

ANNA M. BURAK^{1, 2, A-D}, JACEK MUĆKA^{1, D, E}, ANDRZEJ FERENC^{1, E}, JACEK TLAPPA^{1, F}

Specyfika zachowań przywódczych kadry kierowniczej współczesnej ochrony zdrowia

The Specificity of Leadership Behaviors Managerial Staff of Contemporary Health Care

¹ Oddział Kliniczny Medycyny Ratunkowej, Uniwersytet Mikołaja Kopernika Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy, Bydgoszcz

² Katedra Chorób Naczyni i Chorób Wewnętrznych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Mikołaja Kopernika Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy, Bydgoszcz

A – koncepcja i projekt badania; B – gromadzenie i/lub zestawianie danych; C – analiza i interpretacja danych; D – napisanie artykułu; E – krytyczne zrecenzowanie artykułu; F – zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Streszczenie

Wprowadzenie. Współczesna opieka zdrowotna to między innymi nowy obraz zarządzania. Zwiększenie wymagań klientów oraz pracowników przyczyniło się do ewolucji metod zarządzania w podmiotach wykonujących działalność leczniczą. To duże wyzwanie, ponieważ ochrona zdrowia jest swoistym polem działania; to przede wszystkim chory człowiek i podstawowe potrzeby ludzkie. Jest to także inne podejście do zysku, duża biurokracja oraz silny wpływ otoczenia politycznego i prawnego. Zwrot w kierunku nowoczesnego zarządzania spowodował wiele następstw, także dla kadry kierowniczej operacyjnego poziomu zarządzania.

Cel pracy. Poznanie specyfiki zachowań przywódczych kadry kierowniczej operacyjnego poziomu zarządzania w podmiotach leczniczych.

Materiał i metody. Badaniem objęto grupę 55 osób pełniących funkcje kierownicze w pionie medycznym oraz administracyjnym – pielęgniarki oddziałowe i koordynujące oraz kierowników działów administracji. Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 w Bydgoszczy.

Wyniki. Pojmowanie przywództwa wśród zarządzających jest zróżnicowane. Najważniejsze kompetencje i cechy przywódcy nie zostały uznane za ważne w ochronie zdrowia. Najistotniejsze okazało się utrzymanie dobrej jakości usług i dbanie o dobro klienta. Badania wykazały również, że osoby zarządzające nie zawsze mają poczucie dobrego przygotowania do sprawowania funkcji kierowniczej.

Wnioski. Kadra kierownicza operacyjnego poziomu zarządzania to najważniejsi pracownicy każdej organizacji. W jednostkach ochrony zdrowia pielęgniarki oddziałowe oraz kierownicy działów administracji z jednej strony bezpośrednio zarządzają pracą podwładnych, a z drugiej mają realny wpływ na realizację bieżącej polityki placówki. W obliczu transformacji ochrony zdrowia staje się zatem konieczna ewolucja metod zarządzania. Aktywne przywództwo okazuje się wyzwaniem dla współczesnej kadry kierowniczej. Aby aktywnie angażować się w realizację zadań firmy i skutecznie działać, jest konieczna zmiana sposobu myślenia i przyswajanie nowych umiejętności przywódczych. Tylko w ten sposób współczesna kadra kierownicza może mieć wpływ na osiągnięcia całej organizacji (Piel. Zdr. Publ. 2015, 5, 1, 53–65).

Słowa kluczowe: przywództwo, kadra kierownicza, zarządzanie podmiotami leczniczymi.

Abstract

Background. Modern health services include, among others, a new image of management. The increased requirements of workers and patients have contributed to the evolution of the management methods in health care centers. It's a big challenge, because health protection is a specific field of activity. Patients and their needs are on the first place. It is also a different approach to gaining money, large bureaucracy, and strong influence of political and legal environments. The shift towards a modern management has had many consequences.

Objectives. The aim of this work was to investigate the specificity of leadership behaviors of managers in healthcare. **Material and Methods.** The study group consisted of 55 persons with managerial functions in medicine and administration. The study was performed by a diagnostic survey based on the author's questionnaire at the University Hospital.

Results. The perception of leadership among managers varies. Key competencies and the qualities of a leader have not been considered important in health care. Maintaining a good quality of service and care for the patients' welfare was the most important. Studies have also shown that managers do not always have the feeling of being well-prepared to exercise managerial functions.

Conclusions. Staff management is crucial in all organizations. In health care units nurses, managers and departmental administration directly manage work of subordinates, and they have a real impact on the implementation of the current policy of the institution. Therefore, in view of the transformation of health care, the evolution of management methods has become necessary. Active leadership is proving to be a challenge for contemporary managerial staff. To actively engage in the implementation of the company's tasks and to function effectively, it is necessary to change the way of thinking and assimilate new leadership skills. Only in this way modern managers may have impact on the organization's achievements (*Piel. Zdr. Publ.* 2015, 5, 1, 53–65).

Key words: leadership, managerial staff, management of medicinal entities.

*Wszystko rozwija się i upada
w zależności od przywództwa*

J.C. Maxwell

Trwająca od 1999 r. reforma opieki zdrowia rozczarowała niestabilnością rozwiązań systemowych. Nie przyniosła oczekiwanej poprawy sytuacji finansowej publicznych placówek opieki zdrowotnej oraz nie spełniła pokładanych w niej oczekiwań. Przyczyniła się jednak, w istotnym stopniu, do zmiany sposobu kierowania w podmiotach wykonujących działalność leczniczą, ponieważ uruchomienie mechanizmów rynkowych pokazało, że dotychczasowy sposób zarządzania nie sprawdza się w nowej sytuacji.

Coraz większa presja na optymalizację kosztów oraz racjonalną gospodarkę finansową szpitali sprawiła, że wprowadzono nowe systemy, takie jak budżetowanie i kontroling finansowy. Rozwinięły się systemy informatyczne. Pojawiły się działy odpowiedzialne za zarządzanie jakością, akredytację, obsługę klienta. Koniecznością stały się zmiany ówczesnego oraz tworzenie nowego jakościowo kapitału osób zarządzających przez zmianę postaw osób na stanowiskach kierowniczych, zwiększenie ich kwalifikacji i nabycie nowych umiejętności zarządzania uwzględniających specyfikę jednostek ochrony zdrowia. Zmiany dotknęły również kadrę kierowniczą operacyjnego poziomu zarządzania, ponieważ często właśnie tam zostały przekazane kompetencje menedżerskie. Pożądanym elementem skutecznego zarządzania stało się budowanie umiejętności przywódczych nie tylko wśród osób pełniących funkcje kierownicze na najwyższym szczeblu zarządzania, ale właśnie wśród zarządzających pozostałymi szczeblami organizacyjnymi: lekarzy kierujących oddziałami, pielęgniarek oddziałowych, koordynatorów opieki pielęgniarskiej, kierowników innych działów, w tym administracji. To właśnie tym ludziom przypadła rola lidera w swoim obszarze. I nawet jeśli nie jest to przy-

wództwo, które wytycza główne kierunki rozwoju i działania organizacji, to jednak każdy pełniący taką właśnie funkcję w pewien sposób się do tego przyczynia i swoim działaniem zdecydowanie wykracza poza zwykłe zarządzanie.

Skutecznie działająca organizacja potrzebuje bowiem zarówno zarządzania, jak i przywództwa. Zarządzanie jest wymagane do uzyskiwania systematycznych wyników, a przywództwo jest niezbędnym warunkiem umożliwiającym zmiany [1].

Podstawowym celem placówek ochrony zdrowia jest zapewnienie pacjentom właściwej i kompleksowej opieki, a także podnoszenie jakości usług adresowanych do szerokiego grona odbiorców i budowanie zaufania klientów. Niezbędne jest również dbanie o efektywność, zarówno organizacyjną, jak i ekonomiczną, oraz konieczność stabilizacji finansowej jednostki. To trudne zadanie dla współczesnych zarządzających, ponieważ w przypadku jednostki opieki zdrowotnej wskaźniki finansowe nie są jednoznaczną miarą oceny efektywności. Nie występuje tu motyw zysku w rozumieniu tylko finansowym, co oznacza, że celem nadrzędnym nie jest generowanie dodatniego wyniku finansowego [2]. Co więcej, optymalizacja kosztów często stoi w konflikcie z indywidualnymi wartościami ważnymi dla pacjentów. Dla podmiotów leczniczych nie mniej ważne są zasoby niematerialne: wykwalifikowana kadra, odpowiedni klimat pracy oraz dostęp do informacji we właściwej formie i określonym czasie. Połączenie tych wszystkich aspektów specjalistycznych, technicznych i merytorycznych czyni zarządzanie organizacją opieki zdrowotnej szczególnym wyzwaniem, a zachowania przywódcze stają się wielce pożądaną umiejętnością.

