

ROZDZIAŁ II

Wiedza i umiejętności jako elementy składowe kompetencji menedżerskich

2.1. Struktura kompetencji

W klasycznej teorii zarządzania motywowanie, obok planowania, organizowania i kontroli, jest jedną z podstawowych funkcji. Rola motywowania zmieniała się w czasie, a jego waga rosła wraz z przechodzeniem od gospodarki opartej na zasobach materialnych (maszyny i urządzenia wraz ze sposobami ich wykorzystania w produkcji) do gospodarki wiedzy, w której najcenniejszym zasobem każdej organizacji są pracownicy i ich efektywność.

Motywowanie w organizacji oznacza oddziaływanie na pracowników, zorientowane na uzyskiwanie większej wydajności pracy, oraz kształtowanie takich postaw i zachowań, na których zależy kierownictwu. Według słów teoretyka zarządzania Petera Druckera „zadanie menedżera nie polega bynajmniej na zmienianiu istot ludzkich. Chodzi o pomnażanie potencjału poprzez spożytkowanie wszelkich sił, zdrowia i aspiracji tkwiących w każdej z jednostek. To jest celem motywacji”¹. Umiejętność motywowania to jedna z ważniejszych cech menedżera, na którą składają się zarówno wiedza, jak i umiejętności interpersonalne. Menedżer medyczny powinien posiadać wiedzę o charakterze interdyscyplinarnym, obejmującą elementy psychologii, zarządzania, socjologii, prawa pracy i uwarunkowań funkcjonowania sektora medycznego z jego specyfiką.

W rozdziale zaprezentowane zostaną podstawy dotyczące struktury kompetencji oraz wiedzy i umiejętności interpersonalnych personelu medycznego.

Wielość ujęć definicji kompetencji powoduje, że poszczególni badacze rozpatrują różne składniki, komponenty wpływające na jakość kompetencji. Przykład możliwego ujęcia to: „kompetencje mogą dotyczyć organizacji, stanowisk pracy, pracowników. Kompetencje organizacji obejmują kompetencje pracowników oraz kompetencje zarządcze, wiedzę i pamięć zbiorową, kompetencje w sferze produktów i technologii, kompetencje przejęte z zewnątrz (np. licencja, franczy-

¹ P.F. Drucker, *Menedżer skuteczny*, Nowoczesność, Akademia Ekonomiczna w Krakowie, Czytelnik, Warszawa 1994, s. 15.

za), a także kompetencje społeczne, związane z kształtowaniem relacji z otoczeniem zewnętrznym i wewnętrznym².

W literaturze przedmiotu można znaleźć wiele definicji pojęcia kompetencje. W *Encyklopedii organizacji i zarządzania* z 1981 roku kompetencje definiowane są jako zakres uprawnień, obowiązków i odpowiedzialności pracownika przypisany do jego stanowiska organizacyjnego³. Wraz z upływem czasu termin ten ewoluował, rozszerzając swoje znaczenie, niejednokrotnie zbliżając je do pojęcia kapitału ludzkiego. Tabela 1 ukazuje przegląd wybranych definicji kompetencji.

Tabela 1. Modele relacji pacjent–lekarz

Autor	Definicja kompetencji
M. Butkiewicz	Kompetencje stanowią zakres wiedzy, umiejętności i odpowiedzialności, pełnomocnictw i uprawnień do działania. Kompetentny to uprawniony do działania i decydowania, mający podstawy i kwalifikacje do wydawania opinii i sądów.
G. Filipowicz	Kompetencje są to osobiste dyspozycje człowieka w zakresie posiadanej wiedzy, umiejętności i postaw, które zapewniają efektywność w realizowaniu zadań zawodowych na odpowiednim poziomie.
T. Rostkowski	Kompetencje to wszelkie cechy pracowników, które używane i rozwijane w procesie pracy prowadzą do osiągnięcia rezultatów zgodnych ze strategicznymi zamierzeniami przedsiębiorstwa.
A. Sajkiewicz	Kompetencje to zbiór wiedzy, uzdolnień, stylów działania, osobowości, wyznaczanych zasad, zainteresowań i innych cech, które używane i rozwijane w procesie pracy prowadzą do osiągnięcia rezultatów zgodnych ze strategicznymi zamierzeniami przedsiębiorstwa.
S. Whiddet, S. Hollyforde	Kompetencje można rozumieć na dwa sposoby: jako zdolność skutecznej realizacji określonych zadań związanych z pracą lub osiągnięcia pożądaných, wymiernych wyników oraz jako zdolność realizacji konkretnych wzorców zachowań. Kompetencja postrzegana w taki sposób ma charakter zdolności, umiejętności wykonywania zadań na określonym stanowisku lub reprezentuje zestaw cech niezbędnych do wykonania określonej pracy. Kompetencja to również, w zakresie wykonywanej pracy, zespół cech danej osoby, na który składają się charakterystyczne dla tej osoby elementy, takie jak motywacja, cechy osobowości, umiejętności, samoocena związana z funkcjonowaniem w grupie oraz wiedza, którą ta osoba sobie przyswoiła i którą się posługuje.
M. Kossowska, I. Sołtyśńska	Podstawą kompetencji jest wiedza, rozważana na trzech poziomach: wiedzy w potocznym rozumieniu (wiedza deklaratywna – „wiem co”), umiejętności (wiedza proceduralna – „wiem jak i potrafię”), postawy („chcę i jestem gotów wykorzystać swą wiedzę”).
ISO 9000	Kompetencje definiowane są jako wykazana zdolność stosowania wiedzy i umiejętności.

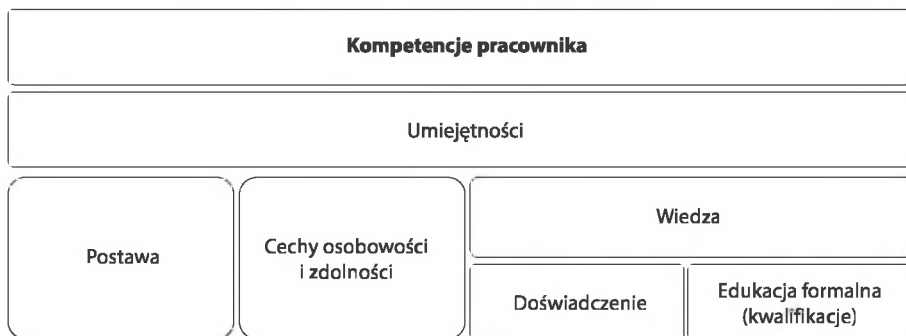
² T. Oleksyn, *Zarządzanie zasobami ludzkimi w organizacji. Kanony, realia, kontrowersje*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Kraków 2008, s. 96.

³ *Encyklopedia organizacji i zarządzania*, red. L. Pasienny, PWE, Warszawa 1981, s. 220.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: M. Butkiewicz, *Struktura modelu polskich standardów kwalifikacyjnych*, Wydawnictwo Edukacja i Praca i IteE, Warszawa 1995, s. 29–30; G. Filipowicz, *Zarządzanie kompetencjami zawodowymi*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2004, s. 17; *Nowoczesne metody zarządzania zasobami ludzkimi*, red. T. Rostkowski, Difin, Warszawa 2004, s. 41; A. Sajkiewicz, *Jakość zasobów pracy*, Poltex, Warszawa 2002, s. 90; S. Whiddet, S. Hollyforde, *Modele kompetencyjne w zarządzaniu zasobami ludzkimi*, Oficyna Ekonomiczna Grupa Wolters Kluwer, Kraków 2003, s. 13; M. Kossowska, I. Sołtysińska, *Szkolenia pracowników a rozwój organizacji*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2002, s. 14; *ISO 9000 Quality management systems – Fundamentals and vocabulary*, ISO International Standards, 2005, s. 55

Definicje przedstawione w powyższej tabeli uwypuklają różne aspekty pojęcia kwalifikacji. Część z nich zwraca uwagę na cechy danej osoby, które mają wpływ na jej zachowanie, inne podkreślają rolę wiedzy jako niezbędnego składnika kompetencji. Ujęcie kompetencji według terminologii ISO podkreśla charakter rzeczywisty, a nie jedynie deklaracyjny składowych kompetencji. Najczęściej jednak spotykanym określeniem kompetencji jest definiowanie jej jako ogółu wiedzy i umiejętności, zdolności, cech i ról społecznych, sposobów rozumowania, postaw i zachowań.

