

ROZDZIAŁ VIII

Postawy wobec zarządzania a rola zawodowa, wiek i staż pracy

Rozdział ten przedstawia niektóre różnice i podobieństwa postaw i opinii na temat szeroko rozumianego zarządzania, uwzględniając rolę zawodową, wiek i staż pracy. Każdy z tych trzech czynników może w znacznym stopniu modyfikować sposób interpretacji, znaczenie, rozumienie i odniesienie do wątków zarządzania, ważne dla osób pełniących role kierownicze, ale też w ujęciu ogólniejszym – ważne dla wszystkich pracowników szpitali. Mniej lub bardziej wszyscy pracownicy są zaangażowani w ten czy inny sposób w kierowanie i kreowanie środowiska personalnego, fizycznego i rynkowego szpitala. Skala oddziaływania podejmowanych decyzji może dotyczyć wąskiego kręgu ludzi i spraw albo może być ogólna – dotyczyć wszystkich i zagadnień dla szpitala najważniejszych. Jednakże te dwa bieguny spotykają się w rzeczywistości organizacyjnej, wpływają na siebie i współtworzą rezultat końcowy w postaci sprawności i jakości funkcjonowania całości.

Czy dłuższy staż pracy powoduje większe zaangażowanie w sprawy miejsca pracy, czy odwrotnie, jest czynnikiem wypalenia? Czy rola zawodowa lekarza modyfikuje obraz firmy i pracy inaczej niż rola zawodowa pielęgniarki? Czy starsi pracownicy mają inne zapotrzebowanie na wiedzę niż pracownicy młodszy? Tego rodzaju kwestie chcemy rozstrzygnąć w tym opracowaniu. Już z góry trzeba zauważyć, że różnice te są znacznie mniejsze, niż można się było spodziewać. Niemniej i te warto przedstawić. Dane w tym rozdziale opierają się na badaniu grupy 254 lekarzy i 697 pielęgniarek (w tym 24 laborantów i 12 techników). Pod względem stażu 356 osób pracowało krócej niż 15 lat (dalej będzie to oznaczone w tabelach jako grupa „-15”), a 614 dłużej niż 15 lat (grupa +15). Łącznie więc badano 950 osób, które wypełniły ankietę złożoną z 43 pytań. Jak zwykle, niektóre osoby nie odpowiedziały na wszystkie pytania, więc liczebności są czasem nieco inne. W analizie uwzględnimy głównie te, które są znacząco różne w porównywanych grupach. Czasem warto jednak przedstawić dane nawet wtedy, gdy są podobne, ale to właśnie jest znaczące. Niektóre zagadnienia były omawiane wcześniej, w poprzednich rozdziałach, jednak pod nieco innym kątem i z uwzględnieniem innych wskaźników (czyli głównie skali ocen), tutaj podsta-

wą są zestawienia procentowe. Porównania poglądów i opinii dużych grup osób badanych, a było ich prawie tysiąc – pozwalają na dość pewne wnioskowanie, nawet przy stosunkowo niewielkich różnicach liczbowych. Jednak poza liczbami są procesy i zależności warunkujące odczucia i przekonania pracowników – chcemy je dokładnie opisać.

8.1. Pogłębianie kwalifikacji zawodowych i kwalifikacji z zakresu zarządzania

Rozpoczynamy od analizy rzeczywistych działań związanych z uzyskaniem wiedzy z zakresu zarządzania w porównaniu z wiedzą z zakresu medycyny, a więc wiedzy zawodowej. Wskaźnikiem będzie częstość podawanych odpowiedzi w kilku pytaniach tego dotyczących.

Tabela 1. Doskonalenie kwalifikacji (odpowiedzi w procentach na pytanie 1)

Kryterium	Lekarze	Pielęgniarki	-15	+15	-40	+40	Wszyscy
Szkolenia medyczne (pyt. 1)	77,5	77,6	75,0	79,0	74,9	79,7	77,5
Szkolenia z zarządzania (pyt. 2)	14,2	16,9	11,6	18,7	12,4	19,2	15,3
Różnica	63,3	60,7	63,4	60,3	62,5	60,5	62,2
Liczebność	252	697	336	614	419	531	950

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych (Pytanie 1. Czy Pan/i zdobywał/a dodatkowe kwalifikacje z zakresu wykonywanego zawodu? Pytanie 2. Czy Pan/i zdobył/a dodatkowe kwalifikacje z zakresu zarządzania lub ekonomii?)

-15 – osoby o stażu pracy krótszym niż 15 lat

+15 – osoby o stażu pracy dłuższym niż 15 lat

-40 – osoby przed 40. rokiem życia

+40 – osoby po 40. roku życia

Popularność doskonalenia kwalifikacji zawodowych jest duża. Ponad trzy czwarte personelu medycznego (77,5%) podejmuje działania samokształceniowe. Jest to wskaźnik wysoki, dość optymistyczny, jeśli chodzi o zawodowe kwalifikacje badanej grupy oraz całego środowiska. Trzy osoby na cztery poświęcają jakiś czas, część swojej motywacji na doskonalenie pod względem medycznym. Tak przynajmniej wynika z deklaracji. Nie ma zbyt wielkich różnic między wyodrębnionymi podgrupami – w każdej z nich odpowiedzi oscylują wokół 75–77%. Nieco większy wskaźnik procentowy uzyskały osoby o dłuższym stażu (79%) i osoby starsze (79,7%), co może wynikać z ich dłuższego okresu zatrudnienia. Miały więc więcej możliwości i czasu na dokończenie się. To jednak różnice

„kosmetyczne”. Oznacza to równocześnie, że około 25% personelu medycznego nie podejmuje żadnych działań samokształceniowych w odniesieniu do tematyki zawodowej, medycznej. Jedna na cztery osoby poprzestaje więc na tym, co już wie, opanowała. Zdaje się, że to sytuacja dość niekorzystna, ale nie możemy wymagać zbyt wiele, gdyż powszechność pogłębiania kwalifikacji zawodowych jest dopiero programem na przyszłość. Większość pracowników się doksztalca, co jest bardzo istotną informacją.

Jednak jeśli ograniczyć tematykę szkoleń do zagadnień zarządzania, to sytuacja wygląda zupełnie inaczej, znacznie mniej optymistycznie (zob. tabela 1, wiersz trzeci). Liczba osób uczestniczących w takich działaniach edukacyjnych wynosi 16%. Najrzadziej (10,9%) tematykę tę zgłębiali badani z grupy o względnie krótkim stażu pracy (–15) i osoby młodsze, z grupy –40 (12,6%). Nieco częściej przejawiają zainteresowanie sprawami zarządzania osoby starsze (19,2%) i osoby o dłuższym stażu (18,7%). Wśród lekarzy tematykę tę pogłębia 14,3% osób, a wśród pielęgniarek – 16,9%. Mamy więc różnice związane z wiekiem i stażem, ale nie z rolą zawodową, bo 2% różnica między lekarzami a pielęgniarkami nie jest istotna. Dlaczego osoby starsze częściej się zajmowały takimi zagadnieniami? Być może wyższy procent odpowiedzi pozytywnych wynika po prostu z dłuższego czasu pracy, a więc i liczniejszych okazji i możliwości do podejmowania aktywności samokształceniowych. Nie jest to więc dowód na większą motywację do studiowania zarządzania, a czysto proporcjonalna liczba do „wysługi lat”. Potwierdza to fakt, iż tak samo wypadła zmienna „staż pracy” – dłuższy łączy się z wyższym procentem osób podejmujących samokształcenie w zarządzaniu. Wynik ten jest podobny do wskaźnika pogłębiania wiedzy z zakresu medycznego.