Wewnątrz organizacji tylko trzy zjawiska występują naturalnie: spór, chaos i nieefektywność. Cała reszta wymaga przywództwa

Peter Drucker

Czym jest przywództwo? W literaturze znajduje się wiele definicji tego pojęcia. Być może dlatego, że „przywództwo jest jedną z najbardziej ulotnych koncepcji zarządzania” [3]. Można je zdefiniować jako proces, podczas którego jednostka wpływa na grupę w celu osiągnięcia wspólnego celu [4]. Przywództwo to też określony zestaw cech charakteru i umiejętności przypisywanych ludziom, którzy są uznawani za przywódców. J.C. Maxwell uważa, że „przywództwo jest zdolnością, która polega na wywieraniu wpływu” [5]. S. Mika stwierdza, że przywództwo jest postrzegane jako pewna zdolność, umiejętność lub cecha zjednywania sobie zwolenników, wywierania wpływu, a także tworzenia wizji rozwoju i pobudzania ludzi do działania [6].

Bez względu na to, jak zdefiniujemy przywództwo, nie budzi wątpliwości jego ogromne znaczenie dla sukcesu organizacji. Zadaniem efektywnego przywództwa jest bowiem stworzenie takich warunków, aby jak najlepiej wykorzystać potencjał wykwalifikowanego personelu, zasoby finansowe oraz wyposażenie techniczne organizacji [7]. Ma to szczególne znaczenie w sektorze ochrony zdrowia.

Zwiększające się wymagania pacjentów odnośnie do jakości i skuteczności opieki zdrowotnej oraz stały rozwój technologii medycznych stawiają przed zarządzającymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą coraz to większe wyzwania. Sprostanie tym wymaganiom oraz przystosowanie się do ciągłych zmian nie jest łatwe, ponieważ wieloletnie zaniedbania oraz stereotypowe podejście do publicznej służby zdrowia uczyniło temu sektorowi wiele szkody. Co więcej, część zarządzających nie widzi różnicy między zarządzaniem a przywództwem.

Pojęcie zarządzającego wydaje się szersze, obejmuje wielorakie funkcje kierownicze, m.in. planowanie, organizowanie, motywowanie i kontrolę. Przywództwo natomiast to jedna z pożądanych umiejętności. Dzięki niej zarządzający może stać się przywódcą. Ciekawie podsumowuje to A. Pochtowski: podczas gdy „menedżerowie wykonują rzeczy właściwe”, „liderzy wykonują właściwe rzeczy”, a istotą kierowania w nowoczesnych organizacjach powinno być „właściwe wykonywanie właściwych rzeczy” [8].

Pełnienie roli przywódcy to sposób, w jaki zarządzający wykonuje swoje zadania [3]. To tworzenie wizji organizacji, widzenie spraw w szerszym kontekście oraz umiejętność budowania zespołu. To także umiejętność działania pod presją, w warunkach szybko zwiększających się wyma-

gań klientów oraz dynamicznie zmieniającego się otoczenia. Zdolności przywódcze to jedne z najbardziej cenionych umiejętności w zarządzaniu i to na każdym szczeblu organizacji opieki zdrowotnej. Z tego też powodu każdy współczesny przełożony, kierownik, menedżer powinien być przywódcą [8]. Ma to szczególne znaczenie w ochronie zdrowia, gdzie wymiernym skutkiem efektywnego przywództwa jest nie tylko rentowność czy stabilność finansowa placówki, ale przede wszystkim społeczne zaufanie do jej działalności.

Niestety, wielu kierowników i menedżerów nie postrzega przywództwa jako wartości. Stanowi to dodatkową trudność w pozyskiwaniu poparcia dla zmian organizacyjnych oraz utrudnia podejmowanie nowych inicjatyw. Dlatego tak ważne jest zwrócenie uwagi na osoby zarządzające każdego szczebla. Wzmocnienie ich potencjału, dostarczenie nowatorskich wizji, inspirowanie specjalistów, dzielenie się informacją może spowodować, że podejmą wyzwania, jakie niesie ze sobą przywództwo.

Przywództwo to relacje z innymi (...). Bez względu na to, czy jest to relacja tylko z jedną osobą, czy z wieloma, przywództwo wymaga zaangażowania innych

James M. Kouzes

Podstawowym kapitałem każdej organizacji są ludzie. Aby skutecznie im przewodzić, każdy przywódca musi najpierw umieć zarządzać samym sobą. Kierowanie pracą innych osób zawsze stanowi wyzwanie, ale prawdziwe przywództwo zaczyna się od pracy wewnętrznej. Według M. Przybyły ten, kto chce zarządzać, powinien mieć naturalne zdolności predysponujące go do zarządzania. Powinien też mieć doświadczenie praktyczne oraz wiedzę teoretyczną z tego zakresu. Tylko te trzy elementy mogą stworzyć dobrego kierownika [9].

Psychologia zarządzania do najważniejszych zachowań przywódcy, które decydują o jego skuteczności w pierwszej kolejności również wymienia predyspozycje osobowościowe, poza tym temperament i zdolności intelektualne. Nie mniej ważna jest inteligencja emocjonalna oraz umiejętność radzenia sobie ze stresem. Pierwsze trzy elementy odznaczają się intrapersonalną stałością, a to oznacza niewielkie możliwości ich korygowania lub rozwijania. Na pozostałe uwarunkowania skuteczności przywódcy można mieć wpływ, a nad ich rozwojem każdy przywódca powinien pracować [2].

Inteligencja emocjonalna, według D. Golemana, obejmuje: zdolność rozumienia siebie i własnych emocji, kierowania nimi i kontrolowanie ich, zdolność samomotywacji, empatię oraz umiejętności o charakterze społecznym [10]. To wiara w siebie i pozytywne myślenie. To także poczucie

skuteczności i wytrwałość w działaniu. Sposób reagowania w sytuacjach trudnych w znacznej mierze jest uwarunkowany umiejętnością radzenia sobie ze stresem. Ta kompetencja przywódcy w obliczu licznych obciążeń psychicznych, trudności, konfliktów, na które jest narażony, ma szczególne znaczenie. Tym bardziej, że „nie sam stres jest niebezpieczny dla człowieka, ale to, jak na niego reagujemy” [2].

Dobre przywództwo widać w sposobach działania podległych pracowników, tj. w ich zaangażowaniu, poświęceniu w pracy, poczuciu odpowiedzialności, determinacji, pasji, a co najważniejsze – w przeświadczeniu, że to, co robią jest doceniane i ważne. Wymaga to od kierownika swoiście rozumianego kunsztu: korzystania z intuicji, subiektywnych sądów, kreatywnego myślenia, odpowiedniej wizji i umiejętności komunikowania się. Nie bez powodu określa się więc przywództwo jako sztukę budowania relacji między ludźmi i ich pielęgnowania [1]. M. Przybyła również traktuje zarządzanie jako sztukę. I w takim rozumieniu wymaga od kierownika specyficznych zdolności, umiejętności, które powinny tkwić w jego naturze. Tak jak nie każdy może być malarzem, poetą lub muzykiem, tak nie każdy może być kierownikiem [9]. Dzisiejsza ochrona zdrowia to bowiem m.in. nowa jakość pracowników: wyższy poziom wykształcenia, większe aspiracje zawodowe i społeczne, oczekiwania co do kariery i samorealizacji w pracy, a także zmiany w systemie wartości. To wszystko sprawia, że stare założenia dotyczące zarządzania i motywowania pracowników już się nie sprawdzają [11].

