

✖ Oliwia Tarasewicz-Gryt, 2016-01-27 09:58

# Przedstawiciele środowisk medycznych chcą, by Konstanty Radziwiłł był menedżerem, a nie politykiem

✖

Czy ten minister będzie słuchał uwag środowiska?

✖ ThinkstockPhotos

**Jeszcze przed wyborem nowego ministra PiS zapowiadał półroczne badania - tzw. bilans otwarcia, który pokaże, jak wygląda sytuacja w ochronie zdrowia. Najłatwiej uczyć się na błędach. A tych u poprzednich rządzących nie brakowało. Czy ten minister będzie słuchał uwag środowiska?**

Przedstawiciele środowisk medycznych chcą między innymi, by Konstanty Radziwiłł wykazał się umiejętnością stworzenia długofalowej strategii, odpornej na zmiany władzy, czyli był menedżerem, a nie politykiem. Oczekują rozwiązania problemu niedoboru kadr. Inny ważny postulat to gotowość do podjęcia dialogu i dążenie do konsensusu. Liczą zatem na możliwość współdecydowania o kształcie ustaw, które wpływają na ich pracę oraz zdrowie pacjentów. Tę obietnicę minister już publicznie złożył, mówiąc, że ważne jest, by wszelkie decyzje były poprzedzane dialogiem ze wszystkimi interesariuszami systemu ochrony zdrowia. Współpraca i współdecydowanie oznaczają nie tylko realny wpływ uczestników systemu na rzeczywistość, poczucie wpływu zwiększa też zaangażowanie, a to z kolei przekłada się na wyższy poziom motywacji do działania u pracowników ochrony zdrowia.

## Komunikacja jest ważna

To, że środowiska formułują swe oczekiwania w momencie zmian jest bardzo cenne dla osoby stojącej na czele resortu. Samoistnie, bez badań i bilansów otwarcia, pojawia się ważna informacja zwrotna, która może pomóc wytyczyć kierunek dalszym działaniom i stanowić punkt wyjścia do skutecznego zarządzania. Opiera się ono w dużej mierze na komunikacji, nie tylko zewnętrznej, ale i wewnętrznej, wśród wszystkich uczestników systemu. Aby była efektywna, musi bazować na precyzyjnie sformułowanych celach, ale i uważnym słuchaniu. Istotne jest też umiejętne zdefiniowanie sytuacji. Im bardziej osoba zarządzająca stara się osiągać swoje cele kosztem innych, tym częściej dochodzi do konfliktów. Pokazały to prace nad pakietem onkologicznym. Im częściej zaś określa sytuację jako taką, w której wszyscy mogą zrealizować swoje cele, tym bardziej prawdopodobna staje się współpraca.

## Szef, menedżer czy lider?

Polityka i sposób organizacji systemu ochrony zdrowia mają wpływ na zaangażowanie i motywację pracowników ochrony zdrowia. Minister, choć nie jest bezpośrednio przełożonym pracownika ochrony zdrowia, to jednak inicjuje, opracowuje i realizuje politykę rządu w zakresie ochrony zdrowia i odpowiada za nią przed premierem. To ministerstwo wytycza kierunki i kontroluje pracę poszczególnych elementów systemu. Tym samym nadaje mu też sens i określa priorytety. Nadzorując działalność samorządów, którym podlegają placówki ochrony zdrowia i współdziałając z samorządem lekarskim oraz przedstawicielami środowisk zawodowych, ma realny wpływ na pracę - organizując ją w pewnym sensie, planując i dostarczając narzędzi do kontroli. Wymienione czynności to trzy funkcje zarządzania. Czwarta to motywowanie, określane czasem jako kierowanie lub przewodzenie.

## **Motywowanie pośrednie**

Ministerstwo może motywować pośrednio, poprzez rozporządzenia i ustawy. Niejednokrotnie okazywało się, że przez nieudolnie opracowane przepisy potrafi też skutecznie zdemotywować i sfrustrować pracowników ochrony zdrowia.

