

UNIwersytet Gdański
Wydział Zarządzania



**Koncepcja kultury organizacyjnej jednostek Państwowego
Ratownictwa Medycznego w warunkach funkcjonowania
systemu ochrony zdrowia w Polsce**

Rozprawa doktorska

mgr Michał Piotr Missan

Opiekun naukowy pracy:

dr hab. Piotr Wróbel, prof. uczelni

Promotor pomocniczy:

dr inż. Dorota Jendza

Sopot 2021

Spis treści

Wstęp	5
I. Teoretyczne podstawy badania kultury organizacyjnej	10
1. Istota zjawiska kultury	10
2. Istota kultury organizacyjnej	15
3. Funkcje i znaczenie kultury organizacyjnej	26
4. Typologie kultury organizacyjnej	33
4.1. Wymiary jako podstawa klasyfikacji kultur organizacyjnych	33
4.2. Typologie kultur organizacyjnych oparte o jeden wymiar	34
4.3. Typologie kultur organizacyjnych oparte o dwa wymiary	46
4.4. Wybór typologii kultury organizacyjnej do badań empirycznych	53
II. Kreowanie kultury organizacyjnej - uwarunkowania i metody	56
1. Przegląd uwarunkowań kultury organizacyjnej	56
2. Strategia perfekcyjna i strategia kreatywna	66
3. Proces kształtowania się i zmiany kultury organizacyjnej	75
3.1. Kształtowanie się kultury organizacyjnej	75
3.2. Zmiana kulturowa – modele i proces	78
3.3. Metody i narzędzia diagnozy kultury	91
3.4. Metody i narzędzia zmiany kultury	93
III. Metodyka badań własnych	96
1. Stan badań nad kulturą organizacyjną w jednostkach medycznych	96
2. Cele badawcze	105
3. Zakres badań	106
4. Metody badawcze	107
IV. Uwarunkowania kultury organizacyjnej jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne	115
1. System ochrony zdrowia w Polsce	115
2. Historia Państwowego Ratownictwa Medycznego	122
3. Organizacja systemu PRM	125

4. Organizacja zespołów ratownictwa medycznego	128
5. Zadania zespołów ratownictwa medycznego	133
6. Oczekiwania organów administracji rządowej/płatnika	142
7. Uwarunkowania społeczne	146
8. Uwarunkowania technologiczne	151
9. Znaczenie zidentyfikowanych uwarunkowań i ich wpływ na kulturę organizacyjną jednostek PRM	153
V. Pożądana a rzeczywista kultura organizacyjna jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne	162
1. Identyfikacja pożądanej kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM	162
2. Identyfikacja rzeczywistej kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM	171
3. Identyfikacja „luki kulturowej”	185
4. Ocena dopasowania rzeczywistej kultury organizacyjnej jednostek PRM do warunków funkcjonowania systemu	195
VI. Koncepcja doskonalenia kultury organizacyjnej jednostek Państwowego Ratownictwa Medycznego	205
1. Wprowadzenie	205
2. Plan zmiany kulturowej	212
2.1. Działania w jednostkach systemu PRM	213
2.2. Działania na poziomie systemu PRM (wspólne dla jednostek systemu)	222
3. Organizacja zmiany kulturowej	229
4. Ocena zaproponowanej koncepcji doskonalenia kultury organizacyjnej jednostek PRM	231
Zakończenie	235
Bibliografia	242
Spis rysunków	258
Spis tabel	260
Spis załączników	263
Załączniki	265

Wstęp

Uzasadnienie wyboru tematu badania

Przez ostatnie kilkanaście lat, począwszy od 2007 roku, w wyniku wejścia w życie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (PRM) nastąpiły bardzo duże zmiany w działaniu dawnego Pogotowia Ratunkowego. Dotyczyły planowania i organizacji systemu, finansowania, reorganizacji uległy jednostki systemu oraz zasady współpracy z innymi podmiotami ratowniczymi. Zapisy ustawy o PRM sankcjonowały również istnienie nowej grupy wśród zawodów medycznych – ratowników medycznych. W ślad za zmianami ustawowymi zmieniła się strategia całego systemu ratownictwa medycznego. Spowodowało to również potrzebę dostosowania kultury organizacyjnej do nowych uwarunkowań jej funkcjonowania. Do tej pory nie był to proces do końca świadomie przeprowadzany zarówno wśród pracowników systemu jak i kierujących jego jednostkami. Świadczą o tym wstępne badania przeprowadzone przez autora - wywiady z szeregiem osób pełniących różne role w systemie ratownictwa medycznego. Wydaje się, że obecnie jest dobry moment na zbadanie kultury organizacyjnej w jednostkach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz ocenę stopnia jej dopasowania do zaistniałych uwarunkowań i strategii. Ważnym stało się pytanie, czy podąża ona za uwarunkowaniami funkcjonowania i strategią systemu PRM oraz czy proces zmian nie wymaga „korekty kursu”? Strategia, bowiem jest czymś pierwotnym w organizacji. Pozostałe elementy zarządzania – w tym kultura – „powinny podążać za strategią”, wspomagając jej realizację. Zatem kultura organizacyjna będzie oceniana przez pryzmat jej dopasowania do wymogów strategii. Strategia zaś wynika z uwarunkowań funkcjonowania organizacji. Może okazać się, że istnieje „luka kulturowa” pomiędzy rzeczywistą kulturą organizacyjną a kulturą wynikającą ze strategii i innych uwarunkowań funkcjonowania systemu. Kultura organizacyjna, w przeciwieństwie do tzw. „twardych”, wymiernych czynników wzrostu, jest ich „miękkim”, jakościowym odpowiednikiem. W dobie standaryzacji techniki, technologii i innych wymiernych aspektów zarządzania, jak wskazuje w swoich publikacjach wielu autorów zajmujących się zarządzaniem (np. Czerska M., Sikorski Cz., Dyla S.), rola kultury organizacyjnej staje się coraz większa i ma istotny wpływ na osiągnięcie sukcesu przez organizację.

Jednocześnie należy pamiętać, że proces zmiany kulturowej jest długotrwały, ze względu na konieczność zmiany postaw ludzi, może trwać nawet kilka lat. Wymaga on nakładów finansowych, zaangażowania i może przynieść niepełne rezultaty. W kontekście zarządzania, kultura organizacyjna ma bardzo duży wpływ na kształtowanie organizacji i jej wartości, może również stymulować zachowania personelu sprzyjające realizacji celów firmy, a co za tym idzie prowadzić do pełnego sukcesu organizacji.

Analiza literatury wskazuje na niewielką liczbę badań na temat kultury organizacyjnej w systemie ochrony zdrowia (przegląd badań w tym zakresie zawarto w pkt. 3.1), co potwierdza trafność wyboru zarówno podmiotu jak i przedmiotu badań. Kultura organizacyjna w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne w Polsce, według wiedzy autora, nie była w ogóle badana. Prowadzone badania krajowe dotyczyły szpitali publicznych i systemu ochrony zdrowia jako całości. Powyżej opisany, ograniczony zasób literatury potwierdza trafność wyboru zarówno podmiotu jak i przedmiotu badań. Bodźcem do obrania tematyki rozprawy doktorskiej są z jednej strony zawodowe doświadczenia i zainteresowania autora obejmujące system Państwowe Ratownictwo Medyczne, z drugiej zaś strony zainteresowania wynikające z wykształcenia w zakresie zarządzania – w szczególności zarządzania podmiotami leczniczymi. Zamierzeniem autora jest nie tylko pogłębienie teorii zarządzania, ale również wyjście naprzeciw praktycznym potrzebom badanej organizacji.

Pytania badawcze

W związku ze zmianami zachodzącymi we wnętrzu i otoczeniu systemu PRM zasadnym wydaje się gruntowne zbadanie kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM i ocena stopnia jej dopasowania do warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce. Zasadnym zatem staje się zadanie poniższych pytań badawczych, które obrazują główne problemy badawcze w dysertacji.

1. W jakim stopniu obecna kultura organizacyjna jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne jest dostosowana do warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce?

2. Które obszary kultury organizacyjnej jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne wymagają zmian w celu lepszego dostosowania do warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce? Jakie to powinny być zmiany?

3. Które narzędzia zmiany kulturowej mogą być skuteczne w warunkach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce? W jaki sposób powinny być wdrażane?

W rozprawie kultura organizacyjna rozumiana jest zgodnie z definicją Cz. Sikorskiego jako system założeń, wartości i norm społecznych, będących stymulatorami tych zachowań członków organizacji, które są istotne z punktu widzenia realizacji formalnie przyjętych celów¹.

Cele badania

Aby odpowiedzieć na powyższe pytania wymagana jest realizacja poniższych celów badawczych.

Cel nr 1 (poznawczy): weryfikacja, w jakim stopniu rzeczywista kultura organizacyjna jednostek systemu PRM jest dostosowana do jej uwarunkowań. Realizacji pierwszego celu głównego podporządkowane są następujące cele szczegółowe:

1.1. Identyfikacja uwarunkowań funkcjonowania jednostek Państwowego Ratownictwa Medycznego.

1.2. Identyfikacja pożądanej kultury organizacyjnej wynikającej z uwarunkowań funkcjonowania jednostek Państwowego Ratownictwa Medycznego.

1.3. Identyfikacja rzeczywistej kultury organizacyjnej jednostek Państwowego Ratownictwa Medycznego.

1.4. Identyfikacja luki kulturowej.

1.5. Ustalenie skutków istniejącej luki kulturowej.

Cel nr 2 (aplikacyjny): stworzenie koncepcji dostosowania kultury organizacyjnej do warunków funkcjonowania jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Temu celowi podporządkowane są następujące cele szczegółowe:

2.1. Opracowanie koncepcji kultury organizacyjnej jednostek Państwowego Ratownictwa Medycznego

2.2. Opracowanie listy narzędzi rekomendowanych do zastosowania w celu dostosowania kultury organizacyjnej jednostek Państwowego Ratownictwa Medycznego do uwarunkowań funkcjonowania sytemu lub wzmocnienia kultury organizacyjnej w przypadku ich zgodności.

¹ Sikorski Cz., *Zachowania ludzi w organizacji*, PWN, Warszawa 1999, s. 235

2.3. Opracowanie koncepcji sposobu wdrażania zmiany kulturowej lub wzmocnienia kultury organizacyjnej w jednostkach Państwowego Ratownictwa Medycznego.

Cel nr 3 (metodyczny): opracowanie metodyki projektowania kultury organizacyjnej dopasowanej do uwarunkowań funkcjonowania jednostek systemu PRM.

Zakres badania

Przedmiotem badań jest kultura organizacyjna i uwarunkowania funkcjonowania **jednostek systemu PRM rozumianych jako zespoły ratownictwa medycznego** funkcjonujące w ramach samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, jednostek budżetowych lub spółek kapitałowych, w których co najmniej 51% udziałów albo akcji należy do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego. Jest to największa część systemu, w Polsce według ostatnich danych funkcjonuje około 1,5 tys. zespołów ratownictwa medycznego. Zakres nie obejmuje więc całego systemu PRM, w szczególności administracyjnych elementów systemu (komórki w urzędach wojewódzkich odpowiedzialne za funkcjonowanie PRM w danym województwie) oraz szpitalnych i lotniczych oddziałów ratunkowych.

Zakres czasowy badania obejmuje okres od stycznia 2018 r. do maja 2020 r. Zakres przestrzenny obejmuje cały kraj.

Przyjęte cele zdecydowały o teoretyczno - empirycznym charakterze rozprawy. W teoretycznej części pracy korzystano z literatury polskiej jak i zagranicznej z zakresu kultury organizacyjnej oraz ratownictwa medycznego. Wykorzystane były również dane statystyczne opublikowane przez Ministerstwo Zdrowia czy Główny Urząd Statystyczny oraz materiały pochodzące z internetu. Dokonano ich analizy, która leżała u podstaw podjęcia dalszych badań w części empirycznej pracy.

Część empiryczna obejmuje badania ilościowe i jakościowe. Badanie ilościowe przeprowadzone zostało przy pomocy kwestionariusza ankiety wypełnianego przez członków zespołów ratownictwa medycznego i poruszało problemy związane z identyfikacją rzeczywistej kultury organizacyjnej jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Warte w tym miejscu podkreślenia jest to, że badanie przeprowadzone było na terenie całego kraju i obejmowało jednostki systemu PRM ze wszystkich województw. W badaniach jakościowych wykorzystano analizę dokumentacji, indywidualne wywiady z kilkoma grupami uczestników systemu PRM

oraz panel ekspertów z udziałem specjalistów w zarządzaniu jednostkami systemu PRM.

Przyjęte cele i przedmiot niniejszej dysertacji dyktują określoną logikę wyводу. Rozprawa doktorska składa się z sześciu rozdziałów, poprzedzonych wstępem i podsumowanych zakończeniem.

Pierwsze dwa rozdziały mają charakter teoretyczny, trzeci – metodyczny, natomiast rozdział czwarty i piąty prezentują wyniki badań empirycznych. Pracę kończy rozdział koncepcyjny.

Pierwszy rozdział opisuje teoretyczne podstawy badania kultury organizacyjnej od istoty zjawiska, poprzez funkcje i znaczenie kultury organizacyjnej, po typologie kultur organizacyjnych.

Kolejny rozdział to opis kształtowania kultury organizacyjnej zawierający przegląd uwarunkowań kultury oraz opis procesu kształtowania się i zmiany kultury organizacyjnej. Rozdział ten zawiera także analizę wymiarów strategii.

Trzeci rozdział to rozdział metodyczny traktujący o stanie badań nad kulturą organizacyjną w jednostkach medycznych opisujący cele i metody badawcze, a także zakres badań empirycznych przeprowadzonych przez autora.

W następnym rozdziale zawarto analizę uwarunkowań funkcjonowania jednostek systemu PRM, w których skład wchodziły: system ochrony zdrowia w Polsce, historia i organizacja systemu PRM, organizacja i zadania zespołów ratownictwa medycznego, oczekiwania organów administracji rządowej/płatnika oraz uwarunkowania społeczne i technologiczne. Opisane zostało także znaczenie zidentyfikowanych uwarunkowań i ich wpływ na kulturę organizacyjną jednostek PRM.

Rozdział piąty zawiera wyniki badań związanych z identyfikacją pożądaną i rzeczywistą kulturę organizacyjną jednostek systemu PRM, a także identyfikacją „luki kulturowej”. Ponadto ocenie podlega dopasowanie rzeczywistej kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM do warunków funkcjonowania systemu.

W szóstym rozdziale zaproponowana została koncepcja doskonalenia kultury organizacyjnej jednostek PRM wraz z planem wdrożenia w jednostkach i na poziomie całego systemu PRM. Przedmiotem rozważań jest także organizacja zmiany kulturowej. Pracę kończy ocena zaproponowanej koncepcji doskonalenia kultury organizacyjnej dokonana przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej oraz ekspertów zarządzających zespołami ratownictwa medycznego.

I. Teoretyczne podstawy badania kultury organizacyjnej

1. Istota zjawiska kultury

Rozważania o kulturze organizacyjnej, która jest kulturą zbiorową, wymagają przeanalizowania terminu kultury samej w sobie. Pojęcie kultura w ogólnym znaczeniu tego wyrazu oznacza specyficzny sposób realizacji i rozwoju działań, który jest zobiektywizowany w wynikach pracy fizycznej i umysłowej. Na początku zajmowały się tym zjawiskiem głównie takie dyscypliny naukowe jak: antropologia (szczególnie kulturalna), socjologia, kulturoznawstwo, psychologia². Z tego powodu istnieje wiele definicji kultury. Encyklopedia PWN opisuje kulturę jako całościowy materiałny i duchowy dorobek ludzkości, gromadzony, utrwalany i wzbogacany w ciągu jej dziejów, przekazywany z pokolenia na pokolenie. W skład tak pojętej kultury wchodzi nie tylko wytwory materialne i instytucje społeczne, ale także zasady współżycia społecznego, sposoby postępowania, wzory, kryteria ocen estetycznych i moralnych przyjęte w danej zbiorowości i wyznaczające obowiązujące zachowania³. Według A. Mesoudi ludzie są gatunkiem kulturowym. Nabywają mnóstwo przekonań, postaw, preferencji, wiedzy, umiejętności, zwyczajów i norm innych członków naszego gatunku, poprzez społeczne procesy uczenia się, takie jak naśladowanie, nauczanie i język. Ta wiedza nabyta dzięki kulturze wpływa na nasze zachowanie w dość fundamentalny sposób⁴. W naukach społecznych kulturą jest wszystko to w społeczeństwie ludzkim, co jest przekazywane raczej społecznie niż biologicznie. Natomiast w języku potocznym przez kulturę rozumie się zwykle tylko sztukę. Termin ogólny określa zaś symboliczne i wyuczone aspekty społeczeństwa ludzkiego⁵. Według J. Strelaua kultura to złożona całość, obejmująca wiedzę, przekonania, sztukę, przepisy prawne i moralne, zwyczaje i obyczaje oraz wszelkie umiejętności i nawyki, które przyswaja sobie człowiek, będąc członkiem społeczeństwa⁶. We współczesnym języku przez kulturę rozumiemy środki używane dla ukierunkowania wyższych funkcji psychicznych występujących u człowieka. Suma tych środków jest wspólnym

² Fobel P., Fobelowa D., *Etyka i kultura w organizacji*, Śląskie Wydawnictwa Naukowe, Wyższa Szkoła Zarządzania i Nauk Społecznych im. ks. Emila Szramka, Tychy 2007, s. 69

³ *Encyklopedia Popularna PWN*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 527

⁴ Mesoudi A., *Cultural Evolution: How Darwinian Theory Can Explain Human Culture and Synthesize the Social Sciences*, University of Chicago Press, Chicago 2011, s. 1

⁵ Tabin M. (red.), *Słownik socjologii i nauk społecznych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004, s. 165

⁶ Strelau, J., *Psychologia temperamentu*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1998, s. 353

dorobkiem ludzi, stanowi system regulacji społecznych przez wytwory społeczeństwa⁷. Warto podkreślić, że kultura jest wyuczona, a nie dziedziczona. Wywodzi się z otoczenia społecznego, a nie z genów. Kulturę należy odróżnić od natury ludzkiej z jednej strony, a od osobowości jednostki z drugiej, chociaż to, gdzie dokładnie przebiega granica między naturą ludzką a kulturą oraz między kulturą a osobowością, jest przedmiotem dyskusji między naukowcami⁸. Wszyscy dostrzegamy wieloznaczność pojęcia kultury. Wieloznaczność jest cechą pojęcia kultury niemal od samych początków jego wprowadzenia do języka humanistyki przez Cyncerona w znaczeniu „*cultura animi*” (uprawa umysłu)⁹. J.G. Herder pisał we wstępie do „*Myśli o filozofii dziejów*”, że nie ma nic bardziej nieokreślonego, niż słowo kultura¹⁰. Fakt ten jest naturalny i zrozumiały, jak twierdzi wielu kulturologów, bowiem wyobrażenia na temat kultury i tworzące się wokół tego pojęcia koncepcje, są o wiele wieków wcześniejsze od wprowadzenia i rozpowszechnienia się samego terminu¹¹. Kultura jest jednym z podstawowych pojęć wielu dyscyplin humanistycznych i społecznych, jednak od wielu dekad utrzymują się trudności ze ścisłym definiowaniem tego terminu; pozostaje on niezmiennie wieloznaczny¹². Wyrazu „kultura” używa się też w znaczeniu kształcenia, uczości, wychowania człowieka. W takim rozumieniu znajdziemy go we wszystkich językach europejskich¹³. Kultura jest opisywana również jako dynamiczny system reguł – jawnych i ukrytych, ustanawianych przez grupy i mających im zapewnić przetrwanie, dotyczących wartości, przekonań, norm i zachowań, podzielanych przez grupę, lecz w różnym stopniu uznawanych przez jej poszczególnych uczestników, przekazywanych z pokolenia na pokolenie, stosunkowo trwałych, lecz mogących się zmieniać z upływem czasu¹⁴, powstaje w procesach swoistego „dopasowywania” otaczającego świata do potrzeb człowieka (zbiorowości) i jednocześnie „dopasowywania” człowieka (zbiorowości) do możliwości i ograniczeń stwarzanych

⁷ Czerwiński M., *Kultura i jej badanie*, Narodowy Zakład Imienia Ossolińskich, Wrocław 1995, s. 20-21

⁸ Spencer-Oatey, H., *What is culture? A compilation of quotations*, GlobalPAD Core Concepts, University of Warwick 2012, s. 6

⁹ Majcherek J.A., *Kultura, osoba, tożsamość. Z zagadnień filozofii i socjologii kultury*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków 2009, s. 17

¹⁰ Herder J.G., *Myśli o filozofii dziejów*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1962, t.1, s. 4

¹¹ Majcherek J.A., op. cit., s. 17

¹² Hausner J., Karwińska A., Purchla J. (red.), *Kultura a rozwój*, Narodowe Centrum Kultury, Warszawa 2013, s. 57

¹³ Fobel P., Fobelowa D., op. cit., s. 71

¹⁴ Matsumoto D., Juang L., *Psychologia międzykulturowa*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004, s. 27

przez otoczenie. Tworzy się w ten sposób sfera pośrednicząca pomiędzy człowiekiem a jego otoczeniem, umożliwiająca mu skuteczne funkcjonowanie¹⁵.

Kultura jest przedmiotem zainteresowania badaczy wielu dziedzin i dyscyplin naukowych, stąd tak duża różnorodność spojrzeń. W celu usystematyzowania spojrzenia na problem kultury warto skorzystać z klasyfikacji A.L. Kroebera i C. Kluckhorna uwzględniającej sześć typów definicji kultury, a właściwie sześć jej różnych ujęć, eksponowanych w definicjach. Są to następujące aspekty: opisowo wyliczający¹⁶, historyczny, normatywny, psychologiczny, strukturalny i genetyczny. Kulturoznawcy tę próbę klasyfikacji uważają za pożyteczny zabieg zmierzający do usystematyzowania pojęć kultura¹⁷.

Tabela 1.1. Definicje kultury

Typ definicji	Autorzy	Opis
<i>Opisowo-wyliczająca (przedmiotowa)</i>	E. B. Tylor, R. Benedict, B. Malinowski, S. Pufendorf	Kultura jako zbiór przedmiotów, a definicja sprowadza się do wyliczenia jej części składowych np. język, wierzenia, obrzędy, zwyczaje budowlane, teksty literackie itp.
<i>Historyczna</i>	S. Czarnowski	Kultura jako przekaz minionych doświadczeń kolejnym pokoleniom; nacisk na tradycję, dorobek, dziedziczenie.
<i>Normatywna</i>	A. L. Kroeber, T. Parsons	Kultura jako zespół norm obowiązujących w danej społeczności, warunkujących ich trwanie; nacisk na podporządkowanie się normom, wzorom, wartościom i modelom.
<i>Psychologiczna</i>	S. Ossowski, J. G. Herder	Skupienie na psychicznych mechanizmach kultury; analiza mechanizmów uczenia się, formowania nawyków kulturowych, internalizacji norm obowiązujących w danej społeczności i wartości przez tę zbiorowość uznawanych oraz wpływ kultury na kształtowanie osobowości jednostek.

¹⁵ Siciński A., *Styl życia, kultura, wybór*, Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 2002, s. 25

¹⁶ W literaturze można również spotkać się z nazwą „przedmiotowy”

¹⁷ Majcherek J.A., op. cit., s. 18

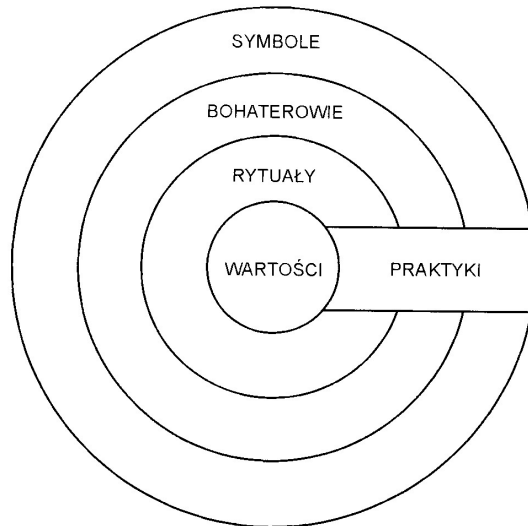
<i>Strukturalna</i>	C. Levi-Strauss	Kultura jako struktura z jej elementami oraz wewnętrznymi powiązaniem; są cztery kategorie elementów kultury: materialno-techniczne, społeczne, ideologiczne i psychiczne; w tym typie nie bada się kultury w ogóle, jedynie strukturę konkretnych kultur.
<i>Genetyczna</i>	A. L. Rodziński, R. Ingarden	Definicje genetyczne kultury, największy nacisk kładziony jest na wyjaśnienie pochodzenia kultury; opisywany jest wewnętrzny rozwój kultury i kultura wyłaniająca się z natury.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Filipiak M., Socjologia kultury zarys zagadnień, UMCS, Lublin, 1996 s. 14-20

Definicja opisowo-wyliczająca (przedmiotowa) wydaje się być niepełna - wymienia tylko części składowe kultury. Podobnie historyczna, ponieważ opisuje kulturę jedynie jako dziedziczenie jej elementów przez kolejne pokolenia. W podejściu psychologicznym mamy do czynienia z ograniczeniem do samego opisu „nabywania” kultury przez daną społeczność. Definicja strukturalna sprowadza się jedynie do opisu elementów wewnętrznych i ich powiązań w danej kulturze. Genetyczna zaś ogranicza się do wyjaśnienia pochodzenia danej kultury. Wszystkie wyżej wymienione nie opisują jednak kompletu elementów, które są istotne ze względu na problematykę poruszaną w niniejszej dysertacji – brakuje w nich celu danej kultury. Po analizie podejść zawartych w tabeli najbardziej trafnym wydaje się być podejście normatywne. Wynika to z jej kompleksowego spojrzenia, które może być traktowane jako punkt wyjścia do dyskusji na temat genezy kultury organizacyjnej. Jest w niej ujęty cel w postaci trwania (w przypadku kultury organizacyjnej będzie to sukces firmy w postaci przetrwania na rynku), a także podporządkowanie się normom, wzorom, wartościom i modelom (wszystkie poziomy warunkujące kulturę organizacyjną). Niemniej jednak istnieje w literaturze opis kultury bardzo często stojący u podstaw rozważań o kulturze organizacyjnej. Kultura zwyczajowo jest określana jako zaprogramowanie naszego umysłu. (...) W większości języków zachodnich kultura jest utożsamiana z cywilizacją lub pewnym wyrafinowaniem intelektualnym, którego przejawem są między innymi wykształcenie, sztuka i literatura. Jest to kultura w bardzo wąskim znaczeniu. Pojęcie

kultury jako zaprogramowania umysłu bliskie jest szerszemu pojęciu, używanemu przez socjologów, zwłaszcza antropologów¹⁸. Kulturę można także zobrazować graficznie - rys.1.1.

Rys. 1.1. "Diagram cebuli"- przejawy kultury na różnych poziomach głębokości



Źródło: Hofstede G., Hofstede G.J., Minkov M., Kultury i organizacje. Zaprogramowanie umysłu, PWE, Warszawa 2011, s. 23

Najbardziej widoczną warstwą kultury są symbole, w których skład wchodzi gesty, przedmioty, obrazy, słowa, będące zrozumiałe tylko dla członków danej kultury. Znajdują się tutaj między innymi: ubiór, slang, język, znak firmowy, fryzura czy też oznaki statutu. Symbole podlegają zmianom – stare ustępują miejsca nowym lub inne są przejmowane z innej kultury.

Bohaterowie są wzorcami do naśladowania, posiadającymi cechy cenione w danej kulturze. Mogą być postaciami rzeczywistymi lub fikcyjnymi, teraźniejszymi lub z przeszłości. W Polsce dobrym przykładem takiej postaci sprzed lat mógłby być Janosik, zaś w Stanach Zjednoczonych np. Batman. Ten element może być również przykładem potwierdzającym istnienie, opisanym przez G. Hofstede, kultur narodowych.

¹⁸ Hofstede G., Hofstede G.J., Minkov M., *Kultury i Organizacje. Zaprogramowanie umysłu*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2011, s. 21

Rytuály są zbiorowymi działaniami, które wydają się dość błahe, ale oceniane przez daną grup społeczną jako niezbędne. Są to: sposoby powita, rznego rodzaju ceremonie czy obchody uroczystości. W spotkaniach bardziej oficjalnych mogą służyć zaprezentowaniu jakiejś postawy lub zintegrowaniu grupy.

Praktyki są elementem integrującym powyższe warstwy, są widoczne dla obserwatora z zewnątrz, ale jeśli nie jest on członkiem danej grupy, to nie będą one dla niego do końca zrozumiałe. W pełni czytelne są tylko dla członków danej kultury.

Jądro kultury stanowi wartości, opisywane jako wskazówki dla dokonywania określonego wyboru. Wartości to wektory uczuć ze znakiem dodatnim lub ujemnym, np.¹⁹:

- dobry – zły,
- czysty – brudny,
- piękny – brzydki,
- naturalny – sztuczny,
- normalny – nienormalny,
- logiczny – paradoksalny,
- racjonalny – irracjonalny.

2. Istota kultury organizacyjnej

Wśród kultur, według G. Hofstede, holenderskiego socjologa, który zasyn jako badacz zależności między kultur organizacyjną a kultur narodową, można wymieniu²⁰:

- kultury narodowe,
- kultury grup regionalnych, etnicznych, religijnych lub językowych,
- kultury równych płci,
- kultury pokoleniowe rwnice dziadków od rodziców i rodziców od dzieci,
- kultury zawodów,
- kultury organizacyjne.

Dalsze rozwazania poświęcone bd juz tylko tej ostatniej z wyżej wymienionych - kulturze organizacyjnej. M. Czerska twierdzi, że kultura jest uznawana za immanentną cze organizacji, taką samą, jak np. technika, finanse, informacja. Pozostaje tez z nimi

¹⁹ Hofstede G., Hofstede G.J., Minkov M., op. cit., s.24

²⁰ Tamże, s. 25

we wzajemnym uzależnieniu²¹. Kultura w organizacji jest niewidzialnym zasobem stanowiącym element jej potencjału konkurencyjnego²². Kultura i jej dominanty, rozmaicie kształtowane w procesach dziejowych przemian, tworzą różne, współczesne konotacje. I tak na przykład w ostatnich latach, przy dynamicznym rozwoju w Polsce kierunków menedżerskich, wzrosło zainteresowanie właśnie „kulturą organizacji”²³. Kultura organizacyjna w przeciwieństwie do tzw. „twardych”, wymiernych czynników wzrostu, jest ich „miękkim”, jakościowym odpowiednikiem. W dobie standaryzacji techniki, technologii i innych wymiernych aspektów zarządzania rola kultury organizacyjnej staje się coraz większa i ma duży wpływ na osiągnięcie sukcesu przez firmę. W kręgu zainteresowań badaczy kultura organizacyjna znalazła się w latach osiemdziesiątych ubiegłego stulecia. Zainteresowanie to wynikało z sukcesów gospodarczych Japonii na przełomie lat 70-tych i 80-tych XX wieku – wtedy właśnie dostrzeżono, że kultura organizacyjna musi być ważnym aspektem zarządzania. Kiedy zawiodło modelowanie matematyczne i statystyczne zwrócono uwagę na aspekty jakościowe zarządzania. Zjawiskiem takim była właśnie kultura organizacyjna. W obliczu kryzysu tradycyjnych metod zarządzania dawała ona spójny i wspólny dla wszystkich pracowników system norm i wartości. Prawdopodobnie wpływ miały także przyczyny społeczne, wśród których wymieniane jest zainteresowanie społeczeństwa, w latach 80-tych ubiegłego wieku, symbolizmem i mitologią. Pojawiło się powszechne przeświadczenie, iż specyficzna, unikatowa kultura jest odpowiedzią i szukanym antidotum na problemy pojawiające się w firmie²⁴. Własna kultura jest dla organizacji oczywistością i dopiero porównanie jej z innymi pozwala na uświadomienie sobie występujących różnic²⁵. Kultura organizacyjna może być podstawą rozkwitu organizacji lub źródłem jej największych trudności. Może stać na drodze do efektywnego realizowania celów, a nawet przyczynić się do rozpadu więzi wewnątrz firmy i z jej klientami²⁶. Jednak organizacja nie istnieje bez kultury, tak jak człowiek nie istnieje bez osobowości. Jak zauważa S. Dyla z zespołem to kultura wpływa na wyniki organizacji,

²¹ Czerska M., *Organizacja przedsiębiorstw. Część II. Metodologia zmian organizacyjnych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1996, s. 151

²² Kuc B. R., Moczyłowska J. M., *Zachowania organizacyjne*, Difin, Warszawa 2009, s.357

²³ Majcherek J.A., op. cit., s. 21

²⁴ Czerska M., *Miana kulturowa w organizacji. Wyzwanie dla współczesnego menedżera*, Difin, Warszawa 2003, s. 11

²⁵ Simpson D., *Modele analizowania różnorodności kulturowej w biznesie międzynarodowym*, Wyzwania gospodarki globalnej Prace i Materiały Instytutu Handlu Zagranicznego Uniwersytetu Gdańskiego, nr 31, Gdańsk 2012, s. 587

²⁶ Sasin M., *Kształtowanie kultury organizacyjnej*, „Personel i zarządzanie”, maj 2015 nr 5, s. 36

ale przede wszystkim determinuje konkretne zachowania jej członków²⁷. Wielu autorów podkreśla, że kultura organizacyjna jest niepowtarzalna, buduje tożsamość i wizerunek firmy, wymaga dużego zaangażowania by ją zmienić, a jednocześnie scala i pozwala na zachowanie ciągłości organizacji. Jedno jest niezaprzeczalne – z pewnością kultura organizacyjna istnieje. Przegląd definicji kultury organizacyjnej został zaprezentowany w tabeli 1.2.

Tabela 1.2. Definicje kultury organizacyjnej

Autor	Kultura organizacyjna
<i>E.H. Schein</i>	Zespół odkrytych, ustanowionych i rozwiniętych przez grupę reguł postępowania przy rozwiązywaniu problemów zewnętrznego dostosowania się i wewnętrznej integracji, na tyle niezawodnych, że dla wszystkich nowych członków stanowią wyznacznik właściwego sposobu postrzegania, myślenia i odczuwania w relacji ze wspomnianymi problemami.
<i>G. Hofstede</i>	Podzielany przez wszystkich członków organizacji wspólny sposób myślenia, odczuwania i zachowania.
<i>E. Jacques</i>	Zwyczajowy, tradycyjny sposób myślenia i działania, który muszą poznać nowi członkowie, przynajmniej częściowo go zaakceptować, jeśli sami chcą być zaakceptowani jako pracownicy. Sposób myślenia i działania wynika częściowo ze wspólnych poglądów, wartości, norm – od typowego ubioru do przestrzegania obecności na zebraniach.
<i>R. Deshpande, R. Parasurman</i>	Polega na niepisanych, postrzeganych często podświadomie zasadach, które wypełniają lukę między tym, co niepisane, a tym, co się dzieje w rzeczywistości. Dotyczy wspólnych poglądów, ideologii, wartości, przekonań, oczekiwań i norm.
<i>H. Schenplein</i>	Wszelkie pojęcia, wartości, normy i przekonania, które są w firmie akceptowane i przestrzegane przez wszystkich lub przez większość. Działają one jako system, tzn. że elementy oddziałują na siebie wzajemnie i są od siebie zależne. Kultura jest jednym z centralnych czynników pozwalających firmie przetrwać.
<i>M. Frank, J. Brownell</i>	Współistnienie myślącego członka organizacji i postępującego w sposób akceptowany i zrozumiały dla innych oraz czynników, dzięki którym owo myślenie i postępowanie jest wyzwalone i przekazywane.
<i>L.J. Mullins</i>	Zespół wartości, tradycji, dążeń, przekonań, postaw, które są istotą wszystkiego, co się robi i o czym się myśli w organizacji. Jest ona zasilana przez system obrzędów, rytuałów, wzorców komunikowania się, nieformalnych struktur.
<i>K. Konecki</i>	Podzielane zbiorowo w danej organizacji i głoszone systemy wartości, potoczne i często nieuświadomione założenia oraz związane z nimi obowiązujące członków danej organizacji reguły działania, a także cała sfera

²⁷ Dyla S., Szeptuch A., Zwolińska D., *Badanie procesowych, kulturowych i strukturalnych uwarunkowań zarządzania strategicznego w organizacjach*, Zarządzanie i Finanse, R. 11, nr 1, cz. 1, Wydawnictwo Wydziału Zarządzania, Uniwersytet Gdańsk, Gdańsk 2013, s.149

	symboliczna funkcjonowania organizacji, język organizacyjny, ideologie, mity, przekonania, systemy wiedzy, rytuały, które występują w danej organizacji.
M. Czerska	Zwyczajowy sposób myślenia, odczuwania i działania – podzielany, przyswajany i asymilowany przez pracowników.
Cz. Sikorski	System założeń, wartości i norm społecznych, będących stymulatorami tych zachowań członków organizacji, które są istotne z punktu widzenia realizacji formalnie przyjętych celów.
D. Rośca M. Sirbu C. Rośca	Zbiór tradycji, wartości, procedur, koncepcji i postaw, które tworzą kontekst działalności w organizacji.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Schein E.H., Organisational culture and leadership, Third Edition, Jossey-Bass, San Francisco 2004, s. 17; Hofstede G., Kultura i organizacje. Zaprogramowanie umysłu, PWE, Warszawa 2011, s. 47; Zbiegień-Maciąg L., Kultura w organizacji. Identyfikacja kultur znanych firm, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1999, s.15-16; Czerska M., Zmiana kulturowa w organizacji. Wyzwanie dla współczesnego menedżera, Difin, Warszawa 2003, s. 11; Sikorski Cz., Zachowania ludzi w organizacji, PWN, Warszawa 1999, s. 235; Rośca D., Sirbu M., Rośca C., The organizational culture and the factors of its formation, "Economic Science Series" Annals of the University of Oradea 2008, Vol. 17, Issue , s. 559.

Analizując definicje przytoczone w tabeli 1.2. można podzielić je na dwie grupy. Pierwsza z nich ma charakter opisowo-wyliczający, tzn. opisuje i wymienia części składowe kultury organizacyjnej. Zaliczają się do niej wszystkie wymienione definicje, oprócz definicji E. H. Scheina, H. Schenpleina i Cz. Sikorskiego. Z kolei te trzy można zaliczyć do drugiej grupy definicji, które oprócz części składowych opisują cel, który jest możliwy do osiągnięcia dzięki kulturze organizacyjnej. E. H. Schein pisze o uczeniu się rozwiązywania problemów adaptacji do środowiska, integracji wewnętrznej i dostosowaniu nowych członków organizacji, H. Schenplein o tym, że kultura jest jednym z centralnych czynników pozwalających firmie przetrwać, zaś Cz. Sikorski o tym, że kultura organizacyjna służy realizacji formalnie przyjętych celów. Najbardziej trafną i wyczerpującą na potrzeby niniejszej pracy zdaje się być definicja Cz. Sikorskiego, ponieważ obejmuje nie tylko składowe kultury organizacyjnej, ale także strategię (realizacja formalnie przyjętych celów). Pojęcie to eksponowały brytyjskie i amerykańskie prace (...) na temat zarządzania. Ich autorzy starali się wyjaśnić albo trudności gospodarki zachodniej w zwalczaniu recesji ekonomicznej, albo wyzwanie ze strony Japończyków, a niekiedy obie te kwestie²⁸. Kultury organizacyjne, nazywane też **korporacyjnymi**, stały się modnym tematem na początku lat osiemdziesiątych XX wieku. W literaturze poświęconej tematyce zarządzania zaczęto wówczas

²⁸ Tabin M. (red.), *Słownik socjologii ...*, op. cit., s. 166

popularyzować pogląd, że „doskonałość” organizacji tkwi w podzielanym przez wszystkich jej członków, wspólnym sposobie myślenia, odczuwania i zachowania.

Warto podkreślić, że istnieją dwie grupy badaczy: jedni twierdzą, że organizacja jest kulturą i nazywają ją **kulturą organizacyjną** (np. G. Hofstede, Cz. Sikorski, B. Kozyra), drudzy zaś uważają, że kultura istnieje w organizacji i określają ją **kulturą organizacji** (np. M. Czerska, M. Kostera, L. Zbiegień-Maciąg). W literaturze oba te terminy stosowane są zamiennie, jednakże częściej używanym wydaje się być pierwsze sformułowanie, które stosowane jest także przez autora definicji wybranej na potrzeby niniejszej pracy (Cz. Sikorski). Taka koncepcja znajduje również odzwierciedlenie w Słowniku socjologii i nauk społecznych, w którym ujęto właśnie definicję kultury organizacyjnej, a nie organizacji, jako wartości, normy i wzory działania swoiste dla organizacji formalnej²⁹. Definicje kultury organizacyjnej różnią się w zależności od tego, czy dotyczą sposobu działania, czy sposobu myślenia³⁰. Kultura korporacyjna jest „miękką” holistyczną koncepcją³¹. Kultura organizacyjna może być interpretowana w trzech perspektywach³²:

- jako zmienna niezależna - skutek wpływu otoczenia na organizację, której charakter jest determinowany przez narodowe style zarządzania,
- jako zmienna wewnętrzna organizacji, powstająca jako efekt działania organizacji - jest dla niej swoista i w tym ujęciu organizacje mogą kulturę organizacyjną kształtować i nią zarządzać,
- jako metafora rdzenna - kultura jest tu utożsamiana z samą organizacją, która rozumiana jest przede wszystkim jako działania symboliczne, formy ludzkiej ekspresji i twórczości, przedsięwzięcia poznawcze albo przejawy głębokich struktur umysłu ludzkiego lub społeczności; organizacje gospodarcze przestają być przede wszystkim przedsięwzięciami ekonomicznymi, lecz akcentowane są inne - psychologiczne, społeczne i symboliczne aspekty ich istnienia.

Instrumentalne podejście do kultury organizacyjnej powoduje, że jest ona często definiowana jako utrwalony sposób wykonywania zadań (...) To podejście bardzo silnie wiąże kulturę organizacyjną ze strategią i akcentuje rynkowy wymiar tej zależności.

²⁹ Marshall G. (red.) Słownik socjologii i nauk społecznych PWN Warszawa, 2010, s. 166

³⁰ Sikorski. Cz., *Kultura organizacyjna*, CH Beck, 2006, s. 2

³¹ Hofstede G., Hofstede G.J., Minkov M., op. cit., s. 61

³² Szeptuch A., *Pomiar kultury organizacyjnej w organizacjach ochrony zdrowia*, „e-mentor” nr 3 (65)/2016, [dostęp: 6 sierpnia 2016]

[<http://www.e-mentor.edu.pl/artykul/index/numer/65/id/1247>]

Oznacza to, że kultura ma swą wartość i może stanowić ważny regulator uzupełniający procedury obowiązujące w firmie³³. Kultura może również wpływać na wydajność poprzez osadzanie wspólnych wartości, przekonań i norm w organizacji, co z kolei pomaga kształtować sposoby interakcji członków organizacji. Określone wartości kulturowe mogą w mniejszym lub większym stopniu sprzyjać np: efektywnemu podejmowaniu decyzji, raportowaniu, reagowaniu i uczeniu się na błędach, pracy zespołowej oraz synergii między poszczególnymi komórkami organizacyjnymi i kreatywności³⁴. Kultura organizacji zawiera wspólne przekonania, postawy, założenia i oczekiwania kierujące zachowaniami w przypadku braku prawa lub jasnych instrukcji³⁵.

Według E.H. Scheina kultura organizacyjna składa się z trzech poziomów: artefaktów, norm i wartości oraz założeń. Poszczególne poziomy zostały wyodrębnione ze względu na ich trwałość i widoczność³⁶. Najmniej trwałe, a przez to najłatwiejsze do skorygowania, a jednocześnie najbardziej widoczne są artefakty, wśród których można wyróżnić:

- artefakty fizyczne – namacalne elementy danej kultury, np. obrazy, wystrój wnętrza, kolor ścian – środowisko w jakim pracują ludzie,
- artefakty językowe – język jaki obowiązuje w danej kulturze, np. żargon używany przez jej uczestników, mity i legendy odwołujące się do przeszłości organizacji,
- artefakty behawioralne – schematy zachowań obowiązujące w danej kulturze, np. ceremonie, rytuały i zwyczaje.

Kolejnym poziomem są normy i wartości, które odróżnia od artefaktów mniejsza widoczność i większa trwałość. Zaliczamy do nich normy i wartości deklarowane oraz przestrzegane. Pierwsze są zwykle sformalizowane, to znaczy, że są opisane w różnego rodzaju procedurach czy kodeksach. Drugie zaś to normy i wartości w sposób rzeczywisty przejawiane przez uczestników organizacji. U podstaw każdej kultury organizacyjnej leżą założenia, będące punktem wyjścia dla pozostałych poziomów. Są niewidoczne i najtrudniejsze do wykorzenia, ale jednocześnie niekwestionowane. Wynikają one najczęściej z: natury człowieka, relacji międzyludzkich, samej organizacji, natury otoczenia, relacji organizacji z otoczeniem. Podstawowe założenia,

³³ Aniszewska G. (red.), *Kultura organizacyjna w zarządzaniu*, PWE, Warszawa 2007, s. 14-15

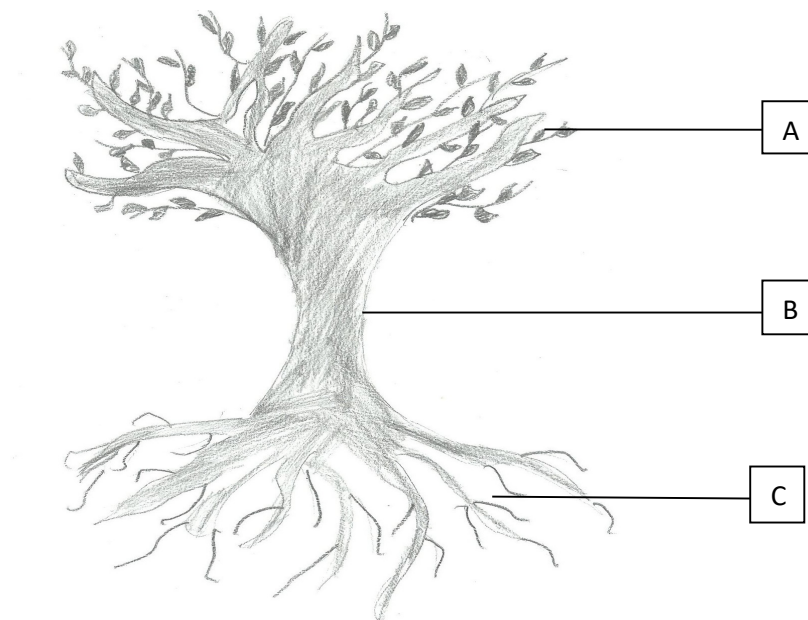
³⁴ Jacobs, R., Mannion R., Davies H.T.O., Harrison S., Konteh F., Walshe K., *The relationship between organizational culture and performance in acute hospitals*, *Social Science & Medicine* 76, 2013, s. 116

³⁵ Ahmady G.A., Nikooravesh A., Mehrpour M., *Effect of organizational culture on knowledge management based on Denison model*, *Procedia - Social and Behavioral Sciences* Vol. 230, 2016, s. 388

³⁶ Nogalski B. (red.), *Kultura organizacyjna duch organizacji*, TNOiK, Bydgoszcz 1998, s. 108

posługując się metaforą, są korzeniami, którymi organizacja pobiera siłę z wartości i zachowań jej twórców³⁷. Przekładając to na formę graficzną kulturę organizacyjną można przedstawić jako drzewo – rys. 1.2.

Rys. 1.2. Model kultury organizacyjnej - „Drzewo kulturowe”



A – artefakty - najmniej utrwalony i najbardziej widoczny poziom kultury organizacyjnej, oparty na języku, zachowaniu i materii np. ubiór czy budynki (konary),

B – normy i wartości - poziom kultury organizacyjnej oparty na wartościach i normach obowiązujących wśród członków organizacji, rozwinięcie w formie kodeksu postępowania (pień),

C – podstawowe założenia - najbardziej utrwalony i najmniej widoczny poziom kultury organizacyjnej, oparty na założeniach światopoglądowych jej członków, podstawy dla kultury organizacyjnej (korzeń).

Źródło: opracowanie własne

Aby zrozumieć istotę kultury organizacyjnej można się posłużyć porównaniem kultury do tworów natury. Analizując powyższy rysunek możemy dojść do wniosku, że najtrudniej jest zauważyć i zmienić korzenie, później pień, a na końcu konary, które są najbardziej widoczne i najłatwiejsze do zmodyfikowania. Dzięki swoim właściwościom, które są odzwierciedleniem kultury pojedynczego człowieka, ale także natury, kultura organizacyjna jest bardzo skutecznym i popularnym narzędziem zarządzania przedsiębiorstwem. I to właśnie zjawiska znajdujące swoje odzwierciedlenie w naturze, czy też w swoich założeniach będące kopią wytworów

³⁷ Nogalski B. (red.), *Kultura ...*, op. cit., s. 111

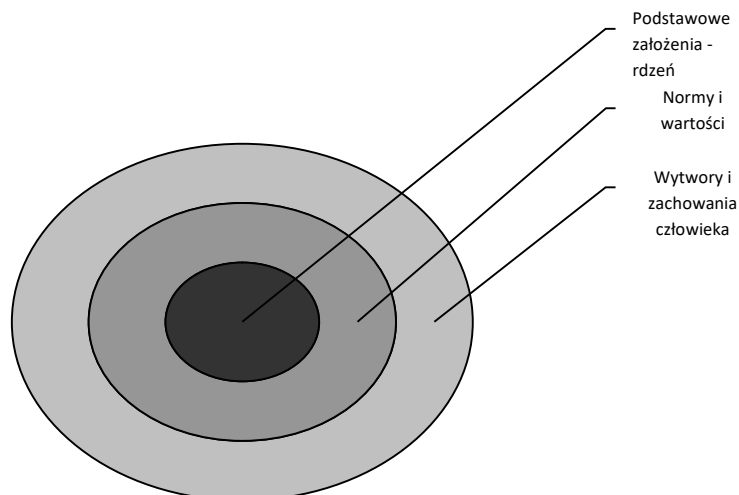
natury, są najskuteczniejsze. Zaproponowana przez autora niniejszych rozważań forma graficzna, nawiązująca do wyżej opisanych zależności wydaje się być także czytelniejsza (wręcz intuicyjna) i łatwiejsza dla zrozumienia zależności między poziomem kultury organizacyjnej, a możliwościami kształtowania danego poziomu, od modelu kultury organizacyjnej zaprezentowanego przez E.H. Scheina (niekiedy przedstawiany przez metaforę góry lodowej) – rys. 1.3., czy też modelu kultury według Trompenaarsa i Hampden- Turnera – rys. 1.4.

Rys. 1.3. Model kultury organizacyjnej E.H. Scheina



Źródło: Koźmiński A.K., Jemielniak D., *Zarządzanie od podstaw, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2008, s. 298*

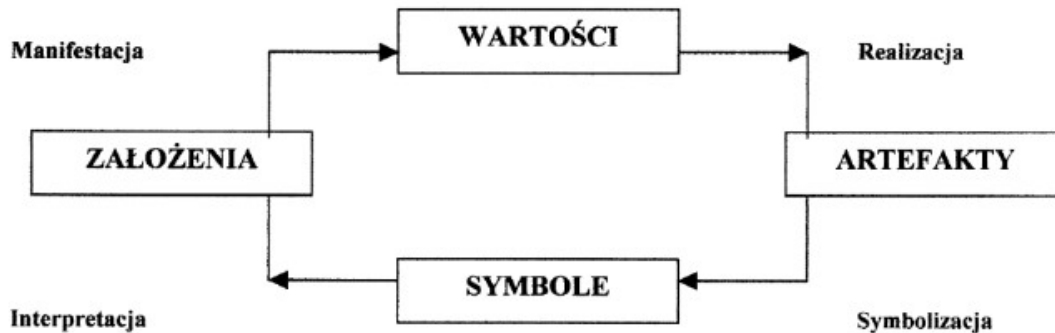
Rys. 1.4. Model kultury organizacyjnej Trompenaarsa i Hampden - Turnera



Źródło: Trompenaars F., Hampden-Turner Ch., *Siedem wymiarów kultury, Oficyna Ekonomiczna, Kraków, 2002, s. 37*

Podobnie jest przy porównaniu „drzewa kulturowego” z modelem dynamiki kulturowej zaproponowanym przez M.J. Hatch – rys. 1.5., który wymienia i porządkuje składniki kultury, ale także pokazuje, że kultura jest zjawiskiem dynamicznym, które zmienia się w czasie, a relacje między elementami kultury są istotne.

Rys. 1.5. Model dynamiki kulturowej M.J. Hatch



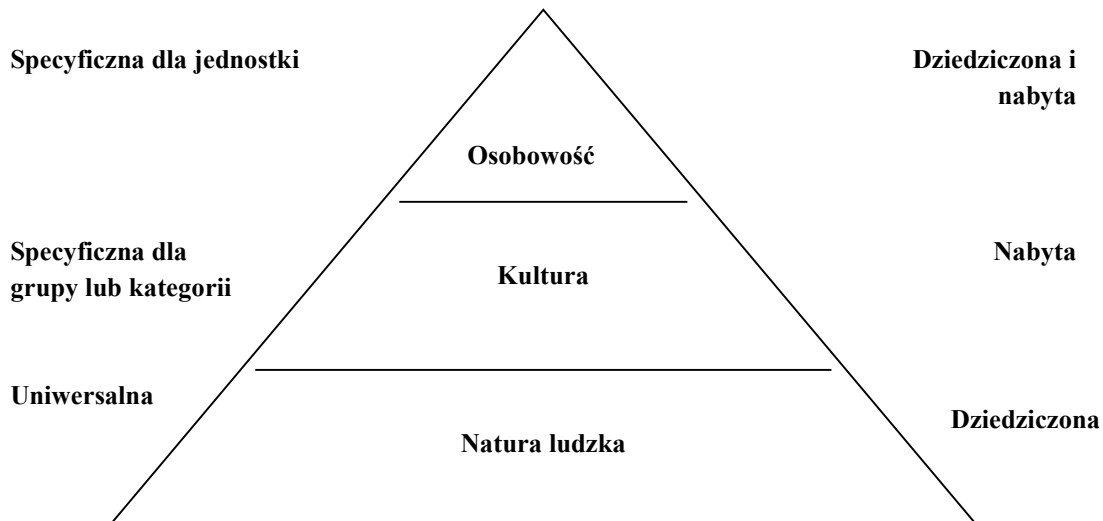
Źródło: Hatch M.J., *Teoria organizacji*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002, s. 355

Wytwory i zachowania człowieka to jedyna widoczna warstwa, pozostałe – normy i wartości oraz podstawowe założenia są niewidoczne i jednocześnie najtrudniejsze do zmienienia. Najwęźszą w rozumieniu jest kultura pojedynczego człowieka, którą G. Hofstede nazwał zaprogramowaniem umysłu³⁸ i podzielił na trzy poziomy: natura ludzka – uniwersalna, jest dziedziczona, kultura – specyficzna dla grup i kategorii, jest nabyta oraz osobowość – specyficzna dla jednostki, jest dziedziczona i nabyta. Poziomy ludzkiego zaprogramowania umysłu przedstawia rys. 1.6. Na szczycie znajduje się osobowość, która jest zbiorem wyjątkowych cech specyficznych tylko dla niej. Częściowo dziedziczymy ją wraz z genami, częściowo zaś jest nabyta – w znaczeniu: ukształtowana przez wpływ kolektywnego zaprogramowania (kultury) i przez nasze własne wyjątkowe doświadczenia³⁹. Kolejna jest kultura, będąca specyficzną dla grupy lub kategorii. W całości jest ona nabyta w wyżej opisanym rozumieniu. Na samym dole

³⁸ Hofstede G., Hofstede G.J., Minkov M., op. cit., s. 16

³⁹ Tamże, s. 22

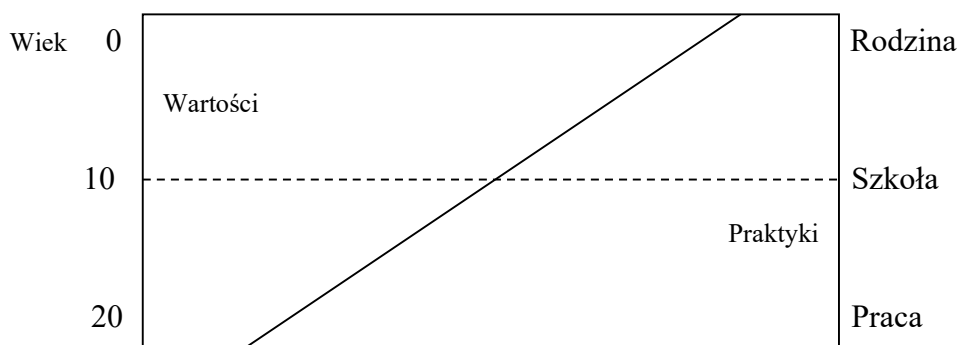
Rys. 1.6. Poziomy ludzkiego zaprogramowania umysłu



Źródło: Hofstede G., Hofstede G.J., Minkov M., *Kultury i Organizacje. Zaprogramowanie umysłu*, PWE, Warszawa 2011, s. 22

rysunku mamy umieszczoną naturę ludzką, która jest uniwersalna dla wszystkich jednostek i dziedziczona wraz z genami. Zachowania człowieka zaś według G. Hofstede zależą w dużym stopniu od wartości wyuczonych w dzieciństwie i praktyk nabytych w późniejszym okresie, zaś uczenie się wartości i praktyk obrazuje rys. 1.7. Człowiek rodzi się nieprzystosowany do życia, dopiero w rodzinie i szkole, do około 10 roku życia, uczy się przede wszystkim podstawowych wartości. W wieku starszym, na dalszym etapie szkolnym i w pracy, człowiek zaczyna się skupiać na praktykach.

Rys. 1.7. Uczenie się wartości i praktyk



Źródło: Hofstede G., Hofstede G.J., Minkov M., *Kultury i Organizacje. Zaprogramowanie umysłu*, PWE, Warszawa 2011, s. 25

Według literatury przedmiotu kultura organizacyjna charakteryzuje się **siłą**, świadczyć może o niej nieformalna kontrola wewnętrzna przeprowadzana przez starszych członków organizacji. W literaturze kontrola ta nosi nazwę kontroli klanowej. Polega ona tym, że w stosunku do tych członków organizacji, którzy postępują niezgodnie z przyjętymi wartościami i normami stosowane są sankcje, jakimi dysponują uczestnicy organizacji, np. niezyczliwość, brak pochwał, a wręcz strofowanie. Miernikami siły kultury organizacyjnej są: wyrazistość wzorów kulturowych, stopień upowszechnienia czy głębokość zakorzenienia. Według G. Aniszewskiej⁴⁰:

- wyrazista kultura oznacza, że dla pracowników jest jasne, jakie zachowania są pożądane w organizacji, a jakie nie, jakie standardy ich obowiązują. Zwykle firmy dbają o przypomnienie tego przez symbole i rytuały. Na przykład organizowanie konkursu na najlepszego sprzedawcę miesiąca pokazuje, że firmie zależy nie tylko na ciągłym rozwijaniu sprzedaży, ale też na utrzymaniu ducha rywalizacji,
- stopień upowszechnienia, czyli skala, w jakiej kultura jest znana i podzielana przez pracowników. Może się okazać, że znajomość norm kończy się na kierownictwie najwyższego szczebla, a reszta pracowników działa jak chce lub jak jej się wydaje, bo po prostu nikt nigdy im jasno nie powiedział, czego się od nich oczekuje,
- głębokość zakorzenienia – ta cecha odnosi się do stopnia zastosowania norm i wartości w codziennym działaniu. Jest to też miara różnic między deklaracjami a rzeczywistością.

Ten sam problem trochę inaczej ujmują A.K. Koźmiński i D. Jemielniak⁴¹. Uważają oni, że czynnikami mającymi wpływ na siłę kultury organizacyjnej są: oryginalność kultury organizacyjnej, rygoryzm w jej przestrzeganiu i liczebność organizacji. E. Masłyk-Musiał⁴² pisze, że zbudowanie przez organizację silnej kultury organizacyjnej sprzyja wzrostowi efektywności oraz osiągnięciu przewagi konkurencyjnej na rynku, na którym przedsiębiorstwo działa. Zatem, dążąc do osiągnięcia sukcesu, przedsiębiorstwa dążą do stworzenia silnej proefektywnościowej kultury organizacyjnej. Jednocześnie trzeba pamiętać o tym, że silna kultura

⁴⁰ Aniszewska G. (red.), *Kultura organizacyjna ...*, op. cit., s. 23

⁴¹ Koźmiński A.K., Jemielniak D., *Zarządzanie od podstaw*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2008, s. 284

⁴² Masłyk – Musiał E., *Spółczesność i organizacje: socjologia organizacji i zarządzania*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 1999, s. 122

organizacyjna może utrudniać zmiany, podczas gdy słabsze kultury pozostawiają miejsce na indywidualną inicjatywę, kreatywność, argumentację, czyli umożliwiają zorientowaną na cele samorealizację jednostki⁴³. Ta uwaga może mieć kluczowe znaczenie w dynamicznym otoczeniu, w którym egzystują organizacje.

Należy przyjąć, że kultura z definicji jest nieuchwytna, niewymierna, domyślna i traktowana jako dana. Jednakże każda organizacja rozwija własny fundamentalny zbiór założeń, domniemań i niewypowiedzianych zasad, które rządzą codziennym zachowaniem w miejscu pracy⁴⁴.

3. Funkcje i znaczenie kultury organizacyjnej

Kultura organizacyjna, najogólniej rzecz ujmując, spełnia w organizacji dwie zasadnicze funkcje:

- ograniczenie niepewności wynikającej ze zmienności otoczenia oraz ze zmienności wewnętrznych warunków funkcjonowania,
- budowanie tożsamości firmy, która jest tym, czym osobowość dla jednostki. Dzięki istniejącym wartościom, tradycjom, filozofii, historii, nazwie, znakowi firmowemu, całokształcie cech odróżniających, dana wspólnota jest niepowtarzalna i unikalna. Tożsamość odpowiada na pytanie: Kim jesteśmy? (...) Tożsamość daje więc poczucie przynależności do konkretnej wspólnoty⁴⁵.

L. Zbiegień-Maciąg funkcje kultury organizacyjnej dzieli na zewnętrzne i wewnętrzne (tabela 1.3).

⁴³ Krupski R. (red.), *Zarządzanie przedsiębiorstwem w turbulentnym otoczeniu*, PWE, Warszawa 2005, s. 270

⁴⁴ Deal T.E., Kennedy A.A., Culture: A New Look through Old Lenses, "Journal of Applied Behavioral Science", listopad 1983, s. 501

⁴⁵ Czernska M., *Zmiana...*, op. cit., s. 17

Tabela 1.3. Funkcje kultury

Funkcje zewnętrzne	Funkcje wewnętrzne
<ul style="list-style-type: none"> • Wpływ uzgodnień wewnętrznych na kontakty zewnętrzne – misja i strategia instytucji, cele instytucji, środki realizacji zadań, kryteria oceny rezultatów, sposoby korygowania organizacji dotyczące pożądanej strategii. • Wpływ czynników wywodzących się z otoczenia – organizacja wchodzi w interakcje z innymi instytucjami, konkuruje lub współpracuje; na instytucje oddziałuje środowisko ekonomiczne, prawne, ekologiczne, warunki naturalne danego kraju, normy kulturowe danego społeczeństwa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Integrująca – model wspólnoty myślenia, wierzenia, uczucia, wartości, doświadczenia, uczenia się, uczestniczenia w procesie bycia razem; integrujące poczucie bezpieczeństwa i stabilności; budowanie tożsamości organizacji. • Poznawczo – informacyjna – kultura dostarcza informacji o świecie; interpretacja zdarzeń wraz z objaśnieniami dokonywana wspólnie przez członków organizacji. • Adaptacyjna – kultura dostarcza gotowe schematy zachowań; konsekwencjami są: mobilizacja, stymulacja do działania i adaptacja do specyfiki systemu zarządzania.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Zbiegień-Maciąg L., *Kultura w organizacji. Identyfikacja kultur znanych firm*, PWN, Warszawa 1999, s. 33-38

W podobny sposób analizuje zjawisko Cz. Sikorski, który wskazuje, że z punktu widzenia środowiska pracowniczego (wewnętrzne funkcjonowanie) najważniejsze są następujące funkcje kultury organizacyjnej⁴⁶:

- integracyjna⁴⁷ – polega na tym, że wszystkie jej składniki są wspólnie określone i utrzymywane w danym środowisku. Kultura obejmuje to, co łączy i jest wspólne, pomijając to, co indywidualne i różnicujące. Ze względu na swoją funkcję integracyjną kultura może być źródłem konfliktów i dyskryminacji. Im silniej ludzie integrują się w swojej grupie społecznej, tym bardziej izolują się od innych grup. Podział na „swoich” i „obcych” jest coraz bardziej wyraźny, a rozwijająca się w tych warunkach ksenofobia jest dodatkowym czynnikiem integrującym,
- percepcyjna – polega na sposobie postrzegania otoczenia grupy i nadawania znaczenia społecznemu życiu w organizacji. Kultura dostarcza członkom grupy informacji na temat koniecznego stopnia samokontroli, porządku społecznego i sposobu rozumienia organizacji. Aby ludzie mogli działać w ramach jakiejś rzeczywistości, muszą mieć nieustanne poczucie sensu tego, czego dana

⁴⁶ Sikorski. Cz., *Kultura organizacyjna*, op. cit., s. 16-18

⁴⁷ Nazywana również społecznym klejem lub spoiwem utrzymującym organizację w całości

rzeczywistość dotyczy i czym ona jest. Percepcyjna funkcja kultury wynika przede wszystkim z określonych wzorów myślenia, z których czerpane są kryteria wyjaśniania i sądzenia stosowane wobec obserwowanych zjawisk, procesów i sytuacji. W świecie postrzegamy, rozumiemy i rozpoznajemy jedynie to, na co pozwala nam nasza kultura. Nieustanne tworzenie i nadawanie sensu otaczającemu światu jest, zdaniem L. Smircich, podstawową funkcją kultury,

- adaptacyjna – związana ściśle z funkcją percepcyjną, polega na stabilizowaniu rzeczywistości dzięki wypracowaniu gotowych schematów reagowania na zmiany zachodzące w otoczeniu grupy. Realizacji tej funkcji służą więc przyjęte w organizacji wzory zachowań. Dzięki obecności tych wzorów ludzie czują się pewniej, mogą bowiem planować i przewidywać swoje zachowania.

Pozostałymi funkcjami kultury organizacyjnej (zewnętrzne dopasowanie) jest nadawanie tożsamości organizacji i stymulowanie zmian organizacyjnych. Pierwsza z nich umożliwia identyfikowanie się pracowników ze swoją organizacją poprzez wizję, misję, strategię, ale również cele organizacji, które z jednej strony prowadzą do realizacji założeń misji, ale z drugiej strony uwzględniają interesy podgrup funkcjonujących w ramach grupy pracowniczej⁴⁸. Druga z nich wiąże się z tworzeniem wspólnego, spójnego wizerunku organizacji, poczucia wspólnoty jej uczestników. Następuje proces konfrontacji, a później zbliżania się różnych obrazów organizacji. Dzięki temu powstaje spójny wizerunek organizacji, zrozumiały zarówno dla pracowników, jak i otoczenia⁴⁹. Wszystkie wyżej wymienione funkcje wydają się być niezwykle istotne na potrzeby niniejszej dysertacji. Wynika to z tego, że pracownicy badanej organizacji pracują w zespołach (podgrupach) dwu lub trzyosobowych, które dyżurują nie zawsze w tych samych składach, a jednocześnie te podgrupy składają się na całą organizację. Z tego powodu istotne są: integracja, percepcja, adaptacja, ale także identyfikowanie się z organizacją i poczucie wspólnoty. Bez tego system nie będzie działał sprawnie, a im silniejsza będzie kultura organizacyjna, a tym samym silniej spełniane funkcje, tym lepiej dla sprawności organizacji, mimo to, że zbyt silna kultura może izolować i dzielić na „swoich” i „obcych”. Zespół jest to specyficzna grupa społeczna, powiązana formalnymi i nieformalnymi „wiązami”, wykonująca określone

⁴⁸ Sułkowski Ł., *Kulturowa zmienność organizacji*, PWE, Warszawa 2002, s. 62

⁴⁹ Tamże

zadania w celu uzyskania określonej gratyfikacji materialnej i pozamaterialnej⁵⁰, a zespół pracowniczy jest specyficzną grupą społeczną, która jest uwarunkowana podziałem pracy, typem używanych narzędzi, typem miejsca pracy oraz jego wyposażenia⁵¹.

Zbliżone podejście do kultury organizacyjnej reprezentuje S. P. Robbins, który twierdzi, że spełnia ona w organizacjach pięć funkcji⁵²:

- wyznacza granice organizacji, tzn. stwarza różnice między poszczególnymi organizacjami,
- zapewnia członkom organizacji poczucie tożsamości,
- ułatwia poszczególnym osobom angażowanie się w coś więcej niż tylko interes własny,
- zwiększa stabilność systemu społecznego, jest społecznym spoiwem, które ułatwia utrzymanie zawartości organizacji dzięki normom określającym, co pracownicy powinni mówić i co robić,
- służy jako mechanizm wyjaśniający i kontrolny, kształtujący postawy oraz zachowania pracowników, a także jako mechanizm kierujący nimi.

Najpełniejszą listą funkcji kultury organizacyjnej wydaje się być ta Ł. Sułkowskiego⁵³, ponieważ oprócz funkcji opisanych powyżej takich jak: integracyjna, percepcyjna, adaptacyjna i nadawania tożsamości, autor wyróżnia jeszcze funkcję stymulowania zmian organizacyjnych. Ostatnia z funkcji w czasach postindustrialnych, które cechują się gwałtownością zmian, pełni rolę katalizatora i narzędzia zmian organizacyjnych. Ponadto każdą z funkcji Ł. Sułkowski wiąże z wiekiem organizacji – na etapie narodzin i wczesnego wzrostu kultura organizacyjna odgrywa rolę integracyjną, na etapie wieku średniego zyskują na znaczeniu funkcje percepcyjna, adaptacyjna oraz nadawania tożsamości, zaś w wieku dojrzałym najbardziej pożądaną funkcją kultury organizacyjnej jest katalizowanie zmian. Wynika to z faktu, że jeśli w wieku dojrzałym dominować będą funkcje stabilizujące może to doprowadzić do skostnienia organizacji, a w efekcie do małej elastyczności i konkurencyjności przedsiębiorstwa. Zestawienie opisanych powyżej klasyfikacji funkcji kultury organizacyjnej zawiera tabela 1.4.

⁵⁰ Kożusznik B., *Zachowania człowieka w organizacji*, PWE, Warszawa 2007, s. 98

⁵¹ Kożusznik B., *Kierowanie zespołem pracowniczym*, PWE, Warszawa 2005, s. 48

⁵² Robbins S.P., *Zachowania w organizacji*, PWE, Warszawa 2004, s. 432-433

⁵³ Sułkowski Ł., *Kulturowa zmienność...*, op. cit., s. 60-63

Tabela 1.4. Funkcje kultury organizacyjnej według wybranych autorów

Autor	Funkcje kultury organizacyjnej
<i>Cz. Sikorski</i>	<ul style="list-style-type: none">• integracyjna,• percepcyjna,• adaptacyjna.
<i>Ł. Sułkowski</i>	<ul style="list-style-type: none">• integracyjna (na etapie narodzin i wczesnego wzrostu),• percepcyjna (na etapie wieku średniego),• adaptacyjna (na etapie wieku średniego),• nadawanie tożsamości (na etapie wieku średniego),• stymulowanie zmian organizacyjnych (na etapie wieku dojrzałego).
<i>S. P. Robbins</i>	<ul style="list-style-type: none">• wyznaczanie granice organizacji,• zapewnienie członkom organizacji poczucie tożsamości,• ułatwienie poszczególnym osobom angażowanie się w coś więcej niż tylko interes własny,• zwiększenie stabilności systemu społecznego,• służenie jako mechanizm wyjaśniający i kontrolny.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Sikorski. Cz., *Kultura organizacyjna*, CH Beck, Warszawa 2006, s. 16-18; Robbins S.P., *Zachowania w organizacji*, PWE, Warszawa 2004, s. 432-433; Sułkowski Ł., *Kulturowa zmienność organizacji*, PWE, Warszawa 2002, s. 60-63.

Z powyższego wynika, że kultura organizacyjna ma duże znaczenie dla życia organizacji ze względu na ograniczenie niepewności, wynikającej ze zmienności otoczenia i wewnętrznych warunków funkcjonowania, jak również ze względu na budowanie tożsamości firmy. Tożsamość zaś daje poczucie przynależności do danej wspólnoty i buduje pozytywny wizerunek zewnętrzny firmy. Najogólniej istotę i znaczenie kultury sprowadzić można do określenia rodzajów powiązań między ludźmi w organizacji, zdefiniowania ich ról i zobowiązań, ustanowienia standardów postępowania, norm i wartości. Tak ustalone, zdefiniowane i praktykowane zasady działania wpływają na zachodzące w organizacji zmiany, mogą je wspierać lub hamować⁵⁴. Mogą mieć zarówno pozytywny, jak i negatywny wpływ na organizację (patrz tabela 1.5).

⁵⁴ Worach A., *Kultura organizacyjna*. W: Olejniczak W. (red.), *Zespół – Kultura – Projekt*, Wydawnictwo Zachodniopomorska Szkoła Biznesu, Szczecin 2009, s. 41

Tabela 1.5. Pozytywne i negatywne oddziaływanie kultury organizacyjnej na funkcjonowanie organizacji

Oddziaływanie kultury organizacyjnej		
	<i>Rodzaj oddziaływania</i>	<i>Znaczenie dla organizacji</i>
<i>Pozytywne</i>	Ukierunkowanie działań przez redukcję złożoności	Ma duże znaczenie tam, gdzie są słabe lub niema formalnych uregulowań. Kultury przekazują obraz świata, czyniąc go zrozumiałym i przejrzystym oraz dostarczają dalekosiężnej orientacji, redukując możliwe interpretacje zjawisk i sytuacji.
	Sprawna sieć komunikacyjna	Dzięki jednolitej orientacji procesy uzgadniania przebiegają pewniej i bardziej bezpośrednio. Sygnały są przekazywane znacznie szybciej i interpretowane bardziej niezawodnie niż w komunikacji formalnej.
	Szybkie podejmowanie decyzji	Wspólny język, system preferencji i akceptowana przez wszystkich wizja przedsiębiorstwa pozwalają stosunkowo szybko dochodzić do porozumienia lub kompromisu w procesach decyzyjnych albo rozwiązywaniu problemów.
	Przyspieszone wdrażanie planów i projektów	Plany i projekty oparte na wspólnych przekonaniach i akceptacji mogą być realizowane szybciej i skuteczniej. Mocno zakorzenione wzorce pomagają w znalezieniu właściwego rozwiązania.
	Małe nakłady na kontrolę	Kontrola w znacznej mierze odbywa się pośrednio. Wzorce orientacji są opanowane wewnętrznie i egzekwowane przez społeczność. Istnieje niewielka potrzeba ciągłego sprawdzania ich przestrzegania.
	Silna motywacja i lojalność	Ukierunkowująca siła wzorców kulturowych i wspólna wierność wobec głównych wartości wywołują gotowość do angażowania się na jego rzecz i do uzewnętrzniania tego w sposób niebudzący wątpliwości.
	Stabilność i niezawodność	Jednoznaczne i podzielane wzorce orientacji redukują obawy i niosą ze sobą poczucie bezpieczeństwa i wiary w siebie. Stąd mała skłonność do znalezienia się poza taką spójną, dającą poczucie bezpieczeństwa, społecznością.
<i>Negatywne</i>	Tendencja do zamykania się w sobie	Kultury mogą stać się „systemami zamkniętymi”, ponieważ głęboko zakorzenione systemy wartości i wypływająca z nich moc ukierunkowująca łatwo mogą stać się siłą opanowującą wszystko. Krytyka i sygnały ostrzegawcze sprzeczne z kulturą mogą być odrzucane.
	Blokowanie nowych orientacji	Dla członków przedsiębiorstw o silnych kulturach zmiany są podejrzane. Odrzucane są gwałtownie, gdyż ludzie widzą w tym zagrożenie własnej tożsamości. Propozycje przeciwstawiające się panującemu obrazowi świata są blokowane lub w ogóle niezauważane.
	Bariery we wdrażaniu	Nawet wtedy, gdy nowe idee znalazły dostęp do procesu

nowości	decyzyjnego, kultura staje się hamulcem w ich wdrażaniu. Gdy w grę wchodzi zasadnicza zmiana, stabilny i silnie zakorzeniony system kulturowy staje się problemem. Bezpieczeństwo oferowane przez silną kulturę jest zagrożone. Następstwem jest obawa i obrona, brak jest bowiem sposobów postępowania z czymś niezwykłym.
Utrwalanie się tradycyjnych wzorców sukcesu	Kultury rodzą emocjonalne przywiązanie do wyrosłych i wspartych sukcesem sposobów postępowania i sposobów myślenia. Nowe plany i projekty natrafiają na przywiązanie do konwencjonalnych procedur i wyobrażeń.
Kolektywna postawa uniku	Przyjęcie i przetwarzanie nowych idei zakłada duży stopień otwartości na krytykę i brak uprzedzeń. Zakorzenione kultury organizacji raczej nie tworzą takich przesłanek. Istnieje nawet niebezpieczeństwo, że w koniecznym procesie autorefleksji uznają argumentację krytyczną za nieuprawnioną.
„Kulturowe myślenie”	Kultury mają skłonność do „wymuszania” w pewnym zakresie konformizmu. Zdania przeciwne i zastrzeżenia są odrzucane na rzecz wartości kulturowych. Motywacja do zachowania norm kulturowych przeważa w zasadzie nad gotowością do artykułowania sprzeciwów. „Kulturowe myślenie” jest tu analogiczne do „myślenia zespołowego”.
Brak elastyczności	Weźniejsze wymienione zjawiska skutkują sztywnością, brakiem zdolności adaptacyjnej. Przedsiębiorstwa w coraz większym stopniu stają wobec konieczności uczynienia ze swej zdolności do zmian strategicznego czynnika decydującego o przeżyciu. Z tego punktu widzenia zbyt silna kultura przedsiębiorstwa może się okazać tylko przeszkodą.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Czerska M., Zmiana kulturowa w organizacji. Wyzwanie dla współczesnego menedżera, Difin, Warszawa 2003, s. 21-24; Steinmann H., Schreyögg G., Zarządzanie. Podstawy kierowania przedsiębiorstwem. Koncepcje, funkcje, przykłady. Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej, Wrocław 1995, s. 428-430.

Podsumowując rozważania na temat znaczenia kultury organizacyjnej należy stwierdzić, że silna kultura organizacyjna zapewnia organizacji wiele korzyści. Do pewnego stopnia kultura zastępuje formalne regulacje i narzędzia zarządzania organizacją. Z drugiej strony, należy pamiętać o pewnych skutkach ubocznych związanych z silnymi kulturami organizacyjnymi, zwłaszcza związanych z blokowaniem organizacji na nowe idee oraz z oporami przeciwko zmianom sprzecznym z dotychczasową kulturą.

4. Typologie kultury organizacyjnej

4.1. Wymiary jako podstawa klasyfikacji kultur organizacyjnych

W literaturze przedmiotu typologie kultur oparte są o wymiary. Wyraźnie systematyzuje to obraz rodzajów kultur organizacyjnych i pozwala w łatwiejszy sposób zrozumieć ich podział. Wymiar jest to wartość różnicująca zjawisko, oznacza aspekt zjawiska, który można zmierzyć liczbowo lub opisowo i który pozwala określić pozycję danej kultury wobec innych kultur. Wymiar dotyczy wzorca kulturowego, czyli zestawu określonych wzorów zachowań, wzorów myślenia oraz symboli, może być zdefiniowany jako natężenie jednej cechy i opisywane ilościowo lub jakościowo, poprzez zdefiniowanie dwóch różnych wzorców zachowań pozostających na pewnym continuum; stanowi podstawę do wyodrębniania orientacji (profilu) kulturowych lub typów kultur (typologii). Wymiar można ująć najprościej jako „zestaw cech rozpiętych pomiędzy dwoma biegunami, kryterium porównania kultur”, np. stopień tolerancji niepewności, stosunek do czasu, traktowanie przyrody⁵⁵. Można spotkać się z kulturami opartymi o jeden, dwa lub czasami więcej wymiarów. Na potrzeby niniejszej pracy skupimy się na tych opartych o jeden i dwa wymiary. W sytuacji, kiedy rozważania oprzemy o jeden wymiar mamy do czynienia z dwupolową (dychotomiczną) klasyfikacją kultur organizacyjnych, to znaczy, że wyróżnia ona dwa rodzaje kultur organizacyjnych i możemy ją zobrazować na osi. Zaś w sytuacji, kiedy rozważamy kulturę organizacyjną określaną za pomocą dwóch wymiarów, mamy do czynienia z czteropolową klasyfikacją kulturową, wyróżniającą cztery rodzaje kultur organizacyjnych i możemy ją zobrazować macierzą bipolarną o dwóch zmiennych. Taka klasyfikacja pozwala na bardzo czytelne przedstawienie danego rodzaju kultury organizacyjnej i jednocześnie daje odpowiedź na pytanie: jak działać najwłaściwiej w warunkach konkretnego otoczenia; jak najlepiej dostosować swe działania do wymagań tego otoczenia?⁵⁶ Należy jednak zwrócić uwagę na to, że klasyfikacja kultur organizacji nie ma w żadnym razie charakteru wartościującego. Oznacza to, że żadna z kultur nie może być uznana za lepszą od innych. Kryterium oceny zawsze stanowić będzie stopień dopasowania kultury do wymogów realizowanej strategii⁵⁷. Podobną opinię wyrażają K.S. Cameron i R.E. Quinn, którzy twierdzą, że nie istnieje dobra czy zła kultura, a

⁵⁵ Grabus M., *Koncepcja działań dostosowujących kulturę organizacji przedsiębiorstw deweloperskich do ich strategii* (rozprawa doktorska), 2006, s. 31

⁵⁶ Aniszewska G. (red.), *Kultura organizacyjna ...*, op. cit., s. 15

⁵⁷ Czerska M., *Zmiana...*, op.cit., s. 34

wyniki badań nad kulturą będą dla każdej organizacji inne⁵⁸. Jednakże warty zauważenia jest fakt, że w rozważaniach K.S. Camerona i R.E. Quinna miarą oceny kultury jest przede wszystkim dostosowanie do wymogów otoczenia, ale także sprawne funkcjonowanie i efektywność, wykwalifikowane zasoby ludzkie⁵⁹.

4.2. Typologie kultur organizacyjnych oparte o jeden wymiar

W literaturze przedmiotu możemy spotkać się z szeregiem typologii kultur organizacyjnych opartych o jeden wymiar – ich zestawienie zawiera tabela poniżej.

Tabela 1.6. Kulture organizacyjne oparte o jeden wymiar

Wymiar/kryterium	Rodzaje kultur
Wyrazistość, stopień upowszechnienia, głębokość zakorzenienia kultury organizacyjnej	Silna - słaba
Zdolność do podejmowania decyzji dostosowawczych do zaistniałej sytuacji	O niskiej tolerancji niepewności – o wysokiej tolerancji niepewności
Wpływ na efektywność działań organizacji i osiąganie celów stawianych przez zarządzających	Pozytywna – negatywna
Otwartość na otoczenie	Introwertyczna – ekstrawertyczna
Zhierarchizowanie struktury i zróżnicowanie płac	Elitarna – egalitarna (hierarchiczna – równościowa)
Otwartość na zmiany i gotowość do działania w sytuacji deficytu informacji	Zachowawcza (konserwatywna) – innowacyjna
Charakter realizowanych zadań	Projektowa – nieprojektowa
Dystans władzy	O małym dystansie władzy – o dużym dystansie władzy
Działanie zespołowe	Kolektywistyczna – indywidualistyczna
Sposób wykonywania zadań	Męska – kobieca
Rodzaj interakcji społecznych	Propartnerskie i protranskacyjne
Charakter stosunków międzyludzkich	Ceremonialne i nieceremonialne
Uporządkowanie relacji społecznych	Monochroniczne i polichroniczne
Liczba stosowanych środków przekazu informacji w procesach komunikacji interpersonalnej	Ekspresyjne i powściągliwe

Źródło: opracowanie własne

Kultura: silna – słaba

Ten typ kultury charakteryzuje się mniejszym lub większym wpływem kultury organizacyjnej na życie organizacji. Wyróżnił je V. Sathe biorąc pod uwagę

⁵⁸ Cameron K.S., Quinn R.E., *Kultura organizacyjna – diagnoza i zmiana*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2003, s. 29

⁵⁹ Tamże, s. 14-15

wyrazistość, stopień upowszechnienia, głębokość zakorzenienia⁶⁰. W silnych kulturach pracownicy doskonale wiedzą, jakie zachowania będą zaakceptowane przez grupę. Każdy wie, jakich działań się od niego oczekuje. Pracownicy podporządkowują się wzorcom kulturowym bezwarunkowo. W słabej kulturze zachowania zgodne z wzorcem kulturowym są wymuszane przez sankcje pozostałych członków organizacji. Pracownicy organizacji o silnej kulturze organizacyjnej bardzo często przenoszą nieformalne wzorce zachowań do życia prywatnego. Silną kulturę cechuje intensywne odczuwanie fundamentalnych wartości organizacji i ich szeroka akceptacja przez jej członków⁶¹. Stopień, w jakim członkowie grupy reagują behawioralnie na wspólny bodziec środowiskowy, wskazuje na względną siłę kultury⁶². Kryteria podziału kultur organizacyjnych na silne i słabe odzwierciedla i opisuje tabela 1.7.

Tabela 1.7. Charakterystyka silnej i słabej kultury organizacyjnej

Kryteria	Kultura silna	Kultura słaba
<i>Wyrazistość wzorów</i>	- jasno sformułowane to, co pożądanе i zabronione;	- brak wyraźnych wzorów kulturowych;
<i>Stopień upowszechnienia</i>	- większość pracowników podporządkowuje się wzorom;	- pracownicy nie podporządkowują się wzorom;
<i>Sposób podtrzymywania</i>	- silne sankcje mające na celu dostosowanie zachowań ludzi do dominujących wzorów;	- sankcje łagodniejsze;
<i>Zakres obowiązywania</i>	- niepisane normy wkraczają w sferę prywatności, np. wspólne weekendy;	- wyłącznie formalne reguły i procedury;
<i>Kompetencje pracowników</i>	- wysokie;	- niskie;
<i>Struktura organizacyjna</i>	- stała;	- chwiejna;
<i>Atmosfera pracy</i>	- poczucie dumy z wyjątkowości, - dzielenie odczuć z odniesionych sukcesów.	- poczucie zwyczajności, - dzielenie odczuć z poniesionych porażek.

