,5	0,022	0,979
Komunikatywność	4,6	0,7	4,6	0,5	4,7	0,4	0,676	0,510
Empatia	4,3	0,9	4,4	0,9	4,5	0,5	0,431	0,651
Otwartość	4,3	0,9	4,4	0,7	4,5	0,6	0,948	0,390
Kreatywność	4,1	0,8	4,4	0,6	4,5	0,6	4,069	0,019
Systematyczność	4,4	0,8	4,6	0,7	4,7	0,5	1,737	0,180
Chęć ciągłego uczenia się	4,3	0,8	4,5	0,7	4,6	0,6	1,035	0,358
Odporność na stres	4,7	0,5	4,5	0,7	4,7	0,5	1,828	0,164
Dyspozycyjność	3,9	1,1	4,1	0,7	4,3	0,7	2,017	0,137
Wytrwałość	4,4	0,7	4,3	0,6	4,3	0,7	0,143	0,867
Optymizm	4,1	1,0	4,3	0,7	4,2	0,7	0,489	0,614
Odpowiedzialność	4,7	0,6	4,7	0,7	4,8	0,4	0,718	0,489
Dokładność	4,6	0,6	4,6	0,7	4,6	0,7	0,162	0,851
Zdolności przywódcze	3,0	1,1	3,2	1,0	3,2	1,0	0,835	0,436

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

5.3. Postulowane umiejętności interpersonalne dla pracowników pełniących funkcje kierownicze

W tej części przeanalizowano oczekiwania personelu medycznego w stosunku do menedżerów opieki zdrowia bez uwzględnienia ich umiejętności zarządzania.

W tabeli 85 zaprezentowano ocenę umiejętności interpersonalnych dokonaną przez pielęgniarki i lekarzy, ale dotyczącą oczekiwań wobec osób zajmujących stanowisko kierownicze. Na tej podstawie można stwierdzić, jakie cechy powinni posiadać kierownicy w ocenie podwładnych. Do wyliczenia danych zawartych w tabelach 85–87 posłużono się wzorem opisanym wcześniej.

W odróżnieniu od pracowników operacyjnych kierownicy muszą mieć rozwinięte zdolności przywódcze – ta ocena nie może dziwić. Na takim samym poziomie oceniono umiejętności komunikowania się, odporność na stres, kreatywność oraz odpowiedzialność. Z kolei najniższą ocenę uzyskały takie cechy, jak: dokładność, empatia, otwartość oraz optymizm.

Tabela 85. Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby na stanowisku kierowniczym według personelu medycznego

Odpowiedź	Zsumowanie odpowiedzi	Odsetek uzyskanych punktów (%)	Średnia ocena
Zdolności przywódcze	761	7,5	4,70
Odporność na stres	759	7,5	4,69
Odpowiedzialność	758	7,5	4,68
Kreatywność	754	7,5	4,65
Komunikatywność	752	7,5	4,64
Dyspozycyjność	716	7,1	4,42
Chęć ciągłego uczenia się	715	7,1	4,41
Wytrwałość	713	7,1	4,40
Asertywność	708	7,0	4,37
Systematyczność	703	7,0	4,34
Optymizm	694	6,9	4,28
Otwartość	688	6,8	4,25
Empatia	683	6,8	4,21
Dokładność	680	6,7	4,20
Suma	10084	100,0	4,45

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

Zestawiając dane z tabeli 84 dotyczącej cech interpersonalnych przypisanych menedżerom podmiotów leczniczych z informacjami z tabeli 81, zauważa się, że występuje różnica w średniej sumarycznej ocenie cech, która wynosi 4,45 u osób na stanowiskach kierowniczych, a 4,10 dla personelu medycznego.

Oceniając poziom posiadanych umiejętności, zarówno osoby niepiastujące stanowisk menedżerskich, jak również kierownicy komórek organizacyjnych będący z zawodu lekarzami bądź pielęgniarkami wykazali następującą prawidłowość: osoby te bez względu na zajmowane stanowisko wysoko oceniają u siebie dokładność. Z kolei największa różnica w ocenie rzeczywistych umiejętności i oczekiwań między dyrektorami a specjalistami dotyczy głównie zdolności przywódczych (różnica wynosi 1,93 w skali pięciostopniowej, czyli 38,6%). W przypadku kreatywności, dyspozycyjności i asertywności różnice między osobami funkcyjnymi a niefunkcyjnymi są na poziomie od 0,39 do 0,61, czyli 8–12%.

Przedstawicielki zawodu pielęgniarskiego, które dokonały oceny poziomu umiejętności osób na stanowiskach kierowniczych różnych szczebli organizacji, za najważniejsze cechy uznały komunikatywność, kreatywność, odporność na stres oraz zdolności przywódcze. Natomiast najniższy priorytet przypisały takim cechom, jak: dokładność, systematyczność, empatia czy też asertywność. Przy pozostałych pięć-

Tabela 86. Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby na stanowisku kierowniczym według pielęgniarek

Odpowiedź	Zsumowanie odpowiedzi	Odsetek uzyskanych punktów (%)	Średnia ocena
Odporność na stres	460	7,6	4,65
Kreatywność	459	7,6	4,64
Zdolności przywódcze	456	7,5	4,61
Komunikatywność	456	7,5	4,61
Odpowiedzialność	451	7,4	4,56
Chęć ciągłego uczenia się	432	7,1	4,36
Wytrwałość	431	7,1	4,35
Otwartość	425	7,0	4,29
Dyspozycyjność	425	7,0	4,29
Optymizm	425	7,0	4,29
Empatia	422	6,9	4,26
Asertywność	417	6,9	4,21
Systematyczność	412	6,8	4,16
Dokładność	401	6,6	4,05
Suma	6072	100,0	4,38

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

Tabela 87. Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby na stanowisku kierowniczym według lekarzy

Odpowiedź	Zsumowanie odpowiedzi	Odsetek uzyskanych punktów (%)	Średnia ocena
Odpowiedzialność	307	7,6	4,87
Zdolności przywódcze	305	7,6	4,84
Odporność na stres	299	7,5	4,75
Komunikatywność	296	7,4	4,70
Kreatywność	295	7,4	4,68
Systematyczność	291	7,3	4,62
Asertywność	291	7,3	4,62
Dyspozycyjność	291	7,3	4,62
Chęć ciągłego uczenia się	283	7,0	4,49
Wytrwałość	282	7,0	4,48
Dokładność	279	6,9	4,43
Optymizm	269	6,7	4,27
Otwartość	263	6,5	4,17
Empatia	261	6,5	4,14
Suma	4012	100,0	4,55

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

ciu umiejętnościach ocenianych przez cały personel medyczny udział w całkowitych wskazaniach mieści się w przedziale od 7,0 do 7,1%.

Przebadane pielęgniarki wskazały, że od osób zajmujących stanowiska kierownicze oczekują następujących cech interpersonalnych: odporności na stres, kreatywności, zdolności przywódczych, komunikatywności, odpowiedzialności. Kolejne osiem umiejętności wycenionych zostało jako cechy wysoce pożądane i wymagane od kierownictwa różnych szczebli zarządzania szpitalami.

Według tej grupy zawodowej najmniej przydatną umiejętnością jest dokładność, która dla pielęgniarek ma charakter działań manualnych przydatnych w pracy operacyjnej, ale nie jest potrzebna na poziomie zarządzania szpitalami.

Autor uważa, że przedstawiciele zawodu lekarskiego, w odróżnieniu od pielęgniarek, mający szersze możliwości piastowania funkcji kierowniczych w podmiotach leczniczych, powinni zatem wykazywać lepsze kompetencje menedżerskie. Według lekarzy za szczególnie ważne umiejętności u osób zarządzających szpitalami uznaje się takie cechy, jak: zdolności przywódcze, odpowiedzialność, odporność na stres, komunikatywność oraz kreatywność. Wysoka ocena własnych cech przez lekarzy, jak i oczekiwania członków tej grupy w stosunku do osób funkcyjnych, dotyczą następujących umiejętności: odpowiedzialności, odporności na stres, komuni-

Tabela 88. Umiejętności menedżerskie przypisane osobom, które sprawują funkcję kierowniczą według personelu medycznego z uwzględnieniem grup wiekowych

Cecha	Poniżej 40 lat		41–49 lat		50 i więcej lat		Test	
	Mediana	Odczylenie Standardowe	Mediana	Odczylenie standardowe	Mediana	Odczylenie standardowe	F	Poziom istotności
Asertywność	4,5	0,6	4,4	0,9	4,7	0,5	1,732	0,180
Komunikatywność	4,8	0,5	4,9	0,4	4,9	0,3	1,531	0,220
Empatia	4,3	1,0	4,4	0,9	4,4	1,1	0,183	0,833
Otwartość	4,6	0,7	4,5	0,9	4,5	0,8	0,214	0,808
Kreatywność	4,8	0,5	4,8	0,7	4,9	0,3	0,693	0,502
Systematyczność	4,6	0,8	4,8	0,6	4,8	0,4	1,414	0,247
Chęć ciągłego uczenia się	4,7	0,5	4,7	0,8	4,8	0,4	0,468	0,627
Odporność na stres	4,8	0,5	4,8	0,6	4,8	0,4	0,173	0,842
Dyspozycyjność	4,7	0,6	4,6	0,9	4,8	0,4	1,059	0,349
Wytrwałość	4,7	0,6	4,5	0,9	4,8	0,5	2,136	0,122
Optymizm	4,5	0,8	4,5	0,8	4,6	0,6	0,150	0,861
Odpowiedzialność	4,8	0,4	4,9	0,5	5,0	0,2	1,225	0,297
Dokładność	4,7	0,6	4,6	0,9	4,7	0,9	0,117	0,890
Zdolności przywódcze	4,8	0,4	4,7	0,7	4,9	0,3	0,677	0,510

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

katywności oraz systematyczności. Różnice występują w poziomach ocen tych cech. W każdej z powyższych cech różnice między rzeczywistym a pożądanym stanem posiadania określonej umiejętności przez menedżerów i lekarzy mieści się w zakresie od 0,11 do 0,28 na korzyść tej pierwszej grupy.

W kontekście opracowywania koncepcji systemowej niezwykle istotna jest tabela 87, która zawiera dane dotyczące domniemanych wymagań wobec osób piastujących funkcje kierownicze. Podobnie jak w przypadku wiedzy menedżerskiej i przy umiejętnościach interpersonalnych występują różnice między cechami na poziomie 0,2–0,5. Wskazuje to na duże oczekiwania pracowników szpitali wobec kierownictwa. Wymagają oni od osób zarządzających szpitalami wiedzy specjalistycznej oraz menedżerskiej, jak również umiejętności interpersonalnych rozwiniętych na wysokim poziomie. Odchylenia standardowe nie są duże w przypadku pracowników w dojrzałym wieku (powyżej 50. roku życia). Aż w ośmiu na 14 cech odchylenia standardowe mieszczą się w zakresie od 0,2 do 0,4, co wskazuje na bardzo zbli-

żoną ocenę respondentów. W przypadku innych grup wiekowych oceny są różne, część charakteryzuje się odchyleniem na poziomie 0,4–0,5, ale dla części cech oceny mieszczą się w szerszym zakresie – od 0,8 do nawet 1,0.

Według badanych osób, bez względu na wiek, kierownicy powinni posiadać na bardzo wysokim poziomie takie cechy, jak: komunikatywność, kreatywność, systematyczność, chęć ciągłego uczenia się, odporność na stres, dyspozycyjność, odpowiedzialność oraz zdolności przywódcze. W przypadku pozostałych umiejętności oceny są również wysokie. Wskazuje to, że personel medyczny oczekuje, że kierownicy będą posiadać wyższe kompetencje od nich oraz będą kompleksowo przygotowani do pełnienia roli kierowniczej.

Tabela 89. Priorytetowe umiejętności, które powinny być cechą profesjonalnego menedżera rekrutowanego spośród personelu medycznego

Odpowiedź	Liczba wskazań	Odsetek odpowiedzi (%)
Komunikatywność	53	14,8
Odpowiedzialność	49	13,7
Empatia	38	10,6
Odporność na stres	35	9,8
Dokładność	31	8,7
Chęć ciągłego uczenia się	30	8,4
Asertywność	23	6,4
Otwartość	19	5,3
Kreatywność	18	5,0
Systematyczność	17	4,8
Dyspozycyjność	13	3,6
Wytrwałość	10	2,8
Optymizm	10	2,8
Uczciwość	3	0,9
Zdolności przywódcze	2	0,6
Punktualność	2	0,6
Umiejętność pracy w zespole	1	0,3
Bezstronność	1	0,3
Prawdopodobność	1	0,3
Fachowość	1	0,3
Suma	357	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

W tabeli 89 zaprezentowano dane z całej populacji badawczej. Każdy z respondentów wskazał dowolne umiejętności, które według niego są najistotniejsze. Badani mogli wybierać cechy z kwestionariusza badawczego, jak również zaproponować nowe umiejętności. Tym samym do piętnastu zaproponowanych cech respondenci dodali kolejne. Jednakże oprócz jednej z cech (uczciwości), którą wskazało dwóch badanych, pozostałe cztery umiejętności wybrały pojedyncze osoby. Stąd wniosek, że badani nie zaproponowali istotnych cech interpersonalnych, które są ważne na stanowisku menedżera opieki zdrowia.

Uzyskane wyniki można podzielić na kilka grup. Pierwszą stanowią cechy bardzo często występujące, tj. komunikatywność oraz odpowiedzialność. W skład drugiej wchodzi umiejętności często występujące, czyli empatia, odporność na stres, dokładność oraz chęć ciągłego uczenia się. Trzecia grupa składa się z cech pojawiających się czasami. Są to: asertywność, otwartość, kreatywność, systematyczność, dyspozycyjność, wytrwałość oraz optymizm. Ostatnią, czwartą grupę, stanowią umiejętności pojawiające się rzadko bądź bardzo rzadko. Zaliczamy do nich: uczciwość, zdolności przywódcze, punktualność, umiejętność pracy w zespole, bezstronność, prawdomówność oraz fachowość.

Tabela 90. Umiejętności menedżerskie przypisane osobom, które sprawują funkcję kierowniczą według personelu medycznego

Cecha	Mediana	Odczylenie standardowe	Test t-Studenta	Poziom istotności
Asertywność	4,5	0,8	24,733	0,000
Komunikatywność	4,9	0,4	56,554	0,000
Empatia	4,4	1,0	17,695	0,000
Otwartość	4,6	0,8	24,252	0,000
Kreatywność	4,8	0,6	38,793	0,000
Systematyczność	4,7	0,6	34,046	0,000
Chęć ciągłego uczenia się	4,7	0,6	33,416	0,000
Odporność na stres	4,8	0,5	45,540	0,000
Dyspozycyjność	4,6	0,7	27,450	0,000
Wytrwałość	4,6	0,7	27,433	0,000
Optymizm	4,5	0,7	25,775	0,000
Odpowiedzialność	4,9	0,4	52,340	0,000
Dokładność	4,7	0,8	25,025	0,000
Zdolności przywódcze	4,8	0,5	42,330	0,000

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 8 szpitalach

Analiza danych przedstawiających pogląd całej próby badawczej w sprawie wymagań i oczekiwań stawianych przed osobami pełniącymi funkcje menedżerskie pokazuje, że cztery cechy oceniane są na zbliżonym poziomie. Są to: komunikatywność, odpowiedzialność, odporność na stres oraz zdolności przywódcze. Wszystkie cechy poddane ocenie przez personel medyczny uzyskały medianę najniższą 4,5, a najwyższą 4,9. Wskazuje to na bardzo wysokie oczekiwania pracowników szpitali w stosunku do osób zarządzających.

5.4. Motywacja personelu medycznego do doskonalenia swoich kompetencji zarządczych

Porównanie oczekiwań z rzeczywistą oceną posiadanych umiejętności interpersonalnych oraz komunikowania się pokazuje, że istnieją różnice w ocenie dokonanej przez personel medyczny. Zarówno lekarze, jak i pielęgniarki wyższe wymagania stawiają menedżerom opieki zdrowia aniżeli sobie samym. Istotnym czynnikiem pozwalającym zwiększyć prawdopodobieństwo poprawy cech interpersonalnych jest świadomość lekarzy i pielęgniarek dotycząca potrzeby doskonalenia kompetencji. Z danych zawartych w tabeli 91 wynika, że większość badanych lekarzy chce uczestniczyć w szkoleniach wewnętrznych.

W przypadku pielęgniarek jest to jeszcze wyższy współczynnik, który wynosi 94,8% wskazań. Pracownicy jednej i drugiej grupy zawodowej zainteresowani są głównie pogłębianiem wiedzy oraz umiejętności typowo zawodowych, przydatnych w świadczeniu usług medycznych. Część spośród wymienionych wcześniej cech interpersonalnych ma charakter uniwersalny. Są one przydatne i wykorzystywane zarówno na stanowiskach operacyjnych, jak i przez menedżerów opieki zdrowia.

Tabela 91. Poziom uczestnictwa lekarzy w szkoleniach typu wewnętrznego

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)
Tak	208	82,2
Nie	45	17,8
Suma	253	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 21 szpitalach

Tabela 92. Poziom uczestnictwa pielęgniarek w szkoleniach typu wewnętrznego

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)
Tak	598	94,8
Nie	33	5,2
Suma	631	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 21 szpitalach

Spośród czynników, które wzmacniają skuteczność doskonalenia kompetencji, oprócz świadomości wyróżnia się również trafność zakresów tematów szkoleń.

Tabele 93 i 94 zawierają informacje badawcze dotyczące oceny doboru tematów w szkoleniach typu wewnętrznego. W przypadku lekarzy 83% przebadanych osób stwierdza, że poziom szkoleń wewnętrznych mieści się w zakresie przeciętny–wysoki.

Dla grupy pielęgniarskiej szkolenia wewnętrzne są bardziej przydatne i aż 90% badanych przedstawicieli tej zbiorowości pozytywnie odnosi się do tematyki szkoleń wewnętrznych. Różnica między grupami medycznymi wynika ze specyfiki obowiązków na stanowiskach pracy. Pielęgniarki są zainteresowane doskonaleniem kompetencji przydatnych w codziennej pracy związanej z działaniami operacyjnymi. Możliwości awansu zawodowego są ograniczone, w związku z tym pielęgniarki w niewielkim stopniu chcą zdobywać umiejętności przydatne im w momencie awansu zawodowego na stanowisko kierownicze.

Natomiast lekarze chcą wzmacniać wiedzę, podnosić kwalifikacje oraz ulepszać umiejętności ukierunkowane na kompetencje specjalistyczne i związane ze specjalnością zawodową. Personel medyczny dużo rzadziej chce uzyskać wiedzę oraz umiejętności przydatne na stanowiskach kierowniczych w trakcie szkoleń.

Tabela 93. Ocena doboru tematów szkoleń wewnętrznych przez lekarzy

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)
Bardzo nisko	11	5,5
Nisko	15	7,5
Przeciętnie	91	45,5
Wysoko	75	37,5
Bardzo wysoko	8	4,0
Suma	200	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 21 szpitalach

Tabela 94. Ocena doboru tematów szkoleń wewnętrznych przez pielęgniarki

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)
Bardzo nisko	8	1,4
Nisko	18	3,1
Przeciętnie	261	44,8
Wysoko	264	45,2
Bardzo wysoko	32	5,5
Suma	583	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 21 szpitalach

Podsumowaniem rozważań, w których analizowana jest skuteczność doskonalenia kompetencji personelu medycznego, są dane z tabel 95 i 96. Wynika z nich, że lekarze średnio oceniają wiedzę oraz umiejętności przekazane w trakcie szkoleń wewnętrznych. Aż 44,7% przebadanych osób ma pejoratywny stosunek do tego typu doskonalenia zawodowego.

W grupie pielęgniarek dominuje odczucie zadowolenia z wewnętrznej formy szkoleń. Większy odsetek wśród pielęgniarek aniżeli w grupie lekarzy jest pozytywnie nastawiony do szkoleń wewnętrznych. Grupę zadowolonych osób stanowi 77,8%. Stąd wniosek, że tematy szkoleń mogą być dopasowane do potrzeb zawodowych pielęgniarek. Inną alternatywą jest miejsce realizacji szkoleń wewnętrznych. Odbywają się one na terenie szpitala i bardzo często w godzinach od 9.00 do 15.00.

Tabela 95. Poziom zadowolenia lekarzy ze szkoleń wewnętrznych

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)
Tak	115	55,3
Nie	93	44,7
Suma	208	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 21 szpitalach

Tabela 96. Poziom zadowolenia pielęgniarek ze szkoleń wewnętrznych

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)
Tak	465	77,8
Nie	133	22,2
Suma	598	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 21 szpitalach

W odróżnieniu od szkoleń wewnętrznych, opisanych w tabelach 95 i 96, poziom uczestnictwa w szkoleniach zewnętrznych pokazuje, że w tego typu formach biorą udział tylko ci pracownicy, którzy chcą w nich uczestniczyć. W przypadku lekarzy 54,6% przedstawicieli tej grupy zawodowej nie uczestniczy w szkoleniach zawodowych i okołozawodowych.

Dla 70,5% przebadanych pielęgniarek poziom szkoleń jest satysfakcjonujący, są zainteresowane realizowaną na nich tematyką. Są to podstawowe powody, które determinują ich uczestnictwo w szkoleniach zewnętrznych. Mniejszy odsetek uczestników szkoleń zewnętrznych w stosunku do wewnętrznych wynika z faktu, że pracownicy w celu uczestnictwa w szkoleniu zewnętrznym muszą poświęcić więcej czasu w związku z przemieszczeniem się do miejsca realizowania szkolenia. Czas ten można alternatywnie wykorzystać na odpoczynek czy relaks. Sami pracodawcy nie są również zainteresowani podnoszeniem kompetencji pracowników w tej formie ze względu na zmniejszoną czasowo efektywność zatrudnienia.

To, że ponad połowa (61% wskazań) lekarzy uczestniczących w szkoleniach potwierdza ich satysfakcjonujący zakres tematyczny, wynika z faktu, że sami wybierają szkolenia, które ich interesują. Dlatego tak dużo przebadanych osób z tej grupy zawodowej wyżej ocenia szkolenia zewnętrzne aniżeli szkolenia wewnętrzne.

Tabela 97. Poziom uczestnictwa lekarzy w szkoleniach typu zewnętrznego

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)
Tak	115	45,4
Nie	138	54,6
Suma	253	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 21 szpitalach

Tabela 98. Poziom uczestnictwa pielęgniarek w szkoleniach typu zewnętrznego

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)
Tak	445	70,5
Nie	186	29,5
Suma	631	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 21 szpitalach

Tabela 99. Ocena doboru tematów szkoleń zewnętrznych przez lekarzy

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)
Bardzo nisko	2	1,9
Nisko	2	1,9
Przeciętnie	37	35,2
Wysoko	52	49,6
Bardzo wysoko	12	11,4
Suma	105	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 21 szpitalach

Analiza oceny trafności tematyki szkoleń przez przedstawicielki pielęgniarek wskazuje, że w podobny sposób oceniają one szkolenia zewnętrzne, jak wcześniej wewnętrzne. Na podstawie danych z tabeli 100 oraz bezpośrednich rozmów z przedstawicielami tej grupy zawodowej badacz stwierdza, że pielęgniarki zazwyczaj uczestniczą w szkoleniach dotyczących administrowania oraz zarządzania procesami operacyjnymi.

Tabela 100. Ocena doboru tematów szkoleń zewnętrznych do potrzeb przez pielęgniarki

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)
Bardzo nisko	3	0,7
Nisko	16	3,8
Przeciętnie	145	34,0
Wysoko	234	54,9
Bardzo wysoko	28	6,6
Suma	426	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 21 szpitalach

Wcześniejsze wnioski wynikające z analizy danych zawartych w tabeli 100 zostały potwierdzone danymi ujętymi w tabeli 101. Przedstawiciele grupy lekarskiej wysoko oceniają szkolenia zewnętrzne i są nimi usatysfakcjonowani. Wynika to z faktu, że szkolenia odpowiadają im nie tylko ze względu na tematykę, lecz również ważne jest, że prowadzą je osoby będące ekspertami w swojej specjalności i przekazują wiedzę oraz umiejętności praktyczne.

Tabela 101. Poziom zadowolenia lekarzy ze szkoleń zewnętrznych

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)
Tak	90	78,3
Nie	25	21,7
Suma	115	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 21 szpitalach

Biorąc pod uwagę współczynnik uczestnictwa pielęgniarek w szkoleniach zewnętrznych, wynoszący 70,5% (tabela 98), stwierdzono, że bardzo duża część pielęgniarek jest zadowolona z tej formy szkoleń. Poziom zadowolenia jest podobny jak w przypadku oceny przydatności szkoleń wewnętrznych.

Tabela 102. Poziom zadowolenia pielęgniarek ze szkoleń zewnętrznych

Odpowiedź	Ilościowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)
Tak	375	84,3
Nie	70	15,7
Suma	445	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 21 szpitalach

Analizując dane empiryczne dotyczące umiejętności interpersonalnych, badacz doszedł do wniosku, że personel medyczny jest umotywowany do doskonalenia kompetencji. Jednak jest to grupa, której działania ukierunkowane są na wiedzę i umiejętności zawodowe. Właśnie w tym zakresie pracownicy chcą modyfikować swoje kompetencje.

Spośród cech interpersonalnych zaproponowanych przez badacza wyłania się grupa umiejętności, która jest istotna zarówno na stanowiskach operacyjnych (lekarskich i pielęgniarskich), jak i kierowniczych. Personel medyczny będzie zainteresowany doskonaleniem tych cech, które wykorzysta w praktyce zawodowej. Są to: odpowiedzialność, odporność na stres, systematyczność, dokładność, chęć ciągłego uczenia się, komunikatywność, empatia, otwartość, kreatywność oraz wytrwałość.

Inaczej kształtuje się chęć podnoszenia umiejętności w przypadku asertywności, optymizmu oraz dyspozycyjności. Są to cechy, które personel medyczny ma słabo rozwinięte i tak naprawdę nie chce ich modyfikować. Z kolei badani uznali te cechy za jedne z istotniejszych w profilu umiejętności, którymi wyróżniają się menedżerowie opieki zdrowia. Lekarze i pielęgniarki najgorzej oceniają zdolności przywódcze, brak tej cechy znacznie zmniejsza szanse sukcesu przedstawicieli personelu medycznego na stanowiskach kierowniczych.

5.5. Stan relacji i procesu komunikowania się w ocenie personelu medycznego

Uzupełnieniem wcześniejszych rozważań dotyczących umiejętności interpersonalnych jest część zawierająca uszczegółowienie istotnego dla prawidłowego funkcjonowania organizacji czynnika, jakim jest komunikowanie się na poziomie grup zawodowych czy też na płaszczyźnie międzypracowniczej.

Nawiązanie relacji między podmiotami ma źródło w podejściu relacyjnym, które obejmuje wszystkie relacje nawiązywane między podmiotami w wymiarze treści, jakości i struktury²²⁴.

W pierwszej części badacz podjął się zdiagnozowania relacji między grupami pracowniczymi przy uwzględnieniu kilka założeń. Dane empiryczne zostały zapożyczone z wcześniejszych badań autora, które zostały przeprowadzone w 21 szpitalach zlokalizowanych w dziewięciu województwach²²⁵.

Uwzględniając w analizie danych empirycznych kryterium organizacyjne dotyczące oceny kontaktów międzyludzkich, można zauważyć, że najlepsze relacje odnotowano w przypadku grupy pielęgniarek, następnie lekarzy.

Dodatkowo zwraca uwagę fakt, że lepsze są relacje między pracownikami w szpitalach jednospecjalistycznych aniżeli w jednostkach wielospecjalistycznych. Wynika to z mniejszych podziałów oraz większej jednolitości grup zawodowych. W szpitalach jednospecjalistycznych (w większości są to jednostki niepubliczne) zatrudnieni są lekarze, pielęgniarki i ze względów finansowych niewielkie grupy pracowników administracyjnych oraz technicznych.

Przedstawiciele grupy lekarskiej wskazali na pielęgniarki jako zbiorowość pracowniczą, z którą mają bardzo dobre relacje. Wynika to z przypisania obu grup do tzw. białego personelu, co stanowi nobilitację szczególnie dla pielęgniarek. Przedstawiciele tych grup zawodowych intensyfikują również kontakty między sobą w procesach pracy, z których z kolei wyeliminowani są pracownicy techniczni i administracyjni. Stąd lekarze mają najgorsze relacje z przedstawicielami grupy

²²⁴ R. Srivastava, *The healthcare professional's guide to clinical cultural competence*, Mosby Elsevier Canada, Toronto 2007, s. 38.

²²⁵ J. Stępniewski, *Umiejętności relacyjne i komunikacyjne personelu medycznego w kontekście zarządzania*, [w:] *Postawy personelu medycznego wobec zarządzania szpitalem*, red. Z. Nećki, M. Kęsy, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2013, s. 204–209.

pracowników technicznych. Pielęgniarki, tak jak lekarze, mają bardzo dobre relacje z innymi przedstawicielami zaliczanymi do „białego personelu”. Natomiast pracownicy administracyjni mają relacje na podobnym poziomie ze wszystkimi grupami zawodowymi zarówno w jedno-, jak i wielospecjalistycznych szpitalach.

Na podstawie przytoczonych informacji można stwierdzić, że w mniejszych jednostkach organizacyjnych pracownicy w nich zatrudnieni mają lepsze relacje między sobą na poziomie międzygrupowym. Sytuacja ta może wynikać z zatarcia podziałów na grupy zawodowe oraz małych zespołów pracowniczych. Dzięki temu pracownicy postrzegają siebie nie przez pryzmat stereotypów zawodowych, lecz poprzez indywidualne, bezpośrednie kontakty interpersonalne.

Tabela 103. Ocena własnych relacji zawodowych z przedstawicielami grup zawodowych według kryterium organizacyjnego

Forma organizacyjna	Bardzo złe	(%)	Złe	(%)	Neutralne	(%)	Dobre	(%)	Bardzo dobre	(%)
z lekarzami										
Jednospecjalistyczne	1	0,5	7	3,8	50	27,0	109	59,0	18	9,7
Wielospecjalistyczne	7	0,9	36	4,8	289	38,9	366	49,2	46	6,2
Razem	8	0,9	43	4,6	339	36,5	475	51,1	64	6,9
z pielęgniarkami										
Jednospecjalistyczne	2	1,0	7	3,8	18	9,8	112	60,5	46	24,9
Wielospecjalistyczne	5	0,7	11	1,5	188	25,2	432	58,1	108	14,5
Razem	7	0,8	18	2,0	206	22,2	544	58,5	154	16,5
z personelem administracyjnym										
Jednospecjalistyczne	1	0,5	7	3,8	68	36,7	90	48,7	19	10,3
Wielospecjalistyczne	6	0,8	22	3,0	355	47,7	320	43,0	41	5,5
Razem	7	0,8	29	3,1	423	45,5	410	44,1	60	6,5
z personelem technicznym										
Jednospecjalistyczne	1	0,5	8	4,3	77	41,6	84	45,5	15	8,1
Wielospecjalistyczne	12	1,6	32	4,3	378	50,9	292	39,2	30	4,0
Razem	13	1,4	40	4,3	455	49,0	376	40,5	45	4,8

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań pierwotnych

Tabela 104. Ocena własnych relacji zawodowych z przedstawicielami grup zawodowych według kryterium wielkości organizacji

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Wielkość organizacji	Bardzo złe	(%)	Złe	(%)	Neutralne	(%)	Dobre	(%)	Bardzo dobre	(%)
z lekarzami										
Duże	6	0,8	32	4,7	254	37,4	352	51,8	36	5,3
Średnie	2	1,3	9	6,0	52	34,7	65	43,3	22	14,7
Małe	0	0,0	2	2,0	33	33,3	58	58,6	6	6,1
Razem	8	0,9	43	4,6	339	36,5	475	51,1	64	6,9
z pielęgniarkami										
Duże	6	0,9	12	1,8	171	25,1	394	57,9	97	14,3
Średnie	0	0,0	5	3,3	24	16,0	89	59,3	32	21,3
Małe	1	1,0	1	1,0	11	11,1	61	61,6	25	25,3
Razem	7	0,8	18	2,0	206	22,2	544	58,5	154	16,5
z personelem administracyjnym										
Duże	6	0,9	17	2,5	307	45,1	310	45,6	40	5,9
Średnie	1	0,7	10	6,7	72	48,0	55	36,7	12	8,0
Małe	0	0,0	2	2,0	44	44,4	45	45,5	8	8,1
Razem	7	0,8	29	3,1	423	45,5	410	44,1	60	6,5
z personelem technicznym										
Duże	10	1,5	28	4,1	344	50,6	273	40,1	25	3,7
Średnie	2	1,3	8	5,3	63	42,0	65	43,4	12	8,0
Małe	1	1,0	4	4,0	48	48,5	38	38,4	8	8,1
Razem	13	1,4	40	4,3	455	49,0	376	40,5	45	4,8

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań pierwotnych

Kontakty międzygrupowe pracowników szpitali z uwzględnieniem kryterium właścicielskiego przeanalizowano w tabeli 105. Na podstawie tych danych można stwierdzić, że w jednostkach niepublicznych relacje zawodowe są na wyższym poziomie aniżeli w szpitalach publicznych. Jest to konsekwencja istniejących podziałów, funkcjonujących stereotypów zawodowych, przypisania etykiet, poprzez które postrzegane są osoby, obowiązków innej grupy oraz rozdzielności wykonywanych obowiązków zawodowych w dużych szpitalach. W konsekwencji bardzo wysoko notowane są relacje między grupami pracowniczymi w szpitalach niepublicznych, w których najniżej oceniane są relacje z pielęgniarkami. Z kolei wnioski wynikające z danych dotyczących szpitali publicznych nie odbiegają od wcześniejszych wniosków z uwzględnieniem kryterium podziału organizacyjnego.

Tabela 105. Ocena własnych relacji zawodowych z przedstawicielami grup zawodowych według kryterium właścicielskiego

Forma własności	Bardzo złe	(%)	Złe	(%)	Neutralne	(%)	Dobre	(%)	Bardzo dobre	(%)
	z lekarzami									
Publiczne	8	0,9	41	4,7	330	37,7	438	49,9	60	6,8
Niepubliczne	0	0,0	2	3,8	9	17,3	37	71,2	4	7,7
Razem	8	0,9	43	4,6	339	36,5	475	51,1	64	6,9
	z pielęgniarkami									
Publiczne	7	0,8	15	1,7	199	22,7	518	59,1	138	15,7
Niepubliczne	0	0,0	3	5,8	7	13,4	26	50,0	16	30,8
Razem	7	0,8	18	2,0	206	22,2	544	58,5	154	16,5
	z personelem administracyjnym									
Publiczne	7	0,8	29	3,3	407	46,5	381	43,4	53	6,0
Niepubliczne	0	0,0	0	0,0	16	30,8	29	55,7	7	13,5
Razem	7	0,8	29	3,1	423	45,5	410	44,1	60	6,5
	z personelem technicznym									
Publiczne	13	1,5	38	4,3	442	50,4	345	39,3	39	4,4
Niepubliczne	0	0,0	2	3,8	13	25,0	31	59,7	6	11,5
Razem	13	1,4	40	4,3	455	49,0	376	40,5	45	4,8

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań pierwotnych

Kryterium geograficzne przyjęte przy podziale szpitali pozwala określić cechę globalną. Można ją przyjąć jako zjawisko powszechne, występujące na całym terytorium kraju. Na podstawie danych przedstawionych w tabeli 106 można założyć, że lekarze i w mniejszym stopniu pielęgniarki są tymi grupami zawodowymi, które mają najlepsze wewnętrzne relacje grupowe. W przypadku grupy lekarskiej jest to zjawisko na podobnym poziomie we wszystkich grupach zawodowych. Natomiast najlepsze relacje z pielęgniarkami mają same pielęgniarki przez co, ze względu na liczebność grupy zawodowej, zawiązują pozytywne relacje między grupami zawodowymi.