Warto dodać, że pojęcie kompetencji czasami jest uważane za bliskoznaczne pojęciu kwalifikacji, co może powodować pewne problemy z ich jednoznacznym rozumieniem i definiowaniem. Większość autorów zgadza się jednak, że pojęcie kompetencji jest szersze. Istotne jest również odniesienie pojęcia kompetencji do pojęcia umiejętności, które również mieszczą się w zakresie kompetencji. Relacje pomiędzy powyższymi pojęciami przedstawia rysunek 1.



Rysunek 1. Relacje między pojęciami kompetencji, kwalifikacji i umiejętności

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: A. Rakowska, A. Sitko-Lutek, *Doskonalenie kompetencji menedżerskich*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000

Złożoność i wieloznaczność pojęcia kompetencji powoduje, że w literaturze przedmiotu można spotkać różne sposoby ich klasyfikowania. Niezależnie jednak od przyjętych kryteriów podziału istotne wydaje się podkreślenie, że rola

kompetencji we współczesnych realiach funkcjonowania organizacji stale wzrasta. Wiedza i umiejętności posiadane przez pracowników znacznie zwiększają zdolność organizacji do wzrostu i rozwoju.

2.2. Kompetencje interpersonalne personelu medycznego

Konieczność rozwoju kompetencji merytorycznych jest we współczesnym zarządzaniu oczywistym faktem, jednak rozwój tzw. umiejętności interpersonalnych, rozumianych jako zdolności współdziałania społecznego, wydaje się odgrywać równie znaczącą rolę i może przesądzać o sukcesie organizacji.

Personel medyczny posiada kompetencje merytoryczne, których nabywanie poprzez system edukacji, szkoleń i praktyki jest precyzyjnie określone. Zarządzanie wyłącznie tymi kompetencjami może nie być i często nie jest wystarczające dla potrzeb organizacji. W niewielkim jednak stopniu realizowany jest rozwój umiejętności interpersonalnych, a już na pewno brak jest usystematyzowanych rozwiązań dotyczących zarządzania nimi.

Zmiany, które zachodzą w sposobie funkcjonowania szpitali, zarządzania personelem medycznym, kierowania karierą zawodową powodują, że kompetencje społeczno-psychologiczne stają się ważną cechą pracownika medycznego. Doskonalenie tych umiejętności i ich pozyskiwanie staje się dla pracowników konieczną i uzasadnioną na rynku pracy inwestycją, a organizacji umożliwia budowanie i utrzymywanie przewagi konkurencyjnej.

Do najbardziej pożądaných przez organizację kompetencji należy zaliczyć⁴:

- komunikację;
- orientację na osiągnięte wyniki;
- skupienie na kliencie;
- pracę zespołową;
- przywództwo;
- planowanie i organizowanie;
- świadomość biznesową;
- umiejętność przystosowania się;
- stymulowanie rozwoju innych ludzi;
- umiejętność rozwiązywania problemów.

Umiejętności społeczne (umiejętności psychospołeczne, miękkie kompetencje) to termin zbiorczy na określenie kompetencji osobistych oraz kompetencji społecznych. Z funkcjonalnego punktu widzenia umiejętności psychospołeczne zapewniają sprawne zarządzanie sobą (kompetencje osobiste) oraz wysoką skuteczność interpersonalną (kompetencje społeczne).

Kompetencje społeczne (interpersonalne) w literaturze przedmiotu są definiowane najczęściej na dwa sposoby, nawiązując do dwóch zasadniczych po-

⁴ R.M. Epstein, E. Hundert, *Defining and Assessing Professional Competence*, JAMA, 2002, 287, s. 226–235.

trzeb człowieka – potrzeby aprobaty (akceptacji) i potrzeby statusu (władzy)⁵. Pierwszy z nich, podkreślając znaczenie potrzeby akceptacji i aprobaty, definiuje kompetencje społeczne jako zdolność do generowania zachowań społecznych, które umożliwiają oraz ułatwiają inicjowanie i podtrzymywanie pozytywnych relacji interpersonalnych⁶. W takim rozumieniu kompetencje społeczne stanowią przede wszystkim umiejętności relacyjne, za pomocą których inicjujemy, negocjujemy, utrzymujemy, zmieniamy i rozwiązujemy (kończymy) związki interpersonalne⁷. Osoba posiadająca umiejętności interpersonalne to przede wszystkim osoba potrafiąca nawiązywać wzajemnie satysfakcjonujące związki z innymi ludźmi, zarówno bliskimi, jak i te o charakterze profesjonalnym (zawodowym).

Drugi sposób definiowania kompetencji społecznych nawiązuje do potrzeby statusu i władzy. Kompetencje społeczne definiuje się zatem jako skuteczność w realizacji własnych zamierzeń w kontaktach z innymi ludźmi i wiążą się one z umiejętnością wywierania wpływu na innych. Takie rozumienie pojęcia oznacza, iż o poziomie kompetencji społecznych jednostki w największym stopniu świadczą rezultaty, jakie osiągnęła ona przez kontakty z innymi ludźmi, oraz reputacja (szacunek, autorytet), jaką cieszy się w swoim otoczeniu.

Warto również dodać, że chociaż umiejętności społeczne są podstawowym narzędziem osiągania celów w kontaktach interpersonalnych, nie są one jedynym ich aspektem. Obok nich należy wziąć pod uwagę także wiedzę społeczną, strategię analizy i planowania sytuacji społecznych, postaw i wartości oraz emocji związanych z realizacją zadań w relacjach z innymi⁸.

Pośród najważniejszych aspektów kompetencji społecznych wyróżnić możemy⁹:

- aspekt poznawczy (umiejętność sprawnego i trafnego myślenia o sytuacjach społecznych, empatia poznawcza, znajomość reguł społecznych, umiejętność planowania zachowań społecznych);
- aspekt motywacyjny (tendencja do podejmowania ryzyka społecznego i angażowania się w sytuacje społeczne, postawy interpersonalne);
- aspekt behawioralny (posiadane i wykorzystywane umiejętności społeczne).

Najczęściej mówiąc o kompetencjach społecznych, podkreśla się znaczenie aspektu behawioralnego, czyli umiejętności generowania adekwatnych i skutecznych w danej sytuacji zachowań, wprawy w podejmowaniu wyzwań interpersonalnych i społecznego odbioru zachowania jednostki. Ważną kwestią jest

⁵ R. Hogan, *A Socioanalytic Theory of Personality*, [w:] *Nebraska Symposium on Motivation*, red. M. Page, University of Nebraska Press, Lincoln 1982, s. 55–89.

⁶ J. Rey, R. Putnam, *Effective Social Skills Programming*, http://www.communitygateway.org/resources/faq/social_skills/page1.htm (dostęp 14.09.2012).

⁷ B.H. Spitzberg, W.R. Cupach, *Interpersonal Skills*, [w:] *Handbook of Interpersonal Communication*, red. H.L. Knapp, J.A. Daly, Sage, Thousand Oaks 2002, s. 564–611.

⁸ M. Argyle, *Umiejętności społeczne*, [w:] *Zdolności a procesy uczenia się*, red. N.J. Mackintosh, A.M. Colman, Zysk i S-ka, Poznań 2002, s. 107–139.