Co oznaczają takie wskaźniki? Wiedza, o której piszemy – zarządzanie i ekonomia – jest przez osoby badane za nisko ceniona, by podjąć wysiłki szkoleniowe. Ponad 80% z całej grupy badanej prawie tysiąc osób przyznaje, że w żadnej formie nie uzupełniało wiadomości z zarządzania i ekonomii. Mają inne obowiązki i zainteresowania, inne zadania do spełnienia, konieczność koncentracji na sprawach zawodowych. Chodzi wszak o zdrowie, diagnozę, terapię, leczenie i wiele, wiele innych kompetencji, tematów. Wszystko to prawda, jednak powszechnie dyskutowane problemy funkcjonowania placówek służby zdrowia i bardzo krytyczne oceny w tym względzie zdają się sugerować, że również zarządzanie byłoby przydatne jako wiedza uzupełniająca dla sprawności działań prozdrowotnych. Nie lekceważąc doksztalcania zawodowego personelu medycznego, chcemy zaakcentować, iż specyfika usług zdrowotnych polega z jednej strony na medycynie, ale z drugiej strony wymaga znakomitego zarządzania (por. część pierwsza książki). Skoro tak niewiele osób podejmuje się spontanicznie zdobywania wiedzy z zarządzania, konieczna zdaje się forma bardziej ustrukturyzowana, regulaminowo, prawnie wymagana. Zachęta do żywszej aktywności w tym względzie wymaga chyba budowania specjalnych programów motywacyjnych. Pracodawca powinien stymulować i wspierać działania poprzez sformalizowany, narzucany organizacyjnie system wymagań odnośnie do wie-

dzy menedżerskiej. Przedstawione dane dobrze uzasadniają tezę, że nie ma powodów, by oczekiwać spontanicznej aktywności pracowników w tym zakresie.

Jedno z pytań miało dostarczyć informacji, czy badani spotykali się z ofertą podnoszenia kwalifikacji z zarządzania. Tabela 2 przedstawia uzyskane odpowiedzi, które nie budzą żadnych wątpliwości co do braku takich projektów w szpitalach.

Tabela 2. Czy pracodawca proponował szkolenia z zakresu zarządzania lub ekonomii? (odpowiedzi w %)

Odpowiedź	Lekarze	Pielęgniarki	-15	+15	-40	+40
Tak	8,0	6,3	7,1	7,1	6,2	8,7
Nie	92,0	93,7	92,9	92,9	94,6	91,3
Liczebność	253	697	356	614	414	531

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

-15 – osoby o stażu pracy krótszym niż 15 lat

+15 – osoby o stażu pracy dłuższym niż 15 lat

-40 – osoby przed 40. rokiem życia

+40 – osoby po 40. roku życia

Tylko 7% osób badanych podaje, że spotkały się z propozycją szkoleń z ekonomii i zarządzania. A 93% nie miało takiej oferty. Nie tylko więc jednostki, ale i organizacje mają do tej tematyki stosunek mało aprobujący, traktują ją marginalnie. Być może, gdyby spytać o aktywność sportową czy partycypację kulturalną, wskaźniki byłyby lepsze. Skąd aż tak „słaby” wynik? Dlaczego nie ma zainteresowania tą tematyką? Częściowego rozwiązania możemy się doszukać w odpowiedziach na jedno z dalszych pytań ankiety: *Czy lekarze i pielęgniarki niepełniący funkcji kierowniczych powinni posiadać wiedzę z zakresu zarządzania lub ekonomii? (można zaznaczyć kilka odpowiedzi)*. Odpowiedzi ujawniają społeczne oczekiwania co do tego, komu wiedza taka jest potrzebna. Zgodnie z powszechnymi standardami wiedzę tę przypisuje się osobom pełniącym role kierownicze i wybranym osobom, które ze względu na zakres obowiązków mają być kompetentne w tym zakresie. Tabela 3 zawiera szczegółowe dane liczbowe.

Czytelność przedstawionych danych jest duża – zarządzanie ma być znane osobom zarządzającym, pełniącym kierownicze funkcje (48%) i tym, które mają w zakresie obowiązków zagadnienia związane z problemami menedżerskimi (47%). Standard środowiskowy odzwierciedla tradycje – wiedza menedżerska przeznaczona jest dla kierowników i tych pracowników, którzy mają w zakresie obowiązków tego rodzaju zadania. Świadomość współzarządzania (w pewnym stopniu) jest niska, więc i motywacje słabe. Oczekiwania, by wszyscy mieli w tym zakresie jakieś kompetencje, podziela jedynie 6% osób badanych – żadna z wyodrębnionych grup nie odbiega od tej liczby. Wahania kilkuprocentowe to zmiany w zakresie błędu pomiaru. Są też osoby, które mają przekonanie, że pra-

cownicy niepełniący funkcji kierowniczych nie muszą w ogóle orientować się w zarządzaniu – jest ich 17,6%.

Przy tradycyjnym ograniczeniu zarządzania do „dosłownego” kierowania i sprawowania władzy można się z nimi zgodzić. Jednak publikacja nasza ma przekonać, że jest to przekonanie błędne – w wielu miejscach tej książki pojawia się dominanta – zarządzanie w różnych jego przejawach jest w szpitalu funkcją „rozproszoną” wśród wszystkich pracowników, choć oczywiście bardziej obecna jest w wyższych sferach hierarchii służbowej. Zatem wiedza o zarządzaniu powinna być bardziej powszechna.

Tabela 3. Kto powinien być zorientowany w zakresie zarządzania i ekonomii?

Pytanie: Kto ma się znać na zarządzaniu i ekonomii?	Wszyscy	Lekarze	Pielęgniarki	-15	+15	-40	+40
Tylko dyrektorzy	6,7%	5,9%	7,0%	4,5%	7,8%	6,3%	7,2%
Wszyscy kierownicy	48,1%	47,4%	49,1%	43,3%	50,2%	47,8%	49,7%
Tylko lekarze	1,4%	0,8%	1,6%	2,0 %	1,0%	2,2%	0,8%
Tylko pielęgniarki	0,5%	0,4%	0,6%	0,6 %	0,5%	0,5 %	0,6 %
Gdy rola wymaga	46,6%	39,1%	50,1%	44,4 %	47,2%	46,6%	48,0%
Wszyscy	6,5%	5,5%	6,9%	4,5 %	7,5%	5,6%	7,3%
Nie muszą	17,6%	14,2%	19,1 %	13,8 %	19,5%	16,4%	19%
Liczebność	960	253	697	356	614	414	531

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych (Pytanie 27. Czy według Pana/i lekarze i pielęgniarki niepełniący funkcji kierowniczych powinni mieć wiedzę z zakresu zarządzania lub ekonomii [można zaznaczyć kilka odpowiedzi].)