Źródło: Siemiński M., *Kształtowanie kultury organizacyjnej przedsiębiorstw przemysłowych*, TNOiK, Toruń 2008, s. 41

⁶⁰ Sathe V., *Implications of corporate culture. A managers guide to action*. W: *Organizational Dynamics* 1983/2. Cyt. za: Czernska M., *Zmiana...*, op. cit., s. 31

⁶¹ Wiener Y., *Forms of Value Systems: A focus on Organizational Effectiveness and Cultural Change and Maintenance*, "Academy of Management Review", październik 1988, s. 536

⁶² Bushardt S.C., Glascoff D.W., Doty D.H., *Organizational culture, formal reward structure, and effective strategy implementation: A conceptual model*, *Journal of Organizational Culture, Communications and Conflict* 15(2), 2011, s. 59

Silne kultury organizacyjne mają zalety i wady. Do zalet można zaliczyć:

- uproszczenie działań - silna kultura organizacyjna przekazuje wyraźny obraz rzeczywistości organizacyjnej; zasady funkcjonowania przedsiębiorstwa stają się zrozumiałe i przejrzyste dla pracowników; nie zdarzają się zróżnicowane interpretacje tych samych faktów,
- usprawnienie sieci przepływu informacji (komunikowania się) - mimo, że - zwłaszcza w dużych przedsiębiorstwach - sieć komunikacji wewnętrznej jest złożona, to opiera się na jednorodnych wzorcach; otrzymywane przez pracowników informacje interpretowane są bardzo jednoznacznie, a przekazywane ulegają mniejszym zniekształceniom,
- szybsze podejmowanie decyzji i rozwiązywanie problemów - dzięki wspólnemu systemowi wartości, akceptacji przez wszystkich misji firmy, pracownicy szybko dochodzą do porozumienia lub co najmniej kompromisu, co przyspiesza proces podejmowania decyzji i rozwiązywania istotnych dla przedsiębiorstwa problemów,
- zmniejszenie nakładów na kontrolowanie pracowników - wzrasta rola samokontroli, opartej na świadomym przestrzeganiu obowiązujących wzorców zachowań,
- silna motywacja do pracy i wysoki poziom lojalności wobec firmy - wspólnota misji firmy i system wartości wywołują gotowość do angażowania się w problemy przedsiębiorstwa, wykonywaną pracę oraz wpływają na wzrost lojalności pracowników,
- wzrost poczucia bezpieczeństwa pracowników - w wyniku pracy w firmie o dużej sprawności działania, gwarantującej utrzymanie się na rynku; ten wzrost poczucia bezpieczeństwa wpływa na chęć pozostania w firmie (obniżenie fluktuacji),

Do wad silnych kultur organizacyjnych zaliczyć można:

- brak reagowania na krytykę - sygnały ostrzegawcze sprzeczne z panującą kulturą organizacyjną mogą być odrzucane lub pomijane; silne kultury organizacyjne narażone są na zjawisko „zamykania się w sobie”,
- niechęć wobec zmian - zwłaszcza, jeśli zmiany mogą zagrażać tożsamości organizacji, jej kulturze organizacyjnej,

- powstawanie barier we wdrażaniu nowych rozwiązań - jeśli nowe rozwiązania są podobne do stosowanych, są przyjmowane pozytywnie; gdy w grę wchodzi zmiana zasadnicza (zupełnie nowa strategia czy technologia), może być odbierana jako zagrożenie stabilności przedsiębiorstwa i powodować obawy i reakcje obronne; nawet „bohaterowie” organizacji są zainteresowani tym, aby wszystko biegło jak dotychczas, bo z tego wynika ich „bohaterstwo”,
- utrwalanie się tradycyjnych wzorców sukcesu - silne kultury organizacyjne przywiązane są do wspartych wcześniejszymi sukcesami sposobów myślenia i postępowania, co często blokuje nowe plany i projekty,
- konformizm, wywołujący kolektywną postawę uniku - wdrażanie nowych idei zakłada duży stopień otwartości, odporności na krytykę i brak uprzedzeń; silne kultury nie sprzyjają nowym ideom, wymuszają konformizm, akceptację „starego”,
- sztywność, brak zdolności adaptacyjnej, przejawiające się w powstawaniu niewidocznych barier dla zmian, zwłaszcza strategii działania⁶³.

Kultura: o niskiej tolerancji niepewności – o wysokiej tolerancji niepewności

Dynamiczne zmiany w otoczeniu organizacji powodują, że dużego znaczenia nabrała zdolność do szybkiego dostosowania się do nich, nawet bez pełnej wiedzy na temat zachodzących przeobrażeń. Tolerancja niepewności, w tym kontekście, jest postrzegana jako zdolność do podejmowania decyzji dostosowawczych do zaistniałej sytuacji, nawet bez pełnej wiedzy na jej temat. Organizacja posiadająca kulturę o wysokim stopniu tolerancji niepewności (sprawdza się w zmiennym otoczeniu) jest gotowa do ryzykownych posunięć w celu aklimatyzacji w nowych warunkach swojego otoczenia. Charakteryzuje się dużą elastycznością, w przeciwieństwie do organizacji posiadającej niski stopień tolerancji niepewności (sprawdzają się w stabilnym otoczeniu), dążącej do niezmiennego trwania. W takiej organizacji liczy się przestrzeganie procedur i planów. Pracownik organizacji opartej o kulturę o wysokim stopniu tolerancji niepewności często musi

⁶³ Wiernek B., *Kultura organizacyjna przedsiębiorstwa. Prace Naukowe Wyższej Szkoły Zarządzania i Bankowości w Krakowie poz. 23*, Oficyna Wydawnicza TEXT, Kraków 2000, s. 76-77

podejmować decyzje samodzielnie radząc sobie z napotkanymi trudnościami i jest oceniany przez pryzmat wyników. Podsumowując organizacja o kulturze wysokiego stopnia tolerancji niepewności zapewnia organizacji w dynamicznym otoczeniu rozwój i przetrwanie na rynku.

Tabela 1.8. Charakterystyka kultury organizacyjnej o niskiej i wysokiej tolerancji niepewności

Kryteria	Poziom tolerancji niepewności	
	<i>Niski</i>	<i>Wysoki</i>
<i>Poziom stabilizacji w pracy</i>	Pracownikom trzeba zapewnić wysoką stabilność w pracy.	Pracownikom trzeba zapewniać wyzwania w pracy.
<i>Czynniki motywujące</i>	Pracowników motywuje przede wszystkim bezpieczeństwo i organizacyjne status quo.	Pracowników motywują przede wszystkim osiągnięcia i uznanie.
<i>Skutki niepewności w organizacji</i>	Rozwój organizacji jest możliwy tylko w warunkach zredukowanej niepewności.	Niepewność jest nieodłącznym elementem życia organizacyjnego.
<i>Plany działania organizacji</i>	Organizacja powinna działać zgodnie z jednym planem.	Organizacja powinna dopuszczać wiele wariantów działań.
<i>Wpływ zmian na organizację</i>	Szybkie zmiany są zagrożeniem dla organizacji.	Szybkie zmiany są szansą dla organizacji.
<i>Poziom sformalizowania</i>	Rzeczywistość organizacyjną trzeba porządkować za pomocą ogólnych i szczegółowych reguł organizacyjnych.	Rzeczywistości nie da się ująć w ścisłe reguły, dlatego trzeba ograniczać liczbę reguł organizacyjnych.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Sułkowski Ł., *Kulturowa zmienność organizacji*, PWE, Warszawa 2002, s. 71

Kultura: pozytywna – negatywna

Pozytywna (konstruktywna) kultura organizacyjna motywuje do bardziej wydajnej pracy, ponieważ pracownicy mają świadomość, że jest to w ich interesie. Pomaga to w bardziej efektywnych odpowiedziach przedsiębiorstwa na wyzwania płynące z otoczenia⁶⁴. Negatywna kultura organizacyjna, zwana również biuropatologią, może prowadzić do niszczenia organizacji. Znaczącą rolę odgrywa tu kierownik, który musi reagować na wszelkie zagrożenia i wspierać pozytywne zachowania. Zidentyfikowano cztery podstawowe sygnały, świadczące o istnieniu w organizacji kultury biuropatologicznej⁶⁵:

⁶⁴ Zbiegień-Maciąg L., *Kultura w organizacji. Identyfikacja kultur znanych firm*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1999, s. 53-55. Cyt. za: Siemiński M., *Kształtowanie kultury organizacyjnej przedsiębiorstw przemysłowych*, TNOiK, Toruń 2008, s. 47

⁶⁵ Tamże

- znaczna liczba pracowników nie wie, co, jak, kiedy i dlaczego powinna robić to, co ma robić,
- wysoko wykwalifikowanym pracownikom mówi się, co i w jaki sposób mają wykonywać swoje obowiązki,
- brak odpowiednich systemów płacowych, powodujących nieadekwatne wynagrodzenie najbardziej wartościowych pracowników,
- następuje znaczne opóźnienie wykonywanych zadań z powodu odciągania liderów do prac biurowych.

Pracownicy w organizacjach o kulturze negatywnej alienują się i biernie oczekują pomocy od innych. Tego typu organizacje charakteryzują się brakiem elastyczności. Obowiązuje raczej podejście konserwatywne.

Tabela 1.9. Charakterystyka pozytywnej i negatywnej kultury organizacyjnej

Cechy	Kultura pozytywna	Kultura negatywna
<i>Emocjonalność</i>	Umiarkowana lub silna emocjonalność – dzielenie się emocjami z innymi.	Chłód emocjonalny – unikanie ekspresji i uczuć.
<i>Personalizacja więzi komunikacyjnych</i>	Personalizacja więzi w organizacji – wypowiedzi osobowe, bezpośrednie, niższy stopień formalizacji.	Depersonalizacja relacji międzyludzkich – wysoki stopień formalizacji.
<i>Aktywność pracowników</i>	Aktywność – dążenie do samodzielnego podejmowania decyzji i rozwiązywania problemów przez pracowników.	Subordynacja – oczekiwanie na wskazówki zwierzchników w celu rozwiązania problemu.
<i>Podejście do zmian</i>	Elastyczność – otwartość na zmiany i gotowość ich wdrażania.	Konserwatyzm – brak elastyczności w nowych sytuacjach.
<i>Izolacja</i>	Szersze spojrzenie na funkcjonowanie przedsiębiorstwa, próby generalizacji.	Koncentracja na własnych obowiązkach, specjalizacja.
<i>Podejście do innych organizacji</i>	Sympatia – ludzie częściej są stronnikami niż oponentami (kolektywizm).	Antypatia – ludzie są raczej oponentami niż stronnikami (indywidualizm).

Źródło: Sulkowski Ł., *Kulturowe procesy zarządzania*, Difin, Warszawa 2012, s. 86

Kultura: introwertyczna – ekstrawertyczna

Organizacja o kulturze introwertycznej koncentruje się przede wszystkim na własnym wnętrzu, większość wzorców kulturowych pochodzi właśnie stamtąd. Często izoluje się od otoczenia, co może prowadzić do niechęci ze strony kontrahentów do kontaktowania się z nią, dąży do samowystarczalności. Charakteryzuje się niechęcią do ryzyka i zmian oraz nowych członków organizacji.

Zaś organizacja o kulturze ekstrawertycznej koncentruje się na otoczeniu, stamtąd czerpie wzorce kulturowe. Jest otwarta na otoczenie i współpracuje z kontrahentami. Jest otwarta na zmiany i nowych członków organizacji oraz skłonna do ryzyka.

Tabela 1.10. Charakterystyka introwertycznej i ekstrawertycznej kultury organizacyjnej

Cechy	Kultura introwertyczna	Kultura ekstrawertyczna
<i>Tolerancja wobec innych</i>	Mała tolerancja wobec odmiennych poglądów i wartości.	Wysoka tolerancja wobec innych poglądów i wartości
<i>Znajomość problemów innych pracowników</i>	Dobra znajomość problemów innych pracowników.	Mała znajomość problemów innych pracowników.
<i>Wrażliwość na uczucia innych pracowników</i>	Duża wrażliwość na problemy innych pracowników.	Mała wrażliwość na problemy innych pracowników.
<i>Podjęcie do nowych pracowników w organizacji</i>	Wysoki stopień nieufności w stosunku do nowych pracowników.	Konwencjonalne zaufanie w stosunku do nowych pracowników.
<i>Podjęcie do zmiany pracy</i>	Nie planują ani nie wyobrażają sobie zmiany pracy.	Mogą planować zmianę pracy w zależności od ofert na rynku.

Źródło: Sulkowski Ł., *Kulturowe procesy zarządzania, Difin, Warszawa 2012, s. 88*

Kultura: elitarna – egalitarna (hierarchiczna – równościowa)

Organizacje o kulturze elitarniej mają zhierarchizowaną strukturę z dużą różnicą w płacach. Nabór pracowników opiera się często o absolwentów renomowanych uczelni i jest bardzo skrupulatny. Organizacje tego typu opierają swoją działalność o drobiazgową kontrolę i nadzór. Dużą rolę odgrywa symbolika – ubiór, identyfikatory, itp. Organizacje o kulturze egalitarnej mają raczej płaską, niezhierarchizowaną strukturę. Płace są mało zróżnicowane, a pracownicy niższego szczebla są często dobrze wykształceni. Dobór odbywa się ze względu na przydatność dla firmy, a weryfikacja kwalifikacji odbywa się podczas pracy.

Tabela 1.11. Charakterystyka hierarchicznej i równościowej kultury organizacyjnej

Cechy	Kultura hierarchiczna	Kultura równościowa
<i>Nierówności między stanowiskami</i>	Dążenie do wzmacniania nierówności pomiędzy stanowiskami pracy.	Dążenie do wyrównania różnic między stanowiskami pracy.
<i>Rozpiętość w płacach</i>	Akceptacja dużych rozpiętości płac między różnymi stanowiskami.	Dążenie do ograniczenia rozpiętości w płacach.
<i>Styl kierowania</i>	Autokratyczny.	Partycypacyjny.
<i>Stopień centralizacji decyzji</i>	Centralizacja decyzyjna.	Decentralizacja decyzji.
<i>Pochodzenie hierarchii organizacyjnej</i>	Naturalna, obiektywna, przekonanie, że pracownicy znajdujący się na niższych pozycjach organizacyjnych mają zwykle mniejsze zdolności i umiejętności od pracowników na wyższych szczeblach.	Społeczna, konwencjonalna, hierarchia wiąże się z odgrywaniem różnych ról ustalonych ze względów pragmatycznych.
<i>Stabilność hierarchii władzy</i>	Hierarchia powinna być stabilna.	Hierarchia powinna być elastyczna i ulegać zmianom.
<i>Stosunki, zależności między pracownikami</i>	Podwładni są zależni od przełożonych.	Przełożeni i podwładni znajdują się we wzajemnej zależności.
<i>Uprzywilejowanie pracowników wyższych szczebli</i>	W organizacji pracownicy na wyższych szczeblach powinni otrzymywać przywileje.	W organizacji wszyscy powinni mieć równe prawa.
<i>Koncepcja sprawowania władzy</i>	Dominują koncepcje podkreślające znaczenie przełożonych i procesu kierowania pracownikami.	Dominują koncepcje podkreślające znaczenie pracowników oraz ich zaangażowania i partycypacji w procesie kierowania.

Źródło: Sulkowski Ł., *Kulturowe procesy zarządzania*, Difin, Warszawa 2012, s. 92

Kultura: zachowawcza (konserwatywna) – innowacyjna

Z zachowawczą kulturą organizacyjną mamy do czynienia w organizacji ceniącej sobie stabilizację i niezmiennność, tradycje, normy oraz zorientowanej na przeszłość. Wszelkie zmiany odczytywane są jako potencjalne źródło zagrożenia. Pracownicy nie przejawiają chęci rozwoju, cenią sobie bezpieczeństwo. Ciężko jest w tego typu organizacji wprowadzić zmiany lub innowacyjne rozwiązania. Innowacyjna kultura organizacyjna stawia na przyszłość, jest otwarta na zmiany i skłonna do podejmowania ryzyka. Tego typu organizacja cechują się dużą podatnością na dynamiczne zmiany. Pracownicy nastawieni są na osiągnięcia i charakteryzują się kreatywnością.

Tabela 1.12. Charakterystyka konserwatywnej i innowacyjnej kultury organizacyjnej

Kryteria	Kultura zachowawcza (konserwatywna)	Kultura innowacyjna
<i>Orientacja na zmiany</i>	Orientacja na utrzymanie status quo w organizacji.	Orientacja na zmianę w organizacji.
<i>Przedsiębiorczość</i>	Niska przedsiębiorczość i innowacyjność.	Wysoka przedsiębiorczość i innowacyjność.
<i>Podejście do tradycji</i>	Szacunek, tradycja traktowana jako wzorzec.	Dystans, tradycja traktowana jako ciężar.
<i>Szacunek dla autorytetów</i>	Duży szacunek dla osób doświadczonych w organizacji.	Podważanie wartości autorytetów, stawianie na „nową krew”.
<i>Podejście do informacji</i>	Dążenie do działania w warunkach pełnej informacji.	Akceptacja działań w warunkach deficytu informacji.

Źródło: Sulkowski L., *Kulturowe procesy zarządzania*, Difin, Warszawa 2012, s. 90

Kultura: projektowa – nieprojektowa

Można ogólnie powiedzieć, że kultura projektowa to taki typ kultury organizacyjnej, który sprzyja zarządzaniu przez projekty⁶⁶. Tego typu kultura charakteryzuje się tym, że służy zarządzaniu projektem oraz czynnikami środowiska projektu. Struktura organizacyjna jest pozioma i służy realizacji konkretnego zadania. W organizacjach o kulturze organizacyjnej nieprojektowej struktura jest pionowa i służy realizacji celów organizacji, w szczególności poprzez zarządzanie procesami, które w odróżnieniu od projektów mają charakter powtarzalny, standardowy.

Tabela 1.13. Charakterystyka projektowej i nieprojektowej kultury organizacyjnej

Cechy	Kultura projektowa	Kultura nieprojektowa
<i>Cel do osiągnięcia</i>	Realizacja projektu.	Realizacja celów organizacji, w szczególności poprzez zarządzanie procesami.
<i>Rodzaj struktury organizacyjnej</i>	Pozioma.	Pionowa
<i>Przeznaczenie</i>	Służy jedynie do zarządzania projektem i jego środowiskiem.	Służy zarządzaniu całą organizacją.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Piwowar-Sulej K.: *Cechy kultury organizacyjnej a metodyki prowadzenia projektów*. „Edukacja ekonomistów i menedżerów”, październik-grudzień 2012, nr 4, s. 41

Kultura: o małym dystansie władzy – o dużym dystansie władzy

G. Hofstede na bazie przeprowadzonych badań w międzynarodowych oddziałach koncernu IBM zaproponował model, posługujący się kilkoma wymiarami⁶⁷. Na

⁶⁶ Piwowar-Sulej K.: *Cechy kultury organizacyjnej a metodyki prowadzenia projektów*. „Edukacja ekonomistów i menedżerów”, październik-grudzień 2012, nr 4, s. 41

⁶⁷ Siemiński M., *Kształtowanie ...*, op. cit., s. 65

potrzeby niniejszej pracy zostały one opisane i potraktowane jako oddzielne typy kultur organizacyjnych opartych o jeden wymiar: dystans władzy. Kultura organizacyjna o dużym dystansie władzy charakteryzuje się nierównościami społecznymi, które uznawane są za naturalne. Kierownik w tego typu kulturze jest mało przystępny, władza sprawowana jest autorytarnie, a struktura jest zhierarchizowana. Winę za błędy ponoszą pracownicy. W kulturze organizacyjnej o małym dystansie władzy hierarchia jest tolerowana i traktowana jest jedynie jako narzędzie organizacyjne. Kierownik jest dostępny dla pracowników, a władza powinna być sprawowana etycznie. Winę za błędy ponosi cały system. Na uwagę zasługuje fakt, że występują tu podobieństwa do kultur elitarnych i egalitarnych, zwłaszcza w zakresie hierarchii władzy.

Tabela 1.14. Charakterystyka kultury organizacyjnej o małym i dużym dystansie władzy

Cechy	Kultura o małym dystansie władzy	Kultura o dużym dystansie władzy
<i>Nierówność społeczna</i>	Nierówność społeczna jest naganna i powinna być minimalizowana.	Nierówność jest naturalna i zapewnia w społeczeństwie ład i porządek.
<i>Zależności między ludźmi</i>	Wszyscy ludzie są od siebie wzajemnie zależni.	Niektórzy ludzie powinni być niezależni, pozostali – zależni od innych.
<i>Hierarchia</i>	Hierarchia – to nierówność ról.	Hierarchia to nierówność ludzi.
<i>Zwierzchnik</i>	Zwierzchnik powinien utrzymywać stały kontakt z pracownikami.	Zwierzchnik jest nieprzystępny.
<i>Władza</i>	Władza powinna być legalna i poddawana stałej kontroli, aby była sprawowana w sposób etyczny.	Władza jest pierwotna wobec moralności, jej legalność jest mniej istotna.
<i>Równość praw</i>	Wszyscy ludzie powinni mieć równe prawa.	Osoby mające władzę mają prawo do specjalnych przywilejów.
<i>Okazywanie władzy</i>	Nie powinno się okazywać własnej władzy.	Osoby mające władzę powinny to okazywać.
<i>Wina za błędy</i>	System ponosi winę za błędy.	Winę za błędy ponoszą ci podwładni, którzy źle wykonują polecenia.
<i>Sposób zmiany systemu społecznego</i>	Sposobem zmiany systemu społecznego jest redystrybucja władzy.	Sposobem zmiany systemu społecznego jest wymiana osób mających władzę nad innymi.
<i>Zagrożenie ze strony podwładnych</i>	Zwierzchnik nie czuje się zagrożony ze strony podwładnych.	Podwładni są stałym zagrożeniem dla zwierzchnika – dążą do przejęcia władzy i nie można im ufać.
<i>Współpraca przełożony – podwładny</i>	Przełożeni i podwładni pracują razem i są sobie potrzebni.	Istnieje ukryty konflikt między tymi, którzy mają władzę, a tymi, którzy są jej pozbawieni.
<i>Współpraca ludzi</i>	Ludzie pozbawieni władzy mogą	Ludzie pozbawieni władzy nie

pozbawionych władzy	współpracować i czuć wzajemną zależność.	mogą z sobą współpracować, gdyż nie szanują się na wzajem.
----------------------------	--	--

Źródło: Kostera M., Zarządzanie międzykulturowe. W: Koźmiński A.K., Piotrowski W. (red.), Zarządzanie, teoria i praktyka, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 597

Kultura: kolektywistyczna – indywidualistyczna

Ten podział wynika z tego, w jaki sposób wykonywane są zadania w organizacji – wspólnie czy indywidualnie. W kolektywistycznej kulturze organizacyjnej pracownik jest częścią większej grupy, a jego tożsamość wynika z tej przynależności. Jest związany emocjonalnie z organizacją, a jej sukcesy są sukcesami pracownika. Prywatność członka organizacji jest podporządkowana organizacji, przyjaźnie między pracownikami są ważnym elementem ich życia. Pracownicy mają zaufanie do decyzji grupy i mają świadomość odpowiedzialności za współtowarzyszy. W indywidualistycznej kulturze organizacyjnej najważniejsze są jednostki, a ich tożsamość wynika z unikalnej osobowości. Istotne są indywidualne sukcesy, przestrzegane jest prawo do prywatności, a przyjaźnie są mniej istotne. Decyzje podejmowane są indywidualnie i każdy bierze jednoosobowo odpowiedzialność za nie.

Tabela 1.15. Charakterystyka indywidualistycznej i kolektywistycznej kultury organizacyjnej

Kryteria	Kultura indywidualistyczna	Kultura kolektywistyczna
Stopień niezależności	Człowiek jest niezależną jednostką.	Człowiek jest częścią większej grupy.
Pochodzenie tożsamości jednostki	Tożsamość jednostki wynika z jej niepowtarzalnej osobowości.	Tożsamość wynika z przynależności do grupy.
Stopień integracji jednostki z instytucją	Brak integracji emocjonalnej jednostki z instytucją.	Integracja emocjonalna jednostki z grupą.
Przynależność do grupy	Ważne są indywidualne osiągnięcia i przywództwo.	Ważna jest przynależność do organizacji i jej sukces.
Prywatność	Każdy ma prawo do prywatności.	Prywatność podporządkowana dobru wspólnemu.
Przyjaźń	Przyjaźń, lojalność są mniej istotne.	Przyjaźnie są bardzo ważne i trwałe.
Podjęcie decyzji	Zaufanie do decyzji indywidualnych.	Zaufanie do decyzji grupowych.
Odpowiedzialność	Każdy sam musi być kowalem swego losu.	Jesteśmy odpowiedzialni za bliźnich.

Źródło: Czerna M., Zmiana kulturowa w organizacji. Wyzwanie dla współczesnego menedżera, Difin, Warszawa 2003, s. 29

Kultura: męska – kobieca

Męska kultura organizacyjna jest agresywna, zimna i dominująca. Charakteryzuje się nastawieniem na wykonywanie zadań, współzawodnictwem, rywalizacją i pewnością siebie. W tego typu organizacji zatrudniani są pracownicy dynamiczni i agresywni, którzy traktują współpracowników w organizacji jak rywali. Damska kultura organizacyjna jest łagodna, ciepła i opiekuńcza. Charakteryzuje się nastawieniem na zaspokajanie potrzeb pracowniczych i dobrą komunikację. W tego typu organizacji zatrudniani są pracownicy lojalni, którzy traktują współpracowników jako kontrahentów pomagających lub wymagających pomocy.

Tabela 1.16. Charakterystyka męskiej i kobiecej kultury organizacyjnej

Cechy	Kultura męska	Kultura kobieca
<i>Eksponowane wartości</i>	Współzawodnictwo, walka, rywalizacja, pewność siebie, osiągnięcia.	Uczciwość, współpraca, opiekuńczość, pomoc, skromność, jakość życia.
<i>Priorytety</i>	Nastawienie na realizację zadań.	Komunikacja, zaspokajanie potrzeb pracowniczych.
<i>Kryteria doboru pracowników</i>	Poszukiwani ludzie stanowczy, agresywni, dynamiczni.	Poszukiwani ludzie lojalni.
<i>Współpraca</i>	Współpracownik to konkurent.	Współpracownik to mój pomocnik i oczekuje mojej pomocy.

Źródło: Czernska M., Zmiana kulturowa w organizacji. Wyzwanie dla współczesnego menedżera, Difin, Warszawa 2003, s. 30

Dodatkowe wymiary klasyfikacji kultur organizacyjnych

Według Cz. Sikorskiego nieco inne podejście w grupie podziałów dychotomicznych prezentuje R.R. Gesteland, który używa całego zbioru par alternatywnych kultur dla charakterystyki cech relacji międzyludzkich, tworzących podstawę modelu wielowymiarowego. Są to⁶⁸:

- propartnerskie i protransakcyjne – w tych pierwszych ludzie w toku interakcji społecznych koncentrują się na cechach i potrzebach swoich partnerów, w tych drugich zaś – na zadaniu, którego realizacji interakcje te mają służyć,
- ceremonialne i nieceremonialne – te pierwsze polegają na przywiązywaniu dużego znaczenia do manier i konwenansów, podczas gdy te drugie charakteryzują się bezpośredniością stosunków międzyludzkich,

⁶⁸ Gesteland R.R., Różnice kulturowe a zachowania w biznesie, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000. Cyt. za: Sikorski. Cz., *Kultura organizacyjna*, CH Beck, Warszawa 2006, s. 19

- monochroniczne i polichroniczne – czyli kultury, w których relacje społeczne podporządkowane są przyjętym wcześniej planom i terminom oraz kultury, gdzie podstawowe znaczenie mają spontaniczne i sytuacyjne zachowania ludzi,
- ekspresyjne i powściągliwe – czyli kultury nastawione na stosowanie szerokiego repertuaru środków przekazu informacji w procesach komunikacji interpersonalnej i kultury nastawione na redukcję tych środków.

W przypadku kultur jednowymiarowych należy pamiętać, że rzeczywista kultura organizacyjna bardzo rzadko przybiera skrajne formy. Zwykle sytuuje się między nimi, choć zazwyczaj zbliża się do jednego z biegunów.

4.3. Typologie kultur organizacyjnych oparte o dwa wymiary

W literaturze przedmiotu możemy spotkać się z różnymi, w zależności od autora, typologiami kultur organizacyjnych opartych o dwa wymiary – ich zestawienie zawiera tabela poniżej.

Tabela 1.17. Kultury organizacyjne oparte o dwa wymiary

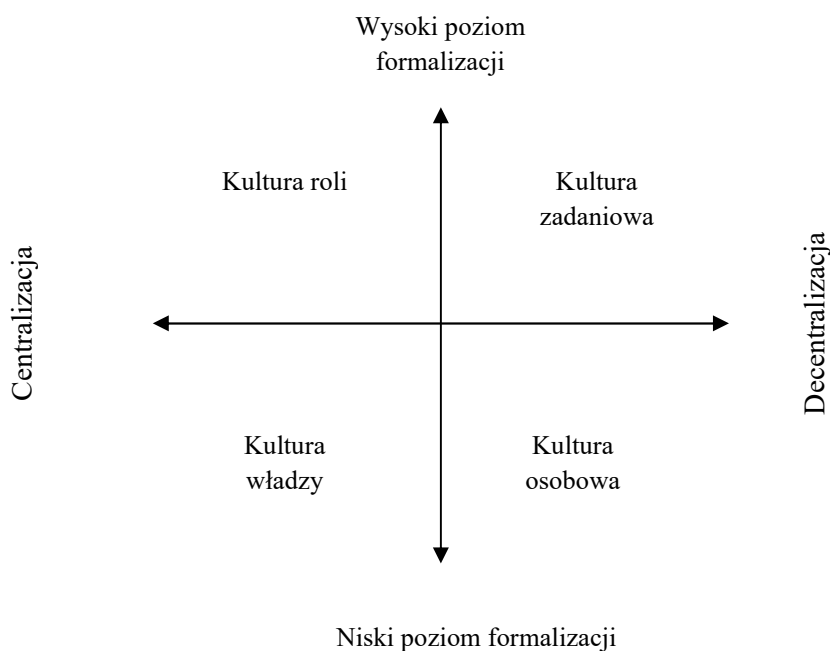
Autorzy	Wymiary	Typy kultury
R. Harrison i Ch. Handy	<ul style="list-style-type: none"> • wysoki poziom formalizacji – niski poziom formalizacji, • centralizacja – decentralizacja 	Kultura: <ul style="list-style-type: none"> • władzy, • roli, • zadaniowa, • osobowa.
T. Deal i A. Kennedy	<ul style="list-style-type: none"> • poziom ryzyka podejmowanych działań, • szybkość informacji zwrotnej. 	Kultura: <ul style="list-style-type: none"> • twarda (indywidualistów), • „pracuj ciężko i się baw” (hazardzistów), • spokojnego działania (zrównoważona), • trwania, stabilności (rutyniarzy)
J. Peters	<ul style="list-style-type: none"> • orientacja do wewnątrz – orientacja na zewnątrz, • orientacja na pracownika – nastawienie na pracę. 	Kultura: <ul style="list-style-type: none"> • innowacyjna, • kontroli, • działania, • harmonii.
K.S. Cameron i R.E. Quinn	<ul style="list-style-type: none"> • elastyczność i swoboda działania oraz stabilność i kontrola, • orientacja na sprawy wewnętrzne i integracja lub orientacja na pozycję w otoczeniu i różnicowanie. 	Kultura: <ul style="list-style-type: none"> • klanu, • adhokracji, • rynku, • hierarchii.

Źródło: opracowanie własne

Typologia kultur organizacyjnych R. Harrisona i Ch. Handy'ego

Jedną z bardziej znanych typologii opartych o dwa wymiary jest ta opisana przez R. Harrisona. Wyróżnia ona cztery typy kultur organizacyjnych zorientowanych na: władzę, rolę, wsparcie i sukces. Autor wykorzystał wymiary indywidualizm – kolektywizm oraz wewnątrzsterowność – zewnątrzsterowność. W wyniku podejmowania prób powiązania kultury ze strukturą organizacyjną Ch. Handy zmodyfikował wersję typologii R. Harrisona. Potwierdził on dwa typy kultury, to jest kulturę władzy i kulturę roli, natomiast dwie pozostałe zastąpił kulturą zadaniową i ukierunkowaną na jednostkę⁶⁹ (rys. 1.8.). Ta typologia została oparta na następujących wymiarach: wysoki poziom formalizacji – niski poziom formalizacji oraz centralizacja – decentralizacja⁷⁰.

Rys. 1.8. Macierz kultury organizacyjnej według R. Harrisona i Ch. Handy'ego



Źródło: Siemiński M., *Kształtowanie kultury organizacyjnej przedsiębiorstw przemysłowych*, TNOiK, Toruń 2008, s. 54

⁶⁹ Olejniczak W. (red.), *Zespół – Kultura – Projekt*, Wydawnictwo Zachodniopomorska Szkoła Biznesu, Szczecin 2009, s. 35

⁷⁰ Siemiński M., *Kształtowanie ...*, op. cit., s. 54

Typy powyższych kultur można opisać w następujący sposób⁷¹:

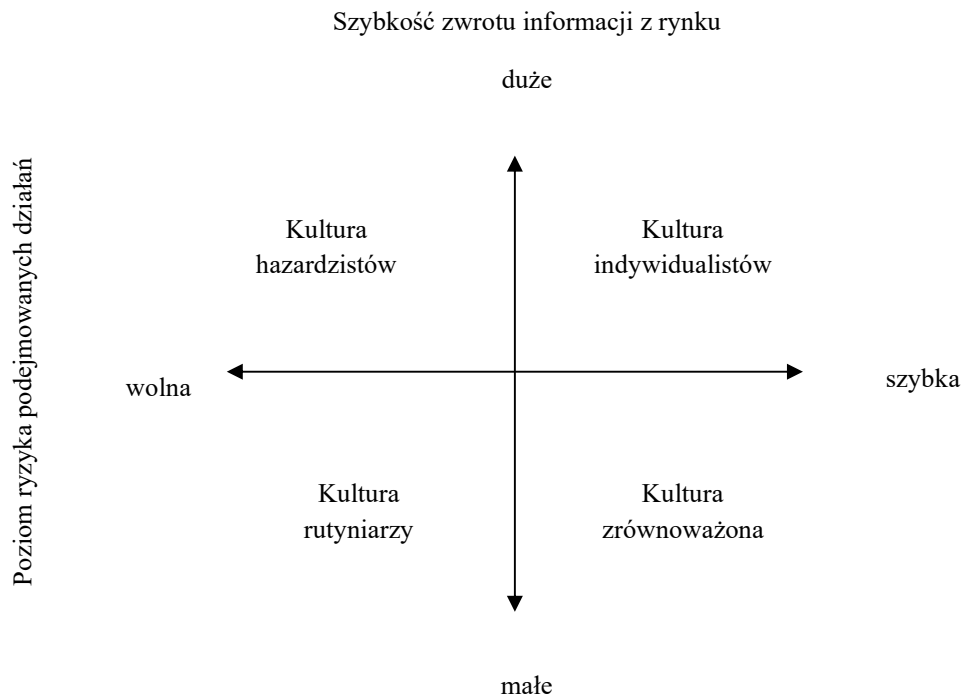
- orientacja na władzę jest kulturą właściwą organizacjom, które starają się zdominować swoje otoczenie, są konkurencyjne i bezkompromisowe; stosunki między pracownikami oparte są na dużym dystansie władzy i silnej rywalizacji; kierownicy traktują podwładnych przedmiotowo,
- orientacja na role charakteryzuje kulturę organizacji biurokratycznych, w których nacisk kładziony jest na legalność działań i poczucie odpowiedzialności; obowiązki i przywileje są wyraźnie określone i ściśle uzależnione od zajmowanego stanowiska; przewidywalność zachowań ludzi jest bardzo duża, a stabilność działania i jego zgodność z przepisami jest często wyżej ceniona niż wiedza i umiejętności,
- orientacja na zadania występuje w kulturze organizacji elastycznych, nastawionych na szybkie reagowanie na zmiany zachodzące w ich otoczeniu; cechy relacji społecznych rozpatrywane są z punktu widzenia realizacji organizacyjnych celów w zmieniających się warunkach,
- orientacja na ludzi jest typowa w kulturze organizacji, które istnieją głównie dla zaspokojenia potrzeb swoich członków; dystans władzy jest niewielki; w podejmowaniu decyzji preferowany jest społeczny konsensus; stosunki między ludźmi oparte są na silnej kooperacji, wzajemnym wspieraniu się i dzieleniu doświadczeniami; podstawą formalnych reguł są utrwalone w danym środowisku zwyczaje i wzory zachowań.

Typologia kultur organizacyjnych T. Deal'a i A. Kennedy'ego

Kolejną klasyfikacją kultury organizacyjnej opartej o dwa wymiary jest klasyfikacja według T. Deal'a i A. Kennedy'ego. Oparli oni swoją typologię o poziom ryzyka podejmowanych działań oraz szybkość informacji zwrotnej. (rys 1.9).

⁷¹ Harrison R., *Understanding Your Organization's Character*, Harvard Business Review, May-June 1972, nr 4, s. 119-128. Cyt. za: Sikorski. Cz., *Kultura organizacyjna*, CH Beck, Warszawa 2006, s. 19-20

Rys. 1.9. Macierz kultury organizacyjnej według T. Deal'a i A. Kennedy'ego



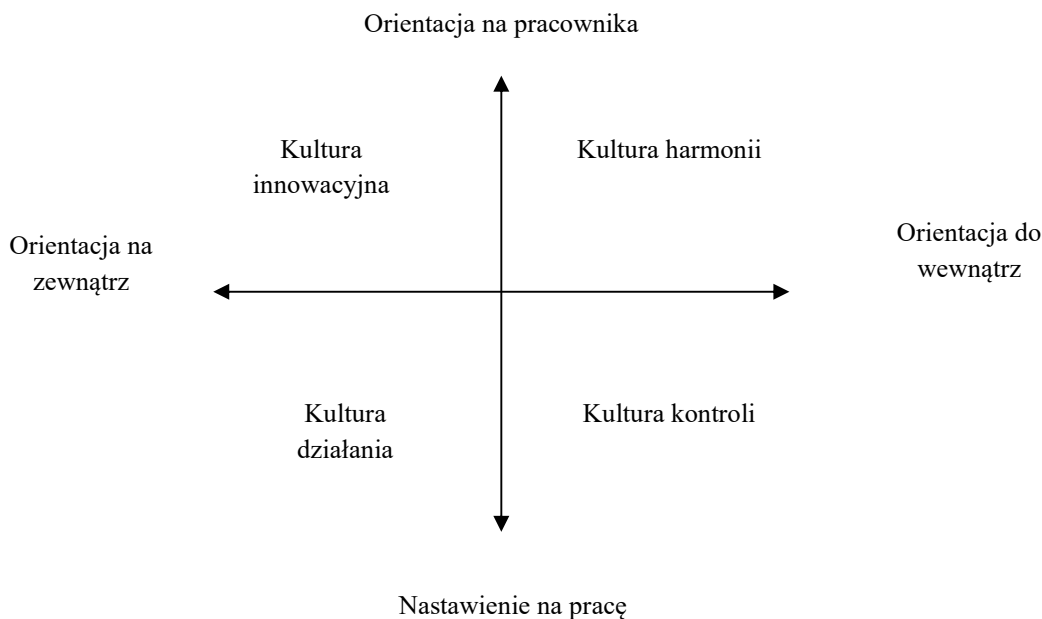
Źródło: Siemiński M., Kształtowanie kultury organizacyjnej przedsiębiorstw przemysłowych, TNOiK, Toruń 2008, s. 57

W ten sposób wyróżnili cztery typy kultur: twardej (indywidualistów), „pracuj ciężko i się baw” (hazardzistów), spokojnego działania (zrównoważona) oraz trwania, stabilności (rutyniarzy). Kultura twarda charakteryzuje się szybkim tempem działania, przedkłada nad inne cechy przebojowość, sukces jest w niej mile widziany, ale nietolerowanie są porażki. W kulturze twardej możliwy jest szybki awans, ale i szybki upadek w hierarchii. Nie ma podziału na płęć, wszyscy traktowani są równo. W kulturze „pracuj ciężko i baw się” pracownicy potrafią znaleźć równowagę między pracą z pełnym poświęceniem, a odpoczynkiem. Preferuje się wspólne świętowanie i rytuały wzmacniające motywację. Kultura spokojnego działania preferuje zachowania spokojne, stateczne i przemyślane. Kariera przebiega powoli zgodnie z przyjętymi zasadami. Pożądanym pracownikiem jest osoba spokojna, opanowana, konsekwentnie dążąca do celu. Otoczenie jest traktowane jako zagrożenie i dlatego dominuje planowanie długofalowe. Kultura trwania, stabilności jest nastawiona na perfekcyjną realizację zadań. Wszyscy pracownicy znają swoje obowiązki i zadania. Wykonują je w sposób sumienny i uporządkowany. W tym rodzaju kultury błędy nie są tolerowane. Nastawiona jest ona na tradycję i stabilność, dlatego nie łatwo jest wprowadzić w niej zmiany.

Typologia kultur organizacyjnych J. Petersa

Innym przykładem typów kultury organizacyjnej opartej o dwa wymiary jest model J. Petersa, który zakłada istnienie następujących rodzajów kultur organizacyjnych: kulturę innowacyjną, kulturę kontroli, kulturę działania i kulturę harmonii. Opiera się on na wymiarach: orientacja do wewnątrz – orientacja na zewnątrz oraz orientacja na pracownika – nastawienie na pracę. (rys. 1.10).

Rys. 1.10. Macierz kultury organizacyjnej według J. Petersa



Źródło: Zbiegień-Maciąg L., *Kultura w organizacji. Identyfikacja kultur znanych firm*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1999, s. 72-75

Autor stworzył go na podstawie analizy czynników składających się na współczesną kulturę organizacyjną, które warunkują⁷²:

- innowację, kreatywność, zmianę i wprowadzanie nowości,
- działanie, osiągnięcia, energię i wysiłki,
- kontrolę, konsolidację, ochronę i konserwatyzm,
- harmonię, rozwagę, porozumienie i zabezpieczenie.

W kulturze innowacyjnej mamy do czynienia z organizacją, której pracownicy czują się związani z firmą, są skłonni do ryzyka oraz pracy w szerszym wymiarze. Dominują nieformalne zachowania, a hierarchia nie jest ściśle określona. W przypadku kultury

⁷² Pietruszka-Ortyl A., Potocki A., *Wstęp do typologii kultur organizacyjnych*. Zeszyty Naukowe nr 626, Akademia Ekonomiczna w Krakowie, Kraków 2003, s. 66

kontroli organizacja firmy jest mocno sformalizowana, obowiązuje ścisła hierarchia, a godziny pracy są bardzo dokładnie rozliczane. Pracownik może czuć się bezpieczny za cenę ograniczenia w działaniu. Organizacja posiadająca kulturę działania jest oparta o przekonanie, że tylko silne i agresywne firmy mogą przetrwać na rynku. U pracowników ceniona jest inicjatywa, ale nie toleruje się błędów. Siłą takiej organizacji jest dążenie do osiągnięcia sukcesu handlowego oraz zdolność dostosowania się do zmian w otoczeniu. Kultura harmonii cechuje się dbaniem o pracownika, osiągnięcia są prezentowane na forum grupy. U pracowników ceniona jest dyspozycyjność i oddanie firmie. Komunikacja wewnątrz organizacji jest jawna, często organizowane są narady pracownicze i występuje regularna ocena pracownika.

Typologia kultur organizacyjnych K.S. Camerona i R.E. Quinna

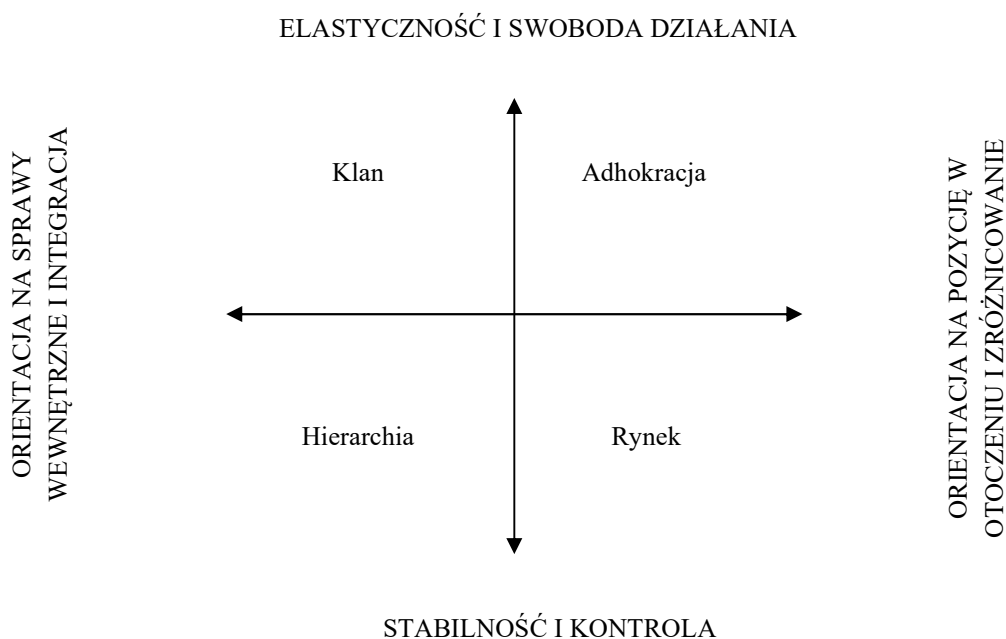
Bardzo istotną typologię kultury przedstawili K.S. Cameron i R.E. Quinn, którzy zaproponowali model wartości konkurujących. Jest to model dwuwymiarowy, gdzie jeden wymiar charakteryzowany jest poprzez elastyczność i swobodę działania oraz stabilność i kontrolę, a drugi wymiar przedstawia orientację na sprawy wewnętrzne i integrację lub orientację na pozycję w otoczeniu i zróżnicowanie (rys. 1.11).

Zestawienie tych dwóch wymiarów pozwoliło na wyodrębnienie czterech typów kultur: klanu, adhokracji, rynku oraz hierarchii. Można je opisać za pomocą sześciu zmiennych szczegółowych⁷³:

- ogólnej charakterystyki organizacji,
- stylu przywództwa,
- stylu zarządzania,
- elementów zapewniających spójność organizacji,
- elementów, na które kładzie się największy nacisk,
- kryteriów sukcesu.

⁷³ Starosta Anna (2014). *Kultura organizacyjna w zarządzaniu anty kryzysowym w przedsiębiorstwie* (rozprawa doktorska). Pozyskano z: Wielkopolska Biblioteka Cyfrowa [dostęp: 31 października 2016]. [http://www.wbc.poznan.pl/Content/317003/Starosta_Anna_rozprawa_doktorska.pdf], s.104

Rys. 1.11. Model wartości konkurujących



Źródło: Cameron K.S., Quinn R.E., *Kultura organizacyjna – diagnoza i zmiana*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2003, s. 40

Model ten nazywany jest modelem wartości konkurujących i pozwala określić stan aktualnej i zdefiniowanie pożądanej kultury organizacyjnej. Cechy charakterystyczne poszczególnych rodzajów kultur organizacyjnych dla tej typologii zawiera tabela 1.18.

Tabela 1.18. Konkurujące wartości w modelu kultury K.S. Camerona i R.E. Quinna

	Hierarchia	Rynek	Klan	Adhokracja
Typ przywódcy	Koordynator, obserwator, organizator.	Nadzorca, konkurent, producent.	Doradca, mentor, ojciec.	Innowator, przedsiębiorca, wizjoner.
Kryteria efektywności	Sprawność, terminowość, praca bez zakłóceń.	Udział w rynku, osiąganie celów, pokonywanie konkurencji	Spójność, morale, rozwój zasobów ludzkich.	Nowatorski produkt, kreatywność, wzrost.
Reguła zarządzania	Kontrola sprzyja efektywności.	Konkurencja sprzyja efektywności.	Uczestnictwo sprzyja zaangażowaniu.	Innowacyjność sprzyja pozyskiwaniu zasobów.
Strategie jakości	Wykrywanie błędów, kontrola procesów, systematyczne rozwiązywanie problemów, stosowanie narzędzi badania	Pomiary preferencji klientów, poprawa wydajności, rozwijanie partnerstwa, zwiększanie konkurencyjności, angażowanie	Zwiększanie samodzielności pracowników, budowanie zespołu, zaangażowanie pracowników, rozwój zasobów	Zaskakiwanie i nadzwyczajne usatysfakcjonowanie klientów, tworzenie nowych standardów,

	jakości.	klientów i dostawców w planowanie i projektowanie produktów.	ludzkich, otwarta komunikacja.	przewidywanie potrzeb klientów, stałe doskonalenie, poszukiwanie twórczych rozwiązań.
Zarządzanie zasobami ludzkimi:				
1.Rola menedżera personalnego	1.Ekspert w dziedzinie administracji;	1.Partner strategiczny;	1.Rzecznik pracowników;	1.Agent zmian;
2.Środki	2.Skupienie na procesach reorganizacji;	2.Koordynacja strategii personalnej ze strategią przedsiębiorstwa;	2.Reagowanie na potrzeby zatrudnionych;	2.Ułatwianie procesu transformacji;
3.Cele	3.Sprawna infrastruktura;	3.Wpływ na wyniki finansowe;	3.Spójność, zaangażowanie, doskonalenie;	3.Naprawa organizacji;
4.Kompetencje	4.Doskonalenie procesów, relacje z klientami, ocena zapotrzebowania na usługi.	4.Ogólne umiejętności biznesowe, analiza strategiczna, przywództwo strategiczne.	4.Ocena morale, rozwój umiejętności menedżerskich.	4.Analiza systemów, umiejętności związane z zarządzaniem zmianą, konsultacje i ułatwianie zadań.

Źródło: Siemiński M., *Kształtowanie kultury organizacyjnej przedsiębiorstw przemysłowych*, TNOiK, Toruń 2008, s. 64-65

4.4. Wybór typologii kultury organizacyjnej do badań empirycznych

Badania empiryczne, w trakcie których dokonana zostanie identyfikacja i analiza kultury polskiego ratownictwa medycznego, będą wymagały wyboru spośród wielu przedstawionych powyżej typologii kultury organizacyjnej. Autor zdecydował się na wybór trzech wymiarów wykorzystywanych w typologiach opartych o jeden wymiar:

- indywidualizm – kolektywizm,
- zachowawczość – innowacyjność,
- niska tolerancja niepewności – wysoka tolerancja niepewności.

Za takim wyborem przemawiał szereg opisanych poniżej przesłanek.

Indywidualizm – kolektywizm. Ważnym aspektem działalności badanej organizacji jest praca zespołowa. Na całość tej organizacji składa się około 1500 dwu lub trzyosobowych zespołów pracowniczych stacjonujących na terenie całego kraju. Sprawność rozumiana jako skuteczność i efektywność działania tych najmniejszych elementów systemu zależy od kolektywnego działania. Dotyczy to zarówno pracy na rzecz zdarzenia pojedynczego, jak również, a może w szczególności, w przypadku działań mnogich. W takim przypadku zespołowo musi działać kilkunastu lub kilkudziesięciu pracowników organizacji, z różnych grup zawodowych. Ekspert ratownictwa z Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie P. W. Guła w swoim artykule pisze, że zasady pracy podczas zdarzeń są powszechnie znane. Dlaczego więc nie wprowadzić ich jako jednolite? Czyż to nie pozwoli uniknąć bałaganu, nieporozumień i braku komunikacji?⁷⁴ W polskim kręgu kulturowym indywidualizm jest dużo niższy niż w kulturze anglosaskiej, więc jest szansa na to, że dobro zespołu weźmie górę na indywidualizmem⁷⁵.

Zachowawczość – innowacyjność. Polskie ratownictwo medyczne działa w dynamicznie zmieniającym się obszarze medycyny. Dynamika zmian wynika z postępu nauki oraz z wdrażanych innowacji sprzętowych. Pracownicy powinni więc mieć zdolność do szybkiego dostosowania się do tych zmian. W dobie dynamicznego rozwoju następuje szybkie starzenie się kwalifikacji pracowników, a szkolenia są traktowane jako działania zapewniające odpowiedni poziom wiedzy i umiejętności⁷⁶, szczególnie w tak ważnej działalności, jaką prowadzi opisywana organizacja.

Niska tolerancja niepewności – wysoka tolerancja niepewności. Medycyna jest lub powinna być obszarem o stosunkowo wysokim poziomie standaryzacji. Wykorzystywanie standardów umożliwia bezpieczne zapewnienie pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego⁷⁷ w oparciu o najlepsze praktyki w danym zakresie. Pracownicy PRM w wielu przypadkach zobowiązani są do postępowania zgodnie ze standardami przyjętymi przez różne organizacje, na przykład

⁷⁴ Guła P. W., *Kowiesy, Baby i inne porażki polskiego systemu ratownictwa. Nic się nie stało*. „Menedżer zdrowia”, sierpień 2014, nr 5, s. 63

⁷⁵ Gryko P., *Różnice kulturowe w biznesie*, „Personel i zarządzanie”, luty 2015 nr 2, s. 41

⁷⁶ Łąguna M. et alii, *Podjęmowanie szkoleń a kultura i klimat organizacyjny*, „Organizacja i kierowanie”, nr 2 2015, Oficyna wydawnicza SGH, s. 141

⁷⁷ Misja PRM zgodnie z *Ustawą z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym*, Dziennik Ustaw z 2006 r. Nr 191 poz.1410 z późn. zm.

przez Polską Radę Resuscytacji⁷⁸. Wydaje się więc, że ważnym wymiarem charakteryzującym kulturę PRM jest stopień tolerancji niepewności.

⁷⁸ Zgodnie ze statutem, celem i zadaniem Rady jest rozwijanie wiedzy na temat ratowania ludzkiego życia przez poprawę standardów resuscytacji w Polsce oraz promocji i koordynacji praktycznej aktywności instytucji zainteresowanych realizacją metod resuscytacji krążeniowo-oddechowo-mózgowej.

II. Kreowanie kultury organizacyjnej - uwarunkowania i metody

1. Przegląd uwarunkowań kultury organizacyjnej

Kultura organizacyjna nie istnieje w próżni, podobnie więc jak wszystko, co dzieje się w organizacji, uzależniona jest od szeregu czynników zewnętrznych i wewnętrznych⁷⁹, nazywanych również endogenicznymi i egzogenicznymi⁸⁰. M. Kostera i M. Śliwa piszą, że kultura widziana jako zmienna zależna opiera się na założeniu, że jest ona jednym z wewnętrznych czynników organizacji, którym można i należy zarządzać, w celu uzyskania korzyści⁸¹. Według G. Aniszewskiej kultura organizacyjna ma trzy determinanty⁸²:

- kulturę społeczności, w której organizacja działa,
- charakter otoczenia biznesowego lub działalności firmy,
- wspólne wartości, założenia podstawowe firmy lub jej dominujących liderów.

Pierwsza z tych determinant opisywana jest często jako kultura narodowa. Zdaniem wielu autorów kultura narodowe i kultury przedsiębiorstw funkcjonują odmiennie i na różnych poziomach świadomości, stąd też posługiwanie się w stosunku do obu zagadnień tym samym terminem może prowadzić do nieporozumień. Pierwszą internalizujemy we wczesnym dzieciństwie, drugą natomiast w przypadku zatrudnienia w nowym miejscu pracy. Kultura narodowa, jeżeli w ogóle się zmienia, to następuje to bardzo wolno. Kultura przedsiębiorstwa z kolei może być kształtowana świadomie⁸³. G. Hofstede przeprowadził badania kultur narodowych pod względem (w przypadku Polski) stosunku do władzy, kolektywizmu - indywidualizmu, kobiecości - męskości oraz unikania niepewności. Z badań wynika, że w polskiej kulturze narodowej wskaźnik dystansu władzy jest większy niż przeciętnie – występuje w niej duży dystans władzy. Wyniki badania poziomu indywidualizmu nie wskazują jednoznacznie na dominację kolektywizmu lub indywidualizmu⁸⁴. Ponadto Polska charakteryzuje się męską kulturą.

⁷⁹ Nogalski B. (red.), *Kultura ...*, op. cit., s. 114

⁸⁰ Siemiński M., *Kształtowanie ...*, op. cit., s. 69

⁸¹ Kostera M., Śliwa M., *Zarządzanie w XXI wieku. Jakość, twórczość, kultura*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2010, s. 246

⁸² Aniszewska G. (red.), *Kultura organizacyjna ...*, op. cit., s. 22

⁸³ Dudziak A., *Kultura narodowa w dobie globalizacji*, Przegląd Politologiczny nr 1/2010, Poznań 2010, s. 128

⁸⁴ Mikuła B., *Polska kultura organizacyjna jako źródło barier tworzenia organizacji opartych na wiedzy*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie nr 820, Kraków 2010, s. 65-69

W tym miejscu warto zauważyć, że konsekwencją takich cech kultury narodowej mogą być następujące zachowania i postawy⁸⁵:

- uznawanie zależności od przełożonych i instytucji sprawujących władzę oraz unikanie wyrażania sprzeciwu w sposób bezpośredni,
- skłonność do traktowania w sposób luźny związków z innymi ludźmi oraz wykazywanie szczególnego zainteresowania interesami własnymi i swojej rodziny, a w warunkach pracy dbałość o czas wolny od pracy, swobodę wyboru odpowiedniego stylu pracy, który daje satysfakcję,
- wykazywanie przez mężczyzn postaw asertywności, twardości i nakierowania na sukces materialny kosztem skromności, czułości i troskliwości o jakość życia,
- odczuwanie relatywnie silnego zagrożenia w obliczu sytuacji nowych, nieznanych lub niepewnych, które wyraża się stresem oraz potrzebami przewidywalności, które mogą być zaspokojone przez wszelkiego rodzaju prawa, przepisy, zwyczaje,
- pielęgnowanie cnót związanych z przeszłością i teraźniejszością, a zwłaszcza: poszanowania tradycji, zachowania twarzy i wypełniania społecznych zobowiązań kosztem rozwijania cnót przynoszących korzyści w przyszłości, m.in. poprzez upór i oszczędności oraz kształtowanie relacji międzyludzkich opartych na prawości,
- relatywnie niski stopień poczucia dumy narodowej, co skutkuje relatywnie niskim stopniem pomagania innym, samowzmacniania się i dbałości o własny wizerunek,
- dominuje przekonanie, że czerpanie radości z życia i zabawy powinno być nadzorowane i ściśle regulowane normami społecznymi, a nie wynikać z podstawowych i naturalnych pragnień jednostki.

Z badań przeprowadzonych przy użyciu ram wartości kulturowych G. Hofstede wynika, że predykcyjna siła wartości kulturowych zależy od takich czynników warunkowych, jak cechy demograficzne, dane pierwotne i wtórne oraz luźność kulturowa krajów, w których gromadzone są dane⁸⁶. Warto jeszcze dodać, że znaczna część badań G. Hofstede przeprowadzona została w ubiegłym wieku, tymczasem społeczeństwa się

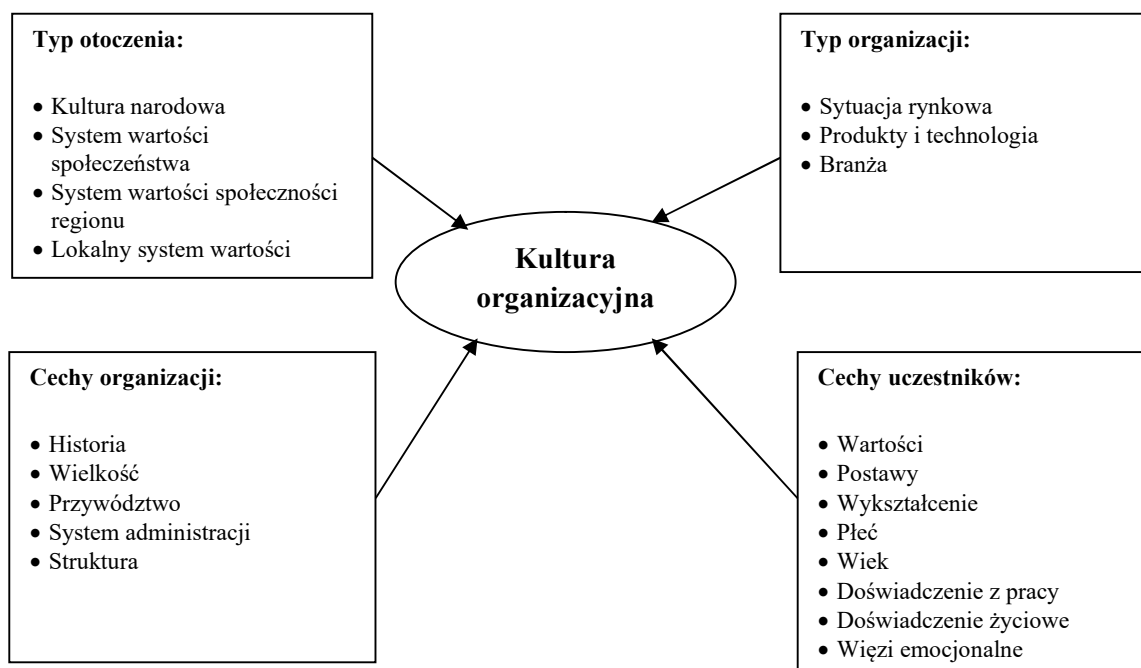
⁸⁵ Hofstede G., Hofstede G.J., Minkov M., *Kultury i Organizacje. Zaprogramowanie umysłu*, PWE, Warszawa 2011, s. 73, 102-103, 149, 200, 246, 257, 260, 291

⁸⁶ Taras, V., Kirkman, B.L., Steel, P., *Examining the impact of Culture's Consequences: A three-decade, multi-level, meta-analytic review of Hofstede's cultural value dimensions*, *Journal of Applied Psychology*, 95(3), 2010, s. 436

zmieniają. Należy więc z pewną ostrożnością stosować ich wyniki we współczesnych warunkach. Co więcej, badania G. Hofstede są przez niektórych badaczy traktowane jako kontrowersyjne. Wynika to z tego, że część autorów uważa, że różne grupy kulturowe niekoniecznie muszą korelować z krajem, stąd narody nie są prawidłową jednostką analizy. Ponadto uważają, że wyniki badań G. Hofstede są nieaktualne, bo nie odzwierciedlają aktualnego, szybko zmieniającego się i zglobalizowanego środowiska. Wątpliwości budzi także oparcie badania tylko na analizie jednej firmy (IBM), co może prowadzić do niepoprawnych informacji dotyczących kultury całych narodów. Kolejnym z podnoszonych argumentów jest to, że kultura jest zbyt złożona, aby można ją było umieścić w kilku wymiarach⁸⁷.

Według A.K. Koźmińskiego i D. Jemielniaka uwarunkowania kultury organizacyjnej można zobrazować w sposób przedstawiony na rys. 2.1.

Rys. 2.1. Uwarunkowania kultury organizacyjnej



Źródło: Koźmiński A.K., Jemielniak D. (red.), *Zarządzanie, teoria i praktyka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1995, s. 424. Cyt. za: Nogalski B. (red.), *Kultura organizacyjna duch organizacji*, TNOiK, Bydgoszcz 1998, s. 115

⁸⁷ Abdullah Shaiq H. M., Sufyan Khalid H. M., Akram A., Ali B., *Why not everybody loves Hofstede? What are the alternative approaches to study of culture?*, European Journal of Business and Management, Vol 3, No.6, 2011, s. 101-111

W literaturze, oprócz powyższej, można spotkać się z nieco inaczej sformułowaną klasyfikacją uwarunkowań kultury organizacyjnej opisaną przez C. Andersona⁸⁸:

- czynnik ekologiczny: wewnętrzny, zewnętrzny;
- skumulowane cechy zespołu: płeć, wiek, generacja, doświadczenie;
- system społeczny instytucji: struktura, sposoby podejmowania decyzji, procesy komunikacji;
- system normatywny: normy, system wartości, system znaczeń.

Tabela 2.1. przedstawia przegląd wybranych czynników wpływających na kształtowanie się kultury organizacyjnej w organizacji według różnych autorów.

Tabela 2.1. Przegląd wybranych czynników kulturotwórczych według różnych autorów

Autor	Czynniki kulturotwórcze
<i>Cz. Sikorski</i>	<ul style="list-style-type: none"> • zewnętrzne czynniki kulturotwórcze (otoczenie, kultura środowiska społecznego), • wewnętrzne czynniki kulturotwórcze (interakcje społeczne w organizacji, zmiany formalnych rozwiązań organizacyjnych, wpływ samego kierownika).
<i>M. Czerska</i>	<ul style="list-style-type: none"> • uwarunkowania wewnętrzne (cechy organizacji, cechy uczestników, cechy produkcji i technologii organizacji), • uwarunkowania zewnętrzne (cechy społeczności, cechy rynku, cechy techniki i technologii światowej).
<i>A. K. Koźmiński</i> <i>W. Piotrowski</i>	<ul style="list-style-type: none"> • typ otoczenia (kultura narodowa, system wartości społeczeństwa, system wartości społeczeństwa regionu, lokalny system wartości), • cechy organizacji (historia, wielkość, przywództwo, system administracji, struktura), • typ organizacji (sytuacja rynkowa, produkty i technologia, branża), • cechy uczestników (wartości, postawy, wykształcenie, płeć, wiek, doświadczenie z pracy, doświadczenie życiowe, więzi emocjonalne).
<i>D. Rośca</i> <i>M. Sirbu</i> <i>C. Rośca</i>	<ul style="list-style-type: none"> • grupa w organizacji, • styl kierowania menedżerów, • charakterystyka organizacji, • założyciele i właściciele organizacji, • otoczenie.

Źródło: Bednarska-Wnuk I., *Wzajemne relacje pomiędzy kulturą organizacyjną a zachowaniami proaktywnymi w miejscu pracy*, „Edukacja ekonomistów i menedżerów”, październik-grudzień 2012, nr 4, s. 29-30

Przegląd wybranych czynników pozwala wyłonić najważniejsze elementy wspólne mających wpływ na kulturę organizacyjną. Należą do nich: czynniki związane z

⁸⁸ Anderson C., *Ważność wspólnych wartości w szybkości i rozwoju organizacji*, CH Beck, Warszawa 1997. Cyt. za: Augustyniak E., *Kultura organizacyjna szkół podstawowych południowo-wschodniej Polski w opinii ich nauczycieli*, Wydawnictwa AGH, Kraków 2012, s. 25

organizacją i pozaorganizacyjne, mające swe źródło w środowisku zewnętrznym organizacji. Można także powiedzieć, że splot i kombinacja owych czynników wpływa na proces konstituowania się a następnie ewolucji kultury danej organizacji⁸⁹. Na potrzeby niniejszej dysertacji wybrano uwarunkowania sformułowane przez M. Czerską. Opis ten, w przeciwieństwie do pozostałych, zawiera tak ważne elementy jak cechy organizacji pracy oraz cechy techniki i technologii światowej, które są istotne ze względu na obszar, w jakim są prowadzone rozważania w niniejszej dysertacji (ratownictwo medyczne). Ponadto M. Czerska w swoich rozważaniach podkreśla, że **strategia** jest stymulatorem zmian kulturowych⁹⁰. Wskazuje to na konieczność szczegółowego opisanie tego zagadnienia w kolejnym podrozdziale. Właściwym jednak wydaje się być dokonanie małej korekty – w uwarunkowaniach zewnętrznych konieczne jest bowiem ujęcie aspektów prawnych zamiast cech rynku (badana organizacja nie ma konkurencji na rynku, nie walczy o wyniki sprzedaży, nie walczy również o zysk, natomiast aspekty prawne wyznaczają jej misję, cele oraz sposób funkcjonowania), w uwarunkowaniach wewnętrznych zastąpienie cech produkcji i technologii organizacji, cechami usługi i technologii organizacji (badana organizacja świadczy usługi). Ponadto, z wyżej opisanych powodów, uzasadnionym wydaje się w tej sytuacji dodanie w uwarunkowaniach wewnętrznych strategii. Przyjęte uwarunkowania przedstawia rys. 2.2.

⁸⁹ Bednarska-Wnuk I., *Wzajemne relacje pomiędzy kulturą organizacyjną a zachowaniami pro aktywnymi w miejscu pracy*, „Edukacja ekonomistów i menedżerów”, październik-grudzień 2012, nr 4, s. 30

⁹⁰ Czerska M., *Zmiana...*, op. cit., s. 47

Rys. 2.2. Uwarunkowania zewnętrzne i wewnętrzne kultury organizacyjnej



Źródło: opracowanie własne

Podsumowując wśród determinant zewnętrznych kultury organizacyjnej systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne bardzo ważne wydają się być **uwarunkowania prawne**, które wyznaczają ramy w których funkcjonuje organizacja. Ważny wpływ na kulturę organizacyjną mają również **cechy techniki i technologii światowej**, ponieważ są one ściśle powiązane – mają wpływ na uwarunkowanie wewnętrzne w postaci cech produkcji i technologii organizacji. Wyższe osiągnięcia techniki i technologii światowej przekładają się bezpośrednio na możliwość doskonalenia usług i procesów wykonywanych przez członków organizacji w postaci jej cech produkcji i technologii. Kolejnym czynnikiem determinującym kulturę są **cechy społeczności**. Na potrzeby niniejszych rozważań przyjęto, że wpływ może mieć otoczenie, w jakim działają poszczególne jednostki organizacji. Mogą być częścią większej struktury (szpital) lub być jednostką samodzielną. W pierwszym przypadku na kulturę jednostki może mieć wpływ kultura jednostki nadrzędnej, w której strukturach się znajduje.

W odniesieniu do uwarunkowań wewnętrznych ważnym elementem wydają się być **cechy uczestników**. W swoich publikacjach Cz. Sikorski, oprócz innych uwarunkowań, wskazuje na kulturotwórczą rolę kierownika. Kierownicy odpowiadają za bieżące rezultaty funkcjonowania organizacji oraz jej potencjał zapewniający przyszły rozwój.

Zarządzanie zawiera humanistyczny element przywództwa, jak i szereg technicznych umiejętności, takich jak podejmowanie decyzji czy planowanie⁹¹. Natomiast dynamiczne procesy tworzenia kultury i zarządzanie są istotą przywództwa i należy sobie uświadomić, że przywództwo i kultura to dwie strony tego samego medalu⁹². Naukowcy zajmujący się zarządzaniem uważają, że przywództwo jest kluczowym czynnikiem sukcesu organizacji i społeczeństwa oraz może wpływać na kulturę organizacyjną⁹³. Istotą kierowania jest bowiem sprawowanie władzy i wywieranie wpływu. Wpływ to możliwość modyfikacji postępowania lub postawy podwładnego jako reakcji na oddziaływania władcze przełożonego, przy czym władzę pojmuje się jako zdolność do kształtowania cudzych zachowań według własnej woli. Władzą dysponuje kierownik, to on ukierunkowuje pracę podległych zespołów ludzi⁹⁴. Również A.K. Koźmiński⁹⁵ uważa, że kierownik odgrywa kluczową rolę w kształtowaniu kultury organizacyjnej, jednocześnie zwracając uwagę na to, że ma to służyć realizowanej strategii. M. Maccoby⁹⁶ wyróżnia cztery typy kierowników ze względu na przedmiot i rodzaj ich wpływu na kulturę organizacyjną podwładnych:

- rzemieślnik – zorientowany na wzory kultury wartości,
- wojownik – zorientowany na wzory kultury rywalizacji,
- człowiek firmy – zorientowany na wzory kultury przynależności,
- hazardzista – zorientowany na wzory kultury proinnowacyjnej.

Na potrzeby organizacji, która jest badana w niniejszej dysertacji najwłaściwszym wydaje się być rzemieślnik, który z pasją oddaje się tworzeniu coraz lepszych rzeczy, jest rodzajem niezależnego profesjonalisty⁹⁷. Na potrzeby niniejszej pracy przyjęto, że tworzenie lepszych rzeczy w tym ujęciu oznacza skupienie się na wypełnieniu celów strategicznych opisywanej organizacji (wyznaczonych prawnie) w jak najskuteczniejszy sposób. Do tego wymagane jest stałe doskonalenie wykonywanych zadań swoich i

⁹¹ Bielski M., *Podstawy teorii organizacji i zarządzania*, C.H. Beck, Warszawa 2004, s. 157

⁹² Schein E.H., *Organisational culture and leadership*, Third Edition, Jossey-Bass, San Francisco 2004, s.1

⁹³ Hosseini S.H., Hajipour E., Kaffashpoor A., Darikandeh A., *The mediating effect of organizational culture in the relationship of leadership style with organizational learning*, Journal of Human Behavior in the Social Environment, Vol. 30, No. 3, 2020, s. 286

⁹⁴ Banaszyk P., *Podstawy organizacji i zarządzania*, Wyższa Szkoła Handlu i Rachunkowości, Poznań 2002, s. 138

⁹⁵ Koźmiński A.K., *Odrabianie zaległości*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1998, s. 156

⁹⁶ Maccoby M., *The Gamesman. The New Corporate Leaders*, Simon and Schuster, New York 1978, s.112. Cyt. za: Sikorski Cz., *Kształtowanie kultury organizacyjnej. Filozofia, strategię, metody*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2009, s. 48

⁹⁷ Urbański M., *Manager w zarządzaniu kulturą organizacji*, Zeszyty Naukowe „Organizacja i Zarządzanie” Politechniki Śląskiej, zeszyt 80, Zabrze 2015, s. 333

podwładnych, z wykorzystaniem najnowocześniejszych dostępnych technologii i najbardziej aktualnych standardów postępowania. Niezbędne wydaje się być także w przypadku badanej organizacji integrowanie zespołu i działanie kolektywne w zespołach pracowniczych. W przypadku, kiedy wyznaczone cele strategiczne są niezmiennie możemy dokonać tego tylko poprzez doskonalenie systemu, tzn. zespołu współzależnych części (ludzi, procesów, produktów, usług)⁹⁸.

Kolejną determinantą kultury organizacyjnej, która również należy do kategorii „cechy uczestników” są zachowania i postawy członków organizacji. Istotne znaczenie ma w przypadku wymiaru kultury zachowawczość – innowacyjność wybranego do dalszych badań w pkt. 1.4.4. proaktywność. Proaktywność może przejawiać się w umiejętnym inicjowaniu zmian, proponowaniu twórczych rozwiązań odnoszących się do ich wdrażania czy niwelowaniu oporu wobec nich oraz przewidywania określonych skutków zmian. Pomaga ona również w uczeniu się nowych artefaktów, nabywaniu bądź modyfikowaniu nowych wartości oraz zwiększa prawdopodobieństwo uniknięcia szoku kulturowego⁹⁹. Istnieje również teoria mówiąca o tym, że to kultura organizacyjna warunkuje zachowania proaktywne. Jednakże właściwszym wydaje się być pierwsze stwierdzenie mówiące o tym, że zachowania proaktywne determinują kulturę organizacyjną. Jednocześnie proaktywność członków organizacji może łagodzić trudności z wprowadzeniem zmian w organizacji posiadającej silną kulturę organizacyjną. Ponadto należy zwrócić uwagę na to, że tacy pracownicy mogą stanowić duże ułatwienie we wprowadzaniu nowych technik i technologii w organizacji. W tym miejscu na zauważenie zasługuje fakt, że mimo, iż badana organizacja pracuje w oparciu o aspekty prawne i standardy postępowania, to standardy te ulegają aktualizacjom, które mają na celu zwiększyć skuteczność działań. Taki stan rzeczy determinuje konieczność uaktualniania sposobów postępowania. W takich sytuacjach proaktywne działania członków organizacji mogą okazać się niezwykle użyteczne, a cele przedsiębiorstwa, określone jako jego rozwój i przetrwanie, są realizowane dzięki zasobom¹⁰⁰.

Istotnym wewnętrznym uwarunkowaniem kultury organizacyjnej będącym cechą organizacji są interakcje społeczne. Przede wszystkim należy tutaj wziąć pod uwagę

⁹⁸ Arrington B., Kurz R.S., *Quality Management and Improvement. W: Handbook of Health Care Management*, Red. W.J. Duncan, P.M. Ginter, L.E. Swayne, Blackwell Publishers, Oxford 1998, s. 291

⁹⁹ Bednarska-Wnuk I., *Wzajemne relacje pomiędzy kulturą organizacyjną a zachowaniami pro aktywnymi w miejscu pracy*, „Edukacja ekonomistów i menedżerów”, październik-grudzień 2012 nr 4, s. 33

¹⁰⁰ Strategor, *Zarządzanie firmą. Strategie, struktury, decyzje, tożsamość*, PWE, Warszawa 1995, s. 25

pracę zespołową (kolektywną). Wynika to z tego, że na badany w niniejszej dysertacji obszar składają się dwu – trzy osobowe zespoły pracowników i od ich kolektywnej pracy zależy skuteczność systemu jako całości. Skuteczność w odniesieniu do organizacji jest miarą sprawności organizacji, jest w takim razie miarą tego, w jakim stopniu osiąga ona odpowiednie cele¹⁰¹. Ponadto często zdarza się, że zespoły muszą ze sobą współpracować w miejscu pracy. Najczęściej właśnie w takich sytuacjach można ocenić skuteczność działania badanej organizacji. Inną ważną cechą organizacji jest

Cechy usługi i technologii organizacji to wewnętrzne uwarunkowanie kultury organizacyjnej, które jest niezwykle ważne. Wynika to z tego, że dążenie do jak najskuteczniejszej realizacji wyznaczonych celów strategicznych wymaga zastosowania najnowszych rozwiązań ze świata techniki, ale również najnowszych standardów postępowania w trakcie realizacji procesów w organizacji¹⁰². Standaryzacja i ujednolicenie procesów w trakcie świadczenia usług – jednostki badanej organizacji muszą posługiwać się, zgodnie z prawem, jednolitymi standardami postępowania, ale także pracować kolektywnie. Dwie ostatnie (standaryzacja i ujednolicenie procesów w trakcie świadczenia usług oraz praca kolektywna) stanowią **cechy organizacji**.

Wpływ przyjętych determinant zewnętrznych i wewnętrznych na kulturę organizacyjną, w szczególności na wymiary kultury wybrane do dalszych badań w pkt. 1.4.4. (indywidualizm – kolektywizm, zachowawczość – innowacyjność, niska tolerancja niepewności – wysoka tolerancja niepewności) obrazuje tabela 2.2.

¹⁰¹ Stoner J.A.F., Freeman R.E., Gilbert D.R., *Kierowanie*, PWE, Warszawa 2001, s. 23

¹⁰² Szerzej na ten temat w dalszej części pracy

Tabela 2.2. Wpływ przyjętych determinant wewnętrznych i zewnętrznych na kulturę organizacyjną wraz ze skrajnymi ich wychyleniami

Rodzaj determinant	Czynnik kształtujący				
		<i>Skrajne ukształtowanie determinant</i>	Wpływ na kulturę organizacyjną	<i>Skrajne ukształtowanie determinant</i>	Wpływ na kulturę organizacyjną
Wewnętrzne	Cechy uczestników	<i>Kierownik rzemieślnik</i>	Niski poziom tolerancji niepewności, innowacyjność do wnętrza organizacji.	<i>Kierownik hazardzista</i>	Wysoki poziom tolerancji niepewności, innowacyjność na zewnątrz organizacji.
		<i>Pracownik proaktywny</i>	Kolektywizm, innowacyjność do wnętrza organizacji.	<i>Pracownik bierny, wyznający zasadę „aby dziś”</i>	Indywidualizm, zachowawczość.
	Cechy organizacji	<i>Praca zespołowa</i>	Kolektywizm.	<i>Praca indywidualna</i>	Indywidualizm.
		<i>Wysoki poziom standaryzacji postępowania</i>	Niski poziom tolerancji niepewności.	<i>Niski poziom standaryzacji postępowania</i>	Wysoki poziom tolerancji niepewności.
	Cechy usługi i technologii organizacji	<i>Stosowanie nowoczesnych technologii</i>	Innowacyjność do wnętrza organizacji.	<i>Stosowanie przestarzałych technologii</i>	Zachowawczość.
Zewnętrzne	Cechy społeczności	<i>Jednostka samodzielna</i>	Bez wpływu kultury nadrzędnej.	<i>Jednostka podległa innej jednostce</i>	Wpływ kultury nadrzędnej.
	Uwarunkowania prawne	<i>Stabilne otoczenie prawne</i>	Niski poziom tolerancji niepewności.	<i>Niestabilne otoczenie prawne</i>	Wysoki poziom tolerancji niepewności.
	Cechy techniki i technologii światowej	<i>Wysoki poziom techniki i technologii światowej</i>	Innowacyjność do wnętrza organizacji.	<i>Niski poziom techniki i technologii światowej</i>	Zachowawczość.

Źródło: opracowanie własne

Powyższe determinanty będą miały zastosowanie w dalszych rozważaniach. Jednocześnie należy w tym miejscu wyjaśnić określenie „innowacyjność do wnętrza organizacji”, które w praktyce oznacza kulturę organizacyjną innowacyjną skierowaną jedynie na aspekty rozwijania aktywów i umiejętności (poprzez uczenie się) w organizacji, bez aspektów ekspansji na zewnątrz. W przeciwieństwie do „innowacyjności na zewnątrz organizacji”, która obejmuje właśnie działania mające na celu ekspansję skierowaną na zewnątrz, np. w celu zdobywania nowych rynków. Uczenie się organizacyjne jest sposobem zdobywania zasobów poprzez gromadzenie wiedzy. Jest także warunkiem elastycznej organizacji, ponieważ umożliwia dostosowanie się do zmieniającego się otoczenia¹⁰³.

Najogólniej można przyjąć, że innowacje to wprowadzenie nowych rozwiązań w funkcjonowaniu organizacji¹⁰⁴. Przez innowacje rozumiemy również zaprojektowanie i praktyczne wdrożenie twórczych idei. Mają one największy ładunek kreatywności, zawierają pomysł i realizację. Najpierw następuje generowanie pomysłu, a następnie jego realizacja, co oznacza, że kreatywność zawsze poprzedza innowacyjność¹⁰⁵. Niekiedy włącza się w obszar innowacji również imitacje, czyli rozwiązania już znane, ale nowe dla danej organizacji¹⁰⁶. Według Schumpetera, wybitnego austriackiego ekonomisty, innowacje są głównym źródłem przewagi konkurencyjnej¹⁰⁷.

2. Strategia perfekcyjna i strategia kreatywna

W starożytności strategia oznaczała dowodzenie armią, zręczne planowanie bitwy oraz sztukę wojenną¹⁰⁸. Słowotwórstwo wskazuje na greckie pochodzenie słowa strategia. Strategia (gr. *strato* – armia i *agein* – przewodzić) jest pojęciem powstałym prawdopodobnie w Atenach przed naszą erą. *Strategos* był to wówczas wódz armii, członek rady wojennej, osoba opracowująca koncepcję wojny. Słowo to oznaczało

¹⁰³ Büschgens T., Bausch A., Balkin D.B., *Organizational Culture and Innovation: A Meta-Analytic Review*, Journal of Product Innovation Management 30(4), 2013, s. 768

¹⁰⁴ Krukowski K., *Cele strategiczne innowacyjnych małych i średnich przedsiębiorstw*, Studia Ekonomiczne, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach Nr 267, Katowice 2016, s. 97

¹⁰⁵ Jerzyk E., Leszczyński G., Mruk H., *Kreatywność w biznesie*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2004, s. 12-13

¹⁰⁶ Glinka B., Gudkova S., *Przedsiębiorczość*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2011, s. 84 - 103

¹⁰⁷ Towse R., *Ekonomika kultury. Kompendium*, Narodowe Centrum Kultury, Warszawa 2011, s. 400

¹⁰⁸ Kreikebaum H., *Strategiczne planowanie w przedsiębiorstwie*, PWN, Warszawa 1997, s. 25-26

także dowodzenie armią i sztukę wojenną¹⁰⁹. W starożytnym Rzymie *strategia* stanowiła terytoria będące pod wodzą *strategusa*. W Europie z okresu napoleońskiego (na przełomie XVIII i XIX wieku) strategia była rozumiana jako sztuka prowadzenia wojny zamiast bitew¹¹⁰.

W literaturze pojęcie strategia, od połowy XX wieku, przypisywane jest wielu dziedzinom, takim jak: polityka, ekonomia, psychologia, teoria organizacji i zarządzania, teoria gier, a także szeroko pojmowane aspekty teorii i praktyki bezpieczeństwa oraz działalności państwa na arenie międzynarodowej¹¹¹. Współczesny słownik języka polskiego opisuje strategię jako dział sztuki wojennej obejmujący przygotowanie i prowadzenie wojny oraz jej poszczególnych kampanii i bitew, ale także jako przemyślany plan działań w jakiejś dziedzinie.¹¹² Tak pojmowany termin „strategia” został przez analogię zaadaptowany do opisu rynku – jako szczególnego „pola bitwy”. Jednakże w odróżnieniu od „strategii wojennej”, ekonomiczna interpretacja terminu „strategia” dotyczy przedsiębiorstwa lub jego domeny, wybranej działalności itp. i najogólniej ujmując, określa koncepcję działania organizacji w otoczeniu¹¹³. Rosnąca walka o klienta, nasilająca się konkurencja, coraz to nowe wymagania nabywców oraz pracowników przedsiębiorstw spowodowały niejako konieczność profesjonalnego, uporządkowanego sposobu myślenia i działania menedżerskiego, pozwalającego, a nawet więcej, zapewniającego skuteczne osiągnięcie zamierzonych celów organizacji gospodarczej¹¹⁴ Na przestrzeni kilku dekad powstało wiele definicji słowa strategia. Za twórcę terminu strategia w zarządzaniu uważa się H. I. Ansoffa. Badacz wskazywał, że strategia przedsiębiorstwa winna być i jest wyznaczana na podstawie dwóch wektorów: produkt i rynek. Uzasadnienie takiej perspektywy jest tutaj oczywiste: każda firma, bowiem wytwarza jakiś produkt i z drugiej strony próbuje ten produkt ulokować na rynku¹¹⁵. Ansoff za idealną uważał strategię, która pozwala w maksymalnym stopniu wykorzystać szanse i silne strony

¹⁰⁹ Jankowska – Miłulowicz M., *Kształtowanie organizacji wielokulturowej – strategię behawioralne*, „Problemy zarządzania”, Vol. 9, 4(34), 2011, s. 63

¹¹⁰ Tamże

¹¹¹ Sabak Z., *Strategia. Słownik terminów*, Akademia Obrony Narodowej, Warszawa 2014, s. 5

¹¹² *Słownik Języka Polskiego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, [dostęp: 31 października 2016] [<http://www.sjp.pwn.pl/sjp/strategia;2576315>]

¹¹³ Murawska M., *Zarządzanie strategiczne niematerialnymi zasobami przedsiębiorstwa*, Fundacja Promocji i Akredytacji Kierunków Ekonomicznych, Warszawa 2008, s. 31

¹¹⁴ Berliński L., *Projektowanie i ocena strategii innowacyjnych. Inżynieria strategii przedsiębiorstwa*, Oficyna Wydawnicza „AJG”, Bydgoszcz 2003, s. 74

¹¹⁵ Krupski R. (red.), *Zarządzanie strategiczne. Strategie organizacji*, Prace Naukowe Wałbrzyskiej Wyższej Szkoły Zarządzania i Przedsiębiorczości, Wałbrzych 2010, s. 197

organizacji przy jednoczesnej neutralizacji zagrożeń i słabych stron¹¹⁶. Według tego ekonomisty każde przedsiębiorstwo powinno mieć opracowaną strategię działania, ponieważ:

- żadne przedsiębiorstwo nie może czuć się na rynku bezpiecznie, nieustannie grozi mu nasycenie rynku wytworzonymi wyrobami bądź usługami,
- śledzenie szans i zagrożeń musi być więc procesem ciągłym i nieustającym,
- przedsiębiorstwa na bieżąco (przynajmniej okresowo) powinny dokonywać wyboru swoich strategii rynkowych,
- przedsiębiorstwa powinny podejmować przedsięwzięcia strategiczne nawet podczas realizowania celów bieżących¹¹⁷.