⁹ R.J. Schneider, P.L. Ackerman, R. Kanfer, *To „act wisely in human relations”: exploring the dimensions of social competence*, „Personality and Individual Differences”, 1996, 21, s. 469–481.

również uwzględnienie nie tylko zachowań społecznych, ale także umiejętności poznawczych i emocjonalnych, które będą umożliwiały generowanie kompetentnych społecznie zachowań¹⁰. Takie rozumienie kompetencji społecznych podkreśla wagę nie tylko umiejętności społecznych jednostki, ale również jej umiejętności wykorzystania ich w praktycznym działaniu.

M. Argyle¹¹ twierdzi, że osoba kompetentna społecznie posiada następujące cechy:

- asertywność – zdolność wywierania wpływu na innych (będąca jednocześnie przeciwieństwem agresji i biernego zachowania);
- gratyfikacja – efekt wsparcia w sytuacjach społecznych, który polega na wspomaganii innych oraz zwiększeniu poczucia ich własnej wartości;
- komunikacja niewerbalna – wyraża się w pewnego rodzaju gestach, mimice twarzy, postawie ciała;
- komunikacja werbalna – jest kluczowym składnikiem kompetencji społecznych, ponieważ większość sygnałów jest werbalna i musi mieścić się w sekwencji konwersatoryjnej;
- empatia – zdolność dzielenia emocji odczuwanych przez inną osobę, rozumienia jej punktu widzenia, zdolność do wczuwania się w sytuację innego człowieka;
- inteligencja społeczna i rozwiązywanie problemów – czynniki poznawcze stają się ważne w niektórych zakresach kompetencji społecznych: kiedy zachowanie jest regulowane przez istnienie pewnych nieformalnych zasad znanych jednostkom, zrozumienie prawdziwej natury sytuacji i związków, wpajanie podstawowych zasad regulujących wymianę społeczną;
- autoprezentacja – związek kompetencji społecznych z oceną „ja” osób wchodzących w interakcje oraz tworzenie wobec innych wymagań odnośnie do ich sposobu reagowania;
- zdolności w różnych sytuacjach i związkach – niektóre z ogólnych cech osobowości, np. ekstrawersja, skorelowane są z kompetencją społeczną.

W powyższej klasyfikacji pojawia się pojęcie inteligencji społecznej i chociaż termin ten jest odrębny od pojęcia kompetencji społecznych, to jednak wydaje się jednym z ważniejszych intelektualnych determinantów poziomu umiejętności społecznych. D. Goleman¹² używa pojęcia inteligencja społeczna, którego składnikami są pojęcia świadomość społeczna oraz sprawność społeczna. Świadomość społeczna oznacza spektrum, które rozciąga się od natychmiastowego wyczucia stanu wewnętrznego osoby, przez zrozumienie jej uczuć i myśli, aż do pojmowania złożonych sytuacji społecznych. Składają na nią:

- empatia pierwotna – współodczuwanie z inną osobą, wychwytywanie niewerbalnych sygnałów emocji;

¹⁰ M. Argyle, *Psychologia stosunków międzyludzkich*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1999.

¹¹ M. Argyle, *Zdolności społeczne*, [w:] *Psychologia społeczna w relacji ja–inni*, red. S. Mascovici, WSiP, Warszawa 1998, s. 82–88.

¹² D. Goleman, *Inteligencja społeczna*, Rebis Dom Wydawniczy, Poznań 2007, s. 106–107.

- dostrojenie – uważne słuchanie drugiej osoby, dostrojenie się do niej;
- trafność empatyczna – rozumienie myśli, uczuć oraz intencji innej osoby;
- poznanie społeczne – wiedza o tym, jak funkcjonuje świat społeczny.

Natomiast sprawność społeczna opiera się na świadomości społecznej, pozwalając na efektywny przebieg interakcji. Spektrum sprawności społecznej obejmuje:

- synchronię – gładki przebieg kontaktu na płaszczyźnie niewerbalnej;
- autoprezentację – przekonujące przedstawienie siebie;
- wpływ – kształtowanie wyniku interakcji społecznych;
- troskę – dbanie o potrzeby innych i działanie zgodnie z nimi.

Inteligencja społeczna stanowi ważny element kształtujący poziom kompetencji społecznych, chociaż na pewno nie jedyny.

P. Smółka¹³ uważa, że kompetencje społeczne wiążą się również z cechami osobowości, które wpływają na zachowanie jednostki w określonych sytuacjach, wybór sytuacji, w które się angażuje, odbiór sytuacji i sposób, w jaki je przekształca. Ponadto wpływają one na zachowanie innych wobec nas samych (na zasadzie samospełniającej się przepowiedni). Kompetencje społeczne są powiązane także z cechami temperamentu, które warunkują wysokie zapotrzebowanie na stymulacje oraz efektywność jej przetwarzania (wysoka aktywność i zważość, niska reaktywność emocjonalna).

Reasumując, kompetencje społeczne składają się z następujących komponentów: zdolności do osiągania celów społecznych, zespołu cech indywidualnych oraz pewnej sprawności reakcji w określonych sytuacjach społecznych.

Kompetencje te są szczególnie istotne w relacji personelu medycznego z pacjentami. Praca lekarza czy pielęgniarki wiąże się nie tylko z fachową wiedzą, ale i umiejętnościami komunikowania się i przekazywania informacji pacjentom, zdolności do odczuwania empatii czy posiadania swoistej „inteligencji społecznej”, rozumianej jako umiejętność stosowania nieformalnych zasad znanych jednostkom w kontekście indywidualnych potrzeb pacjenta. Równie istotna wydaje się umiejętność dawania wsparcia, szczególnie w sytuacji przekazywania negatywnej diagnozy, oraz umiejętność radzenia sobie ze stresem i przewidywania własnych reakcji w trudnych sytuacjach.

Skuteczność pracy personelu medycznego jest związana również z kolejną umiejętnością interpersonalną, jaką jest asertywność. Roszczeniowe postawy pacjentów, ich niezadowolenie z sytuacji, w której się znaleźli, stres towarzyszący chorobie powodują, że lekarz powinien posiadać również umiejętność odmowy, radzenia sobie z pacjentem narzucającym mu swój punkt widzenia i proponowaną metodę leczenia.

Kompetencje te warunkują umiejętne radzenie sobie w relacjach z pacjentami, a ich cechą jest intencjonalność rozumiana jako świadome wykorzystanie i nastawienie na określony cel. Według M. Sokołowskiej interakcja pacjenta z le-

¹³ P. Smółka, *Jak skutecznie szkolić umiejętności interpersonalne*, [w:] *Komunikowanie się. Problemy i perspektywy*, red. B. Kaczmarek, A. Kucharski, M. Stencel, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2006, s. 250–251.

karzem ma ogromny wpływ na stan chorego. Wyróżnia ona następujące umiejętności interpersonalne istotne w relacji lekarz–pacjent¹⁴:

- umiejętność wzbudzania zaufania;
- umiejętność usunięcia obaw;
- umiejętność wzbudzania nadziei;
- umiejętność kształtowania prawidłowego stosunku między lekarzem a pacjentem, która ma wpływ na przekazywanie informacji przez pacjenta i duże znaczenie na postawienie diagnozy i wybór odpowiedniej metody leczenia.

W tradycyjnym modelu relacja między lekarzem a pacjentem była relacją asymetryczną – ten pierwszy oddziaływał na drugiego, udzielał porad, leczył go, zapobiegał jego chorobom i dolegliwościom. Współczesne koncepcje uwypuklają odmienną naturę relacji lekarz–pacjent, traktując je jako wzajemne, dwustronne oddziaływanie, skutek zaś tej interakcji może się przyczyniać do sukcesu terapii. O wzajemnym porozumieniu decydują zatem w dużej mierze, poza wiedzą fachową lekarza, również umiejętności interpersonalne.

W socjologii medycyny modele relacji między pacjentem a lekarzem uwypuklały różne zmienne, które należy uwzględnić, aby zrozumieć wzajemne uwarunkowania i złożoność tej relacji. Zwracają one również uwagę na odmienne kompetencje niezbędne do prawidłowego przebiegu wzajemnych kontaktów. Poniżej zaprezentowano przegląd najważniejszych modeli (tabela 2).