-15 – osoby o stażu pracy krótszym niż 15 lat

+15 – osoby o stażu pracy dłuższym niż 15 lat

-40 – osoby przed 40. rokiem życia

+40 – osoby po 40. roku życia

Czy sami zainteresowani chcą, mają motywację do zdobywania wiedzy na omawiany temat? – w pytaniu 33 każdy mógł zaznaczyć, które z zaproponowanych ośmiu zakresów tematycznych budzą jego zainteresowanie, na jaki temat chciałby wiedzieć więcej. W tabeli 3 podajemy liczbę osób wybierających dany temat.

Szczegółne zainteresowanie budzi tematyka prawa pracy, mniej więcej połowa osób badanych odczuwa potrzebę lepszej w niej orientacji (53,30%). Lekarze interesują się tym mniej (44,26%), pielęgniarki więcej (57,40%). Tak duża różnica między lekarzami a pielęgniarkami – o niemal 14% – wymaga refleksji. Zdawałoby się, że powinno być odwrotnie, gdyż to jednak najczęściej lekarze

są podmiotem rozmaitych decyzji mających prawne konotacje. Nie trzeba wielkiej przenikliwości psychologicznej, by dostrzec w układzie wyników przedstawionych w tabeli 4 regułę korzyści osobistej – znajomość prawa jest ważna dla wszystkich, stąd w każdej grupie około 50% wyborów pozytywnych, a wyższe wskaźniki zainteresowania przejawiają osoby o nieco „słabszej” pozycji zawodowej: pielęgniarki, osoby o dłuższym stażu (56%) i osoby starsze (56%). Prawo może być dla nich ważniejszym tematem niż dla osób o bardziej ugruntowanej, pewnej zawodowej sytuacji. Osoby o długim stażu pracy zgłosiły w 56% potrzebę zwiększenia wiedzy prawnej, a osoby o krótszym stażu w 46%. Ta dość znaczna różnica może sugerować, że dawna zasada „pracownik starszy jest chroniony bardziej” jest chyba mniej aktualna. Z kolei osoby starsze i o dłuższym stażu mogą doceniać bardziej znaczenie prawa jako podstawowego uregulowania sytuacji organizacyjnych i służbowych. Długi staż pracy nie zawsze chroni przed jej utratą, a nawet przeciwnie, mówi się o potrzebie zmiany, „nowego spojrzenia”. Podobnie wiek, choć w mniejszym stopniu niż długość stażu pracy, różnicuje postawy wobec wiedzy prawnej – wśród młodszych 52%, wśród starszych 56% chciałoby pogłębiania wiedzy z prawa pracy.

Tabela 4. Z jakich zakresów zarządzania lub ekonomii potrzebuje Pan/i wiedzy? (podano w procentach liczbę wyborów pozytywnych)

Pytanie: Z jakiego zakresu potrzebujesz wiedzy? (można zaznaczyć kilka)	Wszyscy (950)	Lekarze (253)	Pielęgniarki (697)	-15 (356)	+15 (614)	-40 (414)	+40 (531)
Finansów szpitala	16,76	23,71	14,49	16,45	17,27	15,93	17,88
Marketingu j,s,z	14,16	22,13	11,48	16,16	13,36	15,45	13,56
Prawa pracy	53,30	44,26	57,40	49,91	56,20	51,16	56,11
Rachunku kosztów	14,36	24,13	11,05	9,71	17,43	9,60	18,45
Zarządzania szpitalem	10,93	14,62	9,76	10,11	11,24	9,60	12,24
Zarządzania zasobami ludzkimi	22,07	19,36	23,39	16,73	25,41	19,8	24,91
Zarządzania oddziałem	22,69	23,71	22,67	16,17	26,76	17,4	27,30
Organizacji i zarządzania	26,64	24,50	27,84	24,16	27,69	26,7	27,11

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych (Pytanie 33. Z jakich zakresów zarządzania lub ekonomii potrzebuje Pan/i wiedzy?)

-15 – osoby o stażu pracy krótszym niż 15 lat

+15 – osoby o stażu pracy dłuższym niż 15 lat

-40 – osoby przed 40. rokiem życia

+40 – osoby po 40. roku życia

Przy tak dużych wielkościach badanych grup (po kilkaset osób) uzyskane różnice nie mogą być przypadkowe. Wskazują na bardzo cenną podstawę kształtowania motywacji prorozwojowych, pracy nad zawodowym doskonaleniem: takie spojrzenie, które łączy służbowe korzyści z korzyściami osobistymi. To zapewne największy pozytywny układ motywacyjny do rozbudowy wiedzy o zarządzaniu.

Zwróćmy uwagę na tematykę najmniej interesującą, wskazaną przez zaledwie 11% osób – zarządzanie szpitalem. Dlaczego ta, zdawałoby się ważna dla personelu szpitalnego, tematyka jest aż tak niedoceniana? Można przypuszczać, że chodzi o tradycyjne, nawykowe przyjęcie reguły, zgodnie z którą zarządzanie szpitalem nie jest przedmiotem pracy (zainteresowania) personelu, lecz „sił wyższych”. Pisał o tym P. Karniej w pierwszym rozdziale, wskazując na liczne, często mało spójne i nieprzewidywalne zmiany w funkcjonowaniu organizacji związanych ze służbą zdrowia: komercjalizacja, prywatyzacja, narodowy fundusz, kasy chorych itd. Konwencja i tradycja przyjmuje, że szpitalami zarządzają osoby przygotowane do roli lekarza, co odbiło się w nieco wyższym (ale i tak niskim) wskaźniku zainteresowania w tej grupie osób. Było to 14,62%, o 5% więcej w stosunku do pielęgniarek (9,76%). Nasi badani oczekują, że przyszli dyrektorzy szpitali zapewne częściej będą lekarzami niż pielęgniarkami – rozsądnie jest więc się w jakiś sposób do tego przygotować (i lekarze nieco częściej zaznaczają ten zakres wiedzy). Wnioski te wypływają z układu wyników nie tylko w danych związanych z tematyką zarządzania szpitalem, ale też **finansów szpitala**, gdzie lekarze chcą takiej wiedzy w 23,71%, a pielęgniarki jedynie w 14,49%. Prawie 10% różnicy! Oczywiście, pielęgniarki nie oczekują szerszego dostępu do sfery finansowej szpitali i podejmowania decyzji w tej materii – mają więc mniejsze zapotrzebowanie na tę wiedzę. Jednak ich praca, podobnie jak innych, ma także aspekt finansowy, wiedza w tym zakresie nie jest więc obojętna. Podobne obserwacje można poczynić na inny „twardy temat”, jakim jest **rachunek kosztów** i marketing jednostek służby zdrowia. Lekarze podają 22% zainteresowania, pielęgniarki – 11%. Wszystkie te różnice procentowe nie są duże, ale ich kierunek logicznie odzwierciedla postawy wobec zarządzania w porównywanych grupach. Jeśli dodamy do tego przewagę zainteresowania pielęgniarek zarządzaniem na temat zasobów ludzkich (23,39%) w stosunku do lekarzy (19,36%), to wyłania się bardzo konserwatywny układ poglądów i motywacji: wszystkie tematy z zarządzania (poza prawem) są, ogólnie mówiąc, uważane za mało potrzebne, ale z subtelnym zróżnicowaniem, w którym do pielęgniarstwa należy wrażliwość na relacje interpersonalne, a do lekarzy – wyczulenie na działanie szpitala jako systemu organizacyjnego i ekonomicznego.