Nowoczesne zarządzanie polega na tworzeniu warunków, które mobilizowałyby pracowników. Warto bowiem pamiętać o tym, że ludzie mają w sobie większy potencjał, niż to widać na co dzień. Aby móc z tego korzystać, trzeba jednak wzbudzić zaufanie pracowników. Sukces w roli kierownika osiąga ten, kto potrafi porozumiewać się z pracownikami, pozytywnie na nich wpływać, rozwiązywać konflikty oraz negocjować w trudnych sprawach. Pracownicy ponadto muszą dokładnie wiedzieć, czego się od nich oczekuje, bo tylko wtedy będzie możliwe kreowanie nowych pomysłów i realizowanie wizji. To właśnie lider powinien być inspiratorem zmian we współczesnej organizacji. Osobą, która je wdraża i ocenia. Oprócz wiedzy i doświadczenia praktycznego powinien mieć cechy osobowości pozwalające sprostać wyzwaniu tworzenia [9].

Ważne jest, aby przywódcy ciągle się rozwijali, uczyli i nabywali nowych umiejętności. Uczyli się zarówno na własnych doświadczeniach, jak i doświadczeniach innych autorytetów przywództwa. Według A. Mytycha lider rozwija się i staje się coraz lepszy. Wspaniały lider sprawia, że ludzie, z którymi pracuje rozwijają się i stają się coraz lepsi [12].

Podążaj za tym, który wie

Wirgiliusz

Styl przywódczy, czyli sposób, w jaki lider pełni swoją rolę w procesie decyzyjnym, jest jednym z najważniejszych aspektów przywództwa. Wydaje się, że tym, co cechuje skutecznych przywódców jest umiejętność doboru stylu przywództwa do sytuacji.

Każdy lider ma własny, mniej lub bardziej uświadomiony styl działania. Definiuje się go jako zespół specyficznych dla danego menedżera sposobów postępowania i stosowanych metod działania [8]. Podstawy do klasyfikacji stylów przywództwa są różne. Wachowiak przyjął za kryterium sposób podejmowania decyzji i określił trzy podstawowe style kierowania: autokratyczny, demokratyczny i liberalny [13]. Na style można jednak spojrzeć także jako na możliwości. Taki pogląd bliższy jest Golemanowi, który zachęca do spojrzenia na style przewodzenia jak na „skrzynkę z narzędziami”, po które możemy sięgnąć w zależności od potrzeb. Goleman wyróżnił sześć stylów przywódczych: nakazowy, autorytatywny, jednoczący, demokratyczny, normatywny i wychowawczy. Dwa ostatnie mogą mieć negatywny wpływ na atmosferę w pracy [10].

Z nowoczesnym przywództwem bez wątpienia jest związany styl transformacyjny, którego istotą jest zmiana. Przywódcy transformacyjni motywują do robienia więcej niż zaplanowano przez rozbudzanie poczucia ważności i wartości realizowanych zadań. Odwołują się do poczucia samorealizacji pracowników [14]. Stymulują proces moralnego dojrzewania, rozszerzają horyzonty oraz pogłębiają zainteresowania pracowników, którym przewodzą [4]. Powodują zmiany w ich systemach wartości, aspiracjach, potrzebach, celach. Ma to szczególne znaczenie w podmiotach wykonujących działalność leczniczą, gdzie jest ważne wspólne dobro grupy pracowników, organizacji zarówno jako całości, jak i poszczególnych działów, a także społeczeństwa, którego przedstawicielem jest pacjent.

Efektywność i sukces przywódcy mają charakter sytuacyjny, a najlepsze wyniki uzyskują liderzy, którzy stosują kilka stylów przywódczych. Najbardziej skuteczny styl przywództwa w jednej sytuacji z pewnością nie będzie skuteczny w drugiej [3]. Umiejętność doboru właściwego stylu ma ważne znaczenie w zarządzaniu w placówkach ochrony zdrowia. Podmiotem działania personelu jest człowiek w różnej sytuacji zdrowotnej i społecznej oraz to, że skutki błędów lub pomyłek są nieodwracalne. W podmiotach leczniczych, zwłaszcza szpitalach, istnieje ponadto duża różnorodność umiejscowienia stanowisk pracy w hierarchii organizacji, a co za tym idzie – zróżnicowanie perso-

nelu pod względem wykształcenia, umiejętności zawodowych i poziomu wiedzy. Determinuje to zarówno sposób planowania, podejmowania decyzji, jak i styl zarządzania stosowany przez kierownika określonego szczebla.

Lider jest osobą, która działa pod presją. Wynika to z konieczności połączenia dwóch głównych priorytetów – realizacji zadań stojących przed organizacją oraz troski o swoich pracowników. Dla niektórych liderów staje się to ciężarem nie do uniesienia, co powoduje, że oni sami stają się takim samym ciężarem dla swoich zespołów. Umiejętność połączenia tych dwóch zadań jest możliwa dzięki łączeniu różnych stylów zarządzania. Jednocześnie zapewnia liderowi największą skuteczność działania [14].

Nie ma uniwersalnie efektywnego stylu przywódczego. Efektywność każdego ze stylów przywódczych zależy od sytuacji, w której zostanie zastosowany. Nie ma idealnego stylu zarządzania, który sprawdzałby się w każdym zespole. Dla lidera zespołu najistotniejsze jest uświadomienie sobie, jaki jest jego naturalny styl oraz jakie inne style mogą w danym zespole sprawdzać się lepiej. Lider, który zdaje sobie sprawę zarówno ze swoich mocnych, jak i słabych stron może zmieniać swoje zachowanie. Znajomość własnego stylu kierowania i dobór właściwego działania w zależności od napotkanych wyzwań jest jednym z czynników warunkujących osiągnięcie trwałego sukcesu.

Materiał i metody

Celem badań było poznanie specyfiki zachowań przywódczych kadry kierowniczej – pielęgniarek oddziałowych oraz kierowników pionu administracji w placówkach ochrony zdrowia. Badaniem objęto grupę 55 osób – 45 pielęgniarek oddziałowych i koordynujących kliniki, oddziały, a także pracownice szpitalne oraz 10 kierowników działów administracji. Badania przeprowadzono na przełomie kwietnia i maja 2013 r. w Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. Jana Biziela w Bydgoszczy.

Jako metodę badawczą zastosowano sondaż diagnostyczny opierający się na autorskim kwestionariuszu ankiety składającym się z 17 pytań. Dziewięć pytań było jednokrotnego wyboru, w 8 pytaniach można było zaznaczyć więcej niż jedną

odповідź. Uzyskane wyniki badań przeniesiono do utworzonej w tym celu bazy danych. Respondentów zapytano m.in.: jak rozumiane jest przez nich pojęcie „przywództwo”, jakie zachowania oraz kompetencje przywódcze są najbardziej istotne w ochronie zdrowia, jakie cechy przywódcze oraz który ze stylów przywództwa mają największe znaczenie dla efektywnego zarządzania w zakładach świadczących usługi zdrowotne, z jakim stylem przywództwa respondenci mieli dotychczas najczęściej do czynienia, czy osoby odpowiedzialne za zarządzanie czują się przygotowane do pełnienia swojej funkcji, czy podnoszą kwalifikacje, mając na uwadze swoje stanowisko kierownicze, jak przedstawia się różnorodność zadań kierowniczych w świetle współczesnej ochrony zdrowia, czy przywództwa można się nauczyć.

Wyniki

W badaniu wzięło udział 55 osób pełniących funkcje kierownicze na poziomie operacyjnym zarządzania. Spośród tej grupy 45 respondentów to osoby pełniące funkcję zarządzającą w pionie medycznym, a 10 osób w pionie administracyjnym. Większość grupy badawczej, tj. 87,3%, stanowiły kobiety, co wynika ze specyfiki badanego środowiska. W ankiecie wzięło udział 7 mężczyzn (12,7%) (tab. 1).

Trzydziestu trzech badanych (60%) było w wieku 45–60 lat. Pozostałe 22 osoby (40%) to badani w przedziale wiekowym 30–45 lat. Żaden z respondentów nie miał poniżej 30 i powyżej 60 lat.

Czterdzieści osiem osób (87,3%) zadeklarowało ponad 15-letni staż pracy w szpitalu. W tej grupie 16 osób (29,1%) wykazało ponadto 15-letni okres zatrudnienia na stanowisku kierowniczym, a po 19 osób (34,5%) pełniło funkcje kierownicze przez okres 1–5 lat oraz 5–10 lat. Tylko jedna osoba zadeklarowała doświadczenie na stanowisku kierowniczym krótsze niż rok (ryc. 1).