Zaprezentowane modele relacji lekarz–pacjent uwzględniają zarówno istotę ich kontaktu (konflikt, negocjacje), jak również tło uwarunkowań społecznych, kulturowych czy ideologicznych. Wydaje się, że najbliższą współczesnym realiom jest ideologia konsumeryzmu, w której uwzględnia się czynniki otoczenia ekonomicznego, kształtujące odmienny typ relacji lekarz–pacjent, opierającej się na teorii usług, w których poza kompetencjami związanymi z wiedzą medyczną istotne stają się umiejętności społeczne, takie jak autoprezentacja, komunikacja, skupienie się na pacjencie, przystosowanie się.

Sama koncepcja, która powstała w Stanach Zjednoczonych, nie odzwierciedla w pełni realiów polskich, jednak również tutaj daje się zauważyć coraz większą liczbę jej symptomów. W związku z powyższym kompetencje społeczne personelu medycznego będą zyskiwać na znaczeniu, co zapewne będzie korzystne dla pacjenta.

¹⁴ M. Sokołowska, *Socjologia medycyny*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1986, s. 92 i nast.

Tabela 2. Modele relacji pacjent–lekarz

Autorzy koncepcji		Założenia modelu	Wymagane kompetencje	Uwagi krytyczne
MODELE FUNKCJONALNE	Talcott Parsons	Fachowa dominacja lekarza nad pacjentem wynika z asymetrii posiadanej wiedzy i kwalifikacji.	<ul style="list-style-type: none"> • Wiedza i umiejętności fachowe • Obiektywizm • Neutralność emocjonalna 	Pacjent jest podmiotem biernym i zależnym od lekarza, u podstaw relacji leży założenie, że lekarz wie najlepiej, co jest dla pacjenta dobre.
	Thomas Szasz, Marc Hollender	Fachowa dominacja lekarza nad pacjentem wynika z asymetrii posiadanej wiedzy i kwalifikacji. Zróżnicowanie stosunku lekarza do pacjenta ze względu na występujące symptomy organiczne, które są podstawą medycznej interwencji i wynikłej z niej relacji dopuszczającej także rosnący stopień aktywności pacjenta.	<ul style="list-style-type: none"> • Wiedza i umiejętności fachowe • Obiektywizm • Umiejętność współpracy • Umiejętność kształtowania relacji partnerskich 	Model o charakterze normatywnym, nie zawsze odzwierciedlający rzeczywistość (np. relacja partnerska wymaga zaangażowania obu stron, co nie zawsze jest możliwe).
MODELE KONFLIKTU	Eliot Freidson	Teoria konfliktu społecznego i dewiacji społecznej. Istnienie konfliktu uwarunkowane jest odmiennymi potrzebami lekarza i chorego, jego siła zależy od kontekstu sytuacyjnego (np. różnych form nacisku w różnych formach leczenia). Choroba jest formą dewiacji (społecznej lub biologicznej) od normalnie pełnionych ról, a lekarze są tymi, którzy tworzą i sankcjonują oficjalną, społeczną rolę chorego.	<ul style="list-style-type: none"> • Wiedza i umiejętności fachowe • Umiejętność podejmowania autorytatywnych decyzji dotyczących stanu chorego • Umiejętność postępowania w sytuacji konfliktu 	Model opisuje chorobę jako dewiację, a reakcja społeczna na nią jest uzależniona od następujących wymiarów: odpowiedzialności jednostki za stan, w jakim się znajduje, piętna związanego z chorobą i szansą na wyleczenie. Model jest najbardziej adekwatny dla pacjenta obciążonego ciężkim ciężarem fizycznym.
	Howard Waitkin, Barbara Waterman, Vicente Navarro	Stosunki między pacjentem a lekarzem traktowane jako usługi, w których jedna grupa ludzi (lekarze i personel ochrony zdrowia) świadczy na rzecz drugiej (pacjenci). W relacji pacjent–lekarz występuje konflikt interesów i element wyzysku (wymogi zysku czy innych osiągniętych korzyści a wymogi dobrego zdrowia).	<ul style="list-style-type: none"> • Wiedza i umiejętności fachowe • Wiedza ideologiczno-polityczna • Umiejętność perswazji • Troska 	Model ten wprowadza elementy ideologiczno-polityczne w relacji lekarz–pacjent. Uprawnienia lekarzy do legalizowania choroby są konserwatywną formą kontroli społecznej.

Autorzy koncepcji		Założenia modelu	Wymagane kompetencje	Uwagi krytyczne
MODELE TRANSAKCYJNE	Samuel Bloom	Teoria wspólnego systemu społecznego, w którym poza lekarzem i pacjentem występuje znacznie więcej zmiennych społecznych, potrzebnych do analizy skomplikowanych układów zależności i grup odniesienia pacjentów i lekarzy. Relacje między pacjentem a lekarzem powinny być rozpatrywane jako stałe negocjacje.	<ul style="list-style-type: none"> • Wiedza i umiejętności fachowe • Empatia • Zdolność do współczucia • Umiejętność komunikacji • Umiejętność negocjacji • Umiejętność rozwiązywania problemów 	Model ujmuje relacje lekarz–pacjent w perspektywie negocjacyjnej, a zatem uwzględnia istnienie konfliktu.
	Thomas Scheff	W relacji pacjent–lekarz zawarty jest konflikt. Rozwiązywany jest przez negocjacje, które są najważniejszym, krytycznym elementem, od którego zależą satysfakcjonujące relacje między lekarzem a pacjentem.	<ul style="list-style-type: none"> • Wiedza i umiejętności fachowe • Umiejętność negocjacji • Umiejętność narzucenia pacjentowi proponowanego rozwiązania 	Dominująca pozycja lekarza w negocjacjach z pacjentem, model sprawdził się w przypadku chorób o charakterze psychicznym lub psychosomatycznym, w przypadku chorób somatycznych – diagnoza nie jest przedmiotem negocjacji.
KONSUMERYZM		Ideologia ruchu społecznego (głównie w USA) na rzecz dostępności wiedzy medycznej dla pacjentów i ich aktywizowania w relacjach z lekarzami. Lekarz jest konsultantem pozostawiającym pacjentowi możliwość decydowania o sobie samym. Dobre zdrowie wymaga aktywnej postawy, a nie biernego stosowania się do zaleceń lekarza. Relacje pacjent–lekarz są zorganizowanym systemem zachowań, których konsument powinien się nauczyć, aby móc efektywnie negocjować usługi. Pacjent zdobywa informacje medyczne z różnych źródeł, dokonuje wyboru między lekarzami i alternatywnymi źródłami pomocy.	<ul style="list-style-type: none"> • Wiedza i umiejętności fachowe • Umiejętność autoprezentacji • Umiejętność komunikacji • Umiejętność skupienia się na pacjencie • Umiejętność dostrzeżenia perspektywy biznesowej • Umiejętność przystosowania się 	Konsumeryzm nie oferuje żadnym modelom teoretycznym, prezentuje jednak lekarza i pacjenta w nowej roli: usługodawcy i usługobiorcy, ze wszelkimi konsekwencjami o charakterze rynkowym: koniecznością dostosowania się do wymagań klienta/pacjenta, konkurencją na rynku usług medycznych itp.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: A. Ostrowska, *Modele relacji pacjent–lekarz*, [w:] *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*, red. A. Ostrowska, Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 2009, s. 236–250

2.3. Wiedza menedżera medycznego

Wiedza stała się współcześnie najbardziej poszukiwanym towarem i kapitałem. Łącznie z procesem jej gromadzenia i uaktualniania stanowi podstawowy czynnik sukcesu organizacji w nieustannie zmieniającym się otoczeniu. Umiejętność korzystania z posiadanej już wiedzy, a także tworzenie nowej i przekładanie jej na sukces rynkowy, stwarza zdecydowanie większe możliwości organizacji na konkurencyjnym rynku.