Tabela 106. Ocena własnych relacji zawodowych z przedstawicielami grup zawodowych według kryterium geograficznego

Województwo	Bardzo złe	(%)	Złe	(%)	Neutralne	(%)	Dobre	(%)	Bardzo dobre	(%)
	z lekarzami									
Dolnośląskie	1	0,5	8	3,8	70	33,7	117	56,3	12	5,7
Lubelskie	0	0,0	3	2,5	47	39,8	60	50,9	8	6,8
Lubuskie	1	1,4	5	7,2	26	37,7	32	46,5	5	7,2
Małopolskie	1	1,6	2	3,1	13	20,3	39	61,0	9	14,0
Opolskie	0	0,0	0	0,0	6	17,1	27	77,2	2	5,7
Podkarpackie	1	0,8	6	4,8	53	42,7	56	45,2	8	6,5
Śląskie	1	1,0	7	6,7	38	36,5	50	48,1	8	7,7
Wielkopolskie	2	1,4	10	6,8	68	46,3	60	40,8	7	4,8
Zachodniopomorskie	1	2,0	2	4,0	18	36,0	24	48,0	5	10,0
Razem	8	0,9	43	4,6	339	36,5	475	51,1	64	6,9
	z pielęgniarkami									
Dolnośląskie	2	1,0	4	1,9	93	44,7	91	43,7	18	8,7
Lubelskie	0	0,0	0	0,0	24	20,3	75	63,6	19	16,1
Lubuskie	0	0,0	1	1,4	10	14,5	42	60,9	16	23,2
Małopolskie	0	0,0	1	1,6	11	17,2	36	56,2	16	25,0
Opolskie	0	0,0	3	8,6	5	14,3	19	54,3	8	22,8
Podkarpackie	2	1,6	3	2,4	14	11,3	84	67,8	21	16,9
Śląskie	2	1,9	3	2,9	16	15,4	64	61,5	19	18,3
Wielkopolskie	1	0,7	2	1,4	24	16,3	95	64,6	25	17,0
Zachodniopomorskie	0	0,0	1	2,0	9	18,0	28	56,0	12	24,0
Razem	7	0,8	18	2,0	206	22,2	544	58,5	154	16,5
	z personelem administracyjnym									
Dolnośląskie	2	1,0	11	5,3	118	56,7	69	33,2	8	3,8
Lubelskie	1	0,8	4	3,4	59	50,0	47	39,9	7	5,9
Lubuskie	0	0,0	1	1,4	29	42,0	34	49,4	5	7,2
Małopolskie	0	0,0	1	1,6	22	34,4	34	53,0	7	11,0
Opolskie	0	0,0	0	0,0	10	28,6	21	60,0	4	11,4
Podkarpackie	2	1,6	4	3,2	49	39,5	60	48,4	9	7,3
Śląskie	1	1,0	4	3,9	48	46,1	46	44,2	5	4,8
Wielkopolskie	1	0,7	4	2,7	67	45,6	66	44,9	9	6,1
Zachodniopomorskie	0	0,0	0	0,0	21	42,0	23	46,0	6	12,0
Razem	7	0,8	29	3,1	423	45,5	410	44,1	60	6,5

Województwo	Bardzo złe	(%)	Złe	(%)	Neutralne	(%)	Dobre	(%)	Bardzo dobre	(%)
z personelem technicznym										
Dolnośląskie	4	1,9	11	5,3	127	61,1	60	28,8	6	2,9
Lubelskie	2	1,7	6	5,1	44	37,3	62	52,5	4	3,4
Lubuskie	1	1,4	5	7,2	32	46,5	27	39,1	4	5,8
Małopolskie	0	0,0	2	3,1	29	45,3	30	46,9	3	4,7
Opolskie	0	0,0	0	0,0	7	20,0	22	62,9	6	17,1
Podkarpackie	3	2,4	7	5,6	62	50,0	47	38,0	5	4,0
Śląskie	1	1,0	4	3,8	55	52,9	40	38,5	4	3,8
Wielkopolskie	2	1,4	4	2,7	69	46,9	66	44,9	6	4,1
Zachodniopomorskie	0	0,0	1	2,0	20	40,0	22	44,0	7	14,0
Razem	13	1,4	40	4,3	455	49,0	376	40,5	45	4,8

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań pierwotnych

Pracownicy medyczni stanowią skupisko osób, które najwyższy poziom komunikacji osiągają w relacjach intragrupowych – wewnątrz swojej grupy. Kolejny poziom relacji są to kontakty intergrupowe między lekarzami i pielęgniarkami. Niżej znajdują się relacje dotyczące więzi między przedstawicielami wszystkich grup zawodowych w sektorze ochrony zdrowia.

Ze względu na obowiązki na zajmowanych stanowiskach pracy personel pielęgniarski nie podlega bezpośrednio lekarzom, jednak występuje między nimi bardzo ścisła współpraca, wręcz zależność, i wymiana informacji związanych z sytuacją na oddziale czy też leczeniem pacjentów (zalecenia lekarskie, zlecenia badań itp.).

Zjawisko to nazwane jest *hands on management*^{226,227}, w tłumaczeniu na język polski „zarządzanie podręczne”. Polega ono na tym, że pielęgniarki nie podlegają bezpośrednio lekarzom, ale lekarze „rządzą” tymi pielęgniarkami, które mają „pod ręką”, czyli *hands-on*, w zależności od potrzeb związanych z działalnością leczniczą czy ogólnie organizacyjną.

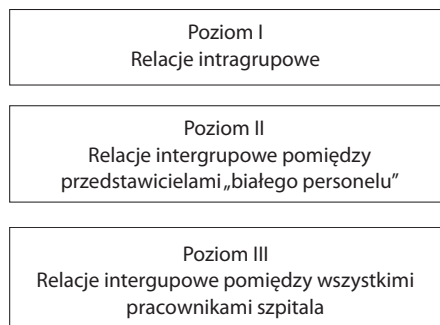
Najwyższy poziom relacji dotyczy kontaktów o charakterze intragrupowym. Może to wynikać z bardzo rozbudowanego poczucia przynależności do grupy każdej z osób. To zjawisko występuje w grupie lekarzy oraz wśród pielęgniarek. Przedstawiciele grup zawodowych ze względu na uzyskany poziom wykształcenia oraz wykonywany zawód posługują się jednolitym, można by rzec, standaryzowanym słownikiem pojęciowym.

²²⁶ Zob. S. Chandler, D. Black, *The Hands-off Manager: How to Mentor People and Allow Them to Be Successful*, Book-mart Press, New York 2007, s. 19–21, 36–40.

²²⁷ Zob. L.J. Mullins, P. Dosser, *Hospitality management and organisational behaviour*, Pearson Education Limited, Harlow 2013, s. 145.

Poziom drugi dotyczy relacji intergrupowych w przypadku zbiorowości zaliczanych do „białego personelu”. Są to osoby, których charakter pracy, ciągła współpraca oraz przypisanie do grupy „białego personelu” nobilituje. Skutkuje to również tym, że ich relacje są dobre, a nawet bardzo dobre.

Poziom trzeci dotyczy pozostałych relacji zachodzących wewnątrz organizacji szpitalnych (bez uwzględnienia relacji z pacjentami). Charakteryzuje je znaczne oddziaływanie stereotypów, konflikty o charakterze emocjonalnym. W odróżnieniu od wcześniejszych poziomów na trzecim relacje mają charakter wybiórczy, czyli pracownicy mogą unikać bądź też redukować kontakty międzyludzkie ze względu na luźne powiązania w procesie operacyjnym.



Rysunek 3. Poziom relacji między pracownikami zatrudnionymi w szpitalach

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

Proces komunikacji indywidualnej jest zjawiskiem, na które oddziałują oprócz niezależnych od rozmówcy czynników zewnętrznych także czynniki powiązane w większym stopniu z indywidualnymi cechami rozmówcy. Szczególnie należy zwrócić uwagę na następujące zakłócenia w procesie komunikacji: błędy semantyczne, językowe bądź też aspekty emocjonalne.

Na podstawie danych empirycznych zgromadzonych w tabeli 107 można stwierdzić, że w jednostkach jednospecjalistycznych przeważa wysoka jakość procesu komunikacyjnego na poziomie kontaktów indywidualnych między pracownikami. Z kolei w szpitalach wielospecjalistycznych ocena jakości jest zazwyczaj niższa niż w jednostkach jednospecjalistycznych. Jest to konsekwencja istniejących podziałów i stereotypów, z czego wynikają błędy i zakłócenia bezpośrednio oddziałujące na poziom relacji interpersonalnych.

Analiza procesu komunikacji w szpitalach uwzględniająca ich wielkość pozwala autorowi stwierdzić, że we wszystkich szpitalach dominuje ocena w zakresie od przeciętnej do dobrej. Jednocześnie można zbudować tezę, że im większa organizacja, tym więcej osób interesuje się podtrzymaniem i ułożeniem co najmniej dobrych oraz średnich relacji z otoczeniem wewnętrznym sektora zdrowia.

Tabela 107. Jakość komunikacji między pracownikami według kryterium organizacyjnego

Forma organizacyjna	Bardzo złe	(%)	Złe	(%)	Neutralne	(%)	Dobre	(%)	Bardzo dobre	(%)
Jednospecjalistyczne	16	6,5	48	19,6	69	28,2	98	40,0	14	5,7
Wielospecjalistyczne	45	4,8	162	17,5	329	35,5	328	35,4	63	6,8
Razem	61	5,2	210	17,9	398	34,0	426	36,3	77	6,6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań pierwotnych

Tabela 108. Jakość komunikacji między pracownikami według kryterium wielkości organizacji

Wielkość organizacji	Bardzo złe	(%)	Złe	(%)	Neutralne	(%)	Dobre	(%)	Bardzo dobre	(%)
Duże	35	4,3	131	16,0	290	35,5	300	36,7	61	7,5
Średnie	15	7,0	44	20,5	68	31,6	78	36,3	10	4,6
Małe	11	7,9	35	25,0	40	28,6	48	34,3	6	4,2
Razem	61	5,2	210	17,9	398	34,0	426	36,3	77	6,6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań pierwotnych

Jakość komunikacji oceniana przez pracowników zarówno szpitali niepublicznych, jak i publicznych potwierdza istnienie zróżnicowanego poziomu w relacjach interpersonalnych w tych typach szpitali. Badani zatrudnieni w placówkach państwowych uważają, że poziom kontaktów jest dobry bądź średni, lecz aż 23,8% respondentów zauważa złe aspekty komunikacji interpersonalnej w swoich placówkach. Z kolei w szpitalach niepublicznych większość kontaktów na poziomie indywidualnym ma pozytywny charakter (61,5% wskazań).

Tabela 109. Jakość komunikacji między pracownikami według kryterium właścicielskiego

Forma własności	Bardzo złe	(%)	Złe	(%)	Neutralne	(%)	Dobre	(%)	Bardzo dobre	(%)
Publiczne	58	5,3	202	18,5	379	34,6	385	35,2	70	6,4
Niepubliczne	3	3,8	8	10,3	19	24,4	41	52,5	7	9,0
Razem	61	5,2	210	17,9	398	34,0	426	36,3	77	6,6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań pierwotnych

Dane przedstawione w tabeli 110 zostały sklasyfikowane zgodnie z kryterium geograficznym. Analizując je, badacz podzielił badane szpitale na dwie grupy zróżnicowane pod względem jakości komunikacji interpersonalnej. Spośród dziewięciu województw, w których funkcjonują przebadane szpitale, z siedmiu badani stwierdzili, że dominuje w nich dobry, jak również przeciętny poziom kontaktów międzyludzkich. W województwie śląskim relacje przyjmują odwrotny charakter – przeciętny poziom komunikacji przeważa nad dobrą stroną tego procesu. Z kolei w województwie dolnośląskim wyniki są spłaszczone i przypominają przebiegiem krzywą Gaussa, czyli najbardziej reprezentatywną grupą są osoby wskazujące przeciętny poziom relacji interpersonalnych.

Tabela 110. Jakość komunikacji między pracownikami według kryterium geograficznego

Województwo	Bardzo złe	(%)	Złe	(%)	Neutralne	(%)	Dobre	(%)	Bardzo dobre	(%)
Dolnośląskie	27	10,8	68	27,1	70	27,9	66	26,2	20	8,0
Lubelskie	0	0,0	25	16,2	55	35,7	62	40,3	12	7,8
Lubuskie	10	9,5	16	15,2	34	32,4	37	35,3	8	7,6
Małopolskie	1	1,3	15	19,7	25	32,9	30	39,5	5	6,6
Opolskie	3	7,1	4	9,5	10	23,8	20	47,7	5	11,9
Podkarpackie	2	1,2	20	12,3	59	36,5	69	42,6	12	7,4
Śląskie	9	6,5	23	16,7	60	43,5	44	31,9	2	1,4
Wielkopolskie	5	2,7	29	15,8	67	36,6	73	40,0	9	4,9
Zachodniopomorskie	4	6,6	10	16,4	18	29,5	25	41,0	4	6,5
Razem	61	5,2	210	17,9	398	34,0	426	36,3	77	6,6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań pierwotnych

Poziom komunikacji między pracownikami w szpitalach jest zróżnicowany w przypadku analizy jednostek niepublicznych i publicznych, z korzyścią dla tej pierwszej grupy. Co ciekawe, w większych organizacjach pracownicy stwierdzają, że mają lepsze relacje z innymi pracownikami, ale po szczegółowej analizie wyłania się odmienny obraz. Największy odsetek pozytywnych relacji w dużych i średnich szpitalach stanowią kontakty wewnątrz grup zawodowych, w szczególności wpływa na ten wynik relacji wewnątrz grupy pielęgniarek.

Z badań empirycznych przeprowadzonych przez R. Krupskiego, dotyczących oryginalności zasobów i ich znaczenia w wykorzystaniu okazji, wynika, że zasoby relacyjne są najważniejsze w kontekście strategicznym przedsiębiorstwa²²⁸.

²²⁸ Zob. R. Krupski, *Elastyczność zasobów organizacji*, [w:] *Elastyczność organizacji*, red. R. Krupski, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2008, s. 87–93.

Wszelkie formy współpracy są wynikiem wcześniejszych nieformalnych kontaktów między członkami albo są punktem wyjścia do zacieśniania się stosunków i przełamywania anonimowości między członkami. Nieformalne relacje często idą w parze z relacjami formalnymi²²⁹. Z pewnością gorsze relacje pracownicze wpłyną niekorzystnie na zoptymalizowanie funkcjonowania szpitali.

W piątym rozdziale autor dokonał oceny rzeczywistych i postulowanych umiejętności interpersonalnych niezbędnych na stanowisku kierowniczym. W kolejnych dwóch rozdziałach zestawiono dane przedstawiające rzeczywistą oraz oczekiwaną wiedzę i umiejętności czynnej kadry zarządzającej szpitalami.

²²⁹ R. Krupski, U. Bąkowska-Morawska, E. Piwoni-Krzeszowska, *Elastyczność zasobów relacyjnych*, [w:] *Elastyczność organizacji*, red. R. Krupski, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2008, s. 152.

ROZDZIAŁ 6

Ocena wiedzy menedżerskiej zarządzających szpitalami

6.1. Wiedza z zakresu zarządzania pracownikami piastującymi funkcje kierownicze

Każdego pracownika można opisać za pośrednictwem posiadanych przez niego kompetencji, które są w dużej części powiązane bądź wynikające z wypełnianej roli, sprawowanej funkcji, zajmowanego stanowiska pracy. Analizując grupy pracownicze w szpitalu, można ogólnie wyróżnić zawody zaliczane do grupy technicznej, administracyjnej, medycznej oraz zarządzającej. Wewnątrz tych grup występują również różnice w przypisanych kompetencjach zależnych od wypełnianych obowiązków czy też specjalizacji zawodowych, szczególnie w przypadku zawodów medycznych.

U osób zaliczanych do grupy zarządzającej autor wyróżnia kompetencje²³⁰, które można podzielić ze względu na szczebel zarządzania na najniższe (operacyjny), średnie i najwyższe²³¹. W przypadku szpitali autor prowadził rozważania dwutorowo, zarówno na temat lekarzy, jak i pielęgniarek. Zgodnie z tym założeniem do pierwszej grupy zaliczył następujące stanowiska pracy: kierownicy komórek, np. pracowni, laboratoriów lub osoby wykonujące pracę w ramach samodzielnego stanowiska pracy. Do kierowników średniego szczebla zaliczono ordynatorów lub kierowników oddziałów oraz pielęgniarki oddziałowe. Szczebel *top management* stanowią osoby pełniące funkcję dyrektora, zastępcy dyrektora oraz pielęgniarki naczelnej.

Ze względu na charakter wykonywanej pracy związany z zajmowanym stanowiskiem autor przyjął, że badaniu zostaną poddani kierownicy ze szczebla średniego i wyższego. Kompetencje tej grupy kierowniczej najlepiej będą odzwierciedlać potrzeby profesjonalnego menedżera posiadającego wiedzę (pojęcie nietożsame z kwalifikacjami) oraz umiejętności.

²³⁰ M. Kęsy, *Relacje i komunikacja w świecie medycznym*, s. 23.

²³¹ Zob. T. Oleksyn, *Zarządzanie kompetencjami...*, s. 165–172.

Rozważania ukierunkowane zostały na poprawę rzeczywistych kompetencji u osób, których podstawowym zajęciem jest praca o charakterze medycznym. Chodzi o to, aby lekarze i pielęgniarki wypracowali dodatkowe cechy przydatne na stanowiskach kierowniczych, które mogą potencjalnie zajmować, np.: kierownika komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, ordynatora, przełożonej pielęgniarek, oddziałowej czy też naczelnej.

Autor, podobnie jak twórcy krajowych ram kwalifikacyjnych dla szkolnictwa wyższego, uznał, że najważniejszymi składowymi są: wiedza, umiejętności oraz kompetencje społeczne. Dwie ostatnie zostały połączone w jedną grupę określoną jako umiejętności interpersonalne. W sumie analizie poddano wiedzę menedżerską oraz umiejętności interpersonalne.

Autor rozpoczął analizę wiedzy menedżerskiej od przytoczenia skumulowanych ocen każdego działu wiedzy. Menedżerowie opieki zdrowia dokonali samooceny wiedzy w tych samych zakresach co lekarze i pielęgniarki. Wyniki zawarto w tabeli 111.

Pierwsza kolumna zawiera nazwy zakresów wiedzy menedżerskiej, w drugiej znajdują się opisy skrótów grup wiedzy. Trzecia kolumna zawiera zsumowane oceny wszystkich przebadanych menedżerów opieki zdrowia, których obliczenia dokonano za pomocą wzoru zaprezentowanego na 95 stronie niniejszej książki.

W czwartej kolumnie zamieszczono średnią ocenę zakresu wiedzy. Dokonano oceny i określono ważność oraz kolejność zagadnień wiedzy menedżerskiej.

Kolejność działów wiedzy wskazuje na dysonans wiedzy posiadanej przez menedżerów z rzeczywistą wiedzą personelu medycznego. 18 zakresów wiedzy zostało wysoko ocenionych przez menedżerów, taki sam poziom u lekarzy osiągnął jeden dział wiedzy (komunikacja z pacjentem). W przypadku pielęgniarek wszystkie średnie ocen wiedzy były poniżej wartości 4.

Działy wiedzy, ocenione przez menedżerów, można podzielić na pięć grup. Pierwszą stanowi jedno zagadnienie, któremu nadano najwyższy priorytet. Duża grupa badanych menedżerów oceniła wiedzę z systemu wynagradzania na 5. Do drugiej grupy zaliczamy cechy oszacowane przez badanych bardzo wysoko, w zakresie od 4,30 do 4,45. Zalicza się do nich cztery działy wiedzy, w tym dwa z grupy psychologii zarządzania. Kolejną, najliczniejszą grupę stanowi 13 zagadnień wiedzy, których ocena mieści się w przedziale od 4,00 do 4,15. Dziewięć zakresów wiedzy uzyskało ponadprzeciętną ocenę. Menedżerowie uznali, że opanowali tę wiedzę w sposób wystarczający do wypełniania roli kierowniczej. Najniższą ocenę, ale wciąż o charakterze ponadprzeciętnej, mają dwa zakresy. Interesujący jest fakt, że badani najniżej ocenili wiedzę z bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych²³².

²³² Ustawa o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 roku (Dz.U. 1997 Nr 133, poz. 883 z późn. zmianami).

Tabela 111. Własna ocena wiedzy menedżerskiej przez menedżerów opieki zdrowia

Odpowiedź	Numer grupy zakresu	Suma	Średnia
System wynagradzania	ZF	95	4,75
Zarządzanie pracownikiem	PZ	89	4,45
Jakość leczenia	MiJ	88	4,40
Umiejętność negocjacji	PZ	87	4,35
Awanse i zwolnienia	ZK	86	4,30
Wizerunek zewnętrzny szpitala	MiJ	83	4,15
Proces świadczenia usług, w tym dostępność usług, czas oczekiwania na usługę	MiJ	83	4,15
Zarządzanie czasem oczekiwania na świadczenie zdrowotne	MiJ	83	4,15
Budżetowanie	ZF	83	4,15
Kontrola przychodów i kosztów	ZF	82	4,10
Rozliczenia z NFZ	ZF	82	4,10
Umiejętność wprowadzania zmiany w organizacji	ZZ	81	4,05
Rekrutacja	ZK	81	4,05
Kreowanie szkoleń	ZK	80	4,00
Umiejętność radzenia sobie ze stresem i w trudnych sytuacjach	ZZ	80	4,00
Komunikacja ze współpracownikami	PZ	80	4,00
Kształtowanie relacji wewnętrznych w szpitalu (poziomych i pionowych)	PZ	80	4,00
Nadzór nad mieniem powierzonym (np. sprzętem medycznym)	NnM	80	4,00
Umiejętność rozwiązywania konfliktów	PZ	79	3,95
Planowanie inwestycji infrastrukturalnych (w sprzęt lub nieruchomości)	NnM	78	3,90
Ocena pracowników	ZK	78	3,90
Komunikacja z pacjentami	PZ	78	3,90
Znajomość procedur obiegu dokumentów	ZI	77	3,85
Znajomość zmian prawnych dotyczących sektora zdrowia	ZZ	77	3,85
Komunikacja z przełożonymi lub podwładnymi	PZ	77	3,85
Umiejętność obsługi informatycznych programów wewnętrznych	ZI	77	3,85
Motywowanie pracowników	ZK	75	3,75
Znajomość zasad mentoringu i <i>coachingu</i> (partnerska relacja między mistrzem a uczniem, wspieranie podwładnych w osiągnięciu sukcesu)	ZZ	68	3,40
Bezpieczeństwo przetwarzania danych osobowych	ZI	61	3,05

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

Tabela 112. Poziom wiedzy menedżerskiej menedżerów opieki zdrowia

Grupa wiedzy	Suma	Liczba działań w grupie wiedzy	Średnia na cechę
Zarządzanie finansami	342	4	4,28
Marketing i jakość	337	4	4,21
Psychologia zarządzania	570	7	4,07
Zarządzanie kadrami	400	5	4,00
Nadzór nad infrastrukturą	158	2	3,95
Zarządzanie zmianą	306	4	3,83
Zarządzanie informacją	215	3	3,58
Średni wynik na dział wiedzy			4,01

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

W ocenie wiedzy menedżerskiej na poziomie grup zwraca uwagę zróżnicowanie poziomu między siedmioma obszarami. Z analizowanych danych wynika, że menedżerowie bardzo wysoko oraz wysoko opiniują cechy w ramach zarządzania finansami oraz marketingu i jakości. Cała wiedza mieszcząca się w ramach tych grup uznawana jest przez menedżerów opieki zdrowia za ważną i istotną.

Składowe wiedzy zakwalifikowane do psychologii zarządzania, zarządzania kadrami oraz nadzoru nad infrastrukturą mają zróżnicowane oceny od ponadprzeciętnych do bardzo wysokich. Świadczy to o różnym znaczeniu działań wiedzy w zarządzaniu szpitalami. Badane osoby mają doświadczenie na stanowiskach funkcyjnych, wskutek tego autor przyjął, że poziom wiedzy menedżerów odpowiada potrzebom na stanowiskach kierowniczych, a nie indywidualnym zainteresowaniom bądź preferencjom badanych osób.

Tabela 113. Własna ocena wiedzy z zakresu zarządzania finansami przez menedżerów opieki zdrowia

Odpowiedź	Liczbowa struktura odpowiedzi	Średnia ocena	Struktura odpowiedzi (%)
System wynagradzania	95	4,75	27,8
Budżetowanie	83	4,15	24,2
Rozliczenia z NFZ	82	4,10	24,0
Kontrola przychodów i kosztów	82	4,10	24,0
Średni wynik na dział wiedzy		4,28	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

Ostatnie dwie grupy wiedzy (zarządzanie zmianą i zarządzanie informacją) składają się z działów, które menedżerowie określają jako zagadnienia rozwinięte na poziomie ponadprzeciętnym, a nawet wysokim. Jednakże w każdej z grup średnią złożoną obniża jeden składnik wiedzy, który badani ocenili nisko w porównaniu z innymi.

W tabeli 113 zamieszczono ocenę menedżerów dotyczącą działów wiedzy wchodzących w skład grupy teorii zarządzania finansami. Analizując szczegółowy opis, badani najwyżej ocenili wiedzę z systemów wynagradzania (4,75 – najwyższa ocena spośród wszystkich recenzowanych zakresów wiedzy). Pozostałe trzy zagadnienia ocenione zostały na podobnym poziomie.

Tabela 114. Własna ocena wiedzy z zakresu zarządzania finansami z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowia

Odpowiedź	System wynagradzania (%)	Budżetowanie (%)	Rozliczenia z NFZ (%)	Kontrola przychodów i kosztów (%)
Wcale	0,0	0,0	5,0	0,0
W niewielkim stopniu	0,0	5,0	0,0	5,0
Częściowo	10,0	5,0	5,0	15,0
W znacznym stopniu	5,0	60,0	60,0	45,0
W pełni	85,0	30,0	30,0	35,0
Suma	N = 20	N = 20	N = 20	N = 20

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

Tabela 115. Własna ocena wiedzy z zakresu marketingu i jakości przez menedżerów opieki zdrowia

Odpowiedź	Liczbowa struktura odpowiedzi	Średnia ocena	Struktura odpowiedzi (%)
Jakość leczenia	88	4,40	26,2
Wizerunek zewnętrzny szpitala	83	4,15	24,6
Proces świadczenia usług, w tym dostępność usług, czas oczekiwania na usługę	83	4,15	24,6
Zarządzanie czasem oczekiwania na świadczenie zdrowotne	83	4,15	24,6
Średni wynik na dział wiedzy		4,21	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

Wyniki zawarte w tabeli 114 stanowią kontynuację rozważań dotyczących zarządzania finansami. Zawarte w tabeli dane pokazują odsetek odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia. Na tej podstawie autor stwierdził, że 85% badanych oceniło wiedzę z systemu wynagradzania na bardzo wysokim poziomie. W przypadku budżetowania oraz rozliczania z NFZ odsetek odpowiedzi jest taki sam, 60% badanych osób oceniło tę wiedzę wysoko. Jedynie w przypadku kontroli przychodów i kosztów badani mają zróżnicowane oceny co do ich wiedzy z tego zakresu, od przeciętnego do bardzo wysokiego poziomu.

Marketing i jakość stanowią składową wiedzy menedżerskiej, która jest bardzo wysoko oceniana przez menedżerów opieki zdrowia. W ramach zagadnienia realizuje się zadania związane z inicjowaniem, koordynowaniem, kontrolowaniem i wspieraniem przedsięwzięć związanych z podnoszeniem jakości świadczonych usług medycznych, przy równoczesnym utrzymaniu aktualnych certyfikatów jakości, prowadzeniu działań marketingowych wewnątrz jednostki, jak i w jej otoczeniu oraz *public relations* ukierunkowanych na społeczeństwo, wzmocnione o odpowiedzialność za opracowanie i wdrażanie działań budujących pozytywny wizerunek szpitala oraz kulturę organizacyjną. Pozostałe zadania dotyczą opracowywania lub współpracy przy wielokierunkowej strategii rozwoju szpitala, organizacji konkursów na zewnętrzne usługi medyczne czy też odpowiedzialności za sprzedaż komercyjną usług medycznych oraz przygotowywania ofert, kalkulacji cenowych i rynkowych, a także tworzenia umów itp.²³³. Jest to wiedza przydatna na stanowiskach pracowniczych oraz kierowniczych na niskim szczeblu zarządzania. Zagadnienie dotyczy procesu diagnozowania oraz leczenia pacjentów składającego się z relacji lekarzy i pielęgniarek z pacjentami, jakości świadczeń medycznych, zarządzania kolejkami (szczególnie w przychodniach u lekarzy rodzinnych), jak również dostępności usług podstawowych oraz specjalistycznych badań.

Najwyższą ocenę u badanych osób uzyskał dział wiedzy dotyczący procedur oraz zasad wynikających z realizacji procesu leczenia. Menedżerowie ocenili swoją wiedzę z pozostałych zagadnień na tym samym, wysokim poziomie (średnia na grupę 4,15).

Dane zawarte w tabeli 116 dają autorowi podstawę do stwierdzenia, że przebadane osoby oceniają wszystkie działy wiedzy z zakresu marketingu i jakości co najmniej ponadprzeciętnie. Wiedza dyrektorów szpitali dotycząca marketingu i jakości tym różni się od wiedzy personelu medycznego, że nie jest skupiona na planowaniu i organizowaniu działań, lecz bardziej na motywowaniu oraz kontrolowaniu procesu leczenia.

Na cele organizacji dotyczące ciągłego doskonalenia, w tym udoskonalenia pracy personelu, może wpływać wiele czynników wewnętrznych i zewnętrznych. Należą do nich zmiany na rynku, zmiany technologii, innowacje oraz wymagania klientów i innych stron zainteresowanych. Zmiany takie mogą wymagać od organizacji analizowania potrzeb związanych z kompetencjami. Normy ISO 10014: 2006 oraz ISO 10015: 1999 kładą nacisk na wiedzę wymaganą od menedżerów opieki zdrowia oraz wpływ szkoleń na ciągle doskonalenie kompetencji organizacyjnych poprzez doskonalenie indywidualnych kompetencji.

²³³ Działania określone przez dokumenty wewnętrzne szpitali, w ramach opisanego stanowiska pracy w regulaminie organizacyjnym bądź realizowanych zadań w zakresie misji w statucie szpitala.

Tabela 116. Własna ocena wiedzy z zakresu marketingu i jakości z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowia

Odpowiedź	Jakość leczenia (%)	Wizerunek zewnętrzny szpitala (%)	Proces świadczenia usług... (%)	Zarządzanie czasem oczekiwania... (%)
Wcale	0,0	0,0	0,0	5,0
W niewielkim stopniu	0,0	0,0	0,0	0,0
Częściowo	15,0	5,0	10,0	10,0
W znacznym stopniu	30,0	75,0	65,0	45,0
W pełni	55,0	20,0	25,0	40,0
Suma	N = 20	N = 20	N = 20	N = 20

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

W normach ISO 10014 wyróżniono najistotniejsze działy wiedzy menedżerskiej, które kadra powinna opanować, aby organizacja osiągnęła sukces. Do priorytetowych dziedzin wiedzy menedżera medycznego autor zaliczył:

- wiedzę ukierunkowaną na potrzeby pacjentów;
- wiedzę dotyczącą potrzeb pracowników podmiotów leczniczych;
- wiedzę dotyczącą potrzeb dostawców sprzętu medycznego oraz farmaceutyków;
- wiedzę dotyczącą potrzeb społeczeństwa w zakresie potrzeb zdrowia, profilaktyki, uwarunkowań społecznych, demograficznych i ekonomicznych zachorowań;
- wiedzę odnośnie do wizji, misji oraz strategii jako istotnych informacji dla trwałości i rozwoju organizacji;
- wiedzę dotyczącą konieczności ustalenia ambitnych, realnych i zrozumiałych celów, możliwych do realizacji w istniejących uwarunkowaniach funkcjonowania;
- wiedzę dotyczącą jakości środowiska pracy koniecznego do osiągnięcia założonych celów, jego uwarunkowań i determinantów związanych ze specyfiką wykonywania zawodu lekarza, pielęgniarki, pomocniczego personelu medycznego²³⁴.

W normie 10015 zawarto założenia dotyczące formy i charakteru szkoleń, które przed wdrożeniem wymagają identyfikacji kompetencji koniecznych do realizacji celów organizacji oraz wskazania dziedzin, w których wystąpić mogą tzw. luki kompetencyjne. Norma zakłada, iż proces szkolenia, który może wykorzystywać różne metody, składa się z czterech podstawowych etapów: identyfikacji potrzeb

²³⁴ *Quality management – Guidelines for realizing financial and economic benefits*, International Standard ISO 10014: 2006.

szkoleniowych, zaplanowania szkolenia, przeprowadzenia szkolenia oraz oceny wpływu szkolenia na efektywność organizacji²³⁵.

Celem jest pomoc organizacji w tym, aby szkolenie było efektywną i skuteczną inwestycją. Wytyczne podane w normie mogą wspomóc organizację w identyfikowaniu i analizowaniu potrzeb szkoleniowych, w projektowaniu, planowaniu i przeprowadzaniu szkolenia, ocenie danych oraz monitorowaniu i doskonaleniu procesu szkolenia, aby osiągnąć zamierzone cele.

Tabela 117. Własna ocena wiedzy z zakresu nadzoru nad infrastrukturą przez menedżerów opieki zdrowia

Odpowiedź	Liczbowa struktura odpowiedzi	Średnia ocena	Struktura odpowiedzi (%)
Nadzór nad mieniem powierzonym (np. sprzętem medycznym)	80	4,00	50,6
Planowanie inwestycji infrastrukturalnych (w sprzęt lub nieruchomości)	78	3,90	49,4
Średni wynik na dział wiedzy		3,95	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

Kolejnym działem wiedzy, który brano pod uwagę przy ocenie wiedzy dyrektorów szpitali, był nadzór nad infrastrukturą. W jego ramach wyróżniono dwa składniki: nadzór nad posiadaniem mieniem oraz planowanie zakupów materiałów rzeczowych. Minimalnie wyższą średnią uzyskał pierwszy z wymienionych zakresów wiedzy.

Uwzględniając poziom ocen wiedzy przebadanych dyrektorów szpitali z zakresu nadzoru nad infrastrukturą, autor stwierdził, że wiedza dotycząca nadzoru nad mieniem została zidentyfikowana na podobnym, wysokim poziomie. Natomiast wiedza badanych osób związana z planowaniem inwestycji infrastrukturalnych ma zróżnicowany poziom, od przeciętnego po bardzo wysoki. Poziom ocen tej wiedzy może wynikać z faktu, że badaniem objęto menedżerów, którzy wykazali się co najmniej 10-letnim stażem pracy na stanowisku kierowniczym. Analiza całkowitego stażu pracy badanych osób wykazuje, że średni staż wynosi 22,25 roku. Z porównania powyższych danych ze średnim czasem piastowania funkcji kierowniczych wynika, że menedżerowie nie byli zatrudnieni tylko na stanowiskach funkcyjnych, ale wcześniej pracowali na stanowiskach medycznych bądź niemedycznych, np. w administracji. Stąd duża wiedza z zakresu nadzoru nad powierzonym mieniem. Ze względu na charakter pracy na stanowisku menedżera wiedza ta jest mniej przydatna. Planowanie inwestycji jest tym działem wiedzy, który został różnorodnie oceniony. Część dyrektorów stwierdziła, że ma przeciętną wiedzę wynikającą z nieuczestniczenia bezpośrednio w procedurze zamówień publicznych.

²³⁵ *Quality Management – Guidelines For Training*, International Standard ISO 10015: 1999.

Tabela 118. Własna ocena wiedzy z zakresu nadzoru nad infrastrukturą z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowia

Odpowiedź	Nadzór nad mieniem powierzonym (np. sprzętem medycznym) (%)	Planowanie inwestycji infrastrukturalnych (w sprzęt lub nieruchomości) (%)
Wcale	0,0	0,0
W niewielkim stopniu	0,0	0,0
Częściowo	0,0	20,0
W znacznym stopniu	100,0	55,0
W pełni	0,0	25,0
Suma	N = 20	N = 20

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

Tabela 119. Własna ocena wiedzy z zakresu zarządzania kadrami przez menedżerów opieki zdrowia

Odpowiedź	Liczbowa struktura odpowiedzi	Średnia ocena	Struktura odpowiedzi (%)
Rekrutacja	81	4,05	20,3
Motywowanie pracowników	75	3,75	18,7
Ocena pracowników	78	3,90	19,5
Kreowanie szkoleń	80	24,00	20,0
Awanse i zwolnienia	86	4,30	21,5
Średni wynik na dział wiedzy		4,00	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

Każdy kierownik, bez względu na szczebel zarządzania, powinien posiadać wiedzę dotyczącą zarządzania kadrami. Z uzyskanych wyników badań wynika, że menedżerowie różnie oceniają wiedzę z tego zakresu. Badani ocenili bardzo wysoko wiedzę dotyczącą awansów i zwolnień. Pokazuje to, że uważają tę wiedzę za istotną w prawidłowym zarządzaniu organizacją, jak również doceniają nowoczesne style zarządzania. Kolejne dwa działy (rekrutacja, kreowanie szkoleń) otrzymały wysokie oceny, ponieważ stanowią istotne etapy w procesie zarządzania pracownikami w organizacji. Natomiast niżej oceniono wiedzę dotyczącą motywowania oraz oceniania pracowników. Może się to wiązać z brakiem wiedzy specjalistycznej w tym zakresie. Dyrektorzy z pewnością realizują zadania w tych sferach zarządzania pracownikami, jednakże wiedza ta nie jest usystematyzowana.