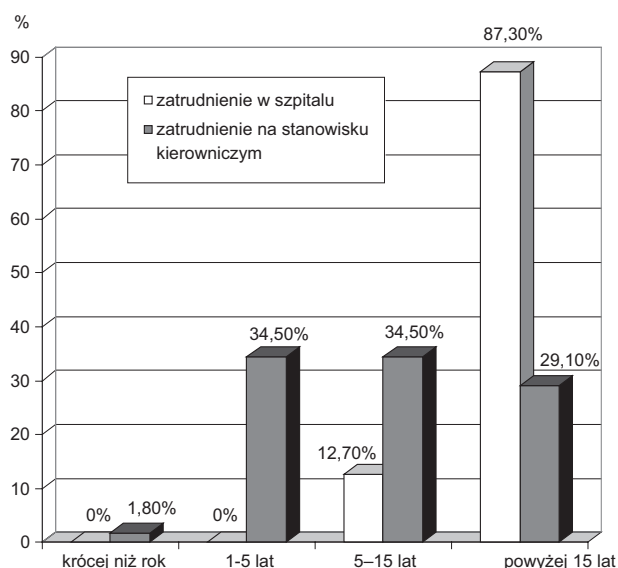
Najliczniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem wyższym (85,4%): magisterskim (72,7%) oraz licencjackim (12,7%). Pozostałe 14,5% to badani mający wykształcenie średnie.

Spośród respondentów zapytanych o to, które z pojęć według nich określa „przywódcę”, ponad połowa ankietowanych – 56% wskazała pojęcie lidera, 11% respondentów uważało, że przywódca

Tabela 1. Dane ogólne grupy badawczej

Table 1. General data of the research group

Pion medyczny				Pion administracyjny			
Liczba kobiet	%	liczba mężczyzn	%	liczba kobiet	%	liczba mężczyzn	%
43	78,2	2	3,6	5	9,1	5	9,1



Ryc. 1. Zestawienie okresu zatrudnienia respondentów w szpitalu oraz na stanowisku kierowniczym

Fig. 1. Statement of the period of employment of the respondents in the hospital and in a managerial position

to równoważność menedżera. Dla 33% badanych przywódca jest tożsamy z kierownikiem.

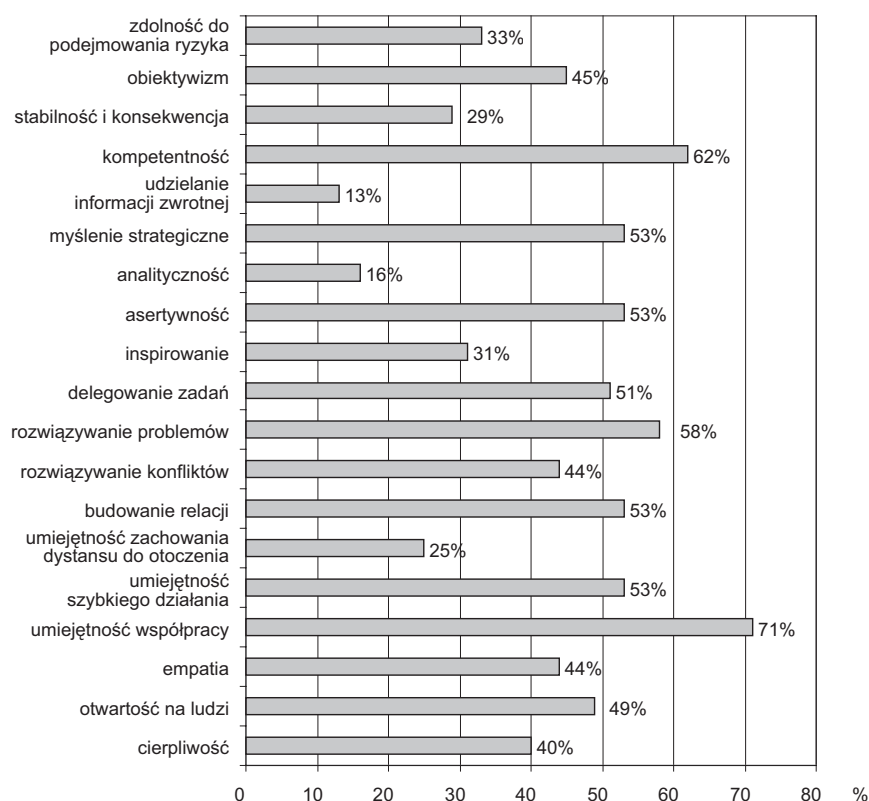
Analizując umiejętności przywódcy, które według respondentów są najważniejsze w placówkach ochrony zdrowia, na pierwszym miejscu znalazły się umiejętności współpracy (71%), kompetentność (62%) oraz umiejętność rozwiązywania

problemów (58%). Dla ponad połowy badanych (53%) były również ważne umiejętności szybkiego działania, budowania relacji, asertywności oraz umiejętności w obszarze strategicznego myślenia. Najmniej ważna dla respondentów okazała się umiejętność udzielania informacji zwrotnej (13%) oraz myślenie analityczne (16%) (ryc. 2).

W pytaniu o najważniejsze kompetencje przywódcze mające znaczenie w podmiotach leczniczych dla 67% najważniejsze było utrzymanie dobrej jakości usług, a dla 60% dbanie o dobro klienta. Tworzenie wizji i ich realizacja, która jest charakterystyczna dla kompetencji przywódczych, była istotna dla 31%. Tylko dla 7% ankietowanych wywieranie wpływu wydało się ważną kompetencją przywódczą (ryc. 3).

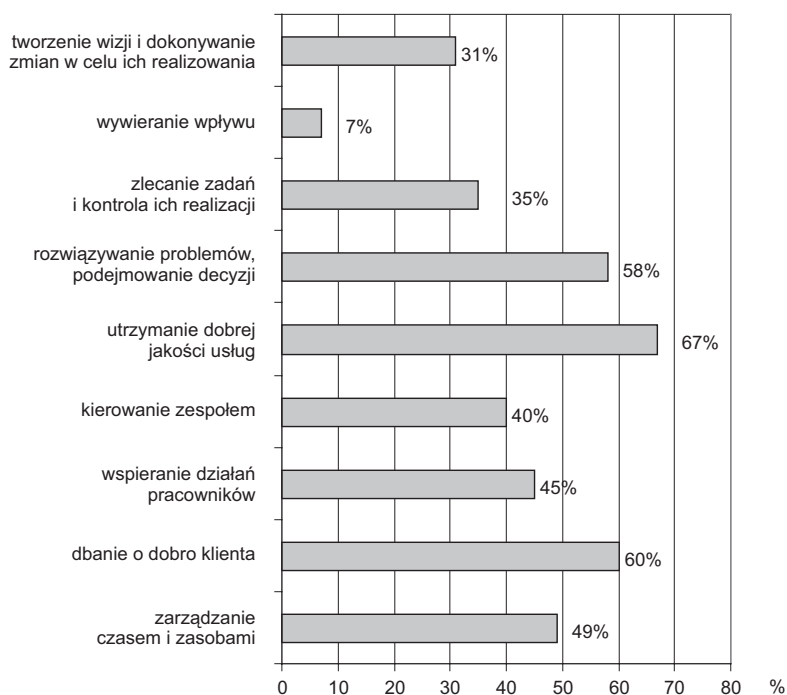
Za najważniejsze cechy przywódcy ankietowani uznali posiadanie fachowej wiedzy i umiejętności związanych z daną dziedziną ochrony zdrowia oraz stałe jej pogłębianie – 76% respondentów. Nie mniej ważne okazało się wprowadzanie innowacji mające na celu podniesienie jakości i komfortu pracy. Cechę tę za istotną uznało 64% badanych. Za najmniej ważne uznano: zarażanie entuzjazmem pracowników oraz świadomość własnych zachowań i specyfiki otoczenia (22%) (ryc. 4).