Najpoważniejszym przejawem niezadowolenia i frustracji są strajki i protesty, a tych mieliśmy w mijającym roku aż dwa: lekarzy rodzinnych i pielęgniarek. Do strajków dochodzi też w momencie, gdy brak okazji do merytorycznego dialogu. Warto o tym pamiętać. Ostatnio o planowaniu i organizacji w Ministerstwie Zdrowia nie mówiło się zbyt dobrze – wystarczy przypomnieć debatę o kształceniu kadr i złych rozwiązaniach, które doprowadziły do dramatycznego niedoboru lekarzy. Sztandarowy zaś przykład nieudolnej organizacji to próby rozwiązania problemu kolejek do specjalistów i diagnostyki.

Kolejne to ustawa transgraniczna czy projekt mapy potrzeb medycznych lub informatyzacji placówek. O motywacji mówi się jeszcze mniej i także nie najlepiej, by przypomnieć choćby konflikt z pielęgniarkami i położnymi, a następnie obietnicę podwyżki przedstawioną w zmanipulowanym przekazie. O narzędziach kontroli mówi się bardzo źle, kierując zarzuty głównie pod adresem NFZ – począwszy od nadmiernie rozbudowanej biurokracji, która utrudnia nawiązanie kontaktu z pacjentem, po kontrowersje związane z ustawą refundacyjną i tzw. protest pieczętkowy.

## **Co nas motywuje?**

Motywowanie jest umiejętnym wykorzystywaniem potencjału pracowników. Za sporą część takich działań odpowiadają zarządzający placówkami ochrony zdrowia. Specyfika zawodu jest jednak taka, że lekarze często nie identyfikują się z jednym miejscem pracy, co ogranicza możliwość ich motywowania. Ustawa o samorządzie lekarskim narzuca tę rolę samorządowi. Izby Lekarskie umożliwiają doksztalcanie kadr, doceniają pracę i osiągnięcia, a także integrują środowisko lekarskie.

Czynniki motywujące różnią się w zależności od zajmowanego stanowiska, kwalifikacji pracownika i rodzaju wykonywanej pracy. Z badań wynika, że pozytywny wpływ na motywację ma poczucie zadowolenia z pracy. Dla osób o szczególnie wysokich kwalifikacjach – jak lekarze – ważna jest możliwość samodzielnego podejmowania decyzji i zaufanie, którym się go obdarza, możliwość doksztalcania się i wykorzystywania zdobytej wiedzy oraz perspektywy rozwoju. Duże znaczenie mają także współpracownicy i osobiste osiągnięcia. Zmotywowany pracownik identyfikuje się z miejscem pracy, grupą zawodową, ma poczucie wspólnoty celów z osobami zarządzającymi. Co istotne, w myśl tzw. dwuczynnikowej teorii Herzberga na motywację nie wpływa wysokość wynagrodzenia. Jest ono czynnikiem zewnętrznym, motywującym na krótko, zaś największe znaczenie ma tzw. motywowanie wewnętrzne, polegające na tym, że pracownik identyfikuje się z celami całej organizacji, wierzy w nie i sam chce dążyć do ich osiągnięcia. Pieniądze są tzw. czynnikiem ograniczającym niezadowolenie. Przykład pielęgniarek i położnych pokazuje jednak wyraźnie, że jeśli podstawowe potrzeby nie zostaną zaspokojone w pierwszej kolejności, rośnie niezadowolenie i wówczas to, co rzeczywiście motywuje wewnętrznie, przestaje mieć znaczenie.