Tabela 120. Własna ocena wiedzy z zakresu zarządzania kadrami z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowia

Odpowiedź	Rekrutacja (%)	Motywowanie pracowników (%)	Ocena pracowników (%)	Kreowanie szkoleń (%)	Awanse i zwolnienia (%)
Wcale	0,0	0,0	5,0	0,0	0,0
W niewielkim stopniu	5,0	5,0	0,0	0,0	0,0
Częściowo	5,0	45,0	0,0	20,0	5,0
W znacznym stopniu	70,0	20,0	90,0	60,0	60,0
W pełni	20,0	30,0	5,0	20,0	35,0
Suma	N = 20	N = 20	N = 20	N = 20	N = 20

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

Tabela 120 zawiera procentowy udział odpowiedzi w działach wiedzy zaliczonych do zarządzania kadrami. W przypadku takich dziedzin, jak rekrutacja, ocena pracowników, awanse i zwolnienia, pojedyncze przypadki zaniżają ogólną ocenę poziomu wiedzy dyrektorów. Wskazuje to na istotność tej wiedzy w wypełnianiu roli kierowniczej. Natomiast motywowanie pracowników oraz kreowanie szkoleń są znane dyrektorom w różnym stopniu. Stąd wniosek, że wiedza w tych zakresach nie jest usystematyzowana, lecz zależy od indywidualnych potrzeb oraz preferencji.

Tabela 121. Własna ocena wiedzy z zakresu zarządzania informacją przez menedżerów opieki zdrowia

Odpowiedź	Liczbowa struktura odpowiedzi	Średnia ocena	Struktura odpowiedzi (%)
Umiejętność obsługi informatycznych programów wewnętrznych	77	3,85	35,8
Znajomość procedur obiegu dokumentów	77	3,85	35,8
Bezpieczeństwo przetwarzania danych osobowych	61	3,05	28,4
Średni wynik na dział wiedzy		3,58	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

W każdej organizacji, w tym i w szpitalach, w celu prawidłowego ich funkcjonowania ważne jest stworzenie procedur obiegu dokumentów, dostosowanie kanałów przekazu informacji oraz przygotowanie narzędzi do gromadzenia, przechowywania danych, tak aby diagnozować stan rzeczowy (sprzętowy), efektywny czas pracy, liczbę pacjentów z podziałem na schorzenia i inne procesy zachodzące w organizacji. Przy tym istotna jest wiedza osób dotycząca procedur, jak również ochrony danych osobowych. Menedżerowie ocenili swoją wiedzę w tym zakresie jako ponadprzeciętną, lecz w stosunku do pozostałych dziedzin wiedzy pozostaje ona na niskim poziomie. Największe braki u badanych osób stwierdzono w zakresie bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych. Ze względu na wysoki stopień niejawności dotyczący sfery zdrowia fizycznego czy też psychicznego każdy pracownik powinien opanować tę wiedzę w co najmniej wysokim stopniu, tak aby nie dochodziło do sytuacji, gdy dokumenty z danymi osobowymi traktowane są jak zwykłe śmieci i nie są niszczone zgodnie z procedurą utylizacji danych niejawnych na podstawie Ustawy o ochronie danych osobowych²³⁶.

Tabela 122. Własna ocena wiedzy z zakresu zarządzania informacją z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowia

Odpowiedź	Umiejętność obsługi informatycznych programów wewnętrznych (%)	Znajomość procedur obiegu dokumentów (%)	Bezpieczeństwo przetwarzania danych osobowych (%)
Wcale	0,0	0,0	0,0
W niewielkim stopniu	5,0	5,0	30,0
Częściowo	20,0	35,0	40,0
W znacznym stopniu	60,0	30,0	25,0
W pełni	15,0	30,0	5,0
Suma	N = 20	N = 20	N = 20

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

Ocena zawarta w tabeli 122 stanowi kontynuację wcześniejszych rozważań dotyczących zarządzania informacją w szpitalu. Większość badanych dyrektorów oceniła swoją wiedzę na temat korzystania z programów komputerowych jako co najmniej wysoką, tylko co czwarty badany wskazał, że wiedzę z tego zakresu opanował na przeciętnym, a nawet niskim poziomie. Znajomość procedur związanych z obiegiem dokumentów wewnętrznych (głównie dotyczących obsługi pacjentów) dyrektorzy ocenili różnie, od częściowej do pełnej wiedzy w tym zakresie. Niska ocena wiedzy na temat bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych dokonana przez menedżerów opieki zdrowia wynikać może z faktu, że nie mieści się ona w zakresie obowiązków kierowniczych.

²³⁶ Ustawa o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 roku (Dz.U. Nr 133, poz. 883).

Tabela 123. Własna ocena wiedzy z zakresu psychologii zarządzania przez menedżerów opieki zdrowia

Odpowiedź	Liczbowa struktura odpowiedzi	Średnia ocena	Struktura odpowiedzi (%)
Zarządzanie pracownikiem	89	4,45	15,6
Komunikacja ze współpracownikami	80	4,00	14,0
Komunikacja z przełożonymi lub podwładnymi	77	3,85	13,5
Komunikacja z pacjentami	78	3,90	13,7
Kształtowanie relacji wewnętrznych w szpitalu (poziomych i pionowych)	80	4,00	14,0
Umiejętność rozwiązywania konfliktów	79	3,95	13,9
Umiejętność negocjacji	87	4,35	15,3
Średni wynik na dział wiedzy		4,07	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

Natomiast wiedzę dotyczącą psychologii zarządzania dyrektorzy posiadają w wysokim stopniu i są zainteresowani jej doskonaleniem. Wskazuje to, że jest to wiedza, na którą zapotrzebowanie w organizacji jest wysokie nie tylko na stanowiskach kierowniczych, lecz również wśród pracowników operacyjnych, co zostało potwierdzone w rozdziale czwartym niniejszej książki.

Tabela 124. Własna ocena wiedzy z zakresu psychologii zarządzania z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowia, cz. 1

Odpowiedź	Kształtowanie relacji wewnętrznych w szpitalu (poziomych i pionowych) (%)	Umiejętność rozwiązywania konfliktów (%)	Zarządzanie pracownikiem (%)	Komunikacja z pacjentami (%)
Wcale	0,0	0,0	0,0	0,0
W niewielkim stopniu	0,0	5,0	0,0	5,0
Częściowo	15,0	10,0	20,0	15,0
W znacznym stopniu	70,0	70,0	15,0	65,0
W pełni	15,0	15,0	65,0	15,0
Suma	N = 20	N = 20	N = 20	N = 20

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

W tabelach 124 i 125 przedstawiono odsetek odpowiedzi badanych menedżerów opieki zdrowia na temat wiedzy z zakresu psychologii zarządzania. Działy wiedzy podzielono na dwie grupy, podobne pod względem wyników. W tabeli 124 znalazły się dziedziny wiedzy, które zostały określone przez dyrektorów jako opanowane co najmniej w znacznym stopniu; w przypadku jednego zakresu nawet w stopniu doskonałym. Wynika to z zadań podejmowanych w ramach sprawowanej funkcji kierowniczej.

Tabela 125. Własna ocena wiedzy z zakresu psychologii zarządzania z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowia, cz. 2

Odpowiedź	Komunikacja ze współpracownikami (%)	Komunikacja z przełożonymi lub podwładnymi (%)	Umiejętność negocjacji (%)
Wcale	0,0	0,0	0,0
W niewielkim stopniu	5,0	20,0	0,0
Częściowo	30,0	15,0	5,0
W znacznym stopniu	5,0	25,0	55,0
W pełni	40,0	40,0	40,0
Suma	N = 20	N = 20	N = 20

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

W tabeli 125 zaprezentowano pozostałe działy wiedzy z grupy psychologii zarządzania. Są to zagadnienia, które badani dyrektorzy opanowali w niższym stopniu. Zjawisko to jest szczególnie dostrzegalne w przypadku wiedzy dotyczącej komunikacji pionowej, którą badane osoby różnorodnie oceniły, na poziomie od niskiego do bardzo wysokiego. Może to zależeć od częstotliwości kontaktów menedżerów opieki zdrowia z szeregowymi pracownikami.

W tabeli 126 zawarto dane obejmujące wiedzę z zakresu zarządzania zmianą, do której wliczono cztery działy wiedzy. Dwa spośród nich dyrektorzy ocenili jako opanowane na wysokim poziomie (wprowadzanie zmian w organizacji oraz radzenie sobie ze stresem i w trudnych sytuacjach). Pierwszy zawiera wiedzę przydatną w zarządzaniu organizacją, w której – ze względu na dużą liczbę czynników oddziałujących na szpital – menedżerowie zarządzają zmianą na wszystkich poziomach funkcjonowania itd. Drugi dział obejmuje umiejętność nieodzowną szczególnie na stanowiskach kierowniczych, na których pracownicy muszą podejmować ważne decyzje wywierające wpływ na organizację. Z pewnością oddziałuje to negatywnie na zachowanie, odczucia i prawidłowe funkcjonowanie decydenta. Z tej przyczyny każdy menedżer powinien być wyposażony w techniki radzenia sobie ze stresem oraz niwelowania jego skutków.

Tabela 126. Własna ocena wiedzy z zakresu zarządzania zmianą przez menedżerów opieki zdrowia

Odpowiedź	Liczbowa struktura odpowiedzi	Średnia ocena	Struktura odpowiedzi (%)
Znajomość zmian prawnych dotyczących sektora zdrowia	77	3,85	25,2
Znajomość zasad mentoringu i <i>coachingu</i> (partnerska relacja między mistrzem a uczniem, wspieranie podwładnych w osiągnięciu sukcesu)	68	3,40	22,2
Umiejętność wprowadzania zmiany w organizacji	81	4,05	26,5
Umiejętność radzenia sobie ze stresem i w trudnych sytuacjach	80	4,00	26,1
Średni wynik na dział wiedzy		3,83	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

Znajomość zmian prawnych w zakresie systemu ochrony zdrowia przez dyrektorów ogólnie oceniana jest na ponadprzeciętnym poziomie. Wskazuje to, że taka wiedza jest przydatna na stanowisku kierowniczym. Najniżej oceniono wiedzę dotyczącą znajomości zasad mentoringu oraz *coachingu*, które są nowoczesnymi metodami służącymi wspomaganie, wspieraniu pracowników w rozwoju oraz planowaniu rozwoju na podbudowanie profilu kompetencyjnego.

Tabela 127. Własna ocena wiedzy z zakresu zarządzania zmianą z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowia

Odpowiedź	Znajomość zmian prawnych dotyczących sektora zdrowia (%)	Znajomość zasad mentoringu i <i>coachingu</i> (%)	Umiejętność wprowadzania zmiany w organizacji (%)	Umiejętność radzenia sobie ze stresem i w trudnych sytuacjach (%)
Wcale	0,0	5,0	0,0	5,0
W niewielkim stopniu	5,0	0,0	5,0	0,0
Częściowo	10,0	45,0	0,0	0,0
W znacznym stopniu	80,0	50,0	80,0	80,0
W pełni	5,0	0,0	15,0	15,0
Suma	N = 20	N = 20	N = 20	N = 20

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

Rozkład odpowiedzi zaprezentowany w tabeli 127 pozwala autorowi stwierdzić, że w przypadku trzech działów taki sam odsetek dyrektorów określił swoją wiedzę na wysokim poziomie. Inaczej rzecz się ma z wiedzą z zakresu wykorzystywania zasad i reguł mentoringu oraz *coachingu*. Dla połowy przebadanych menedżerów jest to wiedza znana na wysokim poziomie, dla pozostałych na co najwyżej przeciętnym.

Tabela 128. Upływ czasu od ostatniej podjętej formy uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania przez menedżerów opieki zdrowia

Odpowiedź	Liczbowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)
Do roku	7	35,0
Od 1 do 3 lat	9	45,0
Od 3 do 5 lat	4	20,0
Powyżej 5 lat	0	0,0
W ogóle	0	0,0
Suma	20	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

Analizę samooceny wiedzy menedżerów opieki zdrowia autor podsumował danymi dotyczącymi określenia czasu, jaki upłynął od ostatnich działań dotyczących doskonalenia bądź uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania. Przebadanych dyrektorów można podzielić na dwie grupy: w pierwszej znalazły się osoby, które w sposób ciągły pogłębiają wiedzę, w drugiej zaś menedżerowie doskonalący wiedzę menedżerską rzadziej, między kolejnymi formami doskonalenia wiedzy interwał czasowy mieści się w zakresie od 2 do 5 lat.

Tabela 129. Upływ czasu od ostatniej podjętej formy uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania przez menedżerów opieki zdrowia z uwzględnieniem kryterium wieku

Odpowiedź	Struktura odpowiedzi (%)	
	Poniżej 50 lat	Powyżej 50 lat
Do roku	0,0	50,0
Od 1 do 3 lat	66,7	35,7
Od 3 do 5 lat	33,3	14,3
Powyżej 5 lat	0,0	0,0
W ogóle	0,0	0,0
Suma	N = 6	N = 14

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

Analiza danych z uwzględnieniem wieku badanych osób wykazuje, że występują różnice między dyrektorami w wieku do i powyżej 50 lat. Odmiennosc wynika z podejścia osób do zjawiska zwanego ciągłym, permanentnym uczeniem się. Osoby zakwalifikowane do grupy dyrektorów w wieku powyżej 50 lat częściej doskonala wiedzę z zakresu zarządzania. W sumie 12 na 14 osób co najmniej raz na trzy lata kończyło jakąś sformalizowaną formę dokształcania. W przypadku menedżerów do 50. roku życia nie jest to zjawisko występujące z taką intensywnością. Badani dyrektorzy rzadziej korzystali z działań nastawionych na uzupełnianie wiedzy menedżerskiej.

Podsumowując część zawierającą samoocenę wiedzy z zakresu zarządzania dokonaną przez menedżerów opieki zdrowia, autor stwierdził, że badana grupa ma dużą wiedzę wynikającą z posiadanych kwalifikacji oraz zdobytego przez co najmniej 10 lat doświadczenia w pełnieniu roli kierowniczej na podbudowie umiejętności interpersonalnych oraz komunikowania się. Cechy te zostaną omówione w rozdziale siódmym niniejszej publikacji.

6.2. Zapotrzebowanie na wiedzę menedżerską pracowników pełniących funkcje kierownicze

W drugiej części rozdziału szóstego przedstawiono, na jaką wiedzę z zakresu zarządzania zgłosili zapotrzebowanie przebadani menedżerowie opieki zdrowia. Wynik zawarty jest w kolumnie czwartej tabeli 130 i zawiera sumę ocen w każdym z działów. Do wyznaczenia wyniku posłużono się wzorem ze strony 95, w którym zliczono poszczególne odpowiedzi z uwzględnieniem ich poziomu, przemnażając liczbę respondentów w określonej grupie.

Tabela 130. Współczynnik potrzeb związanych z uzupełnianiem wiedzy przez personel medyczny

Charakter odpowiedzi	Numer grupy zakresu	Suma	Średnia
Znajomość zmian prawnych dotyczących sektora zdrowia	ZZ	97	4,85
Bezpieczeństwo przetwarzania danych osobowych	ZI	96	4,80
Komunikacja ze współpracownikami	PZ	92	4,60
Kształtowanie relacji wewnętrznych w szpitalu (poziomych i pionowych)	PZ	92	4,60
Wizerunek zewnętrzny szpitala	MiJ	92	4,60
Znajomość zasad mentoringu i <i>coachingu</i> (partnerska relacja między mistrzem a uczniem, wspieranie podwładnych w osiągnięciu sukcesu)	ZZ	92	4,60

Charakter odpowiedzi	Numer grupy zakresu	Suma	Średnia
Umiejętność wprowadzania zmiany w organizacji	ZZ	91	4,55
Umiejętność radzenia sobie ze stresem i w trudnych sytuacjach	ZZ	90	4,50
Motywowanie pracowników	ZK	90	4,50
Zarządzanie pracownikiem	PZ	88	4,40
Komunikacja z pacjentami	PZ	88	4,40
Znajomość procedur obiegu dokumentów	ZI	87	4,35
Awanse i zwolnienia	ZK	86	4,30
Umiejętność rozwiązywania konfliktów	PZ	85	4,25
Umiejętność negocjacji	PZ	85	4,25
Proces świadczenia usług, w tym dostępność usług, czas oczekiwania na usługę	MiJ	84	4,20
Kontrola przychodów i kosztów	ZF	83	4,15
Ocena pracowników	ZK	82	4,10
Nadzór nad mieniem powierzonym (np. sprzętem medycznym)	NnM	82	4,10
Planowanie inwestycji infrastrukturalnych (w sprzęt lub nieruchomości)	NnM	81	4,05
System wynagradzania	ZF	80	4,00
Rozliczenia z NFZ	ZF	79	3,95
Umiejętność obsługi informatycznych programów wewnętrznych	ZI	78	3,90
Zarządzanie czasem oczekiwania na świadczenie zdrowotne	MiJ	78	3,90
Budżetowanie	ZF	78	3,90
Rekrutacja	ZK	75	3,75
Jakość leczenia	MiJ	73	3,65
Kreowanie szkoleń	ZK	71	3,55

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

W tabeli 130 zaprezentowano dane zbiorcze ukazujące preferencje dyrektorów względem doskonalenia wiedzy menedżerskiej. Należy przy tym zauważyć, że 23 spośród 29 działów wiedzy zostały ocenione przez menedżerów bardzo wysoko. Świadczy to o dużej świadomości potrzeb u przebadanych osób, jak również wy-mogów wynikających z zajmowanego stanowiska kierowniczego. W pozostałych sześciu przypadkach dyrektorzy ocenili potrzeby na ponadprzeciętnym poziomie. Ogólnie autor stwierdził, że dyrektorzy wskazali na przydatność wszystkich wymienionych działów wiedzy w zarządzaniu organizacją. Największym priorytetem oraz zainteresowaniem cieszą się zagadnienia z grupy zarządzania zmianą, psychologii

Tabela 131. Współczynnik potrzeb oraz rzeczywistego stanu wiedzy menedżerów opieki zdrowia

Charakter odpowiedzi	Liczba działów w grupie wiedzy	Potrzeby wiedzy menedżerów opieki zdrowia			Samooceena wiedzy menedżerów opieki zdrowia			Różnica w ocenie (samooceena – potrzeby)
		Suma	Średnia ocena sumaryczna cechy	Średnia ocena na osobę	Suma	Średnia ocena sumaryczna cechy	Średnia ocena na osobę	
Zarządzanie zmianą	4	370	92,5	4,63	306	76,5	3,83	-0,80
Psychologia zarządzania	7	621	88,7	4,44	570	81,4	4,07	-0,37
Zarządzanie informacją	3	261	87,0	4,35	215	71,7	3,58	-0,77
Marketing i jakość	4	327	81,8	4,09	337	84,3	4,21	+0,12
Nadzór nad infrastrukturą	2	163	81,5	4,08	158	79,0	3,95	-0,13
Zarządzanie kadrami	5	404	80,8	4,04	400	80,0	4,00	-0,04
Zarządzanie finansami	4	320	80,0	4,00	342	85,5	4,28	+0,28

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

zarządzania oraz zarządzania informacją. W pozostałych przypadkach należy skupić się na wybranych zakresach wiedzy.

Zestawiając dane w tabeli 131, pokazujące zarówno samoocenę, jak i potrzeby doskonalenia wiedzy z zakresu zarządzania menedżerów opieki zdrowia, autor proponuje podział zakresów wiedzy na trzy grupy. Do pierwszej zalicza zagadnienia charakteryzujące się dużą różnicą między potrzebami a rzeczywistymi kompetencjami. Znajdują się tu zarządzanie zmianą, zarządzanie informacją oraz psychologia zarządzania. Szczególnie w dwóch pierwszych przypadkach tak duża dysproporcja nie wynika z niskiej samooceny badanych dyrektorów, lecz z ich dużych oczekiwań w zakresie tych działów wiedzy menedżerskiej. Drugą grupę stanowią następujące zakresy wiedzy: nadzór nad infrastrukturą oraz zarządzanie kadrami. W obu przypadkach różnice między stanem rzeczywistym a pożądanym są nieduże. Można uznać, że są to zagadnienia przydatne na stanowiskach kierowniczych w szpitalach. Ostatnią grupę stanowią te działy, w których poziom rzeczywistej wiedzy jest wyższy od oczekiwań menedżerów opieki zdrowia. Zaliczamy do nich marketing i jakość oraz zarządzanie finansami. Autor stwierdził, że te zagadnienia wiedzy,

Tabela 132. Współczynnik potrzeb związanych z uzupełnianiem wiedzy przez menedżerów opieki zdrowia oraz personelu medycznego

Charakter odpowiedzi	Liczba działań w grupie wiedzy	Potrzeby wiedzy menedżerów opieki zdrowia			Potrzeby wiedzy personelu medycznego			Różnica w ocenie potrzeb (menedżerowie – personel medyczny)
		Suma	Średnia ocena sumaryczna cechy	Średnia ocena na osobę	Suma	Średnia ocena sumaryczna cechy	Średnia ocena na osobę	
Psychologia zarządzania	7	621	88,7	4,44	4614	659,1	4,07	+0,34
Marketing i jakość	4	327	81,8	4,09	2517	629,3	3,88	+0,21
Zarządzanie zmianą	4	370	92,5	4,63	2496	624	3,85	+0,78
Zarządzanie informacją	3	261	87,0	4,35	1780	593,3	3,66	+0,69
Zarządzanie kadrami	5	404	80,8	4,00	2912	582,4	3,60	+0,40
Zarządzanie finansami	4	320	80,0	4,00	2278	569,5	3,52	+0,48
Nadzór nad infrastrukturą	2	163	81,5	4,08	1116	558	3,44	+0,64

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

z niewielkimi wyjątkami, nie są priorytetem. Wprowadzania innowacji kompetencji na stanowiskach kierowniczych nie należy rozpoczynać od udoskonalania wiedzy z drugiej i trzeciej grupy. Priorytetem należy objąć wiedzę z działów zaliczonych do pierwszej grupy zagadnień.

W powyższej tabeli zestawiono informacje ukazujące potrzeby doskonalenia wiedzy menedżerskiej menedżerów opieki zdrowia oraz personelu medycznego. Na podstawie zebranych danych autor wywnioskował, że występują istotne różnice w wymogach stawianych pracownikom zajmującym stanowisko kierownicze i medyczne. Jest to związane z różnymi obowiązkami wynikającymi ze specyfiki stanowisk. Pracownicy pełniący funkcję kierowniczą muszą wykazywać kompetencje menedżerskie, z kolei ci zatrudnieni, których zalicza się do grupy zawodów medycznych, muszą posiadać kompetencje zawodowe, uzupełnione o kompetencje relacyjne oraz wiedzę z zakresu procesów leczenia.

W przypadku pozostałych działów wiedzy różnice w potrzebach obu grup są znaczne, szczególnie dotyczy to zagadnień z grupy zarządzania zmianą, zarządzania informacją oraz nadzoru nad infrastrukturą.

Tabela 133. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania finansami przez menedżerów opieki zdrowia

Odpowiedź	Liczbowa struktura odpowiedzi	Średnia ocena	Struktura odpowiedzi (%)
System wynagradzania	80	4,00	25,0
Budżetowanie	78	3,90	24,4
Rozliczanie z NFZ	79	3,95	24,7
Kontrola przychodów i kosztów	83	4,15	25,9
Średni wynik na dział wiedzy		4,00	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

W dalszej części autor przedstawił szczegółowe wyniki badań dotyczące wiedzy z zakresu zarządzania.

Pierwszym analizowanym działem wiedzy jest zarządzanie finansami. Zaliczono tu cztery zagadnienia wiedzy menedżerskiej. Żadne z nich nie osiągnęło bardzo wysokiego priorytetu u przebadanych dyrektorów. W przypadku dwóch zagadnień oceniono potrzebę na poziomie wysokim – chodzi o kontrolę przychodów oraz system wynagradzania. Potrzeby w zakresie pozostałych dwóch zagadnień menedżerowie ocenili na poziomie ponadprzeciętnym. Zarządzanie finansami na tle pozostałych działów stanowi jednak wiedzę niezbyt istotną w pełnieniu funkcji kierowniczej. Autor sugeruje jednak, aby w procesie doskonalenia kompetencji uwzględnić teorię z zakresu kontroli przychodów i kosztów.

Tabela 134 zawiera informacje obrazujące procentowy udział odpowiedzi respondentów na temat potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania finansami. Na ich podstawie autor stwierdził, że podobny odsetek osób chce uzupełnić wiedzę ze wszystkich zagadnień z zarządzania finansami, różnice dotyczą jakościowej struktury odpowiedzi.

W przypadku personelu medycznego wiedza z zakresu marketingu i jakości jest uznawana za jedną z istotniejszych. W przypadku menedżerów sytuacja wygląda inaczej. Zestawiając średnią ocen całej grupy wiedzy z zakresu marketingu i jakości z innymi zagadnieniami, autor zauważył, że poziom potrzeb jest niższy. Porównując potrzeby menedżerów i personelu medycznego (tabela 132), zauważamy, że wyższy stan wiedzy przydatny jest u osób na stanowiskach kierowniczych. Stąd wniosek, że przyszli dyrektorzy będący jednocześnie lekarzami bądź pielęgniarkami powinni uzupełnić wiedzę z tego zakresu, w szczególności zaś zwrócić uwagę na budowę wizerunku zewnętrznego podmiotów leczniczych i proces świadczenia usług ze strony wdrażanych procedur jakościowych.

Procentowy udział poszczególnych zagadnień pozwala sformułować tezę, że dla prawie wszystkich przebadanych osób bardzo ważna jest wiedza dotycząca wizerun-

ku zewnętrznego szpitali. Z kolei najmniej osób pozytywnie odnosi się do potrzeby posiadania wiedzy związanej z jakością leczenia. Według dyrektorów działania te są, po pierwsze, opisane w ramach procedur jakościowych, a po drugie, powinny zainteresować personel medyczny.

Ustalając priorytety potrzeb w ramach nadzoru nad mieniem, autor stwierdził, że dyrektorzy większe znaczenie przypisują organizowaniu niż planowaniu działań związanych z mieniem ruchomym. Może to wynikać z problemów finansowych szpitali, w których osoby zarządzające nie myślą o ewentualnych nowych zakupach, lecz o utrzymaniu obecnego stanu posiadania.

Tabela 134. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zarządzania finansami z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowia

Odpowiedź	System wynagradzania (%)	Budżetowanie (%)	Rozliczanie z NFZ (%)	Kontrola przychodów i kosztów (%)
Wcale	0,0	0,0	0,0	0,0
W niewielkim stopniu	5,0	0,0	0,0	0,0
Częściowo	20,0	25,0	15,0	15,0
W znacznym stopniu	45,0	60,0	75,0	55,0
W pełni	30,0	15,0	10,0	30,0
Suma	N = 20	N = 20	N = 20	N = 20

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

Tabela 135. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu marketingu i jakości przez menedżerów opieki zdrowia

Odpowiedź	Liczbowa struktura odpowiedzi	Średnia ocena	Struktura odpowiedzi (%)
Jakość leczenia	73	3,65	22,3
Wizerunek zewnętrzny szpitali	92	4,60	28,1
Proces świadczenia usług	84	4,20	25,7
Zarządzanie czasem związanym z oczekiwaniem na usługę medyczną	78	3,90	23,9
Średni wynik na dział wiedzy		4,09	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

Tabela 136. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu marketingu i jakości z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowia

Odpowiedź	Jakość leczenia (%)	Wizerunek zewnętrzny szpitali (%)	Proces świadczenia usług (%)	Zarządzanie czasem związanym z oczekiwaniem na usługę medyczną (%)
Wcale	0,0	0,0	0,0	0,0
W niewielkim stopniu	10,0	0,0	0,0	0,0
Częściowo	30,0	5,0	15,0	20,0
W znacznym stopniu	45,0	30,0	50,0	70,0
W pełni	15,0	65,0	35,0	10,0
Suma	N = 20	N = 20	N = 20	N = 20

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

Tabela 137. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu nadzoru nad mieniem przez menedżerów opieki zdrowia

Odpowiedź	Liczbowa struktura odpowiedzi	Średnia ocena	Struktura odpowiedzi (%)
Nadzór nad mieniem powierzonym	82	4,10	50,3
Planowanie inwestycji infrastrukturalnych	81	4,05	49,7
Średni wynik na dział wiedzy		4,08	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

Zarówno nadzór nad mieniem powierzonym, jak również planowanie inwestycji infrastrukturalnych to zagadnienia, na których temat badani pracownicy nie mają jednolitego zdania. W przypadku nadzoru dyrektorzy ocenili potrzebę wiedzy bardzo wysoko, jednakże wynik wypacza druga ocena na poziomie częściowej wiedzy. Nie jest to zatem najważniejsze zagadnienie w pełnieniu funkcji kierowniczej. Z kolei w przypadku wiedzy z zakresu planowania inwestycji dyrektorzy ocenili potrzebę wiedzy od częściowej do pełnej. Może się to wiązać z kilkoma czynnikami: wielkością jednostki organizacyjnej, podziałem kompetencyjnym czy stanem finansów szpitala.

Zarządzanie kadrami stanowi dział wiedzy, który osobom pełniącym funkcje kierownicze powinien wydawać się ważny, ale tak nie jest. Tylko jedno zagadnienie spośród pięciu menedżerowie uznali za ważne. Jest nim motywowanie pracowników. Dyrektorzy uznali, że ta wiedza jest bardzo istotna w prawidłowym odgrywaniu roli

kierowniczej. Niska ocena potrzeb względem rekrutacji czy też kreowania szkoleń może wynikać ze specyfiki szpitali. W większości badani dyrektorzy nie mają przygotowania *stricte* medycznego, lecz są z wykształcenia menedżerami. Wskutek tego nie zajmują się rekrutacją personelu medycznego (jeżeli w ogóle się ona odbywa, ponieważ popyt na pracowników tego typu jest wciąż wyższy od podaży na rynku pracy) czy też opracowywaniem ścieżek karier zawodowych bądź doskonaleniem kompetencji specjalistycznych. Ocena pracowników oraz awanse i zwolnienia stanowią natomiast te grupy potrzeb, które dla dyrektorów są pożądane, lecz nie priorytetowe. Ta ocena niewiele się różni od samooceny dyrektorów. Stąd wniosek, że tych dwóch zagadnień z zakresu zarządzania kadrami nie trzeba doskonalić.

Wcześniejsze wnioski są w pełni potwierdzone przez dane zamieszczone w tabeli 140, które pokazują odpowiedzi respondentów w układzie procentowym. Wysokie, a nawet bardzo wysokie potrzeby dyrektorów dotyczą zagadnienia motywowania pracowników.

Zarządzanie informacją to jeden z trzech najbardziej priorytetowych działów wiedzy menedżerskiej, jak wynika z danych badawczych zebranych wśród kadry kierowniczej. Poziom potrzeb w tym zakresie jest bardzo wysoki. Wyniki zamieszczone w tabeli pokazują, że zarządzanie informacją jest bardzo ważną wiedzą w zarządzaniu szpitalami. Jest to istotne stwierdzenie, ponieważ zarówno personel medyczny, jak i w mniejszym stopniu dyrektorzy zauważyli u siebie duże niedostatki wiedzy w tym zakresie, które należy uzupełnić.

Autor uznał, że dwa działy wiedzy z zakresu zarządzania informacją należy zakwalifikować jako wiedzę, która jest bardzo przydatna i potrzebna w wypełnianiu funkcji kierowniczej. Umiejętność obsługi informatycznych programów wewnętrznych autor zaliczył do „drugiej kategorii” pod względem przydatności na stanowisku kierowniczym.

Tabela 138. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu nadzoru nad mieniem z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowia

Odpowiedź	Nadzór nad mieniem powierzonym (%)	Planowanie inwestycji infrastrukturalnych (%)
Wcale	0,0	0,0
W niewielkim stopniu	5,0	0,0
Częściowo	35,0	20,0
W znacznym stopniu	5,0	55,0
W pełni	55,0	25,0
Suma	N = 20	N = 20

Tabela 139. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania kadrami przez menedżerów opieki zdrowia

Odpowiedź	Liczbowa struktura odpowiedzi	Średnia ocena	Struktura odpowiedzi (%)
Rekrutacja	75	3,75	18,8
Motywowanie pracowników	90	4,50	22,5
Ocena pracowników	82	4,10	20,5
Kreowanie szkoleń	71	3,55	17,7
Awanse i zwolnienia	82	4,10	20,5
Średni wynik na dział wiedzy		4,00	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

Tabela 140. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania kadrami z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowia

Odpowiedź	Rekrutacja (%)	Motywowanie pracowników (%)	Ocena pracowników (%)	Kreowanie szkoleń (%)	Awanse i zwolnienia (%)
Wcale	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
W niewielkim stopniu	5,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Częściowo	45,0	0,0	20,0	45,0	25,0
W znacznym stopniu	20,0	50,0	50,0	55,0	20,0
W pełni	30,0	50,0	30,0	0,0	55,0
Suma	N = 20	N = 20	N = 20	N = 20	N = 20

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

Psychologia zarządzania jest działem wiedzy, który wyróżnia się spośród wszystkich dziedzin wiedzy menedżerskiej wysoką oceną oraz zapotrzebowaniem zarówno wśród personelu medycznego, jak i menedżerów opieki zdrowia. Wyjątkowość opisywanej wiedzy wynika z faktu, że tworzące ją składowe są wiedzą uniwersalną przydatną na wszystkich stanowiskach bez względu na ich umiejscowienie w strukturze organizacyjnej. Wiedza ta pozwala budować wewnętrzne relacje międzyludzkie w układzie pionowym i poziomym oraz relacje pracowników z pacjentami szpitali.

Tabela 141. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania informacją przez menedżerów opieki zdrowia

Odpowiedź	Liczbowa struktura odpowiedzi	Średnia ocena	Struktura odpowiedzi (%)
Umiejętność obsługi informatycznych programów wewnętrznych	78	3,90	29,9
Znajomość procedur obiegu dokumentów	87	4,35	33,3
Bezpieczeństwo przetwarzanych danych osobowych	96	4,80	36,8
Średni wynik na dział wiedzy		4,35	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

Tabela 142. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania informacją z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowia

Odpowiedź	Umiejętność obsługi informatycznych programów wewnętrznych (%)	Znajomość procedur obiegu dokumentów (%)	Bezpieczeństwo przetwarzania danych osobowych (%)
Wcale	0,0	0,0	0,0
W niewielkim stopniu	0,0	0,0	0,0
Częściowo	35,0	20,0	5,0
W znacznym stopniu	40,0	25,0	10,0
W pełni	25,0	55,0	85,0
Suma	N = 20	N = 20	N = 20

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

Co ciekawe, spośród wszystkich zagadnień zaliczonych do psychologii zarządzania dyrektorzy sklasyfikowali najniżej wiedzę obejmującą rozwiązywanie konfliktów w miejscu pracy. Autor sądzi, że nie wynika to z nieobecności takiego zjawiska (szerzej zagadnienie to omówiono w innej publikacji²³⁷), lecz z rzadszego występowania konfliktów międzyludzkich na wyższym szczeblu organizacyjnym.

Potrzeby doskonalenia wiedzy w sześciu na siedem zagadnień psychologii zarządzania dyrektorzy ocenili na bardzo wysokim poziomie. Najwyżej oceniono wiedzę dotyczącą umiejętności negocjacyjnych, komunikację poziomą, kształtowanie relacji wewnętrznych w szpitalu i komunikację pionową.

²³⁷ M. Kęsy, *Relacje i komunikacja w świecie medycznym*, s. 38–39, 151–156.