Respondenci w swojej własnej pracy najczęściej doświadczali stylu demokratycznego (36%). Nie wiele mniej, tj. 31%, miało do czynienia z dyktaturą. Stylu partnerskiego oraz przywództwa trans-



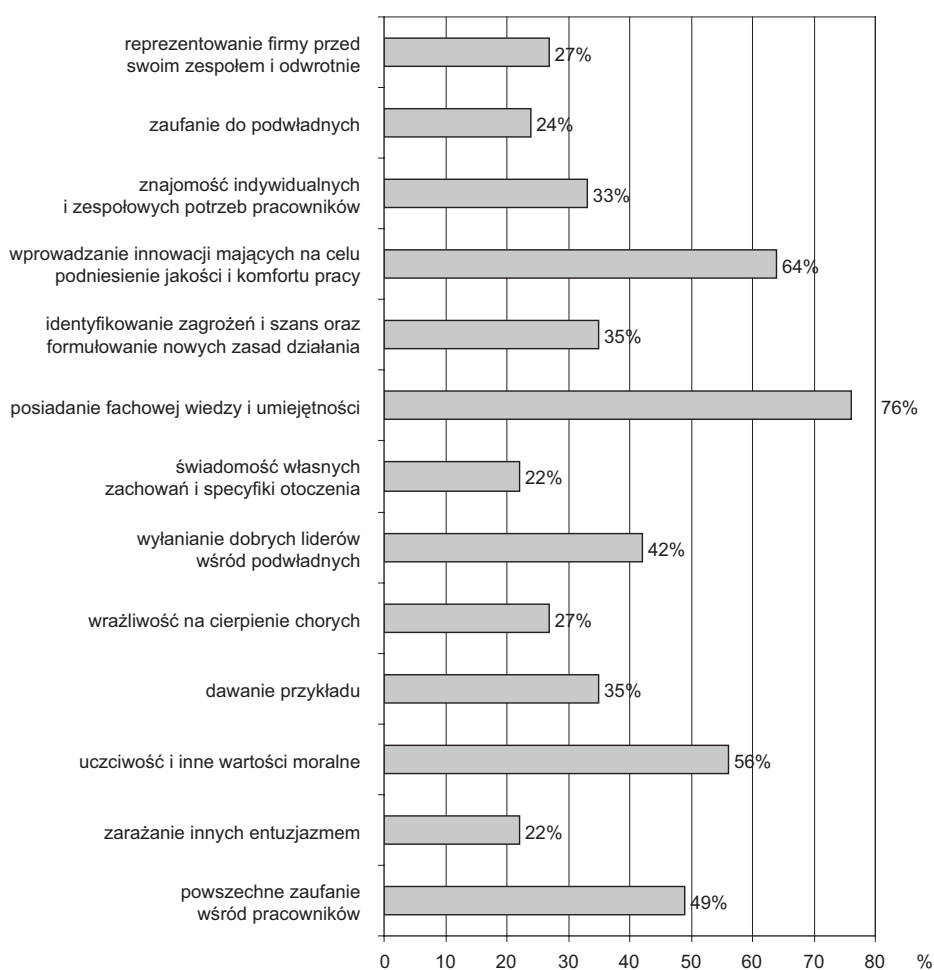
Ryc. 2. Najważniejsze umiejętności przywódcy w placówkach służby zdrowia

Fig. 2. Leader's skills the most important in health care



Ryc. 3. Kompetencje przywódcze najbardziej istotne w służbie zdrowia

Fig. 3. Leadership's competences of the most important in health care



Ryc. 4. Najważniejsze cechy przywódcy w placówkach służby zdrowia

Fig. 4. Key features of leaders in health care

formacyjnego doświadczyło po 16% badanych. Za najbardziej efektywny zaś styl przywództwa respondenci uznali przywództwo transformacyjne (42%). Nieco mniej ankietowanych (33%) wskaza-

ło na styl demokratyczny i partnerski (25%). Żadna z badanych osób nie wskazała dyktatury.

Analizując czynniki, które mają największy wpływ na rozwój firmy, 21 osób (38%) wskazało

umiejętne kierowanie. Na drugim miejscu (36%) znalazła się kultura organizacyjna oraz dobra komunikacja w firmie (tab. 2).

Określając czynniki, które są najbardziej motywujące w pracy dla badanych osób, zadowolenie podległego personelu okazało się najbardziej motywującym czynnikiem w pracy osób ankietowanych zarówno w pionie medycznym, jak i administracyjnym (42%). Zadowolenie pacjentów było natomiast czynnikiem motywującym dla 38% respondentów zatrudnionych wyłącznie w pionie medycznym. Na dalszych miejscach znalazł się osobisty rozwój (33%) oraz uznanie (31%). Tylko 15% badanych zadeklarowało, że motywacją do pracy są finanse (ryc. 5).

Z analizy danych wynika, że zaledwie 15% badanych czuje się bardzo dobrze przygotowanych do sprawowania swojej funkcji. Większość respondentów (67%) ma poczucie dobrego przygotowania do pełnienia swojej roli, a 18% określa je jako wystarczające (tab. 3).

Spośród badanych 9% zadeklarowało, że nie podnosi swoich kwalifikacji. 91% badanych dba o rozwój zawodowy i uczestniczy w różnych formach doskonalenia zawodowego. Dominującymi szkoleniami, w których uczestniczyli respondenci są kursy z zakresu organizacji i zarządzania oraz zarządzania jakością (71%). Niewiele osób uczestniczyło w szkoleniach z zakresu umiejętności społecznych (4%), kompetencji przywódczych (7%), postępowania z trudnym klientem (7%) oraz zarządzania zmianą (9%). Spośród ankietowanych 2 osoby (4%) nie uczestniczyły w żadnym z wymienionych szkoleń w ostatnich 5 latach, 9 osób (16%) wzięło udział tylko w jednym szkoleniu, a 10 ankietowanych (18%) w 2 szkoleniach. Z 5 i większej liczby szkoleń skorzystało 16 respondentów (29%) (ryc. 6).

Respondenci określili również, jak różnorodne jest ich zapotrzebowanie na szkolenia. 38% badanych ma potrzebę dokończenia się z zakresu

Tabela 2. Wybrane czynniki mające największy wpływ na rozwój firmy

Table 2. Selected factors having the greatest impact on the development of the company

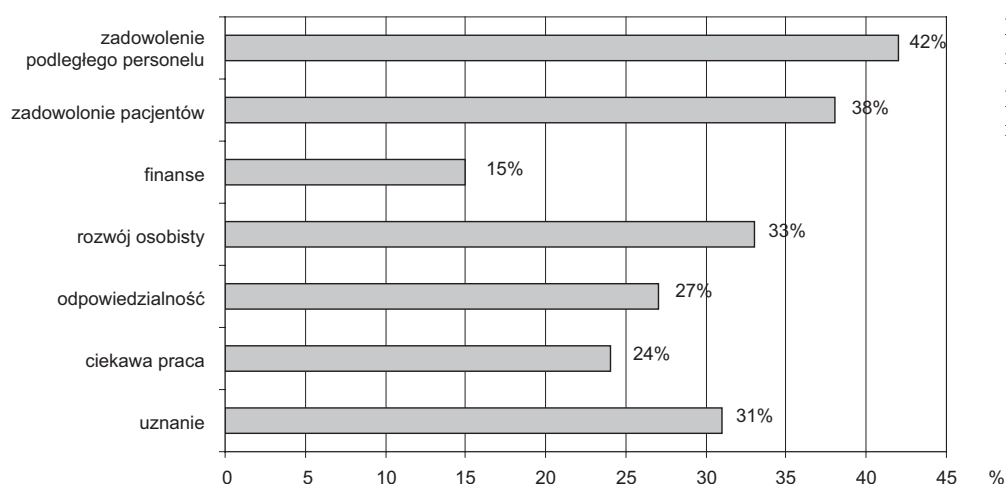
Czynniki	n	%
Umiejętne przewodzenie	13	24
Umiejętne kierowanie	21	38
Kultura organizacyjna	20	36
Dobra komunikacja	20	36
Umiejętności pracowników	16	29