W literaturze przedmiotu istnieje wiele określeń strategii, przez którą rozumie się plan, zespół określonych zamierzeń i celów, wzorzec, pozycję zajmowaną przez przedsiębiorstwo, najlepszy sposób wykorzystania zasobów i umiejętności firmy, sposób rozwiązania problemu, wykorzystanie szans w otoczeniu lub reagowanie na zmiany. Jest to pojęcie wieloznaczne¹¹⁸, ale niewątpliwie zarządzanie rozwojem organizacji powinno być ściśle powiązane z podstawowymi kategoriami zarządzania przedsiębiorstwem – z jego wizją, misją, celami strategicznymi oraz przedsięwzięciami, stanowiącymi rozwinięcie strategicznych celów rozwojowych¹¹⁹. Ważnym etapem budowy strategii jest analiza strategiczna. Wśród metod diagnozy wykorzystywanych w zarządzaniu przedsiębiorstwem, analiza strategiczna wyróżnia się ze względu na następujące cechy¹²⁰:

- łączenie dwóch sposobów patrzenia na zarządzanie i dwóch źródeł informacji: jednoczesne badanie otoczenia i samej organizacji oraz konfrontowanie wyników tych badań; jest to sposób postępowania mający korzenie w sztuce strategii wojennej, zupełnie zaś obcy tradycyjnej analizie przedsiębiorstwa,
- interdyscyplinarny charakter analizy strategicznej, wykorzystywanie metod zarówno ilościowych, jak i jakościowych z dziedziny statystyki, ekonomii, finansów, socjologii i psychologii.

¹¹⁶ Ansoff H. I., *Zarządzanie strategiczne*, PWE, Warszawa 1985, s. 94

¹¹⁷ Famielec J., *Strategie rozwoju przedsiębiorstw*, Akademia Ekonomiczna, Kraków 1997, s. 48-49

¹¹⁸ Zakrzewska - Bielawska A., *Relacje między strategią a strukturą organizacyjną w przedsiębiorstwach sektora wysokich technologii*, Zeszyty Naukowe Nr 1095 Politechniki Łódzkiej, Wydawnictwo Politechniki Łódzkiej, Łódź, 2011, s. 92

¹¹⁹ Żuber R., *Zarządzanie rozwojem przedsiębiorstwa*, Difin, Warszawa 2008, s. 26

¹²⁰ Gierszewska G., Romanowska M., *Analiza strategiczna przedsiębiorstwa*, PWE, Warszawa 1999, s.18

Właściwym wydaje się więc stwierdzenie, że na kształt, sposób funkcjonowania i sukces organizacji mają wpływ różnorodne czynniki i siła ich oddziaływania. Do najbardziej znaczących zalicza się strukturę organizacyjną, kulturę organizacji i strategię firmy¹²¹. Struktura organizacyjna to układ i wzajemne zależności między częściami składowymi oraz stanowiskami przedsiębiorstwa¹²². Kultura organizacyjna została opisana w rozdziale I. Natomiast wybrane, współczesne definicje strategii, które odnoszą się do organizacji i zarządzania zawiera tabela 2.3.

Tabela 2.3. Współczesne definicje strategii w odniesieniu do zarządzania organizacjami

Autor	Definicja
<i>Oblój K.</i>	Strategia jest czymś, co ma zasadniczy wpływ na życie lub śmierć, na sukces lub porażkę firmy.
<i>Kieżun W.</i>	Zespół decyzji określających długofalową perspektywę działalności przedsiębiorstwa i jego przewidywane relacje z organizacjami zewnętrznymi.
<i>Penc J.</i>	Koncepcja długofalowego rozwoju przedsiębiorstwa (program działań), wytyczająca kierunki i reguły działania niezbędne do najkorzystniejszego wykorzystania posiadanych sił i środków do osiągnięcia przyszłych ważnych celów poprawy jego pozycji względem konkurencji i różnych elementów otoczenia, z którymi pozostaje ono w dynamicznej interakcji.
<i>Jeżak J.</i>	System wartości, za którego pomocą przedsiębiorstwo rozpoznaje i dokonuje oceny szans i zagrożeń, jakie się przed nim pojawiają oraz dokonuje wyborów i podejmuje działania mające zapewnić długofalową egzystencję.
<i>Filipiak B. Szewczuk A.</i>	Konkretny zapis rozwoju przedsiębiorstwa i wizji jego przyszłości, system jasno sprecyzowanych celów, zadań, środków i mechanizmów działania, warunkujących zajęcie przez nie w przyszłości pożądanej pozycji.
<i>Kaleta A.</i>	Długofalowa koncepcja rozwoju, określająca dalekosiężne cele i sposoby ich osiągnięcia.
<i>Stabryła A.</i>	Naczelna orientacja gospodarcza, społeczna, militarna i inna, która wyraża dominujący kierunek działania danego systemu. Ta naczelna orientacja jest główną linią i zarazem wytyczną postępowania kierownictwa systemu (jednostki gospodarczej, państwa, wojska) w

¹²¹ Serafin K., *Kultura organizacyjna jako element wspierający realizację strategii przedsiębiorstwa*, Studia Ekonomiczne, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach Nr 222, Katowice 2015, s. 92

¹²² Stoner J.A.F., Freeman R.E., Gilbert D.R., *Kierowanie*, PWE, Warszawa 2001, s. 208

	związku z sytuacjami, jakie zachodzą w otoczeniu, przy uwzględnieniu własnego potencjału kadrowego, organizacyjnego, finansowego i techniczno – produkcyjnego.
<i>Koźmiński A. K. Piotrowski W.</i>	Teoria i praktyka działania ukierunkowanego na osiągnięcie założonych celów w danej dziedzinie, ujmowanych w skali ogólnej i mających charakter długofalowy.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Oblój K., Strategia organizacji, PWE, Warszawa 2014, s. 16; Kieżun W., Sprawne zarządzanie organizacją, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa 1997, s. 39; Penc J., Sztuka skutecznego zarządzania. Kierowanie firmą z myślą o jutrze i procesach integracji z Unią Europejską, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2005, s. 149; Jeżak J., Strategiczne zarządzanie przedsiębiorstwem. Studium koncepcji i doświadczeń amerykańskich i zachodnioeuropejskich, Uniwersytet Łódzki, Łódź 1990, s. 14; Filipiak – Dylewska B., Szewczuk A., Zarządzanie strategiczne: narzędzia, scenariusze, procesy, Fundacja na rzecz Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2000, s. 114; Kaleta A., Strategia konkurencji w przemyśle, „Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu. Monografie i Opracowania”, nr 136, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego, Wrocław 2000, s. 27; Stabryła A., Zarządzanie strategiczne w teorii i praktyce firmy, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000, s. 39; Koźmiński A.K., Piotrowski W. (red.), Zarządzanie, teoria i praktyka, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 202

Strategia w ujęciu K. Oblója i A. Kalety oznacza długofalową koncepcję rozwoju, określającą dalekosiężne cele i sposoby ich osiągnięcia, mającą zasadniczy wpływ na życie lub śmierć, na sukces lub porażkę firmy. W ten sposób sformułowana definicja opisuje zarówno to, czym jest strategia dla firmy, jak również skrajne konsekwencje wyznaczenia dobrej i złej strategii. K. Oblój uważa, że strategia w swojej podstawowej wersji winna odpowiedzieć na pytania – co?, gdzie?, jak?, a formalne sformułowanie strategii powinno zawierać następujące sprzężone komplementarne elementy¹²³:

- cel strategiczny, będący kluczowym elementem strategii i stanowiący swoisty kompas organizacyjny,
- terytorium działania, ukazujące, gdzie firma będzie się przemieszczać i kogo obsługiwać,
- typ przewagi konkurencyjnej, który łączy dwa powyższe elementy, pokazując metody osiągnięcia celu na danym terytorium.

Podejście do strategii jako determinanty kultury organizacyjnej jest w literaturze traktowane dość ostrożnie. Znaczna część badań i publikacji dotyczących kultury organizacyjnej dotyczy zmian organizacyjnych. Badacze szukają odpowiedzi na pytanie: czy można zarządzać kulturą organizacyjną i ją zmieniać¹²⁴? Jedni autorzy

¹²³ Oblój K., *Pasja i dyscyplina strategii. Jak z marzeń i decyzji zbudować sukces firmy*, Poltext, Warszawa 2010, s. 149-150

¹²⁴ Alvesson M., Sveningsson S., *Changing Organizational Culture. Cultural change work in progress*, Routledge, New York 2015, s. 40

twierdzą, że to strategia determinuje kulturę organizacyjną, drudzy zaś kulturę organizacyjną traktują jako uwarunkowanie strategii. W literaturze przedmiotu można znaleźć nawet stwierdzenie mówiące o tym, że kultura przedsiębiorstwa jest dźwignią w służbie strategii¹²⁵. Ciekawe podejście proponuje M. Czerska¹²⁶, która opisuje kulturę organizacyjną jako zmienną niezależną w krótkim horyzoncie – jest ona wówczas jednym z uwarunkowań strategii, a strategia w tym ujęciu jest zmienną zależną. W tym przypadku, w wymiarze operatywnym, nie ma możliwości kształtowania kultury organizacyjnej, a kultura stanowi kontekst wywierający wpływ na proces zarządzania. Z drugiej zaś strony w długim horyzoncie czasu kulturę organizacyjną można traktować jako zmienną zależną, a wymogi strategii wyznaczają oczekiwany kształt kultury organizacyjnej. W tym przypadku kultura organizacyjna może przystosować się do wymogów strategii i jest ona efektem procesu zarządzania. A zatem kulturę organizacyjną można zmieniać. Jednakże zmiany te wymagają czasu i wysiłku - tym więcej czasu, środków i pracy, im bardziej nowa kultura ma różnić się od starej¹²⁷. Pewne jest też to, że osiągnięcie strategicznego sukcesu jest realne jedynie wówczas, kiedy strategia i kultura są zgodne i spójne, a więc nie wykluczają się wzajemnie¹²⁸. W literaturze można znaleźć stwierdzenie, że firmy kształtują swoją kulturę organizacyjną, traktując ją jako jeden z modyfikowalnych elementów, stosując strategię zarządzania przez kulturę organizacyjną¹²⁹. Kultura organizacyjna i strategia są ze sobą silnie powiązane. Powszechnie przyjmuje się, że po istotnej zmianie strategii organizacji musi ona dopasować kulturę organizacyjną do strategii lub stawić czoła niemal pewnym strategicznym niepowodzeniom¹³⁰. Mając świadomość powyższych zależności można mówić o tym, że „korekta kursu” kultury organizacyjnej jest możliwa do przeprowadzenia w organizacji. W dalszych rozważaniach będzie stosowane właśnie podejście dotyczące długiego horyzontu czasowego, a strategia będzie traktowana jako wyznacznik kultury organizacyjnej.

¹²⁵ Roth G., Kurtyka M., *Zarządzanie zmianą. Od strategii do działania*, CeDeWu, Warszawa 2008, s. 142

¹²⁶ Czerska M., *Zmiana...*, op. cit., s. 35-36

¹²⁷ Srokowski Ł., *Zmienić myślenie ...*, op. cit., s. 57

¹²⁸ Baruk A., *Nowoczesna strategia marketingowa. Aspekty strukturalne i procesowe*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002, s. 48

¹²⁹ Perechuda K. (red.), *Zarządzanie przedsiębiorstwem w przyszłości. Koncepcje, modele, metody*, Agencja Wydawnicza Placet, Warszawa 2000, s. 287

¹³⁰ Gupta B., *A comparative study of organizational strategy and culture across industry, Benchmarking: An International Journal* Vol. 18 No. 4, Wielka Brytania 2011, s. 514

Na przestrzeni ostatnich ponad trzydziestu lat strategia ewoluowała w oparciu o różne kryteria i szkoły – ich przegląd zawiera tabela 2.4.

Tabela 2.4. Ewolucja strategii: wybrane klasyfikacje szkół i podejść do strategii

Autor	Kryterium klasyfikacji	Szkoły i podejścia do strategii
<i>J.Ch. Mathé (1987)</i>	paradygmaty zarządzania strategicznego	<ul style="list-style-type: none"> • paradygmat racjonalności strategicznej (szkoła harwardzka, planowania strategicznego, pozycjonowania macierzowego, ilościowa) • paradygmat zachowań strategicznych (szkoła behawioralna, systemowa, inkrementalistów).
<i>D. Tecce, G. Pisano, A. Shuen (1997)</i>	paradygmaty strategii	<ul style="list-style-type: none"> • podejście koncentrujące się na sile rynkowej (szkoła sił konkurencji, strategicznego konfliktu) • podejście koncentrujące się na efektywności (szkoła zasobowa, dynamicznych zdolności).
<i>K. Eisenhardt, D.N. Sull (2001)</i>	logika strategii	<ul style="list-style-type: none"> • szkoła pozycyjna, • szkoła zasobowa, • szkoła prostych reguł.
<i>M. Farjoun (2002)</i>	paradygmaty zarządzania strategicznego	<ul style="list-style-type: none"> • podejście mechanistyczne - model SCP (struktura – realizacja – wyniki), model SSP (strategia – struktura – wyniki), paradygmat zasobowy RBV, • podejście organiczne - model OESP (organizacja – otoczenie – strategia – wyniki).
<i>M. Czerska (2003)</i>	stosunek do rozwoju firmy oraz stopień zmienności i złożoności otoczenia	<ul style="list-style-type: none"> • strategia perfekcyjna, • strategia kreatywna.
<i>A. Stabryła (2005)</i>	specyfika podejść badawczych i ich zastosowanie w praktycznej działalności	<ul style="list-style-type: none"> • nurt planistyczny, • nurt pozycyjny, • nurt integratywny.
<i>N. Venkatraman M. Subramaniam (2006)</i>	historyczne etapy rozwoju strategii	<ul style="list-style-type: none"> • portfolio biznesów, • portfolio zasobów, • portfolio relacji.
<i>K. Oblój (2007)</i>	wymiar swobody decyzyjnej, formalizacji strategii oraz punkt wyjścia do budowy strategii	<ul style="list-style-type: none"> • szkoła planistyczna, • szkoła ewolucyjna, • szkoła pozycyjna, • szkoła zasobów, umiejętności i uczenia się, • szkoła prostych reguł, • szkoła realnych opcji.
<i>C.A. Montgomery</i>	podejście do strategii	<ul style="list-style-type: none"> • podejście tradycyjne (strategia jako

(2008)		<p>gotowe rozwiązanie),</p> <ul style="list-style-type: none"> • podejście nowoczesne (strategia jako dynamiczny proces).
<i>H. Mintzberg, B. Ahlstrand, J. Lampel (2009)</i>	<p>istota strategii (konkretna pozycja lub ogólna perspektywa) oraz cechy procesu strategicznego (zamierzone plany lub wyłaniające się wzorce)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • szkoła projektowania, • szkoła planistyczna, • szkoła pozycyjna, • szkoła przedsiębiorcza, • szkoła poznawcza, • szkoła uczenia się, • szkoła władzy, • szkoła kulturowa, • szkoła środowiskowa, • szkoła konfiguracyjna.
<i>M. Romanowska (2009)</i>	<p>podejścia do strategii i sposobu jej tworzenia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ucieczka w suboptymalizację, • poszukiwanie strategicznej perspektywy, • poszukiwanie kamienia filozoficznego.
<i>R.M. Grant (2011)</i>	<p>stadia rozwoju zarządzania strategicznego (dominujące motywy)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • budżetowanie finansowe, • planowanie rozwoju, • strategia jako pozycjonowanie, • poszukiwanie przewagi konkurencyjnej, • strategia nowej ekonomii, • strategia w nowym tysiącleciu.
<i>J. Niemczyk (2013)</i>	<p>natura ludzka uczestników procesów decyzyjnych, jednostka analizy i jej kluczowe atrybuty, logika strategii (renta ekonomiczna) oraz akceptowalne strategie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • podejście planistyczne, • podejście pozycyjne, • podejście zasobowe, • podejście innowacyjno – przedsiębiorcze, • podejście sieciowe.
<i>M. Bratnicki, P. Zbierowski (2013)</i>	<p>orientacja strategiczna</p>	<ul style="list-style-type: none"> • zasobowa, • przedsiębiorcza, • przyszłościowa, • rynkowa, • na interesariuszy, • pozytywna.

Źródło: Zakrzewska – Bielawska A., Ewolucja szkół strategii: przegląd głównych podejść i koncepcji. W: Krupski R. (red.), Zarządzanie strategiczne. Rozwój koncepcji i metod, Wydawnictwo Wałbrzyskiej Wyższej Szkoły Zarządzania i Przedsiębiorczości w Wałbrzychu, Wałbrzych 2014, s.12-13; Czerska M., Zmiana kulturowa w organizacji. Wyzwanie dla współczesnego menedżera, Difin, Warszawa 2003, s. 52-54

Na potrzeby niniejszej pracy najużyteczniejsze wydaje się być podejście M. Czerskiej zakładające istnienie dwóch przeciwstawnych strategii (perfekcyjnej i kreatywnej), z elementami podejścia zasobowego, które zakłada, że organizacja jest zbiorem cennych aktywów (zasobów) materialnych i niematerialnych oraz

umiejętności¹³¹, ale także uczenia się. Aktywa są tym, co organizacja ma i/lub kontroluje, zaś im więcej umiejętności ma firma, tym aktywniej i inteligentniej może akumulować, eksploatować i odnawiać swoje wszystkie aktywa¹³². Niezależnie od tego, jakie podejście przyjmujemy, pryncypialnym warunkiem przetrwania przedsiębiorstwa w długim okresie czasu jest jego rozwój. Strategia jest jednym z podstawowych instrumentów zarządzania przedsiębiorstwem. To właśnie dzięki trafnej strategii wiele firm w gospodarce rynkowej osiąga swój sukces, a co najmniej równie wiele niepowodzeń można wyjaśnić strategicznymi błędami w zarządzaniu¹³³.

Wyodrębnienie strategii perfekcyjnej i kreatywnej bazuje na kryterium stosunku do rozwoju organizacji oraz stopniu zmienności i złożoności otoczenia. Ze względu na specyfikę systemu PRM najwłaściwszym wydaje się przyjąć, że jednostki objęte badaniami w niniejszej pracy charakteryzują się potrzebą stałego doskonalenia realizowanych celów i zadań (poprzez doskonalenie aktywów, umiejętności i uczenie się) w ramach z góry zadanego obszaru działalności (rodzaj usług, terytorium). To determinuje wybór strategii perfekcyjnej dla jednostek systemu PRM.

Tabela 2.5. Strategia perfekcyjna - kreatywna

Parametry strategii	Strategia perfekcyjna	Strategia kreatywna
<i>1. Otoczenie</i>	Stabilne i proste.	Burzliwe i złożone.
<i>2. Oczekiwania klientów</i>	Pełna standaryzacja i powtarzalność usługi.	Stać zmienność usługi.
<i>3. Stosunek do realizowanych zadań</i>	Stać doskonalenie aktualnie realizowanych zadań, celów.	Poszukiwanie nowych zadań i celów.
<i>4. Sposób rozwiązywania problemów</i>	Formalizacja, standaryzacja.	Rozwiązania nieformalne, brak standardów.
<i>5. Problemy podczas realizacji zadań</i>	Ocena aktualnych, własnych możliwości sprostania oczekiwaniom.	Jak się zmienić, aby sprostać oczekiwaniom.
<i>6. Współpraca członków organizacji</i>	Praca zespołowa.	Praca indywidualna.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Czernska M., *Zmiana kulturowa w organizacji. Wyzwanie dla współczesnego menedżera*, Difin, Warszawa 2003, s. 52-54

¹³¹ Oblój K., *Strategia organizacji*, PWE, Warszawa 2014, s. 91-99

¹³² Tamże

¹³³ Krupski R. (red.), *Zarządzanie strategiczne. Koncepcje - metody*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 1998, s. 13. Cyt. za: Wilk – Lechniak M. (2013), *Strategie rozwoju przedsiębiorstw w sektorze kamienia naturalnego na przykładzie Strzegomskich Firm Kamieniarskich (rozprawa doktorska)*, Pozyskano z: Repozytorium Informacji i Wiedzy Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, [dostęp: 28 grudnia 2016], [<http://wir.bg.ue.wroc.pl/resultList.seam?t=simple&r=phd&lang=pl&cid=113892>], s. 15

Organizacja będąca przedmiotem badań niniejszej rozprawy ma ustawowo wyznaczoną misję i cele strategiczne. Misją organizacji jest zapewnienie pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Zadanie to jest zadaniem państwa zapisanym w art. 68 ust. Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, który stanowi, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia, a obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych¹³⁴. W celu wypełnienia misji wyznaczone są ustawowo cele strategiczne systemu, które regulują: standardy udzielania usług zgodne z aktualną wiedzą, finalne postępowanie z pacjentami (miejsce ich destynacji) oraz parametry w postaci czasów realizacji usługi. Z niewiadomych autorowi względów, na mocy ustawy, zostały wyznaczone cele strategiczne wyłącznie w odniesieniu do zespołów ratownictwa medycznego. Pozostałe jednostki systemu, to znaczy szpitalne oddziały ratunkowe i lotnicze zespoły ratownictwa medycznego nie mają ustawowo wyznaczonych celów strategicznych¹³⁵.

Podsumowując, warto podkreślić, że strategia perfekcyjna, która wydaje się być najbardziej adekwatna do uwarunkowań prawnych oraz specyfiki działalności systemu PRM, determinuje wewnętrzną organizację jednostek systemu, w szczególności ich kulturę organizacyjną.

3. Proces kształtowania się i zmiany kultury organizacyjnej¹³⁶

3.1. Kształtowanie się kultury organizacyjnej

Kultura organizacyjna jest rezultatem złożonego procesu uczenia się oraz stopniowego przyjmowania przez grupę norm, wartości i założeń¹³⁷. Na rozwój kultury organizacyjnej składają się cztery fazy¹³⁸:

- faza formowania – tu decydująca jest rola przywódcy, na którego orientują się pozostali członkowie grupy. Granice grupy są jeszcze płynne; rozpoczyna się dopiero proces tworzenia kryteriów przynależności; trwa walka o wpływy i

¹³⁴ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997, Dziennik Ustaw z 1997 r. nr 78 poz. 483

¹³⁵ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Dziennik Ustaw z 2006 r. Nr 191 poz.1410 z późn. zm.

¹³⁶ Praktyczne zastosowanie opisanych metod, mających zastosowanie w badanym obszarze, zostanie opisane w rozdziale VI

¹³⁷ Grajewski P., *Procesowe zarządzanie organizacją*, PWE, Warszawa 2012, s. 107

¹³⁸ Sikorski. Cz., *Kultura organizacyjna, ...*, op. cit., s. 36

znaczenie poszczególnych ról; członkowie grupy starają się uzyskać akceptację dla swoich postaw i przekonań; grupa poszukuje źródeł swojej tożsamości,

- faza rozwijania – tu członkowie grupy mają tendencję do jej idealizacji; następuje emocjonalna koncentracja na harmonii i konformizmie w stosunkach międzyludzkich; poszukuje się przede wszystkim tego, co łączy członków grupy i tę wspólnotę się eksponuje; różnice między członkami grupy nie podlegają jeszcze ostremu wartościowaniu,
- faza funkcjonowania – tu mamy już do czynienia z okrzeplą kulturą organizacyjną; zwraca się uwagę na przestrzeganie jej norm i wzorów zachowań, stąd różnice między członkami grupy podlegają społecznemu wartościowaniu z tego punktu widzenia,
- faza dojrzałości – tu mamy do czynienia z pełną stabilizacją kulturową; występuje silna emocjonalna koncentracja na utrzymaniu grupy i jej kultury; pojawia się w związku z tym zwiększona podejrzliwość i negatywny stosunek do nowych członków, nowych idei lub pojawiających się różnic w poglądach i zachowaniach.

Nieco inaczej fazy kształtowania się kultury organizacyjnej opisuje M. Czerska¹³⁹. Według tej autorki pierwsza faza jest fazą formowania się założeń kulturowych. Druga to faza rozwoju i wzrostu kultury. Trzecia to faza dojrzałości, zaś czwarta jest fazą kryzysu kultury. W ostatniej fazie mamy do czynienia z pełną dysfunkcjonalnością kultur. Kryzys ten może być przyczynkiem do zaprojektowania i wdrożenia nowej kultury. W przeciwnym razie może dojść do „śmierci” organizacji. W literaturze pojawia się jeszcze kolejna faza – właśnie formowanie nowej kultury, odmiennej albo zmodyfikowanej. Tak jak tradycyjne firmy zmieniają osobowość ludzi, tak ludzie „przyhamowują tradycję”, tworząc nowe wzory, a więc nową osobowość firmy¹⁴⁰.

L. Zbiegień – Maciąg twierdzi, że pracownicy uczą się kultury, a proces ten można podzielić na trzy etapy¹⁴¹:

- spontaniczność i bezrefleksyjność działania – na ogół bywa tak, że ludzie wchodzą do organizacji i nie analizują tego, co tam zastają,

¹³⁹ Czerska M., *Zmiana ...*, op. cit., s. 40-41

¹⁴⁰ Zbiegień-Maciąg L., *Kultura w organizacji. ...*, op. cit., s. 38-39

¹⁴¹ Tamże, s. 39-41

- tworzenie się subkultur – wartości kulturowe na różnych poziomach hierarchii w firmie mogą być odmienne; może występować rywalizacja systemów wartości między grupami pracowniczymi,
- intensywny proces budowania wspólnoty pracowniczej – polega na integracji załogi; zwykle opiera się o program intencjonalnych działań począwszy od polityki rekrutacyjnej.

Rozwój kultury w organizacji, w kontekście podatności na modyfikacje, opisywany był również poprzez następujące fazy¹⁴²:

- kultura pracy (przedsiębiorczości) – źródłem tworzenia się kultury jest lider, właściciel firmy, menedżerowie; polega na tworzeniu korzyści dla klientów zewnętrznych; ten poziom jest zazwyczaj niestabilny, zależy głównie od liderów o silnej osobowości; narzucają oni kulturę pracy, którą formalizują w postaci regulaminów, kodeksów itp.,
- kultura racjonalna – nie występuje tu nadmierna zależność od silnego kierownictwa; kultura dostosowuje się do wymagań otoczenia; buduje się tożsamość firmy; w I i II fazie możliwe są zmiany,
- kultura szowinistyczna – staje się ona coraz bardziej ukierunkowana do wewnątrz i odznacza się pewną „adoracyjnością” pracowników względem siebie, często silną lojalnością wobec kierownictwa; objawami kultury może być ślepa wiara we własne racje i tworzenie stereotypów; każde „nowe, które próbuje wkraść się do firmy”, może zostać odrzucone,
- kultura ekskluzywna - elitarne ukierunkowania jest niezależne od silnego lidera, natomiast jest silnie zakotwiczone w tradycjach; firmy z reguły intencjonalnie pracują nad wytworzeniem obrazu swojej wyjątkowości, wyższości; przyjmują do pracy tylko absolwentów renomowanych uczelni, zapewniają im wysokie wynagrodzenie; zmiany kultury na tym etapie są raczej skazane na niepowodzenie.

Ewolucja kultury jest silnie powiązana z rozwojem organizacji w trakcie cyklu życia organizacji, co jest przedmiotem wielu teorii, np. modelu L. Greiner'a, modelu A. Kaplana, modelu K.S. Camerona i R.E. Quinna¹⁴³. Według autorów tego ostatniego

¹⁴² Zbiegień-Maciąg L., *Kultura w organizacji*. ..., op. cit., s. 92-93

¹⁴³ por. Hałas J., *Przedstawienie i porównanie wybranych modeli rozwoju organizacji*, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, nr 444, 2016, s. 190-198

modelu we wczesnym etapie istnienia firmy jej kultura jest najbardziej zbliżona do kultury adhokracji – nowe organizacje nie mają formalnej struktury i charakteryzuje je przedsiębiorczość. Są pozbawione zasad i sztywności hierarchii. Często kieruje nimi samodzielnie silny przywódca – wizjoner. Wraz z rozwojem firmy orientację tę zastępuje kultura klanu – rodzinna atmosfera, silne poczucie przynależności i utożsamianie się z firmą. Organizacja zaspokaja wiele potrzeb społecznych i emocjonalnych związanych z nią ludzi, istnieje poczucie wspólnoty, rodzą się przyjaźnie. W końcu zachodzi konieczność uporządkowania struktury i opisanie procedur aby zapanować nad rosnącym obszarem zadań. Potrzebne są porządek i przewidywalność, więc dochodzi do przesunięcia w kierunku kultury hierarchii. Wtedy znika przyjazna atmosfera i spada poziom osobistego zadowolenia, Ostatecznie dochodzi do przesunięcia w kierunku kultury rynkowej – nastawienie na konkurencyjność, osiągnięcie wyników, nacisk na stosunki ze światem zewnętrznym. Formalne procedury i kontrola wewnętrzna, będące do tej pory w centrum uwagi, zostają zastąpione orientacją na klienta i rywalizacją na zewnątrz. W dojrzałych i wysoce efektywnych organizacjach tworzą się subkultury, jednak niemal zawsze dominuje w organizacji jeden typ kultury¹⁴⁴.

3.2. Zmiana kulturowa – modele i proces

Zmiana kulturowa polega na przejściu od jej stanu dotychczasowego do odmiennego stanu postulowanego, przy założeniu, że przekształcenie to dotyczy istotnych elementów kulturowych oraz ma celowy, trwały i empirycznie weryfikowalny charakter¹⁴⁵. W literaturze można spotkać się również z określeniem tego zjawiska jako zmiana kultury czy „korekta kursu”¹⁴⁶. Mimo, że jak zauważa J. Champy¹⁴⁷ ze wszystkich zmian w procesie zarządzania najtrudniejsza oraz najbardziej znacząca jest zmiana kultury, to zdarza się, że jest to wymuszone przez konieczność przystosowania statycznych z natury rzeczy rozwiązań kulturowych do zmian strategii, spowodowanych zmianą warunków funkcjonowania organizacji¹⁴⁸. Zjawisko to jest określane mianem

¹⁴⁴ Cameron K.S., Quinn R.E., *Kultura organizacyjna - ...*, op. cit., s. 56-57

¹⁴⁵ Grajewski P., *Procesowe zarządzanie*, op. cit., s. 109

¹⁴⁶ Czerna M., *Zmiana ...*, op. cit., s. 38

¹⁴⁷ Champy J., *Reengineering Management: The Mandate for New Leadership*, Harper Business, New York 1995. Cyt. za: Zbiegień-Maciąg L., *Kultura w organizacji. ...*, op. cit., s. 90

¹⁴⁸ Czerna M., *Zmiana ...*, op. cit., s. 41

dysharmonii kulturowej¹⁴⁹ lub „zestarzeniem się” kultury organizacyjnej¹⁵⁰. Bardziej szczegółowo przyczyny te opisuje poniższa tabela.

Tabela 2.6. Przyczyny zmiany kulturowej

Przyczyny zewnętrzne	Przyczyny wewnętrzne	Przyczyny dotyczące poszczególnych jednostek
<ul style="list-style-type: none"> • zmiany systemu zarządzania gospodarką, • zmiany formy własności, • zmiany kulturowe w otoczeniu, • zmiany sytuacji ekonomicznej, politycznej, międzynarodowej kraju, • postęp nauki, techniki i technologii, • sukcesy konkurentów, • strata klientów. 	<ul style="list-style-type: none"> • zmiany w strukturze kapitału, • zmiany granic organizacji (fuzje, przejęcia, odchudzanie firm, outsourcing, alianse strategiczne), • zmiany produktu, technologii, terytorium działania. 	<ul style="list-style-type: none"> • nowe przyjaźnie i grupy nieformalne, • powstanie nowych koalicji, • zmiany kadrowe, • zmiany roli lub pozycji poszczególnych uczestników (zakup akcji, awans hierarchiczny), • zmiana kierownictwa strategicznego lub opcji przyjętych przez to kierownictwo.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Czerska M., Zmiana kulturowa w organizacji. Wyzwanie dla współczesnego menedżera, Difin, Warszawa 2003, s. 43

Zanim o zmianach kulturowych, to w pierwszej kolejności należy przeanalizować modele wprowadzania zmian w organizacji. W tym celu warto skorzystać z uniwersalnych modeli odnoszących się do różnych zmian, w tym także tych o charakterze kulturowym. Ciekawy opis modeli wdrożenia zmiany sporządziła B. Kozyra. Wśród nich autorka wymienia jako najbardziej popularne: trójfazowy model Lewina, uaktualniony model ośmiu strategicznych akceleratorów Kottera oraz pięciostopniowy model Prosci ADKAR. Nie tylko te modele wprowadzania zmian opisuje tabela poniżej.

¹⁴⁹ Zbiegień-Maciąg L., *Kultura w organizacji*. ..., op. cit., s. 90

¹⁵⁰ Robbins S.P., *Zachowania w organizacji*, PWE, Warszawa 1998, s. 446

Tabela 2.7. Uniwersalne modele wprowadzania zmian w organizacji

Model	Etapy/kroki/działania
Trójfazowy model Lewina	<p>Faza I – przygotowanie zmiany – ROZMROŻENIE</p> <p>Etap 1. Identyfikacja potrzeby zmiany. Etap 2. Stworzenie przyjaznej kultury organizacji. Etap 3. Identyfikacja i pozyskanie interesariuszy zmiany.</p> <p>Faza II – wprowadzenie i realizacja – ZMIANA</p> <p>Etap 4. Przygotowanie zmiany. Etap 5. Wdrożenie zmiany.</p> <p>Faza III – utrwalenie zmiany - ZAMROŻENIE</p> <p>Etap 6. Monitoring realizacji zmiany. Etap 7. Utrwalanie zmiany. Etap 8. Stały rozwój organizacji akceptującej zmiany.</p>
Model ośmiu strategicznych akceleratorów Kottera	<p>Krok 1. Nadanie zmianie pilności; uświadomienie, zarówno menedżerom, jak i pracownikom, jak pilne może być wykorzystanie dużej szansy, która może już się nie powtórzyć, lub przeciwstawienie się zagrożeniu, które może zaszkodzić organizacji.</p> <p>Krok 2. Zbudowanie koalicji na rzecz zmiany; poprzez koalicję rozumiemy tu zespół aktywnie wspierający proces zmiany.</p> <p>Krok 3. Sformułowanie strategicznej wizji zmiany i zidentyfikowanie oraz rozwijanie inicjatyw transformacyjnych mających na celu wykorzystanie nadarżającej się szansy na działanie.</p> <p>Krok 4. Prezentowanie wizji i strategii zmiany w taki sposób, aby wzbudzały one zaangażowanie pracowników i przyciągały coraz większą armię ochotników.</p> <p>Krok 5. Wzmocnienie i przyspieszenie realizacji wyznaczonej wizji poprzez budowanie sieci ochotników posiadających odpowiednie umiejętności i wiedzę oraz wzajemnie motywujących siebie do działania.</p> <p>Krok 6. Świątowanie szybkich, ale widocznych oraz ważnych dokonań (zwycięstw) w procesie wdrażania zmiany.</p> <p>Krok 7. Utrzymywanie tempa i napięcia podjętych działań we wdrażaniu zmiany; ciągłe uczenie się na własnych doświadczeniach; wstrzymywanie się z przedwczesnym ogłaszaniem zwycięstwa.</p> <p>Krok 8. Instytucjonalizacja i utrwalanie strategicznych zmian w kulturze organizacji.</p>
Pięciostopniowy model ADKAR	<p>Wymiar biznesowy zmiany:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identyfikacja potrzeb biznesowych. 2. Zdefiniowanie projektu (wizja, cele). 3. Projektowanie rozwiązań (procesy, systemy, struktura). 4. Rozwój nowych procesów i systemów. 5. Implementacja. <p>Wymiar ludzki zmiany:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Awareness: świadomość potrzeby zmian; świadomość ta jest rezultatem odpowiednio wcześniej zakomunikowanych i wyjaśnionych zmian, 2. Desire: pragnienie, aby wspierać zmianę i uczestniczyć w jej wdrażaniu; pragnienie to jest wynikiem wsparcia kierownictwa i

	<p>zarządzania oporem wobec zmian.</p> <p>3. Knowledge: wiedza z zakresu zarządzania zmianą; wiedza ta powstaje w wyniku szkoleń, treningów oraz coachingu.</p> <p>4. Ability: zdolność do realizacji i wdrożenia zmiany na oczekiwanym poziomie oraz wykazania się nowymi umiejętnościami i zachowaniami; to umiejętność pozyskana w czasie dodatkowych szkoleń, treningów, coachingu oraz w trakcie praktycznego wdrażania zmiany i pogłębiana wraz z upływającym czasem.</p> <p>5. Reinforcement: wzmocnienie, tak aby wdrożona zmiana okrzepła i osiadła; jest to możliwe jedynie wtedy, kiedy: są przyjęte odpowiednie narzędzia pomiaru poziomu wdrożenia zmiany, są stosowane odpowiednie działania korygujące, blokujące powrót organizacji i pracowników do wcześniejszych nawyków, oraz pojawia się uznanie dla wysiłku włożonego we wdrożenie zmian.</p>
Model zmian E. Nevisa	<ul style="list-style-type: none"> • podkreślenie roli naczelnego kierownictwa, • zaangażowanie kierownictwa, • diagnoza obszarów problemowych w organizacji, • poszukiwanie nowych rozwiązań, • eksperymentowanie z nowymi rozwiązaniami, • wzmocnienie pozytywnych rezultatów nowych rozwiązań, akceptacja nowych i skutecznych działań.
Model B. Burnes'a	<ul style="list-style-type: none"> • identyfikacja problemu, źródła (potrzeby) zmiany oraz jej rodzaju, • planowanie procesu wdrażania zmiany, • wdrożenie zmiany (w tym: stworzenie wizji zmiany, budowanie optymalnych warunków wdrażania zmiany, wybór strategii postępowania, planowanie i realizacja zaplanowanych działań), • zaangażowanie i alokacja niezbędnych zasobów: ludzkich, rzeczowych, finansowych, • podtrzymanie tempa i kierunku zmian, • stałe doskonalenie działań.
Model M. Beer'a, R.A. Eisenstat'a, B. Specta	<ul style="list-style-type: none"> • budowanie zaangażowania w proces zmiany poprzez wspólną analizę sytuacji, • opracowanie wizji nowej struktury organizacyjnej, • pozyskanie akceptacji dla przyjętej wizji, niezbędnych kompetencji i umiejętności oraz gotowości do realizacji dalszych działań, • rozpowszechnienie w organizacji nowych rozwiązań, • umocnienie zmian poprzez przyjęcie formalnych struktur, systemów, procedur, • kontrola procesu zmian i rozwiązywanie wszelkich pojawiających się problemów.
Model L. Clarke'a	<ul style="list-style-type: none"> • antycypowanie i minimalizowanie oporów wobec zmiany, • rozwijanie wizjonerskiego przywództwa, • destabilizacja status quo, • propagowanie otwartego komunikowania się, • wybór właściwego momentu na realizację zmiany, • wdrożenie zmiany, • wzmocnienie wprowadzonych zmian.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Kozyra B., Praktyczne zarządzanie zmianą w firmie czyli nie taki diabeł straszny, MT Biznes, Warszawa 2017, s. 105-112

Porównanie modeli wprowadzania zmian w organizacji prowadzi do szeregu wniosków:

- w każdym z modeli dużą wagę przykładają do fazy przygotowania zmiany, w szczególności zidentyfikowania problemu oraz określenia celów zmiany,
- zmiany w organizacjach nie zachodzą, jeżeli pracownicy nie zmieniają swoich zachowań; wydaje się, że z tego powodu autorzy analizowanych modeli przywiązują mniejszą wagę do kwestii technicznych i organizacyjnych, a większą do ludzkich – jest to szczególnie podkreślone w modelu ADKAR,
- kluczowym czynnikiem sukcesu podczas zmian w organizacjach jest ich zaakceptowanie przez pracowników, stąd wiele działań w modelach dotyczy zapobiegania oraz minimalizowania oporów przeciwko zmianom; w praktyce opory mogą mieć różny charakter, zarówno bierny jak i czynny, racjonalny jak i emocjonalny¹⁵¹; uwzględnienie problemu oporów jest szczególnie widoczne w modelu Lewina, w którym faza rozmrożenia ma na celu mentalne przygotowanie pracowników do zmiany, co ma prowadzić do ograniczenia poziomu ich oporu; w efekcie zarządzający przygotowują grunt pod likwidację starych i wprowadzenie nowych nawyków,
- ważnym aspektem jest zaplanowanie i przygotowanie koncepcji zmiany, która zgodnie z najlepszą wiedzą będzie najskuteczniejsza,
- na końcu procesu zmiany należy pamiętać o wzmocnieniu i utrwaleniu wprowadzonej zmiany w taki sposób, aby okrzepła i utrwaliła się w organizacji.

Z zestawienia trzech najpopularniejszych modeli: trójfazowego modelu Lewina, modelu ośmiu strategicznych akceleratorów Kottera oraz pięciostopniowego modelu Prosci ADKAR B. Kozyra skonstruowała bardzo szczegółowy, zintegrowany model zarządzania procesem zmiany. Bazą do stworzenia zintegrowanego modelu był trójfazowy model Lewina. Poniżej fazy i etapy nowopowstałego modelu¹⁵².

Obecna sytuacja. Faza I. Przygotowanie zmiany – rozmrożenie

Etap 1. Identyfikacja zmiany i poczucie potrzeby zmiany:

- identyfikacja problemu/wyzwania,
- dostrzeżenie potrzeby oraz pilności zmiany przez zarząd organizacji,

¹⁵¹ Lenartowicz M., *Opór przed zmianami w organizacjach: wyzwania dla konsultanta*, „Know How”, nr 3/2009 s. 29. Cyt. za: Lenik P., *Specyfika przeprowadzania zmian w organizacjach oziębłych oraz organizacjach przychylnych*, Studia Ekonomiczne, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach Nr 338, Katowice 2017, s. 8

¹⁵² Kozyra B., *Praktyczne zarządzanie zmianą w firmie czyli nie taki diabeł straszny*, MT Biznes, Warszawa 2017, s. 116-117

- jednomyślne zaakceptowanie potrzeby zmiany przez zarząd organizacji,
- stworzenie wizji stanu pożądanego organizacji po zmianie,
- sformułowanie celów głównych i kamieni milowych procesu zmiany,
- zakomunikowanie wizji i celów planowanej zmiany.

Etap 2. Stworzenie koalicji na rzecz zmiany:

- wybór skutecznego lidera zmiany,
- stworzenie efektywnego zespołu koordynującego przygotowanie i wdrożenie zmiany,
- stworzenie mapy zaangażowania zespołu,
- wybór agentów zmiany,
- tworzenie koalicji na rzecz zmiany.

Etap 3. Stworzenie optymalnych warunków wewnętrznych wspierających proces zmiany:

- budowanie przyjaznej zmianom kultury organizacyjnej,
- dostosowanie struktury organizacyjnej, procesów, systemów, norm do procesów transformacji,
- rozwijanie efektywnego przywództwa wspierającego proces zmiany,
- propagowanie efektywnej komunikacji wspierającej proces zmiany.

Etap 4. Pozyskanie ludzi w procesie zmiany:

- emocje i postawy w procesie zmiany,
- identyfikacja interesariuszy zmiany,
- wysłuchanie interesariuszy i analiza ich postaw wobec zmiany,
- zarządzanie emocjami i motywowanie w celu budowania zaangażowania w zmianę,
- wybór strategii minimalizacji oporu wobec zmiany,
- powiązanie systemu motywacyjnego z planowaną zmianą,
- uzyskanie gotowości interesariuszy do wdrożenia zmiany.

Przejście do nowej sytuacji. Faza II. Wprowadzenie i realizacja – zmiana

Etap 5. Przygotowanie zmiany:

- przygotowanie planu,
- zmiana jako projekt,

- krótkoterminowe cele cząstkowe, czyli generowanie krótkookresowych osiągnięć,
- stworzenie systemu monitorowania procesu zmiany,
- zarządzanie ryzykiem w procesie zmiany.

Etap 6. Wdrożenie zmiany:

- rozpoczęcie wdrażania – testowanie nowych rozwiązań,
- motywacja – utrzymanie tempa działań,
- ciągły rozwój pracowników,
- monitoring realizacji zmiany.

W nowej sytuacji. Faza III. Utrwalanie zmiany – zamrożenie

Etap 7. Utrwalenie i wzmocnienie zmiany:

- zamrożenie zmiany,
- wzmocnienie zmiany przez sformalizowanie nowego stanu,
- integrowanie nowych sposobów funkcjonowania.

Etap 8. Stały rozwój organizacji akceptującej zmiany:

- ocena i kontynuacja, czyli nauka na błędach i sukcesach,
- utrzymanie w organizacji otwartości na zmiany,
- rozwijanie planowania kolejnych zmian.

Przedstawione powyżej uniwersalne modele wprowadzania zmian w organizacji mogą z powodzeniem być stosowane we wdrażaniu zmian kulturowych. Niemniej zmiana kulturowa cechuje się pewną specyfiką, dlatego poniżej przedstawiono przyjmowane podejścia i proces zmiany kulturowej. A. Zarębska opisuje następujące podejścia w odniesieniu do zmiany kultury organizacyjnej¹⁵³:

- „błędne koło” – ma miejsce wtedy, gdy organizacja nie wyciąga nauki z popełnianych błędów, ma miejsce, gdy organizacja nie jest w stanie efektywnie uczyć się w oparciu o własne doświadczenia, na pojawiające się problemy reaguje w sposób tradycyjny lub rutynowy, generując rozwiązania, które nie przynoszą oczekiwanych rezultatów, za brak sukcesu winione są czynniki zewnętrzne,

¹⁵³ Zarębska A., *Zmiany organizacyjne w przedsiębiorstwie. Teoria i praktyka*, Difin, Warszawa 2002. Cyt, za: Zaborniak M., *Zarządzanie zmianą jako warunek konieczny prawidłowego funkcjonowania placówek oświatowych*, Edukacja-Technika-Informatyka nr 2(16)2016, Wydawnictwo UR, Rzeszów 2016, s. 58

- zmiana rewolucyjna – ma miejsce wtedy, gdy dokonuje się zmiany całego systemu wartości, jest preferowana przez radykalistów chętnych, aby burzyć stare i budować nowe, oznacza wprowadzanie zmian w sposób szybki i radykalny; polega na zaniechaniu starych elementów systemu kultury, które uznaje się za nieefektywne i zwalcza przejawy tradycyjnych zachowań stojących w sprzeczności z nowymi wartościami; obowiązujący system wartości zmienia się o 180 stopni, ten model promowany jest przez doradców zewnętrznych, którzy wychodzą z założenia, że zmiany nikłe mogą pozostać niezauważone i więcej skomplikują niż ulepszą, lepiej jest działać radykalnie, gdyż koszty zmian są podobne,
- zmiana ewolucyjna (inkrementalizm kulturowy) - obejmuje sporządzenie i wdrożenie planu zmiany, czyli zmiana wprowadzana metodą drobnych kroczków, rozłożonych w dłuższej perspektywie czasowej, polegająca na stopniowym włączaniu przez organizację nowych założeń i wartości, które nie stanowią wyzwania dla istniejących już elementów kulturowych, ale jednak oddziałują na podsystem społeczny w sposób mniej lub bardziej bezpośredni, skutkiem czego system norm i wartości obowiązujący w organizacji powoli zmienia się¹⁵⁴.

Wydaje się, że o ile zmiana rewolucyjna jest zasadna przy istotnej rozbieżności między istniejącą a pożądaną kulturą, to jednak najczęściej wykorzystywane jest podejście ewolucyjne. Warto również zaznaczyć, że istnieje pogląd, że można stosować strategię hybrydową – do starych wartości dołączane są nowe. Panuje wówczas pluralizm wartości i ogólny chaos. Dla pracowników taka sytuacja jest jednak trudna do przetrwania¹⁵⁵.

W literaturze przedmiotu opisanych jest wiele możliwych procesów zmiany kulturowej. Nawiasem mówiąc, przytoczone wcześniej modele wprowadzania zmian w większości przypadków miały charakter procesowy składając się z kolejnych etapów lub kroków. Tak więc pomiędzy modelami a procesem zmian nie ma często zasadniczo istotnych różnic. J.B. Miner wymienia następujące kroki w kierowaniu zmianą kulturową¹⁵⁶:

¹⁵⁴ Grabus M., *Koncepcja ...*, op.cit., s. 99

¹⁵⁵ Zbiegień-Maciąg L., *Kultura w organizacji. ...*, op. cit, s. 90

¹⁵⁶ Miner J.B., *Organizational Behaviour. Performance and Productivity*, Random House, New York 1998. Cyt. za: Zbiegień-Maciąg L., *Kultura w organizacji. ...*, op. cit, s. 95

- uzewnętrznienie, wydobycie na powierzchnię obowiązujących norm – członkowie grupy sporządzają listę norm, które w danej chwili wytyczają ich zachowania i postawy,
- wytyczenie nowych kierunków – dyskusja o tym, dokąd zmierza organizacja i jaki rodzaj zachowań jest konieczny, by dalej się rozwijać,
- ustalenie nowych norm – członkowie grup ustalają listę nowych norm koniecznych do osiągnięcia celów,
- uściślenie luk w kulturze – różnice między normami obowiązującymi i pożądanymi są rozumiane jako luki kulturowe; im większe te różnice, tym większe prawdopodobieństwo, że obecne normy powstrzymają działania,
- eliminowanie luk kulturowych – członkowie grup asymilują nowe normy, muszą osiągnąć porozumienie, że nowe normy zastąpią stare i że zmiany te będą kontrolowane przez grupy; sesje grupowe konfrontują sytuacje konfliktowe i negocjują nowe układy.

Według W.G. Dyera proces zmiany kulturowej przebiega w następujący sposób¹⁵⁷:

- dotychczasowe wzory działań prowadzą do kryzysu,
- niepewność sytuacyjna (symbole i rytuały tracą na wiarygodności i są krytykowane),
- pojawia się kultura pozorna albo nowe kierownictwo stwarza nowe wzory,
- stara i nowa kultura popadają w konflikt,
- próba opanowania kryzysu,
- nowa kultura rozwija się wraz z nowymi normami.

Zdaniem tego autora zmiany kulturowe zawsze zaczynają się od konfliktu między kulturą dotychczasową a wzorcami kulturowymi promowanymi przez kierownictwo. Etap ostatni zaś trwa do momentu pojawienia się kryzysu, wtedy schemat się powtarza.

K.S. Cameron i R.E. Quinn proponują opracowanie planu zmiany kulturowej w oparciu o następujące etapy¹⁵⁸:

- osiągnięcie wspólnego stanowiska w sprawie stanu obecnego – należy wybrać grupę złożoną z członków kierownictwa i kluczowych pracowników, którzy na wspólnym spotkaniu uzgodnią stanowisko na temat obecnej kultury,

¹⁵⁷ Dyer W.G., *Culture in Organizational. A Case Study and Analysis MIT*, Cambridge 1985, s. 211. Cyt. za: Zbiegień-Maciąg L., *Kultura w organizacji. ...*, op. cit, s. 96

¹⁵⁸ Cameron K.S., Quinn R.E., *Kultura organizacyjna - ...*, op. cit, s. 85-98

- osiągnięcie wspólnego stanowiska w sprawie stanu pożądanego – należy powtórzyć proces z etapu pierwszego, tym razem określając kulturę pożądaną,
- stworzenie wspólnej wizji pożądanego kultury – zespół musi osiągnąć w drodze szerokiej dyskusji porozumienie co do wspólnej wizji pożądanego kultury, określić, jakie będą dominujące cechy organizacji, co się zmieni, a co powinno pozostać niezmienione,
- opisywanie kultury organizacji za pomocą historyjek i anegdot – kulturę organizacji najlepiej jest opisywać posługując się historyjkami i anegdotami; na tym etapie zespół powinien opowiedzieć o dwóch lub trzech wydarzeniach czy faktach, które obrazują kluczowe wartości mające dominować w przyszłej kulturze (historie stanowią jeden z mechanizmów, za pomocą którego można opisać i wyjaśnić kulturę organizacyjną i zmianę kultury organizacyjnej¹⁵⁹),
- przyjęcie strategii działania – na tym etapie zespół powinien określić konkretne działania w celu wprowadzenia pożądanego zmian,
- opracowanie planu wdrożenia – na tym etapie opracowany powinien być plan wprowadzania zmian, łącznie z harmonogramem i rozmieszczonymi w krótkich odstępach czasu punktami odniesienia; najlepiej wybrać cztery, maksimum pięć działań; zespoły lub grupy robocze powinny się skupić na jednym kluczowym zagadnieniu albo osiągnięciu jednego celu.

Samą strukturę procesu przeprowadzenia zmian kulturowych według tych samych autorów opisuje M. Grabus w swojej pracy doktorskiej¹⁶⁰. Działania podzielone są na dwie grupy. Pierwsza – tworzenie społecznego podłoża dla zrozumienia potrzeby zmian i zaangażowania się w nią – składa się z:

- identyfikacji potrzeb zmiany,
- zrozumienia konieczności zmiany przez jak największą liczbę pracowników,
- zmiany symboli kulturowych zmierzającej do zbudowania wiarygodności zmian,
- akceptacji nowych punktów widzenia,
- taktycznych posunięć,
- zwiększenia społecznego poparcia,
- przezwyciężenia oporu,

¹⁵⁹ Briody E.K., Pester T.M., Trotter R., *A story's impact on organizational-culture change*, Journal of Organizational Change Management Vol. 25 No. 1, 2012, s. 68

¹⁶⁰ Grabus M., *Koncepcja ...*, op. cit., s. 90-91

- tworzenia rezerw i stopniowego ich wykorzystywania,
- systematycznego wyczekiwania.

Drugi obszar działań – postępujące zintegrowanie – obejmuje cztery kolejne etapy:

- tworzenie podstaw zaangażowania w zmianę,
- koncentracja uwagi na kluczowych problemach zmiany,
- zarządzanie koalicjami,
- formalizacja zaangażowania.

Kolejny z badaczy¹⁶¹ proponuje wyodrębnienie w procesie zmian kulturowych siedmiu następujących etapów:

- sporządzenie za pomocą narzędzi diagnostycznych inwentarza kulturowego firmy (mapa kultury firmy),
- ocenienie kultury i określenie potrzeby zmiany; jeżeli postawimy diagnozę, może się okazać, że wzory kultury wymagają zmiany; gdy mają one negatywne konsekwencje dla ludzi w organizacji lub nie zapewniają rozwiązania problemów, jest to wskazówka do wprowadzenia zmian,
- oszacowanie ryzyka kulturowego; wdrożenie nowych wzorów może być bardzo trudne, należy więc ocenić ryzyko błędu i potencjalne negatywne konsekwencje towarzyszące zmianie,
- odmrożenie istniejących wzorów kulturowych; procesowi temu towarzyszy wiele napięć; destabilizacja dotychczasowych wzorów (z wyjątkiem sytuacji kryzysowych, np. połączenie, nowe technologie, prywatyzacja) wymaga wykorzystania wiedzy lidera zmiany i zastosowania wielu interwencji naruszających dobre samopoczucie firmy,
- budowanie poparcia ze strony elity kulturowej firmy – ważna jest identyfikacja tej elity i motywowanie wsparcia z jej strony,
- dokonanie selekcji strategii interwencyjnych; zwykle skuteczna strategia wymaga nowych wzmocnień i nagradzania, a także nowej struktury organizacyjnej; może się okazać konieczne budowanie zespołów, interwencje przetargowe, a nawet zmiana czołowych postaci w organizacji,
- wprowadzenie monitoringu i ocen.

¹⁶¹ Davis S.M., *Managing Corporate Culture*, Cambridge 1984. Cyt. za: Zbiegień-Maciąg L., *Kultura w organizacji. Identyfikacja kultur znanych firm*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1999, s. 96-97
88

T.J. Gouillard i J.N. Kelly proponują jeszcze inne podejście do zmian. Model tych autorów to tzw. 4 x R. Do zmian kultury dochodzi już przy pierwszym R i czwartym R. Etapami w przypadku tego podejścia są¹⁶²:

- reorientacja (nowa wizja i cele firmy) – formami tego procesu są: mobilizacja do działania, stworzenie wizji przyszłych celów, atmosfera zaangażowania oraz odpowiedzialności; pierwszym krokiem jest stworzenie grupy liderów, nazywanych grupą sterującą, która ukazuje ludziom konieczność zmian; grupa ta tworzy system stałego komunikowania się i konsultowania; organizowana jest seria spotkań, na których ludzie mają możliwość swobodnego wyrażania swoich myśli; opinie ludzi znajdują zastosowanie w proponowanych rozwiązaniach,
- restrukturyzacja (zmiana strategii organizacji),
- rewitalizacja (wypracowanie nowej strategii),
- regeneracja (stworzenie systemu bodźców do ciągłego uczenia się i odnawiania zasobów) – niezbędne jest opracowanie systemu stałego odnawiania się, tzn. system: bodźców, które będą motywować do działań zgodnych z nowymi celami (ludzie widzą, że nowe zachowania są nagradzane), częstego doskonalenia ludzi, uczenia się nowej kultury poprzez gromadzenie wiedzy wewnątrz firmy.

Najbardziej jednak przejrzystym, syntetycznym i pełnym wydaje się być proces „korekty kursu” zaproponowany przez M. Czerską¹⁶³, składający się z następujących etapów:

- określenie strategii firmy
- zdefiniowanie pożądanego kształtu kultury organizacji,
- diagnoza aktualnej kultury organizacji,
- analiza rozbieżności pomiędzy aktualną a pożądaną kulturą organizacji,
- opracowanie projektu „korekty kursu”,
- interwencja – czyli dokonanie korekty kultury organizacji,
- kontrola nowej kultury.

Uzasadnionym wydaje się być zatem stwierdzenie, że diagnoza kultury organizacyjnej kończy się oceną i identyfikacją luki kulturowej. Proces „korekty kursu”

¹⁶² Gouillard T.J. i Kelly J.N., *Transforming the Organization*, New York 1995. Cyt. za: Zbiegień-Maciąg L., *Kultura w organizacji. Identyfikacja kultur znanych firm*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1999, s. 97-98

¹⁶³ Czerska M., *Zmiana ...*, op. cit, s. 46-78

M. Czerskiej zostanie wykorzystany w rozdziale 6 jako baza do zaproponowania sposobu wdrożenia docelowej kultury w jednostkach PRM.

Zmiany kulturowe mogą być inicjowane przez różne osoby w organizacji. M. Pedler i K. Aspinwall wyróżniają dwie formy procesu zmian kulturowych¹⁶⁴:

- „dźwignia indywidualna”, która oznacza, że zmiana inicjowana jest przez indywidualnego uczestnika organizacji, przez niego zostaje także opracowany proces zmiany i jest on odpowiedzialny za przekonanie kierownictwa do akceptacji oraz wprowadzania zaakceptowanych zmian,
- „dźwignia zespołowa”, w której za inicjowanie, projektowanie i wdrażania zmian odpowiada sformalizowany zespół ds. kształtowania kultury organizacji.

Po zestawieniu tych form procesu ze stanowiskiem M. Czerskiej mówiącym o tym, że sposób indywidualny jest skuteczny tylko w przypadku, gdy promotorem zmian jest ktoś z kierownictwa¹⁶⁵ otrzymujemy zmianę kultury metodą odgórną. Druga forma pozwala na włączenie do prac nad zmianą szerokiego zespołu pracowników. A. Potocki, podkreśla, że praca grupowa i zespołowa jest o wiele efektywniejsza od pracy indywidualnej. Zdaniem tego autora praktyka organizacji sugeruje, iż są przynajmniej trzy rodzaje grup w organizacji, które efektywnie pracują w przy modyfikacjach kultury organizacji¹⁶⁶:

- grupy nakazowe, np. kierownik i podwładni,
- komitety i zespoły zadaniowe powoływane do realizacji określonych czynności,
- grupy nieformalne, tworzone spontanicznie.

Metodami pozyskiwania uczestników zmian są: administracyjna, perswazyjna, konsultacyjna oraz negocjacyjna. Spośród tych metod warto stosować dwie ostatnie. W przypadku metody konsultacyjnej stanowisko pracowników jest brane pod uwagę, ale decyzje podejmowane są na szczeblu kierowniczym. Jeżeli organizator zna powód oporu pracownika, a pracownik rozumie stanowisko organizatora, wówczas łatwiej o przełamanie oporu. Natomiast metoda negocjacyjna polega na tym, że decyzje są wypadkową wspólnych ustaleń kierownictwa i przedstawicieli szeregowych wykonawców, brane jest pod uwagę stanowisko pracowników oraz zapewnia się ich

¹⁶⁴ Pedler M., Aspinwall K., *Przedsiębiorstwo uczące się*, Wydawnictwo Petit, Warszawa, 1999, s. 103-104

¹⁶⁵ Czerska M., *Zmiana ...*, op. cit., s. 79

¹⁶⁶ Potocki A., *Komunikacja wewnętrzna w przedsiębiorstwie*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie, Kraków, 2001, s. 49

udział w planowaniu zmian. Emanacją obu metod jest udział przedstawicieli pracowników w zespole doskonalącym kulturę organizacji¹⁶⁷. Tak więc kultura może być zmieniana metodą odgórną lub partycypacyjną. Klasycznym przykładem partycypacyjnej metody zmiany kulturowej jest wcześniej opisany model K.S. Camerona i R.E. Quinna.

3.3. Metody i narzędzia diagnozy kultury

Badanie kultury organizacyjnej stanowi wyzwanie, m.in. ze względu na wielość paradygmatów kultury organizacyjnej, co z kolei skutkuje różnorodnością definicji, interpretacji i operacjonalizacji pojęcia¹⁶⁸. Niemniej jednak punktem wyjścia do diagnozy kultury organizacyjnej może być wybór jednego z istniejących modeli kultury. Wybór modelu wiąże się z przyjęciem określonego podejścia do identyfikacji składników kultury. Na tej podstawie możliwe jest określenie zakresu poszukiwanych informacji, ich źródeł oraz metod diagnozy. Niekiedy autorzy proponując określony model kultury dodatkowo zapewniają badaczom narzędzia diagnozy, np. kwestionariusze ankiety (por. K.S. Cameron, R.E. Quinn).

Dla wizualizacji kultury organizacyjnej niezbędne jest zidentyfikowanie jej przejawów. Dlatego diagnozowanie kultury organizacyjnej¹⁶⁹ należy rozpocząć od ustalenia treści poszukiwanych informacji, ale również jej uwarunkowań (kontekst), jak i efektów, do których prowadzi (rezultaty działania organizacji). Przyjmując model zaproponowany przez Scheina należy mieć świadomość budowy „drzewa kulturowego” – możliwość identyfikacji mniej lub bardziej widocznych przejawów kultury organizacyjnej. Najbardziej logiczne wydaje się być poszukiwanie możliwych do zidentyfikowania symptomów kulturowych, dopiero poprzez głębsze badania można rozpoznać obowiązujące normy i wartości. Bardzo ważne w tej sytuacji jest pozyskanie zaufania pracowników – bez tego trudne będzie wiarygodne rozpoznanie obowiązujących norm i wartości. W następnej kolejności należy skupić się na źródłach poszukiwania symptomów kulturowych. Do podstawowych źródeł informacji zaliczyć można: obserwację przebiegu procesu funkcjonowania firmy, dokumentację firmy, pracowników, ale także interesariuszy zewnętrznych – klientów, dostawców czy też partnerów biznesowych. Nie należy ograniczać się tylko do odczuć pracowników,

¹⁶⁷ Grabus M., *Koncepcja ...*, op. cit., s. 137

¹⁶⁸ Szmidt Cz. (red.), *Współczesne problemy zarządzania i ekonomii*, Poltext, Warszawa 2015, s. 125

¹⁶⁹ Czerna M., *Zmiana ...*, op. cit., s. 58 - 66

ponieważ otrzymamy obraz niepełny i skażony subiektywizmem. Dlatego należy poddać badaniu środowisko zewnętrzne firmy.

Samo badanie kultury organizacyjnej w zakresie technik polega na analizie dokumentów, obserwacji, pozyskiwaniu informacji od pracowników i interesariuszy zewnętrznych, np. w drodze wywiadów, ankiet. **Badanie dokumentów** powinno odbyć się w trzech etapach: określenie poszukiwanych informacji, określenie dokumentów poddawanych analizie oraz analiza właściwa i ustalenie wniosków końcowych. Do najczęściej spotykanych problemów w analizie dokumentacji należą: zbyt duża lub zbyt mała ilość informacji, niska jakość zawartych informacji. Oprócz analizy dokumentów ważnym elementem diagnozowania kultury organizacyjnej w firmie jest **obserwacja** (uczestnicząca lub zewnętrzna), którą należy prowadzić w sposób jawny. Narażamy w tej sytuacji nasze badanie na nienaturalne zachowania, ale postępujemy w sposób etyczny i niwelujemy ryzyko zbojkotowania badań przez pracowników w razie wyjścia na jaw prowadzenia obserwacji z ukrycia. Kolejnymi metodami pozyskiwania informacji w celu zdiagnozowania kultury organizacyjnej, tym razem od pracowników, jest **wywiad i ankieta przeprowadzone wśród pracowników**. Dla pełnego, pozbawionego subiektywizmu obrazu kultury wskazane byłoby przeprowadzenie **wywiadów z interesariuszami zewnętrznymi**. Wywiad odbywa się w sposób bezpośredni pomiędzy badającym a uczestnikiem badania. Badany powinien być wcześniej uprzedzony o wywiadzie by mógł zarezerwować czas, nie dłuższy jednak niż 1 - 2 godzin. Dłuższe powodują zmęczenie i znużenie rozmówcy. Wywiad może mieć formę wywiadu wolnego lub ustrukturyzowanego. Pierwszy odbywa się bez gotowego scenariusza rozmowy, przez co pochłania więcej czasu i niesie ryzyko odejścia od głównego nurtu rozmowy. Drugi odbywa się w oparciu o wcześniej przygotowany kwestionariusz zawierający gotowe pytania. Nie niesie on ze sobą ryzyk opisanych przy wywiadzie wolnym, jednak jeśli badacz sztywno trzyma się scenariusza pozbawia go to możliwości pozyskania dodatkowych informacji. Te zagrożenie nie występuje jeśli badacz jest otwarty na nowe problemy, kwestie, które pojawią się w odpowiedziach i będzie o nie dopytywać. Wywiady najczęściej są stosowane w sytuacji, kiedy badaniu podlega niewielka liczba badanych, np. w przypadku korzystania z metody określanej mianem „sędziów kompetentnych”. Ankieta pełni podobną rolę jak wywiad. Stosujemy ją jednak w odniesieniu do większej grupy respondentów. Zawiera gotowe pytania i można ją przeprowadzić bez spotkania ze sobą badacza i badanego, np. za

pośrednictwem Internetu, poczty itp. Inną techniką zbierania informacji jest uczestnictwo w posiedzeniach kadry kierowniczej. Podczas wykorzystania tego narzędzia można uzyskać informacje na temat wartości, jakim hołduje kierownictwo organizacji. Kolejnym krokiem na drodze do zdiagnozowania kultury organizacyjnej jest synteza zebranych informacji. Polega ona w pierwszej kolejności na eliminacji informacji zbędnych, następnie dokonujemy agregacji informacji jednostkowych w zbiory, aby zidentyfikować symptomy kultury typowe dla badanej organizacji. Następnie należy pogrupować informacje według problemów. Przypisujemy symptomy kultury organizacyjnej do poziomów – artefaktów oraz zauważalnych norm i wartości. W ostatniej kolejności interpretujemy orientacje kultury w badanej organizacji.

3.4. Metody i narzędzia zmiany kultury

W literaturze przedmiotu można spotkać się z wieloma koncepcjami narzędzi służących kształtowaniu kultury organizacyjnej. B. Nogalski¹⁷⁰ wymienia następujące narzędzia kształtujące kulturę organizacyjną: sposób zarządzania, komunikację, kontrolę, motywację, charakter organizacji, wyznaczenie najwyższej wartości, sposób działania pracowników, związek z innymi organizacjami, źródła władzy i nagradzanie pracowników. Cz. Sikorski¹⁷¹ szczególną uwagę zwraca na rolę kierownika w kształtowaniu kultury organizacyjnej, dzieląc możliwości oddziaływania kierownika na dwie grupy. Pierwsza z nich związana jest z oddziaływaniem bezpośrednim – w sferze stosunków społecznych. Polega ona na tworzeniu schematów interpretacyjnych, tworzeniu kontekstów i wykorzystywaniu różnych sytuacji praktycznych w taki sposób, aby podwładni przyjęli określone wzory kulturowe. Druga związana jest z oddziaływaniem pośrednim – w sferze zmian organizacyjnych poprzez pośrednie narzędzia kształtowania kultury organizacyjnej. Należą do nich zmiany w procedurach wykonawczych, strukturze organizacyjnej, rozmieszczeniu przestrzennym obiektów, ich wyposażeniu, ale również w sposobie formułowania misji i celów organizacji wskazujących na kierunek zmian w kulturze. Zdolność przystosowania się odnosi się do stopnia, w jakim organizacja ma zdolność do zmiany zachowań, struktur i systemów, aby przetrwać w następstwie zmian otoczenia¹⁷².

¹⁷⁰ Nogalski B. (red.), *Kultura ...*, op. cit., s. 134-145

¹⁷¹ Sikorski. Cz., *Kultura organizacyjna*, op. cit., s. 42 - 43

¹⁷² Zheng W., Yang B., McLean G.N., *Linking organizational culture, structure, strategy and organizational effectiveness: Mediating role of knowledge management*, Journal of Business Research 63(7), 2013, s. 765

M. Grabus w swojej pracy doktorskiej proponuje następujący zestaw narzędzi zmiany kulturowej¹⁷³:

- zarządzanie zasobami ludzkimi: zatrudnianie nowych pracowników, oceny pracownicze, szkolenia, system motywacji, outplacement,
- rozwiązania organizacyjne: filozofia struktury organizacyjnej, poziom decentralizacji struktury, poziom formalizacji, partycypacja pracownicza, więzi komunikacyjne reorganizacja stanowisk,
- formy pracy kierowniczej: misja i wspólna wizja, wprowadzanie nowych artefaktów, osobisty przykład kierownika, styl kierowania, forma kontroli menedżerskiej,
- interwencje strukturalne: zarządzanie przez jakość, budowanie strategii konkurencyjnej, nastawienie na klienta (podkreślanie wartości pro-klienckich).

Ł. Sułkowski opisuje stosowanie następujących narzędzi zmiany kulturowej w organizacji¹⁷⁴:

- redefinicja wartości organizacyjnych,
- tworzenie nowych reguł normatywnych,
- zmiana elementów kultury (mity, opowieści, bohaterowie, wzorce rytuał symbolika, język, tabu),
- adaptacja artefaktów do rdzenia wartości,
- kompozycja i dekompozycja misji,
- projektowanie systemów komunikacji oraz władzy,
- zmiana zawartości opisów stanowisk pracy,
- kształtowanie systemów motywacyjnych,
- zmiana kryteriów selekcji,
- zebrania, dyskusje i szkolenia pracowników,
- kształtowanie ról liderów w organizacji (np. jako agentów zmian, wzorów osobowych, bohaterów, innowatorów).

Interesujące podejście poparte badaniem empirycznym zaproponowała M. Czerna¹⁷⁵. Propozycja wynika z szerokiego przeglądu literatury, doświadczenia autorki

¹⁷³ Grabus M., *Koncepcja ...*, op. cit., s. 133-134

¹⁷⁴ Sułkowski Ł., *Procesy kulturowe w organizacji: koncepcje, badania i typologia kultur organizacyjnych*, TNOiK, Toruń, 2002, s.135-136

¹⁷⁵ Czerna M., *Zmiana...*, op. cit., s. 101- 152

oraz przeprowadzonego badania na temat siły wpływu poszczególnych narzędzi na kulturę organizacyjną, które zostało przeprowadzone wśród menedżerów różnych szczebli i z różnych organizacji. Wyniki tego badania wykazały, że wszystkie narzędzia miały silny wpływ na kształtowanie kultury organizacyjnej.

Tabela 2.8. Narzędzia kształtowania kultury organizacyjnej

Zarządzanie zasobami ludzkimi	Rozwiązania organizacyjne	Formy pracy kierowniczej
1. Proces rekrutacji 2. Oceny pracownicze 3. Szkolenia 4. System motywacji 5. Outplacement	6. Filozofia struktury organizacyjnej 7. Poziom decentralizacji 8. Poziom formalizacji 9. Zarządcza partycypacja pracownicza 10. Więzi komunikacyjne	11. Tworzenie i upowszechnianie misji i wizji firmy 12. Wprowadzanie przez kierownika nowych artefaktów 13. Osobisty przykład kierownika 14. Styl kierowania 15. Forma kontroli menedżerskiej

Źródło: Czerska M., Zmiana kulturowa w organizacji. Wyzwanie dla współczesnego menedżera, Difin, Warszawa 2003, s. 102

III. Metodyka badań własnych

1. Stan badań nad kulturą organizacyjną w jednostkach medycznych

W ostatnich latach podejmowanych jest szereg badań z zakresu zarządzania służbą zdrowia. Ich zakres obejmuje różne części systemu ochrony zdrowia, jednak stosunkowo rzadko ratownictwo medyczne. Przedmiotem zainteresowania badaczy jest także problematyka kultury organizacyjnej, choć badania kultury, do których dotarł autor dysertacji, dotyczyły publicznych szpitali i systemu ochrony zdrowia jako całości. Zestawienie publikacji różnych autorów wraz z zakresem badań przedstawia tabela 3.1.

Tabela 3.1. Wybrane publikacje na temat kultury organizacyjnej w jednostkach ochrony zdrowia i ratownictwie górskim wraz obszarem oraz zakresem badań

Autor	Obszar badań	Zakres badań	Kraj
<i>Furtak-Niczyporuk M., Drop B.</i>	System ratownictwa medycznego	Efektywność organizacji systemu ratownictwa medycznego	Polska
<i>Mrozowicz K.</i>	Ratownictwo górskie	Zachowania organizacyjne zespołów ratowniczych	Polska
<i>Sulkowski Ł.</i>	Szpitale publiczne	Wpływ kultury organizacyjnej na zarządzanie zmianą	Polska
<i>Jończyk J.</i>	Szpitale publiczne	Wpływ kultury organizacyjnej na zdolność do proinnowacyjności	Polska
<i>Szeptuch A.</i>	System ochrony zdrowia	Spójność kultury organizacyjnej w zakresie koordynacji i integracji, zgodności oraz podstawowych wartości	Polska
<i>Dyla S., Szeptuch A.</i>	System ochrony zdrowia	Kultura organizacyjna w kontekście jej dopasowania do zarządzania strategicznego	Polska
<i>Rasińska R., Głowacka M.D., Nowomiejski J.</i>	System ochrony zdrowia	Wpływ kultury organizacji na kształtowanie postaw menedżerów	Polska
<i>Wankhade P., Mackway-Jones K.</i>	System ratownictwa medycznego	Kultura organizacyjna i zawodowa oraz zachowania organizacyjne w przedszpitalnym ratownictwie medycznym	Wielka Brytania
<i>Patterson P.D. z zespołem</i>	System ratownictwa medycznego	Kultura bezpieczeństwa w systemie ratownictwa medycznego	USA, Kanada
<i>Weaver M.D. z zespołem</i>	System ratownictwa medycznego	Kultura bezpieczeństwa w systemie ratownictwa medycznego	USA, Kanada

Źródło: opracowanie własne na podstawie Furtak-Niczyporuk M., Drop B., *Efektywność organizacji systemu państwowe ratownictwo medyczne*, *Studia Ekonomiczne – Zeszyty Naukowe* Nr 168, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, Katowice 2013; Mrozowicz K., *Koncepcja determinantów zachowań organizacyjnych zespołów ratowniczych*, *Akademia Wychowania Fizycznego*

im. Jerzego Kukuczki, Katowice, 2014; Sulkowski Ł., *Zmiana kulturowa w polskich szpitalach – wyniki badań*, „Przedsiębiorczość i zarządzanie”, tom XIV, zeszyt 10, cz. I, Łódź 2013; Jończyk J., *Kształtowanie proinnowacyjnej kultury organizacyjnej w szpitalu publicznym*, „Zarządzanie zasobami ludzkimi”, nr 2/2011, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2011; Szeptuch A., *Pomiar kultury organizacyjnej w organizacjach ochrony zdrowia*, „e-mentor” 2016, nr 3(65), SGH, Warszawa 2016; Dyla S., Szeptuch A., *Kulturowa gotowość organizacji ochrony zdrowia do zarządzania strategicznego*, „Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa”, nr 10/2014, ORGMASZ, Warszawa 2014; Rasińska R., Głowacka M.D., Nowomiejski J., *Wpływ kultury organizacji na kształtowanie postaw menedżerów w opiece zdrowotnej*, *Prace Naukowe Wyższej Szkoły Bankowej w Gdańsku*, tom 12, Gdańsk 2011; Wankhade P., Mackway-Jones K. (red.), *Ambulance Services: Leadership and Management Perspectives*, Springer International Publishing, Szwajcaria 2015; Patterson P.D., Huang D.T., Fairbanks R., Simeone S., Weaver M., Wang H., *Variation in Emergency Medical Services Workplace Safety Culture*, „Prehospital Emergency Care”, Vol. 14, No. 4, rok 2010; Weaver M.D., Wang H.E., Fairbanks R.J., Patterson P.D., *The association between EMS workplace safety culture and safety outcomes*, „Prehospital Emergency Care”, Vol. 16, No. 1, rok 2012

Badania zbliżone tematycznie do przedmiotu niniejszej rozprawy przedstawia artykuł M. Furtak-Niczyporuk i B. Drop analizujący efektywność organizacji systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne¹⁷⁶. W opracowaniu wskazano, że efektywność jest kluczowym problemem organizacji systemu. Za efektywność organizacji przyjęto osiągnięcie celu postawionego przed nią¹⁷⁷. W przypadku systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, w świetle treści artykułu, celem tym jest jak najszybszy czas dotarcia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia. Czas bowiem warunkuje bardzo często skuteczność działań ratowniczych. Autorzy największe zasługi w podnoszeniu efektywności systemu przypisują środkom unijnym pochodzącym z Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko, priorytet XII, działania 12.1., które poświęcone były rozwojowi systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne w Polsce. W podsumowaniu autorzy artykułu zawierają stwierdzenie, że pomimo wykonanych inwestycji system wymaga dalszych działań organizacyjnych mających na celu osiągnięcie jego pełnej efektywności. Kolejną pracą zbliżoną tematycznie do niniejszej dysertacji jest monografia K. Mrozowicza pod tytułem „Koncepcja determinantów zachowań organizacyjnych zespołów ratowniczych”¹⁷⁸. Zarówno ta pozycja, jak również szereg artykułów¹⁷⁹ tego autora skupia się na zachowaniach

¹⁷⁶ Furtak-Niczyporuk M., Drop B., *Efektywność organizacji systemu państwowe ratownictwo medyczne*, *Studia Ekonomiczne – Zeszyty Naukowe* Nr 168, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, Katowice 2013, s. 53-67

¹⁷⁷ Należy zwrócić uwagę, że w naukach o zarządzaniu i jakości osiągnięcie przez organizację założonego celu jest wyznacznikiem skuteczności a nie efektywności w ujęciu prakseologicznym

¹⁷⁸ Mrozowicz, K. *Koncepcja determinantów zachowań organizacyjnych zespołów ratowniczych*, Akademia Wychowania Fizycznego im. Jerzego Kukuczki, Katowice, 2014

¹⁷⁹ Między innymi: *Model procesu podejmowania decyzji (na przykładzie badań ratowników górskich)*, „Organizacja i kierowanie”, nr 4 (147)/2011, Oficyna wydawnicza SGH, s. 193-207; *Psychologiczne i organizacyjne mechanizmy formalizacji ról społecznych w organizacji (na przykładzie GOPR)*, „Przegląd organizacji”, 5/2010, TNOiK, s. 27-31; *Teoria zachowań organizacyjnych (na podstawie niektórych*

organizacyjnych zespołów ratowniczych. Przy czym zespoły ratownicze stanowią ratownicy górscy pracujący w ramach struktury GOPR. Badacz wskazał w nich na kluczową rolę zespołu, opierającego się w działaniach na efektywnych zachowaniach organizacyjnych w odgrywanych przez członków zespołów rolach społecznych, które zdeterminowane są cechami osobowościowymi i temperamentalnymi, organizacyjnymi oraz sytuacyjnymi. Autor w swoich pracach przedstawia uwarunkowania, determinanty oraz rezultaty korelacji pomiędzy charakterystyką zachowań członków zespołów ratowniczych a koordynacją ich działania. W efekcie wszystkich publikacji autor opracowuje definicję organizacji, zespołu ratowniczego i koordynacji zespołu ratowniczego oraz opracowuje koncepcję wielowymiarowego badania zachowań organizacyjnych. Identyfikuje również zachowania organizacyjne będące odmianą zachowań pomocnych, tzw. zachowania ratownicze.

Więcej polskich pozycji wydawniczych na temat kultury organizacyjnej dotyczy publicznych szpitali działających w kraju. Liderem wśród autorów publikacji na ten temat jest Ł. Sułkowski. Wszystkie te publikacje¹⁸⁰ dotyczą analizy modeli dychotomicznych kultur organizacyjnych, wpływających na zarządzanie zmianą w szpitalach publicznych w Polsce. Wymiary kultury organizacyjnej, które leżą w kręgu zainteresowań tego autora to siła, konserwatyzm oraz hierarchiczność. Konkluzja autora we wszystkich opisanych pozycjach bibliograficznych sprowadza się do stwierdzenia, że w publicznych szpitalach w Polsce dominuje model kultury łączący słabą, hierarchiczną i konserwatywną kulturę organizacyjną. Taki model kultury, szczególnie jeśli chodzi o konserwatyzm, powoduje utrudnienia przy wprowadzaniu zmian. Utrudnienia te wzmacnia dodatkowo tworzenie barier dla przedsiębiorczości połączone z nieelastycznym, skostniałym systemem zarządzania zasobami ludzkimi. Podobną tematykę, to znaczy kultury organizacyjnej w szpitalu publicznym, porusza w swoim

aspektów roli społecznej ratownika GOPR), „Organizacja i kierowanie”, nr 1 (144)/2011, Oficyna wydawnicza SGH, s. 67-85

¹⁸⁰ *Cechy kultur organizacyjnych polskich szpitali*, Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Bankowej we Wrocławiu, 30/2012, Wrocław 2012, s. 251-260; *Kulturowe ograniczenia przedsiębiorczości – badania jakościowe polskich szpitali*, „Journal of Health Policy, Insurance and Management. Polityka zdrowotna”, tom 11/2012, Warszawa 2012, s.79-86; *Zmiana kulturowa w polskich szpitalach – wyniki badań*, „Przedsiębiorczość i zarządzanie”, tom XIV, zeszyt 10, cz. I, Łódź 2013, s. 83-96; Sułkowski Ł., Seliga R. (red.), *Kulturowe determinanty zarządzania szpitalami w Polsce*, Difin, Warszawa 2012

artykule J. Jończyk¹⁸¹. Autorka analizuje zdolność polskich szpitali publicznych do proinnowacyjności, co umożliwiłoby w tych jednostkach wprowadzanie zmian. W treści artykułu wskazane są dwie grupy zawodowe – lekarzy i pielęgniarek – tworzące grupy pracowników, których subkultury są silne i specyficzne, co często prowadzi do konfliktów między nimi. Powoduje to utrudnione zarządzanie organizacją z ich udziałem, a co za tym idzie trudniejsze budowanie kultury otwartej na innowacje. W podsumowaniu publikacji zaproponowany jest model proinnowacyjnej kultury organizacyjnej skonstruowany na podstawie teorii systemów otwartych i kulturowym modelu Scheina. Autorka odwołuje się do modelu kultury organizacyjnej wspierającej innowacje opracowanego przez N. Martins'a¹⁸² opartego na pięciu filarach:

- strategia innowacyjna oparta na misji i wizji przyszłości organizacji oraz celowości postępowania,
- struktura organizacyjna wspierająca kreatywność i innowacje cechująca się elastycznością, autonomią, równouprawnieniem w podejmowaniu decyzji i współpracą zespołową,
- mechanizmy wsparcia, w których skład wchodzi nagradzanie i uznanie za tworzenie nowych pomysłów i twórcze myślenie, dostępność zasobów, technologia informacyjna,
- zachowania pobudzające innowacyjność polegające na zrozumieniu i akceptacji występowania błędów, generowaniu pomysłów, ustawicznym kształceniu, podejmowaniu ryzyka, poparciu dla zmian, współzawodnictwie, zaufaniu i zrozumieniu konfliktów,
- komunikacja charakteryzująca się otwartym systemem komunikacji opartym na wzajemnym zaufaniu pracowników.

Badania z wykorzystaniem tego modelu powinny pozwolić zarządzającym publicznymi szpitalami określić stopień, w jakim ich kultura wspiera innowacje oraz zidentyfikować bariery i czynniki stymulujące innowacyjność. Model ten jednak nie został poddany przez autorów weryfikacji w postaci badań z jego zastosowaniem w publicznych

¹⁸¹ Jończyk J., *Kształtowanie proinnowacyjnej kultury organizacyjnej w szpitalu publicznym*, „Zarządzanie zasobami ludzkimi”, nr 2/2011, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2011, s. 43-54

¹⁸² *Organizational Culture in a financial institution*, University of Pretoria, Pretoria 1987. Cyt. za: Jończyk. J, *Kształtowanie proinnowacyjnej kultury organizacyjnej w szpitalu publicznym*, „Zarządzanie zasobami ludzkimi”, nr 2/2011, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2011, s. 50-51

szpitalach. Został za to później zweryfikowany przez badaczy¹⁸³ w organizacji zorientowanej na usługi, która właśnie przechodziła przez proces transformacji i zmian. Ze względu na orientację badanej organizacji na usługi, podobnie jak w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne, bardziej trafny wydaje się być właśnie model kultury wspierającej innowacje opracowany po weryfikacji. Opiera się on na siedmiu filarach:

- strategii opartej na orientacji marketingowej zorientowanej na klienta, integracji podstawowych wartości, umiejętności reakcji na zmiany i wiedzy kierownictwa o sposobie prowadzenia organizacja w przyszłości,
- celowości cechującej się zrozumieniem wizji, misji, celów i zadań przez pracowników, zaangażowaniem pracowników w identyfikowanie wyników, dostępności mierzalnych standardów wyników wymaganych do osiągnięcia,
- zaufaniu w relacjach cechującym się zaufaniem między kierownictwem i pracownikami, pracownikami między sobą oraz wsparciem dla zmian,
- zachowaniach pobudzających innowacyjność charakteryzujących się generowaniem pomysłów przez pracowników, podejmowaniem ryzyka i uczestnictwem pracowników w podejmowaniu decyzji,
- środowisku pracy cechującym się integracją celów i zadań, zrozumieniem konfliktów, współpracą zespołową, partycypacją pracowniczą, poczuciem kontroli nad własną pracą i opracowywaniem lepszych metod pracy,
- orientacji na klienta opartej na elastyczności obsługi, poprawie jakości świadczonych usług i zrozumieniu potrzeb klienta,
- wsparciu ze strony osób zarządzających opartym na otwartej komunikacji, dostępności sprzętu i zasobów, tolerancji błędów, dostosowaniu zasad i przepisów do zachodzących zmian.

Dostępne są również badania obejmujące swoim zakresem kulturę organizacyjną systemu ochrony zdrowia jako całości. Przykładem takiego podejścia jest artykuł A. Szeptuch¹⁸⁴, która w swojej publikacji próbuje odpowiedzieć na dwa pytania dotyczące kultury organizacyjnej w ochronie zdrowia. Po pierwsze: jakie cechy kultury organizacyjnej byłyby najbardziej pożądane w organizacjach ochrony zdrowia? Po

¹⁸³ Martins E., Martins N., *An organisational culture model to promote creativity and innovation*, SA Journal of Industrial Psychology 28 (4), Durbanville, Cape Town 2002, s. 58-65

¹⁸⁴ Szeptuch A., *Pomiar kultury organizacyjnej w organizacjach ochrony zdrowia*, „e-mentor” 2016, nr 3(65), SGH, Warszawa 2016, s. 60–67

drugie: w jaki sposób przeprowadzać w nich diagnozę kultury organizacyjnej? Narzędzie do diagnozy stanowi zestaw twierdzeń opracowanych dla każdej perspektywy i grupy determinant, które oceniane są przez odpowiednio dobraną grupę respondentów. Autorka przyjmuje, że istotnym elementem w tych rozważaniach jest spójność kultury w organizacjach ochrony zdrowia, ponieważ cechy kultury determinują jakość i skuteczność świadczeń zdrowotnych. Po przeprowadzeniu badań z zakresu perspektywy spójności przy pomocy ankiety z zastosowaniem modelu D. Denisona (ocena cech charakterystycznych dla badanej organizacji z zakresu koordynacji i integracji, zgodności oraz podstawowych wartości) wnioskuje, że kultura organizacyjna w badanych organizacjach jest spójna w badanym zakresie. Warto nadmienić, że badaniem objęci zostali pracownicy trzech szpitali i trzech dużych przychodni w województwie śląskim. Według autorki dla realizacji celów organizacji właściwym wydaje się zbudowanie kultury organizacyjnej wspierającej jakość i skuteczność działania oraz oddziaływanie na pracowników w celu wdrożenia pożądaných wzorców zachowań. Jako cechy kultury pożądane w jednostkach ochrony zdrowia autorka wymienia: elastyczne reagowanie na zmienność otoczenia, empatię, kreatywność, dzielenie się wiedzą czy współpracę, które charakterystyczną są dla kultury klanu i kultury zadania. W podsumowaniu artykułu znajdujemy stwierdzenie, że w badanych organizacjach kultura jest spójna, jeśli chodzi o koordynację i integrację, zgodność oraz podstawowe wartości, natomiast wyzwaniem pozostaje wzmocnienie tych elementów, dla których oceny, w większości były pozytywne, ale niewystarczająco satysfakcjonujące.