W tabelach 144 i 145 zaprezentowano odpowiedzi respondentów w ujęciu procentowym na temat potrzeby wiedzy z zakresu psychologii zarządzania. Tabela 144 zawiera zagadnienia, które zostały bardzo wysoko ocenione przez dyrektorów. W kolejnej tabeli zamieszczono składowe wiedzy, na które menedżerowie zgłaszają mniejsze zapotrzebowanie. Szczególnie dotyczy to umiejętności rozwiązywania konfliktów oraz zarządzania pracownikiem.

Tabela 143. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu psychologii zarządzania przez menedżerów opieki zdrowia

Odpowiedź	Liczbowa struktura odpowiedzi	Średnia ocena	Struktura odpowiedzi (%)
Zarządzanie pracownikiem	88	4,40	14,0
Komunikacja pozioma	92	4,60	14,6
Komunikacja pionowa	91	4,55	14,5
Umiejętność rozwiązywania konfliktów	85	4,25	13,5
Kształtowanie relacji wewnętrznych w szpitalu	92	4,60	14,6
Komunikacja z pacjentami	88	4,40	14,0
Umiejętność negocjacji	93	4,65	14,8
Średni wynik na dział wiedzy		4,49	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

Tabela 144. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu psychologii zarządzania z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowia, cz. 1

Odpowiedź	Komunikacja pozioma (%)	Komunikacja pionowa (%)	Kształtowanie relacji wewnętrznych w szpitalu (%)	Umiejętność negocjacji (%)
Wcale	0,0	0,0	0,0	0,0
W niewielkim stopniu	0,0	0,0	0,0	0,0
Częściowo	0,0	5,0	0,0	5,0
W znacznym stopniu	40,0	35,0	40,0	25,0
W pełni	60,0	60,0	60,0	70,0
Suma	N = 20	N = 20	N = 20	N = 20

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

Należy przytoczyć stwierdzenie, że przedsiębiorstwo stanowi system w dużej mierze sprzecznych interesów, co wymaga negocjowania i zapobiegania konfliktom między jego interesariuszami wewnętrznymi. W dążeniu do osiągnięcia wytyczonych celów konieczne staje się poszukiwanie kompromisu i konsensu²³⁸. Większość z przebadanej kadry zarządzającej podziela pogląd przedstawiony powyżej, dostrzega potrzebę uzupełnienia wiedzy oraz umiejętności z zakresu rozwiązywania konfliktów w organizacji.

Zarządzanie zmianą jest działem wiedzy, który personel medyczny oraz dyrektorzy uznają za ważny na poziomie ponadprzeciętnym. Natomiast wymagania wynikające ze stanowiska kierowniczego powodują, że potrzeby określone przez dyrektorów są bardzo wysokie. Świadczy to o dużej dysproporcji między rzeczywistością a pożądaną wiedzą u badanych osób. Tak wysoki poziom zapotrzebowania na wiedzę o zarządzaniu zmianą pokazuje, że kierowanie organizacjami wymaga ciągłej obserwacji, odczytywania oraz kontrolowania zmian zachodzących w bliższym oraz dalszym otoczeniu szpitali.

Dane liczbowe z badań zaprezentowane w tabeli 147 pozwalają autorowi stwierdzić, że u wszystkich dyrektorów najwyższy poziom zainteresowania wywołuje znajomość zmian prawnych dotyczących sektora zdrowia. W przypadku umiejętności wprowadzania zmian w organizacji przebadani menedżerowie wskazali również na potrzebę uzupełnienia wiedzy do wysokiego, a nawet bardzo wysokiego poziomu. Z tą różnicą, że odpowiedzi są bardziej jednolite. Respondenci wybrali odpowiedź „w znacznym stopniu” bądź „w pełni”.

Tabela 145. Stopień potrzeby uzupełnienia wiedzy z zakresu psychologii zarządzania z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowia, cz. 2

Odpowiedź	Komunikacja z pacjentami (%)	Umiejętność rozwiązywania konfliktów (%)	Zarządzanie pracownikiem (%)
Wcale	0,0	0,0	0,0
W niewielkim stopniu	0,0	0,0	0,0
Częściowo	10,0	5,0	0,0
W znacznym stopniu	40,0	65,0	60,0
W pełni	50,0	30,0	40,0
Suma	N = 20	N = 20	N = 20

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

²³⁸ M. Gableta, *Istota i znaczenie potencjału pracy w przedsiębiorstwie*, s. 14.

Tabela 146. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania zmianą przez menedżerów opieki zdrowia

Odpowiedź	Liczbowa struktura odpowiedzi	Średnia ocena	Struktura odpowiedzi (%)
Znajomość zmian prawnych dotyczących sektora zdrowia	97	4,85	26,2
Znajomość zasad mentoringu i <i>coachingu</i> ...	92	4,60	24,9
Umiejętność wprowadzania zmiany w organizacji	91	4,55	24,6
Umiejętność radzenia sobie ze stresem i w trudnych sytuacjach	90	4,50	24,3
Średni wynik na dział wiedzy		4,63	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

Tabela 147. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania zmianą z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowia

Odpowiedź	Znajomość zmian prawnych dotyczących sektora zdrowia (%)	Znajomość zasad mentoringu i <i>coachingu</i> (%)	Umiejętność wprowadzania zmiany w organizacji (%)	Umiejętność radzenia sobie ze stresem i w trudnych sytuacjach (%)
Wcale	0,0	0,0	0,0	0,0
W niewielkim stopniu	0,0	0,0	0,0	0,0
Częściowo	0,0	5,0	0,0	15,0
W znacznym stopniu	15,0	30,0	45,0	20,0
W pełni	85,0	65,0	55,0	65,0
Suma	N = 20	N = 20	N = 20	N = 20

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

W dalszej części autor przedstawił wyniki związane z oczekiwaniami dyrektorów względem działań ukierunkowanych na ciągłe uczenie się, uzupełnianie wiedzy oraz umiejętności. Respondentom zaproponowano kilka możliwości, które zostały podzielone na tradycyjne oraz innowacyjne, ukierunkowane na trening interpersonalny oraz bezpośrednią wymianę wiedzy. Dokonując pomiaru preferencji, autor chciał jednocześnie sprawdzić świadomość i dostrzeganie potrzeb przez kadrę zarządzającą.

Tabela 148. Formy uzupełniania wiedzy preferowane przez menedżerów opieki zdrowia

Charakter odpowiedzi	Liczbowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)
Szkolenia	19	32,8
Konferencje	5	8,6
Rozmowa z doświadczonym ekspertem	17	29,3
Studiowanie literatury (książki)	0	0,0
Czytanie czasopism branżowych	17	29,3
Inne (jakie?)	0	0,0
Razem	58	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

Preferencje dyrektorów dotyczące form doskonalenia wiedzy przedstawione w tabeli 148 pozwalają autorowi stwierdzić, że dla badanych pracowników najistotniejsze są trzy formy uzupełniania wiedzy. Częstotliwość ich wyboru różni się znacznie od pozostałych form. Są nimi szkolenia, rozmowa z doświadczonym ekspertem oraz czytanie czasopism branżowych.

Występuje istotna różnica między wyborem dokonany przez menedżerów a odpowiedziami personelu medycznego. Zarówno pielęgniarki, jak i lekarze oprócz szkoleń oraz rozmowy z doświadczonym ekspertem woleli konferencje aniżeli podnoszenie kompetencji poprzez formę zaliczaną do grupy samodoskonalenia. Świadczy to o wyższej świadomości menedżerów opieki zdrowia, jak również o większej aktywności przejawiającej się poszukiwaniem potrzebnej wiedzy na rynku edukacyjnym, a nie biernym lub aktywnym uczestnictwem w konferencjach branżowych. Ta ostatnia forma doskonalenia wiedzy wynika ze specyfiki zawodu wykonywanego przez lekarzy i pielęgniarki, którzy wymieniają się doświadczeniami na tego typu spotkaniach. Powinno się je raczej nazwać treningami umiejętności, ponieważ przyjmują one taką formę, aniżeli konferencjami, które z założenia mają charakter naukowy, a nie pragmatyczny.

Większość pracowników ma świadomość i dostrzega przymus realizowania doskonalenia na zasadzie *life-long-learning*. Zmienność otoczenia i rozwój nauki to czynniki, które wymuszają doskonalenie kompetencji menedżerskich.

W powyższym rozdziale przedstawiono ocenę wiedzy przydatnej na stanowisku kierowniczym, której dokonała kadra pracująca na tego typu stanowiskach od co najmniej 10 lat. W rozdziale siódmym zaprezentowano propozycję kierowników dotyczącą potrzeb z zakresu umiejętności interpersonalnych na stanowiskach kierowniczych.

ROZDZIAŁ 7

Ocena umiejętności interpersonalnych menedżerów opieki zdrowia

Każdy pracownik powinien posiadać kompetencje wymagane na zajmowanym przez niego stanowisku pracy. Określa się je kompetencjami specyficznymi dla funkcji. Jednakże ze względu na określone przepisami możliwości awansu zawodowego należy szerzej, w sposób bardziej rozbudowany postrzegać kompetencje, jakie powinny być wymagane od niektórych grup pracowników.

7.1. Charakterystyka umiejętności interpersonalnych menedżerów

W tej części publikacji autor podjął się przeanalizowania danych empirycznych dotyczących umiejętności interpersonalnych przebadanych kierowników średniego i wyższego szczebla. Na tej podstawie uszeregował i opisał umiejętności od najbardziej do najmniej przydatnych na stanowiskach kierowniczych w szpitalach.

Tabele 149–151 zawierają zsumowane dane mające na celu opisanie istotności umiejętności interpersonalnych. W tym celu autor przyjął zasadę stopniowania cech w skali od 1 (najwyższa ocena) do 5 (najniższa ocena). Do wyliczenia przedstawionego w tabeli 149 posłużył wzór ze strony 95 tej książki.

Dodatkowo we wspomnianych tabelach zamieszczono średnie dla każdej z umiejętności interpersonalnych oraz różnice średnich ocen między menedżerami opieki zdrowia a personelem medycznym z uwzględnieniem podziału na grupy zawodowe.

Tabela 149 zawiera informacje na temat priorytetów wybranych przez menedżerów opieki zdrowia oraz personel medyczny. Każda z przebadanych osób dokonywała wyboru spośród zaproponowanej grupy umiejętności z możliwością uzupełnienia zbiorowości o inne umiejętności. Szeroki wybór cech interpersonalnych spowodował, że zarówno menedżerowie opieki zdrowia, jak i personel medyczny opierali się na zaproponowanych umiejętnościach.

Tabela 149. Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby zajmujące stanowisko kierownicze według menedżerów opieki zdrowia oraz personelu medycznego

Charakter odpowiedzi	Menedżerowie opieki zdrowia		Personel medyczny		Różnica (menedżerowie – personel medyczny)
	Zsumowanie odpowiedzi	Średnia ocena cechy	Zsumowanie odpowiedzi	Średnia ocena cechy	
Komunikatywność	100	5,00	752	4,64	+0,36
Odpowiedzialność	100	5,00	758	4,68	+0,32
Kreatywność	99	4,95	754	4,65	+0,30
Wytrwałość	95	4,75	713	4,40	+0,35
Odporność na stres	93	4,65	759	4,69	-0,04
Zdolności przywódcze	93	4,65	761	4,70	-0,05
Optymizm	92	4,60	694	4,28	+0,32
Otwartość	88	4,40	688	4,25	+0,05
Dyspozycyjność	86	4,30	716	4,42	-0,12
Systematyczność	85	4,25	703	4,34	-0,09
Chęć ciągłego uczenia się	82	4,10	715	4,41	-0,31
Dokładność	81	4,05	680	4,20	-0,15
Empatia	79	3,95	683	4,21	-0,26
Asertywność	77	3,85	708	4,37	-0,52
Suma	1248	4,46	10084	4,45	+0,01

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

Autor po analizie danych dotyczących 14 umiejętności podzielił je na trzy grupy.

Pierwszą stanowią cechy bardzo ważne dla dyrektorów. Są to: komunikatywność, odpowiedzialność, kreatywność, wytrwałość oraz optymizm. Personel medyczny ocenił je na dużo niższym poziomie, jednocześnie wymagał ich doskonałości, aby można było w sposób prawidłowy wypełnić rolę kierowniczą. Jest to o tyle ważne, że dotyczy cech, spośród których cztery z pięciu są najistotniejszymi umiejętnościami interpersonalnymi.

Do kolejnej grupy zaliczamy cechy oceniane przez obie grupy na podobnym poziomie. Należą tu następujące umiejętności: odporność na stres, zdolności przywódcze, otwartość, dyspozycyjność, systematyczność oraz dokładność. Powyższe umiejętności określa podobny poziom oceny przez dyrektorów oraz personel medyczny. Wskutek tego ewentualna korekta tych cech może się odbywać w dalszej perspektywie czasowej.

Trzecia grupa zawiera umiejętności interpersonalne, które personel medyczny ma przesadnie rozbudowane w kontekście ewentualnego pełnienia funkcji kierowniczej. Stanowią ją następujące cechy: chęć ciągłego uczenia się, empatia oraz asertywność. Wyższy poziom rzeczywistych umiejętności personelu medycznego od pożądanych na stanowisku kierowniczym wynika ze specyfiki wyuczonego oraz wykonywanego zawodu. Zarówno lekarze, jak i pielęgniarki ze względu na bezpośredni kontakt z pacjentem muszą mieć rozwiniętą umiejętność odczuwania potrzeb drugiej strony, czyli empatię. Jednocześnie należy być osobą asertywną, czyli umieć wygłaszać opinie, nie ulegać presji, być odpornym na krytykę, realizować zamierzone działania, lecz w granicach nienaruszalności praw innych osób oraz własnych. Chęć ciągłego uczenia się jest cechą wyróżniającą pracowników medycznych, w tym szczególnie lekarzy, którzy muszą uzupełniać wiedzę ze względu na dynamizm zmian w metodach leczenia czy też rozwój urządzeń leczniczych oraz zmiany na rynku leków.

Tabela 150. Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby zajmujące stanowisko kierownicze według menedżerów opieki zdrowia

Charakter odpowiedzi	Menedżerowie opieki zdrowia		Lekarze		Różnica (menedżerowie – personel medyczny)
	Zsumowanie odpowiedzi	Średnia ocena cechy	Zsumowanie odpowiedzi	Średnia ocena cechy	
Komunikatywność	100	5,00	296	4,70	+0,30
Odpowiedzialność	100	5,00	307	4,87	+0,13
Kreatywność	99	4,95	295	4,68	+0,27
Wyrwałość	95	4,75	282	4,48	+0,27
Odporność na stres	93	4,65	299	4,75	-0,10
Zdolności przywódcze	93	4,65	305	4,84	-0,19
Optymizm	92	4,60	269	4,27	+0,33
Otwartość	88	4,40	263	4,17	+0,23
Dyspozycyjność	86	4,30	291	4,62	-0,32
Systematyczność	85	4,25	291	4,62	-0,37
Chęć ciągłego uczenia się	82	4,10	283	4,49	-0,39
Dokładność	81	4,05	279	4,43	-0,38
Empatia	79	3,95	261	4,14	-0,19
Asertywność	77	3,85	291	4,62	-0,77
Suma	1248	4,46	4012	4,55	-0,09

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

Lekarze to grupa zawodowa, z której rekrutowani są kandydaci na stanowiska kierowników średniego oraz wyższego szczebla. W tabeli 150 zamieszczono umiejętności interpersonalne typowane przez menedżerów oraz lekarzy. Autor przeprowadził analizę porównawczą między dwiema grupami i na tej podstawie dokonał oceny wszystkich cech oraz określił poziom różnic w postrzeganiu potrzeby posiadania określonej cechy przez przebadane osoby z obu grup.

Każdy z badanych, oceniając potrzeby na stanowisku menedżera opieki zdrowia, opiera swoje sądy na własnych doświadczeniach, spostrzeżeniach wynikających z wykonywanej pracy, zasłyszanych informacjach. Lekarze, wyceniając ważność cech, budowali oceny na podstawie potrzeb na zajmowanych stanowiskach pracy. Stąd różnice w wynikach przedstawionych w ostatniej kolumnie w analizowanej tabeli.

Zarówno menedżerowie, jak i lekarze bardzo wysoko oceniają zapotrzebowanie na następujące umiejętności: komunikatywność, odpowiedzialność, kreatywność oraz wytrwałość. Przebadani dyrektorzy wskazali na trzy pierwsze wymienione cechy jako te, które osoby zarządzające organizacjami bądź komórkami organizacyjnymi muszą posiadać w stopniu doskonałym. W przypadku takich cech, jak: odpowiedzialność, komunikatywność oraz kreatywność wyniki były podobne zarówno w grupie menedżerskiej, jak i lekarskiej. Świadczy to o nieświadomości lekarzy związanej z rolą, kompetencjami czy też obowiązkami wynikającymi z pełnienia funkcji kierowniczej.

Na podstawie zebranych danych można stwierdzić, że lekarze chcący piastować funkcje kierownicze powinni wzmocnić umiejętności związane z komunikatywnością oraz kreatywnością w stopniu doskonałym. Uzupełnieniem tych cech są optymizm oraz otwartość jako cechy wspomagające i uzupełniające najważniejsze umiejętności interpersonalne.

G. Dessler stwierdził, że zawsze wielu spośród menedżerów wykorzystuje proces komunikacji jako medium do uzyskania informacji z jednego miejsca lub od osoby i przekazania jej do innego miejsca lub osoby²³⁹.

Z kolei lekarze znacznie przeszacowali pięć cech związanych z potrzebami na stanowiskach kierowniczych. Dotyczy to dyspozycyjności, systematyczności, chęci ciągłego uczenia się, dokładności oraz asertywności. Są to umiejętności ściśle powiązane z obowiązkami oraz specyfiką zawodu lekarza. Bycie lekarzem wiąże się z systematycznym oraz ciągłym aktualizowaniem swej wiedzy medycznej. W pracy lekarze muszą być dyspozycyjni (służba innym) oraz dokładni (w wystawianiu diagnozy bądź w trakcie zabiegu lub operacji będących procesami typu inwazyjnego). Natomiast w relacjach z pacjentem powinni zachować się w sposób otwarty, aczkolwiek asertywny, szczególnie w trudnych chwilach związanych z przekazywaniem złej wiadomości. Obowiązki oraz rola wynikające z zajmowania stanowiska kierowniczego nie wymagają, według menedżerów, aby następujące cechy: asertywność oraz empatia były na bardzo wysokim poziomie. Wystarczy, aby osiągnęły wysoki, a nawet ponadprzeciętny pułap, tak jak w przypadku asertywności.

²³⁹ G. Dessler, *Managing Organization...*, s. 450.

Tabela 151. Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby zajmujące stanowisko kierownicze według menedżerów opieki zdrowia

Charakter odpowiedzi	Menedżerowie opieki zdrowia		Pielęgniarki		Różnica (menedżerowie – personel medyczny)
	Zsumowanie odpowiedzi	Średnia ocena cechy	Zsumowanie odpowiedzi	Średnia ocena cechy	
Komunikatywność	100	5,00	456	4,61	+0,39
Odpowiedzialność	100	5,00	451	4,56	+0,44
Kreatywność	99	4,95	459	4,64	+0,31
Wytrwałość	95	4,75	431	4,35	+0,40
Odporność na stres	93	4,65	460	4,65	0,00
Zdolności przywódcze	93	4,65	456	4,61	+0,04
Optymizm	92	4,60	425	4,29	+0,31
Otwartość	88	4,40	425	4,29	+0,11
Dyspozycyjność	86	4,30	425	4,29	+0,01
Systematyczność	85	4,25	412	4,16	+0,09
Chęć ciągłego uczenia się	82	4,10	432	4,36	-0,26
Dokładność	81	4,05	401	4,05	0,00
Empatia	79	3,95	422	4,26	-0,31
Asertywność	77	3,85	417	4,21	-0,36
Suma	1250	4,46	6072	4,38	+0,08

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

W przypadku pielęgniarek sytuacja jest inna niż wśród lekarzy, którzy przeszacowali potrzeby umiejętności na stanowisku kierowniczym. Dane zawarte w tabeli 151 pokazują obraz pielęgniarek, które pożądanym cech ogólnie nie doszacowały. Spośród 14 umiejętności trzy są znacznie przeszacowane, sześć podobnie ocenionych (w tym dwie cechy zostały identycznie ocenione przez menedżerów oraz pielęgniarki – odporność na stres oraz dokładność). Natomiast w przypadku pięciu umiejętności ocena pielęgniarek została zaniżona, szczególnie dotyczy to odpowiedzialności oraz komunikatywności.

Pielęgniarki podobnie jak lekarze odnoszą subiektywne doświadczenia wynikające z zajmowanego stanowiska pracy do ewentualnych potrzeb na innych stanowiskach.

Po porównawczej analizie między oceną cech poświadczonych na stanowiskach kierowniczych przez menedżerów oraz personel medyczny przyszedł czas na zestawienie cech poświadczonych na stanowiskach kierowniczych z rzeczywistymi umiejętnościami personelu medycznego. Porównanie wyników pokazuje, że rzeczywisty poziom umiejętności jest średnio niższy o 7% od oceny cech poświadczonych na stanowisku kierowniczym.

Tabela 152. Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby zajmujące stanowisko kierownicze według menedżerów opieki zdrowia oraz rzeczywiste umiejętności lekarzy

Charakter odpowiedzi	Menedżerowie opieki zdrowia		Lekarze		Różnica (menedżerowie – personel medyczny)
	Zsumowanie odpowiedzi	Średnia ocena cechy	Zsumowanie odpowiedzi	Średnia ocena cechy	
Komunikatywność	100	5,00	282	4,48	+0,52
Odpowiedzialność	100	5,00	289	4,59	+0,41
Kreatywność	99	4,95	268	4,25	+0,70
Wytrwałość	95	4,75	263	4,17	+0,58
Odporność na stres	93	4,65	288	4,57	+0,08
Zdolności przywódcze	93	4,65	184	2,92	+1,73
Optymizm	92	4,60	257	4,08	+0,52
Otwartość	88	4,40	270	4,29	+0,11
Dyspozycyjność	86	4,30	242	3,84	+0,46
Systematyczność	85	4,25	284	4,51	-0,26
Chęć ciągłego uczenia się	82	4,10	282	4,48	-0,38
Dokładność	81	4,05	283	4,49	-0,44
Empatia	79	3,95	272	4,32	-0,37
Asertywność	77	3,85	259	4,11	-0,26
Suma	1248	4,46	3723	4,22	+0,24

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

Najniższe kompetencje lekarze mają w zakresie zdolności przywódczych, kreatywności czy też wytrwałości. Zdolności przywódcze oraz kreatywność stanowią zbiór umiejętności, które są niezbędne na stanowisku kierowniczym w celu kierowania ludźmi, zadaniami czy celami przedsiębiorstwa. Zwyczajowo lekarze przeszacowali cechy przydatne i wykorzystywane na zajmowanym stanowisku pracy. Mówimy o takich umiejętnościach, jak: systematyczność, chęć ciągłego uczenia się, dokładność, empatia oraz asertywność.

Zrównanie rzeczywistych umiejętności lekarzy z poziomem cech pożądaných na stanowisku menedżerskim dotyczy odporności na stres oraz otwartości. Są to umiejętności, których statystyczny lekarz nie musi doskonalić, są na zadowalającym poziomie.

Tabela 153. Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby zajmujące stanowisko kierownicze według menedżerów opieki zdrowia oraz rzeczywiste umiejętności pielęgniarek

Charakter odpowiedzi	Menedżerowie opieki zdrowia		Pielęgniarki		Różnica (menedżerowie – personel medyczny)
	Zsumowanie odpowiedzi	Średnia ocena cechy	Zsumowanie odpowiedzi	Średnia ocena cechy	
Komunikatywność	100	5,00	436	4,40	+0,60
Odpowiedzialność	100	5,00	436	4,40	+0,60
Kreatywność	99	4,95	387	3,90	+1,05
Wytrwałość	95	4,75	393	3,97	+0,78
Odporność na stres	93	4,65	437	4,41	+0,24
Zdolności przywódcze	93	4,65	265	2,68	+1,97
Optymizm	92	4,60	381	3,85	+0,75
Otwartość	88	4,40	410	4,14	+0,26
Dyspozycyjność	86	4,30	375	3,79	+0,51
Systematyczność	85	4,25	435	4,39	-0,14
Chęć ciągłego uczenia się	82	4,10	409	4,13	-0,03
Dokładność	81	4,05	432	4,36	-0,31
Empatia	79	3,95	395	3,99	-0,04
Asertywność	77	3,85	386	3,90	-0,05
Suma	1248	4,46	5577	4,02	+0,44

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

Średni wynik wszystkich rzeczywistych cech pielęgniarek jest niższy od wyniku lekarzy o 4%, lecz w przypadku najważniejszych umiejętności (komunikatywność, odpowiedzialność) różnica wynosi 12% na niekorzyść pielęgniarek. Zestawiając wyniki dotyczące oceny umiejętności wymaganych od dyrektorów z rzeczywistymi cechami pielęgniarek, autor zwraca uwagę, że pielęgniarki mają słabo rozwinięte najważniejsze umiejętności, różnica wynosi od 12 do nawet 21%. Braki te mogą mieć istotny wpływ na prawidłowe funkcjonowanie oraz wypełnianie kierowniczej roli przez pielęgniarki, które awansują na takie stanowisko. Spośród 14 cech pielęgniarki muszą udoskonalić siedem, podnosząc umiejętności z niskiego poziomu czy też ponadprzeciętnego, wysokiego na pułap bardzo wysoki. Pielęgniarki oceniły pięć cech na wyższym poziomie aniżeli dyrektorzy, jednakże są to umiejętności mniej istotne, które nie mają takiego znaczenia, jak wcześniej wymienione.

Niższy wynik oceny własnych umiejętności dokonany przez pielęgniarki w stosunku do oceny wystawionej sobie przez lekarzy nie musi być skutkiem rzeczywistych różnic, wynikających z niższego poziomu rzeczywistych umiejętności. Na wynik może wpływać to, że lekarzy charakteryzuje wysoka pewność siebie oraz

postrzeganie siebie jako najważniejszego ogniwa w organizacji szpitalnej. Stąd autor wnioskuje, że rzeczywisty wynik samooceny kompetencji interpersonalnych może być wyższy w przypadku pielęgniarek, z kolei lekarze mogli zawyżyć swoje umiejętności, czyli w rzeczywistości mogą być niższe.

Poniżej w tabelach 154–167 autor przedstawił częściowe wyniki ocenionych kompetencji interpersonalnych pochodzące z badań przeprowadzonych w grupie menedżerów opieki zdrowia.

Komunikatywność jest ważną cechą osób piastujących stanowiska kierownicze, ponieważ poziom zrozumienia przez podwładnych wytycznych przełożonych, jak i dekodowania informacji przez dyrektorów ma wpływ na skuteczność oraz jakość realizowanych zadań w ramach organizacji. Wszyscy przebadani menedżerowie opieki zdrowia ocenili potrzeby w tym zakresie na poziomie bardzo wysokim, wręcz doskonałym. Uznali tę cechę za jedną z dwóch najważniejszych spośród całego zbioru umiejętności.

Tabela 154. Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca komunikowania się

Odpowiedź	Liczbowo	Procentowo (%)
Wcale	0	0,0
W niewielkim stopniu	0	0,0
Częściowo	0	0,0
W znacznym stopniu	0	0,0
W pełni	20	100,0
Suma	N = 20	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

Tabela 155. Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca odpowiedzialności

Odpowiedź	Liczbowo	Procentowo (%)
Wcale	0	0,0
W niewielkim stopniu	0	0,0
Częściowo	0	0,0
W znacznym stopniu	0	0,0
W pełni	20	100,0
Suma	N = 20	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

Kolejną cechą, którą dyrektorzy wskazali jako wysoce pożądaną na stanowisku kierowniczym, jest odpowiedzialność. Jest to rodzaj kompetencji interpersonalnych, dzięki któremu menedżer potrafi podejmować decyzje oparte na wiedzy, alternatywnych wyborach oraz kalkulowaniu ryzyka inwestycyjnego. Należy pamiętać, że im istotniejsza decyzja, tym większa odpowiedzialność dyrektora za organizację, pracowników i samego siebie. Wszystkie przebadane osoby oceniły odpowiedzialność jako cechę, którą należy mieć rozwiniętą w pełni, w sposób doskonały.

Kreatywność u dyrektorów charakteryzuje się tym, że osoby w sposób płynny, z własnej inicjatywy planują oraz wdrażają nowe rozwiązania organizacyjne. Cecha ta jest bardzo ważna szczególnie w zmieniającym się zewnętrznym, jak i wewnętrznym otoczeniu szpitali. Z 20 menedżerów opieki zdrowia 19 osób bardzo wysoko oceniło tę umiejętność, a jedna osoba wysoko. Stąd wniosek, że jest to jedna z ważniejszych cech przydatnych na stanowisku kierowniczym.

Tabela 156. Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca kreatywności

Odpowiedź	Liczbowo	Procentowo (%)
Wcale	0	0,0
W niewielkim stopniu	0	0,0
Częściowo	0	0,0
W znacznym stopniu	1	5,0
W pełni	19	95,0
Suma	N = 20	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

Tabela 157. Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca wytrwałości

Odpowiedź	Liczbowo	Procentowo (%)
Wcale	0	0,0
W niewielkim stopniu	0	0,0
Częściowo	0	0,0
W znacznym stopniu	5	25,0
W pełni	15	75,0
Suma	N = 20	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

Tabela 158. Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca odporności na stres

Odpowiedź	Liczbowo	Procentowo (%)
Wcale	0	0,0
W niewielkim stopniu	0	0,0
Częściowo	0	0,0
W znacznym stopniu	7	35,0
W pełni	13	65,0
Suma	N = 20	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

Tabela 159. Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca zdolności przywódczych

Odpowiedź	Liczbowo	Procentowo (%)
Wcale	0	0,0
W niewielkim stopniu	0	0,0
Częściowo	2	10,0
W znacznym stopniu	3	15,0
W pełni	15	75,0
Suma	N = 20	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych.

Wytrwałość jest kolejną umiejętnością wskazaną przez 15 badanych na bardzo wysokim poziomie, a przez pięciu dyrektorów na poziomie wysokim. Jest to cecha przydatna zarówno na niwie zawodowej, jak też osobistej. Dzięki wytrwałości jesteśmy w stanie zrealizować zamierzone cele indywidualne oraz organizacyjne.

Odporność na stres jest cechą, która ze względu na obowiązki, podejmowane decyzje oraz odpowiedzialność wynikającą z piastowania stanowiska kierowniczego, zdawało by się, najważniejszą wymaganą od zarządzających. Przebadane osoby uznały ją dopiero za piątą umiejętność pod względem średniej oceny. Z 20 przebadanych dyrektorów 13 oceniło potrzeby w tym względzie bardzo wysoko, z kolei siedem osób na poziomie wysokim.

Przywództwo jest działaniem kompleksowym. Część spośród naukowców określa to pojęcie jako osobowość przywódcza, inne określenie ukierunkowane jest na zarządzanie zespołem²⁴⁰. Zdolności przywódcze w tym drugim rozumieniu są cechą przebadaną na pracownikach szpitali.

W przypadku wcześniej analizowanych umiejętności grupa badawcza oceniła je na poziomie bardzo wysokim bądź wysokim. Inaczej jest w przypadku zdolności przywódczych, które dyrektorzy wycenili w sposób zróżnicowany. Dla 15 osób jest to cecha wymagana na stanowisku kierowniczym w stopniu bardzo wysokim. Pozostali badani wybrali wysoki bądź przeciętny poziom umiejętności.

Autor wskazuje, że poziom wartościowania zdolności przywódczych dokonany przez kadrę zarządzającą daje podstawę do stwierdzenia, że jest to umiejętność istotna w sprawowaniu funkcji kierowniczych. Aby organizacja bądź mniejszy zespół pracowniczy dobrze funkcjonowały, oprócz wysokich kompetencji w zakresie wiedzy czy umiejętności kierownik musi być przywódcą, umieć dobierać styl kierowania, motywować pracowników czy też planować, organizować oraz kontrolować realizowane procesy pracy.

Na czele organizacji powinna stać osoba, która ma nie tylko wizję, ale jest osobą o optymistycznym podejściu do życia. Optymizm jest cechą, dzięki której wszelkie problemy są minimalizowane, a sukcesy stanowią mobilizację do dalszych działań. Przez dyrektorów została ona uznana za cechę, którą należy mieć na wysokim bądź bardzo wysokim poziomie.

Tabela 160. Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca optymizmu

Odpowiedź	Liczbowo	Procentowo (%)
Wcale	0	0,0
W niewielkim stopniu	0	0,0
Częściowo	0	0,0
W znacznym stopniu	8	40,0
W pełni	12	60,0
Suma	N = 20	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

²⁴⁰ A.G. Cowling, M.J.K. Stanworth, R.D. Bennett, J. Curran, P. Lyons, *Behavioural sciences for managers*, Hodder and Stoughton, London–Melborne, Auckland 1988, s. 103.

Tabela 161. Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca otwartości

Odpowiedź	Liczbowo	Procentowo (%)
Wcale	0	0,0
W niewielkim stopniu	0	0,0
Częściowo	1	5,0
W znacznym stopniu	10	50,0
W pełni	9	45,0
Suma	N = 20	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

Kolejną opisaną cechą jest otwartość. Jest ona powiązana z umiejętnością komunikowania się. Osoby otwarte mają ułatwioną komunikację interpersonalną, unikają chociażby barier komunikacyjnych²⁴¹ i wynikających z nich błędów o różnym charakterze²⁴², związanych z postawą wobec adwersarza. Przeanalizowane dane pozwalają stwierdzić, że połowa badanych wysoko ocenia tę cechę, 45% badanych wskazało na bardzo wysoki poziom, a jedna osoba oceniła zapotrzebowanie na tę cechę jako co najwyżej przeciętne.

Dyspozycyjność jest cechą wymaganą od wszystkich. Jednakże specyfika szpitali sprawia, że specjaliści w swojej dziedzinie, których trudno zastąpić, powinni być gotowi na każdą ewentualność. Dyrektorzy, których pozycja w firmie wymaga

Tabela 162. Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca dyspozycyjności

Odpowiedź	Liczbowo	Procentowo (%)
Wcale	0	0,0
W niewielkim stopniu	1	5,0
Częściowo	0	0,0
W znacznym stopniu	11	55,0
W pełni	8	40,0
Suma	N = 20	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

²⁴¹ T.L. Means, *Business Communication*, South-Western Cengage Learning, Mason 2010, s. 11–18.

²⁴² Akademia Bizensu, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, Materiały szkoleniowe z tematu „Asertywna komunikacja w pracy urzędnika”. Szkolenia miękkie dla członków korpusu służby cywilnej realizowane w ramach projektu „Wdrożenie strategii szkoleniowej”, Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego (Priorytet V, Działanie 5.1, Poddziałanie 5.1.1), s. 14–24.

nienormowanego czasu pracy, muszą brać udział w spotkaniach branżowych w jednostce nadrzędnej, w oddziale Narodowego Funduszu Zdrowia w trakcie zakontraktowania usług, jak również w innych spotkaniach zawodowych. Większość z przebadanej kadry zarządzającej oceniła w stopniu wysokim tę cechę jako pożądaną na stanowisku kierowniczym, kolejnych osiem w stopniu bardzo wysokim, a jedna poniżej przeciętnej.

Tabela 163. Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca systematyczności

Odpowiedź	Liczbowo	Procentowo (%)
Wcale	0	0,0
W niewielkim stopniu	0	0,0
Częściowo	1	5,0
W znacznym stopniu	13	65,0
W pełni	6	30,0
Suma	N = 20	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

Systematyczność jest cechą przydatną w każdej sferze życia. Osoba posiadająca tę umiejętność na płaszczyźnie zawodowej będzie w sposób ciągły, długofalowy doksztalała się, realizowała z takim samym zaangażowaniem zadania w długiej perspektywie czasu, wykonując procedury lecznicze, będzie je powtarzała bez pominięcia jakiegokolwiek etapu w sformalizowanym procesie. Przebadani dyrektorzy uznali, że nie muszą jej posiadać w pełnym zakresie, wystarczy poziom wysoki.