Zwróćmy uwagę na różnice wyników związane z dwoma pozostałymi podziałami – stażem pracy i wiekiem pracowników. Staż pracy okazał się bardzo ważny dla postaw wobec **rachunku kosztów** – pracownicy o krótszym stażu i młodszy okazują minimalne zainteresowanie (8–9%), podczas gdy pracownicy o dłuższym stażu i starsi wiekiem 18–19% zainteresowania. Spora różnica procentowa sugeruje interpretację dobrze znaną z innych dziedzin życia – **im czło-**

przez najróżniejsze przedsięwzięcia. Podobny układ pojawił się w odniesieniu do **zarządzania finansami**, choć tu różnice liczbowe są znacznie mniejsze, ale o tym samym kierunku. Starsi silniej akcentują potrzebę znajomości gospodarki finansami – 17,88%, młodszy pracownicy mniej – 15,93%. Niemal identycznie rozkładają się wyniki pod względem stażu pracy.

Ciekawe, że odwrotnie ułożyły się wyniki w tematyce **marketingowej**, gdzie lekarze, osoby młodsze i osoby o krótkim stażu zgłosiły większe zainteresowanie, gotowość do pogłębiania wiedzy. Można przypuszczać, że żywsze (choć i tak dość słabe, bo w okolicach 15%) zainteresowania działaniami prorynkowymi cechują ludzi bliższych aktualnym, modnym trendom. Pielęgniarki, starsi i osoby o dłuższym stażu uzyskały wskaźniki w granicach 13%.

Staż pracy i wiek łączą się z jeszcze jednym zróżnicowaniem – wobec **zarządzania oddziałem szpitalnym**. W tym względzie pracownicy starsi i o dłuższym stażu przejawiają o 10% większe zapotrzebowanie – 27% starsi, a 17% młodszy. Mówiąc z pewną przesadą, ale zgodnie z logiką psychologiczną, wyniki sugerują, że u osób starszych pojawia się potrzeba wiedzy techniczno-organizacyjnej (rachunek kosztów, zarządzanie oddziałem, finanse, a także zarządzanie zasobami ludzkimi), a u osób młodszych statystycznie częściej przewagę ma tylko jedna tematyka – marketing jednostek służby zdrowia. Znaki czasu? Mówiąc metaforycznie, u młodszych pracowników wyłania się koncepcja handlowania usługami zdrowotnymi, u starszych – budowanie fundamentów dla usług medycznych.

Jakie są inne uwarunkowania potrzeby pogłębiania wiedzy z zarządzania? Ciekawe wyniki uzyskano, biorąc pod uwagę oczekiwania co do kompetencji zarządzania w zależności od poziomu władzy. W ankiecie uwzględniono trzy poziomy: dyrektorzy i pielęgniarki naczelne, ordynatorzy i pielęgniarki oddziałowe oraz kierownicy pracowni i poradni. Tabela 5 zawiera dane liczbowe, które można ogólnie potraktować jako społeczne oczekiwania kompetencji w poszczególnych zakresach.

Tabela 5. Poziom zarządzania a oczekiwania co do kompetencji w zakresie znajomości tematyki z ekonomii i zarządzania w grupie lekarzy i pielęgniarek

Tematyka	Oczekiwania od dyrektorów (pyt. 28)		Oczekiwania od ordynatorów (pyt. 29)		Oczekiwania od kierowników pracowni (pyt. 30)	
	Lekarze	Pielęgniarki	Lekarze	Pielęgniarki	Lekarze	Pielęgniarki
Finanse	66,0	63,0	44,3	30,0	39,5	27,0
Marketing	66,8	68,4	34,0	28,1	40,7	37,3
Prawo pracy	56,9	67,6	52,6	66,1	46,6	57,1
Zarządzanie szpitalem	62,8	61,1	24,9	19,5	23,7	19,4

Tematyka	Oczekiwania od dyrektorów (pyt. 28)		Oczekiwania od ordynatorów (pyt. 29)		Oczekiwania od kierowników pracowni (pyt. 30)	
Zarządzanie zasobami ludzkimi	54,2	60,3	58,9	69,4	52,6	59,5
Rachunek kosztów	43,1	32,1	38,3	30,7	48,6	45,1
Zarządzanie oddziałem	43,1	46,5	71,9	83,4	34,8	36,9
Inne	4,7	3,2	3,0	3,0	6,2	2,9

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych (Pytania 28, 29 i 30. Z jakich zagadnień wiedzę powinni posiadać dyrektorzy oraz pielęgniarki naczelne, ordynatorzy i pielęgniarki oddziałowe, kierownicy pracowni i poradni?)

Znajomość spraw finansów jest oczekiwana przede wszystkim od władz naczelnych szpitala, tak deklaruje 66% lekarzy i 63% pielęgniarek. Szczegół średni, poziom ordynatorów, nie musi się już tak dobrze orientować w finansach, wskaźniki oczekiwań spadają do 44% u lekarzy i tylko do 30% u pielęgniarek. Dlaczego w tej właśnie grupie oczekiwania są najniższe, trudno to przekonująco wyjaśnić. Osoby pełniące niższe funkcje kierownicze także powinny opanować znajomość finansów, wskaźniki są nieco niższe niż wobec szczebla średniego (39% lekarze, 27% pielęgniarki). Całość wyników jest logiczna – im wyższy szczebel zarządzania, tym większe oczekiwania kompetencji w zakresie finansów, zwłaszcza w grupie lekarzy.

Marketingowa wiedza oczekiwana jest także przede wszystkim od władz najwyższych (po 66%), a następnie od kierowników pracowni i poradni (po około 40%). Zaskakujące jest natomiast, że ordynatorzy i pielęgniarki oddziałowe „przypisywani” są do marketingu znacznie mniej – w grupie lekarzy 34%, a w grupie pielęgniarek 28% jest skłonnych wymagać tych kompetencji. Używając metaforycznych określeń, można przyjąć, że „góra” ma spore obowiązki marketingowe (66%), podobnie dolny szczebel – szczebel intensywnych kontaktów z klientami (40%), a szczebel pośredni – oddziały – marketingowe funkcje może uwzględniać w mniejszym stopniu (30%). Każdorazowo lekarze oczekują od osób zarządzających większej wiedzy niż pielęgniarki. Inaczej jest w odniesieniu do znajomości prawa, które jest ważniejsze dla zarządzających w oczach pielęgniarek. Na każdym szczeblu zarządzania różnica procentowa na korzyść pielęgniarek wynosi co najmniej 10%. Drugi istotny fakt, to brak wpływu poziomu zarządzania na oczekiwania kompetencji w zakresie prawnym – na każdym z trzech porównywanych poziomów wynosi on około 60%. Znaczenie tej tematyki omawialiśmy powyżej, tu potwierdza się wniosek o „prawniczej czujności” pracowników medycznych, zwłaszcza pielęgniarek.