Tabela 3. Przygotowanie respondentów do pełnienia funkcji kierowniczej

Table 3. Preparation of respondents to act as managers

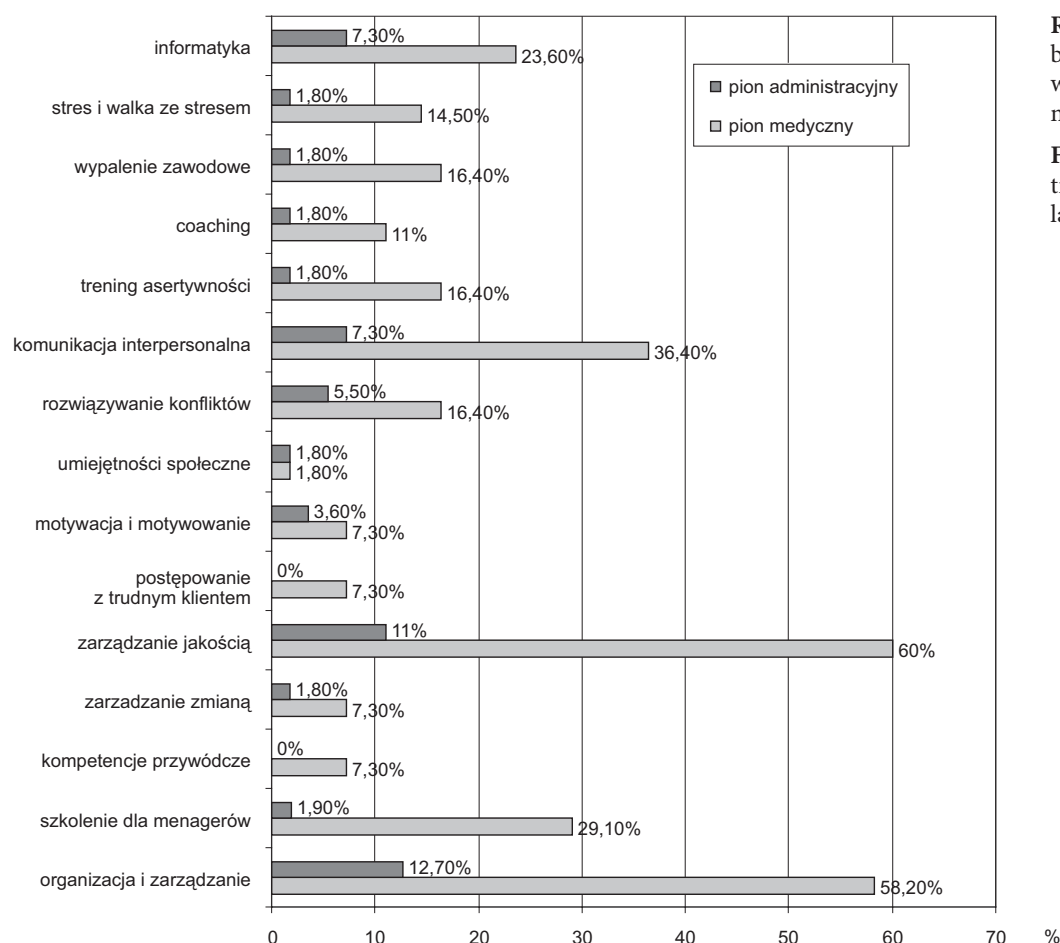
Przygotowanie do pełnienia funkcji kierowniczej	n	%
Wystarczające	10	18
Dobre	37	67
Bardzo dobre	8	15
Nie jestem przygotowany/a	0	0

organizacji i zarządzania. Jedna trzecia badanych wykazała potrzebę szkoleń z zakresu rozwiązywania konfliktów, walki ze stresem, kompetencji przywódczych oraz postępowania z trudnym klientem. Najmniejsze zapotrzebowanie respondenci pionu medycznego mieli na szkolenia z zakresu umiejętności społecznych (11%). W pionie administracyjnym nie wykazano żadnego zainteresowania tą tematyką szkolenia, podobnie jak z zakresu asertywności, wypalenia zawodowego oraz interaktywnego procesu szkolenia, jakim jest *coaching*. Spośród ankietowanych 1 osoba (2%) nie zadeklarowała potrzeby przeszkolenia z żadnego zakresu, 9 osób (16%) wskazało tylko na jedno szkolenie. Pozostałe 44 osoby skorzystałyby



Ryc. 5. Czynniki motywujące w pracy

Fig. 5. Motivating factors at work



Ryc. 6. Przebycie szkolenia w okresie ostatnich 5 lat

Fig. 6. Past training in the last 5 years

z dokształcenia w 2 i więcej wymienionych zakresach (ryc. 7).

Oceniając zmianę zakresu obowiązków u respondentów w ostatnich 5 latach, aż 42 osoby (76%) stwierdziły, że zakres ich obowiązków zdecydowanie się zwiększył, a kolejne 16% oceniło zwiększenie zakresu obowiązków jako nieznaczne, co daje łącznie 92% ankietowanych. Tylko 4 respondentów (7%) uznało, że ich zakres nie zmienił się (ryc. 8).

Znaczne zwiększenie zakresu obowiązków może wynikać z aktywnego zaangażowania respondentów w działania jednostki, które mają na celu ustawiczne podnoszenie jakości, wprowadzanie standardów akredytacyjnych, a jednocześnie prowadzenie polityki finansowej korzystnej dla szpitala. Zaledwie jedna czwarta badanych nie jest dodatkowo zaangażowana w wymienione działania. Dwadzieścia trzy osoby (42%) uczestniczą przynajmniej w jednej formie aktywności: dla 15 osób (27%) jest to system zarządzania jakością, dla 2 – akredytacja, 6 badanych pełni funkcję menedżera. Dziewięciu respondentów (16%) jest zaangażowanych w dwie działalności, a 15% we wszystkie wymienione (tab. 4).

Pośród 55 badanych 2 osoby (4%) przyznały, że nie mają szczegółowej wiedzy na temat przy-

dzielonych obowiązków, zakresu odpowiedzialności, oczekiwań dyrekcji. W obu przypadkach były to osoby z wykształceniem wyższym magisterskim, zatrudnione w pionie medycznym na stanowisku kierowniczym – jedna powyżej 15 lat, druga przez okres zawierający się w przedziale 5–15 lat.

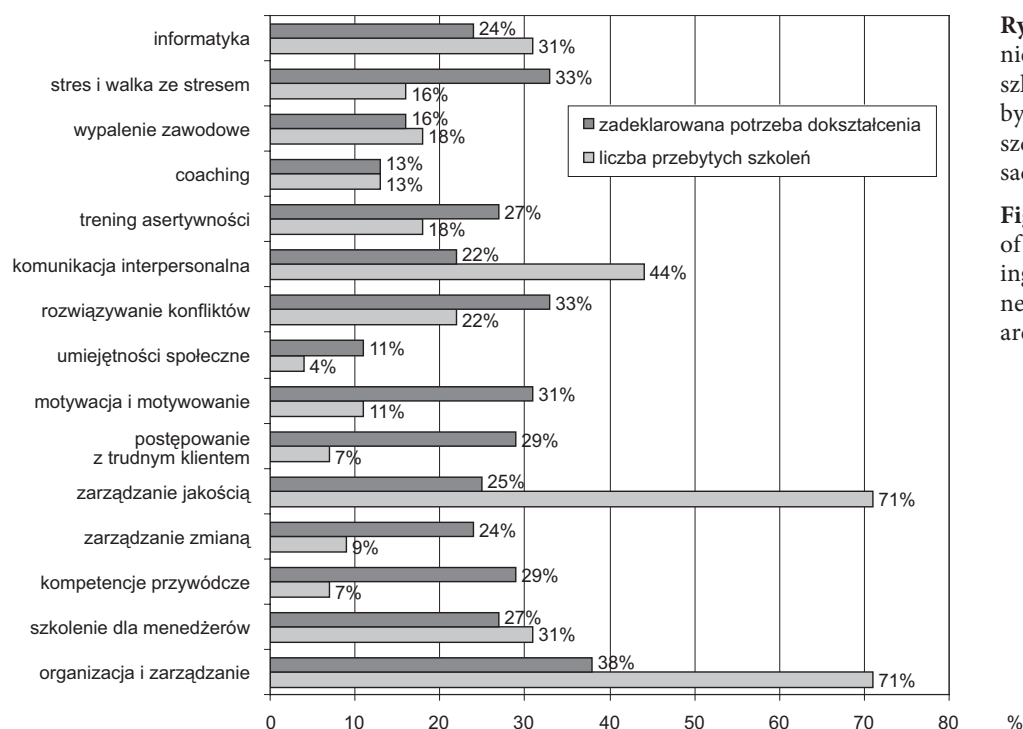
Wszyscy ankietowani zgodzili się natomiast ze stwierdzeniem, że to członkowie organizacji oraz ich akceptacja dla swojego przywódcy mają wpływ na efektywność przywództwa.