W podobnym obszarze pozostaje kolejny artykuł S. Dyla i A. Szeptuch¹⁸⁵, poruszając tematykę strategicznego zarządzania organizacjami ochrony zdrowia. Za czynniki warunkujące skuteczność takiego zarządzania badacze uznają kulturę organizacji. Publikacja opisuje sposób diagnozowania kultury organizacyjnej w kontekście jej dopasowania do zarządzania strategicznego. Badanie przeprowadzane jest przy pomocy modelu Denisona służącego do diagnozowania tego typu zależności, w perspektywie zaangażowania. Wyniki badań, przeprowadzonych w organizacjach ochrony zdrowia na terenie województwa śląskiego, wskazują na to, że kultura w

¹⁸⁵ Dyla S., Szeptuch A., *Kulturowa gotowość organizacji ochrony zdrowia do zarządzania strategicznego*, „*Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa*”, nr 10/2014, ORGMASZ, Warszawa 2014, s. 30-46

badanych organizacjach jest dostosowana lub raczej dostosowana do potrzeb zarządzania strategicznego. Ponadto w wynikach badań wskazano na kluczowe elementy działalności jednostek ochrony zdrowia, takich jak konieczność podnoszenia kwalifikacji, czy praca zespołowa. Kolejny z artykułów¹⁸⁶ na temat kultury organizacyjnej w ochronie zdrowia opisuje kulturę jako podstawę działania każdej firmy oraz jako decydujący aspekt mający wpływ na sprawność działania również w ochronie zdrowia. R. Rasińska z zespołem podkreśla rolę menedżera w opiece zdrowotnej jako osoby mającej wpływ na kształtowanie kultury organizacyjnej w celu skutecznego radzenia sobie z wymogami rynku.

Najobszerniejszą zagraniczną pozycją literaturową zbliżoną tematycznie do tematu niniejszej dysertacji opisującą przywództwo i zarządzanie jest książka pod redakcją dwóch autorów – P. Wankhade i K. Mackway-Jones¹⁸⁷. Opisuje ona rolę ratownictwa medycznego i zarządzania ratownictwem medycznym w Wielkiej Brytanii w obliczu zachodzących zmian w tej dziedzinie na przestrzeni ostatnich lat. Przedstawia historię ratownictwa medycznego, zmiany w finansowaniu, szkoleniu i podejściu do roli ratownictwa medycznego jako elementu opieki przedszpitalnej. Jeden z rozdziałów poświęcony jest kulturze organizacyjnej i zawodowej oraz zachowaniom organizacyjnym w przedszpitalnym ratownictwie medycznym. Podsumowanie tego rozdziału wskazuje na ograniczenia możliwości zmian kulturowych w ratownictwie medycznym w Wielkiej Brytanii. Zawiera stwierdzenie o tym, że jednolita kultura organizacyjna może być źródłem skuteczności. Jednak w Wielkiej Brytanii trudny jest do przełamania wpływ subkultur zawodowych wewnątrz organizacji. Mimo potrzeby zmian w kształceniu ratowników medycznych oraz konieczności uświadomienia tej grupie zawodowej podstawowych wartości i misji organizacji, zmiana kulturowa jest tam utrudniona. Wynika to z kilku przyczyn. Autor wskazuje na działania oszczędnościowe, rozbieżność interesów kadry zarządzającej i pracowników oraz zaszczości kulturowe przeniesione z lat poprzednich. Najważniejsze z wymienionych śladów dawnej kultury zarządzania to hierarchiczność wraz z tendencją do zrzucania winy na podwładnych, z odgórnym stylem zarządzania (top-down management style) odpornym na zmiany i z awersją do ryzyka. W tej samej tematyce pozostają również

¹⁸⁶ Rasińska R., Głowacka M.D., Nowomiejski J., *Wpływ kultury organizacji na kształtowanie postaw menedżerów w opiece zdrowotnej*, Prace Naukowe Wyższej Szkoły Bankowej w Gdańsku, tom 12, Gdańsk 2011, s. 67-80

¹⁸⁷ Wankhade P., Mackway-Jones K. (red.), *Ambulance Services: Leadership and Management Perspectives*, Springer International Publishing, Szwajcaria 2015

artykuły, których autorem lub współautorem jest także P. Wankhade¹⁸⁸. Inne pozycje zagraniczne¹⁸⁹ odnoszą się do kultury bezpieczeństwa w systemie ratownictwa medycznego w USA i Kanadzie, rozumianej jako zbiorowe przekonania i wyobrażenia pracowników dotyczące organizacji i bezpieczeństwa w ich miejscu pracy. Obejmuje ona takie obszary jak klimat bezpieczeństwa, praca w zespole, postrzeganie zarządzania, satysfakcja z pracy, warunki pracy i rozpoznawanie stresu. Ponadto niektóre z nich zakładają i badają związek pomiędzy kulturą bezpieczeństwa w systemie ratownictwa medycznego a bezpieczeństwem pacjenta. W podsumowaniu badań wysuwany jest wniosek mówiący o tym, że kultura bezpieczeństwa jest zróżnicowana w różnych jednostkach systemu, jednakże istnieje związek między poziomem kultury bezpieczeństwa jednostek systemu ratownictwa medycznego a poziomem bezpieczeństwa pacjenta.

W literaturze zagranicznej, podobnie jak w polskiej, więcej publikacji dotyczy kultury organizacyjnej w szpitalach. Jednak w większości ich tematyka jest bardzo podobna do tej związanej z kulturą bezpieczeństwa opisywaną w przypadku zagranicznych systemów ratownictwa medycznego. Autorzy publikacji¹⁹⁰ skupiają swoją uwagę na kulturze bezpieczeństwa i jej związkach z bezpieczeństwem pacjenta w szpitalach na terenie Wielkiej Brytanii, USA i Kanady.

Zagraniczne publikacje odnoszą się również do kultury organizacyjnej w systemie ochrony zdrowia. Przykładowo, R. Mannion, H. T. O. Davies i M. N. Marshall¹⁹¹ opisują konieczność zmiany kulturowej w ochronie zdrowia w Wielkiej Brytanii spowodowaną trzema powodami. Pierwszym z nich jest starzenie się społeczeństwa i spadek ilości ludzi w wieku produkcyjnym, co z jednej strony zwiększa

¹⁸⁸ Między innymi: Wankhade, P., *Different cultures of management and their relationships with organisational performance: evidence from the UK ambulance service*, "Public Money & Management", Vol. 32, No. 5, rok 2012, s. 381-388; Wankhade, P., Brinkman, J., *The negative consequences of culture change management: evidence from a UK NHS ambulance service*, "International Journal of Public Sector Management", Vol. 27, No. 1, rok 2014, s. 2-25

¹⁸⁹ Między innymi: Patterson P.D. et alii, *Variation in Emergency Medical Services Workplace Safety Culture*, "Prehospital Emergency Care", Vol. 14, No. 4, rok 2010, s. 448-460; Weaver M.D. et alii, *The association between EMS workplace safety culture and safety outcomes*, "Prehospital Emergency Care", Vol. 16, No. 1, rok 2012, s. 43-52

¹⁹⁰ Yassi A., Hancock T., *Patient safety-worker safety: building a culture of safety to improve healthcare worker and patient well-being*, "Healthcare Quarterly", Vol. 8 Special Issue, rok 2005, s. 32-38; Weingart S. N., Farbstein K., Davies R. B., Phillips R.S., *Using a multihospital survey to examine the safety culture*, The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, Vol. 30, No. 3, rok 2004, s. 125-132

¹⁹¹ Mannion R., Davies H. T. O., Marshall M. N., *Cultures for Performance in Health Care*, Open University Press, Wielka Brytania 2004

zapotrzebowanie na usługi ochrony zdrowia, z drugiej zaś powoduje ograniczenie zdolności sprostania tym potrzebom. Drugim powodem jest dynamiczny rozwój innowacji w ochronie zdrowia, co powoduje coraz większe koszty związane ze sprzętem i płacami dla pracowników. Trzeci powód to coraz większe oczekiwania pacjentów od systemu ochrony zdrowia, co jest spowodowane większą świadomością społeczną w tym obszarze. Wszystkie te elementy powodują, że rozważane są zmiany kulturowe, które spowodują zwiększenie wydajności systemu ochrony zdrowia. Inne publikacje¹⁹² dotyczą optymalizacji usług medycznych bez narażania na niebezpieczeństwo pacjenta przy pomocy zmian kulturowych oraz przeprowadzenia zmian kulturowych podczas zmian organizacyjnych w organizacjach ochrony zdrowia.

Spośród przeanalizowanych badań najbliższe tematycznie do przedmiotu rozprawy są te autorstwa Ł. Sułkowskiego i J. Jończyk. Dotyczą one co prawda szpitali publicznych, ale należy wziąć pod uwagę, że część dysponentów zespołów ratownictwa medycznego stanowią właśnie szpitale publiczne i ich kultury mogą mieć wpływ na kulturę organizacyjną niektórych zespołów ratownictwa medycznego – będzie to podlegało m.in. badaniom w niniejszej dysertacji. Publikacje dotyczą wpływu kultury organizacyjnej na zarządzanie zmianą i zdolności do proinnowacyjności, czyli kluczowych aspektów niniejszej rozprawy. Ponadto przydatne w niniejszej pracy będą badania przeprowadzone przez S. Dylę i A. Szeptuch wskazujące na istniejącą możliwość modyfikowania funkcjonowania organizacji ochrony zdrowia w kierunku organizacji nastawionej na pacjenta i uwarunkowania współczesnego otoczenia, co powinno zwiększyć jej skuteczność. Mając na uwadze powyższy przegląd literatury zasadnym wydaje się stwierdzenie o celowości wyboru zarówno obszaru jak i tematyki badań niniejszej dysertacji. Wynika to z raczej skromnej liczby badań na temat zarządzania systemem ratownictwa medycznego oraz z braku opracowań dotyczących tematyki przyjętej w niniejszej pracy. Przemawia za tym również brak polskich publikacji na temat kultury organizacyjnej jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Przejawy kultury organizacyjnej jednostek systemu są zauważalne w

¹⁹² Między innymi: Davies H. T. O., Nutley S. M., Mannion R., *Organisational culture and quality of health care*, "Quality in Health Care", Vol. 9, No. 2, rok 2000, s. 111-119, Konteh F.H., Mannion R., Davies H. T. O., *Understanding culture and culture management in the English NHS: a comparison of professional and patient perspectives*, "Journal of Evaluation in Clinical Practice", Vol. 17, Issue 1, rok 2011, s. 111-117

badaniach Przemysława Wołoszyna¹⁹³. W opisach wywiadów przeprowadzonych przez autora można znaleźć przejawy artefaktów, norm i wartości oraz założeń. Co prawda autor prowadził swoje badania na gruncie nauk społecznych, w dyscyplinie politologia, niemniej jednak jego obserwacje świadczą o istnieniu oznak kultury organizacyjnej jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, co również przemawia za potrzebą zbadania tego obszaru.

2. Cele badawcze

W wyniku przeprowadzonego przeglądu dotychczasowych krajowych i zagranicznych badań zidentyfikowano lukę badawczą polegającą na braku badań odnoszących się do kultury organizacyjnej jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Jednocześnie badacze podkreślają znaczenie kultury organizacyjnej dla sprawności funkcjonowania ratownictwa medycznego (np. H.T.O. Davies, S.M. Nutley, R. Mannion, F.H. Konteh). Dodatkowo należy mieć na uwadze, że system Państwowe Ratownictwo Medyczne powstał w 2007 roku poprzez transformację dawnego Pogotowia Ratunkowego. Interesujące i ważne stają się pytania, jaka kultura organizacyjna wyewoluowała w nowych ramach organizacyjnych, na ile jest ona spójna w skali całego kraju oraz ostatecznie, czy wspiera działania jednostek PRM w warunkach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce.

W odpowiedzi na zidentyfikowaną lukę badawczą autor rozprawy zaproponował trzy cele badawcze.

Cel nr 1 (poznawczy): weryfikacja, w jakim stopniu rzeczywista kultura organizacyjna jednostek systemu PRM jest dostosowana do jej uwarunkowań. Realizacji pierwszego celu głównego podporządkowane są następujące cele szczegółowe:

- 1.1. Identyfikacja uwarunkowań funkcjonowania jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.
- 1.2. Identyfikacja pożądanej kultury organizacyjnej wynikającej z uwarunkowań funkcjonowania jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.

¹⁹³ Wołoszyn P., *Ratownicy medyczni – nowa grupa interesu?*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2007

- 1.3. Identyfikacja rzeczywistej kultury organizacyjnej jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.
- 1.4. Identyfikacja „luki kulturowej” – ocena dopasowania kultury do uwarunkowań funkcjonowania jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.
- 1.5. Ustalenie skutków istniejącej „luki kulturowej”.

Cel nr 2 (aplikacyjny): stworzenie koncepcji dostosowania kultury organizacyjnej do warunków funkcjonowania jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Temu celowi podporządkowane są następujące cele szczegółowe:

- 2.1. Opracowanie koncepcji kultury organizacyjnej jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.
- 2.2. Opracowanie listy narzędzi rekomendowanych do zastosowania w celu dostosowania kultury organizacyjnej jednostek Państwowego Ratownictwa Medycznego do uwarunkowań funkcjonowania systemu lub wzmocnienia kultury organizacyjnej w przypadku ich zgodności.
- 2.3. Opracowanie koncepcji sposobu wdrażania zmiany kulturowej lub wzmocnienia kultury organizacyjnej w jednostkach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.

Cel nr 3 (metodyczny): opracowanie metodyki projektowania kultury organizacyjnej dopasowanej do uwarunkowań funkcjonowania jednostek systemu PRM.

3. Zakres badań

Podmiotem badań są jednostki wchodzące w skład systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne na terenie całego kraju:

- zespoły ratownictwa medycznego funkcjonujące w ramach zakładów opieki zdrowotnej (lekarze, ratownicy medyczni, pielęgniarki i kierowcy) oraz kierownicy zarządzający jednostkami będącymi dysponentami zespołów ratownictwa medycznego w zakładach opieki zdrowotnej.

W zakres badania, ze względu na odmienną specyfikę prowadzonej działalności, nie wchodzi:

- lotnicze zespoły ratownictwa medycznego,
- szpitalne oddziały ratunkowe.

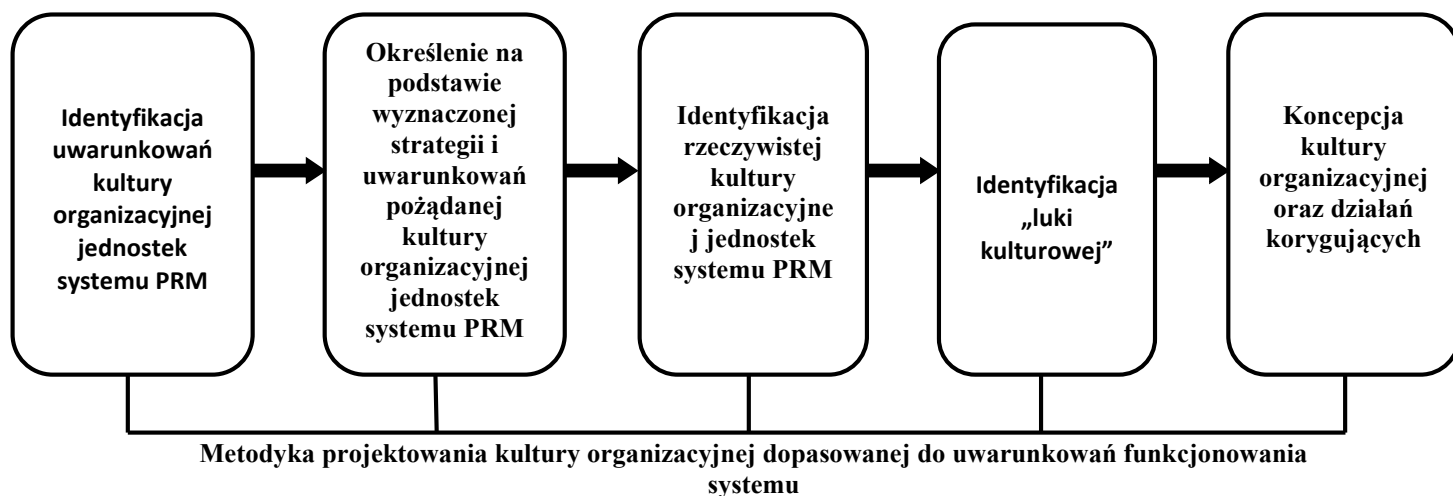
W zakres badania nie wchodziły również komórki administracyjne wchodzące w skład systemu PRM, funkcjonujące w ramach Ministerstwa Zdrowia oraz urzędów wojewódzkich.

Zakres czasowy badania obejmuje okres od stycznia 2018 r. do maja 2020 r. Przedmiotem badań jest kultura organizacyjna jednostek PRM i uwarunkowania jej funkcjonowania.

4. Metody badawcze

Realizacja celów badań nastąpiła poprzez studia literaturowe i badania empiryczne. Autor wykorzystał podejście jakościowe i ilościowe. Ponadto na podstawie strategii (perfekcyjna vs. kreatywna) oraz analizy uwarunkowań zostały wyznaczone orientacje kulturowe (na podstawie wymiarów) oraz normy, wartości i podstawowe założenia w oparciu o model Scheina. Podejście badawcze prezentuje rys. 3.1.

Rys. 3.1. Podejście badawcze



Źródło: opracowanie własne

Etapy badań jakościowych i ilościowych

W tabeli poniżej przedstawiono kolejność wykorzystania poszczególnych metod badawczych wraz ze wskazaniem realizowanego celu badania.

Tabela 3.2. Wykorzystane metody badawcze a cele badawcze

Etap badania	Metoda badawcza	Opis metody	Realizowane cele badawcze
Etap 1	Analiza dokumentacji.	Analiza aktów prawnych; Analiza dokumentacji wewnętrznej PRM.	1.1. Identyfikacja uwarunkowań funkcjonowania jednostek systemu PRM; 1.3. Identyfikacja rzeczywistej kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM.
Etap 2	Wywiady z członkami Panelu ekspertów.	Indywidualne wywiady ustrukturyzowane z osobami uznawanymi w środowisku za ekspertów w zarządzaniu jednostkami systemu PRM (7 osób).	1.1. Identyfikacja uwarunkowań funkcjonowania jednostek systemu PRM. 1.3. Identyfikacja rzeczywistej kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM.
Etap 3	Panel ekspertów.	Zogniskowany wywiad grupowy z osobami uznawanymi w środowisku za ekspertów w zarządzaniu jednostkami systemu PRM (7 osób).	1.2. Identyfikacja pożądanego kultury organizacyjnej wynikającej z uwarunkowań funkcjonowania jednostek systemu PRM.
Etap 4	Kwestionariusz ankiety przeprowadzony w dyżurnych zespołach ratownictwa medycznego.	Ankieta wśród członków dyżurnych dwu lub trzyosobowych zespołów ratownictwa medycznego (150 zespołów dyżurnych na terenie kraju = 325 ankiet).	1.3. Identyfikacja rzeczywistej kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM; 1.4. Identyfikacja „luki kulturowej” - ocena dopasowania kultury do uwarunkowań funkcjonowania jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.
Etap 5	Wywiady z kadrą zarządzającą zespołami ratownictwa.	Wywiad ustrukturyzowany z osobami zarządzającymi w podmiotach leczniczych, których zespoły wypełniały kwestionariusz ankiety (7 osób).	1.5. Ustalenie skutków istniejącej „luki kulturowej”; 2.1. Opracowanie koncepcji kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM; 2.2. Opracowanie listy narzędzi rekomendowanych do zastosowania w celu dostosowania kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM do uwarunkowań
Etap 6	Wywiad z Konsultantem Krajowym w dziedzinie	Wywiad ustrukturyzowany z Konsultantem Krajowym w	funkcjonowania systemu lub wzmocnienia kultury organizacyjnej w przypadku ich zgodności; 2.3. Opracowanie koncepcji sposobu

	medycyny ratunkowej.	dziedzinie medycyny ratunkowej (1 osoba).	wdrażania zmiany kulturowej lub wzmocnienia kultury organizacyjnej w jednostkach systemu PRM.
--	----------------------	---	---

Źródło: opracowanie własne

Badanie jakościowe

W badaniu jakościowym wykorzystane zostały wywiady indywidualne, panel ekspertów oraz analiza dokumentacji. Do badania zaproszeni zostali przedstawiciele jednostek systemu PRM funkcjonujący na wszystkich szczeblach systemu, tak aby uzyskać pełny i przekrojowy obraz badanych problemów.

Badanie obejmowało:

- Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej - indywidualny wywiad,
- osoby uznawane w środowisku za ekspertów w zarządzaniu jednostkami systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne - indywidualne wywiady oraz panel ekspertów (7 osób, w tym: 4 dyrektorów naczelnych samodzielnej jednostki, 1 z-ca dyrektora ds. leczenia samodzielnej jednostki, 1 kierownik Zespołu Ratownictwa Medycznego w strukturze szpitala i 1 z-ca kierownika Zespołu Ratownictwa Medycznego w strukturze szpitala),
- osoby zarządzające w podmiotach leczniczych, których zespoły wypełniały kwestionariusz ankiety - indywidualne wywiady (7 osób).

Do badania zaproszono przede wszystkim kadrę zarządzającą, gdyż jest to grono osób kształtujących na co dzień kulturę organizacyjną jednostek PRM.

Wykorzystane narzędzia badawcze:

- Scenariusz indywidualnego wywiadu z członkami panelu ekspertów,
- Scenariusz panelu ekspertów (zogniskowany wywiad grupowy),
- Scenariusz indywidualnego wywiadu z osobami zarządzającymi w podmiotach leczniczych, których zespoły wypełniały kwestionariusz ankiety,
- Scenariusz indywidualnego wywiadu z Konsultantem Krajowym w dziedzinie medycyny ratunkowej.

Zaprojektowane narzędzia stanowią załączniki nr 1, 2, 4, 5 do dysertacji.

Badanie ilościowe

Charakterystyka badanej populacji. W skład systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne wchodzi 1492 zespoły ratownictwa medycznego, które dzielą się na:

- zespoły specjalistyczne (3-osobowe),
- zespoły podstawowe (2 i 3-osobowe).

W skład zespołów wchodzi lekarze, ratownicy medyczni, pielęgniarki i kierowcy. W każdym województwie działa od kilku do kilkudziesięciu dysponentów zespołów ratownictwa medycznego, niepowiązanych ze sobą strukturalnie. Dysponentami zespołów ratownictwa medycznego są podmioty lecznicze, w skład których wchodzi zespoły: szpitale i samodzielne stacje ratownictwa medycznego. Na terenie kraju działają więc dwa typy zespołów:

- zespoły wchodzące w skład samodzielnej stacji ratownictwa medycznego,
- zespoły wchodzące w skład struktur organizacyjnych szpitali (np. jako Dział Ratownictwa Medycznego).

Szczegółowy opis badanej populacji został zawarty w rozdziale IV pkt. 3 i 4.

Próba badawcza. W badaniach ilościowych możliwe jest wykorzystanie próby losowej lub próby nielosowej. W badaniu członków zespołów ratownictwa medycznego wykorzystano **próbę nielosową**. Rezygnacja z próby losowej wynikała z obaw autora rozprawy o niską spodziewaną stopę zwrotu ankiet w przypadku losowanych zespołów. Obserwowana przez autora niechęć członków PRM do udziału w jakichkolwiek badaniach wynikała z faktu, że w czasie badań prowadzone były protesty i strajki w PRM, a wielu członków zespołów pracując na więcej niż jednym etacie było bardzo przepracowanych. Tymczasem spodziewana odmowa udziału w badaniach byłaby źródłem istotnego błędu, tzw. błędu reakcji. Jednocześnie autor uzyskał możliwość przeprowadzenia swoich badań wśród członków zespołów ratownictwa medycznego uczestniczących w dorocznych Mistrzostwa Polski w Ratownictwie Medycznym. Autor założył, że potencjalni respondenci biorący udział w takiej imprezie będą bardziej skłonni do udziału w badaniu. Rzeczywiście stopa zwrotu okazała się bardzo wysoka i wyniosła ok. 80%.

Na wielkość próby nielosowej, jak wskazuje M. Szreder¹⁹⁴, wpływa zdolność techniki wyboru próby do uniknięcia błędów składających się na całkowity błąd

¹⁹⁴ M. Szreder, *Metody i techniki sondażowych badań opinii*, PWE, Warszawa 2004, s. 101,103

badania. Błąd pokrycia można zmniejszać m.in. przez zwiększanie liczby punktów obserwacji statystycznej, tak aby jak największa część populacji miała możliwość znalezienia się w próbie. W tym celu zastosowano **wybór kwotowy**, który jest najbardziej dojrzałą spośród technik nielosowego doboru próby. Jako charakterystyki kontrolne, ze względu na które populacja została podzielona na subpopulacje zostały przyjęte:

- lokalizacja zespołów ratownictwa medycznego: podział na województwa;
- usytuowanie zespołów ratownictwa medycznego: jednostki samodzielne (stacje ratownictwa medycznego) oraz jednostki funkcjonujące w ramach szpitali.

Niestety nie są dostępne szczegółowe dane dotyczące informacji o pracownikach systemu PRM, takie jak: płeć, wiek, wykształcenie, tak więc niemożliwe było wykorzystanie zmiennych demograficznych jako charakterystyk kontrolnych. Wybór dwóch wyżej wskazanych charakterystyk kontrolnych wynikał z następujących przesłanek:

- A. Glińska-Neweś¹⁹⁵ wskazuje, że kultury organizacyjne, mimo iż w każdym przypadku są specyficzne, podlegają jednocześnie wpływowi szerszych kręgów kulturowych, np. kultury regionu. J. Chajęcki¹⁹⁶ w badaniach kultury organizacyjnej jednostek administracji publicznej analizował wpływ różnic regionalnych na jeden z wymiarów kultur organizacyjnych – dystans władzy. Badacz wnioskuje, że wartości wynikające z kultury regionu w pięciu badanych województwach (małopolskie, śląskie, podlaskie, mazowieckie, wielkopolskie) wpływały na relacje pomiędzy przełożonymi i podwładnymi w organizacjach i uwidaczniały się poprzez sposób zarządzania, hierarchię oraz poziom formalizacji organizacji w ten sposób oddziaływując na kultury organizacji badanych jednostek. Można więc się spodziewać istnienia zależności pomiędzy kulturą organizacyjną zespołów ratownictwa medycznego a ich umiejscowieniem w kraju;
- brakuje badań odnoszących się do kultury zespołów ratownictwa medycznego w Polsce. Jednak dotychczasowe badania kultury krajowych szpitali prowadzone

¹⁹⁵ A. Glińska-Neweś, *Kulturowe uwarunkowania zarządzania wiedzą w przedsiębiorstwie*, TNOiK, Stowarzyszenie Wyższej Użyteczności „Dom Organizatora”, Toruń 2007, s. 138

¹⁹⁶ J. Chajęcki, *Poziom dystansu władzy w wybranych regionach Polski - wyniki badań w jednostkach administracji publicznej*, *Organizacja i Zarządzanie: kwartalnik naukowy*, 2015, nr 2 (30), s. 5-17

przez Ł. Sułkowskiego¹⁹⁷ wskazują, że jest to kultura hierarchiczna i konserwatywna. Z kolei badania jakościowe przeprowadzone przed rozpoczęciem badań ilościowych w ramach niniejszej rozprawy wskazują, że pożądana kultura organizacyjna zespołów ratownictwa medycznego powinna mieć m.in. charakter innowacyjny. Potencjalnie istnieje więc zależność pomiędzy usytuowaniem zespołów a ich kulturą, np. innowacyjna kultura zespołów samodzielnych oraz konserwatywna kultura zespołów funkcjonujących w szpitalach.

W kolejnym etapie dokonano podziału kwot, zgodnie ze strukturą populacji (szczegóły w tabeli 3.3). Wielkość próby założono na poziomie 10% populacji codziennie dyżurujących zespołów ratownictwa medycznego na terenie kraju. W rezultacie wielkość próby wynosi 150 zespołów składających się z 2-3 członków, co przełożyło się na 405 doręczonych ankiet. W badaniu udział wzięło 325 osób (150 zespołów składających się z 2-3 członków).

Tabela 3.3. Struktura próby badawczej

Województwo	Badana populacja		Próba badawcza ≈10%	
	Zespoły ratownictwa medycznego w jednostce samodzielnej	Zespoły ratownictwa medycznego podlegające szpitalom	Zespoły ratownictwa medycznego w jednostce samodzielnej	Zespoły ratownictwa medycznego podlegające szpitalom
Woj. dolnośląskie	84	29	8	3
Woj. kujawsko-pomorskie	16	71	2	7
Woj. lubelskie	56	32	6	3
Woj. lubuskie	21	30	2	3
Woj. łódzkie	67	28	7	3
Woj. małopolskie	66	63	7	6
Woj. mazowieckie	185	0	18	0
Woj. opolskie	24	18	2	2
Woj. podkarpackie	25	60	2	6

¹⁹⁷ *Cechy kultur organizacyjnych polskich szpitali*, Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Bankowej we Wrocławiu, 30/2012, Wrocław 2012, s. 251-260; *Kulturowe ograniczenia przedsiębiorczości – badania jakościowe polskich szpitali*, „Journal of Health Policy, Insurance and Management. Polityka zdrowotna”, tom 11/2012, Warszawa 2012, s.79-86; *Zmiana kulturowa w polskich szpitalach – wyniki badań*, „Przedsiębiorczość i zarządzanie”, tom XIV, zeszyt 10, cz. I, Łódź 2013, s. 83-96; Sułkowski Ł., Seliga R. (red.), *Kulturowe determinanty ...*, op. cit.

Woj. podlaskie	52	2	5	0
Woj. pomorskie	38	47	4	5
Woj. śląskie	132	24	13	2
Woj. świętokrzyskie	46	0	5	0
Woj. warmińsko-mazurskie	26	51	3	5
Woj. wielkopolskie	42	75	4	8
Woj. zachodniopomorskie	76	6	8	1
Razem	956	536	96	54
	1492		150	

Źródło: opracowanie własne na podstawie Wojewódzkich Planów Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla każdego z 16 województw (stan na dzień 20 grudnia 2017 r.)

Kwestionariusze ankiety zostały następnie przekazane do wypełnienia uczestnikom Mistrzostw Polski w Ratownictwie Medycznym w 2018 roku¹⁹⁸ – dyrektorom jednostek medycznych, kierownikom (koordynatorom) komórek ratownictwa medycznego w jednostkach medycznych oraz członkom zespołów ratownictwa medycznego, zgodnie z przyjętą strukturą próby. Wypełnione ankiety były przekazywane częściowo pocztą elektroniczną, częściowo tradycyjną pocztą do autora badania. Zwrócono ok. 80% wypełnionych ankiet.

Tabela 3.4. Charakterystyka próby badawczej

Kryterium		Liczba kwestionariuszy	Odsetek próby
Wiek			
	Do 25 lat	18	5,5%
	Od 26 do 35	123	37,9%
	Od 36 do 45	135	41,5%
	Od 46 do 55	45	13,9%
	Powyżej 55	4	1,2%
Podległość			
	Szpital	116	35,7%
	Samodzielna jednostka	209	64,3%
Płeć			
	Kobiety	29	8,9%
	Mężczyźni	296	91,1%

Źródło: opracowanie własne na podstawie kwestionariuszy ankiety wypełnianych przez członków zespołów ratownictwa medycznego

¹⁹⁸ Mistrzostwa Polski w Ratownictwie Medycznym są coroczną imprezą branżową gromadzącą zespoły ratownictwa medycznego z całej Polski w celu sprawdzenia i podniesienia znajomości standardów postępowania medycznego, umiejętności prowadzenia i koordynacji akcji ratowniczych; umożliwienie współzawodnictwa zespołów ratownictwa medycznego; wyłonienie Mistrza Polski w Ratownictwie Medycznym

Narzędzie badawcze

Konstrukcja kwestionariusza. Kwestionariusz ankiety wypełniany przez członków zespołów ratownictwa medycznego poruszał problemy związane z identyfikacją rzeczywistej kultury organizacyjnej jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Zawierał cztery pytania i metryczkę. Kluczowe dwa pytania wykorzystywały tabele, w których członkowie zespołów ratownictwa medycznego wskazywali swoje odpowiedzi poprzez wstawianie znaku „X” w odpowiedniej rubryce. Pierwsze z nich dotyczyło par przeciwstawnych sytuacji, które są typowe dla jednostek systemu PRM, a jednocześnie pozwalają identyfikować rzeczywistą strategię/kulturę. Respondenci wskazywali odpowiedzi korzystając ze skali od 1 do 5, gdzie: 1 – zdecydowanie sytuacja A, 2 – raczej sytuacja A, 3 – częściowo A, częściowo sytuacja B, 4 – raczej sytuacja B, 5 – zdecydowanie sytuacja B. Drugie z pytań wykorzystujących tabelę dotyczyło wskazania częstotliwości występowania postaw i zachowań pracowników w jednostce systemu PRM, w której pracuje członek zespołu ratownictwa medycznego wypełniający kwestionariusz ankiety. Do wyboru było pięć wskazań: wcale, rzadko, czasami, często, cały czas. Pozostałe dwa pytania miały charakter opisowy – pierwsze z nich dotyczyło istnienia wewnętrznych rytuałów w zespołach ratownictwa medycznego, drugie zaś wskazania czy jest coś jeszcze istotnego na temat kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM, co respondent chciałby dodać na koniec ankiety. Ponadto kwestionariusz ankiety zawierał metryczkę, w której znajdowały się pytania na temat: pełnionej funkcji w zespole ratownictwa medycznego, wieku, płci, wykształcenia, podległości pod szpital oraz województwa, w którym stacjonuje zespół, którego członkiem jest respondent. Kwestionariusz ankiety stanowi załącznik nr 3 do niniejszej dysertacji.

Pilotaż

Proces badań rozpoczął się przeprowadzeniem badania pilotażowego w zespołach ratownictwa medycznego Działu Ratownictwa Medycznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Elblągu w celu weryfikacji prawidłowości opracowania narzędzi badawczych. Badanie pilotażowe zostało przeprowadzone w okresie od 18 do 28 maja 2018 r.

IV. Uwarunkowania kultury organizacyjnej jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne

1. System ochrony zdrowia w Polsce

Zdrowie jest jednym z najważniejszych problemów społecznych, ekonomicznych oraz politycznych każdego państwa. Dlatego też tak istotny jest system opieki zdrowotnej i ochrona zdrowia odpowiednio dostosowane do potrzeb danego społeczeństwa¹⁹⁹. Po II wojnie światowej w Polsce i wszystkich krajach socjalistycznych system ochrony zdrowia oparty był na modelu Siemaszki. Charakteryzował się on finansowaniem budżetowym i silną centralizacją. W obecnej postaci system ochrony zdrowia w Polsce rozpoczął funkcjonowanie z dniem 1 stycznia 1999 r. Modyfikowany był później kilkakrotnie. Najistotniejsza zmiana dotyczyła zamiany Kas Chorych, których było 17 (szesnaście wojewódzkich i jedna kasa branżowa dla służb mundurowych) na centralną instytucję ubezpieczeniową – Narodowy Fundusz Zdrowia, posiadający 16 oddziałów wojewódzkich. Celem zmiany było ujednoczenie poziomu finansowania procedur medycznych oraz zrównanie dostępu pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych częściach kraju. Ostatnią istotną zmianą w systemie ochrony zdrowia było wprowadzenie w 2017 r. tzw. sieci szpitali. Placówki zakwalifikowane do sieci mają zagwarantowaną umowę z NFZ, placówki niebędące w sieci mogą uzyskać kontrakt z NFZ w drodze konkursu. Przed wejściem w życie nowych przepisów kontrakt na leczenie szpitalne miało 912 podmiotów, które dysponowały ponad 145 tys. łóżek. Po wprowadzeniu sieci szpitali 319 z nich nie zostało do niej włączone. W większości są to placówki jedno lub kilkułóżkowe pracujące w trybie jednodniowym (około 8 tys. łóżek)²⁰⁰. W kontekście niniejszej dysertacji najistotniejszą zmianą było utworzenie w 2007 r. systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne jako jednej z podstawowych składowych systemu ochrony zdrowia. Działalność systemu ochrony zdrowia w Polsce reguluje ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.).

¹⁹⁹ Łuniewska P., *Finansowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce*, Współczesna Gospodarka, tom 5, nr 1, Gdańsk 2014, s.68

²⁰⁰ Strona internetowa mp.pl (Medycyna praktyczna), [dostęp: 29 października 2017]
[\[http://www.mp.pl/pacjent/aktualnosci/167107,co-wiemy-o-sieci\]](http://www.mp.pl/pacjent/aktualnosci/167107,co-wiemy-o-sieci)

Polska przeznaczona na ochronę zdrowia 4,86 proc. PKB (rok 2019). Choć obecnie wydatki na opiekę medyczną są o połowę wyższe niż 10 lat temu, to wciąż nie możemy dogonić Europy. Średnia europejska to ok. 7 proc., a WHO ocenia, że dla krajów naszego regionu optymalnym poziomem jest 6 proc. PKB. Brakuje nam także do światowych gigantów (USA – 18 proc. PKB, Niemcy – 11,3 proc., Japonia – ponad 10 proc.)²⁰¹. Zgodnie planem, który przewiduje wzrost nakładów na ochronę zdrowia do 6 proc. PKB w 2025 r., w 2021 r. na ochronę zdrowia przeznaczone ma być 5,3% PKB.

W strukturze systemu opieki zdrowotnej wyróżniamy sześć głównych grup uczestników systemu:

- Ministerstwo Zdrowia - wytycza kierunki polityki zdrowotnej na terenie kraju, posiada uprawnienia kontrolne, powołuje działających przy nim konsultantów krajowych w poszczególnych specjalnościach medycznych,
- Narodowy Fundusz Zdrowia – pełni rolę płatnika, negocjuje i podpisuje ze świadczeniodawcami umowy o udzielanie świadczeń,
- organy kontroli i nadzoru, do których należą: Rzecznik Praw Pacjenta, Państwowa Inspekcja Farmaceutyczna, Państwowa Inspekcja Sanitarna (tzw. Sanepid),
- Wojewodowie i działające przy ich urządach wojewódzkie centra zdrowia publicznego oraz konsultanci wojewódzcy w poszczególnych specjalnościach medycznych,
- świadczeniodawcy, do których należą: podmioty lecznicze (publiczne i prywatne), instytuty badawcze, jednostki budżetowe, fundacje i stowarzyszenia, kościoły i stowarzyszenia wyznaniowe; do podmiotów wykonujących działalność leczniczą zalicza się również praktyki lekarskie, lekarsko-dentystyczne, pielęgniarskie, położnych oraz farmaceutów,
- świadczeniobiorcy – pacjenci zwracający się lub korzystający ze świadczeń opieki zdrowotnej.

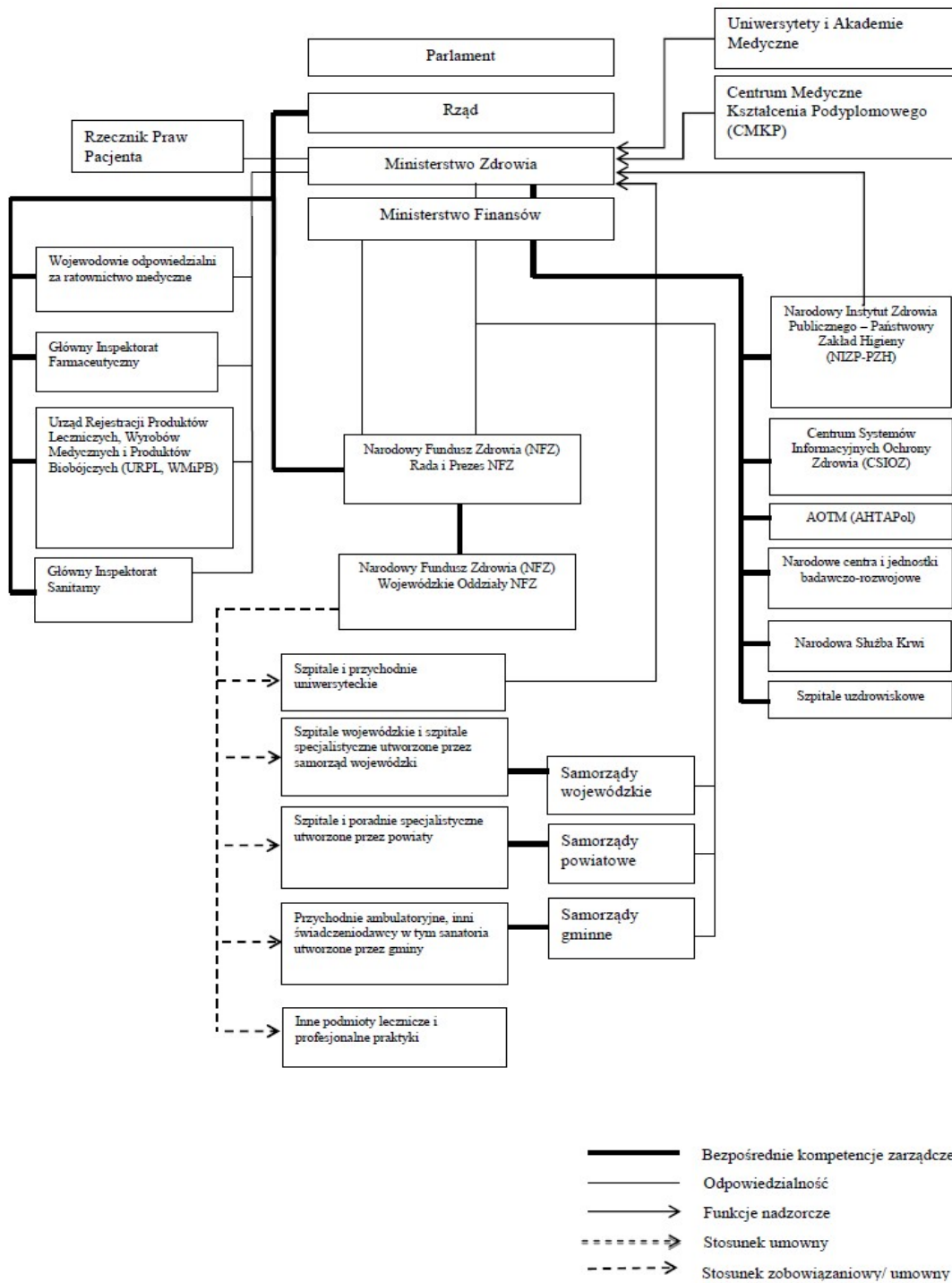
W systemie ochrony zdrowia w Polsce funkcje zarządcze, finansowanie oraz nadzór i kontrolę sprawują Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia oraz samorządy terytorialne. Samorządy są odpowiedzialne za identyfikowanie potrzeb

²⁰¹ Strona internetowa system ochrony zdrowia.pl, [dostęp: 29 października 2017]
[<http://www.systemochronyzdrowia.pl/technologie/telemedycyna/1085-system-opieki-zdrowotnej-zaoszczedzi-pieniadze-dzieki-telemedycynie>]

zdrowotnych mieszkańców swojego terenu, planowanie świadczeń zdrowotnych, promocję zdrowia, a w stosunku do publicznych jednostek, dla których są organami założycielskimi, zarządzają kadrami placówek, finansują inwestycje oraz prowadzą działania nadzorcze.

Strukturę systemu ochrony zdrowia przedstawia rysunek 4.1.

Rys. 4.1. Zarys struktury systemu ochrony zdrowia



Źródło: Golinowska S. (red.), *Polska: Zarys systemu ochrony zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, Warszawa 2012, s. 45*

Struktura świadczeń jest swoistym odzwierciedleniem kształtu polityki zdrowotnej – jej kierunków i określonych priorytetów²⁰². Ze względu na potrzeby niniejszej pracy najistotniejsze wydają się być świadczenia zdrowotne, do których należy m.in. ratownictwo medyczne. System ochrony zdrowia w Polsce w zakresie świadczeń zdrowotnych składa się z kilku zasadniczych filarów finansowanych z budżetu państwa²⁰³:

1) podstawowa opieka zdrowotna (POZ) - lekarze POZ pełnią rolę tzw. odźwiernego (*ang. gate keeper*) wprowadzającego pacjenta do systemu opieki zdrowotnej, dostarczając skierowań na badania oraz pozwalając na wejście do dalszych rodzajów opieki, jeśli jest to medycznie uzasadnione; świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej obejmują profilaktykę, podstawowe badania diagnostyczne, opiekę terapeutyczną i rehabilitacyjną z zakresu ambulatoryjnej opieki ogólnej, rodzinnej i pediatrycznej, a także szeroki zakres zdrowia publicznego: szczepienia obowiązkowe, promocję i profilaktykę zdrowotną; świadczeń w ramach POZ udzielają lekarze, pielęgniarki i położne,

2) ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS) – wszyscy pacjenci objęci systemem społecznych ubezpieczeń zdrowotnych są uprawnieni do bezpłatnej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, warunkiem uzyskania dostępu do AOS jest skierowanie od lekarza POZ, z wyjątkiem określonych specjalności, przypadków chorób szczególnych (takich jak HIV, gruźlica lub uzależnienia) oraz stanów nagłego zagrożenia zdrowia lub życia. Specjalistyczne świadczenia ambulatoryjne udzielane są przez odpowiednie jednostki świadczeniodawców - przychodnie lub poradnie specjalistyczne i specjalistyczne praktyki lekarskie,

3) opieka szpitalna – szpitale są klasyfikowane ze względu na kilka kryteriów: zgodnie z ich zasięgiem terytorialnym (gminne, powiatowe, wojewódzkie lub ponadwojewódzkie), według zakresu świadczeń (ogólne lub specjalistyczne), według rodzaju leczonych schorzeń lub grup ludności, do których są adresowane (np. psychiatryczne, wojskowe, przemysłowe, resortowe) lub według organu założycielskiego; najczęściej stosowane jest ostatnie kryterium klasyfikacji; większość

²⁰² Nawrońska I., *Polski system ochrony zdrowia. Potrzeba redefiniowania priorytetów*, Zeszyty Naukowe/Polskie Towarzystwo Ekonomiczne nr 11, Kraków 2011, s.365

²⁰³ Golinowska S. (red.), *Polska: Zarys systemu ochrony zdrowia*, Narodowy Fundusz Zdrowia, Warszawa 2012, s.141-174

szpitali udziela świadczeń zdrowotnych w kilku rodzajach specjalizacji, szpitale jednospecjalistyczne są rzadkością,

4) ratownictwo medyczne²⁰⁴,

5) zaopatrzenie w leki – leki stosowane w opiece szpitalnej i leki wydawane na receptę w sektorze ambulatoryjnym są refundowane przez NFZ, natomiast koszt pozostałych leków pokrywany jest w całości z dochodów indywidualnych ludności; niektóre grupy pacjentów (np. cierpiących na niektóre choroby przewlekłe, psychiczne lub choroby rzadkie, wymagające kosztownych kuracji lekowych) mogą podlegać odmiennym zasadom finansowania lub kwalifikować się do zwolnienia ze współpłacenia; leki podawane w leczeniu szpitalnym są bezpłatne, są one finansowane przez NFZ,

6) rehabilitacja - opieka rehabilitacyjna prowadzona jest przede wszystkim w sektorze zdrowotnym i jest finansowana przez NFZ, ale także w sektorze socjalnym i wówczas jest finansowana ze środków funduszy ubezpieczenia społecznego oraz Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych; usługi rehabilitacyjne dzieli się na rehabilitację leczniczą oraz leczenie uzdrowiskowe w szpitalach uzdrowiskowych i sanatoriach. Świadczenia rehabilitacyjne w warunkach ambulatoryjnych lub domowych prowadzone są przez lekarzy specjalizujących się w rehabilitacji lub w dziedzinach pokrewnych, takich jak chirurgia ortopedyczna, chirurgia urazowa i reumatologia. Ustalają oni plan rehabilitacji i mogą wydawać skierowania na fizjoterapię lub leczenie uzdrowiskowe,

7) opieka długoterminowa – zapotrzebowanie na opiekę długoterminową będzie się w Polsce dynamicznie zwiększać na skutek starzenia się społeczeństwa i zmniejszania się roli rodziny na skutek zmian społeczno-cywilizacyjnych; świadczenia opieki długoterminowej finansowane ze środków publicznych są udzielane zarówno w ramach systemu opieki zdrowotnej, jak i w ramach pomocy społecznej; NFZ finansuje świadczenia udzielane w warunkach stacjonarnej opieki długoterminowej i w warunkach domowych; stacjonarne placówki opieki długoterminowej obejmują zakłady opiekuńczo-lecznicze i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze,

8) opieka paliatywna, nazywana też hospicyjną, stanowi integralną część systemu ochrony zdrowia. Rozwija się na bazie medycyny paliatywnej i ruchu hospicyjnego, który obejmuje w największym stopniu chorych na nowotwory złośliwe (90%). Jej celem, zgodnie z definicją WHO oraz rekomendacjami Rady Europy, jest uzyskanie

²⁰⁴ Szerzej opisane w pkt 3 i 4 niniejszego rozdziału

możliwie najlepszej jakości życia przez chorego w ostatnim (terminalnym) okresie jego życia, opieka paliatywna obejmuje również rodziny chorych; opieka paliatywna jest finansowana ze środków publicznych i odrębnie kontraktowana przez NFZ. Hospicja dofinansowywane są również przez samorządy lokalne (w tym w ramach Narodowych Programów Zdrowia) oraz organizacje pozarządowe (fundacje, stowarzyszenia i kościoły); opieka paliatywna może mieć charakter stacjonarny, wsparcia opieki domowej, i ambulatoryjny; opieka stacjonarna jest zapewniana w hospicjach i szpitalnych oddziałach paliatywnych,

9) opieka psychiatryczna – należy do tych rodzajów opieki zdrowotnej, które w systemie ochrony zdrowia zorganizowane są odrębnie; ambulatoryjne świadczenia opieki psychiatrycznej udzielane są w poradniach zdrowia psychicznego przez zespoły opieki domowej lub środowiskowej oraz w dziennych oddziałach psychiatrycznych; leczenie uzależnień jest realizowane w ambulatoryjnych poradniach uzależnień, w ośrodkach opieki dziennej lub w oddziałach leczenia uzależnień oraz stacjonarnych oddziałach uzależnień w szpitalach ogólnych, ośrodkach leczenia uzależnień i ośrodkach rehabilitacyjnych; wsparcie można również uzyskać w placówkach MONAR oraz w ramach sektora pomocy społecznej,

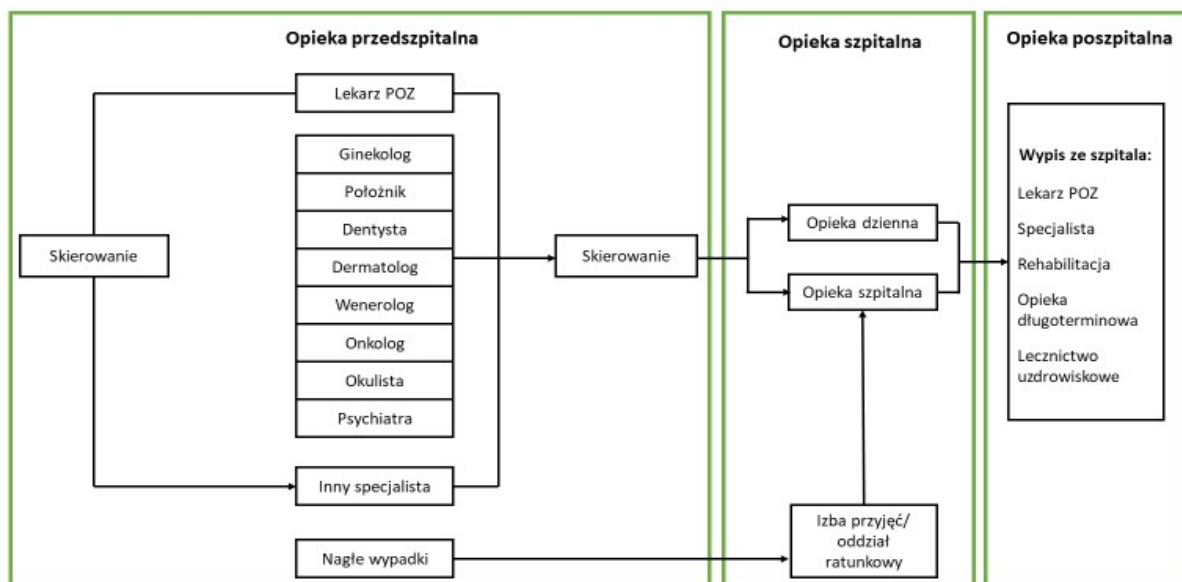
10) opieka stomatologiczna – dostęp do bezpłatnych świadczeń stomatologicznych dla ludności ubezpieczonej finansuje NFZ; świadczenia te obejmują świadczenia z zakresu opieki ogólnostomatologicznej dla dzieci i dorosłych, chirurgii stomatologicznej i periodontologii, ortodoncji dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia, protetyki stomatologicznej, stomatologicznej pomocy doraźnej oraz stomatologicznych świadczeń profilaktycznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19 roku życia. Opieka stomatologiczna zorganizowana jest głównie na bazie indywidualnych praktyk; w ramach opieki stomatologicznej wyróżnia się podstawową opiekę stomatologiczną, i specjalistyczną opiekę stomatologiczną. Stomatologiczna opieka wysokospecjalistyczna jest udzielana w oddziałach chirurgii szczękowo-twarzowej znajdujących się głównie w szpitalach publicznych.

Od niedawna pojawił się jeszcze jeden element systemu opieki zdrowotnej, jakim jest medycyna komplementarna i alternatywna. Oficjalnie zidentyfikowano następujące rodzaje zawodów w tej dziedzinie: akupunkturzysta, bioenergoterapeuta, biomasażysta, chiropraktyk, homeopata, instruktor hipoterapii, dogoterapeuta, muzykoterapeuta,

naturopata, osteopata i refleksolog. Zawody te nie są jednak uznawane za zawody medyczne i przez to nie są prawnie uregulowane.

Schemat udzielania świadczeń zdrowotnych w Polsce obrazuje rys. 4.2.

Rys. 4.2. Schemat udzielania świadczeń zdrowotnych w Polsce



Źródło: Golinowska S. (red.), *Polska: Zarys systemu ochrony zdrowia*, Narodowy Fundusz Zdrowia, Warszawa 2012, s. 146

2. Historia Państwowego Ratownictwa Medycznego

Z dotychczasowych ustaleń historyków medycyny wynika, że pierwowzorem zorganizowanej pomocy doraźnej były średniowieczne wspólnoty religijne, które stawiały sobie za cel pomoc rannym i chorym. Ich zadaniem była przede wszystkim pomoc pielgrzymom udającym się do Ziemi Świętej. W podobnym zresztą celu powołano zakony rycerskie między innymi Joannitów i Kawalerów Maltańskich. W późniejszych wiekach opatrywaniem rannych zajmowały się między innymi członkinie nowo zorganizowanych zakonów żeńskich, na przykład Zgromadzenia Sióstr Miłosierdzia (Szarytki)²⁰⁵. Ratownictwo medyczne swoje korzenie wiąże również z toczącymi się wojnami. Pomysł udzielania pomocy na miejscu zdarzenia powstał

²⁰⁵ Jaczyński S., Araucz-Boruc A., Wierzbicki G. (red.), *Bezpieczeństwo, edukacja, wychowanie t. II. Edukacja i wychowanie dla bezpieczeństwa w przeszłości i współcześnie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Przyrodniczo - Humanistycznego w Siedlcach, Siedlce 2015, s. 199-200

podczas wojen napoleońskich pod koniec XVIII wieku. Wtedy po raz pierwszy zaprojektowano lekkie pojazdy konne, które przewoziły chirurgów na pierwsze linie frontów w celu udzielania pomocy rannym w walce. Postępowanie takie wynikało z tego, że w połowie XVIII wieku większości armii europejskich towarzyszył lekarz, a także różne formy stałych i mobilnych szpitali. Jednak żadna z armii nie ewakuowała rannych z pola bitwy. Dominique-Jean Larrey, francuski chirurg w armii Napoleona w 1792 roku, był świadkiem losów francuskich żołnierzy w bitwie pod Limburg, gdzie ranni oczekiwali na pomoc dłużej niż 24 godziny. Aby zaradzić tej sytuacji, Larrey opracował kompleksową pomoc pod ostrzałem w celu ewakuacji do tymczasowych namiotów, przed późniejszym przewiezieniem ich do tradycyjnych szpitali²⁰⁶.

Współczesna historia przodka systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne – pogotowia ratunkowego – sięga w Europie XIX wieku. W grudniu 1881 roku w wiedeńskim teatrze „Ringtheater” doszło do pożaru, w którym zginęło wiele osób. Dochodzenie prowadzone po zdarzeniu dowiodło między innymi, że liczba zmarłych mogłaby być zdecydowanie mniejsza, gdyby działała dobrze zorganizowana pomoc medyczna. Spowodowało to, że w 1883 roku w Wiedniu powołano pierwsze w Europie pogotowie ratunkowe. Pierwsza w Polsce i druga w Europie organizacja tego typu powstała w 1891 roku w Krakowie²⁰⁷. Powód był podobny do tego w Wiedniu – w grudniu 1890 roku wybuchł pożar, który spowodowany był wybuchem benzyny w składzie firmy Kretschmer. W wyniku pożaru zginął właściciel firmy. Tego samego roku w pożarach w Krakowie zginęło jeszcze wiele osób. Zdarzenia te miały decydujący wpływ na decyzję o powstaniu w Krakowie pierwszego pogotowia ratunkowego w Polsce²⁰⁸. Do lat 90 – tych XX wieku formuła ta ewoluowała i rozprzestrzeniła się na obszar Polski. Wyjazdy w celu udzielenia pomocy na miejscu zdarzenia realizowały jednostki nazywane pogotowiem ratunkowym. Do dziś w nazwach organizacji będących dysponentami zespołów ratownictwa medycznego można spotkać nazwę pogotowie ratunkowe, np. Krakowskie Pogotowie Ratunkowe. Pod koniec lat 90 – tych XX wieku stworzono program „Zintegrowane Ratownictwo Medyczne na lata 1999-2003”. Głównym celem programu było zintegrowanie wszystkich podmiotów ratownictwa w jeden system, mający wspólną lub kompatybilną

²⁰⁶ Wankhade P., Mackway-Jones K. (red.), *Ambulance Services: Leadership and Management Perspectives*, Springer International Publishing, Szwajcaria 2015, s. 18

²⁰⁷ Zajdel J. (red.), *Meritum prawo medyczne*, Oficyna a Wolters Kluwer, Warszawa 2016, s. 532

²⁰⁸ Strona internetowa Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego, [dostęp: 18 stycznia 2017] [<http://kpr.med.pl/index-old.php/id-1/>]

sieć łączności, wspólne procedury ratownicze i kompatybilny sprzęt medyczny²⁰⁹. W tamtym czasie pogotowie ratunkowe było czymś w rodzaju „przychodni na kołach” udzielającej świadczeń we wszystkich zachorowaniach, a w razie potrzeby udzielała pomocy w ciężkich wypadkach i stanach zagrożenia życia. Każda z jednostek ograniczała swoją działalność do rejonu, który obsługiwała – nie było uregulowane podjęcie działań ponadterytorialnych. Sieć łączności, procedury czy sprzęt mogły być odmienne w każdym z rejonów działania poszczególnych jednostek. W ramach programu podjęto działania legislacyjne mające na celu stworzenie ram prawnych systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne (PRM). Niestety zarówno ta²¹⁰ jak i kolejna próba²¹¹ uregulowania ustawowego tej kwestii nie powiodła się. Zdecydowało o tym niepowodzenie przy opracowywaniu aktów wykonawczych i brak kompleksowego spojrzenia na ratownictwo medyczne. Dopiero tragiczne wydarzenia związane z zawaleniem się dachu i stropu hali wystawowej w Chorzowie w styczniu 2006 r. uświadomiły wszystkim konieczność przyspieszenia działań na rzecz zbudowania sprawnego systemu ratownictwa medycznego. Przygotowanie bardziej dojrzałej ustawy zapowiedział ówczesny Minister Zdrowia prof. Zbigniew Religa²¹². System Państwowe Ratownictwo Medyczne powstał na mocy ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym²¹³. Zaczęła ona obowiązywać od 1 stycznia 2017 r. i na ten dzień datuje się powstanie systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Stał się on jednym ze strategicznych elementów systemu ochrony zdrowia jako podsystem, którego celem jest udzielanie świadczeń opieki medycznej w stanach nagłego zagrożenia zdrowia bądź życia²¹⁴, w którym integracja i koordynacja działań poszczególnych podmiotów ma decydujące znaczenie dla jego efektywności²¹⁵.

²⁰⁹ Hibner E., *Zarządzanie w systemie ochrony zdrowia*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej, Łódź 2003, s. 161

²¹⁰ Ustawa z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Dziennik Ustaw z 2001 r. Nr 113 poz. 1207

²¹¹ Ustawa z dnia 6 grudnia 2002 r. o świadczeniu usług ratownictwa medycznego, Dziennik Ustaw z 2002 r. Nr 241 poz. 2073

²¹² Paździoch S. (red.), *Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Komentarz*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2013, s. 32

²¹³ Dziennik Ustaw z 2006 r. Nr 191 poz. 1410

²¹⁴ Furtak-Niczyporuk M., Drop B., *Efektywność organizacji systemu państwowe ratownictwo medyczne*, Studia Ekonomiczne – Zeszyty Naukowe Nr 168, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, Katowice 2013, s. 56

²¹⁵ Zawadzki A. (red.), *Medycyna ratunkowa i katastrof*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, s. 349

3. Organizacja systemu PRM

Na terenie kraju system PRM nadzorowany jest przez Departament Bezpieczeństwa Ministra Zdrowia. Na terenie województwa zaś system planują, koordynują, organizują oraz nadzorują wojewodowie²¹⁶. Dla każdego województwa sporządzają oni wojewódzki plan działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, który zatwierdzany jest przez ministra właściwego do spraw zdrowia. W razie potrzeby plan ten podlega aktualizacji. Wojewódzki plan działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne między innymi dzieli województwo na rejony operacyjne, na które zawierana jest umowa z dysponentem zespołów ratownictwa medycznego²¹⁷. Rejony operacyjne zaś dzielą się na obszary działania, w których stacjonują i udzielają świadczeń poszczególne zespoły ratownictwa medycznego. Graficzną ilustrację budowy systemu PRM stanowi rysunek 4.3.

Do jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne zaliczamy:

- szpitalne oddziały ratunkowe,
- zespoły ratownictwa medycznego,
- lotnicze zespoły ratownictwa medycznego.

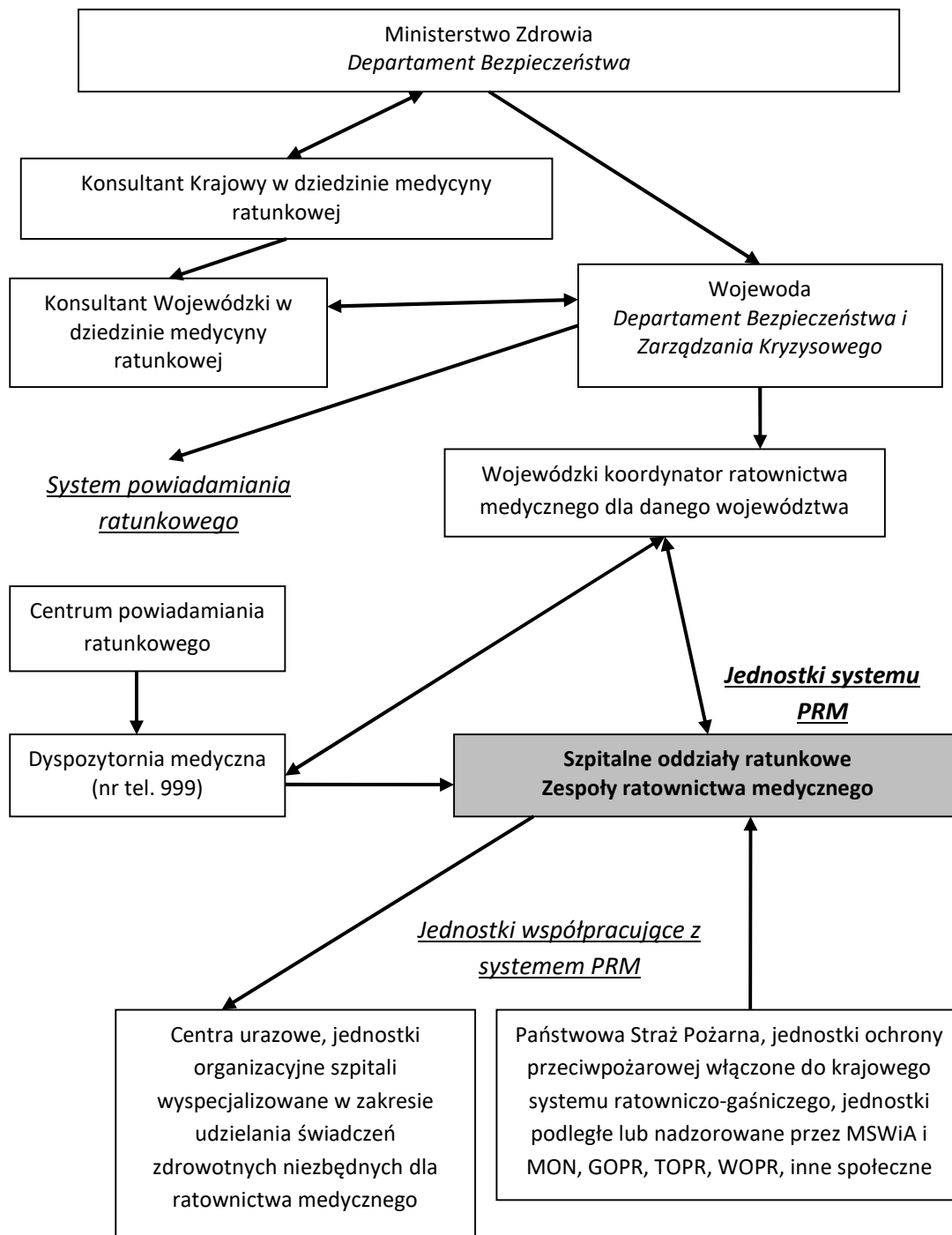
Szpitalny oddział ratunkowy to komórka organizacyjna szpitala w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, udzielającą świadczeń opieki zdrowotnej osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Zespół ratownictwa medycznego to jednostka systemu, podejmująca medyczne czynności ratunkowe w warunkach pozaszpitalnych. Lotniczy zespół ratownictwa medycznego dodatkowo wyposażony jest w specjalistyczny środek transportu sanitarnego, spełniający cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane oraz wymogi określone w ustawie z dnia 3 lipca 2002 r. – Prawo lotnicze²¹⁸.

²¹⁶ Dercz M. (red.), *Prawo publiczne ochrony zdrowia*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2013, s. 132

²¹⁷ Dysponentem zespołów ratownictwa medycznego jest podmiot leczniczy, w skład którego wchodzi zespoły ratownictwa medycznego

²¹⁸ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Dziennik Ustaw z 2006 r. Nr 191 poz.1410 z późn. zm.

Rys. 4.3. Budowa systemu PRM



Źródło: opracowanie własne

Na potrzeby niniejszej pracy obszarem badań objęto działalność zespołów ratownictwa medycznego, w zakres badań nie wchodzi jednak szpitalne oddziały ratunkowe i lotnicze zespoły ratownictwa medycznego. Spowodowane jest to

względami opisanymi w rozdziale II niniejszej pracy, ale także tym, że zespoły ratownictwa medycznego stanowią najliczniejszą grupę jednostek systemu – szczegółowe dane na ten temat przedstawia tabela 4.1.

Tabela 4.1. Liczba jednostek systemu PRM na terenie kraju

Jednostka systemu	Liczba na terenie kraju
Zespół ratownictwa medycznego	1492
Szpitalny oddział ratunkowy	221
Lotniczy zespół ratownictwa medycznego	22

Źródło: opracowanie własne na podstawie: danych Głównego Urzędu Statystycznego za 2016 r., [dostęp: 20 grudnia 2017]

[http://swaid.stat.gov.pl/ZdrowieOchronaZdrowia_dashboards/Raporty_predefiniowane/RAP_DBD_ZDR_2.aspx], strona internetowa Lotniczego Pogotowia Ratunkowego [dostęp: 20 grudnia 2017]
 [<http://www.lpr.com.pl/pl/dla-dyspozytorow-medycznych/czas-dyzurow-baz-hems/>]

Należy w tym miejscu zwrócić również uwagę na fakt, że szpitalne oddziały ratunkowe mieszczą się w szpitalach (jako swoisty rodzaj oddziału szpitalnego), co oznacza, że właśnie tam udzielane są świadczenia. Są one łącznikami pomiędzy pozaszpitalnymi medycznymi czynnościami ratunkowymi, udzielanymi przez zespoły ratownictwa medycznego, a szpitalnymi oddziałami specjalistycznymi. Taka konstrukcja powoduje, że świadczenia udzielane przez szpitalne oddziały ratunkowe są świadczeniami szpitalnymi i trudnym wydaje się umieszczenie ich w tej samej kategorii badań, co zespoły ratownictwa medycznego.

Świadczenia lotniczych zespołów ratownictwa medycznego udzielane są przez Lotnicze Pogotowie Ratunkowe (jedyne na terenie kraju dysponenta lotniczych zespołów ratownictwa medycznego), którego struktura jest scentralizowana – świadczenia te udzielane są przez jedną jednostkę, posiadającą bazy na terenie całego kraju. Na uwagę zasługuje fakt, że lotnicze zespoły ratownictwa medycznego, po zwiększeniu ich ilości na terenie kraju z 17 śmigłowców w 2015 roku do 22 śmigłowców w 2016 roku, stanowią zaledwie 1,45 % wszystkich zespołów ratownictwa medycznego (patrz tabela 4.1.). Ponadto lotnicze zespoły ratownictwa medycznego w 2014 roku wykonały 7737 lotów do wypadków i nagłych zachorowań, a zespoły ratownictwa medycznego w tym samym czasie zrealizowały ponad 3 miliony wyjazdów na miejsce zdarzenia²¹⁹. Z tego wynika, że interwencje lotniczych zespołów

²¹⁹ *Działalność systemu „Państwowe Ratownictwo Medyczne” w 2014 roku. Notatka informacyjna Głównego Urzędu Statystycznego* [dostęp: 7 lutego 2017], s. 3-6
 [<http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/dzialalnosc-systemu-panstwowe-ratownictwo-medyczne-w-2014-roku,11,1.html>]

ratownictwa medycznego stanowią zaledwie około 0,25% świadczeń udzielanych przez wszystkie zespoły ratownictwa medycznego na terenie kraju. Rozmieszczenie na terenie kraju lotniczych zespołów ratownictwa medycznego wraz z czasami ich dyżurów obrazuje załącznik nr 6 do niniejszej dysertacji. Ze względu na specyficzną organizację pracy oraz stosunkowo niewielką skalę działalności Lotnicze Pogotowie Ratunkowe nie zostało objęte zakresem badań empirycznych w niniejszej rozprawie.

Jednostki systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne finansowane są w sposób niejednolity. Świadczenia udzielane przez szpitalne oddziały ratunkowe finansowane są ze środków publicznych na zasadach i w trybie konkursu ofert przeprowadzanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach środków określonych w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia (podobnie jak inne oddziały szpitalne). Działalność zespołów ratownictwa medycznego finansowana jest z budżetu państwa z części, którą dysponują poszczególni wojewodowie. Procedura zawarcia umów, na zlecenie wojewody, przeprowadzana jest przez Narodowy Fundusz Zdrowia z uwzględnieniem zapisów wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla danego województwa na temat liczby i rozmieszczenia zespołów ratownictwa medycznego. Środki finansowe na pokrycie zawartych umów wojewoda przekazuje w formie dotacji celowej właściwemu miejscowo oddziałowi wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia. Lotnicze zespoły ratownictwa medycznego finansowane są z budżetu państwa z części, którą dysponuje minister właściwy do spraw zdrowia. Finansowanie odbywa się na podstawie umowy zawartej bezpośrednio pomiędzy dysponentem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego a Ministrem Zdrowia. Umowa zawarta zostaje po rokowaniach między stronami, dotyczących warunków wykonywania i finansowania działalności lotniczych zespołów ratownictwa medycznego.

4. Organizacja zespołów ratownictwa medycznego

Zespoły ratownictwa medycznego dzielą się na specjalistyczne i podstawowe. Zgodnie z zapisami art. 36 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym²²⁰:

- zespół specjalistyczny to taki, w którego składzie znajdują się co najmniej trzy osoby posiadające kwalifikacje do wykonywania medycznych czynności

²²⁰ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Dziennik Ustaw z 2006 r. Nr 191 poz.1410 z późn. zm.

ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny; w tego typu zespole kierownikiem zespołu zawsze jest lekarz,

- podstawowy zespół ratownictwa medycznego to taki, w którego składzie znajdują się co najmniej dwie osoby posiadające kwalifikacje do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny; w takim zespole wyznaczany kierownik zespołu posiada co najmniej 5-letnie doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zespole ratownictwa medycznego lub lotniczym zespole ratownictwa medycznego i wskazywany jest przez dysponenta jednostki.

W skład zespołów, o których mowa powyżej, może wchodzić kierowca, w przypadku gdy żaden z członków zespołów ratownictwa medycznego nie spełnia warunków do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych opisanych w ustawie o kierujących pojazdami.

Lekarzem systemu, do dnia 31 grudnia 2020 roku, jest lekarz, który jest specjalistą lub ukończył drugi rok specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej, anestezjologii i intensywnej terapii, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, chorób wewnętrznych, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii. Dopuszcza się również lekarza, który wypracował w zawodzie 3000 godzin w zespole ratownictwa medycznego, izbie przyjęć szpitala, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub szpitalnym oddziale ratunkowym – lekarz ten ma jednak obowiązek rozpocząć specjalizację w dziedzinie medycyny ratunkowej w terminie do 1 stycznia 2018 roku. Po 31 grudnia 2020 roku lekarzem systemu może być wyłącznie lekarz specjalista lub po drugim roku specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej.

Pielęgniarką systemu jest pielęgniarka specjalizująca się lub posiadająca specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej terapii, kardiologii, chirurgii lub pediatrii, a także pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej terapii, kardiologii, chirurgii lub pediatrii, która posiada co najmniej trzyletnie doświadczenie w pracy w oddziałach wyżej wymienionych specjalności, pogotowiu ratunkowym, izbach przyjęć lub oddziałach pomocy doraźnej.

Ratownikiem medycznym jest osoba, która posiada pełną zdolność do czynności prawnych, posiada stan zdrowia pozwalający na wykonywanie tego zawodu, wykazuje znajomość języka polskiego w stopniu wystarczającym do wykonywania tego zawodu,

ukończyła studia wyższe z zakresu ratownictwa medycznego lub ukończyła szkołę policealną i posiada dyplom potwierdzający uzyskanie zawodu ratownika medycznego lub uzyskała dyplom ratownika medycznego w państwie, z którego kwalifikacje zawodowe uznawane są za nabyte w państwach członkowskich Unii Europejskiej lub uzyskała dyplom ratownika medycznego w państwie, z którego dyplom uznany jest w Polsce za równoważny z dyplomem uzyskiwanym w Rzeczypospolitej Polskiej, potwierdzającym tytuł zawodowy ratownika medycznego. Ponadto od 1 maja 2017 roku osoba, która ukończy studia z zakresu ratownictwa medycznego, rozpoczęte po 30 września 2016 roku, ma obowiązek odbyć praktyki w wymiarze 960 godzin dydaktycznych i zdać państwowy egzamin z ratownictwa medycznego organizowany przez Centrum Egzaminów Medycznych²²¹.

Niestety nie są dostępne szczegółowe dane o pracownikach systemu PRM, takie jak: płeć, wiek, wykształcenie itp.²²² Dostępne są jedynie dane ilościowe opracowane przez Główny Urząd Statystyczny za 2014 r., obejmujące liczby osób pracujących w zespołach ratownictwa medycznego bez względu na formę zatrudnienia, dla których jest to główne miejsce pracy z podziałem na grupy zawodowe. Dane te prezentuje tabela 4.2. Informacje na jeszcze wyższym poziomie ogólności prezentowane są przez Ministerstwo Zdrowia w Biuletynie Statystycznym za 2015 rok. Obejmują one jedynie statystyki dotyczące ratowników medycznych²²³ zatrudnionych we wszystkich placówkach ochrony zdrowia na terenie kraju. Według tych danych w placówkach ochrony zdrowia na terenie kraju pracowało 13 083 ratowników medycznych. Biuletyn nie wyróżnia w tej grupie zawodowej podziału ze względu na płeć, wiek, wykształcenie itp.²²⁴

²²¹ Mikos M., Juszczak G., Czerw., Gałkowsk., *Nowy model kształcenia ratowników medycznych w Polsce w świetle aktualnych regulacji prawnych*, Journal of Education, Health and Sport, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, t. 5 zeszyt 12, Bydgoszcz 2015, s. 115-116

²²² Problematyka ta zostanie uwzględniona podczas przeprowadzanych w ramach niniejszej dysertacji badań, co pozwoli na wnioskowanie statystyczne w odniesieniu do tych zagadnień.

²²³ Biuletyn nie podaje danych na temat lekarzy systemu i pielęgniarek systemu – dane obejmują całą grupę zawodową lekarzy i pielęgniarek zatrudnionych we wszystkich placówkach ochrony zdrowia.

²²⁴ Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia za 2015 rok, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2016, [dostęp 18 lutego 2017], s. 34 [https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/biuletyn_statystyczny_2016_57ee354e48145.pdf]

Tabela 4.2. Kadra medyczna w zespołach ratownictwa medycznego

Grupa zawodowa	Liczba
Ratownicy medyczni	11 000
Pielęgniarki systemu	1 800
Lekarze systemu	2 000

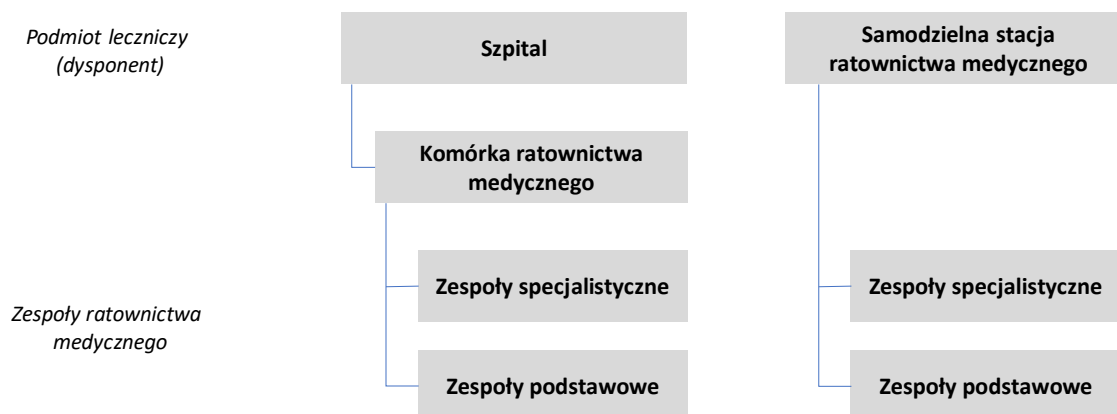
Źródło: opracowanie własne na podstawie: Żyra M. (red.), Zdrowie i ochrona zdrowia w 2014 r., Informacje i opracowania statystyczne, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2015, s. 117

Na terenie kraju działają dwa typy zespołów ratownictwa medycznego:

- samodzielne,
- zespoły wchodzące w skład struktury organizacyjnej szpitala (np. jako Dział Ratownictwa Medycznego).

W każdym województwie działa od kilku do kilkudziesięciu dysponentów zespołów ratownictwa medycznego, niepowiązanych ze sobą strukturalnie. Każdy z nich ma swojego dyrektora – szpitala lub samodzielnej stacji ratownictwa medycznego. Jego rola jest uznawana przez ekspertów za bardzo ważną²²⁵. Struktury organizacyjne, w jakich funkcjonują zespoły ratownictwa medycznego w Polsce obrazuje rysunek 4.4.

Rys. 4.4. Struktury organizacyjne, w których funkcjonują zespoły ratownictwa medycznego



Źródło: opracowanie własne

W Polsce działają zarówno dwuosobowe zespoły ratownictwa medycznego podstawowe, wypełniające minimum ustawowe, jak i trzyosobowe wykorzystujące zapis z ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym stanowiący, że jeśli nikt z

²²⁵ Więcej na ten temat w dalszej części niniejszej pracy.

członków zespołu nie posiada uprawnień do prowadzenia pojazdu uprzywilejowanego, to w skład zespołu może wchodzić kierowca. W ramach zasobów kadrowych dysponenta lub podstacji zespoły te za każdym razem mogą mieć inny skład osobowy podczas wyznaczonych dyżurów – stałe składy osobowe nie są stosowane ze względu na małą w tej sytuacji elastyczność tworzonych grafików (urlopy, zwolnienia, nagłe sytuacje życiowe). Podsumowując powyższe rozważania – w Polsce świadczeń z zakresu ratownictwa medycznego udzielają trzyosobowe zespoły specjalistyczne i dwu lub trzyosobowe zespoły podstawowe. Szczegółowy rozkład liczby zespołów ratownictwa medycznego z podziałem na województwa zawiera tabela 4.3.

Tabela 4.3. Szczegółowy rozkład liczby zespołów ratownictwa medycznego w poszczególnych województwach

Województwo	Liczba zespołów ratownictwa medycznego specjalistycznych	Liczba zespołów ratownictwa medycznego podstawowych	Liczba zespołów ratownictwa medycznego ogółem
Dolnośląskie	39	74	113
Kujawsko – pomorskie	31	56	87
Lubelskie	38	50	88
Lubuskie	22	29	51
Łódzkie	32	63	95
Małopolskie	35	94	129
Mazowieckie	79	106	185
Opolskie	18	24	42
Podkarpackie	33	52	85
Podlaskie	24	30	54
Pomorskie	32	53	85
Śląskie	66	90	156
Świętokrzyskie	16	30	46
Warmińsko – mazurskie	27	50	77
Wielkopolskie	39	78	117
Zachodniopomorskie	29	53	82
Suma	560	932	1492

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego za 2016 r., [dostęp: 20 grudnia 2017]

[http://swaid.stat.gov.pl/ZdrowieOchronaZdrowia_dashboards/Raporty_predefiniowane/RAP_DBD_ZD_R_2.aspx]

Rozmieszczenie zespołów ratownictwa medycznego regulują wojewódzkie plany działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Głównym celem w tym przypadku jest osiągnięcie jak najkrótszych czasów dotarcia na miejsce zdarzenia od chwili przyjęcia zgłoszenia o nagłym stanie zagrożenia zdrowotnego przez dyspozytora medycznego. Wymogi ustawowe w tej kwestii zawiera tabela 4.4., z zastrzeżeniem, że

0,5% przypadków o najdłuższych czasach w skali każdego miesiąca nie bierze się pod uwagę w naliczaniu parametrów zawartych w tabeli.

Tabela 4.4. Wymogi ustawowe - czasy dotarcia na miejsce zdarzenia od chwili przyjęcia zgłoszenia o nagłym stanie zagrożenia zdrowotnego przez dyspozytora medycznego

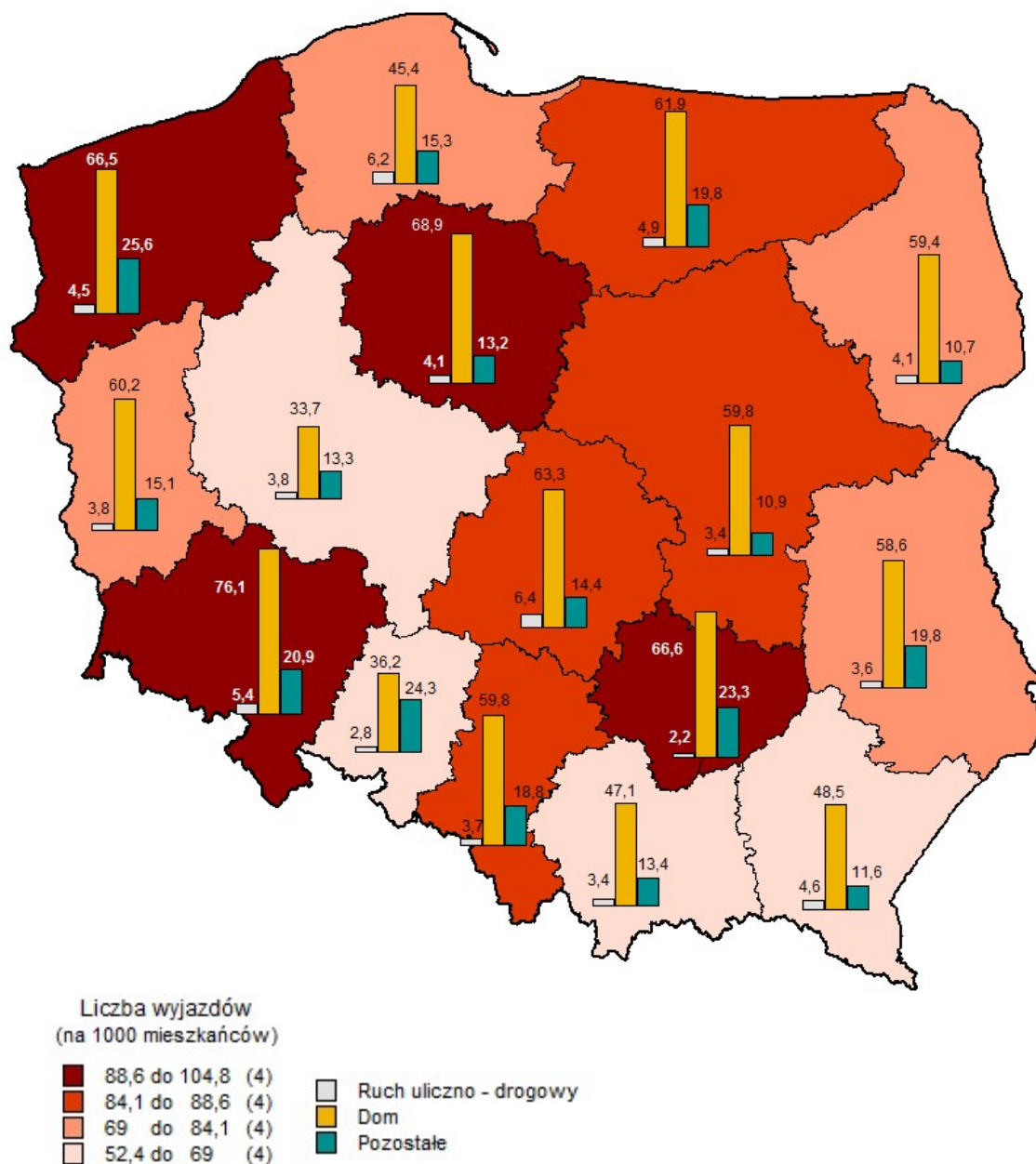
Kryterium	Miasto powyżej 10 tysięcy mieszkańców	Poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców
Mediana w skali każdego miesiąca	8 minut	15 minut
Trzeci kwartył w skali każdego miesiąca	12 minut	20 minut
Maksymalny czas dotarcia	15 minut	20 minut

Źródło: opracowanie własne na podstawie Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Dziennik Ustaw z 2006 r. Nr 191 poz.1410 z późn. zm.