Można przyjąć, że wiedza to niematerialne zasoby organizacji, związane z ludzkim działaniem, których zastosowanie może być podstawą przewagi konkurencyjnej organizacji. Związana jest ona z posiadanymi zasobami: danych, informacji, procedur, jak też z doświadczeniem i wykształceniem. Wiedza bardzo silnie wiąże się z takimi czynnikami, jak: kultura, etyka, intuicja, warunki pracy, styl zarządzania¹⁵.

Wiedza obecnie jest postrzegana jako jeden z najbardziej istotnych elementów potencjału strategicznego organizacji. Znaczenie jej w tworzeniu przewagi konkurencyjnej organizacji stale rośnie kosztem posiadanych przez organizację materialnych zasobów. Na poziomie makroekonomicznym najbardziej istotną cechą, która odróżnia ją od pozostałych czynników produkcji, jest nieograniczoność. Jest to związane z tym, że w stosunku do inwestycji w wiedzę nie ma zastosowania prawo malejących przychodów.

Dodatkowo użytkowanie istniejących zasobów wiedzy sprzyja zwiększaniu oraz podnoszeniu jakości owych zasobów. Główny problem gospodarowania tymi zasobami nie polega zatem na odpowiednim lokowaniu rzadkich materialnych zasobów i doskonaleniu przetwarzania ich w rzeczowe efekty. W gospodarce opartej na wiedzy podstawową kwestią staje się tworzenie takiej wiedzy, która będzie zwiększała wartość wewnętrznych procesów oraz wykorzystywania jej we wprowadzaniu nowych procesów, dających inne skutki niż dotychczasowe. Wiedza w tej koncepcji nie gwarantuje sama z siebie ekonomicznego sukcesu, ale staje się jednym z warunków efektywnego wykorzystywania innych czynników produkcji.

Charakterystyka wiedzy w aspekcie ekonomicznym, którą podkreślają publikacje OECD, obejmuje następujące własności¹⁶:

- publiczny/prywatny charakter;
- kodowaną/ukrytą (milczącą) postać;
- zróżnicowanie funkcjonalne.

Wiedza w kontekście ekonomicznym ma charakter publiczny wtedy, gdy jednocześnie bądź następczo może być wykorzystywana przez wielu użytkow-

¹⁵ J. Kisielnicki, *Zarządzanie wiedzą we współczesnych organizacjach*, [w:] *Zarządzanie wiedzą w systemach informacyjnych*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 2004.

¹⁶ Z. Chojnicki, *Wiedza dla gospodarki w perspektywie OECD*, [w:] *Gospodarka oparta na wiedzy. Wyzwanie dla Polski XXI wieku*, red. A. Kukliński, KBN, Warszawa 2001, s. 82.

ników. Dodatkowo zakłada się, iż w trakcie jej użytkowania nie nastąpi utrata jej wartości oraz wyłączenie niewłaściwych użytkowników będzie się wiązało z dużym kosztem dla tego, kto tę wiedzę produkuje. We wszystkich pozostałych przypadkach wiedza ma charakter prywatny. Rozróżnienie na wiedzę o charakterze publicznym bądź prywatnym jest stosowane do określenia sytuacji, w których uzasadnione jest subsydiowanie lub też bezpośrednie finansowanie produkcji wiedzy ze środków publicznych.

Wiedza kodowana (*codified knowledge*) jest wyrażana za pomocą kodu, który jest dostępny dla wtajemniczonych. Wyróżnić można dwa rodzaje kodów:

- wyraźne i dostępne w postaci np. podręczników, wykresów, diagramów, schematów;
- powstałe spontanicznie jako środki komunikacji wewnątrz organizacji i między nimi.

Natomiast milcząca postać wiedzy (*tacit knowledge*) oznacza, że wiedza nie jest udokumentowana ani wyrażana w sposób jawny przez kontrolującą i wykorzystującą ją osobę. Wiedza ukryta dzieli się na tę, które może być ujawniona (*tacit for lack of incentives*), oraz tę, która jest niemożliwa do ujawnienia (*tacit by nature*).

Trzecia własność, zróżnicowanie funkcjonalne, pozwala wyodrębnić następujące kategorie wiedzy:

- „wiedza co” (*know-what*) – jest to wiedza opisowo-informacyjna, czyli wiedza o faktach, ma ona charakter kodowany i zazwyczaj publiczny, a dostęp do niej pozwalają uzyskać publikacje, bazy danych oraz technologie informacyjne. W medycynie ten rodzaj wiedzy to przede wszystkim publikacje medyczne, opracowania naukowe, raporty, analizy wykorzystywane w toku edukacji medycznej;
- „wiedza dlaczego” (*know-why*) – jest to wiedza eksplanacyjna (wiedza naukowa o prawach panujących w przyrodzie, społeczeństwie, umyśle ludzkim); często ma ona charakter publiczny (z wyjątkiem badań prowadzonych przez prywatne firmy) oraz częściowo kodowaną postać; wiedza ta stanowi podstawę rozwoju technologii, produktów i procesów. W ujęciu medycznym ten rodzaj wiedzy opiera się na wiedzy pozyskanej w toku edukacji formalnej i doświadczeniu zdobytym podczas uprawiania zawodu. Istotny problem stanowi niemożność zdefiniowania niektórych przypadków chorób, która może wynikać z braku wiedzy formalnej, doświadczenia lub z innych przyczyn utrudniających postawienie diagnozy (np. ukrywanie przez pacjenta symptomów choroby);
- „wiedza jak” (*know-how*) – wiedza praktyczno-technologiczna; jest ona związana z umiejętnościami, zdolnościami wykonania czegoś; dostępu do niej nie mają (bądź mają w ograniczonym stopniu) osoby spoza organizacji i nigdy też nie jest dobrem całkowicie publicznym; zazwyczaj ma ona postać nieskodyfikowaną i przekazywana jest w bezpośrednich kontaktach w środowisku pracy lub w czasie szkoleń. W medycynie wiedza ta obejmuje umiejętność postawienia diagnozy, określenia działań profilaktycznych;

- „wiedza kto” (*know-who*) – obejmuje informacje o tym, kto ma jaką wiedzę i jakimi zdolnościami dysponuje; związana jest z tworzeniem społecznych relacji, które mogą pozwolić na dostęp do wiedzy odpowiednich osób i ma ona charakter milczącej i prywatnej. Ten zasób wiedzy dotyczy świadomości istniejących możliwości współpracy (z innym specjalistą, ośrodkiem medycznym), ale również zasad konkurencyjności na rynku usług medycznych.

Pojęcie „wiedza” w szerokim rozumieniu oraz dostrzeżenie różnorodności form jej występowania powoduje, że zaciera się tradycyjny podział na twórców (uniwersytety i ośrodki badawcze) i użytkowników wiedzy oraz podział na naukę technologiczną, badania podstawowe i stosowane.

W związku z powyższymi rozważaniami, definiowanie pojęcia „wiedza” wydaje się zadaniem niełatwym i wymagającym uwzględnienia wielu aspektów. Pojęcie można rozpatrywać z punktu widzenia różnych dyscyplin nauki, m.in. filozofii, psychologii czy ekonomii, które wpłynęły na postrzeganie wiedzy w przedsiębiorstwach. Literatura przedmiotu ukazuje dwa dominujące sposoby podejścia co do źródła wiedzy: racjonalizm i empiryzm. Zgodnie z twierdzeniem pierwszego wiedzę zdobywamy poprzez dedukcyjne rozumowanie; natomiast według drugiego prawdziwa wiedza pochodzi z indukcyjnego rozumowania, opartego na doświadczeniach zmysłowych. Różnica tych poglądów dotyczy nie tylko źródła wiedzy, ale również metod jej zdobywania.