Podobne zależności odnotowaliśmy w odniesieniu do zarządzania zasobami ludzkimi. Pielęgniarki uzyskały wyższe wskaźniki, lekarze nieco niższe, ale dla obu grup jest to tematyka na tyle istotna, że ponad połowa badanych oczekuje wysokich kompetencji na każdym szczeblu władzy. Jest to od 69% do 52% – z naj-

wyższymi wskaźnikami dla średniego szczebla zarządzania. Na każdym szczeblu władzy to pielęgniarki powinny mieć wyższe kompetencje. Odpowiada to tradycyjnemu spojrzeniu na personel pielęgniarski, który ma być zorientowany bardziej empatycznie, komunikacyjnie i relacyjnie. Potwierdza się to w naszych wynikach, choć trzeba dodać, że także od lekarzy oczekuje tego ponad połowa osób.

Zakres zwany zarządzaniem szpitalem jest jednoznacznie skojarzony ze szczeblem władzy dyrektorów i pielęgniarek naczelnych – 62% badanych oczekuje tego od swych szefów. Dwa niższe szczeble zarządzania kojarzone są z tą wiedzą znacznie rzadziej, w granicach 20–25%. Istotnie, sama nazwa tej tematyki sugeruje kierunek odpowiedzi – zarządzanie szpitalem. Zdaniem sporej grupy osób także na niższych szczeblach wiedza taka jest przydatna. I słusznie, bo nakładanie się zadań, problemów, procedur i zachowań jest znaczne. Trudno więc bardzo precyzyjnie kwestie te oddzielać.

Rachunek kosztów jest nieco rzadziej oczekiwaną wiedzą – ciekawe, że jako jedyny zakres kompetencji kierowniczych oczekuje się tej wiedzy od osób na niższych poziomach zarządzania – w stosunku do kierowników pracowni wskaźniki sięgają niemal 50% (48% u lekarzy i 45% pielęgniarek), a w stosunku do ordynatorów i pielęgniarek oddziałowych obniża się do 38% i 30%. Zdaje się, że wynika to z faktu przypisywania kosztów do codziennych wydatków, zakupów detalicznych i decyzji o zaopatrzeniu placówek szpitalnych (np. w odczyniki do laboratoriów). To jedna z możliwych hipotez. Warto zwrócić uwagę, że tu lekarze mają wyższe oczekiwania, a pielęgniarki niższe. Na każdym szczeblu władzy różnica jest dość znaczna: na najwyższym to 43% do 32%, średnim to 38% do 30%, a na najniższym 48% do 45%.

Zarządzanie oddziałem jako zakres kompetencji menedżerskich jest wymagane przede wszystkim do ordynatorów i pielęgniarek oddziałowych (71% lekarze i 83% pielęgniarki), a wobec innych szczebli władzy oczekiwania są niemal dwukrotnie niższe. Skojarzenie jest całkowicie logiczne i przewidywalne – choć osoby z wyższego i niższego poziomu zarządzania także powinny mieć wiedzę o zarządzaniu oddziałem (45% i 35%), to jednak jej szczególnie poziom mają posiadać szefowie oddziałów.

Jeśli chodzi o staż pracy, to wyniki wskazują na wyższe oczekiwania osób o dłuższym stażu – pracownicy z grupy +15 bez względu na tematykę odpowiadają, że na każdym ze szczebli władzy zarządzający (dyrektorzy, ordynatorzy i kierownicy) powinni mieć spore kompetencje menedżerskie. Osoby o krótszym stażu są pod tym względem mniej wymagające. Podobne wnioski nasuwają się przy analizie roli wieku w kształtowaniu oczekiwań. Największe różnice między starszymi i młodszymi pracownikami dotyczą rachunku kosztów, w którego zakresie starsi mają wyższe wymagania kompetencyjne (44% wobec 35% młodsi). Podobnie jest w sferze finansów (47%, a młodsi 33%). Prawo pracy jest wymagane od wszystkich, zarządzanie szpitalem głównie od dyrektorów naczelnych, zarządzanie oddziałem – od ordynatorów, a marketing jest oczekiwany zarówno przez starszych, jak i młodszych pracowników w odniesieniu przede wszystkim do dyrektorów naczelnych (68%). Kierownicy pracowni powinni być szczególnie kompetentni z zakresu

prawa pracy (53%) i z zakresu zarządzania zasobami ludzkimi (57%). Mówiąc ogólnie, wiek jako zmienna demograficzna nieznacznie tylko modyfikuje oczekiwania kompetencyjne od osób z różnego szczebla zarządzania (por. tabela 6).

Podsumowując poszukiwania związków między cechami demograficznymi a tematyką zarządzania, trzeba stwierdzić, że różnice występują, ale są związane głównie z rolą zawodową, a mniej z wiekiem i stażem pracy.

Kolejne zagadnienie to włączanie pracowników do przygotowania i tworzenia strategii dla szpitala. Współczesne zarządzanie kładzie nacisk na partycypację wszystkich w powstawaniu celów – im więcej osób ma poczucie sprawstwa, tym więcej jest skłonnych do głębszego angażowania się w sytuacje zawodowe. Statystykę opinii podaje tabela 7.

Tylko co piąta osoba uczestniczyła w różnych formach tworzenia strategii szpitala, nieco częściej pielęgniarki (30%). Wynik ten nie wymaga komentarza – konieczne jest opracowanie takich strategii postępowania organizacyjnego, by znacznie większa grupa pracowników mogła aktywnie współdziałać dla tworzenia strategicznych planów jednostek służby zdrowia. Będzie to znaczna motywacja do pilniejszego zajmowania się sprawami zarządzania w zatrudniającej pracownika instytucji.

Tabela 6. Wiek a oczekiwania wobec kompetencji osób na różnych szczeblach zarządzania

Tematyka	Oczekiwania od dyrektorów (pyt. 28)		Oczekiwania od ordynatorów (pyt. 29)		Oczekiwania od kierowników pracowni (pyt. 30)	
	-40	+40	-40	+40	-40	+40
Grupa	-40	+40	-40	+40	-40	+40
Finanse	59	67	29	37	29	31
Marketing	68	68	28	31	38	39
Prawo pracy	61	67	59	61	52	56
Zarządzanie szpitalem	57	65	21	20	22	19
Zarządzanie zasobami ludzkimi	54	61	66	66	55	59
Rachunek kosztów	33	36	28	37	41	49
Zarządzanie oddziałem	43	47	74	85	36	36
Inne	2	3	2	4	3	4

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych (Procenty odpowiedzi na pytanie 28, 29 i 30: Z jakich zagadnień wiedzę powinni posiadać dyrektorzy i pielęgniarki naczelne [pyt. 28], ordynatorzy i pielęgniarki oddziałowe [pyt. 29], kierownicy pracowni oraz poradni [pyt. 30]?)