Czy przywództwa można się nauczyć? Zdania respondentów na powyższe pytanie były podzielone. Blisko 70% z nich uważa, że tak, 31% badanych jest przeciwnego zdania (ryc. 9).

Tabela 4. Uczestnictwo w określonych formach działania placówki

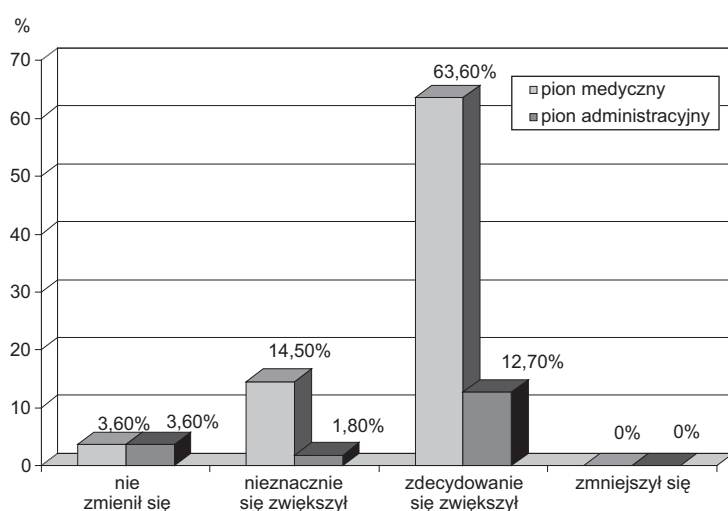
Table 4. Participation in certain forms of facility operations

Uczestnictwo w działaniach placówki	n	%
System zarządzania jakością	32	58
Akredytacja	18	33
Pełnienie funkcji menedżera	16	29
Brak uczestnictwa	15	27



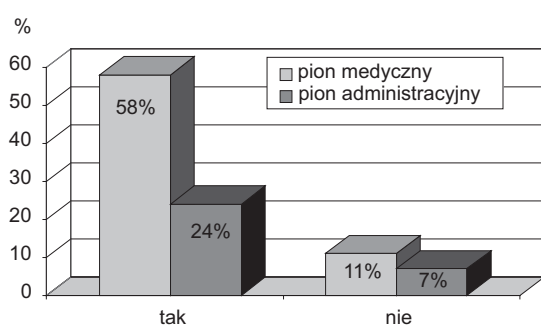
Ryc. 7. Zestawienie liczby przebytych szkoleń oraz potrzeby kształcenia w poszczególnych zakresach

Fig. 7. The amounts of completed training and education needs in particular areas



Ryc. 8. Zmiana zakresu obowiązków w ostatnich 5 latach pracy

Fig. 8. Change the responsibilities in the last 5 years of work



Ryc. 9. Czy przywództwa można się nauczyć?

Fig. 9. Can leadership be learned?

Omówienie

Zmiany zachodzące w systemie ochrony zdrowia dotyczące rozwiązań organizacyjnych, sposobu finansowania oraz zwiększenie zapotrzebowania społecznego na usługi medyczne spowodowały konieczność zmiany metod zarządzania i rozwijanie przywództwa. Jednocześnie przywództwo stało się nowym wyzwaniem współczesnego kierownika każdego szczebla zarządzania. Funkcjonowanie w sieci różnych relacji: z innymi pracownikami, swoim zwierzchnikiem, środowiskiem zewnętrznym, pacjentem stanowi bowiem podstawę i istotę przywództwa współczesnej ochrony zdrowia.

Jak wykazały badania, pojmowanie przywództwa wśród kadry kierowniczej nie jest jednoznaczne, a pojęcie „przywództwo” jest utożsamiane nie

tylko z liderem, ale także z kierownikiem (33%) oraz menedżerem (11%).

Od obecnych liderów wymaga się umiejętności pracy w zespołach i skutecznego rozwiązywania problemów [2]. Ważne jest również nawiązywanie szczerych relacji z pracownikami, co przekłada się na budowanie zaufania i sprzyja „poddaniu” się przewodzeniu. Atmosfera zaufania sprzyja przekazywaniu szefowi własnych pomysłów, uwag i opinii. Z tego powodu niezwykle cenną zdolnością lidera jest umiejętność słuchania, usłyszenia i przyjęcia tego, czym się dzielą z nim pracownicy. Ważność powyższych umiejętności potwierdziły wyniki badań. Umiejętności współpracy, kompetentność, umiejętność rozwiązywania problemów oraz budowanie relacji były najbardziej pożądanymi umiejętnościami przywódcy w ochronie zdrowia. Najmniej istotna zaś okazała się umiejętność udzielania informacji zwrotnej (13%), choć według literatury przedmiotu umiejętność przekazywania i przyjmowania informacji zwrotnej jest niezbędnym elementem pozwalającym prowadzić dialog z ludźmi i uważniej wysłuchiwać opinii zarówno współpracowników, jak i klientów [2].

Szczególne znaczenie dla poprawy jakości i efektywności działań związanych z sektorem usług medycznych mają określone kompetencje przywódcze, kształtowane przez wewnętrzne cechy osobowości oraz doświadczenie. Nieodłącznym elementem definicji przywództwa jest tworzenie wizji oraz wywieranie wpływu. Wyniki badań na ten temat są nieco zaskakujące. Żadna z tych ważnych kompetencji nie znalazła potwierdzenia w badaniach. Najważniejsze okazało się utrzymanie dobrej jakości usług oraz dbanie o dobro klienta. Wskazuje to na bezsprzeczną istotę zarządzania w podmiotach leczniczych, gdzie w sytuacji zwiększającej się konkurencji, satysfakcja i zadowolenie klienta są warunkami utrzymania się i sukcesu organizacji, a kadra kierownicza jest zmuszona do podejmowania działań mających na celu zwiększenie atrakcyjności swoich jednostek [14].

Niestety, badania nie dały jednoznacznej odpowiedzi na pytanie: jakie cechy przywódcze mają największe znaczenie w zarządzaniu w ochronie zdrowia. Niewielkie zróżnicowanie odpowiedzi sugeruje, że wiele jest warunków charakteryzujących dobrego przywódcę działającego w jednostce ochrony zdrowia. Wśród najistotniejszych można wymienić: posiadanie fachowej wiedzy i umiejętności, wprowadzanie innowacji podnoszących jakość i komfort pracy, uczciwość i inne wartości moralne. Za najmniej istotną cechę badani uznali świadomość własnych zachowań i specyfiki otoczenia. Świadczy to poniekąd o niedocenieniu tej jednej z ważniejszych cech przywódczych, bo bez wątplenia dobra znajomość własnych silnych i sł-

bych stron umożliwia świadome sprawowanie przywództwa.

Porządkując analizowany zbiór kompetencji i cech liderów, które mają przełożenie na konkretne zachowania przywódcze, warto zwrócić uwagę na to, jak ważne jest uświadomienie sobie przez osoby zarządzające potrzeby, a nawet konieczności rozwijania umiejętności emocjonalnych i społecznych, które przez badanych zostały potraktowane marginalnie. Rozwijanie większości pożądanых cech, kompetencji może mieć decydujący wpływ na to, że zarządzający będzie dobrym i efektywnym liderem, zwłaszcza w tak specyficznym otoczeniu, jakim jest ochrona zdrowia i ciągły kontakt z ludźmi.

Kolejnym, ważnym elementem jest styl przywództwa. Daje on możliwość osiągania oczekiwanych wyników przez pracowników oraz umożliwia realizowanie celów organizacji. W literaturze przedmiotu transformacyjny styl przywództwa jest postrzegany jako najbardziej efektywny, ale różne style przywództwa sprawdzają się w różnych sytuacjach [2]. Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że transformacyjne przywództwo jest również najbardziej oczekiwane przez zarządzających w placówkach ochrony zdrowia i właśnie z tym stylem respondenci wiążą większą efektywność pracy w swoim sektorze. Doświadczenia własne osób badanych wyglądają natomiast zupełnie inaczej. O ile jedna trzecia z nich miała przyjemność pracować z demokratą, to kolejna jedna trzecia osób doświadczyła dyktatury. Oznacza to, że kwestia przywództwa w ochronie zdrowia jest nadal problemem. Tym bardziej, że sektor ochrony zdrowia w obliczu obecnej rzeczywistości potrzebuje przywódców, którzy swoim działaniem odbudują zaufanie i zapewnią wysoką jakość organizacyjnych zmian.