Wzrastająca rola wiedzy w gospodarce spowodowała, iż koniecznością dla każdej organizacji stało się umiejętne zarządzanie wiedzą wszystkich swoich pracowników. Jak pisze jeden z największych teoretyków w dziedzinie zarządzania, P. Drucker: „[...] rzeczywistym i kontrolującym zasoby oraz całkowicie rozstrzygającym »czynnikami produkcji« nie jest teraz ani kapitał, ani własność ziemską, ani siła robocza. Jest nim wiedza. [...] Zamiast kapitalistów i proletariatu klasami społeczeństwa pokapitalistycznego są wykwalifikowani pracownicy”¹⁷.

Według A. Koźmińskiego¹⁸ wiedza należy do zasobów miękkich firmy i powstaje z zasobów tworzonych z tkanki społecznej i ze społecznych relacji z otoczeniem. Tradycyjne źródła encyklopedyczne nie ujmują jednak pojęcia wiedzy na gruncie przedsiębiorstwa wiedzy, a zatem nie definiują jej jako niematerialnego zasobu przedsiębiorstwa. W takim rozumieniu pojęcie wiedzy pojawia się dopiero w opracowaniach z zakresu zarządzania.

W literaturze przedmiotu występują różne sposoby klasyfikowania rodzajów wiedzy. Według M. Jabłońskiego¹⁹ wiedzę organizacyjną we współczesnej organizacji można rozpatrywać w ujęciu procesowym, zasobowym i społecznym.

¹⁷ P.F. Drucker, *Spółczesność pokapitalistyczna*, PWN, Warszawa 1999, s. 13.

¹⁸ A.K. Koźmiński, *Zarządzanie w warunkach niepewności*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004, s. 93.

¹⁹ M. Jabłoński, *Rozwój kompetencji pracowniczych w organizacji uczącej się*, C.H. Beck, Warszawa 2009, s. 24.

Opierając się na ujęciu procesowym, wiedza w przedsiębiorstwie pochodzi głównie z procesów informacyjnych zachodzących wewnątrz organizacji.

W przypadku podejścia zasobowego wiedza organizacyjna związana jest nie tylko z organizacją wewnątrz, ale również z jej otoczeniem. Dotyczy nie tylko bieżących działań firmy, ale ma również na uwadze przyszłe jej zamierzenia.

Najbardziej „miękkim” ujęciem wiedzy organizacyjnej okazało się podejście społeczne. Oprócz technologii informatycznych włączono również emocje. Zaangażowano pracowników w kreowanie i transfer wiedzy, doceniono zależność pomiędzy wiedzą cichą i formalną. Zgodnie z tym podejściem zasoby wiedzy na skutek interakcji społecznych (doświadczenia członków organizacji, modele myślowe) są przekształcane z wiedzy cichej (wiemy więcej, niż jesteśmy w stanie powiedzieć) w wiedzę formalną (usystematyzowana za pomocą znaków i symboli).

Pracownicy wiedzy (drukierowscy *knowledge workers*) stanowią od lat 50. XX wieku rosnącą proporcję ogółu pracowników. Termin ten dotyczy profesjonalistów, specjalistów, ekspertów czy po prostu pracowników umysłowych, którzy posiadają wiedzę w określonej dziedzinie. Wiedza, jakiej oczekuje się od tego typu pracowników, jest związana z szeroko rozumianą wydajnością ich pracy i sprowadza się do następujących kwestii²⁰:

- treści zadań do wykonania i związanych z nimi kompetencji;
- zakresu odpowiedzialności i autonomii;
- rozwoju zawodowego obecnie i w przyszłości;
- jakości pracy, która jest ważniejsza od ilości.

Wiedza i umiejętności fachowe od zawsze były nieodłącznym elementem świadczenia usług medycznych. W przeszłości występowała jednak znaczna asymetria wiedzy w relacji lekarz–pacjent. Personel medyczny miał wiedzę fachową uzyskaną w toku edukacji oraz doświadczenia zawodowego, doskonaląc jej stan poprzez cały okres życia zawodowego. Pacjent występował na podporządkowanej pozycji, przyjmując postępowanie lekarza za właściwe.

Współcześnie asymetria ta uległa zmniejszeniu poprzez dostęp pacjentów do wiedzy medycznej, możliwość porównania i weryfikacji diagnozy oraz konkurencję na rynku usług medycznych. W dalszym ciągu wiedza i fachowe umiejętności personelu medycznego stanowią kluczowy aspekt procesu leczenia.

Biorąc jednak pod uwagę zmiany, które dokonały się na rynku usług medycznych, obejmujące m.in.: konieczność uwzględniania wyniku finansowego jednostki, koszt świadczenia poszczególnych usług, konkurencję na rynku medycznym, zmianę postawy pacjenta na w większym stopniu roszczeniową, zmianę typu relacji pacjent–lekarz na w większym stopniu partnerską, na znaczeniu zyskuje nie tylko wiedza fachowa, lecz również wiedza menedżerska, która pozwala lekarzom umiejętnie zarządzać placówkami medycznymi.

²⁰ T. Oleksyn, *Zarządzanie kompetencjami. Teoria i praktyka*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2010, s. 46.

Do najważniejszych elementów składowych wiedzy menedżerskiej można zaliczyć:

- wiedzę zdobytą w trakcie kształcenia się i doksztalcania;
- bieżący dopływ najświeższej wiedzy z wewnątrz i zewnątrz organizacji, jak trendy i tendencje zachodzące w gospodarce w skali mikro- i makroekonomicznej, sytuacja w branży czy sektorze, sytuacja społeczna i polityczna itp.;
- doświadczenia menedżera, jego intuicję i wyczucie zawodowe będące wynikiem lat praktyki.

Wiedza menedżera powinna się przyczyniać do osiągnięcia korzyści finansowych i ekonomicznych organizacji. W normach ISO²¹ wskazane zostały dziedziny wiedzy, które powinni posiadać menedżerowie, a które mają wpływ na osiąganie sukcesu organizacji. Stosując terminologię ISO, można wskazać następujące zakresy wiedzy menedżera medycznego:

- wiedza dotycząca potrzeb pacjentów;
- wiedza dotycząca potrzeb pracowników: lekarzy, pielęgniarek, pomocniczego personelu medycznego, pracowników administracyjnych;
- wiedza dotycząca potrzeb dostawców farmaceutyków, sprzętu medycznego, usług i produktów niezwiązanych bezpośrednio z procesem leczenia;
- wiedza na temat potrzeb społeczeństwa w zakresie potrzeb dotyczących zdrowia, profilaktyki, uwarunkowań społecznych, demograficznych i ekonomicznych zachorowań;
- wiedza odnośnie do wizji, misji, kierunku, polityki, planów i wykonania oraz innych ważnych informacji istotnych dla trwałości organizacji, w tym również dotycząca sytuacji ekonomicznej placówki medycznej i możliwości jej rozwoju;
- wiedza dotycząca konieczności ustalenia ambitnych, realnych i zrozumiałych celów, możliwych do realizacji w istniejących uwarunkowaniach funkcjonowania (polityka NFZ);
- wiedza dotycząca jakości środowiska pracy koniecznego do osiągnięcia założonych celów, jego uwarunkowań i determinantów związanych ze specyfiką wykonywania zawodu lekarza, pielęgniarki, pomocniczego personelu medycznego.

Rozważając pojęcie wiedzy menedżerskiej, należy zauważyć, iż jest ono nierozzerwalnie związane z takimi działaniami, jak znajomość metod i technik zarządzania, wiedza na temat sektora, obowiązujących uwarunkowań prawnych i standardów, wiedza dotycząca poziomu wiedzy pracowników czy struktury wewnętrznej organizacji. Dopiero jednak umiejętność zastosowania posiadanej wiedzy może się przyczyniać do sukcesu organizacji, zatem należy podkreślić, że dziedziny te są z sobą nierozzerwalnie związane.

²¹ ISO 10014 *Quality management – Guidelines for realizing financial and economics benefits*, 2006, s. 43.