Tabela 7. Czy uczestniczył/a Pan/i w przygotowywaniu strategii dla szpitala? (pytanie 10)

Odpowiedź	Lekarze (253)	Pielęgniarki (697)	-15 (356)	+15 (614)	-40 414	+40 531
Tak	22,4	30,8	24,4	24,8	22,9	26,0
Nie	77,0	69,2	75,6	75,2	77,1	74,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

-15 – osoby o stażu pracy krótszym niż 15 lat

+15 – osoby o stażu pracy dłuższym niż 15 lat

-40 – osoby przed 40. rokiem życia

+40 – osoby po 40. roku życia

8.2. Opinie o szkoleniach i formy podnoszenia kwalifikacji

Nie wiadomo dokładnie, co się kryje pod stwierdzeniem „formy podnoszenia kwalifikacji, zdobywania wiedzy”. Może to być godzinne spotkanie z ekspertem, krótsze lub dłuższe szkolenie czy spotkanie seminaryjne, ale i pełnowymiarowe studia, także studia podyplomowe. W celu lepszego rozpoznania zadawaliśmy kolejne pytanie: na czym owo doskonalenie polegało, jaką miało formę? (pytanie 2). Najczęściej były to szkolenia i kursy (55%), następnie studia wyższe (uzupełnianie wykształcenia wśród pielęgniarek – 22% podjęło studia wyższe), roczne studia podyplomowe (4%) i dwuletnie studia podyplomowe (3%). Wyniki są bardzo jasne – dominuje forma kursów i szkoleń, a więc zgodnie z aktualnymi trendami w wielu firmach, dających pracownikom szansę na edukacyjne postępy w formie krótkich specjalistycznych spotkań. Dane te dotyczą jednak wszystkich szkoleń, głównie specjalistycznych, związanych z tematami medycznymi, bezpośrednio z obowiązkami zawodowymi. 28% lekarzy i pielęgniarek przyznaje, że w żadnej formie i nigdy nie uzupełniało swej wiedzy (w pytaniu 3 odpowiedź „nigdy”). Czy jest to „tylko 28%”, czy „aż 28%”, zależy od oczekiwań i standardów oceny. Poprzestaniemy na faktach: mniej więcej jedna czwarta personelu medycznego nie podejmuje działań zawodowo dokształcających.

Czy staż pracy łączy się z formami i częstością zdobywania dodatkowych kwalifikacji? Ogólnie nie ma różnic, jedynie co do szkoleń i kursów osoby z dłuższym stażem podają 59%, a osoby z krótszym stażem podają 48%. Więcej kursów szkoleniowych u starszych pracowników wynika zapewne z dłuższego czasu pracy zawodowej, a więc i okazji do przebywania na kursach. Nie wpływa z odmiennych motywacji. Podobnie wskaźniki rocznych studiów podyplomowych i innych form są nieco częstsze w grupie starszych pracowników (14,8% do 8,6%). Wyniki związane z wiekiem są niemal identyczne jak zmienna stażu – starsi pracownicy częściej byli na szkoleniach (60%), młodszy rzadziej (48%). W pozostałych formach (studia wyższe, dwuletnie studia podyplomowe, roczne studia podyplomowe) różnice są minimalne. Warto więc skupić się na podstawowej formie podnoszenia kwalifikacji, jaką są kursy i szkolenia. Część z nich organizowana jest przez szpi-

tale dla własnych pracowników, część przez firmy zewnętrzne i skierowana jest do pracowników szpitali, którzy mogą być oddelegowani do udziału lub samodzielnie zgłosić udział, jeśli dostrzegą korzyści z tego rodzaju spotkania.

Poniżej przedstawiono kilka statystyk związanych z opiniami o szkoleniach. Jak są oceniane szkolenia? – im wyższe oceny, tym oczywiście można oczekiwać większej motywacji do dalszego kształcenia w tej formie. Dane zawiera tabela 9.

Pozytywna ocena szkoleń dominuje, we wszystkich grupach około 70% badanych uważa, że są zadowolające. Jedynie grupa lekarzy ma bardziej krytyczny stosunek, tylko 55,3% twierdzi, że jest zadowolona. Skąd krytyczny stosunek u tej bardzo ważnej w życiu szpitalnym grupy? Można sądzić, że oczekiwania lekarzy są większe niż reszty pracowników. Prawdopodobnie lekarze są bardziej wymagający i dlatego niełatwo jest spełnić ich oczekiwania. Podobnie niższy wskaźnik zadowolenia wykazują osoby o krótszym stażu w stosunku do osób o dłuższym stażu (odpowiednio 59% do 75%) i osoby młodsze w stosunku do osób starszych (od 64% do 77%). Niewątpliwie odmienne są oczekiwania tych grup – pracownicy starsi i o dłuższym stażu, podobnie jak pielęgniarki, zdają się osobami o łagodniejszym systemie oceny. Być może też wyżej cenią sobie możliwość uczestnictwa w szkoleniach, więc oceniają je wyżej.

Tabela 8. Opinie o szkoleniach wewnętrznych (pytanie 20. Czy jest Pan/i zadowolony/a ze szkoleń wewnętrznych? [podano liczbę odpowiedzi twierdzących w procentach])

Odpowiedź	Wszyscy	Pielęgniarki	Lekarze	-15	+15	-40	+40
Tak	71,02	77,80	55,30	59,83	75,75	64,24	77,58
Nie	28,98	22,20	44,70	40,15	24,25	36,76	22,42
100	806	598	208	336	480	277	529

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych (Uwaga – nie wszyscy odpowiedzieli na to pytanie, stąd inne liczebności, od których obliczono procenty.)

-15 – osoby o stażu pracy krótszym niż 15 lat

+15 – osoby o stażu pracy dłuższym niż 15 lat

-40 – osoby przed 40. rokiem życia

+40 – osoby po 40. roku życia

Poszukiwanie odpowiedzi na pytanie o uwarunkowania oceny szkoleń wymagałoby wielu wywiadów, porównajmy choćby część danych, np. pytanie dotyczące oceny nie szkoleń, ale doboru tematyki, ich przydatności dla uczestników. Odpowiednie dane zawiera tabela 9.

Około połowa wszystkich osób badanych (48,4%) uznaje tematykę szkoleń za dobrze dopasowaną do ich zainteresowań i potrzeb. Najmniej zadowoleni są lekarze (41% ocen wysokich), a najbardziej osoby po 40. roku życia (51,2% ocen bardzo wysokich). Pozytywne jest to, że ocen bardzo krytycznych jest stosunkowo mało, ogólnie 6,53%, choć w grupie lekarzy dwukrotnie więcej, 13,0%. Odczucie ogólne jest takie, że szkolenia dobierane są za mało starannie, na poziomie przeciętnym – połowa badanych jest zadowolona, połowa nie. Szkolenia

wewnętrzne powinny być oceniane znacznie wyżej, bo i organizatorzy szkoleń, i ich uczestnicy są „na miejscu”, są pracownikami szpitala. A mimo to trafność doboru tematyki nie jest specjalnie udana. Praktyczny wniosek nasuwa się taki – służby organizujące szkolenia powinny znacznie pilniej zajmować się diagnozą potrzeb szkoleniowych, zwłaszcza w odniesieniu do lekarzy i osób młodszych. Poziom aprobaty to około 70% uczestników zadowolonych, a więc brakuje jeszcze co najmniej 30%. Jedna trzecia pracy przed organizatorami szkoleń!