5. Zadania zespołów ratownictwa medycznego

W 2014 roku zespoły ratownictwa medycznego realizowały wyjazdy najczęściej do domu pacjenta, a najrzadziej potrzebowali pomocy uczestnicy ruchu ulicznego – drogowego. Zapotrzebowanie społeczeństwa na świadczenie usług przez zespoły ratownictwa medycznego w poszczególnych województwach najlepiej obrazuje liczba wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia na 1 tys. ludności - rysunek 4.5.

Rys. 4.5. Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia na 1 tys. ludności



Źródło: Działalność systemu „Państwowe Ratownictwo Medyczne” w 2014 roku notatka informacyjna Głównego Urzędu Statystycznego [dostęp: 7 lutego 2017], s. 3

[<http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/dzialalnosc-systemu-panstwowe-ratownictwo-medyczne-w-2014-roku,11,1.html>]

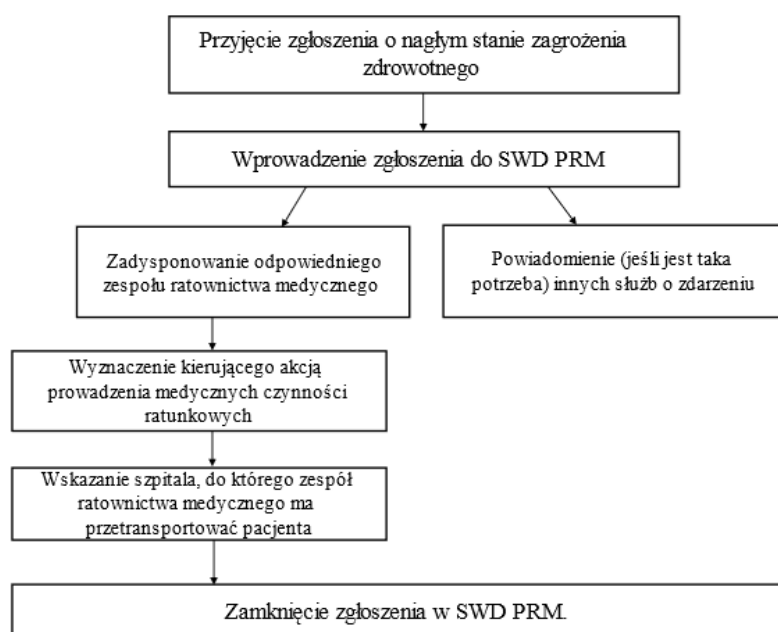
Praca zespołów ratownictwa medycznego polega na realizowaniu zleceń przekazywanych przez dyspozytorów medycznych. W związku z uruchamianiem dyspozytorni medycznych w oparciu o System Wspomagania Decyzji Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM) w całym kraju zmniejsza się ich liczba.

Aktualnie funkcjonuje 39 dyspozytorni medycznych z 221 stanowiskami. Docelowo w 2028 r. będzie działało 18 dyspozytorni medycznych²²⁶. Koncentracja dyspozytorni ma:

- poprawić zarządzanie informacją dotyczącą ratowania życia i zdrowia obywateli,
- zapewnić sprawne przekazywanie danych między służbami ratownictwa i porządku publicznego (przyjmowanie zgłoszeń z numeru alarmowego 112 oraz pozostałych numerów alarmowych i kierowanie ich do właściwej jednostki Policji, PSP i PRM),
- przyczynić się do rozwoju systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne w oparciu o nowoczesne technologie teleinformatyczne.

Dyspozytornie medyczne będą dysponowały zwiększoną liczbą zespołów ratownictwa medycznego. W praktyce spowoduje to, że do zdarzenia wysyłany będzie ten zespół, który znajduje się najbliżej²²⁷.

Rys. 4.6. Przebieg procesu realizacji zlecenia przez dyspozytora medycznego



Źródło: opracowanie własne

²²⁶ Zgodnie z art. 25a ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym wojewoda tworzy i prowadzi jedną dyspozytornię medyczną w województwie, wyjątkiem są województwa mazowieckie oraz śląskie, gdzie wojewodowie mogą utworzyć i prowadzić dwie dyspozytornie medyczne.

²²⁷ Strona internetowa Ministerstwa Zdrowia [dostęp: 31 stycznia 2021]

[<https://www.gov.pl/web/zdrowie/system-wspomagania-dowodzenia-panstwowego-ratownictwa-medycznego-swd-prm->]

Organizacja pracy zależy od formy zatrudnienia, miejsca stacjonowania oraz nasilenia wyjazdów (w dużej mierze ten aspekt zależy od miejsca stacjonowania). Jest to praca zmianowa, w której dyżury trwają najczęściej 12 godzin w przypadku osób zatrudnionych w oparciu o umowę o pracę lub 24 godziny w przypadku osób zatrudnionych w oparciu o umowę cywilnoprawną. Zespoły stacjonują w dużych miejscowościach, gdzie zwykle jest ulokowanych od kilku do kilkunastu karetek oraz w mniejszych miejscowościach, gdzie ulokowane jest 1 – 2 karetki, co powoduje, że członkowie zespołów tworzą dużo mniejsze społeczności niż w przypadku dużych miejscowości. W obszarze o większym zaludnieniu zespoły realizują zdecydowanie więcej wyjazdów, co skutkuje też mniejszą ilością czasu na odpoczynek i większym prawdopodobieństwem liczniej występujących interwencji, podczas których członkowie zespołów narażeni są na duży stres. Sytuacja zgoła odmienna ma miejsce w pracy zespołów stacjonujących w mniejszych miejscowościach – mniej wyjazdów, większa ilość czasu na odpoczynek i mniejsze prawdopodobieństwo licznych interwencji, podczas których członkowie zespołów narażeni są na duży stres.

Dyrektor Naczelny samodzielnej stacji ratownictwa medycznego:

„Kultura jednostek systemu PRM różni się swoją specyfiką od kultury innych jednostek ochrony zdrowia, bo zespoły są na tzw. pierwszej linii ognia. Stykają się z sytuacjami bardzo często ekstremalnymi, a znakomita większość wyjazdów niesie za sobą duży ładunek emocjonalny, szczególnie dla wzywającego. Oczekują oni natychmiastowej pomocy. Praca jest zupełnie inna niż ta w innych jednostkach ochrony zdrowia”.

Z-ca Kierownika ZRM w strukturze szpitala:

„Różnice między kulturą jednostek systemu PRM a kulturą innych jednostek systemu ochrony zdrowia mają źródło w nagłości wezwań i specyfice pracy zespołów ratownictwa medycznego ZRM (praca zadaniowa, w dużym napięciu)”.

Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa samodzielnej stacji ratownictwa medycznego:

*„Pracę ZRM na tle innych jednostek ochrony zdrowia wyróżnia praca w małych społecznościach na podstacjach w oddaleniu od przełożonych i innych pracowników, wtedy mniej sprawna jest komunikacja, co sprzyja tworzeniu nieformalnych grup. Poza tym specyfika pracy – zespołowa, zależność od siebie z tym związana, też tempo pracy powodują tworzenie swoistych relacji między członkami zespołu”.*²²⁸

²²⁸ Odpowiedzi, z indywidualnego wywiadu z członkami panelu ekspertów, na pytanie: „Czym kultura jednostek systemu PRM różni się od kultury innych jednostek systemu ochrony zdrowia?”

Na skuteczność działania zespołów ratownictwa medycznego ma wpływ wiele elementów. Jednym z nich są standardy postępowania, które są zgodne z aktualną wiedzą medyczną w zakresie medycyny ratunkowej. Zgodnie z ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym minister właściwy do spraw zdrowia powinien ogłosić je w formie obwieszczenia. Niestety ta delegacja ustawowa nigdy nie została zrealizowana. Zapis ten pozostawał przez wiele lat martwy (obwieszczenie nigdy nie zostało opracowane i ogłoszone), a w przebiegu prac legislacyjnych nad aktami zmieniającymi ustawę o PRM został usunięty i dziś nie obowiązuje. W związku z tym zespoły ratownictwa medycznego posługują się wydawanymi i aktualizowanymi okresowo przez różne organizacje specjalizujące się w poszczególnych działach medycyny standardami obowiązującymi na terenie całego kraju. Na przykład w przypadku resuscytacji krążeniowo - oddechowej²²⁹ są to wytyczne Polskiej Rady Resuscytacji, w przypadku urazów są to wytyczne zawarte w podręczniku ITLS (International Trauma Life Support) - Ratownictwo przedszpitalne w urazach²³⁰, a w przypadku schorzeń kardiologicznych są to wytyczne Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Kierownik ZRM w strukturze szpitala:

„Nic tak nie chroni członków zespołów ratownictwa medycznego przed odpowiedzialnością karną jak procedury”.

Dyrektor Naczelny samodzielnej stacji ratownictwa medycznego:

„Standaryzacja postępowania jest bardzo ważna, postępowanie powinno być wystandaryzowane. Procedury i standardy bronią nas przed roszczeniami. Przestrzeganie ich daje gwarancję zabezpieczającą przez odpowiedzialnością karną”.

Z-ca Kierownika ZRM w strukturze szpitala:

„Z powtarzalnością postępowania jest wciąż bardzo różnie, widać to np. przy indywidualnym podejściu do zaopatrzenia pacjenta”.

Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa samodzielnej stacji ratownictwa medycznego:

²²⁹ Zabiegi mające na celu uzyskanie u pacjenta powrotu krążenia, oddechu i niektórych funkcji ośrodkowego układu nerwowego. W: Andres J. (red.), *Pierwsza pomoc i resuscytacja krążeniowo-oddechowa*, Polska Rada Resuscytacji, Kraków 2006, s. 7-8

²³⁰ Campbell J.E. (red.), *ITLS (International Trauma Life Support) - Ratownictwo przedszpitalne w urazach*, Medycyna Praktyczna, Kraków 2015

„Standaryzacja jest oczekiwana zwłaszcza przez ratowników medycznych”.²³¹

Wytyczne te są wykorzystywane przy opracowywaniu programów kursów doskonalących dla członków zespołów ratownictwa medycznego.

Dyrektor Naczelny samodzielnej stacji ratownictwa medycznego:

„Pracownicy chcą się szkolić i rozwijać, szczególnie młodszy. Gorzej w grupie wiekowej 50+. Szczególnie grono pielęgniarek, które mają już swoje zwyczaje, rytuały czy schematy. Są trudno reformowane i trudno jest wyegzekwować otwarte podejście do nowości. Jednak należy wymagać bezwzględnie podnoszenia kwalifikacji – to rola pracodawcy”.

Z-ca Kierownika ZRM w strukturze szpitala:

„Pracownicy podnoszą kwalifikacje dobrowolnie i często”.

Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa samodzielnej stacji ratownictwa medycznego:

„Podnoszenie kwalifikacji jest ważne, choć tu zderza się chęć i zrozumienie potrzeby podnoszenia kwalifikacji z ograniczoną ścieżką kariery”.²³²

W tym miejscu należy zwrócić uwagę na fakt, że programy kursów są elementem wniosku do właściwego miejscowo Wojewody o wpis na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia kursu doskonalącego. Co faktycznie oznacza, że Wojewoda dokonując wpisu danego podmiotu akceptuje też program szkolenia. Z tego też powodu w różnych województwach, czysto teoretycznie, może dość do posługiwania się różnymi standardami. W praktyce jednak zwyczajowo przyjęte jest posługiwanie się wytycznymi wymienionymi powyżej. Oczywistym wydaje się być założenie stanowiące, że dla pełnego i efektywnego wypełniania standardów opisanych powyżej niezbędny jest nowoczesny i niezawodny sprzęt medyczny.

Kolejnym elementem mającym wpływ na skuteczność działań zespołów ratownictwa medycznego są specjalistyczne środki transportu sanitarnego, którymi

²³¹ Odpowiedzi, z indywidualnego wywiadu z członkami panelu ekspertów, na pytanie: „Proszę pomyśleć o jednostkach systemu PRM, które Pani/Pan dobrze zna. Jakże obserwuje Pani/Pan pewne wspólne elementy kultury dla dużej części pracowników tych jednostek, np. dotyczące: - podejście do standaryzacji postępowania.”

²³² Odpowiedzi, z indywidualnego wywiadu z członkami panelu ekspertów, na pytanie: „Proszę pomyśleć o jednostkach systemu PRM, które Pani/Pan dobrze zna. Jakże obserwuje Pani/Pan pewne wspólne elementy kultury dla dużej części pracowników tych jednostek, np. dotyczące: - podejścia do podnoszenia kwalifikacji.”

posługują się w codziennej pracy. Zgodnie z zapisami ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym mają one spełniać wymogi określone w Polskiej Normie przenoszącej europejskie normy zharmonizowane. Jasnym jednak wydaje się być to, że im nowsze i nowocześniejsze są to konstrukcje, tym większa jest ich niezawodność i sprawność.

Codzienną pracę zespołów ratownictwa medycznego koordynują dyspozytornie medyczne, w których zatrudnieni są dyspozytorzy medyczni. Do najważniejszych zadań tych komórek, niebędących jednostkami systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, we współpracy z zespołami ratownictwa medycznego należy: sprawne przyjęcie zgłoszenia o nagłym stanie zagrożenia zdrowotnego, wprowadzenie zgłoszenia do SWD PRM, zadysponowanie odpowiedniego zespołu ratownictwa medycznego, wyznaczenie kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, powiadomienie (jeśli jest taka potrzeba) innych służb o zdarzeniu, wskazanie szpitala, do którego zespół ratownictwa medycznego ma przetransportować pacjenta, zamknięcie zgłoszenia w SWD PRM. Na skuteczność pracy systemu, w kontekście dyspozytorni medycznej, największy wpływ ma nowoczesny system łączności oraz system teleinformatyczny o nazwie System Wspomagania Decyzji Państwowego Ratownictwa Medycznego. System ten został już wdrożony na terenie całego kraju. Posiada on parametry funkcjonalne pozwalające między innymi na²³³: przyjęcie zgłoszeń alarmowych i rejestrację zdarzeń medycznych, wspomaganie obsługi zdarzenia powodującego stan nagłego zagrożenia zdrowotnego, dysponowanie zespołami ratownictwa medycznego, pozycjonowanie zespołów ratownictwa medycznego, prowadzenie ewidencji zasobów ratowniczych dysponentów zespołów ratownictwa medycznego, całodobową dostępność systemu przez 7 dni w tygodniu, prowadzenie szkoleń dyspozytorów medycznych oraz wymianę informacji i danych z innymi systemami teleinformatycznymi. Nowoczesność i sprawność systemu teleinformatycznego obsługującego wezwania do pacjentów wydaje się mieć duży wpływ na skuteczność działań ratowniczych. Przyjęcie zgłoszenia przez dyspozytornię medyczną może odbyć w sposób tradycyjny, to znaczy poprzez numer alarmowy 999, ale także za pośrednictwem centrum powiadamiania ratunkowego (CPR) pod jednolitym ogólnoeuropejskim numerem alarmowym 112. Numer ten wykorzystujemy wtedy, gdy

²³³ *Rozporządzenie Ministra Administracji i Cyfryzacji z dnia 31 grudnia 2014 r. w sprawie Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego*, Dziennik Ustaw z 2014 poz. 1994

nie umiemy zidentyfikować zagrożeń w wymiarze trzech aktualnych numerów ratunkowych (997, 998, 999) lub kiedy wymagana jest interwencja wszystkich służb równocześnie²³⁴. Numer ten służy wyłącznie do powiadamiania w nagłych sytuacjach zagrożenia zdrowia, życia lub mienia²³⁵. Połączenia na numer 112 odbierają przeszkoleni operatorzy numerów alarmowych i w razie potrzeby informują oni o zdarzeniu właściwe służby ratunkowe stacjonujące najbliżej miejsca zdarzenia lub, jeśli zajdzie taka potrzeba, połączą osobę zgłaszającą bezpośrednio z dyżurnym lub dyspozytorem danej służby, na przykład z dyspozytorem medycznym.

Dodatkowo na terenie każdego województwa całodobowy dyżur pełni wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego, zatrudniony przez wojewodę. Do jego zadań należy między innymi wsparcie i nadzór merytoryczny nad pracą dyspozytorów medycznych, współpraca z jednostkami systemu oraz szpitalami udzielającymi świadczeń niezbędnych dla ratownictwa medycznego, ale także nadzór nad medyczną obsługą zdarzeń masowych. Wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego może być lekarz, który spełnia warunki określone dla lekarza systemu oraz ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu, którzy ukończyli studia drugiego stopnia i posiadają co najmniej 4-letnie doświadczenie w pracy na stanowisku dyspozytora medycznego.

Pacjenci zaopatrywani przez zespoły ratownictwa medycznego przewożeni są do szpitali według klucza opisanego w art. 44 i 45 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym²³⁶. Zapisy te stanowią, że zespół ratownictwa medycznego przewozi pacjenta do najbliższego, pod względem czasu dotarcia, szpitalnego oddziału ratunkowego lub do szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego lub wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego. Jednakże, jeżeli u pacjenta zostanie stwierdzony stan, który zgodnie ze standardami postępowania wymaga transportu z miejsca zdarzenia bezpośrednio do szpitala, w którym znajduje się centrum urazowe lub centrum urazowe dla dzieci, albo do jednostki organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla

²³⁴ Strona internetowa Komendy Głównej Państwowej Straży Pożarnej [dostęp: 18 lutego 2017] [http://www.straz.gov.pl/panstwowa_straz_pozarna/europejski_numer_alarmowy_112]

²³⁵ Strona internetowa Europejski Numer Alarmowy 112 [dostęp: 18 lutego 2017] [<http://www.112.gov.pl/112/kiedy-dzwonic-na-112/397,KIEDY-DZWONIC-NA-112.html>]

²³⁶ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Dziennik Ustaw z 2006 r. Nr 191 poz.1410 z późn. zm.

ratownictwa medycznego²³⁷, lub gdy tak zdecyduje kierownik zespołu ratownictwa medycznego, osobę w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego transportuje się bezpośrednio do szpitala, w którym znajduje się odpowiednie centrum albo jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, wskazanego przez dyspozytora medycznego lub wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego²³⁸.

Z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne współpracują centra urazowe²³⁹ oraz jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, które zostały ujęte w wojewódzkim planie działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne²⁴⁰. Jednostkami współpracującymi z systemem są ponadto służby ustawowo powołane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, w szczególności: jednostki organizacyjne Państwowej Straży Pożarnej, jednostki ochrony przeciwpożarowej włączone do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego, jednostki podległe lub nadzorowane przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych i Ministra Obrony Narodowej. Do jednostek, które współpracują z systemem PRM, niebędących podmiotem leczniczym, zaliczają się również wyspecjalizowane społeczne organizacje ratownicze, takie jak Górskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe (GOPR), Tatrzańskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe (TOPR) i Wodne Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe (WOPR), które w warunkach szczególnych, w górach i nad wodą udzielają pomocy ratowniczej oraz inne społeczne organizacje ratownicze, które, w ramach swoich zadań ustawowych lub statutowych, są obowiązane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeżeli zostaną wpisane do prowadzonego przez wojewodę rejestru jednostek współpracujących z systemem²⁴¹.

²³⁷ Na przykład pacjent, u którego stwierdzono zawał mięśnia sercowego powinien trafić bezpośrednio do ośrodka, który posiada w swojej strukturze komórkę organizacyjną kardiologii inwazyjnej, zaopatrującą właśnie tego typu schorzenia.

²³⁸ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Dziennik Ustaw z 2006 r. Nr 191 poz.1410 z późn. zm.

²³⁹ Wydzielona funkcjonalnie część szpitala, w której to części specjalistyczne oddziały są powiązane ze sobą organizacyjnie oraz zakresem zadań, w sposób pozwalający na szybkie diagnozowanie i leczenie pacjenta urazowego. W: *Funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego. Informacja Najwyższej Izby Kontroli o wynikach kontroli.*, Warszawa 2012, s. 5 [dostęp: 5 lutego 2017] [<https://www.nik.gov.pl/kontrole/wyniki-kontroli-nik/kontrole.10324.html>]

²⁴⁰ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Dziennik Ustaw z 2006 r. Nr 191 poz.1410 z późn. zm.

²⁴¹ Żyra M. (red.), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2014 r.*, Informacje i opracowania statystyczne, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2015, s. 125-126

Jednostki te udzielają kwalifikowanej pierwszej pomocy osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Współpraca z wyżej wymienionymi jednostkami współpracującymi z systemem polega na tym, że udzielają one najczęściej pomocy technicznej jednostkom systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne przy obsłudze zdarzeń i jednocześnie pomagają przy medycznych czynnościach ratunkowych, udzielając kwalifikowanej pierwszej pomocy.

Dwie pierwsze próby uregulowań ustawowych w obszarze ratownictwa medycznego nie powiodły się przede wszystkim ze względu na brak powodzenia przy opracowywaniu aktów wykonawczych do ustaw. Z tego właśnie powodu tak ważne jest, że w przypadku ustawy z 2006 roku udało się opracować rozporządzenia wykonawcze do niej. Listę obowiązujących aktów wykonawczych do aktualnej ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym wraz z obszarem regulacji zawiera załącznik nr 7 do niniejszej dysertacji.

6. Oczekiwania organów administracji rządowej/płatnika

System Państwowe Ratownictwo Medyczne powinien odpowiadać na potrzeby zdrowotne społeczeństwa. Reprezentantem społeczeństwa w tym zakresie są organy administracji rządowej (Ministerstwo Zdrowia, wojewodowie, NFZ), które formułują określone oczekiwania wobec uczestników systemu. W odniesieniu do zespołów ratownictwa medycznego, które podlegają rozważaniom w niniejszej dysertacji, oczekiwania te są podyktowane zapisami ustawowymi. Minister właściwy do spraw zdrowia sprawuje nadzór nad systemem, jednak nadzór ten jest faktycznie sprawowany na terenie poszczególnych województw przez wojewodów. W praktyce rola ministra sprowadza się do zatwierdzenia wojewódzkiego planu działania systemu sporządzonego przez wojewodę. Wojewoda oczekuje od zespołów ratownictwa medycznego (ich dysponentów) spełnienia szeregu wymogów. Wymagania te objawiają się w obszarach, które są kontrolowane w ramach nadzoru wojewody nad systemem przez jego służby. W pierwszej kolejności, ze względu na planowanie i organizowanie systemu przez wojewodę, oczekiwane jest stacjonowanie zespołów ratownictwa medycznego w miejscach wyczekiwania wyznaczonych w wojewódzkim planie działania systemu. Jest to wbrew pozorom bardzo istotny element, ponieważ wyznaczone są one w ten sposób, aby istniała realna szansa na wypełnienie ustawowych wymogów czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia

przez dyspozytora medycznego. Wojewoda zgodnie z ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym podejmuje działania organizacyjne zmierzające do zapewnienia tych parametrów. Kolejnym ważnym aspektem jest wyposażenie zespołów ratownictwa medycznego. Przede wszystkim zespół musi być wyposażony w ambulans spełniający wymogi aktualnej wersji stosownej normy²⁴². Ta sama norma dotyczy wyposażenia ambulansu, które także leży w kręgu zainteresowań wojewody – zespół musi posiadać odpowiedni sprzęt. Norma opisuje zarówno sprzęt medyczny jak i niemedyczny, np. środki łączności. Ponadto oczekiwania organów administracji rządowej obejmują harmonogramy pracy członków zespołów ratownictwa medycznego i kwalifikacje personelu. W tym aspekcie muszą być spełnione wymogi określone w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Kontroli podlega także dokumentacja prowadzona przez dysponentów zespołów ratownictwa medycznego. Musi być ona zgodna z aktualnie obowiązującą wersją rozporządzenia Ministra Zdrowia w tym zakresie²⁴³.

Podczas kontraktowania usług ratownictwa medycznego NFZ przeprowadza postępowanie konkursowe, w którym ocenie podlegają następujące kryteria wyboru opisane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia²⁴⁴: jakość, dostępność, cena, ciągłość i inne. Pod kryterium „Jakość” kryją się następujące kategorie i warunki:

- personel (zgodny z wymogami ustawowymi) – dodatkowe punkty za wszystkie zespoły w ramach danego zakresu świadczeń w składzie 3-osobowym, ponadto dodatkowo w zespołach specjalistycznych oceniany jest procentowy udział łącznego czasu pracy lekarzy o poszczególnych kwalifikacjach (najwyżej punktowany jest czas pracy lekarzy specjalistów medycyny ratunkowej) oraz czas pracy lekarzy i innego personelu medycznego (liczba godzin przepracowanych w tygodniu i ciągły czas pracy),
- sprzęt i aparatura medyczna (zgodne z wymogami określonymi w Polskiej Normie) – dodatkowe punkty za środki transportu sanitarnego wyposażone w urządzenie do mechanicznej kompresji klatki piersiowej,

²⁴² PN-EN 1789 *Pojazdy medyczne i ich wyposażenie - Ambulanse drogowe*

²⁴³ *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*, Dziennik Ustaw z 2015 r. poz. 2069

²⁴⁴ *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*, Dziennik Ustaw z 2016 r. poz. 1372

- dodatkowe wyposażenie środków transportu – dodatkowe punkty za posiadanie we wszystkich środkach transportu sanitarnego urządzenia do wykrywania obecności tlenku węgla w powietrzu,
- transportowanie pacjentów wymagających inwazyjnego leczenia ostrych zespołów wieńcowych do świadczeniodawców nieposiadających umowy na realizację świadczeń w tym zakresie (oceniane na podstawie kontroli),
- posiadanie certyfikatu ISO 9001 systemu zarządzania jakością.

„Dostępność” oznacza realizację świadczeń dla świadczeniobiorców z otyłością, to znaczy dodatkowo punktowane jest posiadanie co najmniej jednego środka transportu sanitarnego wyposażonego w nosze o nośności co najmniej 200 kg. Kryterium „Cena” pozwala na uzyskanie dodatkowych punktów za wycenę gotowości poszczególnych rodzajów zespołów obliczoną za pomocą wzoru określonego w tym samym rozporządzeniu Ministra Zdrowia (im niższa cena, tym wyższa punktacja). W kryterium „Ciągłość” oceniana jest realizacja świadczeń na terenie całego rejonu operacyjnego, którego dotyczy postępowanie oraz posiadanie działającego systemu teletransmisji EKG we wszystkich oferowanych zespołach ratownictwa medycznego. W kryterium „Inne” można uzyskać punkty za współpracę z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w zakresie nieodpłatnego udostępniania danych niezbędnych dla określenia taryfy świadczeń.

Zatem oczekiwania organów administracji rządowej, w postaci właściwego wojewody i NFZ (płatnika), dotyczą wypełniania jego założeń planistycznych i organizacyjnych ujętych w wojewódzkim planie działania systemu oraz wypełniania wymogów ustawowych i zawartych w odpowiednich normach. Jednocześnie kładziony jest nacisk na jakość świadczonych usług. Kontrole odbywają się w ramach zadań nadzorczych nałożonych ustawowo na wojewodę i NFZ. W tym miejscu właściwym wydaje się zwrócenie uwagi na to, czym jest jakość usług medycznych w przypadku ratownictwa medycznego. Najczęściej cytowaną i stosowaną zagranicą definicją jakości w odniesieniu do systemu ratownictwa medycznego jest ta sformułowana przez Institute of Medicine z USA jako stopień, w jakim usługi zdrowotne dla osób fizycznych i populacji zwiększają prawdopodobieństwo pożądaných wyników zdrowotnych i są zgodne z aktualną wiedzą zawodową²⁴⁵. W praktyce w polskim systemie ratownictwa

²⁴⁵ *Measuring Quality in Emergency Medical Services: A Review of Clinical Performance Indicators* [dostęp: 2 listopada 2017] [<https://www.hindawi.com/journals/emj/2012/161630/>]

medycznego nie jest to mierzone. W Polsce Ministerstwo Zdrowia dąży do działań mających na celu zaspokojenie potrzeby społeczeństwa w zakresie profilaktyki, promocji zdrowia, diagnostyki, leczenia i rehabilitacji oraz uzyskania pewności, że opieka ta spełnia wymagania bezpieczeństwa, skuteczności i efektywności²⁴⁶. Przy certyfikacji systemu zarządzania jakością zgodnego z międzynarodową normą ISO 9001 w jednostce będącej dysponentem zespołów ratownictwa medycznego można spotkać się z realizacją zadań w zakresie zarządzania jakością, które są realizowane poprzez: wykazanie skuteczności w niesieniu pomocy osobom potrzebującym, minimalizowanie czasu dotarcia do pacjenta, zakupy nowoczesnego i niezbędnego sprzętu medycznego z zakresu ratownictwa medycznego oraz podnoszenie kwalifikacji zatrudnionego w zakładzie personelu w celu udzielania pomocy niezwłocznie, na wysokim poziomie, zgodnie z prawem i oczekiwaniami pacjentów²⁴⁷. Niestety nie są opracowane ani raportowane w żaden sposób mierniki mówiące o liczbie zgonów, których uniknięto dzięki interwencji. Taki parametr pozwoliłby ocenić skuteczność zespołów ratownictwa medycznego.

Konkludując rozważania na temat oczekiwań organów administracji rządowej należy zwrócić uwagę na to, że oczekiwania te wymuszają na pracownikach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dynamiczną pracę pod dużą presją związaną z wymogami dotyczącymi czasów dotarcia do miejsca zdarzenia, przyczyniają się do konieczności ciągłego podnoszenia swoich kwalifikacji zgodnie z obowiązującymi standardami postępowania, uczenia się obsługi nowego sprzętu (nowych technologii) służącego ratowaniu zdrowia i życia ludzkiego. Od pracowników wymaga się poświęceń i pracy zespołowej. Wszystkie te elementy mają znaczący wpływ na skuteczność działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.

Dyrektor Naczelny samodzielnej stacji ratownictwa medycznego:

„Stabilność otoczenia prawnego oceniam na dzień dzisiejszy źle, szczególnie jeśli chodzi o ochronę prawną dla zespołów ratownictwa medycznego. Jeśli chodzi o regulacje opisujące działanie systemu PRM, to są one mało stabilne, a to nie daje spokoju w rozważaniach o przyszłości systemu PRM”.

²⁴⁶ Strona internetowa Ministerstwa Zdrowia [dostęp: 2 listopada 2017]

[<http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/organizacja-ochrony-zdrowia/jakosc-w-opiece-zdrowotnej/>]

²⁴⁷ Strona internetowa Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Poznaniu [dostęp: 2 listopada 2017]

[<http://www.ratownictwo.med.pl/o-nas>]

Kierownik ZRM w strukturze szpitala:

*„Dużo lepiej byłoby dla systemu PRM gdyby zmiany w prawie były szerzej konsultowane ze środowiskiem”.*²⁴⁸

7. Uwarunkowania społeczne

System Państwowe Ratownictwo Medyczne działa w bardzo wrażliwym obszarze, jakim jest zdrowie i życie ludzkie. W takich warunkach, mając do czynienia z ciężkimi zachorowaniami i wypadkami, oczekiwania społeczne są bardzo wysokie. Okoliczności warunkują wymogi, jakie muszą spełniać zespoły ratownictwa medycznego i ich członkowie. W niektórych obszarach pokrywają się one z wymogami organów administracji rządowej. Społeczeństwo oczekuje jak najszybszego uzyskania pomocy medycznej, udzielonej przez wykwalifikowany personel, w sposób jak najsprawniejszy i przy pomocy jak najnowocześniejszego wyposażenia. Biorąc pod uwagę specyfikę systemu wszystkie te okoliczności mają wpływ na skuteczność działania, a co za tym idzie spełnienie oczekiwań społecznych – pacjentów i ich rodzin.

Do kluczowych uwarunkowań społecznych można zaliczyć:

- problem relacji i komunikacji między personelem medycznym a pacjentem i jego rodziną;
- wzrost świadomości pacjentów;
- konsumeryzm, traktowanie w sposób konsumpcyjny relacji personel medyczny – pacjent;
- problem nadużywania zespołów ratownictwa medycznego przez społeczeństwo w sytuacji braku zagrożenia zdrowia lub życia;
- proces starzenia się społeczeństwa;
- strukturę personelu i warunki pracy zespołów ratownictwa medycznego.

W ostatnim czasie na znaczeniu zyskuje problem relacji i komunikacji między personelem medycznym a pacjentem i jego rodziną. Większość publikacji

²⁴⁸ Odpowiedzi z indywidualnego wywiadu z członkami panelu ekspertów na pytanie: „Proszę pomyśleć o jednostkach systemu PRM, które Pani/Pan dobrze zna. Jakie obserwuje Pani/Pan pewne wspólne elementy kultury dla dużej części pracowników tych jednostek, np. dotyczące stabilności otoczenia prawnego.”

literaturowych opisuje relacje pacjent – lekarz, jednak w przypadku zespołów ratownictwa medycznego, ze względu na to, że lekarz jest kierownikiem tylko części zespołów – w pozostałych są to pielęgniarki systemu i ratownicy medyczni, rozważania te można rozszerzyć na te właśnie grupy zawodowe. Tym bardziej, że to właśnie przedstawiciele tych grup zawodowych podczas interwencji zbierają wywiad i badają pacjenta, a następnie wdrażają adekwatne postępowanie. W kręgu kultury zachodniej i tzw. medycyny naukowej rola pacjenta ma charakter niepożądany i przejściowy, zwalnia chorego z obowiązku wykonywania innych ról, ale jednocześnie nakłada na niego „obowiązek” szybkiego powrotu do zdrowia, a więc obowiązek szukania profesjonalnej pomocy. Roli lekarza natomiast przypisuje się następujące cechy: bezinteresowność, czyli orientację na dobro pacjenta; uniwersalizm, czyli brak uprzedzeń wobec pacjenta bez względu na jego status społeczny czy osobisty stosunek lekarza; specyficzność, czyli ograniczenie zainteresowania lekarza do kwestii związanych ze stanem zdrowia chorego; oraz neutralizm, czyli dystans emocjonalny wobec pacjenta²⁴⁹. W Polsce w relacjach tych widoczna jest asymetria, to znaczy, że lekarz jest stroną dominującą w hierarchicznym układzie organizacji opieki zdrowotnej, jest ekspertem w dziedzinie medycyny, jego zawód posiada prestiż społeczny, jego rola ma charakter stały. Pacjent natomiast jest zależny od lekarza, musi uznać swój brak kompetencji w dziedzinie medycyny i podporządkować się lekarzowi. Asymetryczność roli lekarza w porównaniu z rolą pacjenta nie stoi jednak w sprzeczności z postulowaną zgodnością ich relacji. Pacjent akceptuje swoją rolę i okazuje lekarzowi zaufanie, lekarz zaś wzajemnie rozumie potrzeby pacjenta i działa w jego interesie²⁵⁰. W tym przypadku zarówno jedna, jak i druga strona mają wspólny cel – dobro pacjenta.

Powyższe podejście ewoluuje jednak w kierunku większej świadomości pacjenta wynikającej z coraz szerszego dostępu do wiedzy medycznej. Zasadniczą rolę odgrywa tu internet, choć telewizja nie pozostaje bez znaczenia. To przecież telewizja pokazuje niezliczoną liczbę filmów i seriali z systemem ochrony zdrowia w roli głównej. Jednak rola internetu jest znacznie większa. J. Powell i A. Clarke szacują, że aż 50 – 75% użytkowników sieci internetowej wyszukuje informacji dotyczących zdrowia, a lekarze coraz częściej spotykają pacjentów przynoszących wydruki internetowe na wizytę.

²⁴⁹ Parsons T., *The social system*, Routledge and KeganPaul, London 1951. Cyt. za: Stefaniak K., *Władza i tożsamość w komunikacji lekarz - pacjent*, Oficyna Wydawnicza Atut, Wrocław 2011, s.97

²⁵⁰ Stefaniak K., *Władza i tożsamość w komunikacji lekarz - pacjent*, Oficyna Wydawnicza Atut, Wrocław 2011, s.98 i 238

Szacunki dotyczące częstości występowania tego zjawiska wahają się od 1-2% wszystkich wizyt²⁵¹.

Taka sytuacja może być powodem konfliktu na linii personel medyczny – pacjent ze względu na zderzenie wiedzy fachowej, profesjonalnej z wiedzą potoczną oraz postawą i oczekiwaniami pacjenta lub jego rodziny.

Wśród uwarunkowań społecznych warto zwrócić uwagę na zjawisko konsumpcjonizmu i tworzenia się społeczeństwa konsumpcyjnego. Jednym z etapów w drodze do niego jest komercjalizacja wartości²⁵², również wartości takiej jak zdrowie. W przebiegu tego procesu relacja personel medyczny – pacjent staje się konsumpcyjna. Pacjent staje się konsumentem i aktywnie działa na rynku usług medycznych, zdobywa wiedzę, porównuje oferty lekarzy, podejmuje decyzje. Jest sceptyczny, nie dowierza bezkrytycznie wszystkiemu, co słyszy i co mu się proponuje. Jego zachowanie cechuje więc racjonalność, aktywność, niezależność i sceptycyzm. Taki model tych relacji nazywany jest konsumeryzmem. Zarówno lekarze, jak i pacjenci powinni raczej uświadomić sobie determinanty, jakim podlega ich relacja, oraz jakie dzielą ich różnice, powinni również nauczyć się rozpoznawać i pokonywać bariery we wzajemnej komunikacji, jakie mogą napotkać, aby zapobiegać rosnącej medykalizacji życia społecznego²⁵³. Rosnące znaczenie modelu konsumeryzmu może skutkować zmniejszeniem zaufania pacjenta do personelu medycznego oraz problemami we wzajemnej komunikacji.

W tym miejscu należy zwrócić uwagę na fakt starzenia się społeczeństwa, co powoduje zwiększoną liczbę interwencji, ze względu na częstsze występowanie u osób starszych stanów zagrożenia życia w przebiegu choroby przewlekłej. Osoby w podeszłym wieku mają również obniżoną odporność i są bardziej podatne na choroby zaraźliwe, które w konsekwencji mogą także prowadzić do stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego.

²⁵¹ Powell J., Clarke A., *The WWW of the World Wide Web: Who, What, and Why?*, Journal of Medical Internet Research, 2002;4(1):e4 [dostęp: 3 listopada 2017]
[<http://www.jmir.org/2002/1/e4/>]

²⁵² Leszczak O., *Paradoksy konsumpcjonizmu. Typologia i lingwosemiotyka*, The Peculiarity of Man 2012, nr 15, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2012, s.9-35

²⁵³ Stefaniak K., *Władza i tożsamość w komunikacji lekarz - pacjent*, Oficyna Wydawnicza Atut, Wrocław 2011, s.102-103

Na taką sytuację nakłada się problem nadużywania zespołów ratownictwa medycznego. Według raportu NIK²⁵⁴ liczba wyjazdów zespołów sukcesywnie rośnie. Nawet 30% wyjazdów nie dotyczy stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego²⁵⁵, a tylko takie powinny realizować zespoły ratownictwa medycznego. Najczęściej przyczyną dużej liczby tego rodzaju wezwań był brak możliwości skorzystania z przychodni (POZ, AOS i Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej, będącej przedłużeniem pracy POZ). Pacjenci są instruowani w takich sytuacjach przez rejestratorki w przychodni i niekiedy wyolbrzymiają swój stan chorobowy. Ponadto pacjenci są przekonani, że w szpitalnych oddziałach ratunkowych i izbach przyjęć szpitali obsłużeni zostaną bez kolejki, jeśli przywiezie ich zespół ratownictwa medycznego. Kolejnym problemem opisanym w raporcie NIK są wyjazdy do osób po spożyciu alkoholu, bez żadnych obrażeń. Takich wyjazdów jest około 10%. W badanym okresie zdarzały się również wyjazdy „do stwierdzenia zgonu”. Ponadto zespoły ratownictwa medycznego realizowały interwencje w hospicjum, u pensjonariuszy domów pomocy społecznej, bezdomnych w noclegowniach w sytuacji pogorszenia się ich stanu zdrowia - przede wszystkim w czasie nieobecności lekarzy (ośrodek nie zatrudniał lekarzy wcale lub tylko w ograniczonym czasie). Liczbę takich wyjazdów również szacuje się na około 10%. Wszystkie tego typu sytuacje skutkują pogorszeniem dostępności zespołów ratownictwa medycznego w przypadku nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Kolejnym ważnym aspektem w ramach uwarunkowań społecznych są pracownicy zespołów systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne – łącznie ok. 15,5 tys. osób. Mamy tu do czynienia z czterema grupami zawodowymi, z czego trzy są zawodami medycznymi. Są to²⁵⁶:

- lekarze systemu – ok. 2 tys. osób,
- kierowcy – ok. 0,7 tys. osób,
- pielęgniarki systemu – ok. 1,8 tys. osób,

²⁵⁴ *Funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego. Informacja Najwyższej Izby Kontroli o wynikach kontroli.*, Warszawa 2012

[<https://www.nik.gov.pl/kontrole/wyniki-kontroli-nik/kontrole,10324.html>]

²⁵⁵ Jest to stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiast medycznych czynności ratunkowych i leczenia.

²⁵⁶ Żyra M. (red.), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2014 r.*, Informacje i opracowania statystyczne, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2015, s. 117, liczba kierowców – na podstawie informacji pozyskanych w grudniu 2016 r. podczas konsultacji społecznych nowelizacji ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

- ratownicy medyczni – ok. 11 tys. osób.

Stałym trzonem kadrowym wśród zawodów medycznych w ramach zespołów ratownictwa medycznego są ratownicy medyczni i pielęgniarki systemu. Często pracują w oparciu o umowę cywilnoprawną (tzw. kontrakt) pracując znacznie więcej niż 40 godzin tygodniowo. Jeśli zatrudnieni są w kilku miejscach, to w ciągu miesiąca pracują nawet 300 - 400 godzin. To właśnie system Państwowe Ratownictwo Medyczne jest ich zasadniczym miejscem pracy. Lekarze bardzo często traktują pracę w specjalistycznych zespołach ratownictwa medycznego jako zajęcie dodatkowe. Stąd to właśnie na ratownikach medycznych i pielęgniarkach systemu spoczywa ciężar przekazania norm i wartości obowiązujących w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne nowym pracownikom – zarówno lekarzom (w tej grupie zawodowej występuje dość duża rotacja), jak i innym grupom zawodowym. Odbywa się to w czasie wdrażania nowych pracowników do pracy w zespole. W tego typu sytuacji, ze względu na specyficzną dynamikę pracy i „cenę o jaką się gra” – zdrowie i życie ludzkie, nowi pracownicy liczą na pomoc i radę bardziej doświadczonych członków zespołów ratownictwa medycznego. Przekazywane są im nie tylko tak zwane „technikalia”, związane z codzienną pracą, ale także misja, bez poczucia której wykonywanie zadań statutowych z dużym zaangażowaniem i poświęceniem byłoby niemożliwe. Ze względu na powyższe w zespołach ratownictwa medycznego wpływ subkultur zawodowych wydaje się być znikomy, raczej dominuje kultura zakorzeniona w organizacji. Sprzyja temu specyfika pracy, w której nierzadko członkowie zespołów spędzają ze sobą całą dobę wspólnie odpoczywając i jedząc, a w sytuacjach zagrożenia mogą liczyć tylko na siebie. Zaufanie społeczne do ratownictwa medycznego jest bardzo wysokie. Może o tym świadczyć badanie przeprowadzone w 2014 r. przez Instytut GfK na temat zaufania społecznego do poszczególnych grup zawodowych, w którym pielęgniarki zajmują drugie miejsce, ratownicy medyczni trzecie miejsce i lekarze dziewiąte miejsce z zaufaniem społecznym na poziomie odpowiednio 93%, 88%, 80%²⁵⁷. Taki stan rzeczy wydaje się mieć pozytywny wpływ na współpracę z pracownikami administracji zatrudnionymi u dysponentów zespołów ratownictwa medycznego, którzy są przedstawicielami pionu wspomagającego pracę zasadniczej części medycznej. Rekrutacja do pracy w zespołach ratownictwa medycznego, w zależności od dostępności przedstawicieli poszczególnych

²⁵⁷ Strona internetowa instytutu GfK [dostęp: 4 listopada 2017]

[<http://www.gfk.com/pl/aktualnosci/press-release/miedzynarodowe-badanie-zaufania-do-zawodow/>]

grup zawodowych, odbywa się w bardzo zróżnicowany sposób. Jednak każdy pracodawca, ze względu na specyfikę pracy w ratownictwie medycznym, najchętniej zatrudniałby doświadczonych, najlepiej wykształconych i mających predyspozycje do wykonywania tej pracy przedstawicieli poszczególnych grup zawodowych. Najtrudniej z pewnością jest pozyskać lekarzy do specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego. Praca ta jest dla nich najczęściej pracą dodatkową (niewarunkującą rozwoju kariery zawodowej), ale także nie jest postrzegana jako praca w elitarnej części systemu ochrony zdrowia²⁵⁸. We wszystkich grupach zawodowych, szczególnie medycznych, bardzo ważne jest przekazywanie preferowanych wartości w procesie kształcenia przez uczelnie w trakcie edukacji wyższej.

Uwarunkowania społeczne mają podobny wpływ na realizację zadań przez system Państwowe Ratownictwo Medyczne jak w przypadku oczekiwań administracji rządowej, jednak wzbogacają wiedzę w tej materii o coraz większy poziom wiedzy społeczeństwa na temat zdrowia, starzenie się społeczeństwa, ewolucję w kierunku społeczeństwa konsumpcyjnego. Taki stan rzeczy powinien mieć wpływ na modyfikację postępowania w kontaktach z pacjentami. Właściwym wydaje się być traktowanie pacjentów i ich rodzin bardziej jako świadomych partnerów w rozmowie, a nie tylko jako osobę podporządkowującą się personelowi medycznemu. W zakresie uwarunkowań społecznych dotyczących pracowników zespołów ratownictwa medycznego właściwym wydaje się być wzmacnianie pracy zespołowej. Jednocześnie należy podkreślić kluczową rolę ratowników medycznych i pielęgniarek systemu, w odróżnieniu od części lekarzy zatrudnionych w PRM, w procesie przekazania norm i wartości nowym pracownikom.

8. Uwarunkowania technologiczne

Na skuteczność działania systemu bardzo duży wpływ ma wyposażenie zespołów ratownictwa medycznego. Pracownicy powinni posługiwać się najnowszymi dostępnymi technologiami w zakresie taboru, systemów teleinformatycznych, łączności, sprzętu medycznego, służącymi wypełnianiu ich zadań statutowych. Dopiero tak skompletowane nowoczesne, wręcz innowacyjne rozwiązania zwiększają prawdopodobieństwo powodzenia podjętych działań.

²⁵⁸ Wniosek z wielu rozmów autora w przebiegu jego pracy zawodowej.

Dyrektor Naczelny samodzielnej stacji ratownictwa medycznego:

„Nowe technologie są bardzo ważne, jestem za, ale są granice. Jestem przeciwnikiem wprowadzania technologii, które nie przynoszą wyraźnego podnoszenia skuteczności działań np. USG”.

Z-ca Kierownika ZRM w strukturze szpitala:

„W jednostkach ratownictwa medycznego często obserwujemy fascynację technologią medycyny pola walki, mechanicznymi wspomagaczami resuscytacji”.

Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa samodzielnej stacji ratownictwa medycznego:

„Nowe technologie są ważne, podejście do nich zależy od przekonania członków ZRM o przydatności tej technologii (tu bywa, że królują mity)”.²⁵⁹

Jednocześnie wszystkie wyżej wymienione elementy służą wypełnieniu oczekiwań zarówno organów administracji rządowej, jak i oczekiwań społecznych. Najnowsze technologie w zakresie taboru zwiększają prawdopodobieństwo szybkiego dotarcia do osoby potrzebującej pomocy, ale także gwarantują komfortowe warunki przewożenia pacjentów. Nabiera to szczególnego znaczenia przy transportowaniu ofiar wypadków, które doznały urazów. Kolejnym ważnym elementem jest sprawnie działający system teleinformatyczny i środki łączności. Elementy te zwiększają prawdopodobieństwo sprawniejszej pracy zespołów na danym terenie poprzez niezaburzoną łączność z dyspozytornią medyczną i łatwiejsze zarządzanie zespołami na odległość. Jeśli chodzi o sprzęt medyczny, to jest to branża bardzo intensywnie rozwijająca się i proponująca coraz nowsze technologie w tym zakresie. Rozwój ten powoduje sytuację, w której im nowszego i bardziej innowacyjnego sprzętu używa w swojej pracy zespół ratownictwa medycznego, tym większe jest prawdopodobieństwo powodzenia w działaniu.

Na przestrzeni ostatnich dwudziestu lat uwarunkowania technologiczne ewoluowały bardzo dynamicznie. W końcu lat dziewięćdziesiątych XX wieku większość zespołów pogotowia ratunkowego poruszało samochodami osobowymi przerobionymi na pojazdy sanitarne na wyposażeniu mając znikomą ilość sprzętu i torbę z lekami. W tamtym czasie nie obowiązywały żadne wymogi dotyczące środków transportu czy też wyposażenia. Aktualnie mamy do czynienia z profesjonalnie

²⁵⁹ Odpowiedzi z indywidualnego wywiadu z członkami panelu ekspertów na pytanie: „Proszę pomyśleć o jednostkach systemu PRM, które Pani/Pan dobrze zna. Jakie obserwuje Pani/Pan pewne wspólne elementy kultury dla dużej części pracowników tych jednostek, np. dotyczące podejścia do wdrażania nowych technologii.”

wykonanymi pojazdami sanitarnymi wyposażonymi w sprzęt na poziomie stanowiska w oddziale intensywnej terapii, których obowiązek posiadania sankcjonują Polskie Normy i wymogi NFZ. To samo dotyczy łączności i systemów teleinformatycznych stosowanych w systemie ratownictwa medycznego. Dziś pozwalają one skutecznie zarządzać zespołami na duże odległości. Należy w tym miejscu zwrócić uwagę na fakt, że wszystkie wyżej opisane elementy cały czas dynamicznie się rozwijają za sprawą postępu tego typu technologii na świecie i są implikowane do poszczególnych elementów systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Powoduje to konieczność otwartości na zmiany i ciągłego uczenia się pracowników zespołów ratownictwa medycznego nowych technologii.

9. Znaczenie zidentyfikowanych uwarunkowań i ich wpływ na kulturę organizacyjną jednostek PRM

Zidentyfikowane uwarunkowania kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM zostały poddane ocenie podczas indywidualnego wywiadu z 7 członkami panelu ekspertów w celu określenia ich znaczenia.

Siłę wpływu uwarunkowań na kształtowanie się kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM, według członków panelu ekspertów, przedstawia tabela 4.5.

Tabela 4.5. Siła wpływu zidentyfikowanych uwarunkowań na kulturę organizacyjną jednostek systemu PRM (średnia ocen dokonanych przez członków panelu ekspertów)

Uwarunkowania	Siła oddziaływania (od 1 – brak wpływu do 5 – bardzo silny wpływ)				
	1	2	3	4	5
<i>Wewnętrzne</i>					
Styl zarządzania kierownika.				4,00	
Zachowania pracowników.				4,00	
Organizacja pracy (praca zespołowa/indywidualna).				4,00	
Poziom standaryzacji procesów.				4,00	
Wyposażenie w sprzęt medyczny, tabor samochodowy, sprzęt łączności, system teleinformatyczny.			3,71		
<i>Zewnętrzne</i>					
Podległość jednostki (jednostka samodzielna/jednostka w strukturze szpitala).			3,29		
Otoczenie prawne.			3,57		
Rozwój techniki i technologii światowej sprzętu medycznego, taboru samochodowego, sprzętu łączności, systemu teleinformatycznego.			3,29		
Oczekiwania organów administracji rządowej.		2,57			
Uwarunkowania społeczne.			3,00		
Kształcenie przez uczelnie – wartości przekazywane w trakcie edukacji wyższej.			3,43		

Źródło: opracowanie własne na podstawie indywidualnego wywiadu z członkami panelu ekspertów

Jako uwarunkowania, które w największym stopniu wpływają na kulturę PRM, eksperci uznali:

- styl zarządzania kierownika,
- zachowania pracowników,
- organizację pracy (praca zespołowa/indywidualna),
- poziom standaryzacji procesów.

Powyższa lista stanowi potwierdzenie rozważań z rozdziału II na temat uwarunkowań i metod kreowania kultury. Kierownik ma największy wpływ na pracowników, możliwość kształtowania ich zachowań oraz kulturę, co potwierdzają

wnioski wielu badaczy (Cz. Sikorski²⁶⁰, E. H. Schein²⁶¹, A. K. Koźmiński²⁶², P. Banaszyk²⁶³).

Z-ca Kierownika ZRM w strukturze szpitala:

„Od stylu zarządzania kierownika zależy dyscyplina pracy i podejście do problemów”.

Dyrektor Naczelny samodzielnej stacji ratownictwa medycznego:

„Na każdej podstacji, jeśli jest dobry lider, to ma on znaczący wpływ na to jak ta podstacja pracuje. Jego zachowania przekładają się na zachowania innych pracowników. Dobry lider „ciągnie wszystko w górę”. W ratownictwie medycznym wpływ kierownika jest bardzo silny”²⁶⁴.

Kultura powstaje nie tylko odgórnie, ale jest także rezultatem działań oddolnych podejmowanych przez pracowników. Członkowie zespołów ratownictwa w istotnym stopniu ją kształtują poprzez swoje codzienne działania. W tym miejscu należy podkreślić kluczową rolę ratowników medycznych i pielęgniarek systemu, w odróżnieniu od części lekarzy zatrudnionych w PRM jako dodatkowym miejscu pracy, w procesie przekazania norm i wartości nowym pracownikom. Potwierdzają to w badaniu członkowie panelu ekspertów.

Z-ca Kierownika ZRM w strukturze szpitala:

„Zachowania pracowników tworzą „klimat” pracy, mniej lub bardziej przyjazny”.

Dyrektor Naczelny samodzielnej stacji ratownictwa medycznego:

²⁶⁰ Sikorski. Cz., *Kultura organizacyjna*, op. cit, s. 42

²⁶¹ Schein E.H., *Organisational culture and leadership*, Third Edition, Jossey-Bass, San Francisco 2004, s.1

²⁶² Koźmiński A.K., *Odrabianie zaległości*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1998, s. 156

²⁶³ Banaszyk P., *Podstawy organizacji i zarządzania*, Wyższa Szkoła Handlu i Rachunkowości, Poznań 2002, s. 138

²⁶⁴ Odpowiedzi z indywidualnego wywiadu z członkami panelu ekspertów na pytanie: „W jaki sposób na kulturę organizacyjną jednostek systemu PRM, które Pani/Pan zna, wpływają następujące czynniki: styl zarządzania kierownika.”

„Słabych pracowników eliminuje grupa i kierownik. Bardzo ważny aspekt działalności ZRM”²⁶⁵.

Organizacja pracy w praktyce badanej organizacji jest kluczowa. Realizacja zleceń przekazywanych przez dyspozytora wymaga codziennej i ścisłej współpracy lekarza, ratownika medycznego, pielęgniarki i kierowcy. Już sama nazwa „zespoły ratownictwa medycznego” wskazuje na konieczność kolektywnego charakteru kultury organizacyjnej.

Dyrektor Naczelny samodzielnej stacji ratownictwa medycznego:

„Praca zespołowa to bardzo ważny czynnik w tej dziedzinie. To jest coś, czego uczymy podczas szkoleń, co podkreślają wszyscy specjaliści. Praca zespołowa to jest podstawa pracy PRM”²⁶⁶.

Praca członków organizacji i ich wzorce zachowań są w istotnym stopniu zdeterminowane wiedzą medyczną i wynikającymi z niej standardami postępowania medycznego. Zdaniem ekspertów ich stosowanie jest kluczowe dla skuteczności działania PRM, a jednocześnie istotnie wpływa na normy i zasady składające się na kulturę organizacyjną.

Eksperti stwierdzili średni wpływ na kulturę organizacyjną następujących uwarunkowań:

- wyposażenie jednostki w sprzęt medyczny, tabor samochodowy, sprzęt łączności, system teleinformatyczny,
- otoczenie prawne,
- kształcenie przez uczelnie – wartości przekazywane w trakcie edukacji wyższej,
- rozwój techniki i technologii światowej sprzętu medycznego, taboru samochodowego, sprzętu łączności, systemów teleinformatycznych,
- podległość jednostki (jednostka samodzielna, jednostka w strukturze szpitala),

²⁶⁵ Odpowiedzi z indywidualnego wywiadu z członkami panelu ekspertów na pytanie: „W jaki sposób na kulturę organizacyjną jednostek systemu PRM, które Pani/Pan zna, wpływają następujące czynniki: zachowania pracowników.”

²⁶⁶ Odpowiedzi z indywidualnego wywiadu z członkami panelu ekspertów na pytanie: „W jaki sposób na kulturę organizacyjną jednostek systemu PRM, które Pani/Pan zna, wpływają następujące czynniki: praca zespołowa.”

- uwarunkowania społeczne.

Dla osiągnięcia wyznaczonych celów PRM ważne jest posługiwanie się najnowszą dostępną technologią używaną w ratownictwie medycznym. Stałe wprowadzanie nowinek technicznych w zakresie sprzętu wykorzystywanego przez zespoły ratownictwa medycznego powoduje, że większego znaczenia nabiera wymiar innowacyjności w kulturze organizacyjnej. Zmiany w technologii przyczyniają się do zmian w sposobie pracy. Pracownicy zaczynają postrzegać zmiany jako coś nieuniknionego a jednocześnie naturalnego.

Kierownik ZRM w strukturze szpitala:

„Postęp techniki i rozwój medycyny w kraju i na świecie daje nowe możliwości techniczne, ułatwia pracę, wprost przekłada się na pracę PRM”²⁶⁷.

Uregulowania prawne wyznaczają misję i cele strategiczne systemu PRM w ten sposób wpływając na kulturę. Zgodnie z ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym celem funkcjonowania PRM jest zapewnienie pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Badana organizacja ma więc charakter służebny, a praca członków zespołów ma charakter „misyjny”. Z drugiej strony, szereg regulacji prawnych wyznacza sposób codziennej pracy zespołów, np. poprzez podział zadań w ramach systemu, sposób realizacji zleceń, wymagania wobec pracowników systemu oraz sposób doskonalenia ich kompetencji.

Wartości przekazywane podczas edukacji wyższej istotnie wpływają na sposób myślenia członków PMR. Do takich wartości należą: dbamy o dobro pacjenta, zachowujemy dystans emocjonalny wobec pacjentów, nie jesteśmy uprzedzeni wobec pacjentów, ograniczamy swoje zainteresowanie do kwestii związanych ze stanem zdrowia chorego. W efekcie wartości pozwalają na uzyskanie jak najlepszej opieki dla pacjentów i jednocześnie skuteczne zastosowanie procedur, nowych technologii etc.

Na kulturę jednostki ma również wpływ otoczenie organizacyjne. Jest to szczególnie widoczne w jednostkach stanowiących część większej struktury – szpitala. W takiej sytuacji kultura organizacyjna szpitala może istotnie oddziaływać na kulturę

²⁶⁷ Odpowiedzi z indywidualnego wywiadu z członkami panelu ekspertów na pytanie: „W jaki sposób na kulturę organizacyjną jednostek systemu PRM, które Pani/Pan zna, wpływają następujące czynniki: postęp techniki i rozwój medycyny w kraju i na świecie.”

jednostki, a ta ostatnia zachowywać spójność z kulturą szpitala lub mieć charakter subkultury. Co ciekawe, według opinii ekspertów zdecydowanie lepiej, jeśli jednostka ratownictwa medycznego nie podlega szpitalowi.

Biorąc pod uwagę wrażliwość materii, jaką jest zdrowie, zasadnym wydaje się być stwierdzenie, że im większa świadomość społeczna, tym większa potrzeba pacjentów i ich rodzin do partnerskiego traktowania a niekiedy roszczeniowość osób „walczących” o swoje zdrowie. A to z kolei powoduje konieczność doskonalenia wykonywania zadań przez zespoły ratownictwa medycznego poprzez dążenie do kultury idealnej/wymarzonej – takiej, która spowoduje pracę zespołów na poziomie choćby zbliżonym do oczekiwań społecznych.

Z-ca Kierownika ZRM w strukturze szpitala:

„Wzrost oczekiwań w Polsce wynika nie ze świadomości społecznej, raczej z przekazywanych medialnie postaw roszczeniowych”.

Dyrektor Naczelny samodzielnej stacji ratownictwa medycznego:

„Społeczeństwo zaczęło już zauważać, że ratownik medyczny w zespole jest wystarczającym zabezpieczeniem – nie musi być lekarza. To taki przykład większej świadomości roli ratownictwa medycznego”²⁶⁸.

Najniżej w panelu ekspertów wyceniono oczekiwania organów administracji rządowej. W opinii badanych wpływ tych oczekiwań na kulturę zespołów ratownictwa medycznego jest pośredni, przede wszystkim poprzez kształtowanie określonych parametrów całego systemu, np. maksymalnych czasów dotarcia do pacjenta. Z bezpośrednim wpływem, np. w postaci kontroli sprawdzających spełnienie oczekiwań organów administracji rządowej, uczestnicy systemu mają do czynienia stosunkowo rzadko. Niemniej nie należy nie doceniać tych oczekiwań jako pewnego uwarunkowania tworzącego presję czasu na załogach PRM i w ten sposób kształtującego kulturę organizacyjną.

²⁶⁸ Odpowiedzi z indywidualnego wywiadu z członkami panelu ekspertów na pytanie: „W jaki sposób na kulturę organizacyjną jednostek systemu PRM, które Pani/Pan zna, wpływają następujące czynniki: uwarunkowania społeczne, przede wszystkim wzrost oczekiwań społeczeństwa spowodowany większą świadomością w tej materii.”

Dyrektor Naczelny samodzielnej stacji ratownictwa medycznego:

„Kulturę jednostek systemu PRM kształtują wymagania stawiane przed zespołami, sposób ich opisania, czyli czy są to procedury Europejskiej Rady Resuscytacji czy dobre praktyk i zalecenia Konsultanta Krajowego. Kultura organizacyjna to w mojej ocenie raczej jakość medyczna lub kultura medyczna. Najgorszy wpływ ma labilne otoczenie prawne. Najgorsze są niepewne przepisy”.

Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa samodzielnej stacji ratownictwa medycznego:

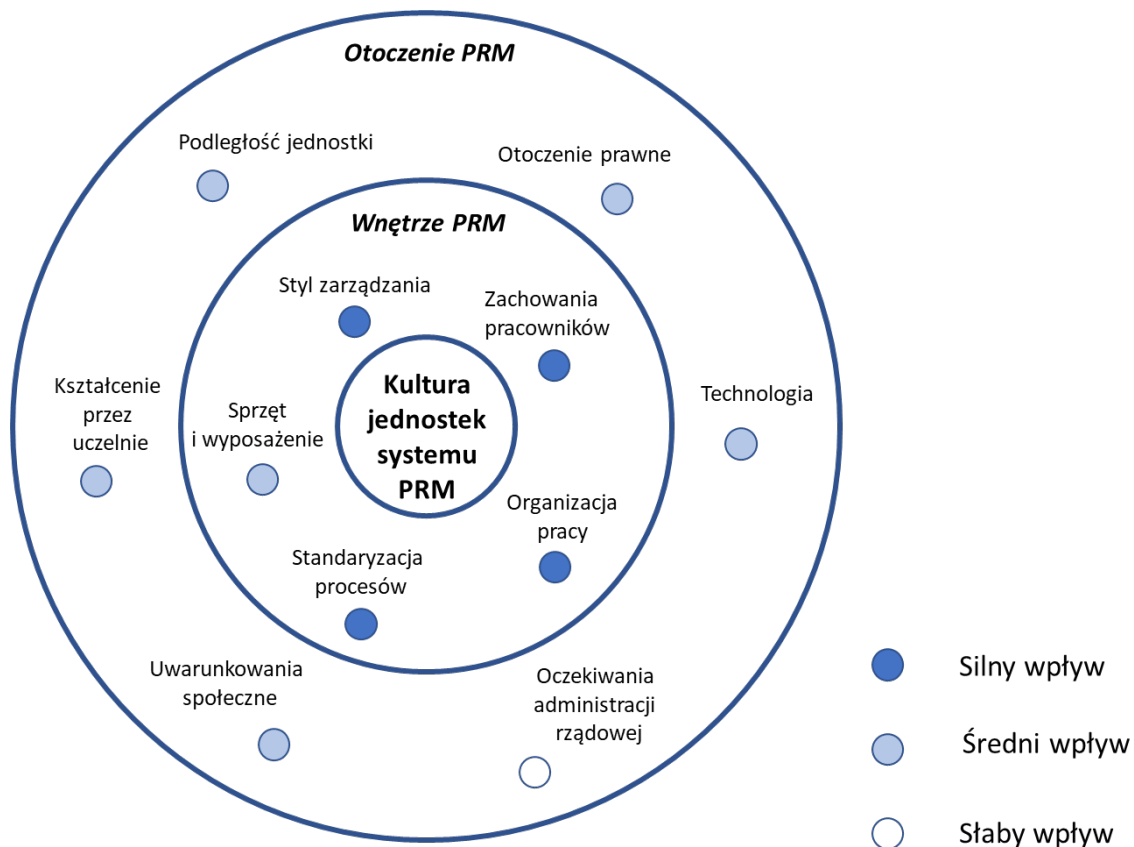
„Na kulturę jednostek systemu PRM wpływ ma sposób zarządzania przez kierownictwo, praca „na podstacjach” w małych grupach, narastające roszczenia społeczeństwa oraz zmęczenie członków ZRM (praca w kilku miejscach)”.²⁶⁹

Warto podkreślić, że z przeprowadzonego badania wynika, że kultura ZRM jest przede wszystkim zdeterminowana czynnikami wewnętrznymi – ich siła oddziaływania została oceniona przez ekspertów jako zauważalnie większa od czynników zewnętrznych. Można również się zgodzić, że podobnie jak twierdzi Cz. Sikorski czynniki wewnętrzne wpływające na kulturę organizacyjną tworzą trudny do rozdzielenia splot wzajemnych zależności, których rezultatem jest określona kultura organizacyjna²⁷⁰.

²⁶⁹ Odpowiedzi z indywidualnego wywiadu z członkami panelu ekspertów na pytanie: „Co Pani/Pana zdaniem wpływa na elementy kultury organizacyjnej, które Pani/Pan wymienił przed chwilą? Z czego wynika kultura jednostek systemu PRM?”

²⁷⁰ Sikorski. Cz., *Kultura organizacyjna*, op. cit., s. 38

Rys. 4.7. Uwarunkowania kultury organizacyjnej jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne



Źródło: opracowanie własne na podstawie indywidualnego wywiadu z członkami panelu ekspertów

Podsumowaniem tego rozdziału jest lista norm i wartości oraz podstawowych założeń (drugi i trzeci poziom kultury według Schein'a) wynikających z przeanalizowanych uwarunkowań kultury PRM, zaproponowana przez autora dysertacji.

Tabela 4.6. Propozycja elementów kultury jednostek systemu PRM

Uwarunkowania	Pożądane elementy kultury jednostek PRM
Poziom II: Normy i wartości	
Organizacja PRM	Pracujemy zespołowo
Oczekiwania organów administracji rządowej, postęp techniki, rozwój medycyny	Musimy cały czas uczyć się i doskonalić
Oczekiwania organów administracji rządowej, natura problemu	W naszej pracy walczymy z czasem
Coraz większy poziom wiedzy społeczeństwa na temat zdrowia, starzenie się społeczeństwa, ewolucja w kierunku społeczeństwa konsumpcyjnego	Od pracowników oczekuje się zaangażowania i poświęcenia
Oczekiwania organów administracji rządowej	Działamy w oparciu o bardzo skrupulatnie wypełnione, zgodne z obowiązującymi przepisami, dokumenty
Oczekiwania organów administracji rządowej	"Po pierwsze nie szkodzić", stosujemy aktualne standardy i technologie, bo one zapewniają bezpieczeństwo pacjentom i nam
Uwarunkowania społeczne, wartości przekazywane w trakcie edukacji wyższej	Dbamy o dobro pacjenta
	Zachowujemy dystans emocjonalny wobec pacjentów
	Nie jesteśmy uprzedzeni wobec pacjentów
	Ograniczamy swoje zainteresowanie do kwestii związanych ze stanem zdrowia chorego
Uwarunkowania technologiczne	Używamy najnowocześniejszego sprzętu medycznego, łączności, taboru i systemu teleinformatycznego
Poziom III: Podstawowe założenia	
Uwarunkowania prawne, stabilność otoczenia prawnego	Jesteśmy po to, by ratować zagrożone życie ludzkie
Poziom standaryzacji postępowania	Standardy wytyczają ścieżki, którymi się poruszamy. Im wyższa standaryzacja, tym jesteśmy skuteczniejsi

Źródło: opracowanie własne

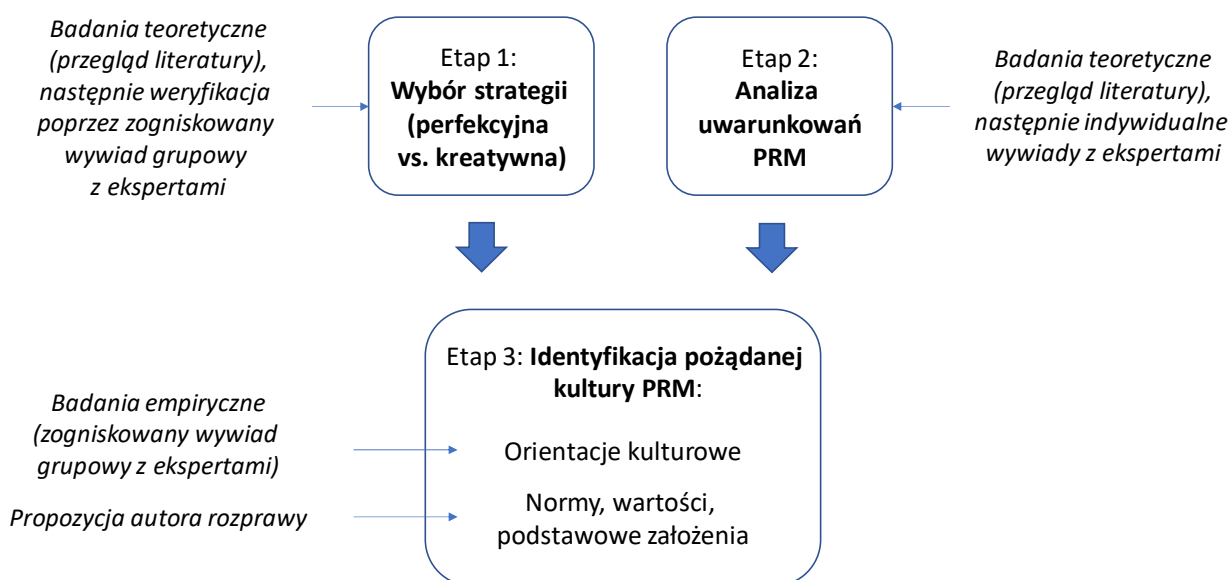
Zaproponowane normy i wartości oraz podstawowe założenie podlegały weryfikacji w trakcie dalszych badań, których rezultaty przedstawiono w kolejnym rozdziale.

V. Pożądana a rzeczywista kultura organizacyjna jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne

1. Identyfikacja pożądanej kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM

W niniejszej dysertacji założono, że na pożądaną kulturę organizacyjną PRM wpływają zidentyfikowane uwarunkowania oraz jedna z dwóch strategii przedstawionych w drugim rozdziale (perfekcyjna i kreatywna). Sposób postępowania przy wyborze pożądanej kultury PRM przedstawiono na rysunku poniżej.

Rys. 5.1. Przyjęte podejście do wyboru pożądanej kultury organizacyjnej PRM



Źródło: opracowanie własne

Z rozważań w treści rozdziału II pkt 2 wynika, że najtrafniejszą strategią dla badanej organizacji wydaje się być strategia perfekcyjna, ponieważ system PRM charakteryzuje się znaczną powtarzalnością realizowanych celów i zadań oraz potrzebą stałego ich doskonalenia. Ze względu na materię, jaką zajmuje się badana organizacja (zdrowie i życie ludzkie), taki wybór wydaje się być uzasadniony. Należy przy tym zaznaczyć, że na potrzeby niniejszych rozważań przyjęto podejście zasobowe. Strategia perfekcyjna

przy wykorzystaniu podejścia zasobowego²⁷¹, to znaczy taka, która dąży do pełniejszej realizacji misji i celów strategicznych poprzez doskonalenie zasobów w postaci ludzi, procesów i usług. Są to bowiem organizacje o relatywnie stabilnym otoczeniu (klient, technika) oraz takie, w działalności których istnieje zagrożenie wystąpienia nieodwracalnych skutków. Wymagają one głównie doskonalenia dotychczasowych rozwiązań i małej samodzielności realizatorów. Przykładem może być chociażby administracja publiczna, **ratownictwo medyczne**, sieci restauracji fast-food²⁷². Z kolei strategia kreatywna charakteryzuje się poszukiwaniem nowych zadań i celów, co w przypadku podmiotu objętego badaniami w niniejszej rozprawie nie ma zastosowania. Parametry strategii perfekcyjnej służą właśnie doskonaleniu aktualnie realizowanych przez system zadań i celów. Jednakże właściwym wydaje się być założenie, że w przypadku badanej organizacji jej sprawność będzie polegała na udzieleniu pomocy medycznej wszystkim, którzy będą na terenie kraju w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, w sposób możliwie jak najskuteczniejszy. Z tak postawionej diagnozy oraz materii jaką zajmuje się badana organizacja (zdrowie i życie ludzkie) właściwym wydaje się przyjęcie w dalszych rozważaniach, że system ratownictwa medycznego realizuje strategię perfekcyjną.

Na podstawie analizy literatury przedmiotu w rozdziale I i III można wnioskować, że ze strategią perfekcyjną spójne są następujące orientacje kulturowe spośród wybranych w pkt. 1.4.4. typologii kultury organizacyjnej (ta lista orientacji poddana została empirycznej weryfikacji w trakcie dalszych badań):

- kultura organizacyjna kolektywna,
- kultura organizacyjna o niskiej tolerancji niepewności,
- kultura organizacyjna innowacyjna do wnętrza organizacji.

Charakterystykę wybranych orientacji kulturowych przedstawia tabela 5.1.

²⁷¹ K. Obłój opisuje podejście zasobowe jako takie, które zakłada, że organizacja jest zbiorem cennych aktywów (zasobów) materialnych i niematerialnych oraz umiejętności, a także uczenia się

²⁷² Czerska M., Rutka R., *Kształtowanie innowacyjnej kultury organizacji poprzez styl kierowania*, Studia Ekonomiczne, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach Nr 183, Katowice 2014, s. 40-41

Tabela 5.1. Charakterystyka wybranych orientacji kulturowych

Orientacja kulturowa		
Kolektywna	Niska tolerancja niepewności	Innowacyjna do wnętrza organizacji
<ul style="list-style-type: none"> • przynależność pracownika do większej grupy, • tożsamość wynikająca z przynależności do grupy, • integracja emocjonalna jednostki z grupą, • znaczenie przynależności do organizacji i jej sukcesu, • podporządkowanie prywatności dobru wspólnemu, • znaczenie i trwałość przyjaźni w grupie, • zaufanie do decyzji grupowych, • odpowiedzialność za bliźnich w grupie; 	<ul style="list-style-type: none"> • wysoka stabilność w pracy, • motywacja poprzez bezpieczeństwo i organizacyjną niezmiennność, • możliwość rozwoju organizacji tylko w warunkach zredukowanej niepewności, • organizacja działająca zgodnie z jednym planem, • strach przed zmianami (dotyczącymi w szczególności uwarunkowań zewnętrznych), • rzeczywistość organizacyjna uporządkowana za pomocą ogólnych i szczegółowych reguł organizacyjnych (przede wszystkim procedur, standardów postępowania, struktury, podległości służbowej itp.); 	<ul style="list-style-type: none"> • orientacja na zmianę w organizacji, • wysoka przedsiębiorczość, • traktowanie tradycji z dystansem, • stawianie na „nową krew”, • akceptacja działań w warunkach deficytu informacji.

Źródło: opracowanie własne

Na podstawie przedstawionej charakterystyki można wyciągnąć wniosek, że w przypadku badanego obszaru im bardziej kultura organizacyjna będzie kolektywna, z niską tolerancją niepewności oraz innowacyjna do wnętrza organizacji, tym bardziej będzie wspierać realizację strategii perfekcyjnej. Należy przy tym pamiętać, że strategia perfekcyjna i kreatywna, czy też kultura kolektywna i indywidualistyczna to pewne skrajności. Tymczasem w praktyce obserwowane strategie i kultury mieszczą się pomiędzy skrajnościami, choć istotne jest bliżej której z nich się znajdują na pewnym kontinuum. Ponadto należy zwrócić uwagę na fakt, że pomiędzy kulturą niskiej tolerancji niepewności a kulturą innowacyjną są pewne sprzeczności, jednakże w przypadku badanego obszaru nie powoduje to „kolizji” tych dwóch typów kultur organizacyjnych. Wynika to z tego, że cechy kultury innowacyjnej na potrzeby niniejszej dysertacji odnoszą się do aspektów związanych z rozwijaniem i doskonaleniem wnętrza organizacji, to znaczy zachowań jej uczestników oraz techniki i technologii, a nie aspektów związanych z otoczeniem, np. produktów i usług

kierowanych na rynek. Takie podejście w znaczący sposób niweluje konieczność kształtowania w organizacji wysokiej tolerancji niepewności. Natomiast cechy kultury niskiej tolerancji niepewności na potrzeby niniejszej dysertacji odnoszą się do determinant zarówno wewnętrznych, jak i zewnętrznych nie zaburzając przy tym przyjętych założeń dzięki stabilizującej roli kierownika będącego rzemieślnikiem, stale doskonalącym, w bezpieczny sposób, techniki dążenia do wyznaczonych celów.

Wskazanie pożądanych strategii i orientacji kulturowych zostało potwierdzone przez badanie przeprowadzone z udziałem ekspertów w zarządzaniu jednostkami systemu PRM. W trakcie zogniskowanego wywiadu grupowego z udziałem 7 ekspertów rekomendowano jako najbliższe ideału w obecnych warunkach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce:

- strategię perfekcyjną – wynik 1,4 w skali 1 - 5 (1 oznacza strategię perfekcyjną, 5 – strategię kreatywną);
- orientację o niskim poziomie tolerancji niepewności – wynik 1,8 w skali 1 - 5 (1 oznacza niski, a 5 – wysoki poziom tolerancji niepewności);
- orientację o wysokim poziomie kolektywizmu – wynik 2,0 w skali 1 - 5 (1 oznacza wysoki, a 5 – niski poziom kolektywizmu);
- orientację o średnim poziomie innowacyjności (do wnętrza organizacji) – wynik 2,2 w skali 1 - 5 (1 oznacza wysoki, a 5 – niski poziom innowacyjności).

Udział w badaniu 7 ekspertów umożliwił zweryfikowanie wstępnych wniosków wynikających z analizy teorii i dzięki temu udało się ustalić profil pożądanej kultury organizacyjnej dopasowany do specyfiki systemu PRM. Szczegółowe wyniki przeprowadzonego badania zawiera tabela 5.2.

Tabela 5.2. Rekomendacje ekspertów na temat pożądaných orientacji kulturowych najbliższych ideału w obecnych warunkach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce

Elementy strategii / kultury	Sytuacja A	1	2	3	4	5	Sytuacja B
Strategia	Perfekcyjna	Średnia 1,4					Kreatywna
Sposób pracy	Pełna standaryzacja postępowania ratowniczego.	1,3					Brak standaryzacji postępowania ratowniczego.
Stosunek do realizowanych zadań	Nasze cele i zakres zadań są stałe. Skupiamy się na jak najlepszej ich realizacji.	1,3					W pracy koncentrujemy się na poszukiwaniu nowych zadań i celów.
Sposób rozwiązywania problemów	Formalizacja, standaryzacja, procedury.	1,3					Rozwiązania nieformalne, brak standardów i procedur.
Podjęcie do problemów podczas realizacji zadań	Pracujemy w ramach znanych, sprawdzonych możliwości sprostania oczekiwaniom.	1,6					Pracujemy w ramach nowych, niesprawdzonych możliwości sprostania oczekiwaniom.
Współpraca członków organizacji	W pracy dominuje praca zespołowa.	1,4					W pracy dominuje praca indywidualna.
Poziom tolerancji niepewności	Niski	Średnia 1,8					Wysoki
Poziom stabilizacji w pracy	Pracownikom trzeba zapewniać wysoką stabilność w pracy.	1,6					Pracownikom trzeba zapewniać wyzwania w pracy.
Czynniki motywujące	Najbardziej pracowników motywuje stabilność i poczucie bezpieczeństwa.		2,4				Najbardziej pracowników motywują osiągnięcia i uznanie.
Skutki niepewności w organizacji	Rozwój organizacji jest możliwy tylko w stabilnym otoczeniu.	1,4					Niepewność jest nieodłącznym elementem życia organizacyjnego.
Plany działania organizacji	Organizacja powinna działać zgodnie z jednym planem.		2,4				Organizacja powinna dopuszczać wiele wariantów działań.
Wpływ zmian na organizację	Szybkie zmiany są zagrożeniem dla organizacji.	1,6					Szybkie zmiany są szansą dla organizacji.

Poziom sformalizowania	Naszą pracę trzeba porządkować za pomocą ogólnych i szczegółowych reguł organizacyjnych (procedury, regulaminy).	1,4				Naszej pracy nie da się ująć w ścisłe reguły, dlatego trzeba ograniczać liczbę reguł organizacyjnych (procedur, regulaminów).
Poziom kolektywizmu	Wysoki	Średnia 2,0				Niski
Stopień niezależności	Pracownik jest częścią większej grupy, zależy od grupy.	1,6				Pracownik jest niezależną jednostką.
Pochodzenie tożsamości jednostki	Tożsamość pracownika wynika z przynależności do grupy.	1,9				Tożsamość pracownika wynika z jego niepowtarzalnej osobowości.
Stopień integracji jednostki z organizacją	Pracownicy czują się zintegrowani emocjonalnie z organizacją.	1,6				Pracownicy nie czują się zintegrowani emocjonalnie z organizacją.
Przynależność do grupy	Ważna jest przynależność do organizacji i jej sukces.	1,7				Ważne są indywidualne osiągnięcia.
Prywatność	Życie prywatne podporządkowane pracy zawodowej.			3,4		Istnieje równowaga między życiem prywatnym i zawodowym.
Przyjaźń	Przyjaźnie w pracy są bardzo ważne i trwałe.		2,0			Przyjaźnie w pracy są mniej istotne.
Podejmowanie decyzji	W organizacji panuje zaufanie do decyzji grupowych.		2,4			W organizacji panuje zaufanie do decyzji indywidualnych.
Odpowiedzialność	Jesteśmy odpowiedzialni za bliźnich.	1,6				Każdy sam musi być kowalem swego losu.
Poziom innowacyjności	Wysoki	Średnia 2,2				Niski
Orientacja na zmiany	Orientacja na zmianę w organizacji.		2,4			Orientacja na utrzymanie status quo w organizacji.
Przedsiębiorczość	Pracownicy szukają pomysłów na usprawnianie swojego miejsca pracy.		2,0			Pracownicy nie szukają pomysłów na usprawnianie swojego miejsca pracy.
Podejście do tradycji	Tradycja traktowana z dystansem jako ciężar.		2,4			Tradycja traktowana z szacunkiem, jako wzorzec.
Szacunek dla autorytetów	Podważanie wartości autorytetów, stawianie na „nową krew”.		2,0			Duży szacunek dla doświadczenia w organizacji.

Podejście do informacji	Akceptacja działań w warunkach deficytu informacji.		2,3			Działanie możliwe tylko w warunkach pełnej informacji.
-------------------------	---	--	-----	--	--	--

Źródło: opracowanie własne na podstawie zogniskowanego wywiadu grupowego z udziałem ekspertów w zarządzaniu jednostkami systemu PRM

Dyrektor Naczelny samodzielnej stacji ratownictwa medycznego:

„Potrzebne są jasne, czytelne, zrozumiałe procedury stosowane przez wszystkich. W zespole niepotrzebny będzie lekarz, jeżeli będą procedury. Potrzebujemy pracy w zespole opartej na pełnym zaangażowaniu wszystkich jego członków – pracy stricte zespołowej”.

Z-ca Kierownika ZRM w strukturze szpitala:

„Co prawda medycyna, zwłaszcza ratunkowa, nie jest nauką ścisłą, jednak próba ujęcia w wytyczne najczęstszej symptomatyki stanów zagrożenia życia dałaby szansę na życie tym najbardziej chorym, naprawdę potrzebującym pomocy”.

Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa samodzielnej stacji ratownictwa medycznego:

„Potrzebujemy zarządzania dającego możliwość inicjatyw „oddolnych”, doceniającego zaangażowanie pracowników, sprawnej komunikacji w obie strony, poczucia identyfikacji z organizacją pracowników każdego szczebla, wysokiego poziomu inteligencji emocjonalnej, poczucia realizacji właściwych zadań (a nie łatania dziurawego systemu ochrony zdrowia) oraz standaryzacji postępowania również w kontaktach z podmiotami zewnętrznymi”²⁷³

W tabeli 5.3 autor przedstawił swoje propozycje elementów kultury jednostek PRM odpowiadających uwarunkowaniom kultury przeanalizowanym w poprzednim rozdziale (propozycja stanowi rozwinięcie tabeli 4.6 z rozdziału IV). W dalszym toku badań zaproponowane elementy zostały zweryfikowane przez uczestników systemu PRM.

W wielu miejscach uwarunkowania i oczekiwania ekspertów nakładają się na siebie, co wydaje się czynić rozważania coraz bardziej spójnymi. W tabeli 5.3 ograniczono się do drugiego i trzeciego poziomu „drzewa kulturowego” (model Scheina). Poziom pierwszy (artefakty), na przykład język, rytuały, relacje między pracownikami, schematy zachowań, powinien wynikać z poziomu drugiego i trzeciego. Dlatego kluczowe było zidentyfikowanie właśnie tych elementów kultury, które kryją się najgłębiej w kulturze jednostek systemu PRM i jednocześnie są najtrwalsze.

²⁷³ Odpowiedzi ze zogniskowanego wywiadu grupowego z członkami panelu ekspertów na pytanie: „Proszę o oderwanie się od realiów systemu ochrony zdrowia w Polsce. Zapomnijmy o tym przez chwilę. Jak w takiej sytuacji mogłaby wyglądać idealna/wymarzona kultura organizacyjna zespołów ratownictwa medycznego?”