## **Kompetentny pracownik potrzebuje kompetentnego szefa**

W ochronie zdrowia zatrudnieni są pracownicy o najwyższym stopniu kompetencji. Wymagają oni szczególnego sposobu zarządzania, który bywa sporym wyzwaniem. Zgodnie z koncepcją zarządzania sytuacyjnego Kena Blancharda pracownikami można kierować, przyjmując jeden z czterech stylów: dyrektywny, opiekuńczy, wspierający i delegujący. Styl dyrektywny stosuje się, kiedy pracownik ma niskie kompetencje i wysokie zaangażowanie, dotyczy to więc młodych, niedoświadczonych pracowników. Polega na podawaniu wytycznych i prowadzeniu za rękę. Trzeba pamiętać, by nie podciąć skrzydeł wcześniej, nie dając możliwości rozwoju, bo obniży to zaangażowanie.

Drugi sposób kierowania to styl opiekuńczy, stosowany przy wyższych kompetencjach, ale słabnym

zaangażowaniu. Tutaj podstawową rolę zarządzającego jest zaoferowanie wsparcia emocjonalnego, które może polegać na docenianiu pracy i zachęcaniu do dalszych wysiłków. Taka sytuacja dotyczy pielęgniarek, które skarżą się na niewielkie realne możliwości rozwoju zawodowego. Bez doceniania, pochwał ich motywacja zanika.

Trzeci styl, wspierający i czwarty, polegający na delegowaniu zadań, dotyczy pracowników o coraz wyższych kompetencjach i wysokim zaangażowaniu. Do tej grupy można zaliczyć większość doświadczonych lekarzy. Bardzo ważne jest, by ich nie zdemotywować nieumiejętnym zarządzaniem.

### **Nie podcinać skrzydeł**

Jeśli przyjmiemy, że w zespole (nawet tak szeroko pojętym, jak wszyscy lekarze zatrudnieni w placówkach ochrony zdrowia) mamy wysoko wykwalifikowanych pracowników, powinniśmy ograniczyć kontrolę i dać im samodzielność w podejmowaniu decyzji, a jeśli jest to niemożliwe – starać się podtrzymać dialog i nie dopuścić do spadku zaangażowania. Tymczasem zdarzają się sytuacje takie jak praca nad projektem dotyczącym podziału Centrum Onkologii w Gliwicach, gdzie środowiska medyczne miały de facto dwa dni na konsultacje i odebrały to jako lekceważenie ze strony ministerstwa. Projekt został skierowany do konsultacji 29 października, a termin nadsyłania uwag mijał 2 listopada o 10 rano, przy czym dwa pozostałe dni były weekendem i dodatkowo świętem.

Rezygnacją z dialogu była także decyzja Ministerstwa Zdrowia, by nie konsultować propozycji, dotyczących ogólnych warunków umów (OWU). W lipcu 2014 roku zmieniono ustawę, odchodząc od trybu opartego na negocjacjach, dając prymat arbitralnemu ustanawianiu zasad przez ministerstwo. To z kolei nie spodobało się lekarzom rodzinnym z Porozumienia Zielonogórskiego. Innym pomysłem, który zniechęca środowisko do pracy, jest projekt monitorowania poziomu satysfakcji pacjenta za pomocą anonimowej internetowej ankiety oceniającej lekarzy. Taki sposób kontroli budzi wątpliwości lekarzy rodzinnych, ponieważ obawiają się, że po narzędzie to sięgną w większości sfrustrowani pacjenci, których zarzuty są merytorycznie bezzasadne, a zebrane anonimowo dane mogą nie być wiarygodne.

Formą nadmiernej kontroli jest także rozbudowana biurokracja, która nakłada na lekarzy dodatkowe obowiązki, co negatywnie odbija się na relacji z pacjentem i frustruje zarówno jedną, jak i drugą stronę.

Jeśli więc minister na początku swej drogi pokaże (a nie tylko oświadczy), że potrafi słuchać, budować dialog i wyciągać wnioski z uwag, także tych krytycznych, automatycznie zwiększy kredyt zaufania, jakim obdarzyła go część pracowników ochrony zdrowia.

Źródło: „Służba Zdrowia” 12/2015