Wiele zdolności przywódczych można nabyć jedynie przez doświadczenie, ale ich rozwijanie jest możliwe przez uczestniczenie w kursach i szkoleniach. Z punktu widzenia pracownika szkolenie pozwala rozszerzyć, udoskonalić posiadaną wiedzę i umiejętności, przygotować się do odgrywania nowej roli zawodowej. Pomaga w zmianie postawy wobec wprowadzonych przekształceń i zachodzących zjawisk w organizacji. Uczestnictwo w szkoleniu zaspokaja też potrzebę samorealizacji [15]. Badania w tym zakresie wydają się optymistyczne. 91% badanych podejmuje działania na rzecz własnego rozwoju, mając na uwadze swoje stanowisko kierownicze. Oznacza to, że ich świadomość konieczności podnoszenia kwalifikacji jest bardzo duża, rozwój organizacji bowiem, której przywódca nie inwestuje w ustawiczny rozwój osobisty jest zagrożony na skutek szybkiej dezaktualizacji jego kwalifikacji.

Z przedstawionych badań wynika również, jak duże i różnorodne jest zapotrzebowanie osób pełniących funkcje kierownicze na szkolenia z różnych dziedzin – począwszy od organizacji i zarządzania, kompetencji przywódczych, motywacji i motywowania, rozwiązywania konfliktów po szkolenia z informatyki i umiejętności społecznych. Kształcenie i rozwój personelu powinno być zatem traktowane przez nowoczesne organizacje jako inwestycja [11]. Tym bardziej, że w świetle przeprowadzonych badań zaledwie 15% kierowników czuje się bardzo dobrze przygotowanych do pełnienia swojej roli. Zważywszy na to, że transformacja w ochronie zdrowia trwa już blisko 15 lat, wyniki nie są zbyt optymistyczne i pokazują, jak wiele jest jeszcze do zrobienia. Zwłaszcza, że zakres zadań i funkcji pełnionych przez osoby zarządzające zdecydowanie się rozszerzył i zwiększyły się także oczekiwania względem nich. Badania wykazały, że tylko 7% ankietowanych nie odczuło zmiany zakresu swoich obowiązków w ciągu ostatnich 5 lat. Pozostałe osoby, oprócz realizowania zmian, które były następstwem reformy sektora zdrowia, zostały zaangażowane w działalności związane z systemem zarządzania jakością, wprowadzaniem standardów akredytacyjnych bądź polityką finansową swojego działu. Wymaga się zatem od obecnych kierowników umiejętności pracy w różnych zespołach, tworzenia nowej jakości i standardów, bycia aktywnym menedżerem, przygotowania do skutecznego rozwiązywania problemów, co jest immanentną cechą dobrych przywódców. Stąd ewidentna potrzeba systemowego wspierania osób zarządzających w jednostkach ochrony zdrowia po to, by pracowali w nich ludzie

z szerokimi horyzontami oraz faktycznymi umiejętnościami w sferze zarządzania [7].

Reasumując powyższe rozważania, można stwierdzić, że każda współczesna organizacja musi nieustannie reagować na zmiany otoczenia, konkurencję i zwiększające się wymagania swoich klientów. W obliczu transformacji ochrony zdrowia reagowanie na te zmiany i konieczność ewolucji metod zarządzania podmiotami leczniczymi są szczególnie widoczne. Wprowadzania zmian nie ułatwia specyficzne pole działania w tej dziedzinie – podstawowe potrzeby ludzkie, inne podejście do zysku, duża biurokratyzacja, a także silny wpływ otoczenia politycznego i prawnego, który warunkuje podejmowanie decyzji i ogranicza swobodę działania przywódców organizacji sektora publicznego. Odejście od administrowania w kierunku zarządzania spowodowało wiele następstw także dla kadry kierowniczej bezpośredniego poziomu zarządzania, m.in. pielęgniarek oddziałowych. Z kierowników musieli stać się aktywnymi przywódcami. Z pewnością nie wszystkim to się jeszcze udało, ale aby dalej aktywnie angażować się w realizację zadań firmy i efektywnie funkcjonować w sektorze zdrowia, muszą zmienić sposób myślenia i przyswajać nowe umiejętności przywódcze. Muszą zdawać sobie także sprawę, że z racji wiedzy i stanowiska zwiększające się wobec nich oczekiwania mogą mieć wpływ na osiągnięcia całej organizacji, a więc również na polepszenie wyników całego systemu ochrony zdrowia. W kwestii przywództwa w ochronie zdrowia, jego nauczania oraz rozwijania umiejętności i kompetencji przywódczych jest zatem jeszcze wiele do zrobienia.

Piśmiennictwo

- [1] „Nowoczesne przywództwo w organizacji publicznej na rzecz zmian – rola wyższych stanowisk w służbie cywilnej” w ramach „Planu szkoleń centralnych w służbie cywilnej na 2011 r.”. Kancelaria Prezesa Rady Ministrów. http://dsc.kprm.gov.pl/sites/default/files/skrypt_gamma.pdf (data dostępu 20.05.2013).
- [2] **Frąckiewicz-Wronka A., Austen-Tynda A.**: Przywództwo w ochronie zdrowia. ABC, Warszawa 2009, 20, 114, 143, 151, 179, 192–197, 204.
- [3] **Shortell S.M., Kaluzny A.D.**: Podstawy zarządzania opieką zdrowotną. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2001, 121, 122, 135.
- [4] **Karaszewski R.**: Przywództwo w środowisku globalnego biznesu. Wyd. Dom Organizatora, Toruń 2008, 30, 268.
- [5] **Maxwell J.C.**: Być liderem. Wyd. Medium, Warszawa 1994, 15.
- [6] **Mika S.**: Psychologia społeczna. Wyd. PWN, Warszawa 1987.
- [7] **Frąckiewicz-Wronka A., Austen-Tynda A.**: Efektywne przywództwo w ochronie zdrowia – wyniki badań empirycznych. Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu, Zeszyty naukowe 2011(187).
- [8] **Pocztowski A.**: Zarządzanie zasobami ludzkimi. PWE, Warszawa 2008, 187, 189, 222–223.
- [9] **Przybyła M.**: Zarządzanie w społeczeństwie postindustrialnym. http://www.wiedza.info.pl/wyklady/129/zarzadzanie_w_spoleczenstwie_postindustrialnym.html (data dostępu 15.05.2013).
- [10] **Goleman D.**: Inteligencja emocjonalna. Media Rodzina, Poznań 1997.
- [11] **Kostera M.**: Zarządzanie personelem. PWE, Warszawa 2006, 35, 117.
- [12] **Mytych A.**: Przywódco, zwracaj uwagę (przede wszystkim) na ludzi. <http://instytutdidaskalos.pl/artykuly/przywodztwo/przywodco-zwracaj-uwage-przede-wszystkim-na-ludzi> (data dostępu 15.05.2013 r.).
- [13] **Wachowiak P.**: Profesjonalny menedżer. Wyd. Difin, Warszawa 2001, 24.
- [14] **Rogała-Pawelczyk G., Stychno E.**: Style zarządzania. [W:] Zarządzanie w pielęgniarstwie. Red.: Ksykiewicz-Doro-
ta A. Wyd. Czelej, Lublin 2005, 35, 125, 129.
- [15] **Janowska Z.**: Zarządzanie zasobami ludzkimi. PWE, Warszawa 2010, 133–134.

Adres do korespondencji:

Anna Burak
Szpital Uniwersytecki nr 2 im. Jana Biziela
Oddział Kliniczny Medycyny Ratunkowej
ul. Ujejskiego 75
85-168 Bydgoszcz
e-mail: annaburak72@gmail.com

Konflikt interesów nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 11.11.2014 r.
Po recenzji: 12.12.2014 r.
Zaakceptowano do druku: 7.01.2015 r.

Received: 11.11.2014
Revised: 12.12.2014
Accepted: 7.01.2015