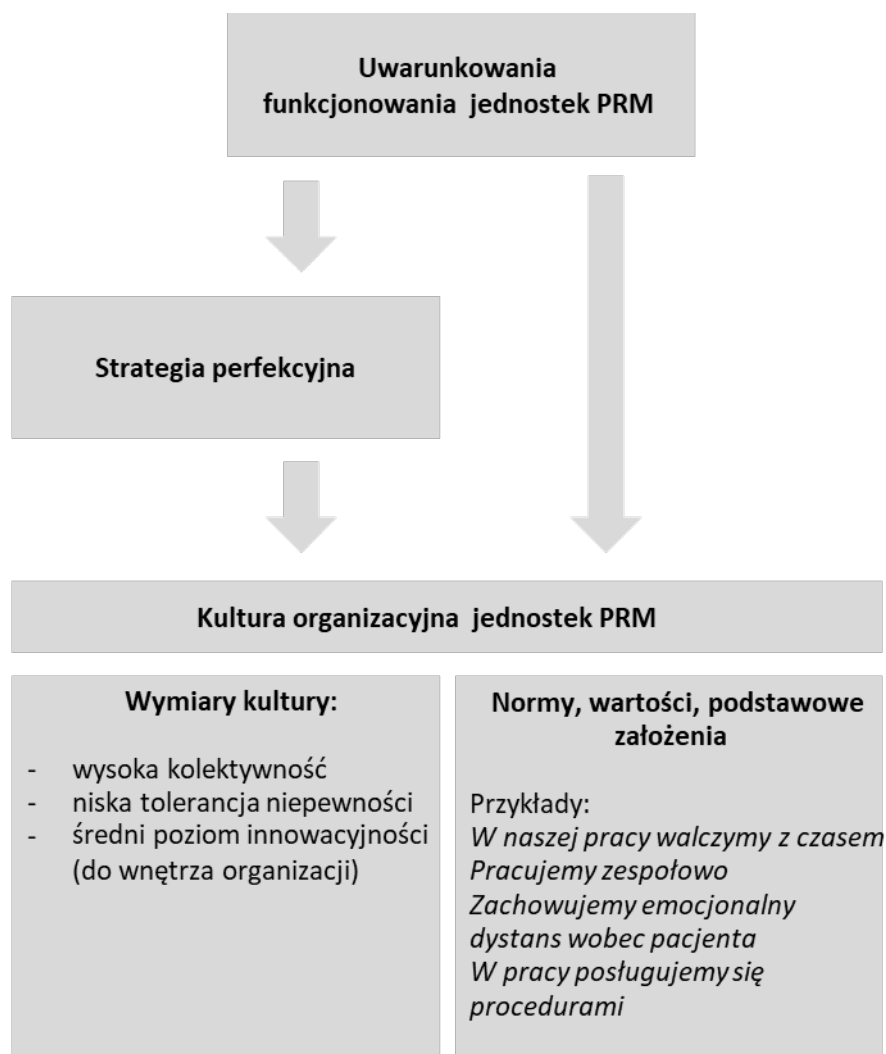
Tabela 5.3. Pożądane elementy kultury jednostek systemu PRM wynikające z przeanalizowanych uwarunkowań

Uwarunkowania	Pożądane elementy kultury jednostek PRM	Pożądana orientacja / typ kultury
Poziom II: Normy i wartości		
Organizacja PRM	Pracujemy zespołowo	Kolektywna
Oczekiwania organów administracji rządowej, postęp techniki, rozwój medycyny	Musimy cały czas uczyć się i doskonalić	Innowacyjna do wnętrza organizacji
Oczekiwania organów administracji rządowej, natura problemu (czas ma ogromny wpływ na skuteczność działania)	W naszej pracy walczymy z czasem	Kolektywna, innowacyjna do wnętrza organizacji
Coraz większy poziom wiedzy społeczeństwa na temat zdrowia, starzenie się społeczeństwa, ewolucja w kierunku społeczeństwa konsumpcyjnego	Od pracowników oczekuje się zaangażowania i poświęcenia	Kolektywna
Oczekiwania organów administracji rządowej	Działamy w oparciu o bardzo skrupulatnie wypełnione, zgodne z obowiązującymi przepisami, dokumenty	Niska tolerancja niepewności
Oczekiwania organów administracji rządowej	"Po pierwsze nie szkodzić", stosujemy aktualne standardy i technologie, bo one zapewniają bezpieczeństwo pacjentom i nam	Niska tolerancja niepewności, innowacyjna do wnętrza organizacji
Uwarunkowania społeczne, wartości przekazywane w trakcie edukacji wyższej	Dbamy o dobro pacjenta	Niska tolerancja niepewności, innowacyjna do wnętrza organizacji, kolektywizm
	Zachowujemy dystans emocjonalny wobec pacjentów	
	Nie jesteśmy uprzedzeni wobec pacjentów	
	Ograniczamy swoje zainteresowanie do kwestii związanych ze stanem zdrowia chorego	
Uwarunkowania technologiczne	Używamy najnowocześniejszego sprzętu medycznego, łączności, taboru i systemu teleinformatycznego	Innowacyjna do wnętrza organizacji
Poziom III: Podstawowe założenia		
Uwarunkowania prawne, stabilność otoczenia prawnego	Jesteśmy po to, by ratować zagrożone życie ludzkie	Niska tolerancja niepewności
Poziom standaryzacji postępowania	Standardy wytyczają ścieżki, którymi się poruszamy. Im wyższa standaryzacja, tym jesteśmy skuteczniejsi	Niska tolerancja niepewności, innowacyjna do wnętrza organizacji

Źródło: opracowanie własne

Wszystkie założone na potrzeby niniejszej dysertacji zależności obrazuje rysunek 5.2.

Rys. 5.2. Efekt zastosowanego podejścia badawczego: zależności pomiędzy pożądaną kulturą organizacyjną jednostek PRM, strategią i determinantami wynikającymi z przeprowadzonych badań



Źródło: opracowanie własne

Opisane wymiary kultury organizacyjnej wydają się być spójne z pożądanymi wartościami i normami. Kultura kolektywna, to taka, w której pracujemy zespołowo, a od pracowników oczekuje się zaangażowania i poświęcenia; kultura o niskim poziomie tolerancji niepewności, to taka, gdzie działamy w oparciu o bardzo skrupulatnie wypełnione, zgodne z obowiązującymi przepisami, dokumenty, a nasze postępowanie oparte jest o aktualne standardy; kultura innowacyjna do wnętrza organizacji, to taka, w

której musimy cały czas uczyć się i doskonalić, ale także wykorzystywać w swojej pracy najnowocześniejszy sprzęt.

Podsumowując powyższe rozważania właściwym wydaje się przyjęcie metodyki, która zakłada, że kulturę organizacyjną można traktować jako zmienną zależną, a jej oczekiwany kształt wyznaczają wymogi strategii oraz uwarunkowania kultury. W związku z tym należy dążyć do sytuacji, w której kultura organizacyjna podąża za wymogami strategii, a w przypadku stwierdzenia rozbieżności pomiędzy przyjętą strategią a wypełniającą ją kulturą organizacyjną dokonać „korekty kursu” tej drugiej, zgodnie z podejściem zaproponowanym przez M. Czerną²⁷⁴. Jednocześnie, w tym miejscu, istotnym wydaje się być to, że na kulturę organizacyjną wpływ mają jej uwarunkowania zarówno wewnętrzne, jak i zewnętrzne.

2. Identyfikacja rzeczywistej kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM

Identyfikacja rzeczywistej kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM na potrzeby niniejszej dysertacji odbyła się poprzez dwuetapowe badanie przeprowadzone z udziałem ekspertów w zarządzaniu jednostkami systemu PRM oraz członków zespołów ratownictwa medycznego.

W trakcie badania z udziałem 7 ekspertów (indywidualne wywiady) oraz 325 członkami zespołów ratownictwa medycznego (kwestionariusz ankiety) zidentyfikowano rzeczywistą strategię i kulturę organizacyjną:

- strategia zbliżona do perfekcyjnej,
- kultura organizacyjna o średnim poziomie tolerancji niepewności,
- kultura organizacyjna o średnim poziomie kolektywizmu,
- kultura organizacyjna o średnim poziomie innowacyjności (do wnętrza organizacji).

Porównanie postrzegania rzeczywistej kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM przez ekspertów (indywidualne wywiady z członkami panelu ekspertów) i członków zespołów ratownictwa medycznego (kwestionariusz ankiety) zawiera tabela 5.4.

²⁷⁴ Czerną M., *Zmiana...*, op. cit., s. 46

Tabela 5.4. Porównanie wyników identyfikacji rzeczywistej kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM

Strategia/ orientacja kulturowa	Rodzaje strategii/orientacji kulturowej	Rzeczywista strategia/kultura wg ekspertów	Rzeczywista strategia/kultura wg członków zespołów ratownictwa medycznego
Strategia	Perfekcyjna vs. kreatywna 1 5	2,4*	1,9*
Orientacja	Tolerancja niepewności niska vs. wysoka 1 5	2,2	2,5
Orientacja	Kolektywizm wysoki vs. niski 1 5	2,6	2,5
Orientacja	Innowacyjność (do wnętrza organizacji) wysoka vs. niska 1 5	2,9	2,7

* W trakcie identyfikacji rzeczywistej strategii eksperci musieli odpowiedzieć na jedno dodatkowe pytanie, które nie zostało zadane członkom zespołów ratownictwa medycznego (pytanie o konkurencję i sytuację prawną; szczegóły znajdują się w tabelach 5.5 i 5.6). Ma to niewielki wpływ na różnice w ocenie strategii przez ekspertów i członków zespołów ratownictwa medycznego. Pomijając te dwa aspekty różnica niweluje się z 0,5 do 0,4.

Źródło: opracowanie własne na podstawie indywidualnych wywiadów z członkami panelu ekspertów w zarządzaniu jednostkami systemu PRM i kwestionariuszy ankiety wypełnianych przez członków zespołów ratownictwa medycznego

Rzeczywistą strategię członkowie zespołów ratownictwa medycznego oceniają jako bliższą perfekcyjnej w porównaniu z oceną dokonaną przez ekspertów. Wynikać to może z tego, że eksperci, będący osobami zarządzającymi, oczekują doskonalenia aktualnie realizowanych zadań i celów na wyższym poziomie niż mogą się spodziewać tego członkowie ZRM, którzy aktualny poziom doskonalenia realizowanych celów i zadań oceniają jako bliższy maksimum możliwości w tym zakresie. Na poziomie poszczególnych orientacji te różnice są niewielkie (maksymalnie +/-0,3). Największa różnica (0,3) występuje przy ocenie rzeczywistego poziomu tolerancji niepewności. Członkowie zespołów ratownictwa medycznego oceniają wyżej rzeczywistą tolerancję niepewności od ekspertów. W tej sytuacji właściwym wydaje się stwierdzenie, że członkowie ZRM odczuwają większy niedostatek stabilności w pracy od ekspertów, szczególnie w zakresie liczby ogólnych i szczegółowych reguł organizacyjnych (procedury, regulaminy). W zakresie innowacyjności eksperci oceniają niżej tę

orientację od członków zespołów ratownictwa medycznego – różnica 0,2. Może to wynikać z bardziej optymistycznej oceny członków ZRM własnego dążenia do zmian i usprawniania miejsca pracy od oceny ekspertów, będących ich kierownikami. Należy podkreślić, że innowacyjność została spośród trzech wymiarów kultury najniższej oceniona przez obie grupy. W zakresie kolektywizmu różnica między uczestnikami badania wynosi 0,1 i jako bardziej kolektywną oceniają tę orientację eksperci. Jednakże przy takiej niewielkiej różnicy w ocenie można uznać, że rzeczywisty poziom kolektywizmu jest oceniany na takim samym poziomie przez ekspertów i członków ZRM.

Rzeczywista kultura organizacyjna jednostek systemu PRM wydaje się być zbliżona do kultury rutyniarzy opartej o dwa wymiary według klasyfikacji T. Deal'a i A. Kennedy'ego. Kultura trwania i stabilności charakteryzuje się nastawieniem na perfekcyjną realizację zadań. Pracownicy znający swoje obowiązki i zadania, wykonują je w sposób sumienny i uporządkowany. Błędy nie są tolerowane. Nastawiona jest ona na tradycję i stabilność, nie ułatwia zmian.

Szczegółowe wyniki przeprowadzonego badania wśród ekspertów dla poszczególnych orientacji przedstawia tabela 5.5, a wśród członków zespołów ratownictwa medycznego tabela 5.6.

Tabela 5.5. Rzeczywista kultura jednostek systemu PRM według ekspertów

Parametry strategii/orientacji kulturowej	Sytuacja A	1	2	3	4	5	Sytuacja B
<i>Strategia</i>	<i>Perfekcyjna</i>	<i>Średnia 2,4</i>					<i>Kreatywna</i>
Otoczenie	Brak konkurencji	1,9					Duża konkurencji
	Uregulowana sytuacja prawna.			3,9			Nieuregulowana sytuacja prawna.
Sposób pracy	Pełna standaryzacja postępowania ratowniczego.			3,0			Brak standaryzacji postępowania ratowniczego.
Stosunek do realizowanych zadań	Nasze cele i zakres zadań są stałe. Skupiamy się na jak najlepszej ich realizacji.	1,7					W pracy koncentrujemy się na poszukiwaniu nowych zadań i celów.
Sposób rozwiązywania problemów	Formalizacja, standaryzacja, procedury.		2,6				Rozwiązania nieformalne, brak standardów i procedur.
Podejście do problemów podczas realizacji zadań	Pracujemy w ramach znanych, sprawdzonych możliwości sprostania oczekiwaniom.		2,0				Pracujemy w ramach nowych, niesprawdzonych możliwości sprostania oczekiwaniom.
Współpraca członków organizacji	W pracy dominuje praca zespołowa.		2,0				W pracy dominuje praca indywidualna.
<i>Poziom tolerancji niepewności</i>	<i>Niski</i>	<i>Średnia 2,2</i>					<i>Wysoki</i>
Poziom stabilizacji w pracy	Pracownikom trzeba zapewniać wysoką stabilność w pracy.		2,1				Pracownikom trzeba zapewniać wyzwania w pracy.
Czynniki motywujące	Najbardziej pracowników motywuje stabilność i poczucie bezpieczeństwa.		2,6				Najbardziej pracowników motywują osiągnięcia i uznanie.
Skutki niepewności w organizacji	Rozwój organizacji jest możliwy tylko w stabilnym otoczeniu.		2,0				Niepewność jest nieodłącznym elementem życia organizacyjnego.
Plany działania organizacji	Organizacja powinna działać zgodnie z jednym planem.		2,6				Organizacja powinna dopuszczać wiele wariantów działań.
Wpływ zmian na organizację	Szybkie zmiany są zagrożeniem dla organizacji.		2,3				Szybkie zmiany są szansą dla organizacji.
Poziom sformalizowania	Naszą pracę trzeba porządkować za pomocą ogólnych i szczegółowych reguł organizacyjnych (procedury, regulaminy).	1,7					Naszej pracy nie da się ująć w ścisłe reguły, dlatego trzeba ograniczać liczbę reguł organizacyjnych (procedur, regulaminów).

<i>Poziom kolektywizmu</i>	<i>Wysoki</i>	<i>Średnia 2,6</i>				<i>Niski</i>
Stopień niezależności	Pracownik jest częścią większej grupy, zależy od grupy.	1,9				Pracownik jest niezależną jednostką.
Pochodzenie tożsamości jednostki	Tożsamość pracownika wynika z przynależności do grupy.		2,3			Tożsamość pracownika wynika z jego niepowtarzalnej osobowości.
Stopień integracji jednostki z organizacją	Pracownicy czują się zintegrowani emocjonalnie z organizacją.			3,0		Pracownicy nie czują się zintegrowani emocjonalnie z organizacją.
Przynależność do grupy	Ważna jest przynależność do organizacji i jej sukces.		2,7			Ważne są indywidualne osiągnięcia.
Prywatność	Życie prywatne podporządkowane pracy zawodowej.		2,7			Istnieje równowaga między życiem prywatnym i zawodowym.
Przyjaźń	Przyjaźnie w pracy są bardzo ważne i trwałe.			3,1		Przyjaźnie w pracy są mniej istotne.
Podejmowanie decyzji	W organizacji panuje zaufanie do decyzji grupowych.		2,6			W organizacji panuje zaufanie do decyzji indywidualnych.
Odpowiedzialność	Jesteśmy odpowiedzialni za bliźnich.		2,1			Każdy sam musi być kowalem swego losu.
<i>Poziom innowacyjności</i>	<i>Wysoki</i>	<i>Średnia 2,9</i>				<i>Niski</i>
Orientacja na zmiany	Orientacja na zmianę w organizacji.			3,3		Orientacja na utrzymanie status quo w organizacji.
Przedsiębiorczość	Pracownicy szukają pomysłów na usprawnianie swojego miejsca pracy.		2,9			Pracownicy nie szukają pomysłów na usprawnianie swojego miejsca pracy.
Podejście do tradycji	Tradycja traktowana z dystansem jako ciężar.		2,9			Tradycja traktowana z szacunkiem, jako wzorzec.
Szacunek dla autorytetów	Podważanie wartości autorytetów, stawianie na „nową krew”.		2,7			Duży szacunek dla doświadczenia w organizacji.
Podejście do informacji	Akceptacja działań w warunkach deficytu informacji.		2,6			Działanie możliwe tylko w warunkach pełnej informacji.

Źródło: opracowanie własne na podstawie indywidualnego wywiadu z członkami panelu ekspertów w zarządzaniu jednostkami systemu PRM

Tabela 5.6. Rzeczywista kultura jednostek systemu PRM według członków zespołów ratownictwa medycznego

Parametry strategii/orientacji kulturowej	Sytuacja A	1	2	3	4	5	Sytuacja B
Strategia	Perfekcyjna	Średnia 1,9					Kreatywna
Sposób pracy	Pełna standaryzacja postępowania ratowniczego.		2,0				Brak standaryzacji postępowania ratowniczego.
Stosunek do realizowanych zadań	Nasze cele i zakres zadań są stałe. Skupiamy się na jak najlepszej ich realizacji.		2,2				W pracy koncentrujemy się na poszukiwaniu nowych zadań i celów.
Sposób rozwiązywania problemów	Formalizacja, standaryzacja, procedury.	1,9					Rozwiązania nieformalne, brak standardów i procedur.
Podejście do problemów podczas realizacji zadań	Pracujemy w ramach znanych, sprawdzonych możliwości sprostania oczekiwaniom.	1,9					Pracujemy w ramach nowych, niesprawdzonych możliwości sprostania oczekiwaniom.
Współpraca członków organizacji	W pracy dominuje praca zespołowa.	1,3					W pracy dominuje praca indywidualna.
Poziom tolerancji niepewności	Niski	Średnia 2,5					Wysoki
Poziom stabilizacji w pracy	Pracownikom trzeba zapewniać wysoką stabilność w pracy.		2,1				Pracownikom trzeba zapewniać wyzwania w pracy.
Czynniki motywujące	Najbardziej pracowników motywuje stabilność i poczucie bezpieczeństwa.		2,3				Najbardziej pracowników motywują osiągnięcia i uznanie.
Skutki niepewności w organizacji	Rozwój organizacji jest możliwy tylko w stabilnym otoczeniu.	1,9					Niepewność jest nieodłącznym elementem życia organizacyjnego.
Plany działania organizacji	Organizacja powinna działać zgodnie z jednym planem.			3,1			Organizacja powinna dopuszczać wiele wariantów działań.
Wpływ zmian na organizację	Szybkie zmiany są zagrożeniem dla organizacji.		2,8				Szybkie zmiany są szansą dla organizacji.
Poziom sformalizowania	Naszą pracę trzeba porządkować za pomocą ogólnych i szczegółowych reguł organizacyjnych (procedury, regulaminy).		2,8				Naszej pracy nie da się ująć w ściśle reguły, dlatego trzeba ograniczać liczbę reguł organizacyjnych (procedur, regulaminów).

Poziom kolektywizmu	Wysoki	Średnia 2,5				Niski
Stopień niezależności	Pracownik jest częścią większej grupy, zależy od grupy.		2,4			Pracownik jest niezależną jednostką.
Pochodzenie tożsamości jednostki	Tożsamość pracownika wynika z przynależności do grupy.			3,0		Tożsamość pracownika wynika z jego niepowtarzalnej osobowości.
Stopień integracji jednostki z organizacją	Pracownicy czują się zintegrowani emocjonalnie z organizacją.		2,1			Pracownicy nie czują się zintegrowani emocjonalnie z organizacją.
Przynależność do grupy	Ważna jest przynależność do organizacji i jej sukces.		2,2			Ważne są indywidualne osiągnięcia.
Prywatność	Życie prywatne podporządkowane pracy zawodowej.		2,9			Istnieje równowaga między życiem prywatnym i zawodowym.
Przyjaźń	Przyjaźnie w pracy są bardzo ważne i trwałe.		2,2			Przyjaźnie w pracy są mniej istotne.
Podejmowanie decyzji	W organizacji panuje zaufanie do decyzji grupowych.		2,6			W organizacji panuje zaufanie do decyzji indywidualnych.
Odpowiedzialność	Jesteśmy odpowiedzialni za bliźnich.		2,5			Każdy sam musi być kowalem swego losu.
Poziom innowacyjności	Wysoki	Średnia 2,7				Niski
Orientacja na zmiany	Orientacja na zmianę w organizacji.		2,3			Orientacja na utrzymanie status quo w organizacji.
Przedsiębiorczość	Pracownicy szukają pomysłów na usprawnianie swojego miejsca pracy.	1,7				Pracownicy nie szukają pomysłów na usprawnianie swojego miejsca pracy.
Podejście do tradycji	Tradycja traktowana z dystansem jako ciężar.			3,1		Tradycja traktowana z szacunkiem, jako wzorzec.
Szacunek dla autorytetów	Podważanie wartości autorytetów, stawianie na „nową krew”.			3,5		Duży szacunek dla doświadczenia w organizacji.
Podejście do informacji	Akceptacja działań w warunkach deficytu informacji.		2,7			Działanie możliwe tylko w warunkach pełnej informacji.

Źródło: opracowanie własne na podstawie kwestionariuszy ankiety wypełnianych przez członków zespołów ratownictwa medycznego

Postrzeganie rzeczywistych strategii i kultury organizacyjnej praktycznie nie różni się między respondentami (członkami zespołów ratownictwa medycznego) z różnych województw. Zróżnicowanie wyników między województwami było niewielkie:

- dla strategii od 1,8 do 1,9,
- dla poziomu tolerancji niepewności od 2,4 do 2,6,
- dla poziomu kolektywizmu od 2,3 do 2,6,
- dla poziomu innowacyjności 2,5 do 3,0.

Powyższe wyniki według członków zespołów ratownictwa medycznego z podziałem na województwa przedstawiają wykresy, które stanowią załącznik nr 10 do niniejszej pracy.

Uzyskane wyniki świadczą, że kultura jednostek PRM jest jednolita, a to zgodnie z wnioskami P. Wankhade i K. Mackway-Jones²⁷⁵ oraz A. Szeptuch²⁷⁶ może sprzyjać skuteczności organizacji PRM. Jednocześnie według badaczy kultury organizacyjnej publicznych szpitali w Polsce, kultura w tych jednostkach jest słaba, hierarchiczna i konserwatywna (np. Ł. Sułkowski²⁷⁷). Oznacza to, że kultura zespołów PRM funkcjonujących w szpitalach, która ma charakter średnio innowacyjny, może być do pewnego stopnia rozbieżna z kulturą szpitala, w którego strukturze pracują. A zatem można mówić o kulturze PRM jako pewnej subkulturze w szpitalach.

Szczegółowe wyniki badania (po zaokrągleniu do jednego miejsca po przecinku), dotyczącego identyfikacji rzeczywistej kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM, przeprowadzonego wśród członków zespołów ratownictwa medycznego z podziałem na województwa, stanowią załącznik nr 8 do niniejszej pracy.

Wyniki badania przeprowadzonego przy pomocy kwestionariuszy ankiety wypełnianych przez członków zespołów ratownictwa medycznego poddano dalszej analizie z podziałem na następujące grupy:

- a. wiek: do 25 lat, 26-35 lat, 36 – 45 lat, 46 – 55 lat, powyżej 55 lat;
- b. funkcja w zespole: kierowcy, ratownicy medyczni, pielęgniarki, lekarze;

²⁷⁵ Wankhade P., Mackway-Jones K. (red.), *Ambulance Services: Leadership and Management Perspectives*, Springer International Publishing, Szwajcaria 2015

²⁷⁶ Szeptuch A., *Pomiar...*, op. cit., s. 60–67

²⁷⁷ Ł. Sułkowski, *Cechy kultur organizacyjnych polskich szpitali*, Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Bankowej we Wrocławiu, 30/2012, Wrocław 2012, s. 251-260; *Kulturowe ograniczenia przedsiębiorczości – badania jakościowe polskich szpitali*, „Journal of Health Policy, Insurance and Management. Polityka zdrowotna”, tom 11/2012, Warszawa 2012, s.79-86; *Zmiana kulturowa w polskich szpitalach – wyniki badań*, „Przedsiębiorczość i zarządzanie”, tom XIV, zeszyt 10, cz. I, Łódź 2013, s. 83-96; Sułkowski Ł., Seliga R. (red.), *Kulturowe determinanty ...*, op. cit.

c. podległość: podległe pod szpital, niezależne;

d. płeć: mężczyźni, kobiety.

Szczegółowe wyniki badania (po zaokrągleniu do jednego miejsca po przecinku), dotyczącego identyfikacji rzeczywistej kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM, przeprowadzonego wśród członków zespołów ratownictwa medycznego z podziałem na powyższe grupy, stanowią załącznik nr 9 do niniejszej pracy. Istotne rozbieżności (+/- 0,5 i więcej) w stosunku do wyników ogólnych zaobserwowano w następujących grupach: osoby w wieku powyżej 55 lat, kierowcy, pielęgniarki i lekarze. Szczegółowo to zjawisko przedstawiają tabele 5.7 i 5.8.

Tabela 5.7. Rozbieżności w poszczególnych grupach wiekowych podczas identyfikacji rzeczywistej kultury jednostek systemu PRM według członków zespołów ratownictwa medycznego

Kryterium / elementy	Średni wynik	Rozbieżności w stosunku do średniego wyniku*				
		Wiek do 25 lat	Wiek 26-35 lat	Wiek 36-45 lat	Wiek 46-55 lat	Wiek powyżej 55 lat
STRATEGIA (perfekcyjna/kreatywna)	1,9	0	0	0	-0,1	0,5
Sposób pracy	2	-0,2	0	0	0,1	0,5
Stosunek do realizowanych zadań	2,2	0,2	0	0	0,1	0,1
Sposób rozwiązywania problemów	1,9	0	0,1	0	-0,2	0,9
Podejście do problemów podczas realizacji zadań	1,9	0	0,1	-0,1	-0,2	0,6
Współpraca członków organizacji	1,3	0	0	0,1	-0,1	0,5
Poziom tolerancji niepewności (niski/wysoki)	2,5	0	0	0	-0,1	0,1
Poziom stabilizacji w pracy	2,1	0,1	0	-0,1	-0,1	-0,1
Czynniki motywujące	2,3	0,1	0	0	0	-0,3
Skutki niepewności w organizacji	1,9	-0,1	0	-0,1	0	0,4
Plany działania organizacji	3,1	-0,3	0	0,1	-0,2	0,2
Wpływ zmian na organizację	2,8	0,1	-0,1	0,1	-0,2	0,2
Poziom sformalizowania	2,8	-0,2	0	0,1	-0,1	0,2
Poziom kolektywizmu (wysoki/niski)	2,5	0	0	0	0	-0,2
Stopień niezależności	2,4	-0,1	0	0	-0,1	-0,1
Pochodzenie tożsamości jednostki	3	-0,1	0	0,1	0	0
Stopień integracji jednostki z organizacją	2,1	0,3	0	-0,1	0,1	-0,1
Przynależność do grupy	2,2	0,2	-0,1	-0,1	0,1	0,1

Prywatność	2,9	-0,3	-0,1	0,1	0,1	-0,6
Przyjaźń	2,2	0	0	0	0,1	0,3
Podejmowanie decyzji	2,6	-0,4	0,1	0,1	-0,1	-0,6
Odpowiedzialność	2,5	0,1	0	0	0	-0,2
Poziom innowacyjności (wysoki/niski)	2,7	0	0	0	-0,1	-0,1
Orientacja na zmiany	2,3	0,2	0	-0,1	0,1	0,5
Przedsiębiorczość	1,7	0,1	0,1	0	-0,2	0,1
Podejście do tradycji	3,1	-0,1	-0,1	0,2	-0,1	-0,1
Szacunek dla autorytetów	3,5	-0,3	0	0,1	-0,2	-0,5
Podejście do informacji	2,7	0,2	-0,1	0	0	-0,2

* Rozbieżność oznacza różnicę między średnim wynikiem w danej grupie pracowników a średnim wynikiem w całej badanej próbie pracowników

Źródło: opracowanie własne na podstawie kwestionariuszy ankiety wypełnianych przez członków zespołów ratownictwa medycznego

Postrzeganie kultury nie różni się znacząco pomiędzy pracownikami w różnym wieku, z wyjątkiem osób w grupie wiekowej powyżej 55 lat. Z uzyskanych odpowiedzi wynika, że są to osoby mniej chętnie korzystające – w porównaniu do pozostałych respondentów – z procedur i standardów, co może wynikać m.in. z większego doświadczenia. O ile pozostali respondenci zdecydowanie wskazują na dominujące znaczenie pracy zespołowej, to osoby powyżej 55 lat wypowiadają się na ten temat w sposób bardziej umiarkowany. Z kolei w zakresie orientacji innowacyjności osoby te bardziej skłonne są do utrzymywania status quo, choć z drugiej strony częściej wskazują na konieczność podważania wartości autorytetów oraz wprowadzania tzw. świeżej krwi jako części kultury swojej organizacji.

Tabela 5.8. Rozbieżności w poszczególnych grupach zawodowych podczas identyfikacji rzeczywistej kultury jednostek systemu PRM według członków zespołów ratownictwa medycznego

Kryterium / elementy	Średni wynik	Rozbieżności w stosunku do średniego wyniku*			
		Kierowcy	Ratownicy medyczni	Pielęgniarki	Lekarze
STRATEGIA (perfekcyjna/kreatywna)					
Sposób pracy	1,9	0,1	0	-0,4	0,1
Stosunek do realizowanych zadań	2	0,3	0	0	0,2
Sposób rozwiązywania problemów	2,2	-0,7	0,1	-0,7	-0,2
Podejście do problemów podczas realizacji zadań	1,9	0,4	0	-0,1	0,1
Współpraca członków organizacji	1,9	0,6	-0,1	-0,9	0,3
Poziom tolerancji	1,3	0	0	-0,3	0,1
	2,5	-0,3	0	-0,9	-0,2

<u>niepewności</u> (niski/wysoki)					
Poziom stabilizacji w pracy	2,1	-0,3	0	-1,1	0,2
Czynniki motywujące	2,3	0,2	0	-0,8	-0,1
Skutki niepewności w organizacji	1,9	-0,4	-0,1	-0,1	-0,1
Plany działania organizacji	3,1	0,2	0	-1,3	-0,6
Wpływ zmian na organizację	2,8	-0,3	0	-0,8	-0,4
Poziom sformalizowania	2,8	-1	0,1	-1	-0,6
<u>Poziom kolektywizmu</u> (wysoki/niski)	2,5	-0,5	0	-0,7	-0,3
Stopień niezależności	2,4	-0,9	0	-0,9	-0,6
Pochodzenie tożsamości jednostki	3	-0,7	0,1	-1,2	-0,5
Stopień integracji jednostki z organizacją	2,1	-0,8	0	-0,6	-0,2
Przynależność do grupy	2,2	-0,7	0	-0,2	0
Prywatność	2,9	0,6	0	-0,9	-0,2
Przyjaźń	2,2	-0,2	0	-0,2	-0,3
Podejmowanie decyzji	2,6	-0,3	0	-0,8	-0,4
Odpowiedzialność	2,5	-0,7	0	-0,7	-0,3
<u>Poziom innowacyjności</u> (wysoki/niski)	2,7	0,2	0	-0,7	-0,1
Orientacja na zmiany	2,3	0	0	-0,3	0,1
Przedsiębiorczość	1,7	-0,7	0	-0,2	0
Podejście do tradycji	3,1	0,7	0	-0,8	-0,5
Szacunek dla autorytetów	3,5	0,8	0	-1,5	0
Podejście do informacji	2,7	0,3	-0,1	-0,4	0,2

* Rozbieżność oznacza różnicę między średnim wynikiem w danej grupie pracowników a średnim wynikiem w całej badanej próbie pracowników

Źródło: opracowanie własne na podstawie kwestionariuszy ankiety wypełnianych przez członków zespołów ratownictwa medycznego

W grupie kierowców postrzegano wyższy poziom kolektywizmu niż w wynikach ogólnych. W grupie pełniącej funkcję pielęgniarki w zespole zidentyfikowano kulturę o: niższym poziomie tolerancji niepewności, wyższym poziomie kolektywizmu i wyższym poziomie innowacyjności w porównaniu do wyników ogólnych. W grupie pełniącej funkcję lekarza w zespole nie zidentyfikowano różnic +/-0,5 i więcej na poziomie strategii i poszczególnych orientacji kulturowych, jednak występują one w ramach poszczególnych kryteriów szczegółowych. Właściwym wydaje się być wniosek, że rozbieżności te wynikają ze specyfiki tego wolnego zawodu, np. charakterystyczne dla tego zawodu jest traktowanie tradycji z szacunkiem, jako wzorzec czy postrzeganie siebie jako niezależnego, budującego tożsamość grupy. Jednocześnie zawód ten charakteryzuje się dużą swobodą działania w ramach posiadanej wiedzy i umiejętności,

stąd w ich ocenie ciężko zamknąć działania przedstawicieli tej grupy zawodowej w procedurach i regulaminach, a to powoduje konieczność wielowariantowości w działaniu organizacji. Znajduje to również potwierdzenie w literaturze, np. J. A. Raelin²⁷⁸ stwierdza, że wysokiej klasy profesjonaliści, a do tej grupy z pewnością można zaliczyć lekarzy, mają potrzebę autonomii i źle znoszą organizacyjne rygory i podporządkowania. Stosują profesjonalne wzory myślenia i działania, które odbiegają od przyjętych w organizacji praktyk. Ponadto lekarze w większości pracę w systemie PRM traktują jako dodatkowe źródło dochodu, a zasadnicze miejsce ich pracy stanowią oddziały szpitalne, co też wydaje się mieć znaczenie.

Wśród pozostałych grup zawodowych występują następujące istotne różnice na poziomie kryteriów szczegółowych poszczególnych orientacji kulturowych:

- kierowcy – identyfikujący większe w stosunku do wyników ogólnych znaczenie porządkowania pracy zespołów ratownictwa medycznego w postaci procedur i regulaminów,
- pielęgniarki – identyfikujące większe w stosunku do wyników ogólnych znaczenie: zapewnienia pracownikom wysokiej stabilności w pracy, działania organizacji zgodnie z jednym planem, porządkowania pracy zespołów ratownictwa medycznego w postaci procedur i regulaminów; występowanie o większym nasileniu w stosunku do wyników ogólnych zjawisk: wynikania tożsamości pracownika z przynależności do grupy, podważania wartości autorytetów i stawiania na „nową krew”.

Podczas badania przeprowadzonego przy pomocy kwestionariusza ankiety wypełnianego przez członków zespołów ratownictwa medycznego weryfikowano także częstotliwość występowania poszczególnych elementów kultury, które w poprzednim rozdziale uznano za pożądane dla kultury jednostek systemu PRM. Poproszono o wskazanie jak często w jednostce systemu PRM, w której pracuje osoba wypełniająca kwestionariusz ankiety, występują badane postawy i zachowania pracowników – szczegółowe wyniki obrazuje poniższa tabela.

²⁷⁸ Raelin J. A., *Clash of Cultures*, Harvard Business School Press, Cambridge Mass., 1986, s. 27. Cyt. za: Sikorski. Cz., *Kultura organizacyjna*, CH Beck, Warszawa 2006, s. 28

Tabela 5.9. Częstość występowania poszczególnych norm, wartości i podstawowych założeń jako elementów kultury jednostek systemu PRM

Lp.	Elementy kultury jednostek systemu PRM	Częstość występowania				
		<i>Wcale</i>	<i>Rzadko</i>	<i>Czasami</i>	<i>Często</i>	<i>Cały czas</i>
1.	Dbamy o dobro pacjenta	0%	0%	4,31%	21,85%	73,85%
2.	Stosujemy aktualne standardy i technologie, bo one zapewniają nam bezpieczeństwo	0%	0%	0,92%	27,08%	72,00%
3.	Stosujemy aktualne standardy i technologie, bo one zapewniają bezpieczeństwo pacjentom	0%	0,31%	1,54%	28,62%	69,54%
4.	Standardy wytyczają ścieżki, którymi się poruszamy	0%	0%	0,62%	33,54%	65,85%
5.	Musimy cały czas uczyć się i doskonalić	0%	1,54%	3,69%	29,23%	65,54%
6.	Jesteśmy po to, by ratować zagrożone życie ludzkie	0%	0%	0,31%	34,77%	64,92%
7.	Działamy w oparciu o bardzo skrupulatnie wypełnione, zgodne z obowiązującymi przepisami dokumenty	0%	0%	5,54%	31,08%	63,38%
8.	W naszym zespole mamy własny żargon zawodowy	0%	0%	1,23%	37,23%	61,54%
9.	Używamy najnowocześniejszego sprzętu medycznego, łączności, taboru i systemu teleinformatycznego	0%	0%	1,23%	40,00%	58,77%
10.	Ograniczamy swoje zainteresowanie do kwestii związanych ze stanem zdrowia chorego	0%	1,54%	3,38%	39,38%	55,69%
11.	Od pracowników oczekuje się zaangażowania i poświęcenia	0%	0%	1,23%	44,92%	53,85%
12.	W naszej pracy walczymy z czasem	0%	0%	5,54%	42,15%	52,31%
13.	Jesteśmy prawdziwym zespołem	0%	0%	0,92%	49,85%	49,23%
14.	Czujemy się częścią naszej organizacji	0%	0%	2,77%	51,38%	45,85%
15.	Nie jesteśmy uprzedzeni wobec pacjentów	0%	4%	7,08%	43,69%	45,23%

16.	Zachowujemy dystans emocjonalny wobec pacjentów	0%	0%	1,85%	60,00%	38,15%
-----	---	----	----	-------	--------	--------

Źródło: opracowanie własne na podstawie kwestionariuszy ankiety wypełnianych przez członków zespołów ratownictwa medycznego

Przed skomentowaniem wyników badania opinii członków zespołów ratownictwa medycznego warto podkreślić, że autor zdaje sobie sprawę z ograniczeń wybranej metody. Wyniki mogą być obciążone znaczną dozą subiektywizmu i niekiedy odzwierciedlać stan pożądaný a nie rzeczywisty. Z tego powodu kluczowe znaczenie dla analizy miały przede wszystkim odpowiedzi „cały czas”, a mniejsze pozostałe odpowiedzi wskazujące niższą częstotliwość występowania zjawiska.

Spośród 16 pożądaných norm, wartości i podstawowych założeń 12, zdaniem ponad połowy badanych członków zespołów ratownictwa medycznego, występuje stale („cały czas”). Wśród nich są cztery związane ze stosowaniem standardów w pracy oraz nauką i doskonaleniem członków zespołów ratownictwa medycznego (2, 3, 4, 5), trzy związane z wypełnianiem oczekiwań administracji rządowej i celów strategicznych wyznaczonych systemowi PRM (6, 7, 12), dwa związane są z relacjami z pacjentem (1, 10), dwa związane z charakterystycznymi zachowaniami w organizacji (8, 11) oraz jeden związany z używaniem najnowszych technologii (9).

Pozostałe elementy kultury, które rzadziej występują:

- związane są z relacjami z pacjentami (15, 16),
- dotyczą poczucia zespołowości (13, 14).

Jednocześnie respondenci zapytani o to czy dostrzegają jakieś inne zachowania i postawy pracowników niż te, o których częstotliwość występowania byli pytani, nie wymienili dodatkowych.

Taka ocena członków zespołów ratownictwa medycznego wydaje się wskazywać na właściwy dobór elementów kultury jednostek systemu PRM do ankiety, ale także same wyniki wskazują, że kultura organizacyjna jednostek systemu zawiera elementy charakterystyczne dla pożądaných orientacji kulturowych, np. musimy cały czas uczyć się i doskonalić – wspiera orientację innowacyjną, standardy wytyczają ścieżki, którymi się poruszamy – wspiera orientację o niskim poziomie tolerancji niepewności, jesteśmy prawdziwym zespołem wspiera orientację o wysokim poziomie kolektywizmu (choć w tym przypadku badanie potwierdza to, że poziom kolektywizmu nie jest wystarczająco wysoki, co stanowi rozbieżność z pożądaną kulturą).

Wykres częstotliwości występowania poszczególnych elementów kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM stanowi załącznik nr 11 do niniejszej pracy, zaś tabela zawierająca dane na temat liczby ankiet w poszczególnych województwach i grupach stanowi załącznik nr 12 do niniejszej pracy.

Dyrektor Naczelny samodzielnej stacji ratownictwa medycznego:

„Jakość pracy i kultura poprawia się. Idzie to w dobrym kierunku. Coraz więcej pracowników jest dobrze wykształconych i wyszkolonych przez różnego rodzaju kursy, zawody, mistrzostwa, wyjazdy na misje. Przywożą różne nowinki ze świata, zachowania i standardy obserwowane w innych jednostkach”.

Z-ca Kierownika ZRM w strukturze szpitala:

„Zmiany kultury wiążą się ze zmianami w organizacji. Dawniej, kiedy w każdej karetce był lekarz, widać było większe podziały kulturowe i pewnego stopnia feudalizację systemu. Obecnie zespoły są zdecydowanie bardziej zintegrowane, prezentują podobny poziom wyszkolenia i skuteczność w działaniu”.

Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa samodzielnej stacji ratownictwa medycznego:

*„Zmiany kultury przejawiają się przede wszystkim zmniejszaniem się więzi międzyludzkich w pracy, mniejszą uczynnością (co widać, gdy ktoś potrzebuje zamienić dyżur i nie ma chętnych), mniejszym poczuciem więzi z organizacją”.*²⁷⁹

3. Identyfikacja „luki kulturowej”

W celu identyfikacji luki kulturowej dokonano porównania rekomendacji ekspertów na temat pożądanego orientacji kulturowych najbliższych ideału w obecnych warunkach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce oraz wyników identyfikacji rzeczywistej kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM według ekspertów i członków zespołów ratownictwa medycznego - tabela 5.10.

Z badania wynika, że luka istnieje zarówno na poziomie strategii, jak i trzech badanych orientacji kulturowych. Wielkość luki jest bardzo zbliżona we wszystkich analizowanych orientacjach jak i w strategii.

²⁷⁹ Odpowiedzi z indywidualnego wywiadu z członkami panelu ekspertów na pytanie: „Czy w ostatnich latach obserwuje Pani/Pan zmianę, ewolucję kultury w tych jednostkach systemu PRM? Jeżeli tak, to na czym ona polega?”

Tabela 5.10. Porównanie rekomendacji ekspertów na temat pożądaných orientacji kulturowych najbliższych ideału oraz wyników identyfikacji rzeczywistej kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM

Strategia/ orientacja kulturowa	Rodzaje strategii/orientacji kulturowej	Pożądana strategia/ kultura wg ekspertów	Rzeczywista strategia/ kultura wg ekspertów	Rzeczywista strategia/ kultura wg członków zespołów ratownictwa medycznego
Strategia	Perfekcyjna vs. kreatywna 1 5	1,4	2,3	1,9
Orientacja	Tolerancja niepewności niska vs. wysoka 1 5	1,8	2,2	2,5
Orientacja	Kolektywizm wysoki vs. niski 1 5	2,0	2,6	2,5
Orientacja	Innowacyjność (do wnętrza organizacji) wysoka vs. niska 1 5	2,2	2,9	2,7

Źródło: opracowanie własne na podstawie zogniskowanego wywiadu grupowego z udziałem ekspertów w zarządzaniu jednostkami systemu PRM, indywidualnych wywiadów z członkami panelu ekspertów w zarządzaniu jednostkami systemu PRM oraz kwestionariuszy ankiety wypełnianych przez członków zespołów ratownictwa medycznego

Z przeprowadzonego badania wynika więc, że kultura organizacyjna ZRM powinna być:

- bardziej kolektywna (w ZRM powinna dominować praca zespołowa),
- z niższym poziomem tolerancji niepewności (wyższa standaryzacja i stabilniejsze wnętrze oraz otoczenie),
- bardziej innowacyjna (przede wszystkim, jeśli chodzi o wnętrze organizacji – nowe standardy, które podlegają stałemu doskonaleniu oraz innowacyjne technologie służące ratowaniu życia).

Szczegółowe źródła rozbieżności pomiędzy pożądaną a rzeczywistą kulturą obrazuje tabela 5.11.

Tabela 5.11. Porównanie na poziomie kryteriów szczegółowych rekomendacji ekspertów na temat pożądaných orientacji kulturowych najbliższych ideału oraz wyników identyfikacji rzeczywistej kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM

Parametry strategii/orientacji kulturowej	Pożądana strategia/ kultura wg ekspertów	Rzeczywista strategia/ kultura wg ekspertów	Rzeczywista strategia/ kultura wg członków zespołów ratownictwa medycznego	Różnica*
<i>Strategia</i>				
Sposób pracy (standaryzacja postępowania ratowniczego)	1,3	3,0	2,0	1,20
Stosunek do realizowanych zadań	1,3	1,7	2,2	0,65
Sposób rozwiązywania problemów	1,3	2,6	1,9	0,95
Podejście do problemów podczas realizacji zadań	1,6	2,0	1,9	0,35
Współpraca członków organizacji	1,4	2,0	1,3	0,25
<i>Poziom tolerancji niepewności</i>				
Poziom stabilizacji w pracy	1,6	2,1	2,1	0,50
Czynniki motywujące	2,4	2,6	2,3	0,05
Skutki niepewności w organizacji	1,4	2,0	1,9	0,55
Plany działania organizacji	2,4	2,6	3,1	0,45
Wpływ zmian na organizację	1,6	2,3	2,8	0,95
Poziom sformalizowania	1,4	1,7	2,8	0,85
<i>Poziom kolektywizmu</i>				
Stopień niezależności	1,6	1,9	2,4	0,55
Pochodzenie tożsamości jednostki	1,9	2,3	3,0	0,75
Stopień integracji jednostki z organizacją	1,6	3,0	2,1	0,95
Przynależność do grupy	1,7	2,7	2,2	0,75
Prywatność	3,4	2,7	2,9	-0,60
Przyjaźń	2,0	3,1	2,2	0,65
Podejmowanie decyzji	2,4	2,6	2,6	0,20
Odpowiedzialność	1,6	2,1	2,5	0,70

<i>Poziom innowacyjności</i>				
Orientacja na zmiany	2,4	3,3	2,3	0,40
Przedsiębiorczość	2,0	2,9	1,7	0,30
Podejście do tradycji	2,4	2,9	3,1	0,60
Szacunek dla autorytetów	2,0	2,7	3,5	1,10
Podejście do informacji	2,3	2,6	2,7	0,35

* Różnica między wartością pożądaną a średnią z oceny ekspertów i członków zespołów ratownictwa medycznego

Źródło: opracowanie własne na podstawie zogniskowanego wywiadu grupowego z udziałem ekspertów w zarządzaniu jednostkami systemu PRM, indywidualnych wywiadów z członkami panelu ekspertów w zarządzaniu jednostkami systemu PRM oraz kwestionariuszy ankiety wypełnianych przez członków zespołów ratownictwa medycznego

Główne rozbieżności

Największe rozbieżności pomiędzy pożądaną strategią/kulturą a rzeczywistą strategią/kulturą wyróżnione zostały w tabeli powyżej kolorem szarym. Na potrzeby niniejszej pracy przyjęto, że istotną rozbieżnością jest różnica +/-0,5 (odchylenie ok. 20-30% od wartości pożądaney). Głównymi źródłami luki są:

- sposób pracy (1,20), co wskazuje na potrzebę większej standaryzacji postępowania ratowniczego,
- szacunek dla autorytetów (1,10), co oznacza postulat stawiania w większym stopniu na „nową krew” i większy dystans do autorytetów,
- sposób rozwiązywania problemów (0,95), co wskazuje na konieczność zastąpienia części rozwiązań nieformalnych standardami i procedurami,
- wpływ zmian na organizację (0,95), co oznacza postulat doprowadzenia do spowolnienia zbyt szybkich zmian pochodzących z otoczenia systemu PRM,
- stopień integracji jednostki z organizacją (0,95), co wskazuje na potrzebę większej integracji emocjonalnej pracowników z organizacją,
- poziom sformalizowania (0,85), co oznacza potrzebę porządkowania pracy za pomocą ogólnych i szczegółowych reguł organizacyjnych (procedury, regulaminy).

W przypadku jednego z kryteriów szczegółowych – prywatność – mamy do czynienia z sytuacją, w której zarówno w ocenie ekspertów, jak i członków zespołów ratownictwa medycznego rzeczywista kultura jest na poziomie bliższym przyjętej przed przeprowadzeniem badania jako pożądaney orientacji kulturowej od pożądanego

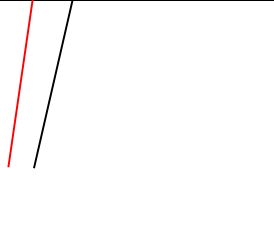

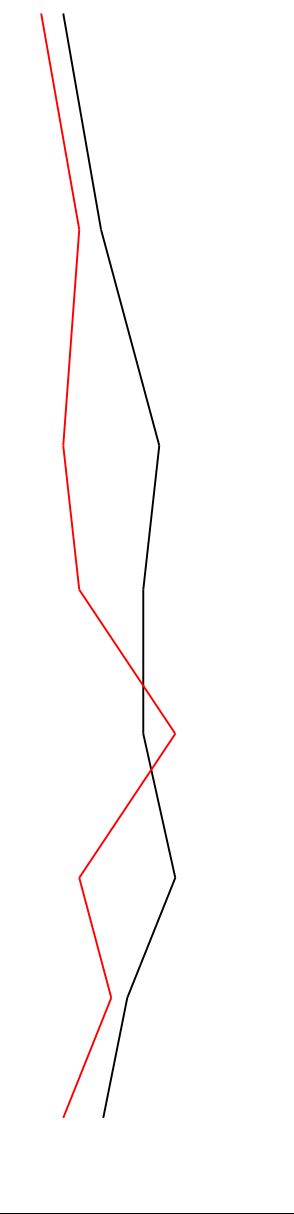


poziomu wskazanego przez ekspertów w zarządzaniu jednostkami systemu PRM (odpowiednio rozbieżność 0,7 i 0,5). Należy również zwrócić uwagę na fakt, że wśród pożądanych według ekspertów poziomów kryteriów szczegółowych prywatność, jako jedyna, lokuje się bliżej kultury o niskim poziomie kolektywizmu. Właściwym wydaje się być interpretowanie tego wyniku jako dążenie do równowagi między życiem prywatnym i zawodowym. Wynika to prawdopodobnie z obciążenia pracą w systemie zmianowym, co w konsekwencji oznacza pracę w nocy, święta i weekendy – często kosztem rodziny i właśnie życia prywatnego. Należy w tym miejscu zwrócić uwagę na fakt, że nadmierne obciążenie pracą nie sprzyja nawiązywaniu przyjaznych relacji z innymi ludźmi tak w miejscu pracy, jak i poza nim, nie przyczynia się do budowy długotrwałych więzi z klientami, opartych na wzajemnym zrozumieniu i lojalności, nie ułatwia także podnoszenia jakości pracy. W sytuacji przeciążenia pracą trudno spełniać oczekiwania, że pracownicy wykażą się kreatywnością i innowacyjnością²⁸⁰.

Szczegółowe porównanie pożądanej i rzeczywistej strategii i kultury przedstawiono na rysunku poniżej.

²⁸⁰ Simpson D., *Istota i konsekwencje ekonomiczne wypalenia zawodowego*, Biznes międzynarodowy w gospodarce globalnej, nr 32, Gdańsk 2013, s. 196

Rys. 5.3. Kultura organizacyjna w jednostkach systemu PRM. Stan faktyczny *versus* stan najbliższy do idealnego w obecnych warunkach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce według ekspertów w zarządzaniu jednostkami systemu PRM

	Sytuacja A	1 2 3 4 5	Sytuacja B
Strategia	Perfekcyjna		Kreatywna
Sposób pracy	Pełna standaryzacja postępowania ratowniczego.		Brak standaryzacji postępowania ratowniczego.
Stosunek do realizowanych zadań	Nasze cele i zakres zadań są stałe. Skupiamy się na jak najlepszej ich realizacji.		W pracy koncentrujemy się na poszukiwaniu nowych zadań i celów.
Sposób rozwiązywania problemów	Formalizacja, standaryzacja, procedury.		Rozwiązania nieformalne, brak standardów i procedur.
Podejście do problemów podczas realizacji zadań	Pracujemy w ramach znanych, sprawdzonych możliwości sprostania oczekiwaniom.		Pracujemy w ramach nowych, niesprawdzonych możliwości sprostania oczekiwaniom.
Współpraca członków organizacji	W pracy dominuje praca zespołowa.		W pracy dominuje praca indywidualna.
Poziom tolerancji niepewności	Niski	1 2 3 4 5	Wysoki
Poziom stabilizacji w pracy	Pracownikom trzeba zapewniać wysoką stabilność w pracy.		Pracownikom trzeba zapewniać wyzwania w pracy.
Czynniki motywujące	Najbardziej pracowników motywuje stabilność i poczucie bezpieczeństwa.		Najbardziej pracowników motywują osiągnięcia i uznanie.
Skutki niepewności w organizacji	Rozwój organizacji jest możliwy tylko w stabilnym otoczeniu.		Niepewność jest nieodłącznym elementem życia organizacyjnego.
Plany działania organizacji	Organizacja powinna działać zgodnie z jednym planem.		Organizacja powinna dopuszczać wiele wariantów działań.
Wpływ zmian na organizację	Szybkie zmiany są zagrożeniem dla organizacji.		Szybkie zmiany są szansą dla organizacji.

Poziom sformalizowania	Naszą pracę trzeba porządkować za pomocą ogólnych i szczegółowych reguł organizacyjnych (procedury, regulaminy).		Naszej pracy nie da się ująć w ścisłe reguły, dlatego trzeba ograniczać liczbę reguł organizacyjnych (procedur, regulaminów).
Poziom kolektywizmu	Wysoki	1 2 3 4 5 	Niski
Stopień niezależności	Pracownik jest częścią większej grupy, zależy od grupy.		Pracownik jest niezależną jednostką.
Pochodzenie tożsamości jednostki	Tożsamość pracownika wynika z przynależności do grupy.		Tożsamość pracownika wynika z jego niepowtarzalnej osobowości.
Stopień integracji jednostki z organizacją	Pracownicy czują się zintegrowani emocjonalnie z organizacją.		Pracownicy nie czują się zintegrowani emocjonalnie z organizacją.
Przynależność do grupy	Ważna jest przynależność do organizacji i jej sukces.		Ważne są indywidualne osiągnięcia.
Prywatność	Życie prywatne podporządkowane pracy zawodowej.		Istnieje równowaga między życiem prywatnym i zawodowym.
Przyjaźń	Przyjaźnie w pracy są bardzo ważne i trwałe.		Przyjaźnie w pracy są mniej istotne.
Podejmowanie decyzji	W organizacji panuje zaufanie do decyzji grupowych.		W organizacji panuje zaufanie do decyzji indywidualnych.
Odpowiedzialność	Jesteśmy odpowiedzialni za bliźnich.		Każdy sam musi być kowalem swego losu.
Poziom innowacyjności	Wysoki		1 2 3 4 5 
Orientacja na zmiany	Orientacja na zmianę w organizacji.		Orientacja na utrzymanie status quo w organizacji.

Przedsiębiorczość	Pracownicy szukają pomysłów na usprawnianie swojego miejsca pracy.		Pracownicy nie szukają pomysłów na usprawnianie swojego miejsca pracy.
Podejście do tradycji	Tradycja traktowana z dystansem jako ciężar.		Tradycja traktowana z szacunkiem, jako wzorzec.
Szacunek dla autorytetów	Podważanie wartości autorytetów, stawianie na „nową krew”.		Duży szacunek dla doświadczenia w organizacji.
Podejście do informacji	Akceptacja działań w warunkach deficytu informacji.		Działanie możliwe tylko w warunkach pełnej informacji.

— - stan najbliższy do idealnego w obecnych warunkach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce

— - stan faktyczny

Źródło: opracowanie własne na podstawie indywidualnego wywiadu z członkami panelu ekspertów oraz zogniskowanego wywiadu grupowego z udziałem ekspertów w zarządzaniu jednostkami systemu PRM.

Wyniki badania wskazują kierunki wzmocnienia rzeczywistej kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM. Z tego wynika, że funkcje kultury organizacyjnej (integracja, percepcja, adaptacja, identyfikowanie się z organizacją i poczucie wspólnoty), które wydają się być niezwykle istotne na potrzeby niniejszej dysertacji z powodów opisanych w rozdziale I, są w badanych jednostkach spełniane jedynie w średnim stopniu. Wzmocnienie kultury organizacyjnej w pożądanym kierunku spowoduje również silniejsze spełnianie jej funkcji. Jednocześnie podczas korekty kultury w pożądanym kierunku należy pamiętać, aby swoimi działaniami nie zaburzyć elementów związanych z kulturą bezpieczeństwa zarówno jednostek systemu PRM, jak i pacjentów. Kultura bezpieczeństwa nie jest przedmiotem rozważań w niniejszej dysertacji, jednakże wiele publikacji literaturowych przytoczonych w rozdziale III dotyczy właśnie tego obszaru, a autorzy wskazują na ważność tego aspektu działalności zespołów ratownictwa medycznego. Kultura bezpieczeństwa to kultura, której wartościami krańcowymi są kultura poszukiwania ryzyka oraz kultura bezwzględnego bezpieczeństwa²⁸¹. Zatem podczas korekty kultury systemu PRM należy pamiętać o tym, aby działania korygujące nie zbliżały jej w kierunku kultury poszukiwania ryzyka, tzn. w kierunku

²⁸¹ Studenski R., *Kultura bezpieczeństwa pracy w przedsiębiorstwie*, „Bezpieczeństwo pracy: nauka i praktyka”, tom 9/2000, Warszawa 2000, s. 2

pewnych specyficznych właściwości zwiększających prawdopodobieństwo wypadków i katastrof²⁸².

Wartym zauważenia wydaje się być fakt, że ponad 30% zespołów ratownictwa medycznego stacjonujących na terenie kraju jest zorganizowanych w strukturze szpitali, a z przeglądu badań nad kulturą organizacyjną w jednostkach medycznych przeprowadzonego na potrzeby niniejszej pracy w rozdziale III wynika, że w publicznych szpitalach w Polsce dominuje model kultury łączący słabą, hierarchiczną i konserwatywną kulturę organizacyjną (badania Ł. Sułkowskiego). Taki stan rzeczy pozostaje, szczególnie w zakresie wymiaru konserwatyzm – innowacyjność, niezgodny z pożądanym w systemie PRM średnim poziomem innowacyjności. W tej sytuacji możemy mieć do czynienia z dysonansem kulturowym, tzn. sytuacją, w której ludzie uświadamiają sobie odmiennosć własnych reakcji kulturowych w danej sprawie. Może to być przyczyną konfliktów i nieporozumień między pracownikami²⁸³. Zasadnym zatem wydaje się uwzględnienie tego aspektu podczas dokonywania „korekty kursu” kultury organizacyjnej jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Przyczyny odmiennosć kultur, które mogą powodować dysonans kulturowy można podzielić na uniwersalne i organizacyjne. Uniwersalne przyczyny dysonansu kulturowego to:

- lokalizacja geograficzna,
- religia,
- płeć,
- więź pokoleniowa,
- przynależność do klasy społecznej.

W przypadku tych, z którymi mamy do czynienia w badanym obszarze, należy raczej mówić o czynnikach organizacyjnych, związanych ze złożonością organizacji²⁸⁴. Organizacyjne przyczyny zróżnicowania kulturowego według różnych autorów przedstawia poniższa tabela.

²⁸² Studenski R., *op. cit.*, s. 2

²⁸³ Sikorski. Cz., *Kultura organizacyjna*, CH Beck, Warszawa 2006, s. 24

²⁸⁴ Tamże, s. 27-28

Tabela 5.12. Organizacyjne przyczyny dysonansu kulturowego według różnych autorów

Autor	Organizacyjne przyczyny dysonansu kulturowego
<i>Schein E. H.</i>	Zróżnicowanie funkcjonalne, geograficzne, asortymentowe, rynkowe, poziom zarządzania w działalności organizacji.
<i>Wilkins A. L.</i>	Podział pracy i odmienne, w związku z tym, warunki, w jakich pracują różne grupy ludzi.
<i>Hodkinson C.</i>	Miejsce zajmowane przez ludzi w hierarchii zarządzania.
<i>Raelin J.A.</i>	Zróżnicowanie zawodowe pracowników.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Sikorski. Cz., Kultura organizacyjna, CH Beck, Warszawa 2006, s.28

W przypadku badanej w niniejszej pracy organizacji zasadnym wydaje się przyjęcie, że zróżnicowanie kulturowe pomiędzy jednostkami systemu PRM a szpitalami, w których strukturze są zorganizowane, wynika z podziału pracy i odmiennych warunków, w jakich pracują. Pierwsi pracują w warunkach pozaszpitalnych, które można często nazwać polowymi przy uwarunkowaniach opisanych we wcześniejszych rozdziałach - mają dostępny ambulans ze sprzętem będącym na jego wyposażeniu, wiedzę i umiejętności nabyte w procesie szkolenia, a jednocześnie pracują pod bardzo dużą presją czasu. Drudzy zaś pracują w szpitalu z dostępem do zaplecza diagnostycznego i konsultacyjnego - sprzętem będącym na wyposażeniu szpitala i dostępem do specjalistów w różnych dziedzinach medycznych.

Na poziomie norm, wartości i podstawowych założeń wzmocnienia wymagają cztery z zaproponowanych do oceny przez członków zespołów ratownictwa medycznego elementów: dwóch związanych z poczuciem zespołowości (jesteśmy prawdziwym zespołem, czujemy się częścią naszej organizacji) oraz dwóch związanych z postrzeganiem pacjentów (nie jesteśmy uprzedzeni wobec pacjentów, zachowujemy dystans emocjonalny wobec pacjentów). Korekta powinna polegać na większym upowszechnieniu tych wartości. W tym miejscu należy przypomnieć, że na ratownikach medycznych i pielęgniarkach systemu spoczywa ciężar przekazania norm i wartości obowiązujących w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne nowym pracownikom, także lekarzom (w tej grupie zawodowej występuje dość duża rotacja), jak i innym grupom zawodowym.

4. Ocena dopasowania rzeczywistej kultury organizacyjnej jednostek PRM do warunków funkcjonowania systemu

Na wstępie właściwym wydaje się krótkie przypomnienie jakie, na potrzeby niniejszej pracy, zidentyfikowano uwarunkowania funkcjonowania systemu PRM. Listę tych uwarunkowań przedstawia tabela poniżej.

Tabela 5.13. Uwarunkowania funkcjonowania systemu PRM

Uwarunkowania	
<i>Wewnętrzne</i>	<i>Zewnętrzne</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Styl zarządzania kierownika. • Zachowania pracowników. • Organizacja pracy (praca zespołowa/indywidualna). • Poziom standaryzacji procesów. • Wyposażenie w sprzęt medyczny, tabor samochodowy, sprzęt łączności, system teleinformatyczny. 	<ul style="list-style-type: none"> • Uwarunkowania społeczne, w tym potrzeby pacjentów. • Otoczenie prawne. • Rozwój techniki i technologii światowej sprzętu medycznego, taboru samochodowego, sprzętu łączności, systemu teleinformatycznego. • Oczekiwania organów administracji rządowej. • Podległość jednostki (jednostka samodzielna/jednostka w strukturze szpitala). • Kształcenie przez uczelnie – wartości przekazywane w trakcie edukacji wyższej.

Źródło: opracowanie własne

W przebiegu przeprowadzonych badań stwierdzono rozbieżności na poziomie strategii i występowanie „luki kulturowej” między stanem faktycznym, a najbliższym do idealnego w obecnych warunkach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce. Sytuację tę oraz skutki takiego stanu rzeczy prezentuje tabela 5.14. Lista skutków powstała na podstawie indywidualnych wywiadów z kadrą zarządzającą zespołami ratownictwa medycznego (7 osób) oraz wywiadu z Konsultantem Krajowym w dziedzinie medycyny ratunkowej. W przypadku strategii perfekcyjnej rozbieżności wynikają z „luki kulturowej” na poziomie poszczególnych orientacji. Przyjęte w rozdziale II niniejszej pracy podejście w odniesieniu do strategii dotyczy długiego horyzontu czasowego, gdzie strategia traktowana jest jako determinanta kultury organizacyjnej. Stąd rozbieżności na poziomie strategii wynikają najprawdopodobniej z istniejącej luki kulturowej. Należy jednak podkreślić, że osiągnięcie strategicznego

sukcesu jest realne jedynie wówczas, kiedy strategia i kultura są zgodne i spójne, a więc nie wykluczają się wzajemnie²⁸⁵. Skutkiem rozbieżności strategii między stanem faktycznym a najbliższym do idealnego jest zbyt niski poziom stałego doskonalenia aktualnie realizowanych zadań i celów oraz zbyt niski poziom wypełniania misji systemu PRM, a misją jest zapewnienie pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Należy w tym miejscu zwrócić uwagę na fakt, że strategia oznacza długofalową koncepcję rozwoju, określającą dalekosiężne cele i sposoby ich osiągnięcia, mającą zasadniczy wpływ na życie lub śmierć, na sukces lub porażkę firmy²⁸⁶, co wskazuje na to, że konsekwencje działania niezgodnego ze strategią mogą być bardzo poważne.

²⁸⁵ Baruk A., *Nowoczesna strategia marketingowa. Aspekty strukturalne i procesowe*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002, s. 48

²⁸⁶ Kaleta A., *Strategia konkurencji w przemyśle*, „Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu. Monografie i Opracowania”, nr 136, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego, Wrocław 2000, s. 27; Obłój K., *Strategia organizacji*, PWE, Warszawa 2014, s. 16
196

Tabela 5.14. Skutki występowania „luki kulturowej”

Parametry orientacji kulturowej	Opis luki kulturowej	Skutki występowania „luki kulturowej”
<i>Poziom tolerancji niepewności</i>		
Poziom stabilizacji w pracy	<p>Zbyt wysoki poziom tolerancji niepewności:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zbyt mała stabilność w pracy; • Zbyt szybkie zmiany zewnętrzne, które zagrażają organizacji; • Za mało uregulowana praca za pomocą procedur i regulaminów. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pracownicy wymyślają własne rozwiązania problemów pomimo, że poza organizacją są dostępne standardowe, sprawdzone rozwiązania; • Brak pewnych standardów w sytuacji zagrożenia życia zmniejsza szanse na uratowanie pacjenta; • Niewystarczająca liczba standardów i procedur powoduje, że wdrożenie nowych pracowników jest bardziej czasochłonne; • Zmiany w otoczeniu prawno-regulacyjnym powodują niepokój i frustrację pracowników.
Skutki niepewności w organizacji		
Wpływ zmian na organizację		
Poziom sformalizowania		
<i>Poziom kolektywizmu</i>		
Stopień niezależności	<p>Zbyt niski poziom kolektywizmu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zbyt niski poziom utożsamiania się pracowników z zespołem, w szczególności lekarzy, dla których jest to dodatkowa praca; • Zbyt słaba integracja emocjonalna pracowników z organizacją; • Brak równowagi między życiem prywatnym i zawodowym – życie prywatne podporządkowane życiu zawodowemu; • Indywidualne osiągnięcia są ważniejsze od przynależności do organizacji i jej sukcesu; • Zbyt małe znaczenie i trwałość przyjaźni w pracy; • Zbyt niski poziom odpowiedzialności za bliźnich. 	<ul style="list-style-type: none"> • Brak zaufania i otwartości pomiędzy członkami zespołu; • Niskie poczucie jedności i koleżeństwa; • Brak konstruktywnej dyskusji, otwartej rozmowy o problemach i błędach, ignorowanie problemów; • Brak wspólnego rozwiązywania problemów; • Problemy w pracy zespołu w sytuacjach zagrożenia życia pacjenta objawiające się nieporozumieniami, błędami, nietrafnymi decyzjami, konfliktami; • Niski poziom zaangażowania pracowników; • Słaba motywacja do pracy; • Praca odbywa się kosztem rodziny i życia prywatnego, co może powodować szybsze wypalenie zawodowe; • Niewystarczające dzielenie się wiedzą w zespole/ Obniżony poziom przekazywania sobie w zespole „technikaliów”, związanych z codzienną pracą, ale przede wszystkim misji systemu PRM;
Pochodzenie tożsamości jednostki		
Stopień integracji jednostki z organizacją		
Przynależność do grupy		
Prywatność		
Przyjaźń		
Odpowiedzialność		

		<ul style="list-style-type: none"> • Wydłużony czas uzyskiwania docelowych kompetencji przez nowych pracowników; • Niewykorzystywanie potencjału wszystkich członków zespołu; • Niska lojalność pracowników wobec zespołu; • Zwiększona rotacja pracowników (odchodzenie z zespołu).
Poziom innowacyjności		
Podejście do tradycji	Zbyt niski poziom innowacyjności do wewnątrz organizacji:	<ul style="list-style-type: none"> • Skupianie się na sprawdzonych rozwiązaniach; • Niewielka liczba oddolnych inicjatyw racjonalizatorskich; • Blokowanie innowacyjności nowych pracowników („podcinanie skrzydeł”); • Niechęć do uczenia się nowych technik i narzędzi; • Opór przed zmianami w organizacji i sposobie pracy.
Szacunek dla autorytetów	<ul style="list-style-type: none"> • Przeważa orientacja na utrzymanie status quo, zbyt słaba orientacja na zmiany w organizacji • Tradycja traktowana ze zbyt dużym szacunkiem, jako wzorzec; • Zbyt duża wiara w wartość autorytetów – niewystarczające stawianie na „nową krew”. 	

Źródło: opracowanie własne na podstawie indywidualnych wywiadów z kadrą zarządzającą zespołami ratownictwa medycznego (7 osób) oraz wywiadu z Konsultantem Krajowym w dziedzinie medycyny ratunkowej

Wśród zidentyfikowanych skutków występowania „luki kulturowej” do najczęściej występujących, zdaniem kadry zarządzającej zespołami ratownictwa medycznego i Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej, należą:

1) w zakresie poziomu tolerancji niepewności:

- brak pewnych standardów w sytuacji zagrożenia życia zmniejsza szanse na uratowanie pacjenta,
- zmiany w otoczeniu prawno-regulacyjnym powodują niepokój i frustrację pracowników;

2) w zakresie poziomu kolektywizmu:

- niskie poczucie jedności i koleżeństwa,
- brak konstruktywnej dyskusji, otwartej rozmowy o problemach i błędach, ignorowanie problemów,
- brak wspólnego rozwiązywania problemów,
- niski poziom zaangażowania pracowników,
- słaba motywacja do pracy,
- praca odbywa się kosztem rodziny i życia prywatnego, co może powodować szybsze wypalenie zawodowe;

3) w zakresie poziomu innowacyjności:

- skupianie się na sprawdzonych rozwiązaniach.

Częstotliwość występowania pozostałych skutków „luki kulturowej” jest mniejsza. W tym miejscu należy zwrócić uwagę na to, że skutki występowania luki pojawiają się w różnej intensywności i skali, mogą dotyczyć np. niektórych zespołów, niektórych członków zespołów, mogą również występować okresowo.

Zapewnienie rozwoju organizacji wymaga kultury o określonym poziomie tolerancji niepewności. Zmieniające się warunki pracy mogą stanowić skuteczny bodziec do rozwoju. Z drugiej strony, brak stabilności w pracy może wpływać dezorganizująco. Z przeprowadzonego badania wynika, że w systemie brakuje stabilności, a bardzo zmienne i nieprzewidywalne otoczenie oraz niewystarczająca liczba standardów i procedur zgodnych z aktualną wiedzą medyczną w zakresie medycyny ratunkowej są oceniane negatywnie przez uczestników systemu. Tak, więc „luka kulturowa” na poziomie tolerancji niepewności może powodować spowolnienie rozwoju organizacji, ale także obniżenie sprawności, rozumianej jako skuteczność i efektywność działania systemu PRM.

Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa samodzielnej stacji ratownictwa medycznego:

„Brak pewności co do prawidłowości postępowania rodzi niepokój. Niestosowanie się do reguł panujących w organizacji, bo w innej robi się inaczej, naraża na konflikty zarówno wśród członków ZRM, jak i z przełożonymi. Prowadzi do angażowania się przełożonych w rozwiązywanie problemów, które powinny być rozwiązywane na poziomie ZRM”.

Z-ca Kierownika ZRM w strukturze szpitala:

„Obecna sytuacja jeśli chodzi o poziom tolerancji niepewności powoduje brak 100% zaangażowania, brak zaufania do kolegów z pracy i kadry zarządzającej, błędy w podejmowaniu słusznych/właściwych decyzji (brak dostatecznego opanowania zmieniających się szybko wytycznych/zaleceń jak i brak jasnych schematów/standardów postępowania), co w dalszym ciągu będzie pogłębiało ten brak zaufania i zwiększało ilość popełnianych błędów”.

Dyrektor Naczelny samodzielnej stacji ratownictwa medycznego:

„Wysoki poziom tolerancji niepewności w zakresie wskazanym jako „luka kulturowa” będzie negatywnie wpływać na jakość pracy zespołów. Szybko zmieniające się i pojawiające nowe zmiany ustawowe, rozporządzenia, zarządzenia, wytyczne, dobre praktyki itd. wymagają od pracodawcy przekazania jasnych wytycznych do codziennej pracy ZRM. Spójnych w jednostkach ZRM w całym kraju (...)”.²⁸⁷

Przejawy kolektywizmu powodują, że nowym pracownikom przekazywane są nie tylko tak zwane „technikalia”, związane z codzienną pracą, ale także, a może przede wszystkim misja, bez rozumienia której wykonywanie zadań statutowych systemu PRM z dużym zaangażowaniem i poświęceniem byłoby bardzo utrudnione. Nie jest to łatwe, gdyż pracownicy zespołów ratowniczych pracują w zmiennych składach (praca zmianowa). Jak ważnym aspektem działalności badanej organizacji jest praca zespołowa wskazuje fakt, że na całość systemu składa się wiele zespołów pracowniczych stacjonujących na terenie całego kraju. Sprawność działania tych najmniejszych elementów systemu zależy od zespołowego działania. Dotyczy to w szczególności zdarzeń mnogich, w których poszkodowanych jest wiele osób. W takim

²⁸⁷ Odpowiedzi z indywidualnego wywiadu z osobami zarządzającymi w podmiotach leczniczych, których zespoły wypełniały kwestionariusz ankiety, na pytanie: „Jakie, w Pani/Pana ocenie, mogą być skutki omówionych przed chwilą rozbieżności kulturowych w codziennej działalności zespołów ratownictwa medycznego?”

przypadku zespołowo musi działać kilkunastu lub kilkudziesięciu pracowników systemu PRM, z różnych grup zawodowych. Zbyt niski poziom kolektywizmu będzie zatem powodował obniżenie sprawności działania systemu PRM, ale także stopniową utratę wiedzy na temat realizacji założeń misji organizacji.

Dyrektor Naczelny samodzielnej stacji ratownictwa medycznego:

„Niski poziom kolektywizmu będzie miał negatywny wpływ na jakość pracy i ustabilizowanie jej na niskim poziomie satysfakcji zarówno pracownika, jak i pacjenta. Wyolbrzymiane będą zdarzenia odbiegające od przeciętnej zarówno w dobrą, jak i złą stronę”.

Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa samodzielnej stacji ratownictwa medycznego:

„Skutkami niskiego poziomu kolektywizmu może być frustracja, zmęczenie, szybkie wypalenie. Ryzyko niewłaściwego sposobu obniżania napięcia, np. poprzez używki”.

Z-ca Kierownika ZRM w strukturze szpitala:

*„Zbyt niski poziom kolektywizmu będzie powodował brak zżycia, właściwej współpracy w zespołach, wymuszał częste zmiany (brak stałości składu zespołu), co w sposób oczywisty będzie odbijało się na jakości pracy i brakach kadrowych (z powodu rezygnacji z pracy z powodu np. niezdrowej atmosfery)”.*²⁸⁸

Oczywistym wydaje się być założenie stanowiące, że dla pełnego i efektywnego wypełniania standardów opisanych wcześniej niezbędny jest nowoczesny i niezawodny sprzęt medyczny oraz uczenie się tych standardów. Specjalistyczne środki transportu sanitarnego nowoczesny system łączności oraz system teleinformatyczny dopełniają obraz innowacyjności (do wnętrza organizacji). Pracownicy powinni posługiwać się najnowszymi dostępnymi technologiami w tym zakresie, bo służą one wypełnianiu zadań statutowych systemu PRM. Dopiero tak skompletowane nowoczesne, wręcz innowacyjne rozwiązania zwiększają prawdopodobieństwo powodzenia podjętych czynności. Nauka, szkolenia, sprzęt i standardy - rozwijanie aktywów i umiejętności w organizacji mogą dopiero być powodem wysokiej sprawności. Zaś niski poziom innowacyjności (do wnętrza organizacji) powoduje niewystarczający poziom rozwijania

²⁸⁸ Odpowiedzi z indywidualnego wywiadu z osobami zarządzającymi w podmiotach leczniczych, których zespoły wypełniały kwestionariusz ankiety, na pytanie: „Jakie, w Pani/Pana ocenie, mogą być skutki omówionych przed chwilą rozbieżności kulturowych w codziennej działalności zespołów ratownictwa medycznego?”

aktywów i umiejętności (poprzez uczenie się) w organizacji oraz obniżenie efektywności i skuteczności działania systemu PRM.

Dyrektor Naczelny samodzielnej stacji ratownictwa medycznego:

„Brak zmian w organizacji w zakresie wprowadzania nowych rozwiązań organizacyjnych, sprzętu, szkoleń, procedur, wzorowanie się tylko na starych rozwiązaniach skutkować będzie brakiem rozwoju (uwstecznianiem się), a co za tym idzie obniżaniem jakości udzielanych świadczeń medycznych (zmniejszaniem się skuteczności udzielanej pomocy)”.

Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa samodzielnej stacji ratownictwa medycznego:

„Niski poziom innowacyjności powodować będzie niechęć do zmian (bo tak robiliśmy dotąd i było dobrze), branie przykładu z osób z długim stażem pracy, ale już wypalonych zawodowo – zarażanie negatywnym podejściem do pacjentów, organizacji”.

Z-ca Kierownika ZRM w strukturze szpitala:

„Niska innowacyjność spowoduje zacofanie, luki w kształceniu, postępowanie niezgodne ze schematami/standardami ze wszystkimi tego konsekwencjami włączając prawne, moralne i inne. Dodatkowo przekazując te negatywne wzorce kolejnym pokoleniom. Co w oczywisty sposób wykluczy taką jednostkę i spowoduje utratę powagi, zaufania społecznego, o kosztach prawnych, a co za tym idzie finansowych nie wspomnę.”²⁸⁹

Wszystkie aspekty opisane powyżej w zakresie wybranych orientacji kulturowych mają wpływ na obniżenie efektywności i skuteczności działania systemu PRM. W związku z tym właściwym wydaje się stwierdzenie, że obniżenie sprawności systemu PRM ogranicza wypełnienie jego celów strategicznych oraz misji systemu w postaci zapewnienia pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. W tym miejscu należy przypomnieć, że strategia perfekcyjna charakteryzuje się stałym doskonaleniem aktualnie realizowanych zadań i celów, co zwiększa prawdopodobieństwo wypełnienia tak sformułowanej misji.

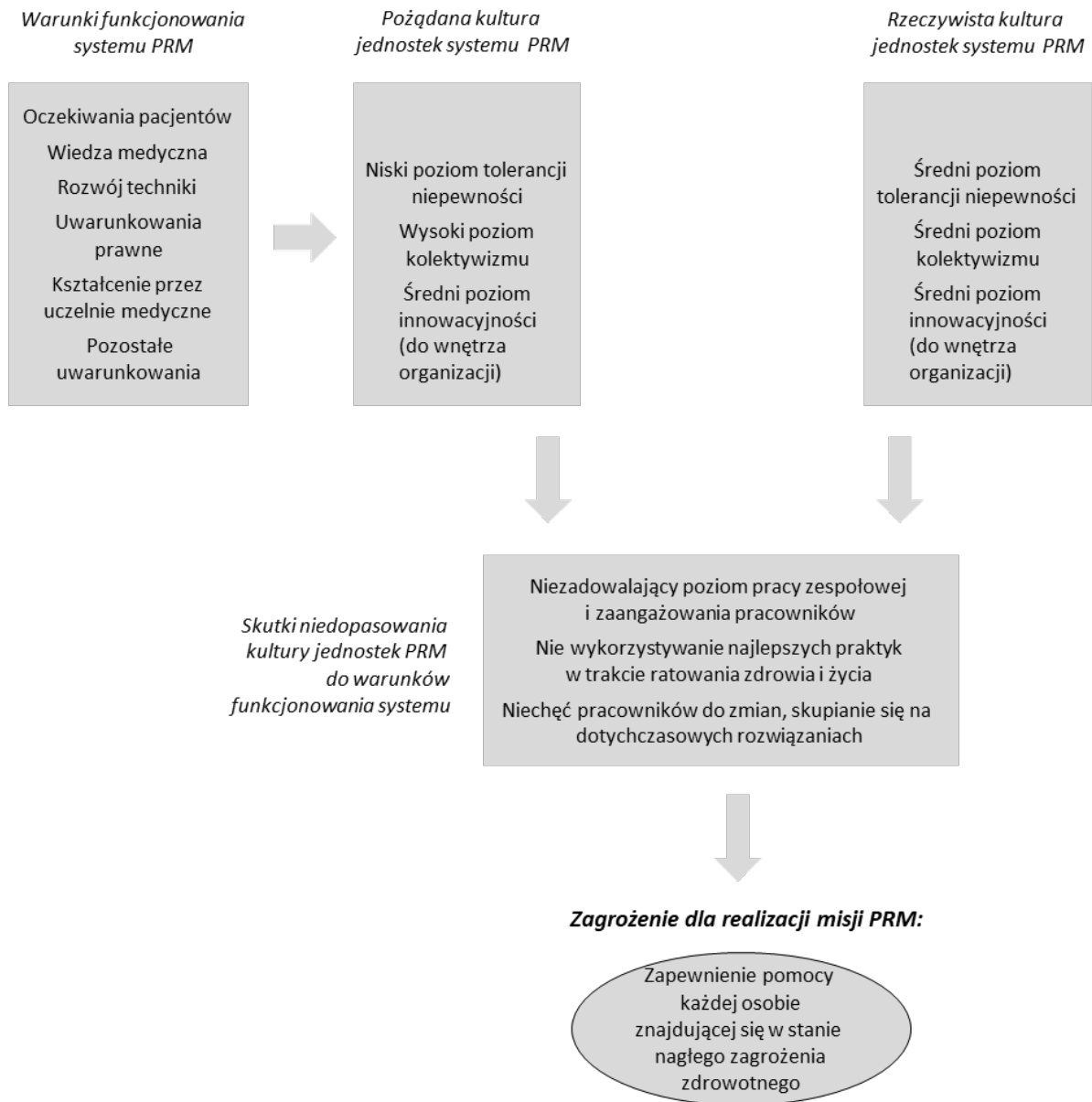
Na poziomie norm, wartości i podstawowych założeń wzmocnienia wymagają cztery z badanych elementów. Dwa z nich („jesteśmy prawdziwym zespołem”,

²⁸⁹ Odpowiedzi z indywidualnego wywiadu z osobami zarządzającymi w podmiotach leczniczych, których zespoły wypełniały kwestionariusz ankiety na pytanie: „Jakie, w Pani/Pana ocenie, mogą być skutki omówionych przed chwilą rozbieżności kulturowych w codziennej działalności zespołów ratownictwa medycznego?”

„czujemy się częścią naszej organizacji”) związane są ze zbyt niskim poziomem kolektywizmu. Co powoduje skutki opisane podczas rozważań związanych z tą orientacją. Kolejne dwa związane z postrzeganiem pacjentów („nie jesteśmy uprzedzeni wobec pacjentów”, „zachowujemy dystans emocjonalny wobec pacjentów”) mogą powodować skutki podobne do tych opisanych powyżej. Wynika to z tego, że mając do czynienia z tego typu emocjami członkowie zespołów ratownictwa medycznego mogą zlekceważyć lub nieprawidłowo rozpoznać zachorowanie, z którym mają do czynienia i wdrożyć niewłaściwe działania, a kluczowe w przypadku badanej organizacji jest udzielenie pomocy medycznej wszystkim, którzy będą na terenie kraju w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, w sposób możliwie jak najskuteczniejszy.

Stopień dopasowania rzeczywistej kultury do warunków funkcjonowania systemu PRM i wynikające z tego skutki podsumowuje poniższy rysunek.

Rys. 5.4. Ocena dopasowania rzeczywistej kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM do warunków funkcjonowania systemu i wynikające z tego skutki



Źródło: opracowanie własne

VI. Koncepcja doskonalenia kultury organizacyjnej jednostek Państwowego Ratownictwa Medycznego

1. Wprowadzenie

Kultura organizacyjna to system założeń, wartości i norm społecznych, będących stymulatorami tych zachowań członków organizacji, które są istotne z punktu widzenia realizacji przyjętych celów²⁹⁰. Podstawowy cel systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne wynika z zapisów ustawowych, jest nim zapewnienie pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Celem proponowanej zmiany, zgodnie z celem aplikacyjnym rozprawy doktorskiej, jest **dostosowanie kultury organizacyjnej jednostek Państwowego Ratownictwa Medycznego do warunków funkcjonowania systemu PRM**. Realizacja tak postawionego celu wymaga „korekty kursu” kultury organizacyjnej opisywanej przez M. Czerską²⁹¹, prowadzącej do zmniejszenia zidentyfikowanej luki między pożądaną a dotychczasową kulturą.

Zgodnie z przeprowadzoną w poprzednim rozdziale analizą **zmiany wymagają wszystkie wymiary kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM:**

- zwiększenie stopnia kolektywizmu w jednostkach,
- obniżenie poziomu tolerancji niepewności pracowników,
- zwiększenie poziomu innowacyjności pracowników (do wnętrza organizacji).

Na tej podstawie można określić **kierunek zmian w postawach i zachowaniach**²⁹² **pracowników jednostek systemu PRM:**

- zwiększenie roli pracy zespołowej w jednostkach PRM,
- wzrost poczucia przynależności pracowników do organizacji i zespołu,
- zmniejszenie uprzedzeń wobec pacjentów oraz zachowanie wobec nich dystansu emocjonalnego,
- wzrost innowacyjności pracowników,
- zwiększenie roli dzielenia się wiedzą wśród pracowników,

²⁹⁰ Definicja wg Cz. Sikorskiego przyjęta w rozdziale I jako najbardziej trafna i wyczerpująca na potrzeby niniejszej pracy

²⁹¹ Czerska M., *Zmiana...*, op. cit., s. 43-78

²⁹² Postawy to stosunek (podejście) pracowników do proponowanych zmian kulturowych; zachowania to sposób, w jaki realizują swoje zadania pracownicy w celu realizacji zmiany kulturowej

- częstsze wykorzystywanie standardowych, sprawdzonych rozwiązań w sytuacji zagrożenia życia pacjenta.

Osobami objętymi zmianami będą pracownicy zespołów PRM (lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni i kierowcy) oraz kadra zarządzająca zespołami ratownictwa medycznego, zarówno w samodzielnych jednostkach ratownictwa medycznego jak i w komórkach ratownictwa medycznego w szpitalach. Dodatkowo zaangażowani zostaną decydenci ze strony samorządowej i rządowej, Parlament, NFZ, a także pracownicze organizacje branżowe. Interesariuszami zmiany będą pacjenci, ale także organizacje zajmujące się prawami pacjentów.