Tabela 164. Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca chęci ciągłego uczenia się

Odpowiedź	Liczbowo	Procentowo (%)
Wcale	0	0,0
W niewielkim stopniu	0	0,0
Częściowo	1	5,0
W znacznym stopniu	16	80,0
W pełni	3	15,0
Suma	N = 20	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

Aspekt ciągłego uczenia się, czyli uczenia się przez całe życie²⁴³, dotyczy szczególnie osób, dla których wiedza jest wartością w pracy, z niej żyją. Do takich osób zaliczają się pracownicy z grupy zawodów medycznych, jak również menedżerowie opieki zdrowia.

Kolejną uwzględnioną w rozważaniach umiejętnością dyrektorów jest dokładność. Jest to cecha nie w pełni wymagana na kierowniczych stanowiskach pracy. Cecha ta ma charakter umiejętności manualnych i jest przydatna w zawodach, w których liczy się precyzja w ruchach, np. u lekarzy chirurgów. Menedżerowie opieki zdrowia w przeważającej większości (95% przebadanych osób) wskazali na potrzebę posiadania cechy na wysokim poziomie.

Tabela 165. Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca dokładności

Odpowiedź	Liczbowo	Procentowo (%)
Wcale	0	0,0
W niewielkim stopniu	0	0,0
Częściowo	0	0,0
W znacznym stopniu	19	95,0
W pełni	1	5,0
Suma	N = 20	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

Tabela 166. Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca empatii

Odpowiedź	Liczbowo	Procentowo (%)
Wcale	0	0,0
W niewielkim stopniu	0	0,0
Częściowo	6	30,0
W znacznym stopniu	9	45,0
W pełni	5	25,0
Suma	N = 20	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

²⁴³ *Lifelong Learning. Concepts nad contexts*, red. P. Sutherland, J. Crowther, Routledge, New York 2008, s. 4–10.

Empatia polega na współodczuwaniu stanów psychicznych, potrzeb innych. Jest to umiejętność przydatna w sytuacjach wymagających od pracowników dostosowania treści komunikatów do sytuacji odbiorcy procesu komunikacyjnego. Osoba nieposiadająca takiej umiejętności to człowiek, który nie potrafi dostrzegać żadnych emocji w drugim człowieku. Nie potrafi nigdy współczuć drugiej osobie, a tym samym nie jest w stanie jej pomóc. Empatię można nazwać zdolnością współodczuwania²⁴⁴. Najwięcej dyrektorów wysoko oceniło potrzebę posiadania tej umiejętności. Jednakże podobne wskazania dotyczyły przeciętnego oraz bardzo wysokiego poziomu zapotrzebowania.

Ostatnią zdiagnozowaną cechą pod względem potrzeb na stanowiskach kierowniczych jest asertywność, która polega na posiadaniu i wyrażaniu własnego zdania oraz bezpośrednim wyrażaniu emocji i postaw w granicach nienaruszających praw innych osób oraz własnych, bez zachowań agresywnych, a także w obronie własnych praw w sytuacjach społecznych²⁴⁵. Jest to umiejętność przydatna w bezpośrednich kontaktach, w których stan emocjonalny rozmówcy może mieć różny charakter, od bardzo pozytywnego, poprzez neutralny, po bardzo negatywny. Spośród przebadanych osób 75% dyrektorów oceniło, że asertywność jest umiejętnością przydatną w szpitalach w stopniu wysokim, w większości w relacjach na poziomie personel medyczny a pacjent.

Tabela 167. Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca asertywności

Odpowiedź	Liczbowo	Procentowo (%)
Wcale	2	10,0
W niewielkim stopniu	0	0,0
Częściowo	0	0,0
W znacznym stopniu	15	75,0
W pełni	3	15,0
Suma	N = 20	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

²⁴⁴ *Empathy and its development*, red. N. Eisenberg, J. Strayer, Cambridge University Press, Cambridge 1987, s. 17–34.

²⁴⁵ Zob. A. Phillips, *Assertiveness and the Manager's Job*, Radcliffe Medical Press, Abingdon 2002, s. 3–16.

7.2. Motywacja menedżerów opieki zdrowia do doskonalenia swoich kompetencji zarządczych

Poniższa część służy autorowi do określenia potrzeb szkoleniowych menedżerów i sprawdzenia, czy istnieje powiązanie między preferencjami dyrektorów a personelem medycznym. Rezultatem tych działań będzie określenie podbudowy, na której autor zaproponuje program doskonalenia kompetencji menedżerskich personelu medycznego.

Tabela 168. Uzupełnianie kwalifikacji menedżerskich przez menedżerów opieki zdrowia

Charakter odpowiedzi	Liczbowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)
Tak	18	90,0
Nie	2	10,0
Suma	20	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

W tabeli 168 przedstawiono dane pokazujące poziom doskonalenia kompetencji z zakresu zarządzania menedżerów w ostatnich 5 latach. W tej grupie 90% przebadanych osób potwierdziło realizowanie działań ukierunkowanych na uzyskanie nowych kwalifikacji menedżerskich. Wynik ten świadczy o dużej potrzebie uzupełniania wiedzy. Dyrektorzy, którzy nie podjęli żadnych działań w kontekście uzupełniania kwalifikacji menedżerskich, mają co najmniej 55 lat i staż pracy minimum 30 lat.

Tabela 169. Poziom uczestnictwa w szkoleniach menedżerów opieki zdrowia

Charakter odpowiedzi	Szkolenia wewnętrzne		Szkolenia zewnętrzne	
	Liczbowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)	Liczbowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)
Tak	14	70,0	20	100,0
Nie	6	30,0	0	0,0
Suma	20	100,0	20	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

Wszyscy dyrektorzy uczestniczyli w szkoleniach typu zewnętrznego. Z kolei formę wewnętrzną preferuje o 30% mniej menedżerów. Większe zainteresowanie formą typu zewnętrznego może wynikać ze zdobywania wiedzy na zasadzie metody *benchmarkingu*. Polega ona nie tyle na korzystaniu z wykładanej wiedzy czy też umiejętności, ile na obserwacji i dyskusji z innymi menedżerami o ich doświadczeniach związanych z zajmowanym stanowiskiem pracy.

Autor dokonał porównania danych zawartych w tabelach 170 i 171. W wyniku tej analizy badacz zauważył, że dyrektorzy wyżej oceniają tematykę realizowaną na szkoleniach zewnętrznych aniżeli wewnętrznych. Natomiast wolą oni uczestniczyć w szkoleniach realizowanych poza organizacją. Świadczy to o tym, że szkolenia służą dyrektorom bardziej do spotkań towarzyskich, wymiany poglądów w swoim gronie aniżeli do uzyskania nowej wiedzy czy też umiejętności.

Tabela 170. Ocena doboru tematów szkoleń na potrzeby zawodowe przez menedżerów opieki zdrowia

Charakter odpowiedzi	Szkolenia wewnętrzne		Szkolenia zewnętrzne	
	Liczbowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)	Liczbowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)
Bardzo nisko	2	10,0	0	0,0
Nisko	3	15,0	0	0,0
Przeciętnie	7	35,0	3	15,0
Wysoko	8	40,0	16	80,0
Bardzo wysoko	0	0,0	1	5,0
Suma	20	100,0	20	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

Tabela 171. Zadowolenie ze szkoleń menedżerów opieki zdrowia

Charakter odpowiedzi	Szkolenia wewnętrzne		Szkolenia zewnętrzne	
	Liczbowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)	Liczbowa struktura odpowiedzi	Struktura odpowiedzi (%)
Tak	14	70,0	17	85,0
Nie	6	30,0	3	15,0
Suma	208	100,0	20	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

Zadowolenie dyrektorów prawie w całości pokrywa się z liczbą menedżerów uczestniczących w szkoleniach. W przypadku szkoleń wewnętrznych 100% osób uczestniczących w szkoleniach jest z nich zadowolonych. W przypadku szkoleń zewnętrznych trzech respondentów negatywnie wypowiedziało się o tej formie doskonalenia kompetencji.

Dyrektorzy preferują szkolenia zewnętrzne, wynika to z ich charakteru oraz struktury uczestników. Szkolenia wewnętrzne są skupione na aspektach proceduralnych, ewentualnie na doskonaleniu umiejętności interpersonalnych w kontekście procesu leczenia. Z kolei dzięki szkoleniom zewnętrznym menedżerowie uzupełniają wiedzę nie tylko w ramach doksztalcania sformalizowanego, lecz również w trakcie wymiany poglądów z innymi osobami na stanowiskach kierowniczych.

W rozdziale siódmym dokonano analizy ocen potrzeb doskonalenia kompetencji czynnej kadry zarządzającej szpitalami. W ostatnim rozdziale autor zaproponował innowacje o charakterze organizacyjno-kompetencyjnym na podłożu wniosków oraz zweryfikowanych hipotez z rozdziałów 4–7.

ROZDZIAŁ 8

Koncepcja zmian organizacyjnych oraz innowacji szkoleniowych w szpitalach

Zmiany w sferze makro- oraz mikroekonomicznej doprowadziły do powstania nowego typu organizacji nazywanych organizacjami sieciowymi czy też organizacjami wiedzy. W tym modelu organizacji wiedza i kompetencje są rozproszone, praktycznie wszystkie jej elementy są źródłem wiedzy. Wiedza staje się obecnie najcenniejszym zasobem i określa kształt organizacji w przyszłości, dlatego też umiejętne jej wykorzystanie decyduje o sukcesie bądź porażce na współczesnym rynku.

Szpitala są klasycznym przykładem organizacji opartych na wiedzy, w których zatrudnieni są wysokiej klasy specjaliści. Organizację taką można nazwać zespołem zespołów, który tworzy wielu specjalistów skupionych w małych zespołach zadaniowych.

Według P.F. Druckera w tego typu organizacjach niepotrzebna jest ciągła kontrola, a więc i pośrednie szczeble zarządzania, specjaliści bowiem powinni mieć możliwość samodzielnego kierowania własną pracą²⁴⁶.

Wiedza postrzegana w kategorii zasobu organizacji jest ściśle powiązana z procesami przetwarzania danych i informacji.

Najważniejsza dla organizacji jest wiedza ukryta, która stanowi wartość dodaną każdej organizacji. Jednak aby organizacja mogła ją wykorzystać do własnych potrzeb, musi zgromadzić wiedzę w specjalnie stworzonej do tego celu bazie wiedzy. Każdy z pracowników organizacji powinien mieć możliwość kategoryzacji interesującej go wiedzy, co pozwoliłoby im na bieżące konsultowanie się. W bazie wiedzy można wyodrębnić podbazy gromadzące najlepsze praktyki, rozwiązania i pomysły, które można naśladować i upowszechniać w organizacji.

Ważnym czynnikiem wpływającym na funkcjonowanie organizacji są pracownicy i ich kompetencje zawodowe. Szpitale są organizacjami uczącymi i uczącymi się.

W organizacjach uczących²⁴⁷ zarządza się pokładami wiedzy, które odłożyły się w umysłach pracowników w procesie pracy. Pracę organizuje się tak, aby była

²⁴⁶ P.F. Drucker, *Nadchodzi nowa organizacja*, [w:] *Zarządzanie wiedzą*, red. P.F. Drucker, Wydawnictwo Helion, Gliwice 2006, s. 8.

²⁴⁷ C. Darvegne, D. Noye, *Organiser le travail pour qu'il soit formateur*, Ed. INSEP, Paris 1993, s. 28–31.

„ucząca”, to znaczy alokuje się odpowiednio członków zespołu w czasie wykonywania pracy, pracowników bardziej i mniej doświadczonych, w sposób umożliwiający transfer umiejętności między nimi. Zjawisko to jest widoczne w przypadku stanowisk zajmowanych przez specjalistów, które wymagają od pracowników nie tylko kompetencji specjalistycznych, ale również *okołozawodowych*²⁴⁸.

Organizacja ucząca się²⁴⁹ to zespół pracowników, który uczy się automatycznych zachowań zespołowych czy też rutynowych odruchów zespołowych w różnych sytuacjach profesjonalnych, a w szczególności na oddziałach intensywnej terapii (OIOM) czy też w ratownictwie medycznym.

Płaszczyzną kreowania wiedzy jest nie tylko opieka medyczna, lecz także doskonalenie procesów humanizujących działalność szpitala, a mianowicie: polepszenie procesów komunikacji zewnętrznej oraz wewnętrznej w interesie pacjentów i ich rodzin, działania nastawione na sprawne przyjęcie pacjentów, zarządzanie jakością opieki medycznej i inne czynności wspomagające i tworzące usługi komplementarne. Mogą to być pomocnicze usługi typu hotelarskiego dla rodzin pacjentów czy też relacje pracowników szpitala z pacjentami z wykorzystaniem telefonów komórkowych w celu przekazania np. zmiany terminu wizyty.

8.1. Deficyt kompetencyjny funkcji kierowniczych

Do pracowników z grupy medycznej w organizacjach szpitalnych zaliczamy lekarzy, pielęgniarki i położne. Wszyscy ci pracownicy są zobligowani do posiadania co najmniej zawodowych studiów wyższych. W przypadku lekarzy doskonalenie zawodowe jest obowiązkiem każdego z nich. Aby otrzymać specjalizację, muszą uzyskać 200 punktów edukacyjnych w okresie czterech lat²⁵⁰. W przypadku pielęgniarek (i położnych) akty prawne również wymuszają na nich posiadanie określonych kwalifikacji zawodowych oraz stażu pracy²⁵¹. Obie grupy mają określoną oraz sformalizowaną ścieżkę awansu zawodowego, która wskazuje, jakie kompetencje muszą uzyskać, aby być zaszeregowanymi do określonej grupy pracowniczej, a w związku z tym móc awansować w sposób poziomy bądź pionowy.

Ustawodawca nie nałożył dodatkowych wymogów na pracowników, którzy chcieliby pełnić funkcję ordynatora. Zapis dotyczący stanowiska ordynatora²⁵² mówi że, musi on posiadać „tytuł zawodowy lekarza lub lekarza dentystry i tytuł specjalisty lub specjalisty II stopnia w dziedzinie medycyny zgodnej z profilem od-

²⁴⁸ K. Wenta, *Uczyć się przez całe życie, aby być i mieć nadzieję na dobrą pracę*, „Edukacja Ustawiczna Dorosłych”, „Polish Journal of Continuing Education”, 2012, 2 (77), s. 21.

²⁴⁹ C. Darvegne, D. Noye, *Organiser le travail...*, s. 30–31.

²⁵⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentystry z dnia 20 grudnia 2012 roku (Dz.U. 2012 Nr 0, poz. 1543).

²⁵¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami z dnia 20 lipca 2011 roku.

²⁵² *Ibidem*.

działu lub w dziedzinie pokrewnej oraz potwierdzić ośmioletni okres pracy w podmiocie leczniczym”. Są to warunki konieczne, dodatkowe obostrzenia zaś zależą od organizacji szpitalnej, w której ogłaszany jest konkurs na stanowisko ordynatora. Zazwyczaj nie stawia się dodatkowych wymagań, które można określić jako czynniki niezbędne, przydatne czy też oczekiwane od pracowników na stanowisku kierowniczym. Nie chodzi tylko o kwalifikacje, które można określić jako menedżerskie, np. ukończenie studiów podyplomowych z zakresu zarządzania w ochronie zdrowia. Najważniejszymi czynnikami kompetencji są wiedza i umiejętności interpersonalne, które lekarze i pielęgniarki powinni doskonalić przed objęciem funkcji kierowniczej w szpitalu. Brak tych cech u kadry zarządzającej może wpływać negatywnie na komórkę organizacyjną czy też całą jednostkę.

Na podstawie informacji i analiz przedstawionych w rozdziałach 4–7 autor doszedł do wniosku, że nie można oceniać wiedzy i umiejętności personelu medycznego razem, lecz rozdzielnie ze względu na występujące różnice w wynikach badań.

Wiedzę menedżerską przeanalizowano, dokonując jej podziału na 29 dziedzin, sklasyfikowanych w siedmiu grupach. Lekarzy charakteryzuje ponadprzeciętna samoocena większości zakresów wiedzy. Duże luki kompetencyjne zdiagnozowano u nich w przypadku takich umiejętności, jak: rekrutacja, planowanie inwestycji infrastrukturalnych (w sprzęt lub nieruchomości), rozliczenia z NFZ, kontrola przychodów i kosztów, budżetowanie. Pielęgniarki oceniły swoją wiedzę również na poziomie ponadprzeciętnym. Co ciekawe, zaobserwowano prawie równy podział dziedzin wiedzy. Jedne dziedziny lepiej oceniają pielęgniarki, a drugą część lekarze. Przedstawiciele obu grup zawodowych najwyższy poziom osiągnęli z dziedzin psychologii zarządzania. Ze względu na charakter zadań wykonywanych w procesie leczenia to pielęgniarki mają większą wiedzę od lekarzy z takich dziedzin, jak: nadzór nad powierzonym mieniem, planowanie inwestycji infrastrukturalnych oraz znajomość procedur i reguł procesu leczenia.

Zestawiając te dane z wynikami osiągniętymi przez menedżerów opieki zdrowia, można stwierdzić, że pielęgniarki, a w mniejszym stopniu lekarze, muszą uzupełnić wiedzę menedżerską, ponieważ obecny jej poziom jest niewystarczający do pełnienia funkcji kierowniczej. Może to być wynik skupienia się lekarzy na uzyskiwaniu punktów edukacyjnych w związku ze zdobywaną specjalizacją medyczną. Z kolei pielęgniarki muszą się skoncentrować na pracy operacyjnej, wypełnianiu zadań oraz realizowaniu wytycznych wyznaczonych przez pielęgniarki koordynujące, oddziałowe czy też naczelne.

Kolejną składową kompetencji rozważaną w kontekście funkcji kierowniczej są umiejętności interpersonalne, wśród których wydzielono 14 indywidualnych cech. Pod tym względem lekarze wykazują się rozwiniętymi, a nawet można stwierdzić bardzo rozwiniętymi umiejętnościami. Największe rezerwy drzemią w lekarzach w związku ze zdolnościami przywódczymi, które są cechą niezbędną na stanowisku kierowniczym, jednak lekarze posiadają ją w stopniu dalece niedoskonałym. Natomiast biorąc pod uwagę ogół analizowanych umiejętności, można przyjąć, że lekarze prezentują je w sposób wystarczający. Występujące luki można w łatwy

sposób uzupełnić. Natomiast pielęgniarki postrzega się często jako pracowników, którzy wykonują zadania stanowiące uzupełnienie procesu leczenia. Pielęgniarki wykazują umiejętności interpersonalne na niższym poziomie niż lekarze. Ogólnie posiadane umiejętności interpersonalne pielęgniarek można postrzegać pozytywnie, w większości są one wysoce rozwinięte bądź co najmniej na poziomie ponadprzeciętnym. Najniższą ocenę u pielęgniarek uzyskały, podobnie jak u lekarzy, zdolności przywódcze. Pielęgniarki wykazały duże braki w tym zakresie umiejętności.

Średnia ocena każdej cechy pielęgniarek w stosunku do lekarzy jest niższa o 0,2 na cesze. W układzie procentowym średnia różnica na cechę wynosi 4% na niekorzyść pielęgniarek, a w przypadku niektórych umiejętności różnica może sięgać nawet 7%. Z kolei najmniejszą różnicę stwierdzono w przypadku oceny dyspozycyjności – 1% na korzyść lekarzy. Reasumując, żadna z analizowanych cech nie jest wyżej oceniana przez pielęgniarki.

Przygotowanie obu grup zawodowych w zakresie umiejętności można ocenić pozytywnie. Wynika to z faktu, że zarówno personel medyczny, tak i kierownicy muszą mieć te same umiejętności interpersonalne. Jedynie zdolności przywódcze nie są ani wymagane, ani potrzebne na stanowisku operacyjnym, w związku z tym zarówno lekarze, jak i pielęgniarki nie mają tej cechy wysoce rozwiniętej. Analizując kompetencje interpersonalne, autor stwierdza, że lekarze są lepiej przygotowani do pełnienia funkcji kierowniczych. Największe różnice na niekorzyść pielęgniarek dotyczą umiejętności skupionych na komunikacji wszystkich analizowanych rodzajów. Natomiast umiejętności zarządzania sprzętem oraz informacją, a konkretnie odpowiedzialność za powierzony sprzęt (rzadziej dotyczy to lekarzy) oraz procedura obiegu dokumentów i obsługi administracyjno-organizacyjnej procesu leczenia są lepiej opanowane przez pielęgniarki.

Kryzys kompetencyjny funkcji kierowniczej w szpitalach wynika z „pogoni” lekarzy za awansem zawodowym, zdobywaniem specjalizacji, przy czym niedostatki kadrowe w grupie lekarskiej powodują, że wydłuża się czas oczekiwania pacjenta na usługę medyczną, co wpływa negatywnie na humanistyczny wymiar organizacji szpitalnej. Jednocześnie spośród wszystkich grup pracowniczych najczęściej funkcje kierownicze pełnią właśnie lekarze. Zazwyczaj jest to stanowisko ordynatora, a niekiedy kierownika komórki organizacyjnej. W niektórych szpitalach nawet co szósty zatrudniony lekarz pełni funkcję kierowniczą. W przypadku pielęgniarek nie jest to już tak duży odsetek – co siedemdziesiąta piąta pielęgniarka pełni funkcję kierowniczą²⁵³.

Badania pokazują, że 60–80% podstawowej opieki świadczonej tradycyjnie przez lekarza mogą z powodzeniem wykonywać pielęgniarki²⁵⁴. Przy jednoczesnym wzroście wymagań kwalifikacyjnych, a co za tym idzie, przyroście wiedzy medycznej pielęgniarskiego personelu medycznego, lekarze mogą być w coraz większym stopniu zastępowani przez pielęgniarki i zajmować się zadaniami bardziej złożonymi-

²⁵³ Dane zebrane w wybranych pięciu szpitalach z województwa dolnośląskiego, rynekzdrowia.pl; dostęp: 6.10.2012.

²⁵⁴ *Pielęgniarki o swoich miejscach pracy*, „Rynek Zdrowia”, listopad 2011, 76; rynekzdrowia.pl (dostęp: 6.10.2012).

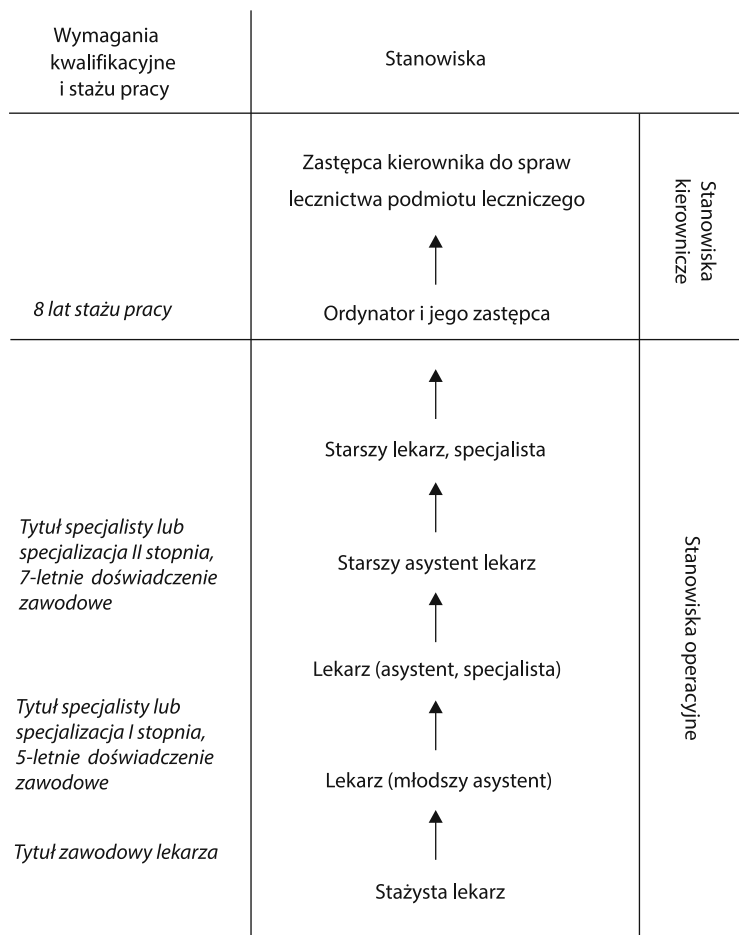
mi. Zwiększy to efektywność leczniczą jednostki, a lekarze z dodatkowymi kompetencjami będą mogli pełnić funkcje kierownicze bez naruszenia funkcjonowania szpitala na płaszczyźnie leczniczej. Większe zaangażowanie i wzrost samodzielności pielęgniarek w procesie leczenia spowoduje, że wzrosną możliwości zaangażowania lekarzy w działania kierownicze. Większość spośród przebadanych lekarzy podnosi swoje kompetencje, ale tylko w zakresie medycznym, w związku z wykonywanym zawodem lekarza. Działania na płaszczyźnie menedżerskiej traktują jako dodatek do podstawowej profesji, jako zło konieczne. Polega to na obejmowaniu przez lekarzy stanowisk kierowniczych, do czego nie są przygotowani, ale również na wypełnianiu niektórych obowiązków, a marginalizowaniu bądź odkładaniu w czasie pozostałych, które wynikają z pełnionej funkcji. Zmniejsza to efektywność wykorzystania zasobów sprzętowych oraz ludzkich.

W ten sposób osoby awansowane do pełnienia funkcji kierowniczej można określić jako „kierowników niespodzianki”. Nie wiadomo, czy podołają zadaniu, czy będą w stanie zarządzać podległym zasobem ludzkim czy sprzętowym. Są to dylematy, które z pewnością towarzyszą decydom w chwili ogłoszenia wyniku konkursu na stanowisko zarządcze. Zwyczajowo lekarze pełniący funkcję ordynatora skupieni są na obowiązkach zawodowych i kontrolowaniu (nauczaniu) podległych młodszych adeptów medycyny. Zachodzi relacja o charakterze mistrz–uczeń, a powinna przełożony–podwładny. Relacje te różnią się charakterem, zastosowaniem czy też formą przekazu.

Na rysunkach 4 i 5 zaprezentowano ścieżki awansu zawodowego lekarzy i pielęgniarek, pokazujące szczeble awansu pionowego z podziałem na stanowiska operacyjne i kierownicze. W przypadku lekarzy można wyróżnić pięć szczebli dla pracowników operacyjnych oraz dwa szczeble dla kadry zarządzającej wywodzącej się spośród lekarzy. W pierwszej kolumnie przedstawiono kolejne wymogi, jakie są stawiane przy awansach pionowych. Analizując wymogi kompetencyjne, widzimy, że pracownicy z tytułem zawodowym mogą zajmować zarówno stanowisko stażysty lekarza, jak i lekarza, nie stawia się im innych wymagań. Podobnie jest w przypadku stanowisk kierowniczych (ordynatora, zastępcy kierownika), na które kwalifikują się ci lekarze, którzy spełnią dwa warunki: wykształcenie (II stopień specjalizacji, specjalizacja) oraz ośmioletni staż pracy.

Ścieżka pionowego awansu zawodowego pielęgniarek jest bardziej rozbudowana od lekarskiej. Autor sklasyfikował siedem stanowisk operacyjnych oraz cztery kierownicze. W rozporządzeniu uwzględniono pielęgniarki nieposiadające zawodowego wykształcenia wyższego, w przypadku nowo zatrudnianych osób wymagane jest już wyższe wykształcenie, z kolei pielęgniarki czynne zawodowo przed wejściem w życie rozporządzenia mogą wykonywać zawód na wcześniejszych warunkach kwalifikacyjnych do 31 grudnia 2020 roku. Jest to okres przejściowy, w którym pielęgniarki muszą uzupełnić wykształcenie. Podobnie jak w przypadku lekarzy ustawodawca określił wspólne warunki kwalifikacyjne dla wszystkich stanowisk kierowniczych zajmowanych przez pielęgniarki.

Z przeprowadzonej analizy stanowisk pracy, które są częścią ścieżki awansu zawodowego lekarzy oraz pielęgniarek, wynika brak operacyjnego stanowiska kie-

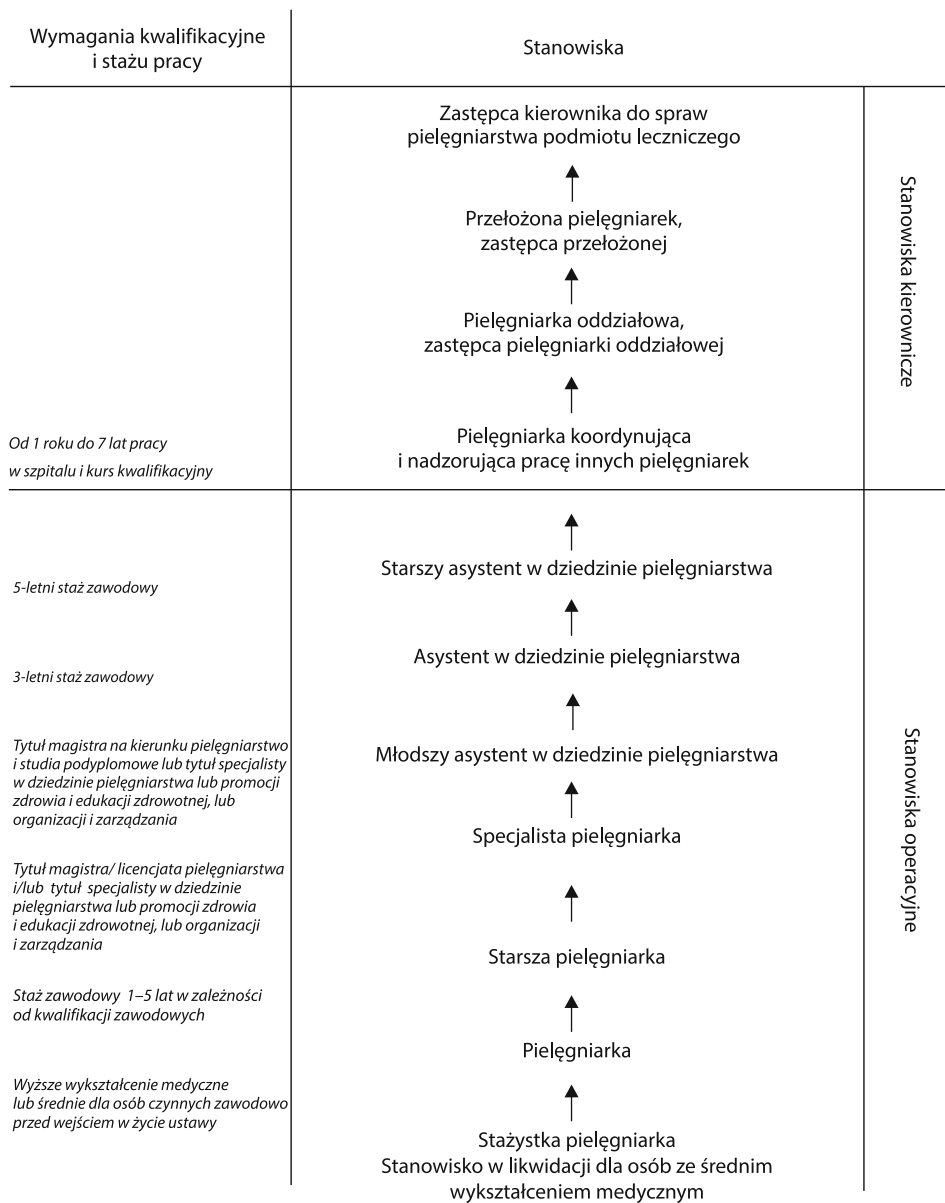


Rysunek 4. Ścieżka awansu zawodowego lekarzy z podziałem na stanowiska operacyjne i kierownicze

Źródło: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 roku w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami

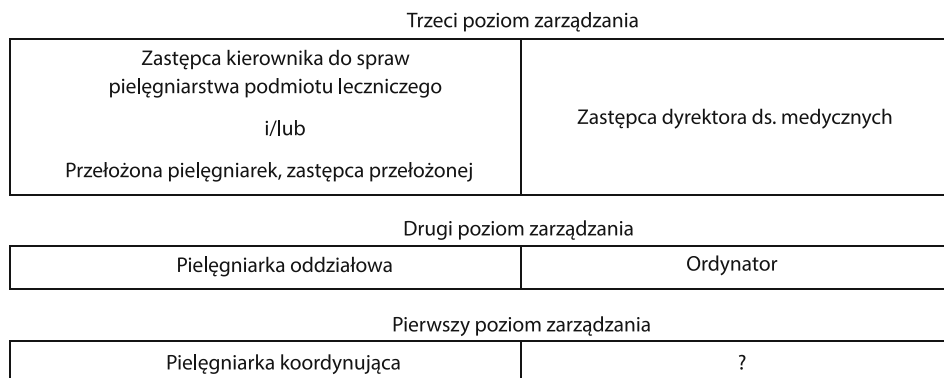
rowniczego w części dotyczącej lekarzy. Z powodu braku takiego stanowiska obowiązki niższego szczebla przejmują ordynatorzy, którzy łączą funkcję kierownika drugiego poziomu z kompetencjami kierownika pierwszego poziomu.

Przez to ordynatorzy częściej sprawują opiekę merytoryczną o charakterze wspomagającym i opiniującym pracę młodszych lekarzy. Natomiast nie wypełniają należycie obowiązków związanych z planowaniem, organizowaniem oraz kontrolowaniem podległego im oddziału szpitalnego.



Rysunek 5. Ścieżka awansu zawodowego pielęgniarek z podziałem na stanowiska operacyjne i kierownicze

Źródło: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 roku w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami



Rysunek 6. Stanowiska kierownicze na różnych poziomach zarządzania organizacją szpitalną obsadzone przez personel medyczny

Źródło: Opracowanie własne na podstawie aktów prawnych

Wspomaganie i rozwój kadr kierowniczych na poziomie operacyjnym opieki pielęgniarskiej napotyka trudności dotyczące rekrutacji, absencji, zastępstw, zarządzania mobilnością pracowników paramedycznych. Są to problemy, które trzeba rozwiązać. W ten sposób tworzona jest „polityka menedżerska” w każdym szpitalu, w czasie kiedy wchodzi w życie ustawa²⁵⁵ o przekształceniu ich w spółki prawa handlowego.

Ta reforma zarządzania podmiotami leczniczymi głęboko modyfikuje podział zakresów kompetencji i środków do realizacji celów i wpływa na istotę decyzji „co-raz bardziej paradoksalnych, podejmowanych między wymogami opieki szpitalnej a wymogami efektywności ekonomicznej organizacji coraz bardziej sitkowej”. Często prowadzi to do wielorakich zdarzeń pejoratywnych²⁵⁶.

Operacyjny menedżer zdrowia zajmuje pozycję pomiędzy opieką medyczno-pielęgniarską a efektywnością ekonomiczną jednostki organizacyjnej, do której przynależy wraz ze swoim zespołem. Celem ustawy o przekształceniu szpitali publicznych w spółki prawa handlowego jest nadanie im wymiaru rynkowego poprzez antycypowanie ewolucji ekonomicznej, a także demograficznej (związanej ze starzeniem się społeczeństwa) i cywilizacyjnej (wzrost świadomości oraz pojawienie i rozpowszechnienie się nowych „chorób cywilizacyjnych”). Przemiany te odciskają piętno na zmianach kulturowych wpływających na zakres działania pracowników medycznych szpitala bez względu na ich pozycję w hierarchii organizacyjnej. W tej sytuacji liniowi menedżerowie opieki medycznej znaleźli się w bardzo trudnym położeniu i dlatego ich funkcja zasługuje na szczególną analizę. Niezadowolenie z pracy i wypalenie zawodowe to częste przypadki w grupie menedżerów zdrowia. Wielu z nich nie ma wsparcia ze strony dyrekcji, która wymaga od nich za dużo. Czują się pozostawieni sami sobie i niezrozumiani przez zespoły, którymi kierują.

²⁵⁵ Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 roku (Dz.U. 2011 Nr 112, poz. 654).

²⁵⁶ P. Bourret, *Les cadres de santé à l'hôpital: un travail de lien invisible*, Editions Broché, 2008.

Wymienione tutaj niepożądane zjawiska przyczyniają się do dehumanizacji działalności podmiotów leczniczych.

Autor, odwołując się do studiowanej literatury przedmiotu, wyróżnił dwa podejścia, które są ukierunkowane na konieczność poprawy ogólnej efektywności organizacji²⁵⁷. Pierwsze dotyczące zmian organizacyjnych (teoria O) i drugie o charakterze ekonomicznym (teoria E).