2.4. Metody oceny i doskonalenia kompetencji

Potrzeba pomiaru poziomu kompetencji jest współcześnie istotnym elementem zarządzania zasobami ludzkimi, która występuje we wszystkich kluczowych procesach: rekrutacji, selekcji, oceny okresowej pracowników, analizie potrzeb rozwojowych, optymalizacji ścieżek kariery czy podczas planowania szkoleń.

Zróżnicowanie potrzeb w zakresie posiadanych kompetencji wynika w dużym stopniu ze specyfiki danej organizacji i identyfikacji podstawowych kompetencji niezbędnych do osiągnięcia sukcesu. Stan taki powoduje konieczność poszukiwania i zastosowania wiarygodnych i dobrze dopasowanych narzędzi służących ich ocenie. Do najbardziej znanych metod pomiaru kompetencji można zaliczyć:

- testy kompetencyjne;
- testy psychologiczne;
- metody typu *Assessment and Development Center*;
- metody oceny przez innych (metoda 180° i 360°);
- metody polegające na samoocenie.

Dobór odpowiedniej metody oceny jest uwarunkowany wieloma czynnikami: specyfiką wykonywanej pracy, wymaganiami dotyczącymi kompetencji kluczowych, możliwością weryfikacji praktycznej posiadanych kompetencji i innymi. Równie ważne wydaje się wzięcie pod uwagę środowiska pracy, które kształtuje jego unikatowe zapotrzebowanie na wybrane kompetencje i sposoby ich pomiaru.

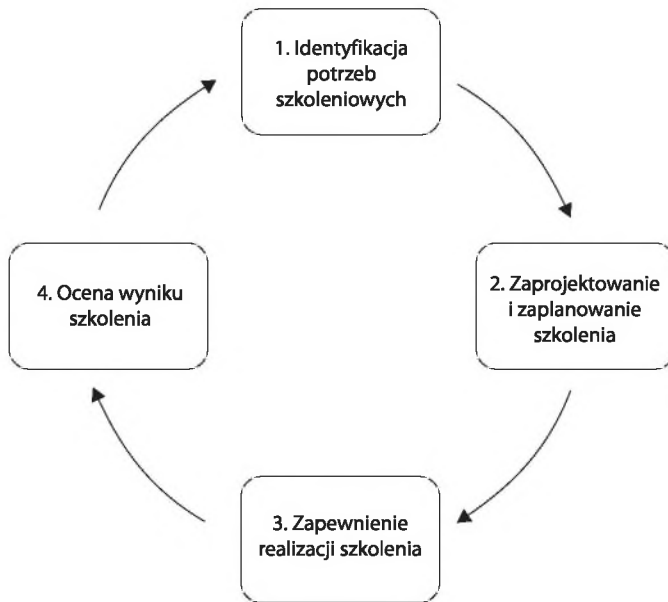
Sektor medyczny tradycyjnie kojarzony jest z kompetencjami fachowymi, w tym z wiedzą medyczną. Ze względu na konieczność identyfikacji kompetencji wymaganych na określonym stanowisku (lekarz, pielęgniarka, menedżer medyczny) etap ten rozpoczyna proces pomiaru kompetencji i występuje podczas procesu rekrutacji. Istotne wydaje się jednak, aby nie zaniechać oceny kompetencji, ponieważ w związku z wpływem wielu czynników (postęp medycyny, zmieniająca się technologia, nowe standardy wiedzy medycznej, zmieniające się czynniki otoczenia bliższego i dalszego) mogą pojawić się luki kompetencyjne, których niewypełnienie zagraża sukcesowi organizacji.

Wymienione powyżej metody pomiaru kompetencji nie są jednak rozwiązaniami kompleksowymi, gdyż nie pozwalają badać, jak posiadane kompetencje pracownicze odzwierciedlają potrzeby organizacji w zakresie kompetencji, jak również nie dostarczają narzędzia, które można wykorzystać do ich doskonalenia. Propozycja kompleksowego rozwiązania obejmująca identyfikację potrzeb organizacji, a co z tym związane – wymaganych kompetencji, została zawarta w normie ISO 10016.

W normie znalazły się wytyczne dotyczące prowadzenia szkoleń, których właściwy sposób przeprowadzenia wymaga identyfikacji kompetencji koniecznych do realizacji celów organizacji oraz wskazania działów, w których mogą wystąpić tzw. luki kompetencyjne. Norma zakłada, iż proces szkolenia, który może wykorzystywać różne metody, składa się z czterech podstawowych etapów:

- identyfikacji potrzeb szkoleniowych;
- zaplanowania szkolenia;
- przeprowadzenia szkolenia;
- oceny wpływu szkolenia na efektywność organizacji.

Na rysunku 2 zaprezentowano przebieg procesu szkoleniowego.



Rysunek 2. Etapy procesu szkolenia

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *ISO 10015 Quality management – Guidelines for training*, ISO International Standards, 1999

Identyfikacja potrzeb szkoleniowych powinna się rozpoczynać od zdefiniowania wymaganych kompetencji do realizacji każdego zadania, które istotnie wpływa na jakość świadczonych usług, a następnie dokonania porównania kompetencji posiadanych z wymaganymi w celu identyfikacji luk kompetencyjnych. Analiza powinna uwzględniać zarówno obecne potrzeby w zakresie kompetencji, jak również przyszłe, które dopiero mogą wystąpić.

Zaplanowanie szkolenia obejmuje zaprojektowanie takich szkoleń, które umożliwią zlikwidowanie zidentyfikowanych wcześniej luk kompetencyjnych. Stosuje się tutaj odpowiednie techniki metody miejsca szkolenia, aby osiągnąć zaplanowane skutki.

Przeprowadzenie szkolenia powinno się odbywać zgodnie z zasadami i celami ustalonymi przed szkoleniem, natomiast ocena wpływu szkolenia powinna uwzględniać możliwość sprawdzenia, czy luka kompetencyjna została zlikwidowana.

Tabela 3 pokazuje propozycję narzędzia pomiaru kompetencji i możliwości ich doskonalenia dla sektora usług medycznych z wykorzystaniem metodyki cyklu szkoleniowego zawartego w normie ISO 10015.

Tabela 3. Wytyczne dotyczące szkolenia personelu medycznego

Identyfikacja potrzeb organizacji	
Określenie i analizowanie wymagań dotyczących kompetencji w zakresie	<ul style="list-style-type: none"> • Jakości usług medycznych • Polityki szkoleniowej (szkolenia obowiązkowe personelu medycznego i fakultatywne) • Zarządzania jakością usług medycznych • Zarządzania zasobami • Projektowania procesów medycznych i pozamedycznych
Zidentyfikowanie i analiza wymaganych kompetencji	<ul style="list-style-type: none"> • Zmiany o charakterze organizacyjnym lub technologicznym mające wpływ na procesy realizowane w placówce medycznej • Harmonogram przeszłych lub bieżących procesów szkoleniowych o charakterze medycznym i pozamedycznym • Diagnoza wykonana przez organizację dotycząca potrzebnych kompetencji personelu do wykonywania wyspecjalizowanych zadań (kompetencje twarde i miękkie) • Zapisy dotyczące fluktuacji kadr lub zmian personelu wynikających z systemu edukacji medycznej (staże specjalizacyjne) • Dokumenty, certyfikaty, dyplomy potwierdzające prawo do wykonywania określonych zadań medycznych • Propozycje szkoleń ze strony pracowników identyfikujące możliwości szkoleń spójne z celami organizacji • Analiza skarg pacjentów • Ustawodawstwo, przepisy normy i dyrektywy mające wpływ na organizację sektora usług medycznych • Badania rynku identyfikujące lub przewidujące nowe wymagania i oczekiwania pacjentów
Przegląd kompetencji	<ul style="list-style-type: none"> • Zapisy dotyczące kompetencji • Dane dotyczące wymagań związanych z realizacją zadań medycznych, pochodzące z: <ul style="list-style-type: none"> – rozmów z pracownikami, osobami sprawującymi nadzór, kierownikami lub ankiety z ich udziałem; – obserwacji; – dyskusji w grupach; – danych wejściowych pochodzących od ekspertów z NFZ oraz będących skutkiem wymagań związanych z wykonywanym zawodem
Identyfikacja luk kompetencyjnych	<ul style="list-style-type: none"> • Wykaz wymaganych kompetencji i wykaz istniejących kompetencji
Identyfikowanie rozwiązań mających na celu usunięcie luk kompetencyjnych	<ul style="list-style-type: none"> • Wykaz luk kompetencyjnych