Zmiany kultury mogą być wprowadzane w różny sposób. L. Zbiegień-Maciąg²⁹³ wskazuje na trzy podejścia:

- rewolucyjne, w ramach którego zakłada się, że aby zbudować „nowe”, należy zburzyć „stare”,
- ewolucyjne, w którym stopniowe zmiany są rozłożone w procesie i w czasie,
- hybrydowe, w którym do dotychczasowych wartości próbuje się dołączać nowe (choć jak zauważa badaczka prowadzi to do pluralizmu wartości i jednocześnie pewnego chaosu w tym zakresie).

Z przeprowadzonych badań wynika, że zdiagnozowana „luka kulturowa” ma umiarkowaną wielkość i nie wymaga rewolucyjnych zmian. Co więcej, przedmiot działalności PRM związany jest ze zdrowiem i życiem pacjentów, stąd rewolucyjne zmiany mogłyby skutkować niebezpiecznymi skutkami ubocznymi. Wydaje się, że **najbardziej uzasadnione będzie podejście ewolucyjne**. Kluczowym zadaniem stanie się więc określenie działań służących ewolucji obecnej kultury w stronę jej pożądanego obrazu oraz ułożenie z nich pewnej logicznej sekwencji w czasie. Zastosowanie orientacji ewolucyjnej oznacza, że nie będą konieczne działania radykalne, np. związane z wymianą kadry kierowniczej. Naturalnie dokonana diagnoza kultury jest pewnym uśrednieniem sytuacji w różnych zespołach PRM w całym kraju i mogą się zdarzyć sytuacje, gdy ewolucyjna zmiana kultury danej jednostki nie będzie wystarczająca.

²⁹³ Zbiegień-Maciąg L., *Kultura w organizacji*. ..., op. cit., s. 90

Przy opracowaniu koncepcji zmian zastosowano podejście ewolucyjne oraz **wykorzystano następujące modele:**

1. Model J.B. Minera podkreślający konieczność identyfikacji obowiązujących i pożądanych norm kulturowych, następnie określenie luk pomiędzy nimi i zaprojektowanie działań mających na celu eliminację luk²⁹⁴.
2. Proces „korekty kursu kultury” zaproponowany przez M. Czerską, biorący pod uwagę specyfikę organizacji, pozwala na łagodną, rozciągniętą w czasie zmianę, z uwzględnieniem uczestnictwa i opinii zainteresowanych. Punktem wyjścia do zmiany w tym procesie jest strategia organizacji.
3. Model K. Lewina rekomendujący etapowe wdrażanie zmian organizacyjnych, które mogą się spotkać z istotnym oporem. Zgodnie z modelem wprowadzenie zmiany powinno zostać poprzedzone etapem rozmrożenia, w wyniku którego pracownicy uznają konieczność wprowadzenia zmiany. Po implementacji zmiany konieczne jest przeprowadzenie etapu tzw. zamrożenia, aby nadać zmianie trwały charakter.
4. W wymiarze dotyczącym innowacyjności pracowników wykorzystano model kultury wspierający kreatywność i innowacje, opracowany przez E. Martins i N. Martins²⁹⁵, który został opisany w rozdziale III niniejszej dysertacji (punkt 1). Spośród siedmiu filarów modelu autor wyłączył działania związane z podejmowaniem ryzyka przez pracowników i postawy przełożonych związane z tolerancją błędów. W działalności PRM mamy do czynienia z tak delikatną materią jak zdrowie i życie ludzkie, uzasadnione wydaje się więc stwierdzenie, że wprowadzanie tych elementów modelu może przynieść większe szkody niż korzyści. Ponadto strategia oparta na orientacji marketingowej na klienta może być trudna, a wręcz niemożliwa do wykonania. Dodatkowo dokonano przeglądu literatury²⁹⁶ na temat narzędzi stymulowania innowacyjności w organizacji. We

²⁹⁴ Miner J.B., *Organizational Behaviour. Performance and Productivity*, Random House, New York 1998. Cyt. za: Zbiegień-Maciąg L., *Kultura w organizacji*. ..., op. cit, s. 95

²⁹⁵ *Organizational Culture in a financial institution*, University of Pretoria, Pretoria 1987. Cyt. za: Jończyk. J., *Kształtowanie proinnowacyjnej kultury organizacyjnej w szpitalu publicznym*, „Zarządzanie zasobami ludzkimi”, nr 2/2011, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2011, s. 50-51

²⁹⁶ Między innymi: Szczepanik R. z zespołem, *Budowanie kultury innowacyjności. Przewodnik dla specjalistów HR, menedżerów i przedsiębiorców*, Fundacja Training Projects, Chorzów 2017; Kowalczyka L., Mroczko F. (red.), *Kreatywność, Innowacyjność, Przedsiębiorczość. Zarządzanie operacyjne w teorii i praktyce organizacji biznesowych, publicznych i pozarządowych*, Prace Naukowe Wałbrzyskiej Wyższej Szkoły Zarządzania i Przedsiębiorczości, Wałbrzych 2014; Fazlagić J., *Czy Twoja*

wszystkich przypadkach narzędzia opisane w literaturze wpisują się w model E. i N. Martins opisany powyżej, za wyjątkiem dwóch - wspieranie powstawania zespołów innowacyjnych oraz eliminacja arogancji i egoistycznych postaw²⁹⁷.

Dodatkowe założenia przyjęte przy projektowaniu planu zmian kulturowych:

1. Wybór ewolucyjnej orientacji wprowadzania zmian (inkrementalizmu kulturowego) umożliwia zastosowanie **podejścia partycypacyjnego** do zmiany kulturowej. Oznacza to aktywne zaangażowanie – w zależności od wielkości jednostki – istotnej części lub wszystkich pracowników w proces przygotowania i wdrożenia zmiany (powołanie zespołu ds. kultury – wykorzystanie „dźwigni zespołowej”, o której piszą M. Pedler i K. Aspinwall²⁹⁸). W rezultacie wzrasta prawdopodobieństwo utożsamiania się pracowników ze zmianą i zmniejsza się ryzyko oporów wobec niej. Wykorzystanie podejścia partycypacyjnego w jednostkach będzie prowadziło do projektowania różnych procesów zmiany, dostosowanych do celów i specyfiki danej jednostki (np. samodzielna jednostka ratownictwa medycznego w miejscowości X). Zaproponowana w niniejszym rozdziale koncepcja zmian stanowić więc będzie pewien ramowy program zmian, który może zostać wykorzystany jako punkt wyjścia do projektowania specyficznego procesu zmian w danej jednostce. Podejście partycypacyjne wykorzystywane będzie również na poziomie wojewódzkim i krajowym (wojewódzkie i ogólnopolskie zespoły ds. kultury).
2. Warunkiem rozpoczęcia procesu zmiany jest identyfikowanie się z nią naczelnego kierownictwa jednostek systemu PRM. Wprowadzaniu zmian powinien towarzyszyć szacunek dla pracowników i dotychczasowych wartości kulturowych.
3. Kluczową rolę we wdrażaniu zmian odgrywać będą ratownicy medyczni oraz pielęgniarki, czyli grupy zawodowe, które stanowią w odróżnieniu od lekarzy najbardziej stabilną część zespołów (dla wielu lekarzy jest to dodatkowa praca).

firma jest innowacyjna? Jak poszukiwać innowacji w sektorze usług? Odpowiedzi dla MSP, Polska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości, Warszawa 2012

²⁹⁷ Kowalczyka L., Mroczko F. (red.), *Kreatywność, Innowacyjność, Przedsiębiorczość. Zarządzanie operacyjne w teorii i praktyce organizacji biznesowych, publicznych i pozarządowych*, Prace Naukowe Wałbrzyskiej Wyższej Szkoły Zarządzania i Przedsiębiorczości, Wałbrzych 2014, s. 57-58

²⁹⁸ Pedler M., Aspinwall K., *Przedsiębiorstwo uczące się*, Wydawnictwo Petit, Warszawa, 1999, s. 103-104

4. Zmiany powinny zostać zaakceptowane przez na tyle dużą część pracowników ze wszystkich szczebli zarządzania, aby nabrały pewnej masy krytycznej i w rezultacie doprowadziły do trwałej transformacji kultury.
5. Zaproponowane działania powinny uwzględniać specyfikę podmiotów leczniczych – nie powinny być prostym przeniesieniem rozwiązań stosowanych w przedsiębiorstwach.
6. Zmiana kultury danej jednostki w systemie PRM może być w niej wprowadzana niezależnie od innych jednostek systemu, jednak jej skuteczność mogą znacząco podnieść działania realizowane na poziomie całego, ogólnopolskiego systemu. Zaprojektowana koncepcja zmian obejmuje więc zarówno poziom pojedynczej jednostki jak i systemu.
7. Trwała zmiana szeregu wartości kulturowych wymaga kilkuletniego horyzontu czasu.
8. Proponowana zmiana dotyczy delikatnego obszaru – postaw i zachowań pracowników, które mogą mieć istotny wpływ na zdrowie i życie pacjentów. Z tego względu wypracowana koncepcja doskonalenia kultury organizacyjnej PRM została skonsultowana z ekspertami branżowymi. Wyniki konsultacji zostały przedstawione w ostatniej części rozdziału.

Przyjęte założenia, w szczególności wykorzystanie podejścia partycypacyjnego oraz sekwencji „rozmarzenie – zamrożenie” umożliwią zminimalizowanie oporów przeciwko zmianom. Tymczasem takich oporów oczywiście należy się spodziewać, gdyż kultura w swojej istocie składa się ze stosunkowo trwałych i stabilnych cech²⁹⁹. W przypadku analizowanej organizacji, jak wynika z przeprowadzonych na potrzeby niniejszej dysertacji badań, do czynników hamujących zmiany mogą należeć:

- niechęć do korzystania z procedur i standardów w grupie wiekowej powyżej 55 lat, której członkowie, ze względu na posiadane doświadczenie nie czują potrzeby korzystania z tego typu regulacji,
- niechęć do korzystania z procedur i standardów w grupie zawodowej lekarzy ze względu na duże możliwości swobodnego działania w tym zawodzie, zgodnie z posiadaną wiedzą i umiejętnościami,

²⁹⁹ Zbiegień-Maciąg L., *Kultura w organizacji. ...*, op.cit., s. 92

- charakterystyczne dla zawodu lekarza traktowanie tradycji z szacunkiem, jako wzorzec czy postrzeganie siebie jako niezależnego, budującego tożsamość grupy,
- zmienne składy zespołów ratowniczych (praca zmianowa) utrudniające wzrost poziomu kolektywizmu,
- małe przywiązanie części lekarzy do systemu PRM (zespoły ratownictwa medycznego jako dodatkowe miejsce pracy), co może ograniczać ich identyfikację z planowanymi zmianami kulturowymi.

Ponadto należy wziąć pod uwagę, że zmiany zawsze powodują pewien niepokój wśród pracowników. Niepokój ten ma swoje źródło w następujących dylematach: Jaka będzie ta zmiana? Jak będzie wdrażana? Jakie będą jej skutki dla mnie i dla organizacji?³⁰⁰ Jednocześnie zmiany mogą również powodować opory w Ministerstwie Zdrowia, Parlamencie, Narodowym Funduszu Zdrowia czy wśród wojewodów. Powodem tych oporów może być przekonanie, że „przecież dotychczas robiliśmy wszystko dobrze i przynosiło to efekty, to po co mamy wykonywać dodatkową pracę w celu jakichkolwiek zmian”. W celu minimalizowania oporów konieczne będą intensywne działania komunikacyjne.

Problem subkultur w szpitalach. W przypadku komórek ratownictwa medycznego funkcjonujących w szpitalach może pojawić się – opisany w poprzednim rozdziale – problem różnic kulturowych pomiędzy dotychczasową kulturą szpitala i docelową kulturą komórek ratownictwa medycznego. Podczas przekazywania pacjenta między personelem zespołów ratunkowych a personelem izby przyjęć spotykają się różne kultury zawodowe i organizacyjne. Kultury te mogą nie mieć wspólnych wartości, języka i hierarchii. Konieczne jest połączenie kultur, aby poprawić jakość przekazywania. W dużych organizacjach szpitalnych nie jest możliwe, aby wszyscy pracownicy służby zdrowia znali się nawzajem. Ogólny brak wiedzy i uznania kompetencji różnych specjalności może skutkować nieodpowiednią pracą zespołową i trudnościami we współpracy. Zmiana kultury z indywidualistycznej kultury pracowników służby zdrowia na rozwój wspólnej kultury zespołowej, wielozawodowej wydaje się być mechanizmem bezpieczeństwa zapobiegającym niekorzystnym rokowaniom pacjentów. Należy wspierać projektowanie systemów pracy klinicznej

³⁰⁰ Czernska M., *Zmiana...*, op. cit., s. 44

wspierających efektywną pracę zespołową³⁰¹. Cz. Sikorski przedstawia możliwe sposoby reagowania na dysonans kulturowy w organizacjach od kulturowej dominacji poprzez kulturowe współistnienie i kulturową współpracę³⁰². Najwłaściwym do zastosowania na potrzeby niniejszej pracy wydaje się być model współistnienia (w dalszej części cytowanej publikacji nazywany kulturą współdziałania). Polega on na poszukiwaniu kompromisu między systemami kulturowymi w firmie. Opiera się na akceptacji różnorodności kulturowej, co prowadzi do przyjmowania rozwiązań organizacyjnych i metod zarządzania adekwatnych do nawyków kulturowych ludzi w lokalnych jednostkach organizacyjnych. Jednolite rozwiązania stosowane są jedynie w tych obszarach działalności, w których widoczne są podobieństwa między kulturami. Modele relacji między kulturami dotyczą nie tylko korporacji międzynarodowych, działających w globalnym otoczeniu, ale każdego systemu organizacyjnego, w którym występować mogą rozmaite subkultury³⁰³. W tej samej publikacji Cz. Sikorski przedstawia również możliwe strategie integrowania subkultur. Filozofię struktury organizacyjnej należy powiązać ze strategią działań kierowniczych, zgodnie z wcześniejszym wnioskami, w odniesieniu do zespołów ratownictwa medycznego podległych szpitalowi. W przypadku tego typu zespołów, zgodnie z modelem kulturowego współdziałania, należy poszukiwać podobieństw kulturowych między szpitalem a jednostką w strukturze szpitala, która zajmuje się realizacją świadczeń zespołów ratownictwa medycznego, w celu bezkonfliktowego wprowadzenia wspólnych rozwiązań organizacyjnych dla sprawnej realizacji formalnych celów. Kierownik zespołów ratownictwa medycznego w strukturze szpitala powinien oddziaływać na pracowników poprzez mentoring, mając na uwadze poszanowanie dla odmienności kulturowych, na wzory zachowań lub wzory myślenia. W zakresie wzorów zachowań należy stosować strategię unikania różnic polegającą na wpajaniu swoim podwładnym zasady unikania konfliktów kulturowych poprzez: redukcję interakcji z przedstawicielami innych kultur, koncentrowanie się na wewnętrznych sprawach własnej grupy i niewartościowaniu zachowań członków innych grup społecznych. W zakresie oddziaływania kierownika na wzory myślenia podwładnych należy stosować strategię poszukiwania podobieństw poprzez uwrażliwienie

³⁰¹ Jensen S. M., Lippert A., Østergaard D., *Handover of patients: a topical review of ambulance crew to emergency department handover*, Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 57(8), 2013, s. 968

³⁰² Sikorski. Cz., *Kultura organizacyjna*, op. cit., s. 29-30

³⁰³ Sikorski. Cz., *Kultura organizacyjna*, op. cit., s. 30-31

pracowników na korzyści wynikające z prób nawiązania współpracy między subkulturami i wspólnego poszukiwania kompromisowych rozwiązań, nie rezygnując przy tym z odrębności kulturowych i znajdując płaszczyzny współpracy korzystnej dla obu stron. Dzięki zastosowaniu wyżej opisanych strategii unikniemy konfliktów i nieporozumień między pracownikami.

2. Plan zmiany kulturowej

Na bazie powyższych rozważań w dalszej części rozdziału zaproponowane zostaną działania wdrożeniowe, które w ocenie autora niniejszej pracy, osób zarządzających zespołami ratownictwa medycznego oraz Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej będą skutecznymi elementami koncepcji doskonalenia kultury organizacyjnej jednostek Państwowego Ratownictwa Medycznego. Zasadnym w tym miejscu wydaje się przypomnienie, że kryterium oceny kultury organizacyjnej zawsze stanowić będzie stopień dopasowania kultury do wymogów realizowanej strategii. Ze względu na to, że strategia systemu PRM została już wcześniej wytypowana (strategia perfekcyjna) i potwierdzona badaniami zasadnym wydaje się stwierdzenie, że większa spójność i świadome przeprowadzenie „korekty kursu” kultury organizacyjnej w kierunku zgodnym ze strategią skutkować będzie pełniejszym realizowaniem tejże strategii – na poziomie bliższym pożądanemu. W związku z rozbieżnością między strategią pożądaną a realizowaną w rzeczywistości na poziomie 0,7, czyli bardzo zbliżonym do poziomu „luki kulturowej” w każdym z rozważanych w niniejszej pracy wymiarów, prawdopodobnym wydaje się wniosek, że o ile uda się dokonać „korekty kursu” we wszystkich opisywanych wymiarach, o tyle pełniej realizowana i bliższa pożądaney będzie strategia perfekcyjna. W ramach korekty kursu kultury działania prowadzone będą na dwóch poziomach:

- pojedynczych jednostek systemu PRM (samodzielne stacje ratownictwa medycznego oraz komórki ratownictwa medycznego w szpitalach),
- całego systemu PRM.

2.1. Działania w jednostkach systemu PRM

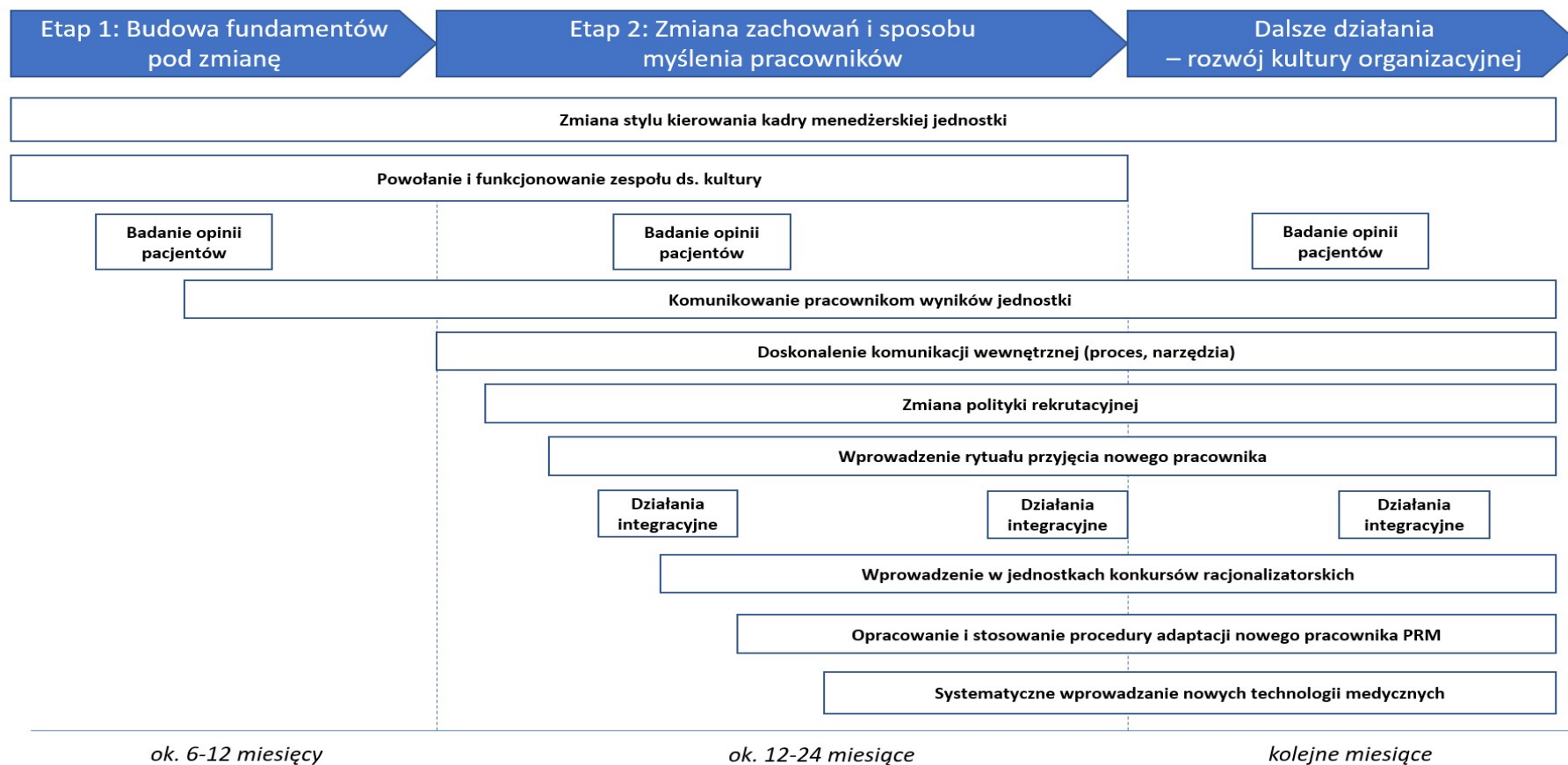
Działania podejmowane samodzielnie przez jednostki podzielone zostały na trzy etapy:

- **etap 1: Budowa fundamentów pod zmianę** – zajmuje od 6 do 12 miesięcy (w zależności od wielkości jednostki oraz siły oporów wobec zmiany),
- **etap 2: Zmiana zachowań i sposobu myślenia** – zajmuje od 12 do 24 miesięcy (w zależności od wielkości jednostki oraz siły oporów wobec zmiany),
- **etap 3: Rozwój kultury organizacyjnej** – działania podejmowane bezterminowo.

Łączny przewidziany czas na projekt zmiany kultury (etap 1 i 2) waha się od 18 do 36 miesięcy. Dla każdego z etapów zaproponowana została sekwencja działań (rysunek poniżej).

Rys. 6.1. Plan zmiany kultury w jednostkach systemu PRM

Mapa drogowa zmian kulturowych



Źródło: opracowanie własne

Opis działań

Etap 1. Budowa fundamentów pod zmianę.

Pierwszym z działań w ramach budowy fundamentów jest **korekta stylu kierowania** wykorzystywanego przez kadrę kierowniczą jednostek PRM. Skorygowany styl powinien być spójny z pożądanymi wartościami kulturowymi oraz kierunkiem zmian w postawach i zachowaniach pracowników opisanym w założeniach do koncepcji doskonalenia kultury organizacyjnej PRM. W tym celu rekomenduje się styl konsultatywny. Wskazany styl cechuje się znacznym poziomem dominacji kierownika oraz intensywną współpracą z zespołem. Zakres zastosowania tego stylu obejmuje zespoły, w których podwładni potrafią realizować znaczną część zadań bez permanentnego nadzoru, a jednocześnie działają pod dużą presją wyników lub czasu. Kierownicy wykorzystujący ten styl wywierają duży nacisk na pracę zespołową³⁰⁴. W ramach wykorzystywania stylu kierowania kierownicy mogą m.in. wspierać pracowników w zrozumienia wizji, misji, celów i zadań zespołu (wymiar kolektywizmu), eliminować aroganckie i egoistyczne postawy członków zespołu (wymiar kolektywizmu), poszukiwać lepszych metod pracy oraz zachęcać do tego pracowników (wymiar innowacyjności).

Drugim działaniem w ramach budowy fundamentów pod zmianę kulturową jest **powołanie w jednostce zespołu ds. kultury**, którego celem będzie opracowanie diagnozy i planu działań na rzecz pożądaných zmian kulturowych w organizacji. W skład zespołu powinni wchodzić pracownicy ze wszystkich grup zawodowych oraz przedstawiciele kierownictwa jednostki. Uczestnicy zespołu powinni odgrywać rolę **liderów zmiany** (tzw. agentów zmiany). W każdej z jednostek należy zidentyfikować takich liderów. W tym miejscu warto poświęcić kilka zdań tym osobom. Według Ł. Srokowskiego³⁰⁵ jest to jedna z najskuteczniejszych miękkich metod wspomagających kształtowanie pożądaney kultury w organizacji. Liderem zmiany powinna być osoba, która nie tylko przygotowuje zmiany, ale także jest w stanie przekonać innych do zmiany postaw i wartości, a także pomaga innym ucząc nowych zachowań, zgodnie z pożądaną kulturą organizacyjną. Mogą oni wypełniać taką rolę tylko i wyłącznie przy dużym wsparciu kierownika. Powinni również być za swoją dodatkową pracę

³⁰⁴ Rutka R., *Kształtowanie zachowań przez kierownika*, w: *Organizacja zachowań zespołowych*, red. R. Rutka, P. Wróbel, PWE, Warszawa 2012, s. 58-60

³⁰⁵ Srokowski Ł., *Zmienić myślenie ...*, op. cit., s. 162-165

nagradzani. Sam kierownik może być traktowany ze sceptycyzmem, a zwykli koledzy będą skuteczni. Należy pamiętać, że nie każdy pracownik nadaje się do pełnienia tej funkcji. Musi być to osoba wiarygodna, która wyróżnia się na tle innych przez sukcesy w swoim obszarze. Autor niniejszej pracy w swojej pracy zawodowej kierował jednostką wchodzącą w skład szpitala i kilka lat temu wprowadził tego typu rozwiązanie – w każdym zespole (od kilku do kilkunastu osób ze względu na całodobowe zabezpieczenie świadczeń) był stały skład i w każdym z nich wyłoniono liderów w celu wspierania wprowadzanych zmian, ale także dla poprawienia komunikacji i usprawnienia realizacji innych zadań. Z perspektywy czasu można stwierdzić, że rozwiązanie to sprawdziło się bardzo dobrze i wydaje się być godnym rekomendacji innym kierownikom. Wyłonienie liderów zmian może również służyć przełamaniu oporów przed innymi zmianami planowanymi podczas korekty kultury.

Kolejnym z działań wprowadzanych samodzielnie przez jednostkę w ramach pierwszego etapu jest **badanie opinii pacjentów** jako klientów organizacji i **komunikowanie jego wyników wśród pracowników**. Realizacja tego działania powinna się odbywać poprzez ankiety satysfakcji pacjentów i wspólne omawianie wyników ankiet oraz zarówno skarg, jak i pochwał dotyczących pracy zespołów ratownictwa medycznego wpływających do jednostki. Takie działanie pozwoli na zrozumienie potrzeb pacjentów (empatia), zwiększenie elastyczności obsługi i poprawę jakości świadczonych usług. Zadanie to wydaje się być łatwe i możliwe do szybkiego wprowadzenia (tzw. quick wins).

Etap 2. Zmiana zachowań i sposobu myślenia.

Drugi etap działań wdrożeniowych wprowadzanych samodzielnie przez jednostkę, tzn. zmiana zachowań i sposobu myślenia pracowników, przewiduje kontynuację wszystkich działań z pierwszego etapu oraz dodatkowe przedsięwzięcia.

Jednym z nowych działań jest **wspieranie otwartej i dwustronnej komunikacji wewnętrznej** poprzez kształtowanie postaw i zapewnianie narzędzi. Uczestnictwo pracowników w podejmowaniu decyzji powinno być wprowadzone do codziennej praktyki kierownika jednostki. Wpisują się tu również: zarządca partycypacja pracownicza, więzi komunikacyjne, współpraca zespołowa, otwarta komunikacja, wzajemne zaufanie oraz wsparcie dla proponowanych przez pracowników zmian. Usprawnienia zaproponowane przez pracowników powinny zostać odpowiednio nagłośnione. Komunikacja pionowa musi być dwustronna, pozwalająca pracownikom

na wyrażanie swoich opinii czy zadawanie pytań. Otwarta komunikacja musi odbywać się zarówno w pionie (kierownika – pracownik), na zasadzie „otwartych drzwi”, jak i w poziomie pomiędzy pracownikami. Tak skonstruowaną komunikację należy oprzeć na wzajemnym zaufaniu i wsparciu. W tym zakresie powinniśmy mieć do czynienia z generowaniem pomysłów przez pracowników, do czego należy ich zachęcać. Należy dążyć do integracji celów i zadań osobistych pracowników z celami i zadaniami organizacji, wynikającymi z misji i odnoszącymi się do innowacyjności. Rozwiązywanie konfliktów powinno być rozstrzygane konstruktywnie, w celu promowania kreatywności i innowacji.

Ponadto w ramach tego etapu przewidziane są **działania integracyjne w jednostkach** (np. wspólne wyjazdy, nieformalne spotkania). Spotkania takie powinny się odbywać w godzinach i po godzinach pracy oraz powinny być poświęcone m.in. omówieniu bieżących problemów w organizacji i wypracowaniu najlepszych rozwiązań z tym związanych. Dobrym sposobem na budowanie kolektywizmu mogą być również spotkania po godzinach pracy w nieco luźniejszej atmosferze, ale służące tym samym celom co spotkania w godzinach pracy. W innych kulturowo krajach przyjmują one postać wspólnych wyjść po pracy na kieliszek sake i innych trunków, które dość szybko rozwiązują pracownikom języki i umożliwiają swobodniejszą niż w biurze wymianę myśli. Mają one także służyć utrwalaniu związków ze społecznością³⁰⁶. Spotkania poza godzinami pracy nie powinny być organizowane jednak zbyt często ze względu na to, że zgodnie ze wskazaniem podczas przeprowadzonego badania uczestnicy systemu PRM chcieliby dążyć do równowagi między życiem prywatnym i zawodowym.

Kolejnym zaproponowanym działaniem w ramach drugiego etapu jest wprowadzenie w jednostkach **konkursów racjonalizatorskich**. Generowanie pomysłów przez pracowników powinno być wprowadzone jako codzienne postępowanie przez kierownika jednostki. Działaniem wspierającym tego typu postępowanie może być wspieranie powstawania zespołów innowacyjnych w jednostce składających się z pracowników wyróżniających się swoją proaktywnością na tle innych pracowników.

Inne możliwe wprowadzane samodzielnie przez jednostkę w drugim etapie działania to:

³⁰⁶ Klimek K., *Życie to kaisha. Specyficzne rozumienie japońskiej przedsiębiorczości*, Przedsiębiorczość – edukacja, tom 5, Kraków 2009, s. 167

- **uwzględnianie w rekrutacji pracowników pożądanych wartości kulturowych** - organizacja procesu rekrutacji według modelu sita wprowadzona przez kierowników lub organ założycielski, np. Urząd Marszałkowski, Starostwo (w przypadku naboru kierowników jednostek samodzielnych) przy nowych naborach na poszczególne stanowiska; podstawą do stwierdzenia czy kandydat na kierownika jest typem rzemieślnika oraz podziela wartości istotne w pożądanej kulturze PRM powinny być odpowiednio dobrane metody selekcji, np. rozmowa kwalifikacyjna, Assessment Center, testy psychologiczne,
- **opracowanie i stosowanie procedury adaptacji nowego pracownika** w PRM - przekazywania nowym pracownikom „technikaliów”, związanych z codzienną pracą, ale przede wszystkim misji systemu PRM; dzielenie się wiedzą w celu uzyskiwania docelowych kompetencji przez nowych pracowników,
- **wprowadzenie rytuału przyjmowania nowych pracowników** do jednostek systemu PRM w postaci uroczystego wcielenia do zespołu po przejściu okresu próbnego zatrudnienia,
- **systematyczne wprowadzanie nowych technologii medycznych** – tych dostępnych na polskim i zagranicznym rynku; pomysły poprzez benchmarking; kierownicy jednostek powinni zapewnić pracownikom dostęp do literatury, szkoleń czy wyjazdów rekonesansowych do innych jednostek w kraju i zagranicą w celu zapoznania się z zachodzącymi w tej materii zmianami. Sami zaś powinni wdrażać niezbędne zmiany.

Na zakończenie etapu drugiego warto dokonać diagnozy uzyskanego stanu kultury organizacyjnej i w ten sposób zweryfikować czy założone cele zmiany zostały osiągnięte.

Etap 3. Rozwój kultury organizacyjnej.

Trzeci etap, tzn. rozwój kultury organizacyjnej, to kontynuacja działań wprowadzanych samodzielnie przez jednostkę związanych ze:

- stałym wykorzystywaniem przez kadrę kierowniczą jednostek PRM stylu kierowania pracownikami spójnego z pożadanymi wartościami,
- badaniami opinii pacjentów jako klientów organizacji i komunikowanie wyników organizacji wśród pracowników,
- wspieraniem otwartej i dwustronnej komunikacji wewnętrznej,

- stosowaniem wprowadzonego wcześniej rytuału przyjęcia nowego pracownika,
- działaniami integracyjnymi w jednostce (np. wspólne wyjazdy, nieformalne spotkania),
- stosowaniem wcześniej opracowanej procedury adaptacji nowego pracownika PRM,
- wprowadzonymi konkursami racjonalizatorskimi,
- uwzględnianiem w rekrutacji pracowników pożądanymi wartościami kulturowymi,
- systematycznym wprowadzaniem nowych technologii medycznych.

Powiązanie proponowanych działań z przyjętym kierunkiem zmian w postawach i zachowaniach pracowników systemu PRM ilustruje tabela poniżej.

Tabela 6.1. Powiązanie działań wprowadzanych samodzielnie przez jednostkę podczas korekty kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM z przyjętym kierunkiem zmian

Działania	Promowane zachowania i postawy					
	zwiększenie roli pracy zespołowej	wzrost poczucia przynależności pracowników do organizacji i zespołu	zmniejszenie uprzedzeń wobec pacjentów oraz zachowanie wobec nich dystansu emocjonalnego	wzrost innowacyjności pracowników	zwiększenie roli dzielenia się wiedzą wśród pracowników	częstsze wykorzystywanie standardowych, sprawdzonych rozwiązań
DZIAŁANIA WPROWADZANE PRZEZ JEDNOSTKI						
ETAP 1: BUDOWA FUNDAMENTÓW POD ZMIANĘ (6-12 miesięcy)						
1/ Wykorzystywanie przez kadrę kierowniczą jednostek PRM stylu kierowania spójnego z pożądanymi wartościami	X	X	X	X	X	X
2/ Powołanie w jednostce zespołu ds. kultury, którego celem będzie opracowanie diagnozy i planu działań	X	X	X	X	X	X
3/ Badania opinii pacjentów jako klientów organizacji. Komunikowanie ich wyników wśród pracowników			X	X		
4/ Komunikowanie wyników organizacji wśród pracowników (jasne, mierzalne wyniki)	X	X			X	
ETAP 2: ZMIANA ZACHOWAŃ I SPOSOBU MYŚLENIA (12-24 miesięcy)						
5/ Stałe wykorzystywanie przez kadrę	X	X	X	X	X	X

kierowniczą jednostek PRM stylu kierowania spójnego z pożądanymi wartościami						
6/ Dalsze działanie zespołu ds. kultury	X	X	X	X	X	X
7/ Kontynuacja badań opinii pacjentów jako klientów organizacji. Komunikowanie ich wyników wśród pracowników			X	X		
8/ Kontynuacja komunikowania wyników organizacji wśród pracowników (jasne, mierzalne wyniki)	X	X			X	
9/ Działania integracyjne w jednostkach (np. wspólne wyjazdy, nieformalne spotkania)	X	X			X	
10/ Wprowadzenie w jednostkach konkursów racjonalizatorskich				X	X	
11/ Wspieranie otwartej i dwustronnej komunikacji wewnętrznej poprzez kształtowanie postaw i zapewnianie narzędzi	X	X			X	
12/ Opracowanie i stosowanie procedury adaptacji nowego pracownika w PRM	X	X	X			X
13/ Uwzględnianie w rekrutacji pracowników pożądaných wartości kulturowych	X	X	X	X	X	X
14/ Systematyczne wprowadzanie nowych technologii medycznych		X		X		
15/ Wprowadzenie rytuału przyjmowania nowych pracowników do jednostek systemu PRM w postaci uroczystego wcielenia do zespołu po przejściu okresu próbnego zatrudnienia	X	X				
ETAP 3: ROZWÓJ KULTURY ORGANIZACYJNEJ						
16/ Stałe wykorzystywanie przez kadre kierowniczą jednostek PRM stylu kierowania spójnego z pożądanymi wartościami	X	X	X	X	X	X
17/ Kontynuacja badań opinii pacjentów jako klientów organizacji. Komunikowanie ich wyników wśród pracowników			X	X		
18/ Kontynuacja komunikowania wyników organizacji wśród pracowników (jasne, mierzalne wyniki)	X	X			X	
19/ Kontynuacja działań integracyjnych w jednostkach (np. wspólne wyjazdy, nieformalne spotkania)	X	X			X	
20/ Kontynuacja wprowadzonych w jednostkach konkursów racjonalizatorskich				X	X	
21/ Dalsze wspieranie otwartej i dwustronnej komunikacji wewnętrznej poprzez kształtowanie postaw i zapewnianie narzędzi	X	X			X	
22/ Stosowanie wcześniej opracowanej procedury adaptacji nowego pracownika w PRM	X	X	X			X
23/ Dalsze uwzględnianie w rekrutacji pracowników pożądaných wartości kulturowych	X	X	X	X	X	X
24/ Stałe systematyczne wprowadzanie nowych technologii medycznych		X		X		
25/ Dalsze stosowanie wcześniej wprowadzonego rytuału przyjmowania nowych pracowników do	X	X				

jednostek systemu PRM w postaci uroczystego wcielenia do zespołu po przejściu okresu próbnego zatrudnienia						
--	--	--	--	--	--	--

Źródło: opracowanie własne

Proponowane działania a koncepcja rozmrożenia i zamrożenia zmian

Część z działań etapu pierwszego ma w założeniu doprowadzić do **rozmrożenia dotychczasowej kultury**, czyli do sytuacji w której pracownicy uznają potrzebę zmiany kultury:

- działania podejmowane przez zespół ds. kultury w zakresie diagnozy sytuacji jednostki i jej kultury oraz pożądaných kierunków zmian; uczestnicy zespołu komunikują ustalenia pozostałym zatrudnionym (systematyczna komunikacja); działania w zakresie diagnozy mogą mieć zróżnicowany charakter, np.:
 - warsztaty diagnostyczne,
 - audyt zewnętrzny,
 - wizyty referencyjne w wiodących zespołach ratownictwa medycznego funkcjonujących w oparciu o kulturę zbliżoną do kultury wdrażanej w PRM,
 - nagłaśnianie problemów wynikających ze zbyt małej zespołowości, innowacyjności, itd.,
- zakwestionowanie przez kierownictwo istniejących wzorców kulturowych sprzecznych z pożądaną kulturą, np. uprzedzenie do pacjentów, zbyt mały dystans do autorytetów, niski poziom integracji pracowników z organizacją itd.,
- badanie opinii pacjentów, którego wyniki powinny wskazać szczegółowe obszary do doskonalenia,
- nie można zupełnie wykluczyć pewnych zmian osobowych promujących osoby utożsamiające się ze zmianami kulturowymi i zmniejszających rolę w organizacji osób, które odmawiają zmiany swojego zachowania i akceptacji nowej kultury.

Następnie wprowadzane są kolejne działania, co prowadzi do **konfliktu między starą i nową kulturą**. Sukces zmiany zależy od siły oporu stawianej przez zwolenników dotychczasowej kultury i determinacji osób wprowadzających zmianę. W tym etapie w ramach zmiany stylu kierowania kierownicy jednostek umożliwiają pracownikom udział w szkoleniach zewnętrznych i wewnętrznych w zakresie standardów

postępowania, obsługi nowinek technologicznych, a także budowy zespołu (ang. team building). Jednocześnie kierownicy powinni się skupić na pozyskaniu zwolenników zmian, a w szczególności agentów (liderów) zmiany. Agenci zmiany to aktywni pracownicy, którzy mają wiodącą rolę we wdrażaniu zmiany. Osoby te powinny również brać udział w monitoringu zmiany opisanym w dalszej części niniejszego rozdziału. Ponadto kierownicy w ramach zmiany stylu kierowania powinni stworzyć warunki i organizować celebrowanie awansów podległych pracowników.

Warunkiem powodzenia staje się „**zamrożenie**” **nowej kultury**. Taki charakter mogą mieć następujące działania:

- stworzenie przez zespół ds. kultury kodeksu wartości spójnych z kierunkiem zmian, który klaryfikuje wartości spójne z pożądaną kulturą i ułatwia rozmowę o kulturze,
- wykorzystanie artefaktów promujących wybrane wartości – plakaty, tablice informacyjne, małe laminowane karteczki z zasadami kulturowymi,
- formalizacja niektórych nowych rozwiązań, np. związanych z cyklicznymi badaniami opinii pacjentów, polityką rekrutacyjną, procesem adaptacji nowego pracownika;
- opracowanie systemu bodźców nagradzających pożądaną zachowania, np. konkursy i motywatory zespołowe (np. wspólna premia zespołowa),
- impreza integracyjna, której elementem będzie ogłoszenie wyników pracy zespołu ds. kultury i zakończenia zmiany kulturowej.

2.2. Działania na poziomie systemu PRM (wspólne dla jednostek systemu)

Osiągnięcie pełnego sukcesu w postaci zmiany kulturowej w systemie PRM wymaga zaangażowania ze strony samorządowej i rządowej, Parlamentu, NFZ, a także pracowniczych organizacji branżowych. Działania wspólne dla całego systemu stworzą „grunt” wspierający zmianę kulturową w jednostkach, a dodatkowo umożliwią zachowanie spójnej kultury w całym systemie. Zaproponowane działania wprowadzane ogólnie podczas korekty kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM przedstawia tabela poniżej.

Tabela 6.2. Działania wprowadzane ogólnie podczas korekty kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM

DZIAŁANIA WPROWADZANE ODGÓRNIC
1/ Powołanie zespołu roboczego w celu stworzenia listy brakujących standardów i procedur, a następnie ich opracowania. Wykorzystanie benchmarkingu w odniesieniu do ratownictwa medycznego w innych krajach. Przyjęcie standardów przez Ministra Zdrowia
2/ Opracowanie profilu kompetencyjnego pracowników PRM (stanowiska operacyjne i kierownicze) uwzględniającego wymagania kulturowe (np. PTRM lub Ministerstwo Zdrowia)
3/ Opracowanie procesu przygotowania przyszłej kadry menedżerskiej PRM (np. PTRM lub Ministerstwo Zdrowia, wdrożenie - samorząd)
4/ Aktualizacja programu obowiązkowych szkoleń dla pracowników PRM z uwzględnieniem opracowanego wcześniej profilu kompetencyjnego oraz procesu przygotowania przyszłej kadry menedżerskiej (rozporządzenie Ministra Zdrowia)
5/ Wprowadzenie zatrudnienia lekarzy, ratowników, pielęgniarek na wyłączność w jednym miejscu pracy (Parlament)
6/ Działania wizerunkowe w celu podniesienia prestiżu pracy członków zespołów ratownictwa medycznego (np. PTRM, Ministerstwo Zdrowia)
7/ Zmiana brzmienia misji PRM (Ministerstwo Zdrowia)
8/ Poszukiwanie autorytetów uosabiających pożądane wartości wśród osób, które już nie są aktywnymi pracownikami (Ministerstwo Zdrowia)
9/ Kwartalne konferencje naukowe (Wojewoda)
10/ Nawiązywanie współpracy między jednostkami w celu dzielenia się wiedzą (np. w województwie)
11/ Opracowanie mierników procesu ratowniczego i systemu informatycznego gromadzącego dane z procesów w całym kraju. Wyznaczenie wartości docelowych mierników (NFZ, Wojewoda)
12/ Powołanie zespołów ds. kultury u wszystkich wojewodów i Ministra Zdrowia
13/ Stworzenie ścieżki zawodowej kariery ratownika medycznego (Ministerstwo Zdrowia)
14/ Stworzenie etosu ratownictwa medycznego, budowa wspólnoty ratowniczej (Ministerstwo Zdrowia)
15/ Ujednolicenie formy zatrudnienia (Parlament)
16/ Uzupełnienie nowych procedur o kontrolę z realizacji standardów (np. Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych)
17/ Ustabilizowanie sytuacji prawnej w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne (Parlament, Ministerstwo Zdrowia)

Źródło: opracowanie własne

Działanie polegające na **powołaniu zespołu roboczego** z udziałem przedstawicieli organizacji branżowych (np. Polskiego Towarzystwa Ratowników Medycznych) oraz

Ministerstwa Zdrowia w celu stworzenia listy brakujących standardów i procedur, a następnie ich opracowania służy większemu uregulowaniu pracy zespołów systemu PRM. Wykorzystanie benchmarkingu pozwoli na zaadoptowanie do naszych warunków rozwiązań sprawdzonych w ratownictwie medycznym w innych krajach. Jest to zadanie polegające na śledzeniu zmian zachodzących w systemie i jego otoczeniu oraz dostosowywaniu wewnętrznych przepisów, zasad i standardów postępowania stosownie do tych zmian. Konieczne jest śledzenie zmian, prowadzące do doskonalenia sprawności własnej organizacji poprzez identyfikację, analizę, adaptację i wdrażanie nowych standardów i technologii stosowanych przez najbardziej skuteczne i efektywne organizacje ratownicze na świecie. Przygotowane propozycje powinny być przyjęte przez Ministra Zdrowia, po skonsultowaniu ich z konsultantami wojewódzkimi i krajowym w dziedzinie medycyny ratunkowej.

Opracowanie profilu kompetencyjnego pracowników PRM na stanowiskach operacyjnych i kierowniczych uwzględniającego wymagania kulturowe oraz opracowanie procesu przygotowania przyszłej kadry menedżerskiej PRM to działania, które pozwolą przygotować ich do funkcjonowania w nowych realiach kulturowych organizacji.

Aktualizacja programu obowiązkowych szkoleń dla pracowników PRM z uwzględnieniem opracowanego wcześniej profilu kompetencyjnego oraz procesu przygotowania przyszłej kadry menedżerskiej powinno obejmować wypracowane nowe standardy i wzorce zachowań spójne z pożądaną kulturą.

Wprowadzenie zatrudnienia lekarzy, ratowników, pielęgniarek na wyłączność w jednym miejscu pracy wymaga uregulowań ustawowych, które należy powiązać z wynagrodzeniem na satysfakcjonującym te grupy zawodowe poziomie.

Działania wizerunkowe w celu podniesienia prestiżu pracy członka ZRM, opierające się na kampanii społecznej i np. wręczanie pluszaków pacjentom w wieku dziecięcym. Takie działania są prowadzone na poziomie niektórych jednostek, jednak dla osiągnięcia pełnego efektu muszą być one skoordynowane i prowadzone w całym systemie PRM.

Zmiana brzmienia misji PRM:

- z „misją systemu jest zapewnienie pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego”

- na: „misją systemu jest zapewnienie pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przy użyciu najnowszych dostępnych technologii i zastosowaniu aktualnych standardów postępowania”

musi być połączona z wprowadzeniem tego elementu do obowiązkowych szkoleń dla pracowników systemu PRM.

Poszukiwanie i następnie promowanie autorytetów uosabiających pożądane wartości wśród osób, które już nie są aktywnymi pracownikami to działanie pozwalające łatwiej rozpowszechniać te wartości. To działanie może się zakończyć ustanowieniem oficjalnego patrona PRM.

Kwartalne konferencje naukowe organizowane przez Wojewodę oraz **nawiązywanie współpracy między jednostkami** w celu dzielenia się wiedzą np. na poziomie województwa to działania służące wymianie doświadczeń w zakresie dobrych praktyk i studiów przypadku, ale także źródło nowych dobrych praktyk i standardów postępowania dla członków zespołów ratownictwa medycznego, a po opracowaniu przez ekspertów (Konsultantów Wojewódzkich i Krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej) przekazywanych Ministerstwu Zdrowia. Następnie standardy i dobre praktyki powinny być wprowadzane do programu szkoleń obowiązkowych dla członków zespołów ratownictwa medycznego. Dla uczestników konferencji przyznawane mogłyby być punkty edukacyjne i nagrody rzeczowe, np. bony na szkolenia, ubrania robocze itp. Tego typu działanie wydaje się efektywnie dopełniać organizowane z mniejszą częstotliwością Mistrzostwa Polski w Ratownictwie Medycznym.

Dla umożliwienia jednostkom komunikowania wśród pracowników wyników organizacji opartych o jasne, mierzalne wyniki należy w tym celu **opracować mierniki procesów ratowniczych**, wyznaczając jednocześnie wartości wymagane do osiągnięcia. Na poziomie NFZ niezbędne jest opracowanie systemu informatycznego, który będzie dostępny dla dysponentów zespołów ratownictwa medycznego w celu uzyskania informacji na ten temat i możliwości premiowania finansowego swoich pracowników po osiągnięciu założonych progów. Po osiągnięciu tych progów Wojewoda, za pośrednictwem NFZ mógłby także zwiększać finansowanie dla danego dysponenta zespołów ratownictwa medycznego, co dałoby pokrycie finansowe na premie, a być może także na zakupy nowego sprzętu. Zasadnym wydaje się opisanie

tych mierników w aktach prawnych regulujących działalność systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Mierniki te mogłyby być zaprojektowane w następujący sposób:

- dający informację o liczbie zgonów, których uniknięto dzięki interwencji zespołów ratownictwa medycznego u pacjentów przetransportowanych do szpitala – dla wdrożenia tego miernika niezbędne jest stworzenie katalogu zachorowań, na podstawie ICD10³⁰⁷, które są stanami bezpośredniego zagrożenia życia; system informatyczny stworzony przez NFZ wyszukiwałby tego typu zachorowania w sprawozdaniach sporządzanych przez dysponentów zespołów ratownictwa medycznego na podstawie dokumentacji medycznej i porównywał ze sprawozdaniem szpitali pod kątem faktu trafienia pacjenta na oddział szpitalny; jeśli pacjent trafił na oddział szpitalny po rozpoznaniu u niego zachorowania zagrażającego życiu, to można go zaliczyć do puli pacjentów, u których uniknięto zgonu dzięki interwencji zespołów ratownictwa medycznego; sam miernik stanowiłby iloraz ilości tych pacjentów i ilości wszystkich wyjazdów zrealizowanych przez danego dysponenta do pacjentów z zachorowaniem ujętym w wytypowanym katalogu w założonym okresie czasu,
- dający informację o liczbie trafnych rozpoznań medycznych, z podziałem na te rozpoznania, postawionych przez zespoły ratownictwa medycznego u pacjentów przetransportowanych do szpitala – dla wdrożenia tego miernika konieczne byłoby, aby system informatyczny NFZ porównywał rozpoznania postawione w sprawozdaniach sporządzonych przez dysponentów zespołów ratownictwa medycznego na podstawie dokumentacji medycznej z rozpoznaniem jakie postawiono pacjentowi ostatecznie w szpitalu i raportowanymi do NFZ; sam miernik stanowiłby iloraz ilości poprawnie postawionych rozpoznań i ilości wszystkich wyjazdów zrealizowanych przez danego dysponenta kończących się transportem do szpitala w założonym okresie czasu; tego typu wskaźnik zapobiegałby również pokusom „naciągania” rozpoznań przez zespoły ratownictwa medycznego w celu poprawienia wcześniej opisanego miernika,
- dający informację o liczbie prawidłowo wykonanych zabiegów medycznych, z podziałem na te zabiegi, przez zespoły ratownictwa medycznego u pacjentów

³⁰⁷ Opracowana przez WHO Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych jest zbiorem kodów przypisanych konkretnym zachorowaniom

przetransportowanych do szpitala – dla wdrożenia tego miernika niezbędne byłoby opracowanie katalogu zabiegów, które są oceniane, np. wklucie dożylna czy intubacja; w szpitalu, w historii choroby pacjenta odnotowywany i raportowany do NFZ byłby fakt prawidłowości zabiegu; sam miernik stanowiłby iloraz ilości prawidłowo wykonanych zabiegów i ich ogólnej ilości wykonanych u pacjentów przewiezionych do szpitala.

Wszystkie opisane powyżej mierniki wraz z systemem premiowym muszą być w sposób zrozumiały przedstawione pracownikom. Tylko wtedy członkowie zespołów ratownictwa medycznego będą wiedzieli do czego i w jaki sposób powinni dążyć. System wynagrodzeń wykorzystujący premię zespołową dla np. podstacji osiągających wyjątkowo wysokie wartości mierników będzie wspierał wymiar kolektywizmu.

Powołanie u wszystkich wojewodów i Ministra Zdrowia zespołu ds. kultury, to działanie, którego celem będzie opracowanie diagnozy i planu działań na rzecz pożądanых zmian kulturowych na poziomie poszczególnych województw i kraju. W skład zespołu na poziomie wojewodów powinni wchodzić: pracownicy wojewody zajmujący się systemem PRM, przedstawiciele dysponentów ZRM z województwa, przedstawiciele samorządów, przedstawiciele wojewódzkiego oddziału NFZ oraz konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny. W skład zespołu na poziomie Ministerstwa Zdrowia powinni wchodzić: pracownicy Ministra Zdrowia zajmujący się systemem PRM, przedstawiciele wojewodów, przedstawiciele dysponentów ZRM z kraju, przedstawiciele samorządów, przedstawiciele centrali krajowej NFZ, konsultant krajowy w dziedzinie medycyny ratunkowej oraz przedstawiciele pracowniczych organizacji branżowych. Uczestnicy zespołu powinni odgrywać rolę liderów zmiany (tzw. agentów zmiany) na terenie odpowiednio danego województwa i kraju.

Stworzenie etosu ratownictwa medycznego i budowa wspólnoty ratowniczej powinno być realizowane przez Ministerstwo Zdrowia poprzez działania propagujące całościowy wzór kulturowy wymagany dla pracowników systemu PRM i budowanie na tych wzorach wspólnoty ratowniczej – pewnego rodzaju „braci”. Przy każdej okazji wzorce powinny być propagowane przy np. wydaniu książki ze standardami, dystrybucji ulotek w środowisku, organizacji imprez ratowniczych itp.

Ujednolicenie formy zatrudnienia to rozwiązanie, które powinno być wprowadzone ustawowo przez Parlament w celu ujednolicenia formy zatrudnienia (w oparciu o umowę o pracę) oraz wyeliminowania tzw. umów śmieciowych w oparciu, o

które pracownicy systemu PRM pracują dużo więcej godzin w miesiącu niż to wynika z Kodeksu pracy. Tak unormowana praca powinna być płatna w oparciu o godne wynagrodzenie.

Uzupełnienie nowych procedur o kontrolę z realizacji standardów to działanie mające na celu monitorowanie realizacji procedur podczas codziennych działań ratowniczych. Procedury kontroli mogą być opracowane przez jedną z pracowniczych organizacji branżowych, np. Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych.

Ustabilizowanie sytuacji prawnej w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne to działanie, które powinno być zrealizowane przez Parlament i Ministerstwo Zdrowia. Polegać powinno na zapobieganiu gwałtownym, chaotycznym zmianom sytuacji prawnej w systemie PRM na poziomie ustaw i rozporządzeń. Prace legislacyjne w tej materii powinny być przeprowadzane w sposób usystematyzowany z udziałem członków środowiska branżowego (pracodawców i pracowników).

Powiązanie proponowanych działań ogólnych z przyjętym kierunkiem zmian w postawach i zachowaniach pracowników systemu PRM ilustruje tabela poniżej.

Tabela 6.3. Powiązanie działań wprowadzanych ogólnie podczas korekty kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM z przyjętym kierunkiem zmian

Działania	Promowane zachowania i postawy					
	zwiększenie roli pracy zespołowej	wzrost poczucia przynależności pracowników do organizacji i zespołu	zmniejszenie uprzedzeń wobec pacjentów oraz zachowanie wobec nich dystansu emocjonalnego	wzrost innowacyjności pracowników	zwiększenie roli dzielenia się wiedzą wśród pracowników	częstsze wykorzystywanie standardowych, sprawdzonych rozwiązań
DZIAŁANIA WPROWADZANE ODGÓRNICIE						
1/ Powołanie zespołu roboczego w ramach Polskiego Towarzystwa Ratowników Medycznych w celu stworzenia listy brakujących standardów i procedur, a następnie ich opracowania. Wykorzystanie benchmarkingu w odniesieniu do ratownictwa medycznego w innych krajach. Przyjęcie standardów przez Ministra Zdrowia					X	X
2/ Opracowanie profilu kompetencyjnego pracowników PRM (stanowiska operacyjne i kierownicze) uwzględniającego wymagania kulturowe (PTRM lub Ministerstwo Zdrowia)	X	X	X	X	X	X
3/ Opracowanie procesu przygotowania przyszłej	X	X		X	X	X

kadry menedżerskiej PRM (PTRM lub Ministerstwo Zdrowia, wdrożenie - samorząd)						
4/ Aktualizacja programu obowiązkowych szkoleń dla pracowników PRM z uwzględnieniem opracowanego wcześniej profilu kompetencyjnego oraz procesu przygotowania przyszłej kadry menedżerskiej (rozporządzenie Ministra Zdrowia)	X		X		X	
5/ Wprowadzenie zatrudnienia lekarzy, ratowników, pielęgniarek na wyłączność w jednym miejscu pracy (Parlament)	X	X			X	
6/ Działania wizerunkowe w celu podniesienia prestiżu pracy ratownika medycznego - kampania społeczna, gadżety dla dzieci pacjentów, np. pies-ratownik itp. (PTRM, Ministerstwo Zdrowia)		X				
7/ Zmiana brzmienia misji PRM (Ministerstwo Zdrowia)						X
8/ Ustanowienie oficjalnego patrona PRM uosabiającego pożądane wartości (wykorzystanie bohaterów i legend) (Ministerstwo Zdrowia)	X	X	X	X	X	X
9/ Kwartalne konferencje naukowe (Wojewoda)				X	X	
10/ Nawiązywanie współpracy między jednostkami w celu dzielenia się wiedzą (np. w województwie)				X	X	
11/ Opracowanie mierników procesu i systemu informatycznego gromadzącego dane z procesów w całym kraju. Wyznaczenie wartości docelowych mierników (NFZ, Wojewoda)	X	X			X	
12/ Powołanie zespołów ds. kultury u wszystkich wojewodów i Ministra Zdrowia	X	X	X	X	X	X
13/ Stworzenie ścieżki zawodowej kariery ratownika medycznego (Ministerstwo Zdrowia)		X			X	X
14/ Stworzenie etosu ratownictwa medycznego, budowa wspólnoty ratowniczej (Ministerstwo Zdrowia)	X	X	X	X	X	X
15/ Ujednolicenie formy zatrudnienia (Parlament)		X				
16/ Uzupełnienie nowych procedur o kontrolę z realizacji standardów (np. Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych)					X	X
17/ Ustabilizowanie sytuacji prawnej w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne (Parlament, Ministerstwo Zdrowia)						X

Źródło: opracowanie własne

3. Organizacja zmiany kulturowej

Zmiana kulturowa powinna być traktowana jak projekt i w związku z tym zarządzana zgodnie z **zasadami zarządzania projektami**, w szczególności obejmując:

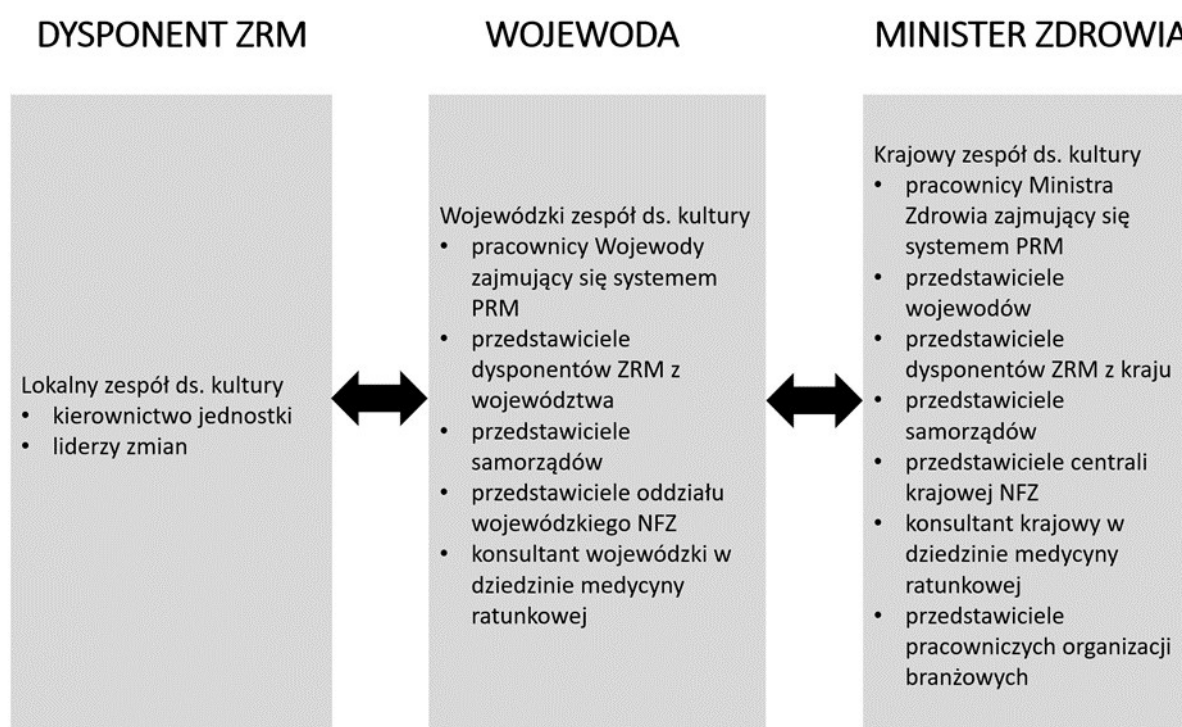
- przyjęcie karty projektu zawierającej cele, role, działania, harmonogram, ewentualne koszty,

- stworzenie struktury projektowej z określeniem ról i zadań,
- okresowe przeglądy projektu,
- ewaluację projektu.

W proces zmiany kulturowej zaangażowani będą wszyscy pracownicy i kadra zarządzająca zespołami systemu PRM, a także, przy działaniach odgórnych, przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, Parlament, Wojewoda, NFZ oraz samorząd (Urząd Marszałkowski, Starostwo), a także pracownicze organizacje branżowe. Z tego powodu zasadnym wydaje się być powołanie:

- zespołów ds. kultury w jednostkach PRM (samodzielne stacje ratownictwa medycznego oraz komórki ratownictwa medycznego w szpitalach),
- zespołów ds. kultury na poziomie województwa,
- zespołu ds. kultury na poziomie kraju.

Rys. 6.2. Zespoły ds. kultury na poszczególnych poziomach



Źródło: opracowanie własne

Zespoły byłyby odpowiedzialne za postawienie właściwej diagnozy w ramach odpowiednich działań u swojego pracodawcy, zaplanowanie odpowiednich działań, ale

także monitoringu zmiany. W niniejszej pracy diagnoza i planowanie działań opisywane były dość obszernie. Zasadnym więc wydaje się zwrócenie w tym miejscu uwagi na monitoring zmiany. Proces ten warto oprzeć o opracowane w niniejszej dysertacji ankiety dla członków zespołów ratownictwa medycznego i scenariusze wywiadów z ekspertami dotyczące identyfikacji rzeczywistej kultury organizacyjnej systemu PRM. Ankieta byłaby wypełniana przez pracowników systemu PRM oraz analizowana raz w roku na poziomie jednostek i przekazywane do właściwego miejscowo Wojewody. Na poziomie Wojewodów przeprowadzane byłyby wywiady z kadrą zarządzającą zespołami systemu PRM na terenie województwa oraz analizowane byłyby wyniki zarówno wywiadów jak zbiorcze wyniki ankiet i przesyłane do Ministerstwa Zdrowia. Następnie na poziomie Ministerstwa Zdrowia analizowane byłyby zbiorcze wyniki z całego kraju. Dzięki tak przeprowadzonemu procesowi na wszystkich poziomach znane byłyby wyniki dotyczące obszaru, za który odpowiadają poszczególne osoby (zarządzający na poziomie jednostki, Wojewoda na poziomie województwa i Ministerstwo Zdrowia na poziomie kraju). Na podstawie tak zebranych danych zespoły ds. kultury na poszczególnych poziomach oceniałyby czy kultura organizacyjna systemu PRM podąża w pożądanym kierunku, określonym w niniejszej pracy, czy wdrażane działania wymagają korekty. W celu realizacji zmiany kulturowej w całym systemie PRM oprócz działań dotychczas opisanych konieczne jest powołanie zespołów ds. kultury nie tylko na poziomie jednostki, ale także na poziomie województwa i kraju.

4. Ocena zaproponowanej koncepcji doskonalenia kultury organizacyjnej jednostek PRM

Zaproponowana koncepcja doskonalenia kultury organizacyjnej PRM podlegała konsultacjom:

- w gronie ekspertów branżowych (7 zarządzających zespołami ratownictwa medycznego) – wywiady indywidualne (szczegółowe wyniki tego badania stanowią załącznik nr 13 i 14 do niniejszej pracy),
- z udziałem Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej – indywidualny wywiad (szczegółowe wyniki tego badania stanowią załącznik nr 15 do niniejszej pracy).

Zakres konsultacji obejmował koncepcję kultury organizacyjnej systemu PRM oraz sposób jej wdrażania. Konsultacjom podlegała:

- „luka kulturowa”,
- skutki rozbieżności kulturowych,
- skuteczność działań zaproponowanych w celu przeprowadzenia korekty kultury organizacyjnej w systemie PRM,
- kolejność zaproponowanych działań,
- skuteczność zaproponowanych działań we wszystkich,
- sposób promowania i upowszechniania pożądanych norm, wartości i podstawowych założeń przez kierownika jednostki.

Działania wprowadzane samodzielnie przez jednostkę

W trakcie konsultacji z ekspertami zarządzającymi zespołami ratownictwa medycznego za kluczowe działania wprowadzane samodzielnie przez jednostkę uznali oni:

- wykorzystywanie przez kadrę kierowniczą jednostek PRM stylu kierowania pracownikami spójnego z pożądanymi wartościami,
- komunikowanie wyników organizacji wśród pracowników (jasne, mierzalne wyniki),
- działania integracyjne w jednostkach (np. wspólne wyjazdy, nieformalne spotkania),
- wspieranie otwartej i dwustronnej komunikacji wewnętrznej poprzez kształtowanie postaw i zapewnianie narzędzi,
- opracowanie procedury adaptacji nowego pracownika w PRM,
- systematyczne wprowadzanie nowych technologii medycznych.

Jednocześnie eksperci zwrócili uwagę na to, że w ich ocenie skutecznym przy korekcie kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM w obecnych warunkach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce byłoby, oprócz komunikowania wyników wśród pracowników opinii pacjentów jako klientów organizacji, połączenie tego działania z nagradzaniem pracowników za dobre wyniki. Element ten powinien znaleźć się w pierwszym etapie działań wprowadzanych samodzielnie przez jednostkę posiadającą w swojej strukturze zespoły systemu PRM.

Działania na poziomie systemu PRM (wspólne dla jednostek systemu)

W ramach koncepcji doskonalenia kultury organizacyjnej PRM działania wdrożeniowe wprowadzane ogólnie również zostały skonsultowane z ekspertami zarządzającymi zespołami ratownictwa medycznego i Konsultantem Krajowym w dziedzinie medycyny ratunkowej.

Za kluczowe działania ogórne eksperci zarządzającymi zespołami ratownictwa medycznego uznali:

- opracowanie profilu kompetencyjnego pracowników PRM (stanowiska operacyjne i kierownicze) uwzględniającego wymagania kulturowe,
- opracowanie procesu przygotowania przyszłej kadry menedżerskiej PRM,
- aktualizacja programu obowiązkowych szkoleń dla pracowników PRM z uwzględnieniem opracowanego wcześniej profilu kompetencyjnego oraz procesu przygotowania przyszłej kadry menedżerskiej,
- działania wizerunkowe w celu podniesienia prestiżu pracy członka ZRM - kampania społeczna, pluszaki dla pacjentów w wieku dziecięcym,
- nawiązywanie współpracy między jednostkami w celu dzielenia się wiedzą, np. w województwie.

Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny ratunkowej za kluczowe uznał wszystkie zaproponowane działania oprócz wprowadzenia zatrudnienia lekarzy, ratowników medycznych, pielęgniarek na wyłączność w jednym miejscu pracy. Zasadnym w tym miejscu wydaje się stwierdzenie, że Konsultant Krajowy mając pełną wiedzę na temat braku dostępności usług w poszczególnych grupach zawodowych, w szczególności w grupie zawodowej lekarzy, doszedł do wniosku, że takie rozwiązanie będzie trudne do zrealizowania. Należy jednak pamiętać, że zatrudnieni na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony są bardziej zaangażowani w działalność organizacji, oczekują większej samodzielności w wykonywaniu zadań, mają wysokie poczucie własnej wartości i są zorientowani na działania podkreślające ich długotrwały związek z firmą³⁰⁸.

Jednocześnie eksperci podczas konsultacji zaproponowali, jak się wydaje zasadne, następujące działania ogórne, które mogłyby być skuteczne przy korekcie kultury systemu PRM:

³⁰⁸ Ludwiczynski A., Szmidt Cz., *Różnorodność kontraktów psychologicznych i ich uwarunkowania*, Edukacja ekonomistów i menedżerów, lipiec-wrzesień 2017, nr 3, s. 137

- stworzenie ścieżki zawodowej kariery ratownika medycznego (Ministerstwo Zdrowia),
- tworzenie etosu ratownictwa medycznego, budowa wspólnoty ratowniczej (Ministerstwo Zdrowia),
- ujednoczenie formy zatrudnienia (Parlament),
- uzupełnienie nowych procedur o tę z realizacji standardów (np. Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych),
- ustabilizowanie sytuacji prawnej w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne (Parlament, Ministerstwo Zdrowia).

Powyższe narzędzia wydają się być katalogiem pozwalającym przypuszczać, że zmiana kultury organizacyjnej przy ich zastosowaniu będzie skuteczna i trwała. Według Ł. Srokowskiego aby tak było, należy w tym celu zastosować zarówno miękkie kształtowanie kultury poprzez przekształcanie postaw, najlepiej drogą perswazji, uczenia i inspirowania, jak również twarde zmiany, np. procedury czy wprowadzenie nowych artefaktów, które mają obiektywny charakter i strukturyzują sposób funkcjonowania³⁰⁹. W ten sposób oprócz zmiany postaw pracowników tworzymy także warunki dla ich „zagnieżdżenia” w organizacji. Zaproponowany na potrzeby niniejszej pracy katalog narzędzi, które mają służyć korekcie kultury organizacyjnej w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne w pożądanym kierunku wydaje się właśnie takim splotem instrumentów, prowadzących do trwałej zmiany.

³⁰⁹ Srokowski Ł., *Zmienić myślenie ...*, op. cit., s. 107
234

Zakończenie

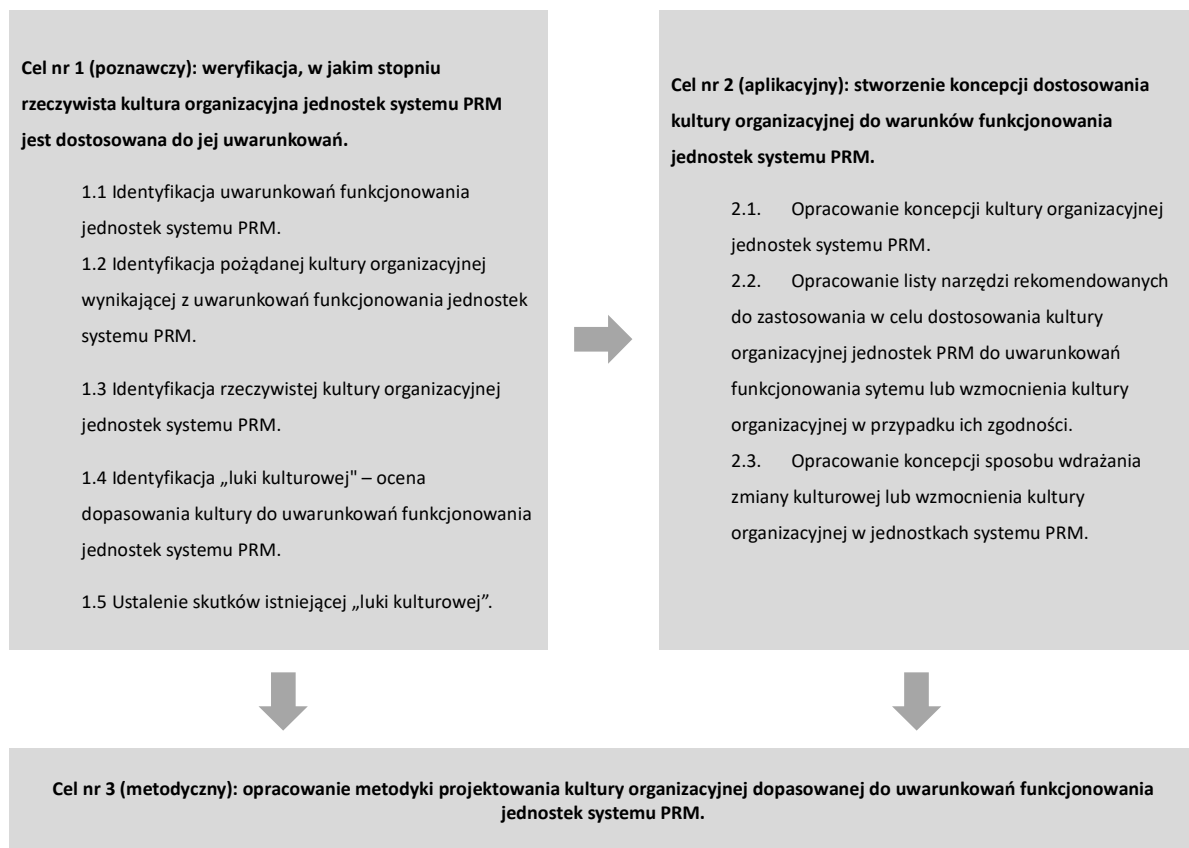
Problem badawczy

Pretekstem do podjęcia badań była luka badawcza związana z brakiem badań odnoszących się do kultury organizacyjnej jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Zgodnie z zaprezentowanymi w rozprawie badaniami innych autorów kultura organizacyjna ma istotne znaczenie dla sprawności działania ratownictwa medycznego. Tymczasem system PRM powstał w 2007 roku poprzez transformację dawnego Pogotowia Ratunkowego. Interesujące i ważne stają się pytania, jaka kultura organizacyjna wyewoluowała w nowych ramach organizacyjnych, na ile jest ona spójna w skali całego kraju oraz ostatecznie, czy wspiera działania jednostek PRM w warunkach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Cele badania

Autor postawił sobie trzy główne cele badania, którym podporządkowane zostały cele szczegółowe. Realizacja celu poznawczego i aplikacyjnego miała umożliwić osiągnięcie celu metodycznego. Podsumowanie celów badania zawiera rysunek poniżej.

Rys. 7.1. Podsumowanie celów badania



Źródło: opracowanie własne

Badaniu podlegały jednostki systemu PRM rozumiane jako zespoły ratownictwa medycznego funkcjonujące w ramach zakładów opieki zdrowotnej (lekarze, ratownicy medyczni, pielęgniarki i kierownicy). W zakres badania, ze względu na odmienną specyfikę prowadzonej działalności, nie wchodziły lotnicze zespoły ratownictwa medycznego, szpitalne oddziały ratunkowe oraz komórki administracyjne wchodzące w skład systemu PRM.

Metodyka badania

Postawionym celom podporządkowana została metodyka badania. W swoim podejściu do identyfikacji, oceny oraz projektowania kultury organizacyjnej autor wykorzystał typologie kultury oparte o wymiary:

- indywidualizm – kolektywizm,
- zachowawczość – innowacyjność,

- niska tolerancja niepewności – wysoka tolerancja niepewności.

Dodatkowo badania charakterystyki pożądaney i rzeczywistej kultury wykorzystywały normy i wartości oraz podstawowe założenia (drugi i trzeci poziom kultury zaproponowany w modelu Schein'a).

W identyfikacji wymagań wobec kultury wykorzystano podejście M. Czerskiej determinujące wybór kultury rodzajem strategii (strategia perfekcyjna w przypadku badanej organizacji) oraz wymaganiami wynikającymi z analizy uwarunkowań kultury organizacyjnej.

Na tej podstawie opracowane zostały narzędzia badawcze, które umożliwiły z udziałem szerokiej grupy uczestników systemu PRM dokonanie identyfikacji rzeczywistej (bieżącej) kultury organizacyjnej oraz określenie pożądaney kultury organizacyjnej. Porównanie tych dwóch kultur umożliwiło poznanie wielkości i charakterystyki „luki kulturowej”. Zidentyfikowana luka stała się punktem wyjścia do zaprojektowania koncepcji dostosowania kultury organizacyjnej do warunków funkcjonowania jednostek systemu PRM.

Autor projektując metodykę badania wykorzystał triangulację metodologiczną poprzez zastosowanie wielu technik badawczych: analizy literatury przedmiotu oraz aktów prawnych, analizy dokumentacji badanych jednostek, indywidualnych wywiadów, zogniskowanych wywiadów grupowych, kwestionariuszy ankiety. W badaniach brała udział szeroka grupa uczestników systemu PRM funkcjonująca na różnych jego szczeblach: od Konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej poprzez osoby zarządzające jednostkami ratownictwa medycznego aż do szeregowych członków zespołów ratownictwa medycznego.

Realizacja celów badania

Cel 1: weryfikacja, w jakim stopniu rzeczywista kultura organizacyjna jednostek systemu PRM jest dostosowana do jej uwarunkowań.

Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić pewną rozbieżność pomiędzy rzeczywistą, istniejącą kulturą a wymogami wynikającymi z jej uwarunkowań, w tym ze strategii perfekcyjnej. Pożądana kultura, czyli wynikająca z istniejących uwarunkowań, powinna cechować się niskim poziomem tolerancji niepewności, wysokim poziom kolektywizmu oraz średnim poziomem innowacyjności.

Tymczasem rzeczywista kultura charakteryzuje się średnim poziomem analizowanych trzech wymiarów. Można więc mówić o „luzie kulturowej”, w szczególności w wymiarze kolektywizmu oraz tolerancji niepewności.

Co ciekawe, wyniki identyfikacji rzeczywistej kultury były bardzo zbliżone w różnych częściach kraju, co wskazuje na znaczną spójność kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM pomimo, że są to jednostki niezależne od siebie. Autor analizował również postrzeganie rzeczywistej kultury porównując samodzielne stacje ratownictwa medycznego z oddziałami ratownictwa medycznego wchodzącymi w skład szpitali. Nie zidentyfikowano istotnych różnic między tymi dwiema grupami. W tym miejscu jednak warto zwrócić uwagę na możliwą różnicę pomiędzy kulturą oddziałów ratownictwa medycznego a kulturą szpitali w ramach, których te oddziały funkcjonują. Zdaniem badaczy (np. Ł. Sułkowski) kultura publicznych szpitali w Polsce jest słaba, hierarchiczna i konserwatywna. Może to oznaczać, że kultura oddziałów ratownictwa medycznego w szpitalach ma charakter subkultury. Analizie poddano również postrzeganie kultury w różnych grupach zawodów. W grupie kierowców postrzegano wyższy poziom kolektywizmu niż w wynikach ogólnych. W grupie pielęgniarek zidentyfikowano kulturę o: niższym poziomie tolerancji niepewności, wyższym poziomie kolektywizmu i wyższym poziomie innowacyjności w porównaniu do wyników ogólnych.

Rzeczywista kultura organizacyjna jednostek systemu PRM wydaje się być zbliżona do kultury rutyniarzy opartej o dwa wymiary według klasyfikacji T. Deal'a i A. Kennedy'ego. Kultura trwania i stabilności charakteryzuje się nastawieniem na perfekcyjną realizację zadań. Pracownicy znający swoje obowiązki i zadania, wykonują je w sposób sumienny i uporządkowany. Błędy nie są tolerowane. Nastawiona jest ona na tradycję i stabilność, co nie ułatwia wprowadzania zmian.

Warto dodać, że takie funkcje kultury organizacyjnej jak integracja, adaptacja, identyfikowanie się z organizacją i poczucie wspólnoty, które wydają się być niezwykle istotne w badanych jednostkach, spełniane są jedynie w średnim stopniu.

Autor zidentyfikował szereg możliwych skutków „luki kulturowej”, spośród których kluczowe obejmują:

- niezadowolający poziom pracy zespołowej i zaangażowania pracowników,
- niewykorzystywanie najlepszych praktyk w trakcie ratowania zdrowia i życia,

- niechęć pracowników do zmian, skupianie się na dotychczasowych rozwiązaniach.

Wskazane skutki, zdaniem autora, ograniczają możliwość realizacji misji systemu PRM definiowanej jako zapewnienie pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Cel 2: stworzenie koncepcji dostosowania kultury organizacyjnej do warunków funkcjonowania jednostek systemu PRM.

W celu minimalizacji „luki kulturowej” i dokonania korekty w kierunku kultury, która dopasowana jest warunków funkcjonowania jednostek systemu PRM, zaproponowany został program zmian. Punktem wyjścia do prac było określenie celu zmiany oraz kierunku zmian w postawach i zachowaniach pracowników jednostek systemu PRM. Przy opracowaniu koncepcji zmian zastosowano podejście ewolucyjne oraz wykorzystano m.in. modele zarządzania zmianami K. Lewina i J.B. Minera, model kultury wspierający kreatywność i innowacje E. Martins i N. Martins oraz proces „korekty kursu kultury” zaproponowany przez M. Czerską.

Zmiany zaplanowano na dwóch poziomach organizacyjnych: w jednostkach systemu PRM oraz odrębne na poziomie systemu PRM (wspólne dla jednostek systemu).

W ramach zmian na poziomie jednostek systemu PRM zaproponowano szereg działań pogrupowanych w trzy etapy:

- etap 1: Budowa fundamentów pod zmianę,
- etap 2: Zmiana zachowań i sposobu myślenia,
- etap 3: Rozwój kultury organizacyjnej.

Dodatkowo autor zidentyfikował potencjalne bariery wdrażania zmian, np. niechęć do korzystania z procedur i standardów w grupie wiekowej powyżej 55 lat oraz wśród lekarzy, zmienne składy zespołów ratowniczych oraz małe przywiązanie części lekarzy do systemu PRM, co może ograniczać ich identyfikację z planowanymi zmianami kulturowymi. Kluczowe znaczenie będzie miało pozyskanie do projektu zmian ratowników medycznych oraz pielęgniarek, grup zawodowych które stanowią największą część zatrudnionych w zespołach ratownictwa medycznego oraz w przeciwieństwie do wielu lekarzy traktują zespoły jako podstawowe miejsce swojej pracy.

W ramach działań na poziomie całego systemu PRM (wspólnych dla jednostek systemu) zaproponowano kilkanaście działań podejmowanych przez m.in. Parlament, Ministerstwo Zdrowia, NFZ, Wojewodów, organizacje branżowe. Działania centralne zwiększą skuteczność zmiany kulturowej a jednocześnie zapewnią utrzymanie spójnej kultury organizacyjnej w całym systemie PRM.

Zwieńczeniem koncepcji jest propozycja organizacji zmiany kulturowej. Przyjęto podejście zgodnie z którym zmiana kulturowa powinna być traktowana jak projekt i w związku z tym zarządzana zgodnie z zasadami zarządzania projektami. Zaproponowano powołanie zespołów ds. kultury na poziomie poszczególnych jednostek systemu PRM, na poziomie każdego województwa oraz zespołu ogólnopolskiego.

Program zmian dotyczy delikatnego obszaru – postaw i zachowań pracowników, które mogą mieć istotny wpływ na zdrowie i życie pacjentów. Z tego względu koncepcja podlegała konsultacjom w gronie ekspertów branżowych oraz z udziałem Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej. Konsultacje potwierdziły trafność zaproponowanej koncepcji.

Cel 3: opracowanie metodyki projektowania kultury organizacyjnej dopasowanej do uwarunkowań funkcjonowania jednostek systemu PRM.

Realizacja pierwszego i drugiego celu umożliwiła osiągnięcie ostatniego, metodycznego celu rozprawy. Autor zaprojektował metodykę projektowania kultury, od etapu analizy uwarunkowań kultury i diagnozy dotychczasowej kultury, poprzez identyfikację pożądanego kultury, aż do zaprojektowania działań wdrożeniowych. Istotną część metodyki stanowią narzędzia badawcze – scenariusze wywiadów indywidualnych i grupowych, kwestionariusze ankiety. W opinii autora rozprawy metodyka po niewielkich zmianach dostosowawczych może być wykorzystywana w różnych branżach.

Podsumowując, wszystkie trzy cele rozprawy można uznać za osiągnięte.

Ograniczenia uzyskanych wyników

Autor jest świadomy pewnych ograniczeń wykorzystanej metodyki badania oraz uzyskanych wyników. Jednym ze źródeł ograniczeń jest wykorzystanie w badaniu ankietowym próby badawczej, która choć znaczna nie miała charakteru reprezentatywnego. Niestety w chwili prowadzenia badania autor nie miał dostępu do

danych, które umożliwiłyby stworzenie operatu losowania. Dodatkowo kwestionariusz ankiety nie jest najlepszym narzędziem do badania norm i wartości oraz podstawowych założeń kulturowych. Ich identyfikacja wymaga pozyskania zaufania ze strony respondentów. Aby zminimalizować oba powyższe ograniczenia autor konsultował uzyskane wyniki badania ankietowego z wybranymi osobami zarządzającymi jednostkami ratownictwa medycznego.

Autor zdaje sobie sprawę, że jednym ze źródeł ograniczeń był on sam. Ponad dwudziestoletnie doświadczenie pracy w systemie ratownictwa medycznego mogło zmniejszyć poziom obiektywizmu prowadzonej analizy. W celu minimalizacji tego ryzyka autor skorzystał w znacznej części badań z panelu ekspertów.

Dalsze kierunki badań

Wydaje się, że ciekawym podmiotem badań mogą być inne jednostki o charakterze ratowniczym, np. lotnicze zespoły ratownictwa medycznego, Państwowa Straż Pożarna czy też Górskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe. Diagnoza kultur tych jednostek oraz mechanizmów ich kształtowania mogłaby być cennym źródłem inspiracji przy dalszych zmianach kultury w jednostkach PRM.

Wśród dalszych postulowanych kierunków badań można również wymienić opisywany wcześniej problem relacji pomiędzy kulturą zespołów ratownictwa medycznego funkcjonujących w szpitalach a kulturą szpitali. Interesujące jest na ile te kultury pozostają w konflikcie, a na ile się wspierają.