Teorię E określa się jako działania nastawione na szybki wzrost wartości udziałów. Powodem wdrażania tej teorii w praktyce jest zwykle bardzo trudna sytuacja finansowa przedsiębiorstwa. Działania naprawcze podejmowane są odgórnie i głównie ukierunkowane na redukcję kosztów, zmniejszenie rozmiarów spółki czy też sprzedaż akcji. Teoria O określana jest również jako możliwości organizacyjne. Charakteryzuje ją cel ukierunkowany na wzrost efektywności organizacji dzięki tworzeniu silnej kultury organizacyjnej i rozwojowi kompetencji pracowniczych. Taka zmiana nie jest stała, trzeba ją powtarzać w sposób ciągły bądź w krótkich interwałach czasowych (co roku)²⁵⁸.

W dalszej części autor przedstawi swoje propozycje przemian w zakresie organizacyjnym i kompetencyjnym pracowników. Zastosowane zostanie więc podejście ukierunkowane na zmiany organizacyjne.

8.2. Propozycja zmian organizacyjnych

Mianem innowacji zarządczej określa się innowację polegającą na odejściu od tradycyjnych paradygmatów zarządzania w danej branży lub na danym rynku. W jej wyniku powstają nowe procesy, praktyki bądź struktury zarządzania, pozwalające organizacji działać w sposób odmienny od konkurencji. Celem takich działań jest to, aby po przekształceniach organizacja osiągnęła znaczącą przewagę konkurencyjną nad innymi uczestnikami rynku²⁵⁹.

Restrukturyzacja szpitali wzmacnia zjawisko odejścia od kumulowania środków i zastąpienia tego działania racjonalnym podejściem do zasobów w celu polepszenia jakości opieki medycznej. Szpital zamienia się w quasi-przedsiębiorstwo, którego przeobrażenie jest przedmiotem zmasowanej krytyki personelu medycznego, szczególnie z powodu osłabienia władzy medycznej na korzyść władzy dyrektorów szpitala²⁶⁰, którzy okazują się bezradni wobec głębokiego kryzysu moralnego²⁶¹.

²⁵⁷ M. Beer, N. Nohria, *Breaking the Code of Change*, "Harvard Business Review", May–June 2000, 78, 3, s. 133–141.

²⁵⁸ Zob. S.P. Robbins, N. Langton, *Organizational Behaviour: Concepts, Controversies, Applications*, Prentice Hall, Toronto 2003, s. 15–36.

²⁵⁹ M. Prudzienica, *Innowacje – podstawowe zagadnienia*, [w:] *Zarządzanie wiedzą w kreowaniu innowacji zarządczych*, red. M. Morawski, M. Prudzienica, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2011, s. 36.

²⁶⁰ F. Pierru, *L'hôpital entreprise. Une self-fulfilling prophecy avortée*, „Politix”, 1999, 12, 46, s. 7–47.

²⁶¹ R. Couanau, *Rapport sur l'organisation interne de l'hôpital*, Assemblée Nationale, 2003.

Zmiany w sposobie zarządzania i podziału kompetencji między pracowników powinny być odwzorowane na przemianach, które zostały przeprowadzone w szpitalach francuskich. Jakikolwiek zmiany wymagają zaangażowania się wszystkich pracowników i to niezależnie od tego, na jakim szczeblu struktury organizacyjnej się znajdują: czy są członkami zarządu, kierownikami drugiego czy pierwszego szczebla, lekarzami, pielęgniarkami czy też pracownikami pomocniczymi.

Od lat 80. XX wieku w literaturze zachodniej badano stosunki między personelem medycznym a paramedycznym pod kątem dominacji pracowników z pierwszej grupy. W tej perspektywie socjologicznej²⁶² uwidocznił się podwójny interes pielęgniarek w przejściu z medycznych stanowisk operacyjnych na stanowiska związane z administrowaniem opieką pielęgniarską w ramach zadań na stanowiskach kierowniczych szczebla operacyjnego, co w konsekwencji skutkowało:

- ucieczką pielęgniarek spod kurateli lekarskiej, ponieważ na każdym szczeblu personel pielęgniarski jest podporządkowany kierownikom wywodzącym się spośród lekarzy;
- objęciem władzy i kontroli nad organizacją opieki pielęgniarskiej.

Na podstawie doświadczeń francuskich można stwierdzić, że w trakcie przemian organizacyjno-szkoleniowych pojawiają się trudności, które dotyczą:

- potrzeby refleksji nad problematyką szkolenia kadr kierowniczych na wszystkich poziomach systemu zarządzania szpitalem;
- przedefiniowania misji funkcji kierowniczych na wszystkich poziomach zarządzania szpitalem;
- braku odpowiedzi ze strony organów założycielskich oraz ministerstwa zdrowia odnośnie do problematyki szkolenia menedżerów zdrowia.

Szpitaly przekształcone w spółki prawa handlowego wymagają od swoich zarządzających, aby sprostali „nowym misjom menedżerskim” w zakresie zarządzania w warunkach quasi-rynkowych, a także zarządzania pracownikiem, i to w kontekście ograniczania wydatków oraz zarządzania zmianami, jednocześnie zapewniając współdziałanie różnych pod względem interesu grup: udziałowców, zarządu, kadr administracyjnych i technicznych, lekarzy, pielęgniarek, personelu paramedycznego i pomocniczego oraz pacjentów i ich rodzin.

Personel medyczny jest to grupa pracownicza, która ma duży wpływ na zarządzanie zasobami w szpitalach na wszystkich jego szczeblach organizacyjnych, w tym dwoma najistotniejszymi od strony efektywnego zarządzania, tj. sprzętem medycznym oraz pracownikami. Badania kompetencji posiadanych przez lekarzy i pielęgniarki w zestawieniu z oczekiwaniami pracowników pełniących funkcje kierownicze pozwalają przyjąć następujące założenia:

1. Zarówno lekarze, jak i pielęgniarki wykazują umiejętności interpersonalne, które można udoskonalić poprzez uczestnictwo w szkoleniach wewnętrznych ukierunkowanych na treningi interpersonalne oraz *case-studies*.

²⁶² E. Freidson, *La profession médicale*, „Sciences Sociales et Santé”, 1985, 3 (1), s. 131.

2. Ogólna wiedza menedżerska lekarzy jest wyższa niż pielęgniarek, niewystarczająca jednak do „objęcia z marszu” stanowiska kierowniczego w strukturze szpitalnej.
3. Braki kadrowe personelu medycznego, w szczególności niedostatek lekarzy różnych specjalizacji, powodują, że lekarze obejmujący funkcje kierownicze chcąc w sposób prawidłowy wypełniać obowiązki w ramach zajmowanego stanowiska pracy, nie mogą się realizować w swoim podstawowym zawodzie, a to z kolei zubaża ofertę medyczną podmiotu leczniczego.
4. Skupienie się przedstawicieli personelu medycznego na działalności kierowniczej powoduje kolejne negatywne zjawisko „utruty kompetencji medycznych” związanych z długotrwałą rezygnacją z pracy w zawodzie medycznym.

Wszystkie te spostrzeżenia wynikające z badań empirycznych oraz studiów literaturowych skłaniają autora do zaproponowania zmian mających na celu uchronienie personelu medycznego przed utratą kompetencji zawodowych oraz racjonalne zarządzanie posiadanymi przez podmioty lecznicze zasobami materialnymi i pracowniczymi (bez uwzględnienia zasobu finansowego).

W tym celu ewolucję systemu należy oprzeć na teorii „O” ukierunkowanej na zmiany organizacyjno-szkoleniowe w szpitalach.

Szpital, opierając się na standardyzacji zachowań personelu, stanowi pewnego rodzaju biurokrację profesjonalną, której interes tkwi w jej demokratycznym funkcjonowaniu – „rozpraszając władzę bezpośrednio na personel operacyjny, któremu przekazuje się znaczną niezależność, uwalnia się go nawet od potrzeby wąskiego koordynowania działań z sąsiadującymi stanowiskami pracy oraz od wszystkich presji i polityk, które z tego wynikają”²⁶³.

W procesie zarządzania wiedzą, według C. Harmana i S. Brelade’a, powinny być podejmowane działania polegające na gromadzeniu i uzyskiwaniu oraz wykorzystywaniu odpowiednich informacji, przy równoczesnym zapewnieniu dostępu pracowników do tych wiadomości, tak aby były one przetwarzane w celu doskonalenia indywidualnej wiedzy oraz organizacji szpitalnej jako całości²⁶⁴.

Rola organizacyjna to coś znacznie więcej niż zakres czynności. Pod tym pojęciem kryją się nie tylko zadania stanowiska, wymagane na nim wykształcenie, praktyczne umiejętności, postawy i zachowania, ale także uprawnienia i odpowiedzialność, miejsce w służbowej hierarchii, relacje z innymi stanowiskami i ludźmi w środowisku pracy, a także wiele aspektów kulturowych²⁶⁵.

W szpitalach francuskich korpus kierowniczy rekrutowany jest spośród kadry pielęgniarskiej, odróżnia się od personelu pielęgniarskiego tym, że zarządza oraz jest stroną, która współpracuje z lekarzami w ramach procesu opieki pielęgniarskiej. Lekarze jednak „uciekają” spod takiej władzy administracyjnej. W przypadku zapo-

²⁶³ H. Mintzberg, *Structure et dynamique des organisations*, Editions d’organisation, 1982, s. 329.

²⁶⁴ C. Harman, S. Brelade, *Knowledge Management and the Role of HR*, Prentice Hall, Pearson Education Limited, London 2000, s. 5.

²⁶⁵ T. Oleksyn, *Praca i płaca w zarządzaniu*, Wydawnictwo Międzynarodowa Szkoła Menedżerów, Warszawa 2001, s. 231.

życzenia takich samych pomysłów i wdrożenia ich w polskich szpitalach powstałoby takie same zjawisko polegające na uciekaniu lekarzy spod kontroli pielęgniarek.

Lekarze i pielęgniarki ze względu na specyfikę wykonywanego zawodu mają większość cech interpersonalnych przydatnych na stanowisku kierowniczym. Inaczej jest z wiedzą menedżerską. Niski jej poziom stanowi przyczynę ewentualnej niższej jakości zarządzania w przypadku objęcia stanowiska przez przedstawiciela zaliczanego do grupy pracowników medycznych.

Propozycja rozkładu kompetencji na stanowiskach kierowniczych różnych szczebli R.L. Katza pozwala wyróżnić kompetencje koncepcyjne, społeczne i techniczne z różnym natężeniem dla menedżerów pierwszej linii, średniego szczebla oraz naczelnego kierownictwa²⁶⁶. Zgodnie z nią menedżerami liniowymi są głównie specjaliści w swojej profesji z umiejętnościami interpersonalnymi i społecznymi. Natomiast poziom drugi i trzeci zarządzania wymaga od kadry zarządzającej wiedzy menedżerskiej oraz zdolności do kierowania zespołami interdyscyplinarnymi. W szpitalach jednak poziom drugi, czyli organizacja oddziałów, ma znaczny wpływ na funkcjonowanie całego szpitala. Jest to podstawowa forma organizacyjna wewnątrz szpitala, która łączy kompetencje poziomu drugiego i pierwszego.

Podobne szczeble podziału kierowników proponuje T. Oleksyn, w prostszy sposób opisując zakres kompetencyjny menedżerów, którym przydał dwie grupy kompetencji: zawodowych i menedżerskich²⁶⁷. Pracownicy pełniący funkcje menedżerów operacyjnych muszą mieć bardziej rozwinięte kompetencje zawodowe i w dużo mniejszym stopniu kompetencje menedżerskie, które autor ze względu na charakter wykonywanej pracy proponuje ograniczyć do kompetencji społecznych, skupionych na zarządzaniu pracownikami. Menedżerowie drugiego szczebla organizacyjnego posiadają bardziej rozbudowane kompetencje menedżerskie ukierunkowane na różne płaszczyzny zarządzania zasobami ludzkimi, materialnymi oraz finansowymi. Z kolei wymagania kompetencyjne w zakresie przygotowania zawodowego nie są już tak duże jak u menedżerów pierwszej linii. Najwyższa kadra zarządzająca powinna być wyposażona w minimalnym stopniu w kompetencje zawodowe obudowane rozwiniętymi kompetencjami menedżerskimi. Analizując oczekiwania wobec kierowników różnych szczebli, badacz dzieli menedżerów na dwie grupy: menedżerów „mistrzów w swojej profesji”, czyli najlepszych wśród pracowników – „liderów pracy”, oraz menedżerów profesjonalistów, wykształconych w zakresie zarządzania organizacją, do których zalicza kierowników poziomu drugiego i trzeciego.

Wnioski badawcze oraz przytoczone rozważania R.L. Katza i T. Oleksyna pozwalają autorowi wyrazić opinię, że lekarze i pielęgniarki jako pracownicy o wysokich kompetencjach specjalistycznych, uzupełnionych o umiejętności interpersonalne i społeczne, spełniają wszelkie warunki, aby pełnić funkcję kierowników operacyjnych.

Stanowiska administracyjne mogą być obsadzone przez najlepszych pod względem kompetencji menedżerskich przedstawicieli personelu medycznego, lecz trzeba

²⁶⁶ R.L. Katz, *Skills of an effective administrator*, s. 33–42.

²⁶⁷ T. Oleksyn, *Zarządzanie kompetencjami...*, s. 169–170.

się zastanowić, czy szpital stać na stratę specjalisty w swojej profesji. W zależności od tego, czy dotyczy to lekarzy, czy pielęgniarów, autor proponuje różne rozwiązania dla pracowników z tych grup zawodowych.

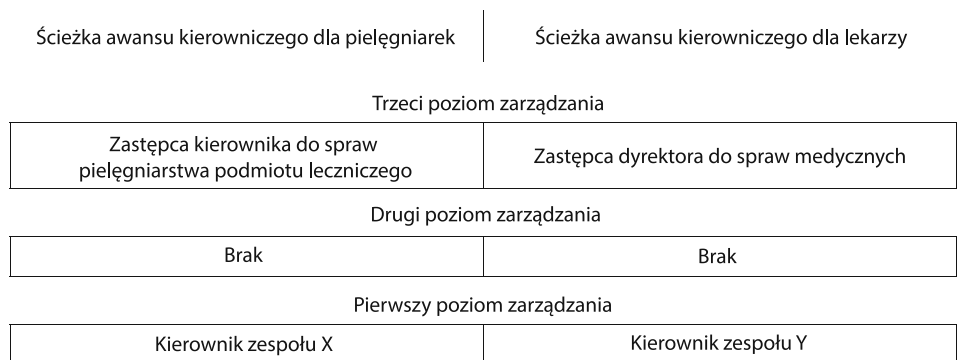
Lekarzy można scharakteryzować jako pracowników dobrze wykształconych, z dużą wiedzą specjalistyczną. Uwzględniając występujące przy tym niedobory kadrowe, wysokie koszty wykształcenia tego typu specjalistów oraz ich potrzeby doskonalenia wiedzy specjalistycznej, nie powinno się ich „tracić”, a właściwie ich umiejętności w związku z objęciem stanowiska kierowniczego. Aby być kompetentnym menedżerem, lekarz musiałby zrezygnować z ciągłego doskonalenia kompetencji medycznych, a to z kolei w dłuższym okresie pociągnęłoby za sobą utratę kompetencji specjalistycznych, co skutkowałoby trudnościami z powrotem do zawodu lekarza.

Z kolei pielęgniarki są grupą pracowniczą, która zdobywa medyczne wykształcenie ukierunkowane na praktyczne jej użycie w procesie leczenia oraz wspomaganie lekarzy w świadczeniu usług medycznych. Ze względu na ich mniejsze znaczenie od lekarzy w procesie leczenia, a przede wszystkim na liczebność tej grupy zawodowej, stanowiącej około 50% ogółu pracowników szpitali, łatwiej można zastąpić pielęgniarki w miejscu pracy. Pielęgniarki po uzupełnieniu wiedzy menedżerskiej i udoskonaleniu niektórych umiejętności interpersonalnych mogłyby stanowić potencjalny i dobrze wykwalifikowany zasób ludzki, z którego byłyby rekrutowane osoby na stanowiska kierownicze.

Uwzględniając specyfikę organizacji działających w systemie ochrony zdrowia oraz zawodów medycznych, autor proponuje w ramach ścieżki awansu zawodowego personelu medycznego pozostawienie stanowisk najwyższego szczebla, które nie mają charakteru ogólnozarządczego. Zarówno lekarze, jak i pielęgniarki piastujący stanowisko zastępcy dyrektora zajmują się aspektem medycznym bądź pielęgniarskim. Takie stanowisko może objąć pracownik medyczny z co najmniej kilkuletnim stażem związanym z zarządzaniem jednostką na pierwszym poziomie organizacji szpitalnej.

Z badań przeprowadzonych w szpitalach wynika, że personel medyczny jest ukierunkowany na doskonalenie kompetencji zawodowych, a ewentualny awans na stanowisko kierownicze spowoduje częściową utratę wysokich kompetencji specjalistycznych w tej grupie pracowniczej. Natomiast gdy lekarz bądź pielęgniarka będą cały czas doskonalić się zawodowo, równocześnie piastując stanowisko kierownicze, będzie to wpływało na problemy organizacyjne w zarządzanej przez nich jednostce. W ten sposób uniknie się „marnowania” kompetencji specjalistycznych personelu medycznego, jak również spadku efektywności funkcjonowania na płaszczynie leczniczej komórki organizacyjnej.

Menedżer liniowy w szpitalach ma za zadanie planować i organizować pracę specjalistów, których ze względu na wysoką wiedzę nie trzeba kontrolować. Personel mianowany na to stanowisko zarządza małą grupą pracowników (4–6 specjalistów), co jest korzystne zarówno dla kierowników, jak i pracowników. Korzyść dla kierowników wynika z budowania wokół „mistrza” zespołu specjalistów, który funkcjonuje na



Rysunek 7. Propozycja stanowisk kierowniczych na różnych poziomach zarządzania organizacją szpitalną obsadzanych przez personel medyczny

Źródło: Opracowanie własne na podstawie aktów prawnych

zasadzie relacji mistrz–uczeń. Z kolei specjaliści mogą podglądać najlepszego spośród specjalistów i zdobywać bądź doskonalić nowe umiejętności oraz wiedzę zawodową.

Jednocześnie jakość staje się pojęciem kluczowym dla personelu operacyjnego szpitala i jest rozumiana jako: jakość opieki medycznej, jakość usług, jakość relacji interpersonalnych oraz jakość zarządzania *hands on management*. Operacyjny menedżer zdrowia organizuje przepływ informacji poziomo i pionowo, między różnymi kategoriami profesjonalistów: do sąsiednich menedżerów na tym samym poziomie, w górę hierarchii do przełożonych czy też w dół do podwładnych pracowników kierowanego zespołu²⁶⁸.

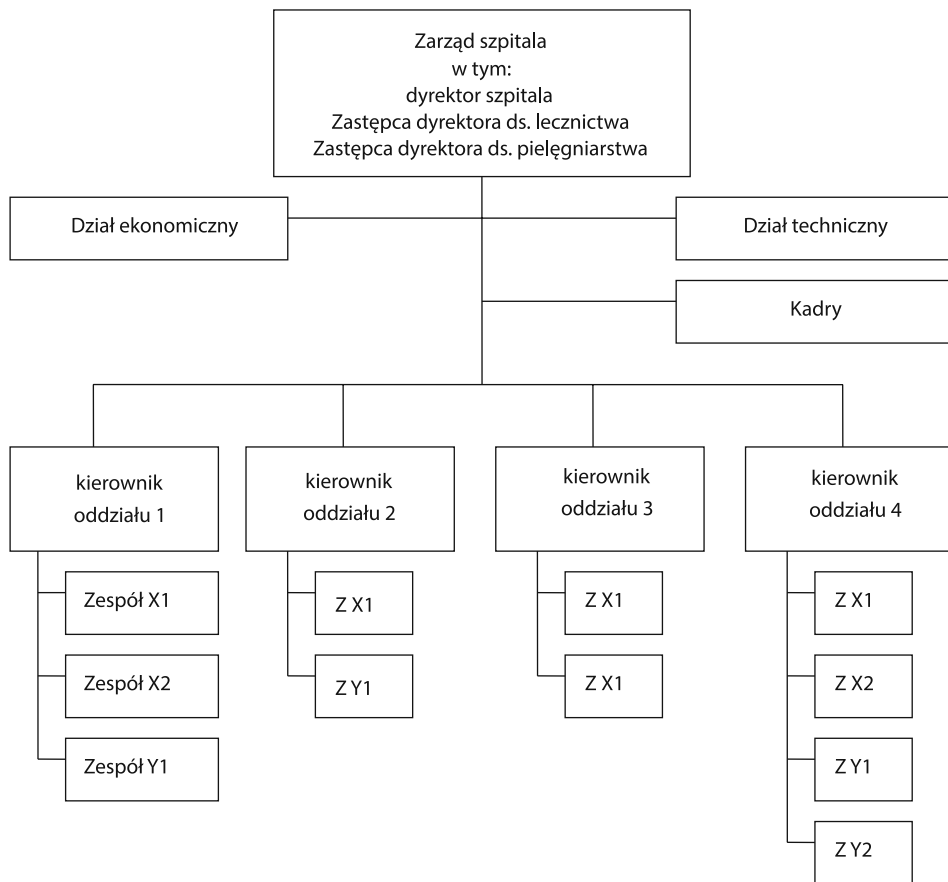
W wyniku tego działania powinna poprawić się jakość współpracy²⁶⁹. W wizji autora obok medycznych stanowisk kierowniczych znajdują się również tzw. administracyjne ich odpowiedniki, które są przeznaczone dla profesjonalnych menedżerów nieposiadających wykształcenia medycznego, lecz wyposażonych zarówno w kwalifikacje, jak i wiedzę oraz umiejętności z zakresu zarządzania organizacjami.

Autor proponuje zmodyfikowaną strukturę organizacyjną, w której uwzględnieni są menedżerowie medyczni oraz administracyjni (rysunek 8).

Innowacyjność w strukturze organizacyjnej polega na podziale zadań na medyczne i niemedyczne, które zostały rozdzielone na dwa typy komórek organizacyjnych: zespoły medyczne oraz zespół administracyjno-usługowy. Małe zespoły medyczne są zarządzane przez pracowników rekrutowanych spośród personelu medycznego. Płaszczyzną pozamedyczną zarządzają menedżerowie zatrudnieni również na pierwszym szczeblu organizacyjnym. Zadaniem kierowników zarządzających zespołami

²⁶⁸ F. Dougnet, I. Munoz, *Les effets de l'accréditation et des mesures d'amélioration sur la qualité des soins sur l'activité des personnels soignants*, DREES, Document de Travail, Juin 2005, 48, „Serie Etudes”.

²⁶⁹ M. Kęsy, *Relacje i komunikacja w świecie medycznym*, s. 135–150.



Rysunek 8. Propozycja innowacji organizacyjnej z uwzględnieniem poziomów zarządzania

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań teoretycznych i empirycznych

administracyjno-usługowymi nie jest kontrola czy zarządzanie zespołami medycznymi, lecz realizacja zadań niemedycznych, czyli pomocniczych, które dokonują się w organizacji szpitalnej. Zespoły administracyjno-usługowe pełnią wobec zespołów medycznych rolę usługową i administracyjną, polegającą na wspomaganiu i prowadzeniu spraw personalnych, finansowych, technicznych i innych.

W związku z tym autor proponuje dokonanie również zmian w zakresie kompetencji pracowniczych, polegających na podziale stanowisk kierowniczych na medyczne i administracyjno-usługowe. W ten sposób szpital optymalizuje posiadane zasoby ludzkie i sprzętowe bez utraty kompetentnych pracowników medycznych.

Menedżer szpitala, kliniki czy też domu opieki społecznej, ale także dowolnego przedsiębiorstwa musi podjąć każdą decyzję szybko. Często jest zmuszony lawirować między różnymi przeszkodami natury prawnej, społecznej i ekonomicznej.

Musi także wziąć pod uwagę czynnik ludzki i technologiczny. Jego decyzje mogą mieć znaczny wpływ na stan jego organizacji (klimat społeczny, problemy prawne, ryzyko sanitarne, konsekwencje ekonomiczne). Praca menedżera nie jest więc zbyt odległa, w pewnym sensie, od pracy lekarza, a tymczasem zarządzanie, którego się nauczył w ciągu swojego życia zawodowego, najczęściej nie opiera się na wiedzy teoretycznej. Zarządzanie w sektorze ochrony zdrowia jest dyscypliną zapóźnioną w rozwoju w ujęciu naukowym proponowanym przez J. Pfeffera i R.I. Suttona²⁷⁰.

8.3. Metody szkoleń kierowane do menedżerów medycznych

Ludzie to wyjątkowy kapitał organizacji, wart szczególnych zabiegów, inwestycja w kadry pracownicze zaś, mimo że z reguły jest kosztowna, to jednak wysoce opłacalna. Można nawet powiedzieć, że rozwój kadr stanowi zasadniczą strategię przeżycia i rozwoju organizacji. Rozwój pracowników powinien więc być podstawową wartością zarówno dla organizacji, jak i dla nich samych²⁷¹.

Rozwój personelu medycznego ma charakter systemowy, opisany jest za pomocą aktów prawnych, które regulują, ukierunkowują oraz określają rozwój kompetencji zawodowych pracowników z tej grupy zawodowej. Opisano i uregulowano ścieżki awansu zawodowego pracowników zatrudnionych na stanowiskach lekarza^{272,273} i pielęgniarki^{274,275}, w przypadku stanowisk kierowniczych zaś nie są one już tak uszczegółowione. Ukazuje to złe praktyki, które zachodzą w systemie ochrony zdrowia. Brakuje rozwiązań systemowych dotyczących wymogów kompetencyjnych, przy minimalnych obostrzeniach kwalifikacyjnych na stanowiskach kierowniczych. Wskutek tego stanowiska te mogą zajmować pracownicy, którzy nie posiadają wiedzy, umiejętności ani innych cech predysponujących ich do tej funkcji, lecz cechy te potwierdzają dokumentem, nie zaś umiejętnościami bądź uzdolnieniami.

W Polsce, tak samo jak w całej Unii Europejskiej, lekarze mają obowiązek stałego pogłębiania i aktualizowania swoich kompetencji, głównie ukierunkowanych na wiedzę oraz umiejętności zawodowe, nie tylko medyczne, lecz również interpersonalne, wykorzystywane w procesie świadczonych usług medycznych. Służy temu wprowadzony w 2004 roku system uzyskiwania punktów edukacyjnych przez

²⁷⁰ J. Pfeffer, R.I. Sutton, *Evidence-Based Management*, „Harvard Business Review”, 2006, 84 (1), s. 62–74.

²⁷¹ T. Listwan, *Kształcenie kadry menedżerskiej firmy*. Wyd. Mimex, Wrocław 1993, s. 73.

²⁷² Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry z dnia 5 grudnia 1996 roku, ze zmianami z dnia 28 kwietnia 2011 roku (Dz.U. z 2008 roku Nr 236, poz. 857).

²⁷³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentystry z dnia 26 września 2012 roku.

²⁷⁴ Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 roku (Dz.U. 2011.174.1039, 2012-01-01 zm., Dz.U. 2011.291.1707 art.16).

²⁷⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie stażu podyplomowego pielęgniarek i położnych z dnia 15 lipca 2011 roku (Dz.U. Nr 89, poz. 815 z późn. zm.).

lekarzy i lekarzy dentyistów, który wzmocnił i umotywowował zainteresowane osoby do systematycznej i wydajnej pracy.

K. Dziubiński, pełniący funkcję dyrektora Ośrodka Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentyistów Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, stwierdził, że z powodu bardzo szybkiego postępu wiedzy medycznej można przyjąć, że jej okres częściowej dezaktualizacji jest krótszy niż 10 lat. Autor w pełni podziela ten pogląd. Zmiany technologii medycznej, a co za tym idzie – rozwój wiedzy specjalistycznej jest tak dynamiczny, że lekarze, w mniejszym stopniu pielęgniarki, muszą w sposób ciągły pogłębiać wiedzę zawodową. Szkolenia dla lekarzy nie mogą być wyłącznie produktem komercyjnym. Ich nadrzędnym celem powinno być doskonalenie umiejętności i wiedzy lekarza, ugruntowujące prestiż tego zawodu. Wskazano również na szkolenia wewnętrzne jako tę formę kształcenia, która powinna zostać upowszechniona. Od dłuższego czasu Izby Lekarskie obserwują zmniejszanie się frekwencji na szkoleniach dla lekarzy. Analiza tego zjawiska wykazała, że lekarze mają coraz mniej czasu na udział w zajęciach doskonalących ich umiejętności zawodowe²⁷⁶. Dlatego należy urozmaicić szkolenia o nowe niekonwencjonalne formy kształcenia, które będą odpowiadać preferencjom personelu medycznego, jak również staną się skutecznym nośnikiem zarządzania wiedzą.

Zorientowanie się lekarzy i pielęgniarek na rozwój zawodowy w związku ze ścieżką awansu zawodowego uniemożliwia im poświęcenie się pracy na stanowisku menedżerskim, jak również doskonalenie kompetencji z tego zakresu.

W tabelach 168–178 zawarte zostały wyniki badań personelu medycznego, które dotyczą nastawienia i preferencji lekarzy oraz pielęgniarek do pogłębiania wiedzy i umiejętności, które uzyskano w ramach badań przeprowadzonych w 21 szpitalach, zaprezentowanych i przeanalizowanych w rozdziałach 4–7 niniejszej książki. Autor zwraca uwagę, że wyniki dotyczą preferencji szkoleniowych typu medycznego. Większość spośród przebadanych pracowników medycznych uczestniczyła w zajęciach doskonalących kompetencje, realizowanych na terenie szpitali. Większy udział w szkoleniach wewnętrznych pielęgniarek w stosunku do lekarzy wynika z formy tych zajęć. Są one głównie ukierunkowane na nabywanie oraz doskonalenie

Tabela 172. Uczestnictwo personelu medycznego w szkoleniach typu wewnętrznego

Odpowiedzi	Liczbowa struktura odpowiedzi lekarzy	Liczbowa struktura odpowiedzi pielęgniarek	Struktura odpowiedzi lekarzy (%)	Struktura odpowiedzi pielęgniarek (%)
Tak	208	598	82,5	94,8
Nie	44	33	17,5	5,2
Suma	N = 252	N = 631	N = 252	N = 631

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 21 szpitalach

²⁷⁶ P. Migalski, *Bardzo ważna wartość dodana*, „Rynek Zdrowia”, 2011, styczeń, Nr 66, www.rynekzdrowia.pl (dostęp: 15.06.2012).

nie umiejętności zawodowych dotyczących pragmatycznej strony procesu leczenia, czyli obsługi sprzętu medycznego, wykonywania czynności leczniczych. Z kolei dla lekarzy szkolenia wewnętrzne są mniej atrakcyjną formą doskonalenia kompetencji. Wynika to z innych potrzeb lekarzy, które nie są w pełni możliwe do zrealizowania w ramach tego typu szkoleń mających charakter użytkowo-operacyjny.

Zarówno lekarze, jak i pielęgniarki zainteresowani są szkoleniami wewnętrznymi, które realizowane będą w jeden dzień. Wiąże się to z potrzebą uzyskania przez nich praktycznej wiedzy, którą mogą wykorzystać w pracy, zapoznanie się z nowym sprzętem medycznym. Słabą stroną takich szkoleń jest jej zakres tematyczny. Prowadzący je trenerzy wewnętrzni realizują zwykle podstawowe, powtarzalne szkolenia, mające na celu utrzymanie wymaganych standardów pracy, efektywności wykonywanych zadań, lecz nie skupiają się na podnoszeniu wiedzy zawodowej.

Tabela 173. Preferowana długość trwania szkoleń wewnętrznych w ocenie personelu medycznego

Odpowiedzi	Liczbowa struktura odpowiedzi lekarzy	Liczbowa struktura odpowiedzi pielęgniarek	Struktura odpowiedzi lekarzy (%)	Struktura odpowiedzi pielęgniarek (%)
Jeden dzień	176	523	88,9	89,1
Dwa dni	10	37	5,1	6,3
Trzy dni	3	9	1,5	1,5
Więcej dni	9	18	4,5	3,1
Suma	N = 198	N = 587	N = 198	N = 587

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 21 szpitalach

Tabela 174. Dostosowanie tematów szkoleń wewnętrznych do potrzeb personelu medycznego w ocenie samych zainteresowanych

Odpowiedzi	Liczbowa struktura odpowiedzi lekarzy	Liczbowa struktura odpowiedzi pielęgniarek	Struktura odpowiedzi lekarzy (%)	Struktura odpowiedzi pielęgniarek (%)
Bardzo nisko	11	8	5,5	1,4
Nisko	15	18	7,5	3,1
Przeciętnie	91	261	45,5	44,8
Wysoko	75	264	37,5	45,2
Bardzo wysoko	8	32	4,0	5,5
Suma	N = 200	N = 583	N = 200	N = 583

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 21 szpitalach

Konfrontując preferencje lekarzy i pielęgniarek dotyczące szkoleń wewnętrznych, zauważa się, że ogólne odczucia obu grup zawodowych są co prawda powyżej przeciętnej, lecz nie osiągają one bardzo wysokich ocen. Wynikać to może ze słabego dopasowania tematyki zajęć do potrzeb lekarzy i pielęgniarek. Autor proponuje przeprowadzenie diagnozy potrzeb personelu medycznego w celu dopasowania tematyki do ich oczekiwań. Ze względu na pogoń za specjalizacją preferencje lekarzy i pielęgniarek będą powiązane z działaniami realizowanymi w pracy zawodowej.

Ogólna ocena szkoleń wewnętrznych przez pielęgniarki jest pozytywna, mniej pozytywna jest opinia lekarzy, którzy dzielą się na prawie dwie równoliczne grupy zadowolonych i niezadowolonych. Może mieć to związek z niedopasowaniem tematów, którymi są zainteresowani lekarze. Pielęgniarki nie muszą tak rygorystycznie wypełniać warunków awansu zawodowego.

Tabela 175. Poziom zadowolenia personelu medycznego ze szkoleń wewnętrznych

Odpowiedzi	Liczbowa struktura odpowiedzi lekarzy	Liczbowa struktura odpowiedzi pielęgniarek	Struktura odpowiedzi lekarzy (%)	Struktura odpowiedzi pielęgniarek (%)
Tak	140	491	55,3	77,9
Nie	113	139	44,7	22,1
Suma	N = 253	N = 630	N = 253	N = 630

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 21 szpitalach

Z kolei szkolenia zewnętrzne nie cieszą się takim zainteresowaniem wśród personelu medycznego, jak szkolenia wewnętrzne. Pielęgniarki są pozytywnie nastawione do uczestniczenia w tej formie kształcenia, stąd wnioski, że można takie szkolenia realizować i jest na nie zapotrzebowanie w tej grupie zawodowej. W przypadku lekarzy ten typ kształcenia nie cieszy się już takim zainteresowaniem jak szkolenia wewnętrzne. Jest to związane z poświęcaniem dodatkowego czasu na przemieszczanie się uczestników szkoleń z miejsca zatrudnienia do miejsca realizowania kształcenia.

Co ciekawe, preferowany czas trwania szkoleń zewnętrznych różni się od czasu realizacji szkoleń wewnętrznych. Lekarze są słabo zainteresowani tego typu kształceniem, ale ci pracownicy, którzy wykazują zainteresowanie, wybierają jeden dzień jako czas, który najbardziej im odpowiada. Pielęgniarki chcą realizować tego typu szkolenia w jeden lub dwa dni. Może to wynikać z faktu, że jedną z preferowanych form szkoleń są konferencje²⁷⁷ mające charakter biernego uczestnictwa z częścią towarzysko-improwaną.

Pracownicy medyczni, którzy uczestniczyli w szkoleniach zewnętrznych, wyżej oceniają dobór tematyki zajęć. Autor sądzi, że jest to wynik dokonanego wyboru.

²⁷⁷ Tabele 72 i 73 zawierające dane dotyczące form szkoleń preferowanych przez personel medyczny.