Tabela 9. Ocena doboru tematów szkoleń wewnętrznych (pytanie 19. *Jak ocenia Pan/i trafność doboru tematu szkoleń wewnętrznych do swoich potrzeb?* [w procentach])

Odpowiedź	Wszyscy	Pielęgniarki	Lekarze	-15	+15	-40	+40
Bardzo nisko i nisko	6,53	4,5	13,0	7,86	5,87	8,15	5,35
Przeciętnie	45,02	44,8	45,5	46,61	44,48	47,19	43,41
Wysoko i bardzo wysoko	48,45	50,7	41,5	46,61	49,64	43,82	51,23
100%	842	583	200	280	562	356	486

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

-15 – osoby o stażu pracy krótszym niż 15 lat

+15 – osoby o stażu pracy dłuższym niż 15 lat

-40 – osoby przed 40. rokiem życia

+40 – osoby po 40. roku życia

Tabela 10. Ocena doboru tematyki szkoleń zewnętrznych (pytanie 24)

Odpowiedź	Wszyscy	Pielęgniarki	Lekarze	-15	+15	-40	+40
Bardzo nisko i nisko	6,53	4,5	3,8	2,1	2,7	2,4	0,8
Przeciętnie	45,02	22,0	14,6	18,2	21,0	29,9	41,5
Wysoko i bardzo wysoko	48,45	41,8	25,3	29,6	41,5	29,6	43,5
100%	842	583	200	280	562	356	486

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

-15 – osoby o stażu pracy krótszym niż 15 lat

+15 – osoby o stażu pracy dłuższym niż 15 lat

-40 – osoby przed 40. rokiem życia

+40 – osoby po 40. roku życia

Druga forma szkoleń to szkolenia organizowane przez firmy zewnętrzne wobec szpitala, a więc kupowane dla pracowników „na zewnątrz”. Prowadzą je najczęściej w ośrodkach szkoleniowych eksperci z danego zakresu, a personel medyczny zostaje na dwa–trzy dni oddelegowany z pracy. Daje to możliwość połączenia po-

żytecznego z przyjemnym, trochę odpoczynku i nieco wiadomości, sporo pracy, ale też wyjazdowe bonusy, cenione przez pracowników. W tej formie zdobywania wiedzy uczestniczy 45% lekarzy i 70% pielęgniarek, czyli pielęgniarki są częściej wysyłane niż lekarze. Ten zaskakujący wynik zmusza do nieco dokładniejszego określenia pojęcia „szkolenia zewnętrzne”. Być może osoby pytane o nie miały na myśli nie owe rekreacyjno-wyjazdowe działania, a po prostu kilkugodzinne spotkania organizowane poza szpitalem, np. w przychodniach zdrowia. Sugeruje to odpowiedź na inne pytanie, w którym określano długość szkoleń. Pielęgniarki podawały najczęściej jeden dzień jako normę szkoleniową. Pomijając ten szczegół, trzeba stwierdzić, że ocena szkoleń zewnętrznych jest wyższa niż ocena szkoleń wewnętrznych. Zadowolenie z udziału w szkoleniach wśród lekarzy oscyluje w granicach 78% (a więc jest większe niż ze szkoleń wewnętrznych – tu zadowolonych było 55%), a zadowolenie pielęgniarek kształtuje się na poziomie 84% (w odniesieniu do szkoleń wewnętrznych 77%). Czy jest to związane z większą trafnością tematyki, bardziej dopasowanej do potrzeb uczestników?

Ocena trafności tematyki szkoleń zewnętrznych dostosowanej do potrzeb lekarzy i pielęgniarek jest nieco wyższa niż ocena trafności doboru szkoleń wewnętrznych. W obu grupach jest to około 60% uczestników – do naszej normy 80% zadowolonych w dalszym ciągu jest jeszcze daleko. Kwestia doboru tematyki szkoleń do rzeczywistych potrzeb pracowników jest niełatwa do rozwiązania – często ludzie sami nie bardzo wiedzą, co im jest najbardziej potrzebne, wymaga to kompleksowego potraktowania. Niemniej zdaje się, że większe korzyści dla rozwoju kompetencji pracowniczych wnoszą szkolenia zewnętrzne. Może więc warto nieco więcej inwestować w wyjazdy szkoleniowe pracowników?

Osobnym zagadnieniem są sprawy czysto logistyczne – czas, miejsce, dni tygodnia i częstość w ujęciu postulatywnym, czyli jakie w tym zakresie są oczekiwania osób badanych.

Tabela 11. Preferencje co do organizacji szkoleń – podano najwyższe wskazania w każdym z zagadnień (w %)

Odpowiedź: szkolenia mają być	Wszyscy	Pielęgniarki	Lekarze	-15	+15	-40	+40
Na terenie szpitala	63	72,9	58,5	64,6	71,5	65,0	72,3
W czasie pracy	54	55,9	52,6	50,3	57,7	52,8	56,9
Jednodniowe	46	52,8	42,7	44,7	52,5	46,6	51,6
W dni robocze	49	54,4	45,8	52,4	52,0	53,7	50,8
Co kwartał	34	38,7	30,9	39,9	34,9	41,1	33,1

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych (Pytanie 32. Jak powinny być prowadzone szkolenia?)

-15 – osoby o stażu pracy krótszym niż 15 lat

+15 – osoby o stażu pracy dłuższym niż 15 lat

-40 – osoby przed 40. rokiem życia

+40 – osoby po 40. roku życia

Logistyka szkoleń wywołuje dość jednorodne oczekiwania – powinny być prowadzone w miejscu zatrudnienia, w dni robocze, trwać jeden dzień i być organizowane co kwartał. Dość czytelnie widać więc, że należy szkolenia wkomponować w cykl pracy, tak by stwarzały możliwość nauki, ale bez większego zakłócenia w funkcjonowaniu zawodowym i rodzinnym. Szkolenia dłuższe niż dzień, wyjazdowe i organizowane w weekendy są traktowane niechętnie. Mają także zwolenników, jednak jest ich znacznie mniej. Gdy planuje się dłuższe formy edukacyjne, trzeba zwiększyć działania uzasadniające, bardziej przekonywać o ich znaczeniu, wartości poznawczej. Również zwiększanie lub zmniejszanie częstości nie będzie popularne. A najbardziej niechciane są szkolenia w dni wolne od pracy, w weekendy, aprobuje je niecałe 10% badanych. Ludzie nie chcą poświęcać swego wolnego czasu na szkolenia – trzeba się z tym pogodzić i uwzględnić w zarządzaniu.

8.3. Spojrzenie na tematykę szkoleń – wypowiedzi w pytaniach otwartych

Z punktu widzenia tematyki naszej publikacji, a więc zarządzania, istotną rolę odgrywa udział w szkoleniach, ale szczególnie gdy szkolenia te dotyczą zagadnień zarządczych. Na pytanie ogólne, czy pracodawca proponował szkolenia z zakresu zarządzania lub ekonomii, uzyskaliśmy odpowiedź twierdzącą w 72 przypadkach, a przeczącą w 816 przypadkach. Traktowanie „po macoszemu” tematyki zarządzania w negatywny sposób może się odbić na szpitalach – poczynając od chaosu organizacyjnego, a na pogłębiającej się spirali długów kończąc. Zbędne jest przedstawianie pełnej listy zagrożeń – warto jednak w planach rozwoju kadr uwzględnić i ten wynik.