Określenie specyfikacji potrzeb dotyczących szkolenia	<ul style="list-style-type: none"> • Wykaz wymagań dotyczących kompetencji • Wykaz luk kompetencyjnych • Wyniki poprzedniego szkolenia
Projektowanie i planowanie szkolenia personelu medycznego	
Określenie uwarunkowań	<ul style="list-style-type: none"> • Wymagania przepisów prawa • Wymagania sektora usług medycznych • Wymagania etyki zawodowej w środowisku medycznym • Wymagania dostawców (usług i produktów medycznych i poza-medycznych) • Wymagania wynikające ze szczególnej relacji lekarz/pielęgniarka-pacjent • Uwarunkowania finansowe • Polityka NFZ • Wymagania dotyczące czasu i harmonogramu, zasoby szkoleniowe oraz dostępność okresowa stażów zawodowych • Dostępność, motywacja i zdolności osób, które powinny być szkolone • Inne czynniki logistyczne
Metody szkolenia i kryteria wyboru	<ul style="list-style-type: none"> • Specyfikacja potrzeb dotyczących szkolenia • Wykaz zasobów, uwarunkowań i celów • Wykaz obowiązkowych i opcjonalnych metod szkolenia • Kryteria wyboru metod szkolenia
Specyfikacja planu szkolenia	<ul style="list-style-type: none"> • Cele i specyficzne wymagania organizacji medycznej • Wymagania NFZ • Wymagania dostawców (usług i produktów medycznych i poza-medycznych) • Specyfikacja potrzeb dotyczących szkolenia • Cele dotyczące szkolenia • Grupy szkolonych osób dobrane tematycznie lub personel dobrany ze względu na pełnione funkcje • Metody szkolenia i zarys zawartości szkolenia • Zestawienie wymagań • Wymagania dotyczące zasobów i wymagania finansowe • Kryteria oceny wyników szkolenia • Procedury monitorowania
Wybór podmiotu prowadzącego szkolenie	<ul style="list-style-type: none"> • Uwarunkowania formalnoprawne determinujące wybór podmiotu prowadzącego szkolenie • Potwierdzone informacje dotyczące prowadzącego szkolenie • Sprawozdanie z oceny • Specyfikacja planu szkolenia • Zidentyfikowane uwarunkowania o charakterze medycznym i pozamedycznym
Realizacja szkolenia	
Zapewnienie wsparcia	<ul style="list-style-type: none"> • Specyfikacja potrzeb dotyczących szkolenia • Wykaz luk kompetencyjnych • Informacje zwrotne dotyczące wykonania szkolenia • Narzędzia, wyposażenie, dokumentacja oprogramowania, zakwaterowanie itp.

Ocena wyników szkolenia	
Zbieranie danych i przygotowanie sprawozdania z oceny	<ul style="list-style-type: none"> • Specyfikacja potrzeb dotyczących szkolenia • Specyfikacja planu szkolenia • Zapisy z przeprowadzonego szkolenia
Monitorowanie i doskonalenie	
Walidacja procesu szkolenia	<ul style="list-style-type: none"> • Decyzja o rozpoczęciu szkolenia • Wykaz wymaganych i istniejących kompetencji • Wykaz luk kompetencyjnych • Specyfikacja potrzeb dotyczących szkolenia • Specyfikacja planu szkolenia • Zapisy z przeprowadzonego szkolenia • Sprawozdanie z oceny

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *ISO 10015 Quality management – Guidelines for training*, ISO International Standards, 1999

Etap pierwszy jest najważniejszy dla dalszego prawidłowego przeprowadzenia procesów szkoleniowych. Pozwala on również dokonać oceny posiadanych kompetencji fachowych i innych w kontekście ich doskonalenia wraz ze zmieniającymi się potrzebami organizacji, które wynikają ze zmian o charakterze wewnętrznym i zewnętrznym.

Kolejna faza cyklu dotyczy projektowania i planowania szkoleń, uwzględnienia uwarunkowania mające wpływ na dobór odpowiedniego szkolenia, wybór metody, podmiotu prowadzącego szkolenie i specyfikację planu szkolenia. Te dwa etapy mają fundamentalne znaczenie dla przebiegu całego cyklu. W części poświęconej realizacji szkolenia główny nacisk został położony na zapewnienie wsparcia, natomiast etapy oceny i walidacji szkoleń dają podstawę do rozpoczęcia kolejnego cyklu od nowa.

Zaproponowane rozwiązanie w sposób kompleksowy ujmuje zagadnienie pomiaru i doskonalenia kompetencji poprzez wykorzystanie do tego celu szkoleń. Oczywiście pozostaje kwestią równie ważną dobór odpowiedniej metody szkoleniowej i uwzględnienie szczególnych warunków pracy w sektorze medycznym, które są determinowane wieloma czynnikami. Duża część z nich ma charakter pozarynkowy, co niewątpliwie narzuca pewne ograniczenia.

Zaprezentowany przegląd kompetencji menedżerskich wraz z proponowanym modelem oceny może stanowić podstawę do ich doskonalenia. Biorąc pod uwagę fakt, iż odpowiednie motywowanie pracowników może warunkować sukces organizacji, w tym również placówki medycznej, rozwijanie kompetencji menadżerskich stanowi ważny aspekt potencjalnego sukcesu. Posiadanie wiedzy z zakresu medycyny przez menedżera medycznego może oczywiście pomóc w motywowaniu personelu medycznego, gdyż ułatwia zrozumienie specyfiki pracy, jednak dopiero kompetencje zarządcze, obejmujące wiedzę i umiejętności, pozwolą skutecznie oddziaływać na efektywność podwładnych i ułatwić osiągnięcie celów organizacji.

2.5. Podsumowanie i wnioski

1. Motywowanie, rozumiane jako oddziaływanie na pracowników w celu uzyskania większej wydajności pracy oraz kształtowania określonych postaw i zachowań, odgrywa we współczesnych organizacjach istotną rolę, co powoduje, iż menedżer medyczny powinien posiadać zarówno wiedzę o charakterze interdyscyplinarnym, jak i umiejętności interpersonalne.
2. Do najważniejszych komponentów kompetencji należy zaliczyć ogół wiedzy i umiejętności, zdolności, cech i ról społecznych, postaw i zachowań.
3. Umiejętności interpersonalne stanowią obecnie obok kompetencji merytorycznych personelu medycznego czynnik mogący znacząco wpływać na sukces całej organizacji. Kompetencje te, rozumiane jako zdolność do współdziałania społecznego, odgrywają szczególną rolę dla personelu medycznego, ujawniając się w relacjach z pacjentami oraz innymi przedstawicielami sektora medycznego.
4. Wiedza menedżera medycznego powinna obejmować obecnie nie tylko wiedzę fachową z zakresu medycyny, lecz również wiedzę dotyczącą potrzeb pacjentów, personelu medycznego, dostawców usług i produktów medycznych, społecznych potrzeb w zakresie zdrowia, profilaktyki, uwarunkowań otoczenia kształtujących te potrzeby, kierunku rozwoju czy wreszcie ustalania celów możliwych do zrealizowania w realnych uwarunkowaniach.
5. Pośród różnych metod pomiaru i oceny kompetencji rozwiązaniem mającym zastosowanie w sektorze medycznym, może być ujęcie zaproponowane w normach ISO opierające się na wytycznych dotyczących potrzeb szkoleniowych.