Tabela 176. Uczestnictwo personelu medycznego w szkoleniach typu zewnętrznego

Odpowiedzi	Liczbowa struktura odpowiedzi lekarzy	Liczbowa struktura odpowiedzi pielęgniarek	Struktura odpowiedzi lekarzy (%)	Struktura odpowiedzi pielęgniarek (%)
Tak	115	445	45,4	70,5
Nie	138	186	54,6	29,5
Suma	N = 253	N = 631	N = 253	N = 631

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 21 szpitalach

Tabela 177. Preferowana długość trwania szkoleń zewnętrznych w ocenie personelu medycznego

Odpowiedzi	Liczbowa struktura odpowiedzi lekarzy	Liczbowa struktura odpowiedzi pielęgniarek	Struktura odpowiedzi lekarzy (%)	Struktura odpowiedzi pielęgniarek (%)
Jeden dzień	47	179	47,5	44,3
Dwa dni	21	104	21,2	25,8
Trzy dni	10	34	10,1	8,4
Więcej dni	21	87	21,2	21,5
Suma	N = 99	N = 404	N = 99	N = 404

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 21 szpitalach

W szkoleniach tych uczestniczą zainteresowani tematyką zajęć oraz osoby, które świadomie dokonały wyboru zajęć. Stąd pozytywniejsza ocena szkoleń wewnętrznych niż zewnętrznych.

Poziom satysfakcji uczestniczących w szkoleniach zewnętrznych lekarzy i pielęgniarek jest wysoki, czterech na pięciu pracowników medycznych pozytywnie ocenia tę formę kształcenia. Trzeba przy tym pamiętać, że wysoki poziom satysfakcji z działań wykonywanych [...] przez pracowników [...] jest podstawą produktywności i wysokiej jakości²⁷⁸. Jest to dowód, że w tego typu szkoleniach powinni uczestniczyć pracownicy zainteresowani wykładaną tematyką, co wpłynie na większą skuteczność tego typu szkoleń. Również w przypadku tej odmiany kształcenia należy przeprowadzić badania potrzeb kompetencyjnych personelu medycznego.

Dane przedstawione w tabeli 180 są ściśle powiązane z preferowaną odmianą szkoleń wewnętrznych. Wybór terminu zajęć w ramach czasu pracy może się wiązać z niechęcią do poświęcania czasu wolnego na kształcenie bądź z przekonaniem, że

²⁷⁸ M. Bugdol, *Wartości organizacyjne. Szkice z teorii organizacji i zarządzania*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006, s. 157–159.

Tabela 178. Dostosowanie tematów szkoleń zewnętrznych do potrzeb personelu medycznego w ocenie samych zainteresowanych

Odpowiedzi	Liczbowa struktura odpowiedzi lekarzy	Liczbowa struktura odpowiedzi pielęgniarek	Struktura odpowiedzi lekarzy (%)	Struktura odpowiedzi pielęgniarek (%)
Bardzo nisko	2	3	1,9	0,7
Nisko	2	16	1,9	3,8
Przeciętnie	37	145	35,2	34,0
Wysoko	52	234	49,6	54,9
Bardzo wysoko	12	28	11,4	6,6
Suma	N = 105	N = 426	N = 105	N = 426

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 21 szpitalach

Tabela 179. Poziom zadowolenia personelu medycznego ze szkoleń zewnętrznych

Odpowiedzi	Liczbowa struktura odpowiedzi lekarzy	Liczbowa struktura odpowiedzi pielęgniarek	Struktura odpowiedzi lekarzy (%)	Struktura odpowiedzi pielęgniarek (%)
Tak	90	375	82,6	87,2
Nie	19	55	17,4	12,8
Suma	N = 109	N = 430	N = 109	N = 430

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 21 szpitalach

osoba wypoczęta więcej skorzysta z zajęć niż pracownik po kilku, a nawet kilkunastu godzinach pracy.

Analizując łącznie dane zamieszczone w tabelach 181 i 182, można określić pozytywniejsze postrzeganie szkoleń realizowanych w tygodniu, w czasie pracy. Szkolenia weekendowe mają zazwyczaj charakter konferencyjny, personel medyczny woli jednak zajęcia realizowane od poniedziałku do piątku.

Rozwój pracowników jest zespołem działań w zakresie wzbogacania wiedzy, rozwijania zdolności i umiejętności, kształtowania motywacji oraz kondycji fizycznej i psychicznej pracowników, które powinny powodować wzrost ich indywidualnego kapitału ludzkiego oraz wartości kapitału ludzkiego organizacji²⁷⁹.

Szkolenia dzielimy na dwa rodzaje: na stanowisku pracy – *on the job* i poza stanowiskiem pracy – *off the job*. Do szkoleń w miejscu pracy zaliczamy: udział w pracach projektowych, grupowe formy pracy, *coaching*, mentoring, powierzenie zadań zleconych, zastępstwa na stanowiskach pracy oraz rotacja na stanowisku pra-

²⁷⁹ Zarządzanie zasobami ludzkimi. Tworzenie kapitału ludzkiego organizacji, red. H. Król, A. Ludwiczynski, PWN, Warszawa 2007, s. 432.

Tabela 180. Oczekiwanie realizowania szkoleń w czasie pracy przez personel medyczny

Odpowiedzi	Liczbowa struktura odpowiedzi lekarzy	Liczbowa struktura odpowiedzi pielęgniarek	Struktura odpowiedzi lekarzy (%)	Struktura odpowiedzi pielęgniarek (%)
Nigdy	29	104	11,4	16,5
Rzadko	15	17	6,0	2,7
Czasami	35	75	13,8	11,9
Często	23	43	9,1	6,8
Bardzo często	110	312	43,5	49,4
Brak odpowiedzi	41	80	16,2	12,7
Suma	N = 253	N = 631	N = 253	N = 631

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 21 szpitalach

cy. Natomiast na działania w ramach szkoleń poza stanowiskami pracy składają się: seminaria, konferencje, gry ról, metoda sytuacyjna, analizy przypadków oraz treningi grupowe²⁸⁰.

Systemowy przymus pogłębiania kwalifikacji zawodowych, jak również wymagania kompetencyjne stawiane lekarzom i pielęgniarkom, uzupełnione o ich dużą świadomość zawodową, powodują pozytywne zjawisko zaangażowania personelu medycznego w ciągle doskonalenie kompetencji zawodowych.

Tabela 181. Realizacja szkoleń w tygodniu w ocenie personelu medycznego

Odpowiedzi	Liczbowa struktura odpowiedzi lekarzy	Liczbowa struktura odpowiedzi pielęgniarek	Struktura odpowiedzi lekarzy (%)	Struktura odpowiedzi pielęgniarek (%)
Nigdy	40	96	15,8	15,2
Rzadko	14	20	5,5	3,2
Czasami	27	50	10,7	7,9
Często	17	40	6,7	6,3
Bardzo często	99	306	39,2	48,5
Brak odpowiedzi	56	119	22,1	18,9
Suma	N = 253	N = 631	N = 253	N = 631

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 21 szpitalach

²⁸⁰ A. Pochtowski, *Zarządzanie szkoleniami w firmie*, [w:] *Szkolenie i rozwój pracowników a sukces firmy*, red. A. Ludwiczynski, PFPK, Warszawa 1999, s. 320–321.

Tabela 182. Realizacja szkoleń w weekendy w ocenie personelu medycznego

Odpowiedzi	Liczbowa struktura odpowiedzi lekarzy	Liczbowa struktura odpowiedzi pielęgniarek	Struktura odpowiedzi lekarzy (%)	Struktura odpowiedzi pielęgniarek (%)
Nigdy	126	342	49,8	54,2
Rzadko	27	28	10,7	4,4
Czasami	18	52	7,1	8,2
Często	4	22	1,6	3,5
Bardzo często	16	42	6,3	6,7
Brak odpowiedzi	62	145	24,5	23,0
Suma	253	631	100,0	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań przeprowadzonych w 21 szpitalach

Podstawą pogłębiania wiedzy i doskonalenia umiejętności jest dostęp do źródeł wiedzy i ten warunek spełniają właśnie szkolenia zewnętrzne, nieograniczone podmiotowo i przedmiotowo. Autor proponuje w większym stopniu wykorzystać tego typu działania w celu doskonalenia kompetencji specjalistycznych i kluczowych personelu medycznego. Należy zmienić negatywne nastawienie lekarzy do nauczania typu zewnętrznego poprzez wdrożenie systemu szkoleniowego składającego się z form pożądaných przez tę grupę zawodową. Na podstawie wyników badań badacz zaproponował „rozmowy z doświadczonym ekspertem” jako metodę realizowaną w małych grupach, w której wartością dodaną jest uzyskanie wiedzy z „pierwszej ręki” od specjalisty z większym doświadczeniem i wiedzą specjalistyczną. Zapotrzebowanie lekarzy na pracę w małych, 4–6-osobowych grupach wynika z formy zajęć praktycznych realizowanych na studiach medycznych, do której się przyzwyczaili. Realizacja działań ukierunkowanych na doskonalenie kompetencji z wykorzystaniem tej metody szkoleniowej cieszy się bardziej pozytywnym odbiorem wśród lekarzy (54,0%), trochę mniejszym wśród pielęgniarek (44,4%).

Drugą z niekonwencjonalnych metod szkoleniowych zaproponowanych przez autora jest szkolenie typu „formacja – akcja”^{281,282,283,284}. Polega ona na doskonaleniu kompetencji pracowników poprzez ich uczestnictwo w nauczaniu realizowanym przez doświadczonych specjalistów. Trenerzy rekrutowani są spośród kierowników zarządzających jednostką bądź komórką stanowiącą wzorcowy przykład do powie-

²⁸¹ I. Nonaka, *Organizacja oparta na wiedzy*, [w:] *Zarządzanie wiedzą*, red. P.F. Drucker, Wydawnictwo Helion, Gliwice 2006, s. 28–29.

²⁸² R.W. Revans, *The origin and growth of action learning*, Chartwell-Bratt, Brickley 1982, s. 9–35.

²⁸³ C. Darroge, D. Noye, *Organiser le travail pour qu'il soit formateur*, Ed. INSEP, Paris 1993, s. 20–21.

²⁸⁴ Ch. Humbert, *Conduire une formation – action en situation de crise*, „Connexions”, 2010, 94, 2, s. 175–188.

lania dla personelu kierowniczego. Zajęcia tą metodą realizowane są w grupach do 4 osób. W ten sposób uzyskuje się większą skuteczność oddziaływania i zrozumienie materiału zajęciowego przez uczestników szkolenia. Metoda składa się z części teoretycznej oraz praktycznej. W ramach pierwszej wykładana jest wiedza z zakresu wdrożonych dobrych praktyk organizacyjnych. W drugiej części nauka polega na podglądaniu skutków działań innowacyjnych w organizacji szpitalnej w celu przeniesienia dobrych praktyk do jednostek, w których zarządzają uczestnicy szkoleń.

Trzecia metoda określana jako „szkolenie szkoleniowców” zwana jest również metodą mnożnikową szkolenia (z. fr. *formation des formateurs*)^{285,286,287}. Jej cechą charakterystyczną jest prowadzenie zajęć przez trenerów wyselekcjonowanych spośród personelu medycznego. Wynika to ze specyficznego języka zawodowego, którym porozumiewa się personel medyczny oraz zaufania do pracowników wykształconych w zawodach medycznych. Tym samym buduje się dobre relacje, które są nieocenione w przekazywaniu wiedzy ukrytej. Tą metodą doskonalone są kompetencje specjalistyczne uzupełnione o kompetencje pedagogiczne w celu lepszego przekazywania zdobytej wiedzy kolejnym przedstawicielom personelu medycznego. Należy przyjąć, że przyrost wiedzy następuje w postaci wzrostu geometrycznego. Liczba przeszkolonych pracowników medycznych z każdym kolejnym etapem się zwiększa i może stanowić ważny kanał przekazywania wiedzy kolejnym pracownikom.

Czwartą propozycją jest metoda e-learningowa, którą można wzbogacić poprzez wykorzystanie narzędzi audio- bądź wideowizualnych. Przykładem może być uczestnictwo w operacji na odległość poprzez wykorzystanie nowoczesnych technologii. Metoda ta może być realizowana na stanowisku pracy, a jest skierowana zarówno do menedżerów, jak i pracowników. Stanowi ona uzupełnienie innych działań szkoleniowych i buduje system *life-long learning*.

Mocną stroną szkoleń zewnętrznych są tutorzy, którzy zdobyli doświadczenie podczas pracy i szkoleń w różnych organizacjach, reprezentujących odmienne branże i odmienną kulturę organizacyjną. W ten sposób muszą oni rozwijać swoje kompetencje, aby spełniać oczekiwania różnorodnych uczestników. Dzięki temu zdobywają unikatowe doświadczenie i wzbogacają swój warsztat o wyjątkowe studia przypadków, którymi dzielą się z uczestnikami. Jest to proces przenoszenia się unikatowej wiedzy specjalistycznej.

Aby zainteresować personel medyczny szkoleniami ukierunkowanymi na kompetencje menedżerskie, należy zwiększyć nacisk na szkolenia zewnętrzne, których specyfika polega na zdobywaniu kompetencji od osób, które przeprowadziły innowację organizacyjną w szpitalu bądź komórce organizacyjnej. Celem tych działań

²⁸⁵ N. Faingold, *Formation de formateurs a l'analyse des pratiques*, „Recherche et Formation”, 2006, 51, s. 89–104, <http://rechercheformation.revues.org/> (dostęp: 15.10.2012).

²⁸⁶ L. Sauve, A. Wright, C. St.-Pierre, *Formation des formateurs en ligne: obstacles, roles et competences*, „Revue Internationale des Technologies en Pedagogie Universitaire”, 2004, 1 (2), s. 14–20, www.ritpu.org/IMG/pdf/ritpu0102-sauve.pdf (dostęp: 06.08.2012).

²⁸⁷ K. Millville de Chene, *Formation des formateurs*, Edition Centre dr Formation en Commerce Internationale, Paris 2010, s. 57–59, 70–72.

jest zapoznanie uczestników szkoleń ze sprawdzonymi praktykami zarządzania w innych organizacjach szpitalnych, w których te przemiany zostały wdrożone, zaadaptowane przez pracowników i przyniosły pozytywne rezultaty organizacyjne, kadrowe czy ekonomiczne. Te działania mogą być realizowane w grupach bądź indywidualnie i wykorzystywać różne metody, szczególnie tę najbardziej oczekiwaną przez lekarzy – „rozmowę z doświadczonym ekspertem”.

8.4. Ograniczenia wdrażanych przemian

Jak każda przemiana również i ta typu organizacyjno-szkoleniowego zaproponowana przez autora może napotkać trudności przy ewentualnym jej wdrożeniu. Problemy, które mogą się pojawić, autor dzieli na dwie grupy: pierwszą stanowią przeszkody formalno-organizacyjne, drugą natomiast negatywne nastawienie personelu medycznego wynikające z utraty przywilejów oraz znaczenia w strukturze szpitalnej.

Trudności prawne wynikają z funkcjonujących przepisów prawa. Są one w sprzeczności z proponowaną koncepcją. Część dokumentów ma charakter systemowy i są wdrażane w formie rozporządzeń, a nawet ustaw. Zmiana w przypisaniu znaczenia oraz zadań w organizacji szpitalnej na drugim poziomie zarządzania wymaga poprawek w Ustawie o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 roku (Dz.U. 2011 Nr 112, poz. 654) oraz w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami z dnia 20 lipca 2011 roku. W dokumencie tym są odniesienia do stanowisk kierowniczych w organizacji szpitalnej. Z kolei na podstawie tych dokumentów opracowywane są statuty szpitali oraz regulaminy organizacyjne, ale ich zmiana jest konsekwencją ewentualnych zmian w prawie ochrony zdrowia. Ich wdrożenie odbywa się oddzielnie w każdym ze szpitali. Obecne prawo nie stanowi przeszkody we wdrożeniu tej koncepcji, jednakże nie ma ona ogólnego charakteru systemowego.

Kolejną przeszkodą, nawet trudniejszą aniżeli problemy formalno-organizacyjne, jest brak współdziałania u części pracowników, co może uniemożliwiać wdrożenie przemian. Wiadomo, że sukces osiąga się wtedy, gdy nie tylko inicjatorzy zmian je rozumieją i wdrażają, ale cały zespół je rozumie i dla ich dobra działa.

Oczywiście zawsze można zwolnić pracowników, którzy są przeciwni zmianom, lecz w przypadku personelu medycznego, istotnego dla filozofii istnienia szpitali, nie jest możliwa nie tylko pełna wymiana składu, ale nawet częściowe zwolnienie największych oponentów. W związku z tym należy wszystkim pracownikom przedstawić pozytywne strony przemian, zwrócić uwagę na to, że są specjalistami w swojej profesji i za swoją pracę otrzymują sówite wynagrodzenie, a wzrost efektywności organizacyjnej pozwoli w przyszłości na wzrost wynagrodzenia. Natomiast trwanie w tym stanie organizacyjnym nie pozwala na racjonalne dysponowanie posiadanymi zasobami finansowymi, co w konsekwencji doprowadzi do restrukturyzacji kadrowej, a co za tym idzie, zwolnień.

Rozważania zawarte w książce należy traktować jako analizę obecnego stanu systemu ochrony zdrowia, który wciąż trwa w marazmie. Autor proponuje jedno z rozwiązań, ale to decydenci muszą wybrać właściwą drogę. Zaproponowana koncepcja jest jednym z możliwych działań, które wzmocnią płaszczyznę organizacyjną szpitali.

ZAKOŃCZENIE

W organizacjach szpitalnych na różnych szczeblach zarządzania pełnią swoje funkcje menedżerowie rekrutujący się spośród personelu medycznego. Nie jest to dziwne, ponieważ znaczna większość zatrudnionych pracowników szpitala to przedstawiciele zawodów z grupy medycznej. Taka sytuacja wynika z historii ochrony zdrowia w cywilizowanym świecie i wydaje się wszystkim normalna. W rzeczywistości tak nie jest, ponieważ w ostatnich 30 latach organizacje szpitalne w krajach rozwiniętych przeszły ewolucję i stały się quasi-przedsiębiorstwami, których systemy zarządzania wymagają od kierowników na różnych szczeblach stosownych kompetencji.

Podobne tendencje charakteryzują ewolucję organizacji szpitalnych, jaka przebiega od ponad 20 lat w Polsce. Lekarze i pielęgniarki pełniący funkcje kierownicze nie posiadają kompetencji zarządczych i taka sytuacja nie jest już dzisiaj normalna. Pociąga ona za sobą pewne niepożądane konsekwencje w formie ukrytego pełzającego procesu dehumanizacji opieki medycznej, które są niezauważalne i negatywnie oddziałują na funkcjonowanie całych organizacji szpitalnych ze szkodą dla interesu pacjenta.

Autor przeprowadził badania skoncentrowane na rzeczywiście posiadanych kompetencjach menedżerskich (wiedzy i umiejętnościach interpersonalnych, komunikacyjnych i zarządczych) przez lekarzy i pielęgniarki oraz pracowników niebędących lekarzami. Z analizy rezultatów badań empirycznych wyłania się obraz lekarza i pielęgniarki, którzy mają dobrze rozwiniętą większość spośród przebadanych umiejętności interpersonalnych, jednakże ich wiedza z zakresu zarządzania jest na niskim bądź przeciętnym poziomie.

Problem organizacji szpitalnych polega na tym, że lekarze i pielęgniarki obsadzani są na stanowiskach kierowniczych, których ze względu na niewystarczające kompetencje menedżerskie nie powinni zajmować.

Autor zaproponował więc innowację organizacyjno-szkoleniową polegającą na zmianie ścieżki awansu zawodowego personelu medycznego, wykluczającą drugi szczebel organizacyjny poprzez likwidację funkcji kierowniczo-medycznych ordynatora oraz pielęgniarki oddziałowej. W miejsce tych stanowisk kierowniczo-medycznych autor proponuje stworzyć stanowiska administracyjne, na których mogliby funkcjonować profesjonalni menedżerowie spoza zawodów medycznych. Lekarze lub pielęgniarki, którzy zdecydowaliby się przekwalifikować, zdobywając dodatkowe kwalifikacje i wiedzę teoretyczną z zakresu zarządzania, i chcieliby peł-

nić funkcje kierownicze na drugim poziomie zarządzania szpitalem, nie mogliby wykonywać żadnych zadań przypisanych lekarzom i pielęgniarkom.

Menedżerowie drugiego szczebla mają w najbliższej perspektywie pełnić funkcje usługowe i administracyjne w stosunku do zespołów medycznych funkcjonujących na pierwszym poziomie w systemie organizacyjnym szpitala, a nie wykonywać medyczne zadania specjalistyczne „przeszkadzające” w wykonywaniu codziennej pracy kierowniczej ordynatora i pielęgniarki oddziałowej.

Z kolei kompetencje medyczno-specjalistyczne ordynatora zostałyby przeniesione na poziom menedżera pierwszego poziomu organizacji – kierownika specjalistycznego zespołu medycznego. Na tym poziomie działałyby jednorodne zawodowo zespoły składające się z samych lekarzy albo samych pielęgniarek, którzy współpracowaliby z sobą w procesie leczenia. Taki zespół składałby się ze specjalistów, na których czele stałby „mistrz” zarządzający kompetencjami medycznymi młodszych lekarzy.

W ten sposób organizacja szpitalna zyskałaby przyrost kompetencji medyczno-specjalistycznych, jak również optymalizację wykorzystania zasobów poprzez to, że kierownicy drugiego szczebla – niemedycy – realizowaliby zadania nastawione na planowanie, organizowanie oraz kontrolowanie działalności zespołów medycznych i innych komórek organizacyjnych na pierwszym poziomie organizacji.

Zamierzoną intencją kilkuletnich badań naukowych autora, teoretycznych na podstawie literatury i empirycznych w terenie, było zidentyfikowanie i ujawnienie ukrytych możliwości w systemie organizacyjnym szpitala i zaproponowanie zmian o charakterze innowacyjnym, jakie każda organizacja szpitalna może przeprowadzić własnymi siłami, opierając się na posiadanych zasobach.

BIBLIOGRAFIA

- Akademia Bizensu, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, Materiały szkoleniowe z tematu „Asertywna komunikacja w pracy urzędnika”. Szkolenia miękkie dla członków korpusu służby cywilnej realizowane w ramach projektu „Wdrożenie strategii szkoleniowej”, Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego (Priorytet V, Działanie 5.1, Poddziałanie 5.1.1).
- Anderson D.L., *Organization Development. The process of leading organizational change*, Sage Publications, Thousand Oaks (California) 1999.
- Armstrong M., *A Handbook of human resorce management*, Billings and SONS Limited, Worcester 1990.
- Armstrong M., *A Handbook of human resource management. Practice*, Kogan Page Limited, London 2006.
- Armstrong M., *Armstrong's Handbook of reward management practice. Improving performance through reward*, Kogan Page Limited, London 2010.
- Armstrong M., *Managing people. A practice guide for line managers*, Kogan Page Limited, London 2001.
- Armstrong M., *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2002.
- Bach S., *International migration of health Workers: Labor and social issues*, International Labor Office, Geneva, July 2003.
- Bartkowiak G., *Psychologia w zarządzaniu. Nowe spojrzenie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego, Poznań 2010.
- Becker G.S., *The Oxford Handbook of Human Capital*, Oxford Univeristy Press, Oxford 2011.
- Beer M., Nohria N., *Breaking the Code of Change*, „Harvard Business Review”, May–June 2000, 78, 3.
- Bennett H., Gatrell J., Packham R., *Medical appraisal: collecting evidence of performance through 360° feedback*, „Clinician in Management”, 2004, 12 (4).
- Bielski M., *Organizacje: istota, struktury, procesy*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 1992.
- Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2008*, Warszawa 2008.
- Bogaj A., *Kwalifikacje zawodowe w warunkach globalizacji rynku pracy – wyzwania i dylematy*, [w:] *Kwalifikacje zawodowe na współczesnym rynku pracy*, red. S.M. Kwiatkowski, IBE, Warszawa 2004.
- Bojarczuk B., *Macierze umiejętności*, „Personel”, 1–15 września 2001.
- Bourret P., *Les cadres de santé à l'hôpital: un travail de lien invisible*, Editions Broché, 2008.
- Boyatzis R.E., *The Competent Manager: A Model for Effective Performance*, Wydawnictwo John Wiley and Sons, New York 1982.
- Boyatzis R.E., Goleman D., *The Emotional Competence Inventory*, Hay Group, Boston 1996.

- Boyer L., Scouarnec A., *La prospective des métiers*, Editions EMS, 2009.
- Bratnicki M., *Kompetencje przedsiębiorstwa – od określenia kompetencji do zbudowania strategii*, Agencja Wydawnicza Placet, Warszawa 2000.
- Brilman J., *Nowoczesne koncepcje i metody zarządzania*, PWE, Warszawa 2002.
- Bugdól M., *Wartości organizacyjne. Szkice z teorii i zarządzania*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.
- Butkiewicz M., *Struktura modelu polskich standardów kwalifikacji zawodowych*, [w:] *Model polskich standardów kwalifikacji zawodowych*, red. M. Butkiewicz, Wydawnictwo Edukacja i Praca i ITeE, Warszawa–Radom 1995.
- Chandler S., Black D., *The Hands-off Manager: How to Mentor People and Allow Them to Be Successful*, Book-mart Press, New York 2007.
- Cheetham G., Chivers G., *Professions, Competence and informal learning*, Edward Elgar Publishing Limited, Northampton, Massachusetts 2005.
- Chęłpa S., *Kwalifikacje kadr kierowniczych przedsiębiorstw przemysłowych*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu, Wrocław 2003.
- Churchill G.A., *Badania marketingowe. Podstawy metodologiczne*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002.
- Côté J., Gilbert W., *An Integrative Definition of Coaching Effectiveness and Expertise*, „International Journal of Sports Science and Coaching”, 2009, 4, Multi-Science Publishing.
- Couanau R., *Rapport sur l'organisation interne de l'hôpital*, Assemblée Nationale, 2003.
- Cowling A.G., Stanworth M.J.K., Bennett R.D., Curran J., Lyons P., *Behavioural sciences for managers*, Hodder and Stoughton, London-Melborne, Auckland 1988.
- Czakon W., *Mity o badaniach jakościowych w naukach o zarządzaniu*, „Przegląd Organizacji”, 2009, 9.
- Czapla T.P., *Modelowanie kompetencji pracowniczych w organizacji*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2011.
- Darroge C., Noye D., *Organiser le travail pour qu'il soit farmateur*, Ed. INSEP, Paris 1993, s. 20–21.
- Darvegne Ch., Noye D., *Organiser le travail pour qu'il soit formateur*, Ed. INSEP, Paris 1993.
- Deklaracja Bolońska. Szkolnictwo wyższe w Europie, wspólna Deklaracja Europejskich Ministrów Edukacji, zebranych w Bolonii w dniu 19 czerwca 1999.
- Dessler G., *Managing Organization in an era of change*, The Dryden Press, Orlando, 1995.
- Domagała A., *Kadry medyczne w ochronie zdrowia. Tendencje zmian w kraju i na świecie*, „Polityka Społeczna”, 2008, 7.
- Domagała A., *Problemy placowe i emigracja zarobkowa polskich lekarzy i pielęgniarek*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, 2006, 4 (2).
- Doman G., Doman J., *How To Teach Your Baby To Read. The gentle revolution*, Square One Publishers, New York 2006.
- Dougné F., Munoz I., *Les effets de l'accréditation et des mesures d'amélioration sur la qualité des soins sur l'activité des personnels soignants*, DREES, Document de Travail, Juin 2005, 48, „Serie Etudes”.
- Drucker P.F., *Nadchodzi nowa organizacja*, [w:] *Zarządzanie wiedzą*, red. P.F. Drucker, Wydawnictwo Helion, Gliwice 2006.
- Drucker P.F., *Peter Drucker on the Profession of Management*, Harvard Business School Publishing, Boston 1998.

- Dulewicz V., *Performance appraisal and counseling*, [w:] *Assessment and selection in organizations: methods and practices for recruitment and appraisal*, red. P. Herriot, John Wiley and Sons, New York 1989.
- Dzinkowski R., *Buried Treasure*, World Accounting Report Financial Times, Issue 2:4, May 1999, *Revealed Treasure*, World Accounting Report Financial Time, Issue 2:5, June 1999.
- Elkjaer B., *In search of a social learning theory*, [w:] *Organizational Learning and the Learning Organization. Developments in theory and practice*, red. M. Easterby-Smith, J. Burgoyne, L. Araujo, SAGE Publications, London 1999.
- Empathy and its development*, red. N. Eisenberg, J. Strayer, Cambridge University Press, Cambridge 1987.
- Epstein R.M., Hundert E., *Defining and Assessing Professional Competence*, JAMA, 2002, 287.
- Eraut M., *Developing Professional Knowledge and Competence*, RoutledgeFalmer, New York 1994.
- Erfurt U., *Pracownicy zakładu opieki zdrowotnej*, http://www.emedyk.pl/arttykul.php?idartykul_rodzaj=10&idartykul=545 (dostęp: 21.09.2006).
- Escrig-Tena A.B., Bon-Llugar J.C., *A Model for Evaluating Organizational Competencies: An Application in Context of a Quality Management Initiative*, „Decision Science”, 2005, 36, 2.
- Europejskie ramy kwalifikacji dla uczenia się przez całe życie (ERK)*, Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich, Luksemburg 2009.
- Faingold N., *Formation de formateurs a l'analyse des pratiques*, „Recherche et Formation”, 2006, 51, <http://rechercheformation.revues.org/> (dostęp: 15.10.2012).
- Filipowicz G., *Zarządzanie kompetencjami zawodowymi*, PWE, Warszawa 2004.
- Freidson E., *La profession médicale*, „Sciences Sociales et Santé”, 1985, 3 (1).
- Gableta M., *Istota i znaczenie potencjału pracy w przedsiębiorstwie*, [w:] *Potencjał pracy przedsiębiorstwa*, red. M. Gableta, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 2006.
- Gick A., Tarczyńska M., *Motywowanie pracowników*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 1999.
- Głowacka M.D., Mojs E., *Profesjonalne zarządzanie kadrami w zakładach opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010.
- Głowacka M.D., *Czynniki inspirujące zmiany w procesie doskonalenia kadr szpitala*, [w:] *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Wybrane konteksty teoretyczno-praktyczne*, red. M.D. Głowacka, Wydawnictwo Termedia, Poznań 2004.
- Główny Urząd Statystyczny, *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia*, 2009.
- Gramlewicz M., *Oblicza kryzysu społecznego w polskiej służbie zdrowia*, „Śląsk”, 2007, Wydawnictwo Naukowe, Katowice.
- Hardcastle D.A., Powers P.R., Wenocur S., *Community Practice. Theories and skills for social workers*, Oxford University Press, Oxford–New York 2011.
- Harman C., Brelade S., *Knowledge Management and the Role of HR*, Prentice Hall, Pearson Education Limited, London 2000.
- Humbert C., *Conduire une formation – action en situation de crise*, „Connexions”, 2010, 94, 2.
- Janiszewska M., *Zarządzanie kompetencjami osób drogą do osiągnięcia przewagi konkurencyjnej przedsiębiorstwa*, [w:] *Teoretyczne i praktyczne aspekty funkcjonowania gospodarki*, red. T. Berna, Wydawnictwo Katedra Mikroekonomii Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2009.
- Janowska Z., *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, PWE, Warszawa 2010.

- Jeffrey D., *Patient-centred Ethics and Communication at the End of Life*, Radcliffe Publishing, Oxford 2006.
- Jędrkiewicz H., *Problematyka migracji lekarzy specjalistów w wybranych czasopismach i na internetowych forach medyków*, „Probl. Hig. Epidemiol.”, 2012, 93 (1).
- Juchnowicz M., Rostkowski T., Sienkiewicz Ł., *Narzędzia i praktyka zarządzania zasobami ludzkimi*, Poltext, Warszawa 2010.
- Kaczmarczyk S., *Badania marketingowe. Metody i techniki*, Wydawnictwo PWE, Warszawa 2003.
- Kanungo R.N., Menon S., *Managerial resourcefulness: Measuring a critical component of leadership effectiveness*, Proceedings of the International Society for the Study of Work & Organizational Values 5th International Conference, Montreal 1996, August 22–25.
- Kanungo R.N., Misra S., *Managerial resourcefulness: A reconceptualization of management skills*, „Human Relations”, 1992, 12.
- Kast F., Rosenzweig J., *Organization and Management, A Systems Approach*, Mc Graw Hill, New York 1970.
- Katz R.L., *Skills of an Effective Administrator*, „Harvard Business Review”, September–October 1974.
- Kęsy M., *Kompetencje zawodowe młodych. Możliwości szkolnictwa zawodowego a potrzeby pracodawców*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008.
- Kęsy M., *Relacje i komunikacja w świecie medycznym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012.
- Kirk S., Parker D., Claridge T., Esmail A., Marshall M., *Patient safety culture in primary care: developing a theoretical frame-work for practical use*, „Quality & Safety in Health Care”, 2007, 16 (4).
- Klasyfikacja zawodów i specjalności, Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 12 listopada 2012 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy i zakresu jej stosowania (Dz.U. z dnia 19 listopada 2012 roku, poz. 1268).
- Knowledge Management in the Learning Society, Educations and Skills*, Centre for Educational Research and Innovation, OECD, Paris 2000.
- Kogan Page Editorial Staff, *Your Professional Qualification: A guide to professional qualifications in the UK-Where They Lead and How to Get Them*, Kogan Page Limited, London 2002.
- Kopaliński W., *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1989.
- Koper A., Wdowiak L., Wrońska I., *Służbowe więzi organizacyjne w szpitalu*, „Zdrowie Publiczne”, 2003, 1/2.
- Köper J., Zaremba H.J., *Recommendations for the vocational training in Europe*, [w:] *Quality Management and Qualification. Needs 2. Towards Quality Capability of Companies and Employees in Europe*, red. J. Köper, H.J. Zaremba, Wydawnictwo Physica-Verlag, Heidelberg–New York 2000.
- Kossowska M., Sołtysińska I., *Szkolenia pracowników a rozwój organizacji*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2002.
- Kostera M., Kownacki S., *Kierowanie zachowaniami organizacyjnymi*, [w:] *Zarządzanie. Teoria i praktyka*, A.K. Koźmiński, W. Piotrowski, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1996.
- Krupski R., Bąkowska-Morawska U., Piwoni-Krzeszowska E., *Elastyczność zasobów relacyjnych*, [w:] *Elastyczność organizacji*, red. R. Krupski, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2008.

- Krupski R., *Elastyczność zasobów organizacji*, [w:] *Elastyczność organizacji*, red. R. Krupski, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2008.
- Krzyżanowski L., *O podstawach kierowania organizacjami inaczej*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1999.
- Ksykiewicz-Dorota A., *Podstawy organizacji pracy pielęgniarstwa*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004.
- Kubot Z., *Status ordynatora*, „ABACUS Biuro Promocji Medycznej”, 2001, 2 (10 Vol. 3).
- Kwaśna I., Sacewicz-Górska M., *Jakie zawody są poszukiwane naprawdę?*, „Informator Kariera”, 2008/2009.
- Kwiatkowski S.M., *Idea uczenia się przez całe życie*, [w:] *Pedagogika pracy*, red. S.M. Kwiatkowski, A. Bogaj, B. Baraniak, WAiP, Warszawa 2007.
- Kwiatkowski S.M., Symela K., *Standardy kwalifikacji zawodowych. Teoria, metodologia, projekty*, Wyd. Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2001.
- Lado A.A., Wilson M.C., *Human resources system and sustained competitive advantage: a competency-based perspective*, „Academy of Management Review”, 1994, 19/4.
- Lawer E.E., Ledford G., *A skill-based approach to human resources management*, „European Management Journal”, 1992, 10 (4).
- Lenglard F., *L'essentiel du Management par les meilleurs professeurs*, [w:] *Management et risque juridique du dirigeant*, MBA, Paris 2005.
- Levy-Leboyer C., *Kierowanie kompetencjami. Bilanse doświadczeń zawodowych*, Poltext, Warszawa 1997.
- Lifelong Learning. Concepts nad contexts*, red. P. Sutherland, J. Crowther, Routledge, New York 2008.
- Listwan T., *Kształcenie kadry menedżerskiej firmy*, Wyd. Mimex, Wrocław 1993.
- Lockyer K., Muhlemann A., Oakland J., *Production and Operations Management*, Pitman, London 1992.
- Lundy O., Cowling A.G., *Strategic Human Resource Management*, Routledge, New York 1996.
- Majewski M., Nowomiejski J., *Analiza zatrudnienia w zakładzie opieki zdrowotnej*, [w:] *Zmiany w ochronie zdrowia. Promocja. Edukacja. Terapia. Zarządzanie*, red. M.D. Głowacka, Wydawnictwo Baskat Marek Baumgart, Poznań 2006.
- Matczewski A., Sławik A., *Holistyczne podejście do zarządzania komunikacją korporacyjną*, [w:] *Komunikacja i jakość w zarządzaniu*, t. 1, red. T. Wawak, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2010.
- McClelland D., *Testing for Competence Rather Than for „Intelligence”*, „American Psychologist”, January 1973, 28.
- Means T.L., *Business Communication*, South-Western Cengage Learning, Mason 2010, 11–18.
- Michalski T., *Statystyka*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 2004.
- Midwifery and Health Visiting*, „United Kingdom Central Council for Nursing”, 1999, 35.
- Migalski P., *Bardzo ważna wartość dodana*, „Rynek Zdrowia”, 2011, styczeń, 66.
- Millville de Chene K., *Formation des formateurs*, Edition Centre dr Formation en Commerce Internationale, Paris 2010.
- Ministerstwo Zdrowia, *Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007–2013*. Dokument przyjęty przez Rady Ministrów w dniu 21 czerwca 2005.
- Mintzberg H., *Structure et dynamique des organisations*, „Editions d'organisation”, 1982.
- Moczydłowska J., *Zarządzanie kompetencjami zawodowymi a motywowanie pracowników*, Difin, Warszawa 2008.
- Morgan G., *Obrazy organizacji*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997.
- Morgan G., *Riding the Waves of Change: Developing Managerial Competencies for a Turbulent World*, Jossey-Bass, Oxford 1988.