Dysponujemy odpowiedziami na pytanie otwarte, w którym osoby badane miały wpisać zakres tematyczny szkoleń, zarówno wewnętrznych jak i zewnętrznych. Wiele osób nie wpisało odpowiedzi, a te, które otrzymaliśmy, warto przytoczyć w całości. Następnie pogrupujemy szkolenia, poszukując tych związanych bezpośrednio z ekonomią i zarządzaniem. Nawet pobieżny przegląd pozwala się zorientować w tematyce – zarządzanie pojawia się bardzo rzadko, rozmaite kursy o charakterze doraźnym (np. bhp, obsługa windy, higiena rąk) przeplatają się z kursami medycznymi wszelkiego rodzaju. Jest to słuszne, bo dla personelu medycznego to główny kierunek pracy. Ale zarządzanie także powinno mieć swoje miejsce. Poniższe zestawienie przytacza wszystkie tematy szkoleń z zarządzania, jakie wpisali badani, choć dość duża grupa niczego nie wpisała – 240 osób (25%).

Tabela 12. Czego dotyczą szkolenia wewnętrzne? – zaznaczono częstość podawania (pytanie 17)

Brak odpowiedzi – „niczego?”	25%
ISO	4,0%
BHP	24%
Medyczne/zawodowe (epidemiologia, krwiodawstwo itd.)	33,0%
Zarządzanie i ekonomia	7,2%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych

Widać, że tematyka zarządzania pojawia się w ofercie szkoleniowej, ale w dość skromnej części – 7,2%. Poniższe zestawienie zawiera każdy podany temat szkolenia:

- bieżące sprawy szpitala – 17 osób;
- organizacja pracy – 16 osób;
- sprawy bieżące oddziału – 8 osób;
- procedury postępowania – 6 osób;
- zagadnienia związane z tematyką wykonywanej pracy – 4 osoby;
- psychologia – 3 osoby;
- komunikacja interpersonalna – 4 osoby;
- wdrażanie nowych rozporządzeń i ustaw – 3 osoby;
- prawo pracy, pacjenta – 3 osoby;
- ochrona danych osobowych – 2 osoby;
- procedury i standardy w pracy pielęgniarki i położnej – 2 osoby;
- zarządzanie szpitalem – 2 osoby;
- szkolenie informacyjne – 1 osoba;
- zakres obowiązków – 1 osoba.

Tematyka szkoleń zewnętrznych może się wzbogacić o szerszy zestaw problemów. Analiza odpowiedzi wykazała, że z zarządzaniem także nie jest najlepiej – podajemy tematykę szkoleń w całości w celu uzyskania orientacji w tendencjach szkoleniowych.

Zestawienie tematów szkoleń zewnętrznych łączących się z zarządzaniem:

- radzenie sobie ze stresem – 2;
- zakresy odpowiedzialności – 1;
- prawo pracy – 5;
- ogólne sprawy zawodowe – 3;
- problemy ogólne w służbie zdrowia – 7;
- etyka zawodowa – 6;
- zarządzanie – 3;
- podnoszenie kwalifikacji – 5;
- fundusze unijne – 1;
- dotacje i NFZ – 2;

- poprawa jakości pracy – 1;
- audyt – 1;
- organizacja pracy – 8;
- prawne – 6;
- ekonomiczne – 6;
- asertywność – 1;
- księgowość – 1;
- zarządzanie firmą – 1;
- wypalenie zawodowe – 2;
- akredytacja – 1;
- ISO – 7;
- zarządzanie zasobami ludzkimi – 1.

Tematyki związanej z zarządzaniem i ekonomią dotyczyły 64 szkolenia. Tak więc wskaźnik procentowy jest podobny – około 7% osób miało kontakt z takimi szkoleniami. Reszta z 950 osób podała ogólnie „wiedzę medyczną” – 62 osoby, bardzo wiele rodzajów szkoleń specjalistycznych (radiologia, szczepienia, reanimacja, krwiodawstwo itd.) Najliczniej pojawił się – niestety – brak odpowiedzi, nie udzieliło jej 415 osób. Łącznie więc można sformułować wniosek, że zarówno szkolenia wewnętrzne, jak i zewnętrzne dotyczące zarządzania są bardzo rzadkie, nie mogą być znaczącym źródłem wiedzy dla szerszego kręgu pracowników szpitali.

8.4. Wnioski

Najważniejsze ustalenia można formułować zarówno pod kątem praktycznych zaleceń, jak i refleksji naukowej. Proponujemy ujęcie łączące te dwa aspekty.

1. Systemy poglądów na temat zarządzania bardzo czytelnie dzielą pracowników szpitali na dwie grupy „świadomościowe” – do pierwszej należą pielęgniarki, osoby po 40. roku życia i pracownicy o dłuższym stażu pracy. Ich postawy wobec szkoleń są bardziej aprobujące, są otwarci na propozycje i chętnie z nich korzystają. Druga grupa to lekarze, młodszy pracownicy i pracownicy o krótszym stażu pracy. W tej grupie postawy są bardziej restrykcyjne, wymagające. Znacznie ostrzej oceniają sytuację edukacyjną panującą w szpitalach.
2. Najbardziej krytyczni wobec szkoleń są młodzi lekarze z krótkim stażem pracowniczym. Dla nich trzeba bardzo starannego i kompetentnego przygotowania. Najmniej wymagające są starsze pielęgniarki z dłuższym stażem pracy. Takie osoby stawiają niższe wymagania.
3. Tematyka ekonomii i zarządzania w szpitalach jest doceniana w niewielkim stopniu. Dominuje tradycyjne przywiązanie do zdobywania wiedzy z zakresu medycyny i bhp. Do nieco nowszych trendów zaliczamy szkolenia w zakresie jakości ISO.

4. Zbyt wielu respondentów uważa, że tematyka oferowanych im szkoleń nie jest dostosowana do ich potrzeb. Takie opinie prezentuje około 50% badanych.
5. Szkolenia prowadzone w trybie zewnętrznym uważane są za bardziej przydatne niż szkolenia w trybie wewnętrznym. Warto zainwestować nieco więcej środków na takie przedsięwzięcia. Oczekuje się jednak szkoleń jednodniowych, w dniach pracy (nie w weekendy) i na miejscu, minimalizując wyjazdy.
6. Trzeba prowadzić długofalową aktywność edukującą pracowników szpitali w kierunku aprobaty idei współzarządzania placówkami służby zdrowia. Ważne jest przekonanie do partycypacyjnego modelu uczestnictwa we władzy, a nie biernego posłuszeństwa „władzom wyższym”. Szersza oferta wiedzy z zakresu ekonomii i zarządzania proponowana przez czynniki formalne (władze szpitala) może temu sprzyjać. Spontaniczne zapotrzebowanie jest bowiem ograniczone do prawnych aspektów zarządzania. Naszym zdaniem jednak także inne aspekty wiedzy są godne uwagi, choć niezbyt popularne w badanej grupie (rachunek kosztów itd.).