- Możliwości i bariery rozwoju zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów. Skrócona wersja raportu z badania – wyniki, wnioski i rekomendacje*, Warszawa 2012.
- Mullins L.J., Dosser P., *Hospitality management and organisational behaviour*, Pearson Education Limited, Harlow 2013.
- Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli dostępności wybranych świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa, lipiec 2010.
- Nowak S., *Metodologia badań społecznych*, PWN, Warszawa 1985.
- Obmach J., Słomczyński W., *Planowanie rozwoju kadry lekarskiej, ekspertyza*, Uniwersytet Jagielloński, Kraków, XII 2000, <http://www.im.uj.edu.pl/JerzyObmach/MZ2000.pdf> (dostęp: 17.09.2006).
- Oleksyn T., *Praca i płaca w zarządzaniu*, Wydawnictwo Międzynarodowa Szkoła Menedżerów, Warszawa 2001.
- Oleksyn T., *Zarządzanie kompetencjami. Teoria i praktyka*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010.
- Oleksyn T., *Zarządzanie potencjałem pracy w organizacjach różnej wielkości*, [w:] *Zarządzanie strategiczne kapitałem ludzkim*, red. A. Ludwiczynski, K. Stobiński, Poltext, Warszawa 2001.
- Opolski K., Dykowska G., Możdżonek M., *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo fachowe CeDeWu.pl, Warszawa 2005.
- Pawlak Z., *Personalna funkcja firmy – procesy i procedury kadrowe*, Poltext, Warszawa 2003.
- Peszko A., *Podstawy zarządzania organizacjami*, Uczelniane Wydawnictwo Naukowo-Techniczne, Kraków 2002.
- Peterson S.J., Bredow T.S., *Middle Range Theories. Application to nursing research*, Wolter Kluwer Health, Philadelphia 2009.
- Pfeffer J., Sutton R.I., *Evidence-Based Management*, „Harvard Business Review”, 2006, 84 (1).
- Phillips A., *Assertiveness and the Manager's Job*, Radcliffe Medical Press, Abingdon 2002.
- Pielęgniarki o swoich miejscach pracy*, „Rynek Zdrowia”, listopad 2011, 76.
- Pierru F., *L'hôpital entreprise. Une self-fulfilling prophecy avortée*, „Politix”, 1999, 12, 46.
- Pittman P., Aiken L.H., Buchan J., *International Migration of Nurses: Introduction*, „Health Services Research”, 2007, 42 (3).
- Pocztowski A., *Zarządzanie szkoleniami w firmie*, [w:] *Szkolenie i rozwój pracowników a sukces firmy*, red. A. Ludwiczynski, PFPK, Warszawa 1999.
- Pocztowski A., *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Strategie – procesy – metody*, PWE, Warszawa 2003.
- Pocztowski A., *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Strategie – procesy – metody*, PWE, Warszawa 2007.
- Postawy personelu medycznego wobec zarządzania szpitalem*, red. Z. Nęcki, M. Kęsy, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2013.
- Polski Komitet Normalizacyjny, Norma ISO 9001:2008, Systemy zarządzania jakością. Wymagania, Norma Europejska EN ISO 9001:2008 ma status Polskiej Normy, luty 2009.
- Polsko-Amerykańska Fundacja Wolności, <http://www.pafw.pl/programy/> (dostęp: 10.05.2012).
- Potocki A., *Instrumenty komunikacji wewnętrznej w przedsiębiorstwie*, Difin, Warszawa 2008.
- Prevot F., *The management of competences in the context of interorganizational relations*, [w:] *Competence building and leveraging in interorganizational relations, Advances in Applied Business Strategy*, 11, red. R. Martens, A. Heene, R. Sanchez, Elsevier, Oxford 2008.
- Prognoza skali emigracji lekarzy z Polski*, red. Krajewski-Siuda K., Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Bytom 2008.

- Prudzienica M., *Innowacje – podstawowe zagadnienia*, [w:] *Zarządzanie wiedzą w kreowaniu innowacji zarządczych*, red. M. Morawski, M. Prudzienica, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2011.
- Przytuła S., *Pozyskiwanie menedżerów do przedsiębiorstw międzynarodowych*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2007.
- Quality management – Guidelines for realizing financial and economic benefits*, International Standard ISO 10014: 2006.
- Quality Management – Guidelines For Training*, International Standard ISO 10015: 1999.
- Rakowska A., Sitko-Lutek A., *Doskonalenie kompetencji menedżerskich*, PWN, Warszawa 2000.
- Rampersad H.R., *Kompleksowa Karta Wyników*, Agencja Wydawnicza Placet, Warszawa 2004.
- Rankin N., *Raising performance through people: the ninth competency survey*. „Competency and Emotional Intelligence”, January 2002.
- Revans R.W., *The origin and growth of action learning*, Chartwell-Bratt, Brickley 1982.
- Robbins S.P., Langton N., *Organizational Behaviour: Concepts, Controversies, Applications*, Prentice Hall, Toronto 2003.
- Rolfhus E.L., Ackerman P.L., *Assessing individual differences in knowledge: Knowledge, intelligence, and related traits*, „*Journal of Educational Psychology*”, 1999, 91 (3).
- Rostkowski T., *Zintegrowany system zarządzania kompetencjami*, [w:] *Narzędzia i praktyka zarządzania zasobami ludzkimi*, red. M. Juchnowicz, Poltext, Warszawa 2004.
- Rozporządzenie Ministra Transportu, Budownictwa i Gospodarki Morskiej z dnia 2 sierpnia 2012 roku (Dz.U. 2012.973).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów z dnia 20 października 2005 roku (Dz.U. 05.213.1779).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów z dnia 6 października 2004 roku.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentyisty z dnia 26 września 2012 roku (Dz.U. 2012 Nr 0, poz. 1082).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentyisty z dnia 20 grudnia 2012 roku (Dz.U. 2012 Nr 0, poz. 1543).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami z dnia 20 lipca 2011 roku, na podstawie art. 50 ust. 5 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. Nr 112, poz. 654), z dnia 2 października 2012 roku.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie stażu podyplomowego pielęgniarek i położnych z dnia 26 lipca 2000 roku (Dz.U. Nr 69, poz. 815 z późn. zm.).
- Rzycka O., *Menedżer coachem. Jak rozmawiać, by osiągnąć sukces*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2012.
- Sajkiewicz A., *Jakość zasobów pracy. Kultura, kompetencje, konkurencyjność*, Poltext, Warszawa 2002.
- Sanghi S., *The Handbook of Competence Mapping. Understanding, Designing and Implementing Competency Models in Organization*, Sage, New Delhi, 2008.
- Saracen A., *Planowanie i organizacja pracy w oddziałach organizacyjnych i położniczych jakością opieki pielęgniarskiej*, Materiały z Ogólnopolskiej Konferencji „Jakość w opiece zdrowotnej”, Kraków 2000.
- Sauve L., Wright A., St-Pierre C., *Formation des formateurs en ligne: obstacles, roles et competences*, „*Revue Internationale des Technologies en Pedagogie Universitaire*”, 2004, 1 (2), www.ritpu.org/IMG/pdf/ritpu0102-sauve.pdf (dostęp: 06.08.2012).

- Schiavo R., *Health Communication from theory to practice*, Jossey-Bass, San Francisco, 2007.
- Secord H., *Implementing best practices in human resources management*, CCH Canadian Limited, Toronto 2003.
- Senge P.M., *The Fifth Discipline: The Art and Practice of The Learning Organization*, Crown Publishing Group, New York 2006.
- Shaw M.E., *Group Dynamics: The psychology of small group behavior*, McGraw-Hill, New York 1976.
- Shortell S. M., Kaluzny A.D., *Podstawy zarządzania opieką zdrowotną*, Vesalius, Kraków 2001.
- Sidor-Rządowska M., *Kompetencyjne systemy ocen pracowników: przygotowanie, wdrażanie i integrowanie z innymi systemami ZZL*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006.
- Sidor-Rządowska M., *Kształtowanie nowoczesnych ocen pracowniczych*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006.
- Sobczak M., Rakowska K., *Asertywność kierownika. Doniesienie z badań nad poziomem asertywności kadry kierowniczej Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu*, „Problemy Pielęgniarstwa”, 2008, t. 16, z. 1, 2, 24.
- Spencer L.M. Jr., Spencer S.M., *Competence at Work: Models for Superior Performance*, Wiley, New York 1993.
- Springer A., *Znaczenie postaw i kompetencji pracownika w zarządzaniu zasobami ludzkimi organizacji*, [w:] *Komunikacja i jakość w zarządzaniu*, t. 1, red. T. Wawak, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2010.
- Srivastava R., *The healthcare professional's guide to clinical cultural competence*, Mosby Elsevier Canada, Toronto 2007.
- Stewart T.A., *Intellectual capital: The New Wealth of Organizations*, Nicholas Brealey, London 1997.
- Stewart T.A., *The Wealth of Knowledge: Intellectual Capital and the Twenty-first Century Organization*, Nicholas Brealey Publishing Limited, New York 2002.
- Stepniowski J., *Umiejętności relacyjne i komunikacyjne personelu medycznego w kontekście zarządzania*, [w:] *Postawy personelu medycznego wobec zarządzania szpitalem*, red. Z. Necki, M. Kęsy, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2013.
- Stoner J.A.F., Wankel C., *Kierowanie*, PWE, Warszawa 1994.
- Sveiby K.E., *The New Organizational Wealth: Managing and measuring knowledge-based assets*, Berret-Koehler Publishers, San Francisco 1997.
- Symela K., *Standardy programowania treści kształcenia zawodowego*, [w:] *Model polskich standardów kwalifikacji zawodowych*, red. M. Butkiewicz, Wyd. IteE, Warszawa–Radom 1995.
- Szreder M., *Metody statystyczne*, PWE, Warszawa 2004.
- Szrejner A., *Po pierwsze: określić wymagania*, „Personel i Zarządzanie”, 2004, 10 (175).
- Światowa Organizacja Zdrowia, <http://www.who.un.org.pl/files/431/WHO%2060%20lat%20brozura.pdf> (dostęp: 20.04.2012).
- Tadeusiewicz R., *Informatyka medyczna*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2010.
- Tangney J.P., Stuewig J., Mashek D.J., *Moral Emotions and Moral Behavior*, „Annual Review of Psychology”, 2007, 58.
- Tate W., *Developing Corporate Competence: A High-Performance Agenda for Managing Organizations*, Gower Publishing, Aldershot 1995.
- Taylor F., *The Principles of Scientific Management*, Harper & Brothers, New York 1911, wydana ponownie przez Preinger Library, San Francisco, California 2006.

- Thierry D., Sauret C., *Zarządzanie i kompetencje w przedsiębiorstwie w procesie zmian*, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 1994.
- Thierry D., Sauret C., Monod N., *Zatrudnienie i kompetencje w przedsiębiorstwie w procesie zmian*, Poltext, Warszawa 1994.
- Thompson J.L., Richardson B., *Strategic and Competitive Success: Towards a Model of the Comprehensively Component Organization*, „Management Decision”, 1996”, 2, <http://www.emeraldinsight.com/Insight/viewContentItem.do?ContentType=Article&ContentId=864822> (dostęp: 05.03.2012).
- Thornton G.C., Byham W.C., *Assessment centers and managerial performance*, Academic Press, New York 1982.
- Tyrańska M., *Zarządzanie kompetencjami menedżerskimi w przedsiębiorstwie*, [w:] *Współczesne tendencje w zarządzaniu zasobami ludzkimi*, red. M. Tyrańska, Difin, Warszawa 2012.
- Ustawa o diagnostyce laboratoryjnej z dnia 27 lipca 2001 roku (tekst jedn.: Dz.U. z 2004 roku Nr 144, poz. 1529 z późn. zm.).
- Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 roku (Dz.U. 2011 Nr 112, poz. 654).
- Ustawa o izbach aptekarskich z dnia 19 kwietnia 1991 roku (tekst jedn.: Dz.U. z 2008 r., Nr 136, poz. 856.).
- Ustawa o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 roku (Dz.U. 1997 Nr 133 poz. 883) ze zmianami.
- Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 roku, nowelizacja Ustawy weszła w życie z dniem 31 grudnia 2012 roku (Dz.U. Nr 191, poz. 1410 z późn. zm.).
- Ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia z dnia 28 kwietnia 2011 roku (Dz.U. 2011 Nr 113, poz. 657).
- Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 roku (Dz.U.2011.174.1039, 2012-01-01 zm. Dz.U.2011.291.1707 art. 16).
- Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry z dnia 5 grudnia 1996 roku (tekst jedn.: Dz.U. z 2008 roku Nr 136, poz. 857).
- Ustawa o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry z dnia 28 kwietnia 2011 roku.
- Ustawa Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2010 roku Nr 113, poz. 759, art. 4 pkt. 8, z dnia 15 września 2012 roku).
- Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 roku (Dz.U. 1991 nr 91, poz. 408).
- Walkowiak R., *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa „Dom Organizatora”, Toruń 2007.
- Webster S., Morgantini L., *Wspólne zgromadzenie parlamentarne AKPUE, Sprawozdanie w sprawie migracji wykwalifikowanych pracowników i jej konsekwencji dla rozwoju krajowego*, Komisja Spraw Społecznych i Środowiska, 08.03.2007.
- Weightman J., *Managing people*, Chartered Institute of Personnel and Development, London 2004.
- Wenta K., *Uczyć się przez całe życie, aby być i mieć nadzieję na dobrą pracę*, „Edukacja Ustawiczna Dorosłych”, „Polish Journal of Continuing Education”, 2012, 2 (77).
- Whiddett S., Hollyfirde S., *Modele kompetencyjne w zarządzaniu zasobami ludzkimi*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2003.
- Whiddett S., Hollyforde S., *The Competencies handbook*, Institute of Personnel and Development, London 2003.
- Więcej o raporcie GUS: ochrona zdrowia w liczbach*, „Rynek Zdrowia”, 2011.
- Włodarczyk C., Poździoch S., *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.

- Włodarczyk C., Poździej S., *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.
- Wojteczek J., *Pięć lat bez lekarzy*, „Menedżer Zdrowia”, 2009, 5.
- Wolper L.F., Pena J.J., *Health Care Administration. Principles and Practices*, Aspen Publishers, Rockville 1987.
- Woodruffe C., *Ośrodki oceny i rozwoju, narzędzia analizy i doskonalenia kompetencji pracowników*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2003.
- Working together for health*. The World Health Report, Geneva 2006.
- Wudarszewski W., *System kompetencji funkcjonalnych i wyznaczniki jego sprawności*, [w:] Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu Nr 963, Akademia Ekonomiczna we Wrocławiu, Wrocław 2002.
- Załącznik do instrukcji nr 35/61 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 9 czerwca 1961 roku.
- Załącznik nr 3 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów z dnia 6 października 2004 roku (Dz.U. z 2004 r., Nr 231, poz. 2326).
- Zarządzanie w ochronie zdrowia. Problemy wybrane*, red. R. Lewandowski, R. Walkowiak, Wydawnictwo Olsztyńska Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania im. Prof. T. Kotarbińskiego, Olsztyn 2011.
- Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*, red. M. Kautsch, Wolters Kluwer, Warszawa 2010.
- Zarządzanie zasobami ludzkimi. Tworzenie kapitału ludzkiego organizacji*, red. H. Król, Ludwicyński A., PWN, Warszawa 2007.

SPIS TABEL I RYSUNKÓW

A. Tabele

- 1 Struktura zatrudnienia na koniec roku w wybranych podmiotach leczniczych według charakteru czynności wykonywanych przez pracowników w latach 2002–2004 (w %)
- 2 Podział szpitali według struktury własnościowej
- 3 Podział szpitali z uwzględnieniem liczebności oddziałów
- 4 Podział szpitali ze względu na liczbę zatrudnionych pracowników
- 5 Podział szpitali ze względu na przynależność terytorialną
- 6 Liczba zebranych ankiet z podziałem na poszczególne szpitale
- 7 Podział szpitali ze względu na strukturę własnościową oraz organizacyjną
- 8 Podział szpitali ze względu na przynależność terytorialną
- 9 Podział szpitali z uwzględnieniem kryterium geograficznego
- 10 Podział badanych osób ze względu na płeć
- 11 Podział badanych osób ze względu na wiek
- 12 Podział badanych osób ze względu na przynależność do grupy zawodowej
- 13 Podział badanych osób ze względu na całkowity staż pracy
- 14 Podział badanych osób ze względu na staż pracy u aktualnego pracodawcy
- 15 Struktura grupy badawczej
- 16 Średni wiek i staż pracy ogółem, według zawodu oraz według płci lekarzy
- 17 Specjalizacje zawodowe przebadanego personelu medycznego
- 18 Analiza grupy badawczej z uwzględnieniem kryterium płci
- 19 Analiza grupy badawczej z uwzględnieniem kryterium wieku
- 20 Analiza grupy badawczej z uwzględnieniem kryterium całkowitego stażu pracy na stanowiskach kierowniczych
- 21 Analiza grupy badawczej z uwzględnieniem kryterium całkowitego stażu pracy
- 22 Zakres tematyczny uzupełnianej wiedzy menedżerskiej przez personel medyczny
- 23 Działy wiedzy doskonalone przez personel medyczny
- 24 Stopień samouzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania przez lekarzy
- 25 Stopień samouzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania przez pielęgniarki
- 26 Własna ocena wiedzy personelu medycznego z zakresu zarządzania finansami
- 27 Własna ocena wiedzy personelu medycznego z zakresu marketingu i jakości
- 28 Własna ocena wiedzy personelu medycznego z zakresu nadzoru nad infrastrukturą
- 29 Własna ocena wiedzy personelu medycznego z zakresu zarządzania kadrami
- 30 Własna ocena wiedzy personelu medycznego z zakresu zarządzania informacją
- 31 Własna ocena wiedzy personelu medycznego z zakresu psychologii zarządzania
- 32 Własna ocena wiedzy personelu medycznego z zakresu zarządzania zmianą
- 33 Częstotliwość uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania przez lekarzy
- 34 Częstotliwość uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania przez pielęgniarki

- 35 Uzupełnianie wiedzy z zakresu zarządzania przez lekarzy
- 36 Uzupełnianie wiedzy z zakresu zarządzania przez pielęgniarki
- 37 Formy uzupełniania kompetencji zawodowych przez lekarzy
- 38 Formy uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania przez lekarzy
- 39 Formy uzupełniania kompetencji zawodowych przez pielęgniarki
- 40 Formy uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania przez pielęgniarki
- 41 Współczynnik potrzeb związanych z uzupełnianiem wiedzy przez personel medyczny
- 42 Współczynnik potrzeb związanych z uzupełnianiem wiedzy w działach wiedzy przez personel medyczny
- 43 Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu systemu wynagradzania przez personel medyczny
- 44 Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu budżetowania przez personel medyczny
- 45 Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu rozliczania z NFZ przez personel medyczny
- 46 Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu kontroli przychodów i kosztów przez personel medyczny
- 47 Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu jakości leczenia przez personel medyczny
- 48 Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu wizerunku zewnętrznego szpitali przez personel medyczny
- 49 Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu procesu świadczenia usług przez personel medyczny (w tym dostępności usług oraz czasu oczekiwania na usługę)
- 50 Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zarządzania czasem związanym z oczekiwaniem na świadczenie zdrowotne przez personel medyczny
- 51 Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu nadzoru nad mieniem powierzonym (np. sprzętem medycznym) przez personel medyczny
- 52 Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu planowania inwestycji infrastrukturalnych (w sprzęt lub nieruchomości) przez personel medyczny
- 53 Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu rekrutacji przez personel medyczny
- 54 Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu motywowania pracowników przez personel medyczny
- 55 Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu oceny pracowników przez personel medyczny
- 56 Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu kreowania szkoleń przez personel medyczny
- 57 Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu awansów i zwolnień przez personel medyczny
- 58 Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu umiejętności obsługi informatycznych programów wewnętrznych przez personel medyczny
- 59 Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu znajomości procedur obiegu dokumentów przez personel medyczny
- 60 Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych przez personel medyczny
- 61 Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania pracownikiem przez personel medyczny
- 62 Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu komunikacji ze współpracownikami przez personel medyczny

- 63 Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu komunikacji z przełożonymi lub podwładnymi przez personel medyczny
- 64 Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu umiejętności rozwiązywania konfliktów przez personel medyczny
- 65 Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu kształtowania relacji wewnętrznych w szpitalu (poziomych i pionowych) przez personel medyczny
- 66 Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu komunikacji z pacjentami przez personel medyczny
- 67 Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu umiejętności negocjacji przez personel medyczny
- 68 Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu znajomości zmian prawnych dotyczących sektora zdrowia przez personel medyczny
- 69 Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu znajomości zasad mentoringu i *coachingu* (partnerska relacja między mistrzem a uczniem, wspieranie podwładnych w osiągnięciu sukcesu) przez personel medyczny
- 70 Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu umiejętności wprowadzania zmiany w organizacji przez personel medyczny
- 71 Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu umiejętności radzenia sobie ze stresem i w trudnych sytuacjach przez personel medyczny
- 72 Formy uzupełniania wiedzy preferowane przez personel medyczny z podziałem na grupy zawodowe
- 73 Formy uzupełniania wiedzy preferowane przez pielęgniarki z podziałem na staż pracy
- 74 Formy uzupełniania wiedzy preferowane przez lekarzy z podziałem na staż pracy
- 75 Poziom wiedzy personelu medycznego z poszczególnych działów wiedzy menedżerskiej
- 76 Poziom wiedzy personelu medycznego przy uwzględnieniu podziału na grupy zawodowe
- 77 Poziom wiedzy personelu medycznego przy uwzględnieniu kryterium wieku
- 78 Potrzeby doskonalenia wiedzy przez personel medyczny
- 79 Potrzeby doskonalenia wiedzy przez personel medyczny według kryterium przynależności zawodu
- 80 Potrzeby doskonalenia wiedzy przez personel medyczny według kryterium wieku
- 81 Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby na stanowiskach operacyjnych według personelu medycznego
- 82 Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby na stanowiskach operacyjnych według pielęgniarek
- 83 Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby na stanowiskach operacyjnych według lekarzy
- 84 Umiejętności menedżerskie przypisane personelowi medycznemu z uwzględnieniem grup wiekowych
- 85 Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby na stanowisku kierowniczym według personelu medycznego
- 86 Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby na stanowisku kierowniczym według pielęgniarek
- 87 Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby na stanowisku kierowniczym według lekarzy
- 88 Umiejętności menedżerskie przypisane osobom, które sprawują funkcję kierowniczą według personelu medycznego z uwzględnieniem grup wiekowych

- 89 Priorytetowe umiejętności, które powinny być cechą profesjonalnego menedżera rekrutowanego spośród personelu medycznego
- 90 Umiejętności menedżerskie przypisane osobom, które sprawują funkcję kierowniczą według personelu medycznego
- 91 Poziom uczestnictwa lekarzy w szkoleniach typu wewnętrznego
- 92 Poziom uczestnictwa pielęgniarek w szkoleniach typu wewnętrznego
- 93 Ocena doboru tematów szkoleń wewnętrznych przez lekarzy
- 94 Ocena doboru tematów szkoleń wewnętrznych przez pielęgniarki
- 95 Poziom zadowolenia lekarzy ze szkoleń wewnętrznych
- 96 Poziom zadowolenia pielęgniarek ze szkoleń wewnętrznych
- 97 Poziom uczestnictwa lekarzy w szkoleniach typu zewnętrznego
- 98 Poziom uczestnictwa pielęgniarek w szkoleniach typu zewnętrznego
- 99 Ocena doboru tematów szkoleń zewnętrznych przez lekarzy
- 100 Ocena doboru tematów szkoleń zewnętrznych do potrzeb przez pielęgniarki
- 101 Poziom zadowolenia lekarzy ze szkoleń zewnętrznych
- 102 Poziom zadowolenia pielęgniarek ze szkoleń zewnętrznych
- 103 Ocena własnych relacji zawodowych z przedstawicielami grup zawodowych według kryterium organizacyjnego
- 104 Ocena własnych relacji zawodowych z przedstawicielami grup zawodowych według kryterium wielkości organizacji
- 105 Ocena własnych relacji zawodowych z przedstawicielami grup zawodowych według kryterium właścicielskiego
- 106 Ocena własnych relacji zawodowych z przedstawicielami grup zawodowych według kryterium geograficznego
- 107 Jakość komunikacji między pracownikami według kryterium organizacyjnego
- 108 Jakość komunikacji między pracownikami według kryterium wielkości organizacji
- 109 Jakość komunikacji między pracownikami według kryterium właścicielskiego
- 110 Jakość komunikacji między pracownikami według kryterium geograficznego
- 111 Własna ocena wiedzy menedżerskiej przez menedżerów opieki zdrowia
- 112 Poziom wiedzy menedżerskiej menedżerów opieki zdrowia
- 113 Własna ocena wiedzy z zakresu zarządzania finansami przez menedżerów opieki zdrowia
- 114 Własna ocena wiedzy z zakresu zarządzania finansami z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowia
- 115 Własna ocena wiedzy z zakresu marketingu i jakości przez menedżerów opieki zdrowia
- 116 Własna ocena wiedzy z zakresu marketingu i jakości z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowia
- 117 Własna ocena wiedzy z zakresu nadzoru nad infrastrukturą przez menedżerów opieki zdrowia
- 118 Własna ocena wiedzy z zakresu nadzoru nad infrastrukturą z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowia
- 119 Własna ocena wiedzy z zakresu zarządzania kadrami przez menedżerów opieki zdrowia
- 120 Własna ocena wiedzy z zakresu zarządzania kadrami z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowia
- 121 Własna ocena wiedzy z zakresu zarządzania informacją przez menedżerów opieki zdrowia
- 122 Własna ocena wiedzy z zakresu zarządzania informacją z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowia

- 123 Własna ocena wiedzy z zakresu psychologii zarządzania przez menedżerów opieki zdrowia
- 124 Własna ocena wiedzy z zakresu psychologii zarządzania z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowia, cz. 1
- 125 Własna ocena wiedzy z zakresu psychologii zarządzania z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowia, cz. 2
- 126 Własna ocena wiedzy z zakresu zarządzania zmianą przez menedżerów opieki zdrowia
- 127 Własna ocena wiedzy z zakresu zarządzania zmianą z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowia
- 128 Upływ czasu od ostatniej podjętej formy uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania przez menedżerów opieki zdrowia
- 129 Upływ czasu od ostatniej podjętej formy uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania przez menedżerów opieki zdrowia z uwzględnieniem kryterium wieku
- 130 Współczynnik potrzeb związanych z uzupełnianiem wiedzy przez personel medyczny
- 131 Współczynnik potrzeb oraz rzeczywistego stanu wiedzy menedżerów opieki zdrowia
- 132 Współczynnik potrzeb związanych z uzupełnianiem wiedzy przez menedżerów opieki zdrowia oraz personelu medycznego
- 133 Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania finansami przez menedżerów opieki zdrowia
- 134 Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zarządzania finansami z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowia
- 135 Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu marketingu i jakości przez menedżerów opieki zdrowia
- 136 Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu marketingu i jakości z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowia
- 137 Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu nadzoru nad mieniem przez menedżerów opieki zdrowia
- 138 Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu nadzoru nad mieniem z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowia
- 139 Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania kadrami przez menedżerów opieki zdrowia
- 140 Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania kadrami z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowia
- 141 Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania informacją przez menedżerów opieki zdrowia
- 142 Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania informacją z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowia
- 143 Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu psychologii zarządzania przez menedżerów opieki zdrowia
- 144 Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu psychologii zarządzania z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowia, cz. 1
- 145 Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu psychologii zarządzania z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowia, cz. 2
- 146 Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania zmianą przez menedżerów opieki zdrowia
- 147 Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania zmianą z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowia
- 148 Formy uzupełniania wiedzy preferowane przez menedżerów opieki zdrowia

- 149 Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby zajmujące stanowisko kierownicze według menedżerów opieki zdrowia oraz personelu medycznego
- 150 Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby zajmujące stanowisko kierownicze według menedżerów opieki zdrowia
- 151 Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby zajmujące stanowisko kierownicze według menedżerów opieki zdrowia
- 152 Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby zajmujące stanowisko kierownicze według menedżerów opieki zdrowia oraz rzeczywiste umiejętności lekarzy
- 153 Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby zajmujące stanowisko kierownicze według menedżerów opieki zdrowia oraz rzeczywiste umiejętności pielęgniarek
- 154 Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca komunikowania się
- 155 Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca odpowiedzialności
- 156 Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca kreatywności
- 157 Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca wytrwałości
- 158 Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca odporności na stres
- 159 Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca zdolności przywódczych
- 160 Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca optymizmu
- 161 Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca otwartości
- 162 Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca dyspozycyjności
- 163 Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca systematyczności
- 164 Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca chęci ciągłego uczenia się
- 165 Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca dokładności
- 166 Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca empatii
- 167 Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca asertywności
- 168 Uzupełnianie kwalifikacji menedżerskich przez menedżerów opieki zdrowia
- 169 Poziom uczestnictwa w szkoleniach menedżerów opieki zdrowia
- 170 Ocena doboru tematów szkoleń na potrzeby zawodowe przez menedżerów opieki zdrowia
- 171 Zadowolenie ze szkoleń menedżerów opieki zdrowia
- 172 Uczestnictwo personelu medycznego w szkoleniach typu wewnętrznego
- 173 Preferowana długość trwania szkoleń wewnętrznych w ocenie personelu medycznego
- 174 Dostosowanie tematów szkoleń wewnętrznych do potrzeb personelu medycznego w ocenie samych zainteresowanych
- 175 Poziom zadowolenia personelu medycznego ze szkoleń wewnętrznych
- 176 Uczestnictwo personelu medycznego w szkoleniach typu zewnętrznego
- 177 Preferowana długość trwania szkoleń zewnętrznych w ocenie personelu medycznego
- 178 Dostosowanie tematów szkoleń zewnętrznych do potrzeb personelu medycznego w ocenie samych zainteresowanych
- 179 Poziom zadowolenia personelu medycznego ze szkoleń zewnętrznych
- 180 Oczekiwanie realizowania szkoleń w czasie pracy przez personel medyczny
- 181 Realizacja szkoleń w tygodniu w ocenie personelu medycznego
- 182 Realizacja szkoleń w weekendy w ocenie personelu medycznego

B. Rysunki

- 1 Struktura dywizjonalna preferowana w szpitalach
- 2 Metodologia badań empirycznych personelu medycznego oraz kadry zarządzającej szpitalami
- 3 Poziom relacji między pracownikami zatrudnionymi w szpitalach
- 4 Ścieżka awansu zawodowego lekarzy z podziałem na stanowiska operacyjne i kierownicze
- 5 Ścieżka awansu zawodowego pielęgniarek z podziałem na stanowiska operacyjne i kierownicze
- 6 Stanowiska kierownicze na różnych poziomach zarządzania organizacją szpitalną obsadzone przez personel medyczny
- 7 Propozycja stanowisk kierowniczych na różnych poziomach zarządzania organizacją szpitalną obsadzanych przez personel medyczny
- 8 Propozycja innowacji organizacyjnej z uwzględnieniem poziomów zarządzania

STRESZCZENIE

Celem tej monografii jest ocena poziomu kompetencji zarządczych personelu medycznego szpitali postrzeganych jako nieodzowna składowa kompetencji pracowniczych we współczesnych szpitalach w ogóle. Obecnie w szpitalach funkcje kierownicze pełnią głównie przedstawiciele grup zawodów medycznych, lekarze i pielęgniarki, którzy nie są dobrze przygotowani merytorycznie do ich sprawowania. Problemy związane z deficytem kompetencji zarządczych mają negatywny wpływ na funkcjonowanie komórek organizacyjnych, oddziałów, a nawet całego szpitala. Niniejsza książka przybliży rzeczywistą sytuację w szpitalach dotyczącą funkcjonowania pracowników medycznych na stanowiskach kierowniczych i ich zapotrzebowanie na wiedzę menedżerską.

Autor przeprowadził badania w szerokim zakresie skoncentrowane na rzeczywiste posiadanych kompetencjach menedżerskich przez lekarzy i pielęgniarki oraz pracowników niebędących lekarzami. Z analizy rezultatów badań empirycznych wyłania się obraz lekarza i pielęgniarki, którzy mają dobrze rozwiniętą większość spośród przebadanych umiejętności interpersonalnych, jednakże ich wiedza z zakresu zarządzania jest na niskim bądź przeciętnym poziomie.

Efektom analiz teoretycznych i empirycznych jest propozycja innowacji organizacyjnej wymuszona niejako przez nowo ukształtowane kompetencje menedżerskie pracowników pełniących funkcje kierownicze na pierwszym najniższym szczeblu w systemie organizacji szpitalnej. Na miejsce stanowisk kierowniczo-medycznych na drugim szczeblu autor proponuje stworzyć tylko stanowiska kooperacyjne, na których mogliby funkcjonować profesjonalni menedżerowie spoza zawodów medycznych, którzy pełniliby tylko funkcje usługowe i administracyjne, ale nie nadrzędne w stosunku do zespołów medycznych funkcjonujących na pierwszym poziomie w systemie organizacyjnym szpitala. Z kolei kompetencje medyczno-specjalistyczne przypisane pracownikom wykonującym obowiązki ordynatora zostałyby przeniesione na poziom niższy, menedżera-lekarza pierwszego szczebla organizacji, który pełniłby funkcję kierownika specjalistycznego zespołu medycznego.

ABSTRACT

DEVELOPMENT OF MANAGERIAL COMPETENCE OF MEDICAL STAFF IN HOSPITALS

The purpose of this monograph is to assess the level of competence of medical management staff, seen as an indispensable of employee competencies in modern hospitals in general. Currently, hospital management functions remain primarily represented by two health professional groups, doctors and nurses, who are not well prepared for the execution of such duties. The problems associated with a deficit of management skills have a negative impact on the functioning of organizational units, branches and even entire hospitals. This book introduces the real situation in hospitals regarding the functioning of medical workers in managerial positions and their need for managerial expertise.

The autor has conducted a wide range of research focused not only on the managerial competence actually held by doctors and nurses but also that of employees who are not doctors. Analysis of the results of empirical studies paints a picture of a doctor and a nurse who possess well-developed interpersonal skills in most of the areas investigated, but whose knowledge of management is of a low or average level.

The results of theoretical and empirical analysis in an innovative organizational proposal, in which new education and training in the managerial competence of employees holding managerial positions is required, from the first levels of organization of the hospital. In place of management-medical positions on the second level, the authors propose the creation of purely cooperative positions, which could be fulfilled by professional managers from outside the medical profession, who would hold only service and administrative functions, similar but not superior, in relation to the medical teams operating on the first level in the hospital organizational system. The competent medical specialist senior registrar would be transferred to a manager-level practitioner position in the organization – the head of a specialist medical team.

REDAKTOR

Dorota Węgierska

KOREKTA

Katarzyna Jagieła

SKŁAD I ŁAMANIE

Anna Basista

Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego
Redakcja: ul. Michałowskiego 9/2, 31-126 Kraków
tel. 12-631-18-80, tel./fax 12-631-18-83