BIBLIOGRAFIA

1. Abdullah Shaiq H. M., Sufyan Khalid H. M., Akram A., Ali B., *Why not everybody loves Hofstede? What are the alternative approaches to study of culture?*, European Journal of Business and Management, Vol 3, No.6, 2011, s. 101-111
2. Ahmady G.A., Nikooravesh A., Mehrpour M., *Effect of organizational culture on knowledge management based on Denison model*, Procedia - Social and Behavioral Sciences Vol. 230, 2016
3. Alvesson M., Sveningsson S., *Changing Organizational Culture. Cultural change work in progress*, Routledge, New York 2015
4. Anderson C., *Ważność wspólnych wartości w szybkości i rozwoju organizacji*, CH Beck, Warszawa 1997
5. Andres J. (red.), *Pierwsza pomoc i resuscytacja krążeniowo-oddechowa*, Polska Rada Resuscytacji, Kraków 2006
6. Aniszewska G. (red.), *Kultura organizacyjna w zarządzaniu*, PWE, Warszawa 2007
7. Ansoff H. I., *Zarządzanie strategiczne*, PWE, Warszawa 1985
8. Arrington B., Kurz R.S., *Quality Management and Improvement. W: Handbook of Health Care Management*, Red. W.J. Duncan, P.M. Ginter, L.E. Swayne, Blackwell Publishers, Oxford 1998
9. Augustyniak E., *Kultura organizacyjna szkół podstawowych południowo-wschodniej Polski w opinii ich nauczycieli*, Wydawnictwa AGH, Kraków 2012
10. Banaszyk P., *Podstawy organizacji i zarządzania*, Wyższa Szkoła Handlu i Rachunkowości, Poznań 2002
11. Baruk A., *Nowoczesna strategia marketingowa. Aspekty strukturalne i procesowe*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002
12. Bednarska-Wnuk I., *Wzajemne relacje pomiędzy kulturą organizacyjną a zachowaniami pro aktywnymi w miejscu pracy*, Edukacja ekonomistów i menedżerów, październik-grudzień 2012, nr 4
13. Berliński L., *Projektowanie i ocena strategii innowacyjnych. Inżynieria strategii przedsiębiorstwa*, Oficyna Wydawnicza „AJG”, Bydgoszcz 2003
14. Bielski M., *Podstawy teorii organizacji i zarządzania*, C.H. Beck, Warszawa 2004
15. Briody E.K., Pester T.M., Trotter R., *A story's impact on organizational-culture change*, Journal of Organizational Change Management Vol. 25 No. 1, 2012

16. Büschgens T., Bausch A., Balkin D.B., *Organizational Culture and Innovation: A Meta-Analytic Review*, Journal of Product Innovation Management 30(4), 2013
17. Bushardt S.C., Glascoff D.W., Doty D.H., *Organizational culture, formal reward structure, and effective strategy implementation: A conceptual model*, Journal of Organizational Culture, Communications and Conflict 15(2), 2011
18. Cameron K.S., Quinn R.E., *Kultura organizacyjna – diagnoza i zmiana*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2003
19. Campbell J.E. (red.), *ITLS (International Trauma Life Support) - Ratownictwo przedszpitalne w urazach*, Medycyna Praktyczna, Kraków 2015
20. Chajęcki J., *Poziom dystansu władzy w wybranych regionach Polski - wyniki badań w jednostkach administracji publicznej*, Organizacja i Zarządzanie: kwartalnik naukowy, 2015, nr 2 (30)
21. Czerska M., *Metoda oceny zgodności kultury organizacyjnej z wymogami strategii*, Prace Naukowe Wyższej Szkoły Bankowej w Gdańsku, tom 44, Gdańsk 2016
22. Czerska M., *Organizacja przedsiębiorstw. Część II. Metodologia zmian organizacyjnych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1996
23. Czerska M., Rutka R., *Kształtowanie innowacyjnej kultury organizacji poprzez styl kierowania*, Studia Ekonomiczne, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach Nr 183, Katowice 2014
24. Czerska M., *Zmiana kulturowa w organizacji. Wyzwanie dla współczesnego menedżera*, Difin, Warszawa 2003
25. Czerwiński M., *Kultura i jej badanie*, Narodowy Zakład Imienia Ossolińskich, Wrocław 1995
26. Davis H. T. O., Nutley S. M., Mannion R., *Organisational culture and quality of health care*, "Quality in Health Care", Vol. 9, No. 2, rok 2000
27. Davis S.M., *Managing Corporate Culture*, Cambridge 1984
28. Deal T.E., Kennedy A.A., *Culture: A New Look through Old Lenses*, "Journal of Applied Behavioral Science", listopad 1983
29. Dercz M. (red.), *Prawo publiczne ochrony zdrowia*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2013
30. Dudziak A., *Kultura narodowa w dobie globalizacji*, Przegląd Politologiczny nr 1/2010, Poznań 2010

31. Dyer W.G., *Culture in Organizational. A Case Study and Analysis MIT*, Cambridge 1985
32. Dyla S., Szeptuch A., *Kulturowa gotowość organizacji ochrony zdrowia do zarządzania strategicznego*, „*Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa*”, nr 10/2014, ORGMASZ, Warszawa 2014
33. Dyla S., Szeptuch A., Zwolińska D., *Badanie procesowych, kulturowych i strukturalnych uwarunkowań zarządzania strategicznego w organizacjach*, *Zarządzanie i Finanse*, R. 11, nr 1, cz. 1, Wydawnictwo Wydziału Zarządzania, Uniwersytet Gdańsk, Gdańsk 2013
34. *Encyklopedia Popularna PWN*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008
35. Famielec J., *Strategie rozwoju przedsiębiorstw*, Akademia Ekonomiczna, Kraków 1997
36. Fazlagić J., *Czy Twoja firma jest innowacyjna? Jak poszukiwać innowacji w sektorze usług? Podpowiedzi dla MSP*, Polska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości, Warszawa 2012
37. Filipiak – Dylewska B., Szewczuk A., *Zarządzanie strategiczne: narzędzia, scenariusze, procesy*, Fundacja na rzecz Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2000
38. Filipiak M., *Socjologia kultury zarys zagadnień*, UMCS, Lublin, 1996
39. Fobel P., Fobelowa D., *Etyka i kultura w organizacji*, Śląskie Wydawnictwa Naukowe Wyższa Szkoła Zarządzania i Nauk Społecznych im. ks. Emila Szramka, Tychy 2007
40. Furtak-Niczyporuk M., Drop B., *Efektywność organizacji systemu państwowe ratownictwo medyczne*, *Studia Ekonomiczne – Zeszyty Naukowe Nr 168*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, Katowice 2013
41. Gesteland R.R., *Różnice kulturowe a zachowania w biznesie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000
42. Gierszewska G., Romanowska M., *Analiza strategiczna przedsiębiorstwa*, PWE, Warszawa 1999
43. Glinka B., Gudkova S., *Przedsiębiorczość*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2011
44. Glińska-Noweś A., *Kulturowe uwarunkowania zarządzania wiedzą w przedsiębiorstwie*, TNOiK, Toruń 2007

45. Golinowska S. (red.), *Polska: Zarys systemu ochrony zdrowia*, Narodowy Fundusz Zdrowia, Warszawa 2012
46. Gouillard T.J. i Kelly J.N., *Transforming the Organization*, New York 1995
47. Grabus M., *Koncepcja działań dostosowujących kulturę organizacji przedsiębiorstw deweloperskich do ich strategii* (rozprawa doktorska), 2006
48. Grajewski P., *Procesowe zarządzanie organizacją*, PWE, Warszawa 2012
49. Griffin R.W., *Podstawy zarządzania organizacjami*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002
50. Gryko P., *Różnice kulturowe w biznesie*, „Personel i zarządzanie”, luty 2015 nr 2
51. Guła P. W., *Kowiesy, Baby i inne porażki polskiego systemu ratownictwa. Nic się nie stało*, „Menedżer zdrowia”, sierpień 2014, nr 5
52. Gupta B., *A comparative study of organizational strategy and culture across industry*, Benchmarking: An International Journal Vol. 18 No. 4, Wielka Brytania 2011
53. Haffer J., *Skuteczność zarządzania projektami w przedsiębiorstwach działających w Polsce*, TNOiK, Toruń 2009
54. Hałas J., *Przedstawienie i porównanie wybranych modeli rozwoju organizacji*, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, nr 444, Wrocław 2016
55. Harrison R., *Understanding Your Organization's Character*, Harvard Business Review, May-June 1972, nr 4
56. Hatch M.J., *Teoria organizacji*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002
57. Hausner J., Karwińska A., Purchla J. (red.), *Kultura a rozwój*, Narodowe Centrum Kultury, Warszawa 2013
58. Herder J.G., *Myśli o filozofii dziejów*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1962
59. Hibner E., *Zarządzanie w systemie ochrony zdrowia*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno - Ekonomicznej, Łódź 2003
60. Hofstede G., Hofstede G.J., Minkov M., *Kultury i Organizacje. Zaprogramowanie umysłu*, PWE, Warszawa 2011
61. Hosseini S.H., Hajipour E., Kaffashpoor A., Darikandeh A., *The mediating effect of organizational culture in the relationship of leadership style with organizational learning*, Journal of Human Behavior in the Social Environment, Vol. 30, No. 3, 2020

62. Jacobs,R., Mannion R., Davies H.T.O., Harrison S., Konteh F., Walshe K., *The relationship between organizational culture and performance in acute hospitals*, Social Science & Medicine 76, 2013
63. Jaczyński S., Araucz-Boruc A., Wierzbicki G. (red.), *Bezpieczeństwo, edukacja, wychowanie t. II. Edukacja i wychowanie dla bezpieczeństwa w przeszłości i współcześnie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Przyrodniczo - Humanistycznego w Siedlcach, Siedlce 2015
64. Jankowska – Miłłowicz M., *Kształtowanie organizacji wielokulturowej – strategie behawioralne*, „Problemy zarządzania”, Vol. 9, 4(34), 2011
65. Jensen S. M., Lippert A., Østergaard D., *Handover of patients: a topical review of ambulance crew to emergency department handover*, Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 57(8), 2013
66. Jerzyk E., Leszczyński G., Mruk H., *Kreatywność w biznesie*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2004
67. Jeżak J., *Strategiczne zarządzanie przedsiębiorstwem. Studium koncepcji i doświadczeń amerykańskich i zachodnioeuropejskich*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 1990
68. Jończyk J., *Kształtowanie proinnowacyjnej kultury organizacyjnej w szpitalu publicznym*, „Zarządzanie zasobami ludzkimi”, nr 2/2011, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2011
69. Kaleta A., *Strategia konkurencji w przemyśle*, „Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu. Monografie i Opracowania”, nr 136, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego, Wrocław 2000
70. Kieżun W., *Sprawne zarządzanie organizacją*, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa 1997
71. Klimek K., *Życie to kaisha. Specyficzne rozumienie japońskiej przedsiębiorczości*, Przedsiębiorczość – edukacja, tom 5, Kraków 2009
72. Konteh F.H., Mannion R., Davies H. T. O., *Understanding culture and culture management in the English NHS: a comparison of professional and patient perspectives*, “Journal of Evaluation in Clinical Practice”, Vol. 17, Issue 1, rok 2011
73. Kostera M., Śliwa M., *Zarządzanie w XXI wieku. Jakość, twórczość, kultura*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2010

74. Kowalczyka L., Mroczko F. (red.), *Kreatywność, Innowacyjność, Przedsiębiorczość. Zarządzanie operacyjne w teorii i praktyce organizacji biznesowych, publicznych i pozarządowych*, Prace Naukowe Wałbrzyskiej Wyższej Szkoły Zarządzania i Przedsiębiorczości, Wałbrzych 2014
75. Koźmiński A.K., Jemielniak D. (red.), *Zarządzanie, teoria i praktyka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1995
76. Koźmiński A.K., Jemielniak D., *Zarządzanie od podstaw*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2008
77. Koźmiński A.K., *Odrabianie zaległości*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1998
78. Koźmiński A.K., Piotrowski W. (red.), *Zarządzanie, teoria i praktyka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007
79. Kożusznik B., *Kierowanie zespołem pracowniczym*, PWE, Warszawa 2005
80. Kożusznik B., *Zachowania człowieka w organizacji*, PWE, Warszawa 2007
81. Kozyra B., *Praktyczne zarządzanie zmianą w firmie czyli nie taki diabeł straszny*, MT Biznes, Warszawa 2017
82. Kreikebaum H., *Strategiczne planowanie w przedsiębiorstwie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997
83. Krukowski K., *Cele strategiczne innowacyjnych małych i średnich przedsiębiorstw*, Studia Ekonomiczne, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach Nr 267, Katowice 2016
84. Krupski R. (red.), *Zarządzanie przedsiębiorstwem w turbulentnym otoczeniu*, PWE, Warszawa 2005
85. Krupski R. (red.), *Zarządzanie strategiczne. Koncepcje - metody*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 1998
86. Krupski R. (red.), *Zarządzanie strategiczne. Strategie organizacji*, Prace Naukowe Wałbrzyskiej Wyższej Szkoły Zarządzania i Przedsiębiorczości, Wałbrzych 2010
87. Kuc B. R., Moczyłowska J. M., *Zachowania organizacyjne*, Difin, Warszawa 2009
88. Łaguna M., Purc E., Razmus W., Błaszczyk M., Gawrońska K., *Podjęmowanie szkoleń a kultura i klimat organizacyjny*, „Organizacja i kierowanie”, nr 2 (167)/2015, Oficyna wydawnicza SGH

89. Lenartowicz M., *Opór przed zmianami w organizacjach: wyzwania dla konsultanta*, „Know How”, nr 3/2009
90. Ludwicyński A., Szmidt Cz., *Różnorodność kontraktów psychologicznych i ich uwarunkowania*, Edukacja ekonomistów i menedżerów, lipiec-wrzesień 2017, nr 3
91. Łuniewska P., *Finansowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce*, Współczesna Gospodarka, tom 5, nr 1, Gdańsk 2014
92. Majcherek J.A., *Kultura, osoba, tożsamość. Z zagadnień filozofii i socjologii kultury*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków 2009
93. Mannion R., Davis H. T. O., Marshall M. N., *Cultures for Performance in Health Care*, Open University Press, Wielka Brytania 2004
94. Marshall G. (red.), *Słownik socjologii i nauk społecznych*, Wydawnictwo Naukowe PWN Warszawa, 2010
95. Martins E., Martins N., *An organisational culture model to promote creativity and innovation*, SA Journal of Industrial Psychology 28 (4), Durbanville, Cape Town 2002
96. Martins N., *Organizational Culture in a financial institution*, University of Pretoria, Pretoria 1987
97. Masłyk – Musiał, E., *Spółeczeństwo i organizacje: socjologia organizacji i zarządzania*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 1999
98. Matsumoto D., Juang L., *Psychologia międzykulturowa*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004
99. Mesoudi A., *Cultural Evolution: How Darwinian Theory Can Explain Human Culture and Synthesize the Social Sciences*, University of Chicago Press, Chicago 2011
100. Mikos M., Juszczak G., Czerw A., Gałązkowski R., *Nowy model kształcenia ratowników medycznych w Polsce w świetle aktualnych regulacji prawnych*, Journal of Education, Health and Sport, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, t. 5 zeszyt 12, Bydgoszcz 2015
101. Mikuła B., *Polska kultura organizacyjna jako źródło barier tworzenia organizacji opartych na wiedzy*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie nr 820, Kraków 2010
102. Miner J.B., *Organizational Behaviour. Performance and Productivity*, Random House, New York 1998

103. Mroziwski M., *Kultura narodowa jako płaszczyzna współczesnej myśli o obronności i konkurencyjności kraju. Cz. 2 obraz kultury narodowej*, *Obronność – Zeszyty Naukowe Wydziału Zarządzania i Dowodzenia nr 1(25)*, Warszawa 2018
104. Mrozowicz K., *Koncepcja determinantów zachowań organizacyjnych zespołów ratowniczych*, Akademia Wychowania Fizycznego im. Jerzego Kukuczki, Katowice, 2014
105. Mrozowicz K., *Model procesu podejmowania decyzji (na przykładzie badań ratowników górskich)*, „Organizacja i kierowanie”, nr 4 (147)/2011, Oficyna wydawnicza SGH
106. Mrozowicz K., *Psychologiczne i organizacyjne mechanizmy formalizacji ról społecznych w organizacji (na przykładzie GOPR)*, „Przegląd organizacji” 5/2010, TNOiK, Toruń 2010
107. Mrozowicz K., *Teoria zachowań organizacyjnych (na podstawie niektórych aspektów roli społecznej ratownika GOPR)*, „Organizacja i kierowanie”, nr 1 (144)/2011, Oficyna wydawnicza SGH
108. Murawska M., *Zarządzanie strategiczne niematerialnymi zasobami przedsiębiorstwa*, Fundacja Promocji i Akredytacji Kierunków Ekonomicznych, Warszawa 2008
109. Nawrońska I., *Polski system ochrony zdrowia. Potrzeba redefiniowania priorytetów*, *Zeszyty Naukowe/Polskie Towarzystwo Ekonomiczne nr 11*, Kraków 2011
110. Nogalski B. (red.), *Kultura organizacyjna duch organizacji*, TNOiK, Bydgoszcz 1998
111. Oblój K., *Pasja i dyscyplina strategii. Jak z marzeń i decyzji zbudować sukces firmy*, Poltext, Warszawa 2010
112. Oblój K., *Strategia organizacji*, PWE, Warszawa 2014
113. Olejniczak W. (red.), *Zespół – Kultura – Projekt*, Wydawnictwo Zachodniopomorska Szkoła Biznesu, Szczecin 2009
114. Parsons T., *The social system*, Routledge and Kegan Paul, London 1951
115. Patterson P.D., Huang D.T., Fairbanks R., Simeone S., Weaver M., Wang H., *Variation in Emergency Medical Services Workplace Safety Culture*, “Prehospital Emergency Care”, Vol. 14, No. 4, rok 2010
116. Paździoch S. (red.), *Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Komentarz*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2013

117. Pedler M., Aspinwall K., *Przedsiębiorstwo uczące się*, Wydawnictwo Petit, Warszawa, 1999
118. Penc J., *Sztuka skutecznego zarządzania. Kierowanie firmą z myślą o jutrze i procesach integracji z Unią Europejską*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2005
119. Perechuda K. (red.), *Zarządzanie przedsiębiorstwem w przyszłości. Koncepcje, modele, metody*, Agencja Wydawnicza Placet, Warszawa 2000
120. Piwowar-Sulej K.: *Cechy kultury organizacyjnej a metodyki prowadzenia projektów*, Edukacja ekonomistów i menedżerów, październik-grudzień 2012, nr 4
121. Potocki A., *Komunikacja wewnętrzna w przedsiębiorstwie*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie, Kraków 2001
122. Raelin J. A., *Clash of Cultures*, Harvard Business School Press, Cambridge Mass., 1986
123. Rasińska R., Głowacka M.D., Nowomiejski J., *Wpływ kultury organizacji na kształtowanie postaw menedżerów w opiece zdrowotnej*, Prace Naukowe Wyższej Szkoły Bankowej w Gdańsku, tom 12, Gdańsk 2011
124. Robbins S.P., *Zachowania w organizacji*, PWE, Warszawa 1998
125. Romanowska M., *Planowanie strategiczne w przedsiębiorstwie*, PWE, Warszawa 2004
126. Roșca D., Sîrbu M., Roșca C., *The organizational culture and the factors of its formation*, "Economic Science Series" Annals of the University of Oradea 2008, Vol. 17, Issue 4
127. Rutka R., *Kształtowanie zachowań przez kierownika*. W: *Organizacja zachowań zespołowych*, red. R. Rutka, P. Wróbel, PWE, Warszawa 2012
128. Sabak Z., *Strategia. Słownik terminów*, Akademia Obrony Narodowej, Warszawa 2014
129. Sasin M., *Kształtowanie kultury organizacyjnej*, „Personel i zarządzanie”, maj 2015 nr 5
130. Sathe V., *Implications of corporate culture. A managers guide to action*. W: *Organizational Dynamics* 1983/2
131. Schein E.H., *Organisational culture and leadership*, Third Edition, Jossey-Bass, San Francisco 2004

132. Serafin K., *Kultura organizacyjna jako element wspierający realizację strategii przedsiębiorstwa*, Studia Ekonomiczne, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach Nr 222, Katowice 2015
133. Siciński A., *Styl życia, kultura, wybór*, Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 2002
134. Siemiński M., *Kształtowanie kultury organizacyjnej przedsiębiorstw przemysłowych*, TNOiK, Toruń 2008
135. Siemiński M., *Kulturowe uwarunkowanie zarządzania*, „Ekonomika i organizacja przedsiębiorstwa” nr 11/2007, ORGMASZ, Warszawa 2007
136. Siemiński M., *Specyfika kultury organizacyjnej w instytucjach usług publicznych na tle kultury przedsiębiorstw produkcyjnych*, „Współczesne Zarządzanie” nr 4/2008, Kraków 2009
137. Sikorski Cz., *Kształtowanie kultury organizacyjnej. Filozofia, strategie, metody*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2009
138. Sikorski Cz., *Zachowania ludzi w organizacji*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1999
139. Sikorski Cz., *Kultura organizacyjna*, CH Beck, Warszawa 2006
140. Simpson D., *Istota i konsekwencje ekonomiczne wypalenia zawodowego*, Biznes międzynarodowy w gospodarce globalnej, nr 32, Gdańsk 2013
141. Simpson D., *Modele analizowania różnorodności kulturowej w biznesie międzynarodowym*, Wyzwania gospodarki globalnej Prace i Materiały Instytutu Handlu Zagranicznego Uniwersytetu Gdańskiego, nr 31, Gdańsk 2012
142. *Słownik Języka Polskiego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1998
143. Spencer-Oatey, H., *What is culture? A compilation of quotations*, GlobalPAD Core Concepts, University of Warwick 2012
144. Srokowski Ł., *Zmienić myślenie o firmie. Zarządzanie kulturą organizacyjną w Polsce*, Poltext, Warszawa 2011
145. Stabryła A., *Zarządzanie strategiczne w teorii i praktyce firmy*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000
146. Stefaniak K., *Władza i tożsamość w komunikacji lekarz - pacjent*, Oficyna wydawnicza Atut, Wrocław 2011

147. Steinmann H., Schreyögg G., *Zarządzanie. Podstawy kierowania przedsiębiorstwem. Koncepcje, funkcje, przykłady*. Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej, Wrocław 1995
148. Stoner J.A.F., Freeman R.E., Gilbert D.R., *Kierowanie*, PWE, Warszawa 2001
149. Strategor, *Zarządzanie firmą. Strategie, struktury, decyzje, tożsamość*, PWE, Warszawa 1995
150. Strelau, J., *Psychologia temperamentu*, Warszawa 1998, Wydawnictwo Naukowe PWN
151. Studenski R., *Kultura bezpieczeństwa pracy w przedsiębiorstwie*, „Bezpieczeństwo pracy: nauka i praktyka”, tom 9/2000, Warszawa 2000
152. Sułkowski Ł., *Cechy kultur organizacyjnych polskich szpitali*, Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Bankowej we Wrocławiu, 30/2012, Wrocław 2012
153. Sułkowski Ł., *Kulturowa zmienność organizacji*, PWE, Warszawa 2002
154. Sułkowski Ł., *Kulturowe ograniczenia przedsiębiorczości – badania jakościowe polskich szpitali*, „Journal of Health Policy, Insurance and Management. Polityka zdrowotna”, tom 11/2012, Warszawa 2012
155. Sułkowski Ł., *Kulturowe procesy zarządzania*, Difin, Warszawa 2012
156. Sułkowski Ł., Seliga R. (red.), *Kulturowe determinanty zarządzania szpitalami w Polsce*, Difin, Warszawa 2012
157. Sułkowski Ł., *Zmiana kulturowa w polskich szpitalach – wyniki badań*, „Przedsiębiorczość i zarządzanie”, tom XIV, zeszyt 10, cz. I, Łódź 2013
158. Supernat J., *Zarządzanie*, Kolonia Limited, Wrocław 2005
159. Szczepanik R., Piga I., Niemczyk A., Owczarska D., Sigmundzik G., Uran-Gędłek J., *Budowanie kultury innowacyjności. Przewodnik dla specjalistów HR, menedżerów i przedsiębiorców*, Fundacja Training Projects, Chorzów 2017
160. Szeptuch A., *Pomiar kultury organizacyjnej w organizacjach ochrony zdrowia*, „e-mentor” 2016, nr 3(65), SGH, Warszawa 2016
161. Szmidt Cz. (red.), *Współczesne problemy zarządzania i ekonomii*, Poltext, Warszawa 2015
162. Szreder M., *Metody i techniki sondażowych badań opinii*, PWE, Warszawa 2004
163. Tabin M. (red.), *Słownik socjologii i nauk społecznych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004

164. Taras, V., Kirkman, B.L., Steel, P., *Examining the impact of Culture's Consequences: A three-decade, multi-level, meta-analytic review of Hofstede's cultural value dimensions*, Journal of Applied Psychology, 95(3), 2010
165. Towse R., *Ekonomika kultury. Kompendium*, Narodowe Centrum Kultury, Warszawa 2011
166. Trompenaars F., Hampden-Turner Ch., *Siedem wymiarów kultury*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków, 2002
167. Urbański M., *Manager w zarządzaniu kulturą organizacji*, Zeszyty Naukowe „Organizacja i Zarządzanie” Politechniki Śląskiej, zeszyt 80, Zabrze 2015
168. Wankhade P., Mackway-Jones K. (red.), *Ambulance Services: Leadership and Management Perspectives*, Springer International Publishing, Szwajcaria 2015
169. Wankhade, P., Brinkman, J., *The negative consequences of culture change management: evidence from a UK NHS ambulance service*, “International Journal of Public Sector Management”, Vol. 27, No. 1, rok 2014
170. Wankhade, P., *Different cultures of management and their relationships with organisational performance: evidence from the UK ambulance service*, “Public Money & Management”, Vol. 32, No. 5, rok 2012
171. Weaver M.D., Wang H.E., Fairbanks R.J., Patterson P.D., *The association between EMS workplace safety culture and safety outcomes*, “Prehospital Emergency Care”, Vol. 16, No. 1, rok 2012
172. Weingart S. N., Farbstein K., Davis R. B., Phillips R.S., *Using a multihospital survey to examine the safety culture*, The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, Vol. 30, No. 3, rok 2004
173. Wiener Y., *Forms of Value Systems: A focus on Organizational Effectiveness and Cultural Change and Maintenance*, “Academy of Management Review”, październik 1988
174. Wiernek B., *Kultura organizacyjna przedsiębiorstwa. Prace Naukowe Wyższej Szkoły Zarządzania i Bankowości w Krakowie poz. 23*, Oficyna Wydawnicza TEXT, Kraków 2000
175. Wołoszyn P., *Ratownicy medyczni – nowa grupa interesu?*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2007

176. Yassi A., Hancock T., *Patient safety-worker safety: building a culture of safety to improve healthcare worker and patient well-being*, "Healthcare Quarterly", Vol. 8 Special Issue, rok 2005
177. Zaborniak M., *Zarządzanie zmianą jako warunek konieczny prawidłowego funkcjonowania placówek oświatowych*, Edukacja-Technika-Informatyka nr 2(16)2016, Wydawnictwo UR, Rzeszów 2016
178. Zajdel J. (red.), *Meritum prawo medyczne*, Oficyna a Wolters Kluwer, Warszawa 2016
179. Zakrzewska – Bielawska A., *Ewolucja szkół strategii: przegląd głównych podejść i koncepcji*. W: Krupski R. (red.), *Zarządzanie strategiczne. Rozwój koncepcji i metod*, Wydawnictwo Wałbrzyskiej Wyższej Szkoły Zarządzania i Przedsiębiorczości w Wałbrzychu, Wałbrzych 2014
180. Zakrzewska - Bielawska A., *Relacje między strategią a strukturą organizacyjną w przedsiębiorstwach sektora wysokich technologii*, Zeszyty Naukowe Nr 1095 Politechniki Łódzkiej, Wydawnictwo Politechniki Łódzkiej, Łódź 2011
181. Zarębska A., *Zmiany organizacyjne w przedsiębiorstwie. Teoria i praktyka*, Difin, Warszawa 2002
182. Zawadzki A. (red.), *Medycyna ratunkowa i katastrof*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006
183. Zbiegień-Maciąg L., *Kultura w organizacji. Identyfikacja kultur znanych firm*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1999
184. Zheng W., Yang B., McLean G.N., *Linking organizational culture, structure, strategy and organizational effectiveness: Mediating role of knowledge management*, Journal of Business Research 63(7), 2013
185. Żuber R., *Zarządzanie rozwojem przedsiębiorstwa*, Difin, Warszawa 2008
186. Żyra M. (red.), *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2014 r.*, Informacje i opracowania statystyczne, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2015

Źródła internetowe

1. Starosta Anna (2014). *Kultura organizacyjna w zarządzaniu antykryzysowym w przedsiębiorstwie* (rozprawa doktorska). Pozyskano z: Wielkopolska Biblioteka Cyfrowa,

[http://www.wbc.poznan.pl/Content/317003/Starosta_Anna_rozprawa_doktorska.pdf]

2. *Słownik Języka Polskiego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, [<http://www.sjp.pwn.pl/sjp/strategia:2576315>]
3. Strona internetowa Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego, [<http://kpr.med.pl/index-old.php/id-1/>]
4. Dane Głównego Urzędu Statystycznego za 2015 r., [http://swaid.stat.gov.pl/ZdrowieOchronaZdrowia_dashboards/Raporty_predefiniowane/RAP_DBD_ZDR_2.aspx]
5. Wilk – Lechniak M. (2013), *Strategie rozwoju przedsiębiorstw w sektorze kamienia naturalnego na przykładzie Strzegomskich Firm Kamieniarskich* (rozprawa doktorska). Pozyskano z: Repozytorium Informacji i Wiedzy Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu [<http://wir.bg.ue.wroc.pl/resultList.seam?t=simple&r=phd&lang=pl&cid=113892>]
6. *Działalność systemu „Państwowe Ratownictwo Medyczne” w 2014 roku. Notatka informacyjna Głównego Urzędu Statystycznego* [<http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/dzialalnosc-systemu-panstwowe-ratownictwo-medyczne-w-2014-roku,11,1.html>]
7. Strona internetowa Lotniczego Pogotowia Ratunkowego [<http://www.lpr.com.pl/pl/dla-dyspozytorow-medycznych/czas-dyzurow-baz-hems/>]
8. *Funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego. Informacja Najwyższej Izby Kontroli o wynikach kontroli.*, Warszawa 2012 [<https://www.nik.gov.pl/kontrole/wyniki-kontroli-nik/kontrole,10324.html>]
9. Internetowego Systemu Aktów Prawnych Sejmu RP [<http://isap.sejm.gov.pl/RelatedServlet?id=WDU20061911410&type=9&isNew=true>]
10. Strona internetowa Komendy Głównej Państwowej Straży Pożarnej [http://www.straz.gov.pl/panstwowa_straz_pozarna/europejski_numer_alarmowy_112]
11. Strona internetowa Europejski Numer Alarmowy 112 [<http://www.112.gov.pl/112/kiedy-dzwonic-na-112/397,KIEDY-DZWONIC-NA-112.html>]
12. Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia za 2015 rok, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2016, s. 34 [https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/biuletyn_statystyczny_2016_57ee354e48145.pdf]
13. Strona internetowa Ministerstwa Zdrowia

[\[http://www.mz.gov.pl/aktualnosci/wzrost-nakladow-na-ochrone-zdrowia-do-6-proc-pkb/\]](http://www.mz.gov.pl/aktualnosci/wzrost-nakladow-na-ochrone-zdrowia-do-6-proc-pkb/)

14. Strona internetowa mp.pl (Medycyna praktyczna)

[\[http://www.mp.pl/pacjent/aktualnosci/167107,co-wiemy-o-sieci\]](http://www.mp.pl/pacjent/aktualnosci/167107,co-wiemy-o-sieci)

15. *Measuring Quality in Emergency Medical Services: A Review of Clinical Performance Indicators*

[\[https://www.hindawi.com/journals/emi/2012/161630/\]](https://www.hindawi.com/journals/emi/2012/161630/)

16. Strona internetowa Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Poznaniu

[\[http://www.ratownictwo.med.pl/o-nas\]](http://www.ratownictwo.med.pl/o-nas)

17. Strona internetowa Ministerstwa Zdrowia

[\[http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/organizacja-ochrony-zdrowia/jakosc-w-opiece-zdrowotnej/\]](http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/organizacja-ochrony-zdrowia/jakosc-w-opiece-zdrowotnej/)

18. Powell J., Clarke A, *The WWW of the World Wide Web: Who, What, and Why?*, Journal of Medical Internet Research, 2002;4(1):e4

[\[http://www.jmir.org/2002/1/e4/\]](http://www.jmir.org/2002/1/e4/)

19. Strona internetowa instytutu GfK

[\[http://www.gfk.com/pl/aktualnosci/press-release/miedzynarodowe-badanie-zaufania-do-zawodow/\]](http://www.gfk.com/pl/aktualnosci/press-release/miedzynarodowe-badanie-zaufania-do-zawodow/)

20. Strona internetowa Ministerstwa Zdrowia

[\[https://www.gov.pl/web/zdrowie/system-wspomagania-dowodzenia-panstwowego-ratownictwa-medycznego-swd-prm-\]](https://www.gov.pl/web/zdrowie/system-wspomagania-dowodzenia-panstwowego-ratownictwa-medycznego-swd-prm-)

Akty prawne

1. *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997*, Dziennik Ustaw z 1997 r. nr 78 poz. 483

2. *PN-EN 1789 Pojazdy medyczne i ich wyposażenie -- Ambulanse drogowe*

3. *Rozporządzenie Ministra Administracji i Cyfryzacji z dnia 31 grudnia 2014 r. w sprawie Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego*, Dziennik Ustaw z 2014 r. poz. 1994

4. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*, Dziennik Ustaw z 2016 r. poz. 1372

5. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*, Dziennik Ustaw z 2015 r. poz. 2069
6. *Ustawa z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym*, Dziennik Ustaw z 2001 r. Nr 113 poz. 1207
7. *Ustawa z dnia 6 grudnia 2002 r. o świadczeniu usług ratownictwa medycznego*, Dziennik Ustaw z 2002 r. Nr 241 poz. 2073
8. *Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym*, Dziennik Ustaw z 2006 r. Nr 191 poz.1410 z późn. zm.

SPIS RYSUNKÓW

- Rys. 1.1. "Diagram cebuli"- przejawy kultury na różnych poziomach głębokości
- Rys. 1.2. Model kultury organizacyjnej - „Drzewo kulturowe”
- Rys. 1.3. Model kultury organizacyjnej E.H. Scheina
- Rys. 1.4. Model kultury organizacyjnej Trompenaarsa i Hampden – Turnera
- Rys. 1.5. Model dynamiki kulturowej M.J. Hatch
- Rys. 1.6. Poziomy ludzkiego zaprogramowania umysłu
- Rys. 1.7. Uczenie się wartości i praktyk
- Rys. 1.8. Macierz kultury organizacyjnej według R. Harrisona i Ch. Handy’ego
- Rys. 1.9. Macierz kultury organizacyjnej według T. Deal’a i A. Kennedy’ego
- Rys. 1.10. Macierz kultury organizacyjnej według J. Petersa
- Rys. 1.11. Model wartości konkurujących
- Rys. 2.1. Uwarunkowania kultury organizacyjnej
- Rys. 2.2. Uwarunkowania zewnętrzne i wewnętrzne kultury organizacyjnej
- Rys. 3.1. Podejście badawcze
- Rys. 4.1. Zarys struktury systemu ochrony zdrowia
- Rys. 4.2. Schemat udzielania świadczeń zdrowotnych w Polsce
- Rys. 4.3. Budowa systemu PRM
- Rys. 4.4. Struktury organizacyjne, w których funkcjonują zespoły ratownictwa medycznego
- Rys. 4.5. Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia na 1 tys. Ludności
- Rys. 4.6. Przebieg procesu realizacji zlecenia przez dyspozytora medycznego
- Rys. 4.7. Uwarunkowania kultury organizacyjnej jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne
- Rys. 5.1. Przyjęte podejście do wyboru pożądanej kultury organizacyjnej PRM
- Rys. 5.2. Efekt zastosowanego podejścia badawczego: zależności pomiędzy pożądaną kulturą organizacyjną jednostek PRM, strategią i determinantami wynikającymi z przeprowadzonych badań
- Rys. 5.3. Kultura organizacyjna w jednostkach systemu PRM. Stan faktyczny *versus* stan najbliższy do idealnego w obecnych warunkach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce według ekspertów w zarządzaniu jednostkami systemu PRM

Rys. 5.4. Ocena dopasowania rzeczywistej kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM do warunków funkcjonowania systemu i wynikające z tego skutki

Rys. 6.1. Plan zmiany kultury w jednostkach systemu PRM

Rys. 6.2. Zespoły ds. kultury na poszczególnych poziomach

Rys. 7.1. Podsumowanie celów badania

SPIS TABEL

Tabela 1.1. Definicje kultury

Tabela 1.2. Definicje kultury organizacyjnej

Tabela 1.3. Funkcje kultury

Tabela 1.4. Funkcje kultury organizacyjnej według wybranych autorów

Tabela 1.5. Pozytywne i negatywne oddziaływanie kultury organizacyjnej na funkcjonowanie organizacji

Tabela 1.6. Kultury organizacyjne oparte o jeden wymiar

Tabela 1.7. Charakterystyka silnej i słabej kultury organizacyjnej

Tabela 1.8. Charakterystyka kultury organizacyjnej o niskiej i wysokiej tolerancji niepewności

Tabela 1.9. Charakterystyka pozytywnej i negatywnej kultury organizacyjnej

Tabela 1.10. Charakterystyka introwertycznej i ekstrawertycznej kultury organizacyjnej

Tabela 1.11. Charakterystyka hierarchicznej i równościowej kultury organizacyjnej

Tabela 1.12. Charakterystyka konserwatywnej i innowacyjnej kultury organizacyjnej

Tabela 1.13. Charakterystyka projektowej i nieprojektowej kultury organizacyjnej

Tabela 1.14. Charakterystyka kultury organizacyjnej o małym i dużym dystansie władzy

Tabela 1.15. Charakterystyka indywidualistycznej i kolektywistycznej kultury organizacyjnej

Tabela 1.16. Charakterystyka męskiej i kobiecej kultury organizacyjnej

Tabela 1.17. Kultury organizacyjne oparte o dwa wymiary

Tabela 1.18. Konkurujące wartości w modelu kultury K.S. Camerona i R.E. Quinna

Tabela 2.1. Przegląd wybranych czynników kulturotwórczych według różnych autorów

Tabela 2.2. Wpływ przyjętych determinant wewnętrznych i zewnętrznych na kulturę organizacyjną wraz ze skrajnymi ich wychyleniami

Tabela 2.3. Współczesne definicje strategii w odniesieniu do zarządzania organizacjami

Tabela 2.4. Ewolucja strategii: wybrane klasyfikacje szkół i podejść do strategii

Tabela 2.5. Strategia perfekcyjna – kreatywna

Tabela 2.6. Przyczyny zmiany kulturowej

Tabela 2.7. Uniwersalne modele wprowadzania zmian w organizacji

Tabela 2.7. Narzędzia kształtowania kultury organizacyjnej

Tabela 3.1. Wybrane publikacje na temat kultury organizacyjnej w jednostkach ochrony zdrowia i ratownictwie górskim wraz obszarem oraz kierunkiem badań

Tabela 3.2. Wykorzystane metody badawcze a cele badawcze

Tabela 3.3. Struktura próby badawczej

Tabela 3.4. Charakterystyka próby badawczej

Tabela 4.1. Liczba jednostek systemu na terenie kraju

Tabela 4.2. Kadra medyczna w zespołach ratownictwa medycznego

Tabela 4.3. Szczegółowy rozkład liczby zespołów ratownictwa medycznego w poszczególnych województwach

Tabela 4.4. Wymogi ustawowe - czasy dotarcia na miejsce zdarzenia od chwili przyjęcia zgłoszenia o nagłym stanie zagrożenia zdrowotnego przez dyspozytora medycznego

Tabela 4.5. Siła wpływu uwarunkowań na kulturę organizacyjną jednostek systemu PRM (średnia ocen dokonanych przez członków panelu ekspertów)

Tabela 4.6. Propozycja elementów kultury jednostek systemu PRM

Tabela 5.1. Charakterystyka wybranych orientacji kulturowych

Tabela 5.2. Rekomendacje ekspertów na temat pożądaných orientacji kulturowych najbliższych ideału w obecnych warunkach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce

Tabela 5.3. Pożądane elementy kultury jednostek PRM wynikające z przeanalizowanych uwarunkowań

Tabela 5.4. Porównanie wyników identyfikacji rzeczywistej kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM

Tabela 5.5. Rzeczywista kultura jednostek systemu PRM według ekspertów

Tabela 5.6. Rzeczywista kultura jednostek systemu PRM według członków zespołów ratownictwa medycznego

Tabela 5.7. Rozbieżności w poszczególnych grupach wiekowych podczas identyfikacji rzeczywistej kultury jednostek systemu PRM według członków zespołów ratownictwa medycznego

Tabela 5.8. Rozbieżności w poszczególnych grupach zawodowych podczas identyfikacji rzeczywistej kultury jednostek systemu PRM według członków zespołów ratownictwa medycznego

Tabela 5.9. Częstotliwość występowania poszczególnych norm, wartości i podstawowych założeń jako elementów kultury jednostek systemu PRM

Tabela 5.10. Porównanie rekomendacji ekspertów na temat pożądaných orientacji kulturowych najbliższych ideału oraz wyników identyfikacji rzeczywistej kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM

Tabela 5.11. Porównanie na poziomie kryteriów szczegółowych rekomendacji ekspertów na temat pożądaných orientacji kulturowych najbliższych ideału oraz wyników identyfikacji rzeczywistej kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM

Tabela 5.12. Organizacyjne przyczyny dysonansu kulturowego według różnych autorów

Tabela 5.13. Uwarunkowania funkcjonowania systemu PRM

Tabela 5.14. Skutki występowania „luki kulturowej”

Tabela 6.1. Powiązanie działań wprowadzanych samodzielnie przez jednostkę podczas korekty kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM z przyjętym kierunkiem zmian

Tabela 6.2. Działania wprowadzane ogólnie podczas korekty kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM

Tabela 6.3. Powiązanie działań wprowadzanych ogólnie podczas korekty kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM z przyjętym kierunkiem zmian

SPIS ZAŁĄCZNIKÓW

Załącznik nr 1. Scenariusz indywidualnego wywiadu z członkami panelu ekspertów

Załącznik nr 2. Zogniskowany wywiad grupowy z osobami uznawanymi w środowisku za ekspertów w zarządzaniu jednostkami systemu PRM

Załącznik nr 3. Kwestionariusz ankiety wypełniany przez członków zespołów ratownictwa medycznego

Załącznik nr 4. Scenariusz indywidualnego wywiadu z osobami zarządzającymi w podmiotach leczniczych, których zespoły wypełniały kwestionariusz ankiety

Załącznik nr 5. Scenariusz indywidualnego wywiadu z Konsultantem Krajowym w dziedzinie medycyny ratunkowej

Załącznik nr 6. Rozmieszczenie na terenie kraju lotniczych zespołów ratownictwa medycznego wraz z czasami ich dyżurów

Załącznik nr 7. Akty wykonawcze (obowiązujące) do ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym wraz z obszarem regulacji

Załącznik nr 8. Szczegółowe wyniki badania dotyczącego identyfikacji rzeczywistej kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM przeprowadzonego wśród członków zespołów ratownictwa medycznego z podziałem na województwa

Załącznik nr 9. Szczegółowe wyniki badania dotyczącego identyfikacji rzeczywistej kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM przeprowadzonego wśród członków zespołów ratownictwa medycznego z podziałem na poszczególne grupy

Załącznik nr 10. Wykresy:

1. Rzeczywista strategia jednostek systemu PRM według członków zespołów ratownictwa medycznego - porównanie w województwach i kraju
2. Rzeczywisty poziom tolerancji niepewności jednostek systemu PRM według członków zespołów ratownictwa medycznego - porównanie w województwach i kraju
3. Rzeczywisty poziom kolektywizmu jednostek systemu PRM według członków zespołów ratownictwa medycznego - porównanie w województwach i kraju
4. Rzeczywisty poziom innowacyjności jednostek systemu PRM według członków zespołów ratownictwa medycznego - porównanie w województwach i kraju

Załącznik nr 11. Wykres częstotliwości występowania poszczególnych elementów kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM

Załącznik nr 12. Ilości kwestionariuszy ankiet wypełnianych przez członków zespołów ratownictwa medycznego w poszczególnych województwach i grupach

Załącznik nr 13. Wyniki indywidualnego wywiadu z osobami zarządzającymi w podmiotach leczniczych, których zespoły wypełniały kwestionariusz ankiety, dotyczące skutecznych działań wprowadzanych samodzielnie przez jednostkę przy korekcie kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM w obecnych warunkach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce

Załącznik nr 14. Wyniki indywidualnego wywiadu z osobami zarządzającymi w podmiotach leczniczych, których zespoły wypełniały kwestionariusz ankiety, dotyczące skutecznych działań wprowadzanych ogólnie przy korekcie kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM w obecnych warunkach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce

Załącznik nr 15. Wyniki indywidualnego wywiadu z Konsultantem Krajowym w dziedzinie medycyny ratunkowej, dotyczące skutecznych działań wprowadzanych ogólnie przy korekcie kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM w obecnych warunkach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce

Załącznik nr 1

Scenariusz indywidualnego wywiadu z członkami panelu ekspertów.

Uczestnicy – 7 ekspertów (zanonimizowane osoby zarządzające zespołami ratownictwa medycznego).

Cel wywiadu: identyfikacja uwarunkowań funkcjonowania jednostek systemu PRM.

Wprowadzenie do wywiadu

Wywiad jest elementem przygotowywanej pracy doktorskiej, której celem jest badanie kultury organizacyjnej jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne i stworzenie koncepcji dostosowania kultury organizacyjnej do warunków funkcjonowania systemu. Badaniem objęta jest kultura organizacyjna jednostek systemu PRM, rozumianych jako zespoły ratownictwa medycznego. Uczestnicy wywiadu pozostaną anonimowi.

Pytania

Na początku chciałbym porozmawiać o tym, co składa się na kulturę organizacyjną jednostek systemu PRM, które Pani/Pan zna.

1. Co dla Pani/Pana oznacza termin kultura organizacyjna?

...

2. Co Pani/Pan rozumie przez kulturę organizacyjną jednostek systemu PRM?

...

3. Proszę pomyśleć o jednostkach systemu PRM, które Pani/Pan dobrze zna. Jakie obserwuje Pani/Pan pewne wspólne elementy kultury dla dużej części pracowników tych jednostek, np. dotyczące:

- relacji między pracownikami - ...,
- specyficznego słownictwa, żargonu - ...,
- schematów zachowań - ...,
- rytuałów - ...,
- zwyczajów - ...,
- podejścia do podnoszenia kwalifikacji - ...,

- podejścia do wdrażania nowych technologii - ...,
- podejścia do standaryzacji postępowania - ...,
- stabilności otoczenia prawnego - ...

4. Kultura to również wspólny sposób patrzenia na pewne sprawy, podobny sposób myślenia. Czy obserwuje Pani/Pan coś takiego w jednostkach systemu PRM, które Pani/Pan zna? Proszę podać przykłady.

...

5. Jakie wartości są wspólne dla dużej części pracowników jednostek systemu PRM, które Pani/Pan zna?

...

6. Czy w ostatnich latach obserwuje Pani/Pan zmianę, ewolucję kultury w tych jednostkach systemu PRM? Jeżeli tak, to na czym ona polega?

...

7. Czym kultura jednostek systemu PRM różni się od kultury innych jednostek systemu ochrony zdrowia?

...

Teraz chciałbym przejść do drugiej części wywiadu, poświęconej czynnikom, które wpływają na kulturę jednostek systemu PRM.

8. Co Pani/Pana zdaniem wpływa na elementy kultury organizacyjnej, które Pani/Pan wymienił przed chwilą? Z czego wynika kultura jednostek systemu PRM?

...

9. W jaki sposób na kulturę organizacyjną jednostek systemu PRM, które Pani/Pan zna, wpływają następujące czynniki:

- styl zarządzania kierownika - ...,
- zachowania pracowników - ...,
- praca zespołowa - ...,
- poziom standaryzacji - ...,
- postęp techniki i rozwój medycyny w kraju i na świecie - ...,

- podległość jednostki (jednostka samodzielna lub podlegająca pod szpital) - ...,
- stabilne uwarunkowania prawne - ...,
- oczekiwania organów administracji rządowej - ...,
- uwarunkowania społeczne, przede wszystkim wzrost oczekiwań społeczeństwa spowodowany większą świadomością w tej materii - ...,
- wartości przekazywane w trakcie edukacji wyższej takie jak: dbamy o dobro pacjenta, zachowujemy dystans emocjonalny wobec pacjentów, nie jesteśmy uprzedzeni wobec pacjentów, ograniczamy swoje zainteresowanie do kwestii związanych ze stanem zdrowia chorego - ...

10. Omówiliśmy czynniki wpływające na kulturę jednostek PRM, które Pani/Pan zna. Proszę teraz wskazać, jaki jest wpływ tych czynników na kulturę w skali od 1 do 5, gdzie 1 - oznacza brak wpływu, a 5 - bardzo silny wpływ.

Uwarunkowania	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<i><u>Wewnętrzne</u></i>					
Styl zarządzania kierownika.					
Zachowania pracowników.					
Organizacja wewnętrzna (praca zespołowa/indywidualna).					
Poziom standaryzacji.					
Nowoczesność stosowanego sprzętu medycznego, taboru samochodowego, sprzętu łączności, systemu teleinformatycznego.					
<i><u>Zewnętrzne</u></i>					
Podległość jednostki (jednostka samodzielna, jednostka w strukturze szpitala).					
Stabilność otoczenia prawnego.					
Poziom techniki i technologii światowej sprzętu medycznego, taboru samochodowego, sprzętu łączności, systemu teleinformatycznego.					

Oczekiwania organów administracji rządowej.					
Uwarunkowania społeczne, przede wszystkim wzrost oczekiwań społeczeństwa spowodowany większą świadomością w tej materii.					
Wartości przekazywane w trakcie edukacji wyższej takie jak: dbamy o dobro pacjenta, zachowujemy dystans emocjonalny wobec pacjentów, nie jesteśmy uprzedzeni wobec pacjentów, ograniczamy swoje zainteresowanie do kwestii związanych ze stanem zdrowia chorego.					
Inne – jakie?					

11. Proszę wskazać, korzystając ze skali od 1 do 5, które z par przeciwstawnych sytuacji są typowe dla jednostek systemu PRM, które Pani /Pan zna, gdzie:

1 – zdecydowanie sytuacja A

2 – raczej sytuacja A

3 – częściowo sytuacja A, częściowo sytuacja B

4 – raczej sytuacja B

5 – zdecydowanie sytuacja B

	<u>Sytuacja A</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>Sytuacja B</u>
Otoczenie	Brak konkurencji						Duża konkurencji
	Uregulowana sytuacja prawna.						Nieuregulowana sytuacja prawna.
Sposób pracy	Pełna standaryzacja postępowania ratowniczego.						Brak standaryzacji postępowania ratowniczego.
Stosunek do	Nasze cele i zakres						W pracy

realizowanych zadań	zadań są stałe. Skupiamy się na jak najlepszej ich realizacji.							koncentrujemy się na poszukiwaniu nowych zadań i celów.
Sposób rozwiązywania problemów	Formalizacja, standaryzacja, procedury.							Rozwiązania nieformalne, brak standardów i procedur.
Podejście do problemów podczas realizacji zadań	Pracujemy w ramach znanych, sprawdzonych możliwości sprostania oczekiwaniom.							Pracujemy w ramach nowych, niesprawdzonych możliwości sprostania oczekiwaniom.
Współpraca członków organizacji	W pracy dominuje praca zespołowa.							W pracy dominuje praca indywidualna.
Poziom stabilizacji w pracy	Pracownikom trzeba zapewnić wysoką stabilność w pracy.							Pracownikom trzeba zapewniać wyzwania w pracy.
Czynniki motywujące	Najbardziej pracowników motywuje stabilność i poczucie bezpieczeństwa.							Najbardziej pracowników motywują osiągnięcia i uznanie.
Skutki niepewności w organizacji	Rozwój organizacji jest możliwy tylko w stabilnym otoczeniu.							Niepewność jest nieodłącznym elementem życia organizacyjnego.
Plany działania organizacji	Organizacja powinna działać zgodnie z jednym planem.							Organizacja powinna dopuszczać wiele wariantów działań.
Wpływ zmian na organizację	Szybkie zmiany są zagrożeniem dla organizacji.							Szybkie zmiany są szansą dla organizacji.
Poziom sformalizowania	Naszą pracę trzeba porządkować za pomocą ogólnych i szczegółowych reguł organizacyjnych (procedury, regulaminy).							Naszej pracy nie da się ująć w ścisłe reguły, dlatego trzeba ograniczać liczbę reguł organizacyjnych (procedur, regulaminów).
Stopień	Pracownik jest							Pracownik jest

niezależności	częścią większej grupy, zależy od grupy.						niezależną jednostką.
Pochodzenie tożsamości jednostki	Tożsamość pracownika wynika z przynależności do grupy.						Tożsamość pracownika wynika z jego niepowtarzalnej osobowości.
Stopień integracji jednostki z organizacją	Pracownicy czują się zintegrowani emocjonalnie z organizacją.						Pracownicy nie czują się zintegrowani emocjonalnie z organizacją.
Przynależność do grupy	Ważna jest przynależność do organizacji i jej sukces.						Ważne są indywidualne osiągnięcia.
Prywatność	Życie prywatne podporządkowane pracy zawodowej.						Istnieje równowaga między życiem prywatnym i zawodowym.
Przyjaźń	Przyjaźnie w pracy są bardzo ważne i trwałe.						Przyjaźnie w pracy są mniej istotne.
Podejmowanie decyzji	W organizacji panuje zaufanie do decyzji grupowych.						W organizacji panuje zaufanie do decyzji indywidualnych.
Odpowiedzialność	Jesteśmy odpowiedzialni za bliźnich.						Każdy sam musi być kowalem swego losu.
Orientacja na zmiany	Orientacja na zmianę w organizacji.						Orientacja na utrzymanie status quo w organizacji.
Przedsiębiorczość	Pracownicy szukają pomysłów na usprawnianie swojego miejsca pracy.						Pracownicy nie szukają pomysłów na usprawnianie swojego miejsca pracy.
Podejście do tradycji	Tradycja traktowana z dystansem jako ciężar.						Tradycja traktowana z szacunkiem, jako wzorzec.
Szacunek dla autorytetów	Podważanie wartości autorytetów,						Duży szacunek dla doświadczenia w organizacji.

	stawianie na „nową krew”.						
Podejście do informacji	Akceptacja działań w warunkach deficytu informacji.						Działanie możliwe tylko w warunkach pełnej informacji.

12. Czy jest coś jeszcze istotnego na temat kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM, co Pani/Pan chciałby dodać na koniec wywiadu?

...

Metryczka

Pełnione stanowisko / funkcja:

Staż pracy na stanowisku:

Dotychczasowe miejsca pracy w ramach systemu PRM, z aktualnym włącznie (proszę podkreślić właściwe):

- jednostka samodzielna,
- jednostka w strukturze szpitala,
- organy administracji rządowej,
- inne, jakie?.....

Załącznik nr 2

Zogniskowany wywiad grupowy z osobami uznawanymi w środowisku za ekspertów w zarządzaniu jednostkami systemu PRM.

Uczestnicy – 7 ekspertów (zanonimizowane osoby zarządzające zespołami ratownictwa medycznego).

Cel wywiadu: identyfikacja pożądanej kultury organizacyjnej wynikającej z uwarunkowań funkcjonowania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.

Wprowadzenie do wywiadu (do odczytania rozmówcy)

Wywiad jest elementem przygotowywanej pracy doktorskiej, której celem jest badanie kultury organizacyjnej jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne i stworzenie koncepcji dostosowania kultury organizacyjnej do warunków funkcjonowania systemu. Badaniem objęta jest kultura organizacyjna jednostek systemu PRM, rozumianych jako zespoły ratownictwa medycznego. Uczestnicy wywiadu pozostaną anonimowi.

Prezentacja wyników indywidualnych wywiadów - syntetyczne przedstawienie, jak uczestnicy wywiadów postrzegają:

- kulturę organizacyjną zespołów ratownictwa medycznego (na podstawie pytań nr 2-7),
- uwarunkowania i ich wpływ na kulturę organizacyjną zespołów ratownictwa medycznego (pytanie nr 8 i kolejne).

Pytania:

1. Rozmawialiśmy niedawno na temat kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM. Wracając do tej rozmowy, proszę o oderwanie się od realiów systemu ochrony zdrowia

w Polsce. Zapomnijmy o tym przez chwilę. Jak w takiej sytuacji mogłaby wyglądać idealna/wymarzona kultura organizacyjna zespołów ratownictwa medycznego?

...

2. A teraz „wróćmy na ziemię”. Jak powinna w Państwa ocenie wyglądać najbliższa ideału kultura organizacyjna jednostek systemu PRM biorąc pod uwagę warunki funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce?

...

3. Proszę skorzystać ze skali od 1 do 5, które z par przeciwstawnych sytuacji byłyby najbliższe ideału w obecnych warunkach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce, gdzie:

1 – zdecydowanie sytuacja A

2 – raczej sytuacja A

3 – częściowo sytuacja A, częściowo sytuacja B

4 – raczej sytuacja B

5 – zdecydowanie sytuacja B

<u>Parametry strategii</u>	<u>Sytuacja A</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>Sytuacja B</u>
<u>Strategia</u>	<u>Perfekcyjna</u>	<u>Średnia</u>					<u>Kreatywna</u>
Sposób pracy	Pełna standaryzacja postępowania ratowniczego.						Brak standaryzacji postępowania ratowniczego.
Stosunek do realizowanych zadań	Nasze cele i zakres zadań są stałe. Skupiamy się na jak najlepszej ich realizacji.						W pracy koncentrujemy się na poszukiwaniu nowych zadań i celów.
Sposób rozwiązywania problemów	Formalizacja, standaryzacja, procedury.						Rozwiązania nieformalne, brak standardów i procedur.
Podejście do problemów podczas realizacji zadań	Pracujemy w ramach znanych, sprawdzonych możliwości sprostania						Pracujemy w ramach nowych, niesprawdzonych możliwości sprostania

	oczekiwaniom.						oczekiwaniom.
Współpraca członków organizacji	W pracy dominuje praca zespołowa.						W pracy dominuje praca indywidualna.
<u>Poziom tolerancji niepewności</u>	<u>Niski</u>	<u>Średnia</u>				<u>Wysoki</u>	
Poziom stabilizacji w pracy	Pracownikom trzeba zapewniać wysoką stabilność w pracy.						Pracownikom trzeba zapewniać wyzwania w pracy.
Czynniki motywujące	Najbardziej pracowników motywuje stabilność i poczucie bezpieczeństwa.						Najbardziej pracowników motywują osiągnięcia i uznanie.
Skutki niepewności w organizacji	Rozwój organizacji jest możliwy tylko w stabilnym otoczeniu.						Niepewność jest nieodłącznym elementem życia organizacyjnego.
Plany działania organizacji	Organizacja powinna działać zgodnie z jednym planem.						Organizacja powinna dopuszczać wiele wariantów działań.
Wpływ zmian na organizację	Szybkie zmiany są zagrożeniem dla organizacji.						Szybkie zmiany są szansą dla organizacji.
Poziom sformalizowania	Naszą pracę trzeba porządkować za pomocą ogólnych i szczegółowych reguł organizacyjnych (procedury, regulaminy).						Naszej pracy nie da się ująć w ścisłe reguły, dlatego trzeba ograniczać liczbę reguł organizacyjnych (procedur, regulaminów).
<u>Poziom kolektywizmu</u>	<u>Wysoki</u>	<u>Średnia</u>				<u>Niski</u>	
Stopień niezależności	Pracownik jest częścią większej grupy, zależy od grupy.						Pracownik jest niezależną jednostką.
Pochodzenie tożsamości jednostki	Tożsamość pracownika wynika z przynależności do grupy.						Tożsamość pracownika wynika z jego niepowtarzalnej osobowości.
Stopień integracji jednostki z organizacją	Pracownicy czują się zintegrowani emocjonalnie z organizacją.						Pracownicy nie czują się zintegrowani emocjonalnie z organizacją.

Przynależność do grupy	Ważna jest przynależność do organizacji i jej sukces.						Ważne są indywidualne osiągnięcia.
Prywatność	Życie prywatne podporządkowane pracy zawodowej.						Istnieje równowaga między życiem prywatnym i zawodowym.
Przyjaźń	Przyjaźnie w pracy są bardzo ważne i trwałe.						Przyjaźnie w pracy są mniej istotne.
Podejmowanie decyzji	W organizacji panuje zaufanie do decyzji grupowych.						W organizacji panuje zaufanie do decyzji indywidualnych.
Odpowiedzialność	Jesteśmy odpowiedzialni za bliźnich.						Każdy sam musi być kowalem swego losu.
<u>Poziom innowacyjności</u>	<u>Wysoki</u>	<u>Średnia</u>				<u>Niski</u>	
Orientacja na zmiany	Orientacja na zmianę w organizacji.						Orientacja na utrzymanie status quo w organizacji.
Przedsiębiorczość	Pracownicy szukają pomysłów na usprawnianie swojego miejsca pracy.						Pracownicy nie szukają pomysłów na usprawnianie swojego miejsca pracy.
Podejście do tradycji	Tradycja traktowana z dystansem jako ciężar.						Tradycja traktowana z szacunkiem, jako wzorzec.
Szacunek dla autorytetów	Podważanie wartości autorytetów, stawianie na „nową krew”.						Duży szacunek dla doświadczenia w organizacji.
Podejście do informacji	Akceptacja działań w warunkach deficytu informacji.						Działanie możliwe tylko w warunkach pełnej informacji.

4. Jakie są, Państwa zdaniem, największe różnice pomiędzy faktyczną kulturą organizacyjną a kulturą organizacyjną najbliższą ideału, ale uwzględniającą warunki funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce?

...

Załącznik nr 3

Kwestionariusz ankiety wypełniany przez członków zespołów ratownictwa medycznego.

Wprowadzenie do kwestionariusza ankiety.

Szanowni Państwo,

kwestionariusz ankiety jest elementem przygotowywanej pracy doktorskiej, której celem jest zbadanie kultury organizacyjnej jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne i stworzenie koncepcji dostosowania kultury organizacyjnej do warunków funkcjonowania systemu. Badaniem objęta jest kultura organizacyjna jednostek systemu PRM, rozumianych jako zespoły ratownictwa medycznego. Uczestnicy badania pozostaną anonimowi.

Z góry dziękuję za poświęcony czas,

Michał Missan

Ratownik medyczny

Koordinator Działu Ratownictwa Medycznego

Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu.

1. Proszę wstawiając „X” wskazać, korzystając ze skali od 1 do 5, które z par przeciwstawnych sytuacji są typowe dla jednostek systemu PRM, w których Pani/Pan pracuje, gdzie:

1 – zdecydowanie sytuacja A

2 – raczej sytuacja A

3 – częściowo A, częściowo sytuacja B

4 – raczej sytuacja B

5 – zdecydowanie sytuacja B

	<u>Sytuacja A</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>Sytuacja B</u>
Sposób pracy	Pełna standaryzacja postępowania ratowniczego.						Brak standaryzacji postępowania ratowniczego.
Stosunek do realizowanych zadań	Nasze cele i zakres zadań są stałe. Skupiamy się na jak najlepszej ich realizacji.						W pracy koncentrujemy się na poszukiwaniu nowych zadań i celów.
	<u>Sytuacja A</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>Sytuacja B</u>
Sposób rozwiązywania problemów	Formalizacja, standaryzacja, procedury.						Rozwiązania nieformalne, brak standardów i procedur.
Podejście do problemów podczas realizacji zadań	Pracujemy w ramach znanych, sprawdzonych możliwości sprostania oczekiwaniom.						Pracujemy w ramach nowych, niesprawdzonych możliwości sprostania oczekiwaniom.
Współpraca członków organizacji	W pracy dominuje praca zespołowa.						W pracy dominuje praca indywidualna.
Poziom stabilizacji w pracy	Pracownikom trzeba zapewniać wysoką stabilność w pracy.						Pracownikom trzeba zapewniać wyzwania w pracy.
Czynniki motywujące	Najbardziej pracowników motywuje stabilność i poczucie bezpieczeństwa.						Najbardziej pracowników motywują osiągnięcia i uznanie.
Skutki niepewności w organizacji	Rozwój organizacji jest możliwy tylko w stabilnym otoczeniu.						Niepewność jest nieodłącznym elementem życia organizacyjnego.
Plany działania organizacji	Organizacja powinna działać zgodnie z jednym planem.						Organizacja powinna dopuszczać wiele wariantów działań.
Wpływ zmian na organizację	Szybkie zmiany są zagrożeniem dla organizacji.						Szybkie zmiany są szansą dla organizacji.
Poziom sformalizowania	Naszą pracę trzeba porządkować za pomocą ogólnych i szczegółowych						Naszej pracy nie da się ująć w ścisłe reguły, dlatego trzeba ograniczać

	reguł organizacyjnych (procedury, regulaminy).						liczbę reguł organizacyjnych (procedur, regulaminów).
Stopień niezależności	Pracownik jest częścią większej grupy, zależy od grupy.						Pracownik jest niezależną jednostką.
Pochodzenie tożsamości jednostki	Tożsamość pracownika wynika z przynależności do grupy.						Tożsamość pracownika wynika z jego niepowtarzalnej osobowości.
	<u>Sytuacja A</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>Sytuacja B</u>
Stopień integracji jednostki z organizacją	Pracownicy czują się zintegrowani emocjonalnie z organizacją.						Pracownicy nie czują się zintegrowani emocjonalnie z organizacją.
Przynależność do grupy	Ważna jest przynależność do organizacji i jej sukces.						Ważne są indywidualne osiągnięcia.
Prywatność	Życie prywatne podporządkowane pracy zawodowej.						Istnieje równowaga między życiem prywatnym i zawodowym.
Przyjaźń	Przyjaźnie w pracy są bardzo ważne i trwałe.						Przyjaźnie w pracy są mniej istotne.
Podejmowanie decyzji	W organizacji panuje zaufanie do decyzji grupowych.						W organizacji panuje zaufanie do decyzji indywidualnych.
Odpowiedzialność	Jesteśmy odpowiedzialni za bliźnich.						Każdy sam musi być kowalem swego losu.
Orientacja na zmiany	Orientacja na zmianę w organizacji.						Orientacja na utrzymanie status quo w organizacji.
Przedsiębiorczość	Pracownicy szukają pomysłów na usprawnianie swojego miejsca pracy.						Pracownicy nie szukają pomysłów na usprawnianie swojego miejsca pracy.
Podejście do tradycji	Tradycja traktowana z dystansem, jako						Tradycja traktowana z

	ciężar.						szacunkiem, jako wzorzec.
Szacunek dla autorytetów	Podważanie wartości autorytetów, stawianie na „nową krew”.						Duży szacunek dla doświadczenia w organizacji.
Podejście do informacji	Akceptacja działań w warunkach deficytu informacji.						Działanie możliwe tylko w warunkach pełnej informacji.

2. Proszę wstawiając „X” wskazać, jak często w jednostce PRM, w której Pani/Pan pracuje występują następujące postawy i zachowania pracowników.

Elementy kultury jednostek systemu PRM	Wcale	Rzadko	Czasami	Często	Cały czas
Musimy cały czas uczyć się i doskonalić					
W naszej pracy walczymy z czasem					
Od pracowników oczekuje się zaangażowania i poświęcenia					
Działamy w oparciu o bardzo skrupulatnie wypełnione, zgodne z obowiązującymi przepisami, dokumenty					
Stosujemy aktualne standardy i technologie, bo one zapewniają bezpieczeństwo pacjentom					
Stosujemy aktualne standardy i technologie, bo one zapewniają nam bezpieczeństwo					
Dbamy o dobro pacjenta					
Zachowujemy dystans emocjonalny wobec pacjentów					
Nie jesteśmy uprzedzeni wobec pacjentów					
Ograniczamy swoje zainteresowanie do kwestii związanych ze stanem zdrowia chorego					
Używamy najnowocześniejszego sprzętu medycznego, łączności, taboru i systemu teleinformatycznego					
Jesteśmy po to, by ratować zagrożone życie ludzkie					
Standardy wytyczają ścieżki, którymi się poruszamy					

Jesteśmy prawdziwym zespołem					
Czujemy się częścią naszej organizacji					
W naszym zespole mamy własny żargon zawodowy					
W relacjach z kierownictwem obecna jest niechęć i brak zaufania					
Inne - jakie?					

3. Czy Pani/Pana zespół ratownictwa medycznego ma jakieś swoje wewnętrzne rytuały? Na czym one polegają?

.....
.....

4. Czy jest coś jeszcze istotnego na temat kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM, co Pani/Pan chciałby dodać na koniec?

.....
.....

Metryczka

1. Pełniona funkcja w ZRM* (proszę o zaznaczenie wstawiając „X”):

lekarz, pielęgniarka, ratownik medyczny, kierowca.

2. Wiek członka ZRM (proszę o zaznaczenie wstawiając „X”):

do 25 lat, 26 – 35 lat, 36 – 45 lat, 46 – 55 lat, powyżej 55 lat.

3. Płeć członka ZRM (proszę o zaznaczenie wstawiając „X”):

kobieta, mężczyzna.

4. Wykształcenie członków ZRM (proszę o zaznaczenie wstawiając „X”):

* Zespół ratownictwa medycznego

policealne, licencjat, mgr, lek., dr, inne –
jakie.....

5. Czy ZRM jest elementem komórki organizacyjnej szpitala? (tak/nie)

tak, nie.

6. Województwo, w którym stacjonuje ZRM -
.....

Załącznik nr 4

Scenariusz indywidualnego wywiadu z osobami zarządzającymi w podmiotach leczniczych, których zespoły wypełniały kwestionariusz ankiety

Uczestnicy – 7 osób (zanonimizowane osoby zarządzające zespołami ratownictwa medycznego).

Cel wywiadu: ustalenie skutków istniejącej luki kulturowej, opracowanie koncepcji kultury organizacyjnej jednostek PRM, opracowanie listy narzędzi rekomendowanych do zastosowania w celu dostosowania kultury organizacyjnej systemu PRM do uwarunkowań funkcjonowania systemu lub wzmocnienia kultury organizacyjnej w przypadku ich zgodności, opracowanie koncepcji sposobu wdrażania zmiany kulturowej lub wzmocnienia kultury organizacyjnej w systemie PRM.

Wprowadzenie do wywiadu (do odczytania rozmówcy)

Wywiad jest elementem przygotowywanej pracy doktorskiej, której celem jest badanie kultury organizacyjnej jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne i stworzenie koncepcji dostosowania kultury organizacyjnej do warunków funkcjonowania systemu. Badaniem objęta jest kultura organizacyjna jednostek systemu PRM, rozumianych jako zespoły ratownictwa medycznego. Uczestnicy wywiadu pozostaną anonimowi.

Pytania

1. Na początku chciałbym przedstawić wyniki badań dotyczące rozbieżności między pożądaną a rzeczywistą kulturą organizacyjną jednostek systemu PRM („luki kulturowej”). W tabeli umieszczono parametry, które w rzeczywistości najbardziej odbiegają od poziomu pożądanego. Proszę o Pani/Pana opinię na temat tych rozbieżności.

Parametry orientacji kulturowej	Opis „luki kulturowej”	Opinia osoby zarządzającej
Poziom tolerancji niepewności		
Poziom stabilizacji w pracy	<u>Zbyt wysoki poziom tolerancji niepewności:</u> <ul style="list-style-type: none"> • zbyt mała stabilność w pracy; • zbyt szybkie zmiany zewnętrzne, które zagrażają organizacji; • za mało uregulowana praca za pomocą procedur i regulaminów. 	
Skutki niepewności w organizacji		
Wpływ zmian na organizację		
Poziom sformalizowania		
Poziom kolektywizmu		
Stopień niezależności	<u>Zbyt niski poziom kolektywizmu:</u> <ul style="list-style-type: none"> • zbyt niski poziom utożsamiania się pracowników z zespołem, w szczególności lekarzy, dla których jest to dodatkowa praca; • zbyt słaba integracja emocjonalna pracowników z organizacją; • brak równowagi między życiem prywatnym i zawodowym – życie prywatne podporządkowane życiu zawodowemu; • indywidualne osiągnięcia są ważniejsze od przynależności do organizacji i jej sukcesu; • zbyt małe znaczenie i trwałość przyjaźni w pracy; • zbyt niski poziom odpowiedzialności za bliźnich. 	
Pochodzenie tożsamości jednostki		
Stopień integracji jednostki z organizacją		
Przynależność do grupy		
Prywatność		
Przyjaźń		
Odpowiedzialność		
Poziom innowacyjności		
Podejście do tradycji	<u>Zbyt niski poziom innowacyjności do wewnątrz organizacji:</u> <ul style="list-style-type: none"> • przeważa orientacja na utrzymanie status quo, zbyt słaba orientacja na zmiany w organizacji • tradycja traktowana ze zbyt dużym szacunkiem, jako 	
Szacunek dla autorytetów		

	wzorzec; • zbyt duża wiara w wartość autorytetów – niewystarczające stawianie na „nową krew”.	
--	--	--

2. Jakie, w Pani/Pana ocenie, mogą być skutki omówionych przed chwilą rozbieżności kulturowych w codziennej działalności zespołów ratownictwa medycznego?

Zbyt wysoki poziom tolerancji niepewności:

- zbyt mała stabilność w pracy;
- zbyt szybkie zmiany zewnętrzne, które zagrażają organizacji;
- za mało uregulowana praca za pomocą procedur i regulaminów.



Zbyt niski poziom kolektywizmu:

- zbyt niski poziom utożsamiania się pracowników z zespołem, w szczególności lekarzy, dla których jest to dodatkowa praca;
- zbyt słaba integracja emocjonalna pracowników z organizacją;
- brak równowagi między życiem prywatnym i zawodowym – życie prywatne podporządkowane życiu zawodowemu;
- indywidualne osiągnięcia są ważniejsze od przynależności do organizacji i jej sukcesu;
- zbyt małe znaczenie i trwałość przyjaźni w pracy;
- zbyt niski poziom odpowiedzialności za bliźnich.



Zbyt niski poziom innowacyjności do wewnątrz organizacji:

- przeważa orientacja na utrzymanie status quo, zbyt słaba orientacja na zmiany w organizacji

- tradycja traktowana ze zbyt dużym szacunkiem, jako wzorzec;
- zbyt duża wiara w wartość autorytetów – niewystarczające stawianie na „nową krew”.

.....

3. Proszę skorzystać ze skali od 1 do 5 i wskazać jakie jest, w Pani/Pana opinii, prawdopodobieństwo wystąpienia poniższych skutków luki kulturowej w codziennym funkcjonowaniu zespołów PRM, gdzie: 1 oznacza bardzo mało prawdopodobne, a 5 – bardzo prawdopodobne. Wszelkie uwagi proszę wpisywać w ostatniej kolumnie.

Skutki występowania „luki kulturowej”						
<i>Poziom tolerancji niepewności</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>Uwagi</i>
Pracownicy wymyślają własne rozwiązania problemów pomimo, że poza organizacją są dostępne standardowe, sprawdzone rozwiązania						
Brak pewnych standardów w sytuacji zagrożenia życia zmniejsza szanse na uratowanie pacjenta						
Niewystarczająca liczba standardów i procedur powoduje, że wdrożenie nowych pracowników jest bardziej czasochłonne						
Zmiany w otoczeniu prawno-regulacyjnym powodują niepokój i frustrację pracowników						
<i>Poziom kolektywizmu</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>Uwagi</i>
Brak zaufania i otwartości pomiędzy członkami zespołu						
Niskie poczucie jedności i koleżeństwa						
Brak konstruktywnej dyskusji, otwartej rozmowy o problemach i błędach, ignorowanie problemów						
Brak wspólnego rozwiązywania problemów						

Problemy w pracy zespołu w sytuacjach zagrożenia życia pacjenta objawiające się nieporozumieniami, błędami, nietrafnymi decyzjami, konfliktami						
Niski poziom zaangażowania pracowników						
Słaba motywacja do pracy						
Praca odbywa się kosztem rodziny i życia prywatnego, co może powodować szybsze wypalenie zawodowe						
Niewystarczające dzielenie się wiedzą w zespole / Obniżony poziom przekazywania sobie w zespole „technikaliów”, związanych z codzienną pracą, ale przede wszystkim misji systemu PRM						
Wydłużony czas uzyskiwania docelowych kompetencji przez nowych pracowników						
Niewykorzystywanie potencjału wszystkich członków zespołu						
Niska lojalność pracowników wobec zespołu						
Zwiększona rotacja pracowników (odchodzenie z zespołu)						
<i>Poziom innowacyjności</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>Uwagi</i>
Skupianie się na sprawdzonych rozwiązaniach						
Niewielka liczba oddolnych inicjatyw racjonalizatorskich						
Blokowanie innowacyjności nowych pracowników („podcinanie skrzydeł”)						
Niechęć do uczenia się nowych technik i narzędzi						
Opór przed zmianami w organizacji i sposobie pracy						

4. Jakie, w Pani/Pana ocenie, można wprowadzić działania w jednostkach PRM w celu minimalizacji negatywnych skutków, o których rozmawialiśmy dotychczas?

.....

.....

5. Jakie, w Pani/Pana ocenie, można wprowadzić działania ogólnie (ponad jednostkami PRM, np. na poziomie wojewódzkim, krajowym) w celu minimalizacji negatywnych skutków, o których rozmawialiśmy dotychczas?

.....

.....

6. Proszę skorzystać ze skali od 1 do 5 i wskazać które, w Pani/Pana ocenie, z zaproponowanych działań umieszczonych w poniższej tabeli będą najbardziej skuteczne przy korekcie kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM w obecnych warunkach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce, gdzie:

1 – najmniej skuteczne

2 – mało skuteczne

3 – trudno wskazać

4 – bardzo skuteczne

5 – najbardziej skuteczne

Wszelkie uwagi proszę wpisywać w ostatniej kolumnie.

DZIAŁANIA WPROWADZANE SAMODZIELNIE PRZEZ JEDNOSTKI						
ETAP 1: BUDOWA FUNDAMENTÓW POD ZMIANĘ (6-12 miesięcy)						
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>Uwagi</i>
1/ Powołanie w jednostce zespołu ds. kultury, którego celem będzie opracowanie diagnozy i planu działań						
2/ Wykorzystywanie przez kadrę kierowniczą jednostek PRM stylu kierowania pracownikami spójnego z pożądanymi						

wartościami						
3/ Badania opinii pacjentów jako klientów organizacji. Komunikowanie ich wyników wśród pracowników						
4/ Komunikowanie wyników organizacji wśród pracowników (jasne, mierzalne wyniki)						
ETAP 2: ZMIANA ZACHOWAŃ I SPOSOBU MYŚLENIA (12-24 miesięcy)						
	1	2	3	4	5	Uwagi
5/ Dalsze działanie zespołu ds. kultury						
6/ Stałe wykorzystywanie przez kadre kierowniczą jednostek PRM stylu kierowania pracownikami spójnego z pożądanymi wartościami						
7/ Działania integracyjne w jednostkach (np. wspólne wyjazdy, nieformalne spotkania)						
8/ Wprowadzenie w jednostkach konkursów racjonalizatorskich						
9/ Wspieranie otwartej i dwustronnej komunikacji wewnętrznej poprzez kształtowanie postaw i zapewnianie narzędzi						
10/ Opracowanie i stosowanie procedury adaptacji nowego pracownika w PRM						
11/ Uwzględnianie w rekrutacji pracowników pożądanych wartości kulturowych						
12/ Systematyczne wprowadzanie nowych technologii medycznych						
13/ Wprowadzenie rytuału przyjmowania nowych pracowników do jednostek systemu PRM w postaci uroczystego wcielenia do zespołu po przejściu okresu próbnego zatrudnienia						
ETAP 3: ROZWÓJ KULTURY ORGANIZACYJNEJ						
	1	2	3	4	5	Uwagi
14/ Stałe wykorzystywanie przez kadre kierowniczą jednostek PRM stylu kierowania pracownikami spójnego z pożądanymi						

wartościami						
15/ Działania integracyjne w jednostkach (np. wspólne wyjazdy, nieformalne spotkania)						
16/ Uwzględnianie w rekrutacji pracowników pożądanymi wartości kulturowych						
17/ Systematyczne wprowadzanie nowych technologii medycznych						

DZIAŁANIA WPROWADZANE ODGÓRNIC						
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>Uwagi</i>
Powołanie zespołu roboczego w ramach organizacjach branżowych (np. Polskiego Towarzystwa Ratowników Medycznych) w celu stworzenia listy brakujących standardów i procedur, a następnie ich opracowania. Wykorzystanie benchmarkingu w odniesieniu do ratownictwa medycznego w innych krajach. Przyjęcie standardów przez Ministra Zdrowia						
Opracowanie profilu kompetencyjnego pracowników PRM (stanowiska operacyjne i kierownicze) uwzględniającego wymagania kulturowe (np. PTRM lub Ministerstwo Zdrowia)						
Opracowanie procesu przygotowania przyszłej kadry menedżerskiej PRM (np. PTRM lub Ministerstwo Zdrowia)						
Aktualizacja programu obowiązkowych szkoleń dla pracowników PRM z uwzględnieniem opracowanego wcześniej profilu kompetencyjnego oraz procesu przygotowania przyszłej kadry menedżerskiej (rozporządzenie Ministra Zdrowia)						
Wprowadzenie zatrudnienia lekarzy, ratowników medycznych, pielęgniarek na wyłączność w jednym miejscu pracy (Parlament)						
Działania wizerunkowe w celu podniesienia prestiżu pracy członka ZRM - kampania społeczna, pluszaki dla pacjentów w wieku						

dziecięcym (np. PTRM, Ministerstwo Zdrowia)						
Zmiana brzmienia misji PRM z: „misją systemu jest zapewnienie pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego”, na: „misją systemu jest zapewnienie pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przy użyciu najnowszych dostępnych technologii i zastosowaniu aktualnych standardów postępowania” (Ministerstwo Zdrowia)						
Poszukiwanie autorytetów uosabiających pożądane wartości wśród osób, które już nie są aktywnymi pracownikami (Ministerstwo Zdrowia)						
Kwartalne konferencje naukowe (Wojewoda)						
Nawiązywanie współpracy między jednostkami w celu dzielenia się wiedzą (np. w województwie)						

7. W poprzednim punkcie, w przypadku tabeli z działaniami wprowadzanymi samodzielnie przez jednostki, przyjęto kolejność działań w trzech przedziałach czasowych. Czy w Pani/Pana opinii ta kolejność jest właściwa? Jeśli nie, to co Pani/Pan zmieniłaby w tej kwestii?

.....
.....

8. Czy w Pani/Pana opinii działania wymienione w punkcie 6 mogą być wprowadzone we wszystkich jednostkach? Czy może są takie jednostki, w których nie uda się wprowadzić zaproponowanych działań? Jeśli tak, to proszę opisać swoje wątpliwości.

.....
.....

9. Z wyników przeprowadzonych badań wynika także, że korekty wymagają następujące normy, wartości i podstawowe założenia: nie jesteśmy uprzedzeni wobec pacjentów, zachowujemy dystans emocjonalny wobec pacjentów. W jaki sposób w Pani/Pana ocenie powinno odbywać się promowanie i upowszechnianie tych norm, wartości i podstawowych założeń przez kierownika jednostki?

.....
....

Scenariusz indywidualnego wywiadu z Konsultantem Krajowym w dziedzinie medycyny ratunkowej.

Uczestnik – Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny ratunkowej

Cel wywiadu: ustalenie skutków istniejącej luki kulturowej, opracowanie koncepcji kultury organizacyjnej jednostek PRM, opracowanie listy narzędzi rekomendowanych do zastosowania w celu dostosowania kultury organizacyjnej systemu PRM do uwarunkowań funkcjonowania systemu lub wzmocnienia kultury organizacyjnej w przypadku ich zgodności, opracowanie koncepcji sposobu wdrażania zmiany kulturowej lub wzmocnienia kultury organizacyjnej w systemie PRM.

Wprowadzenie do wywiadu (do odczytania rozmówcy)

Wywiad jest elementem przygotowywanej pracy doktorskiej, której celem jest badanie kultury organizacyjnej jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne i stworzenie koncepcji dostosowania kultury organizacyjnej do warunków funkcjonowania systemu. Badaniem objęta jest kultura organizacyjna jednostek systemu PRM, rozumianych jako zespoły ratownictwa medycznego.

Pytania

1. Na początku chciałbym przedstawić wyniki badań dotyczące rozbieżności między pożądaną a rzeczywistą kulturą organizacyjną jednostek systemu PRM („luki kulturowej”). W tabeli umieszczono parametry, które w rzeczywistości najbardziej odbiegają od poziomu pożądanego. Proszę o Pana opinię na temat tych rozbieżności.

Parametry orientacji kulturowej	Opis „luki kulturowej”	Opinia Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej
<i>Poziom tolerancji niepewności</i>		
Poziom stabilizacji w pracy	<i>Zbyt wysoki poziom tolerancji niepewności:</i> <ul style="list-style-type: none">• zbyt mała stabilność w pracy;• zbyt szybkie zmiany zewnętrzne, które zagrażają	
Skutki niepewności w organizacji		
Wpływ zmian na organizację		

Poziom sformalizowania	<p>organizacji;</p> <ul style="list-style-type: none"> • za mało uregulowana praca za pomocą procedur i regulaminów. 	
Poziom kolektywizmu		
Stopień niezależności	<p><u>Zbyt niski poziom kolektywizmu:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • zbyt niski poziom utożsamiania się pracowników z zespołem, w szczególności lekarzy, dla których jest to dodatkowa praca; • zbyt słaba integracja emocjonalna pracowników z organizacją; • brak równowagi między życiem prywatnym i zawodowym – życie prywatne podporządkowane życiu zawodowemu; • indywidualne osiągnięcia są ważniejsze od przynależności do organizacji i jej sukcesu; • zbyt małe znaczenie i trwałość przyjaźni w pracy; • zbyt niski poziom odpowiedzialności za bliźnich. 	
Pochodzenie tożsamości jednostki		
Stopień integracji jednostki z organizacją		
Przynależność do grupy		
Prywatność		
Przyjaźń		
Odpowiedzialność		
Poziom innowacyjności		
Podejście do tradycji	<p><u>Zbyt niski poziom innowacyjności do wewnątrz organizacji:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • przeważa orientacja na utrzymanie status quo, zbyt słaba orientacja na zmiany w organizacji • tradycja traktowana ze zbyt dużym szacunkiem, jako wzorzec; • zbyt duża wiara w wartość autorytetów – niewystarczające stawianie na „nową krew”. 	

2. Jakie, w Pana ocenie, mogą być skutki omówionych przed chwilą rozbieżności kulturowych w codziennej działalności zespołów ratownictwa medycznego?

Zbyt wysoki poziom tolerancji niepewności:

- zbyt mała stabilność w pracy;
- zbyt szybkie zmiany zewnętrzne, które zagrażają organizacji;
- za mało uregulowana praca za pomocą procedur i regulaminów.

.....
....

Zbyt niski poziom kolektywizmu:

- zbyt niski poziom utożsamiania się pracowników z zespołem, w szczególności lekarzy, dla których jest to dodatkowa praca;
- zbyt słaba integracja emocjonalna pracowników z organizacją;
- brak równowagi między życiem prywatnym i zawodowym – życie prywatne podporządkowane życiu zawodowemu;
- indywidualne osiągnięcia są ważniejsze od przynależności do organizacji i jej sukcesu;
- zbyt małe znaczenie i trwałość przyjaźni w pracy;
- zbyt niski poziom odpowiedzialności za bliźnich.

.....
....

Zbyt niski poziom innowacyjności do wewnątrz organizacji:

- przeważa orientacja na utrzymanie status quo, zbyt słaba orientacja na zmiany w organizacji
- tradycja traktowana ze zbyt dużym szacunkiem, jako wzorzec;
- zbyt duża wiara w wartość autorytetów – niewystarczające stawianie na „nową krew”.

.....
....

3. Proszę skorzystać ze skali od 1 do 5 i wskazać jakie jest, w Pana opinii, prawdopodobieństwo wystąpienia poniższych skutków luki kulturowej w codziennym funkcjonowaniu zespołów PRM, gdzie: 1 oznacza bardzo mało prawdopodobne, a 5 – bardzo prawdopodobne. Wszelkie uwagi proszę wpisywać w ostatniej kolumnie.

Skutki występowania „luki kulturowej”						
<i>Poziom tolerancji niepewności</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>Uwagi</i>
Pracownicy wymyślają własne rozwiązania problemów pomimo, że poza organizacją są dostępne standardowe, sprawdzone rozwiązania						
Brak pewnych standardów w sytuacji zagrożenia życia zmniejsza szanse na uratowanie pacjenta						
Niewystarczająca liczba standardów i procedur powoduje, że wdrożenie nowych pracowników jest bardziej czasochłonne						
Zmiany w otoczeniu prawno-regulacyjnym powodują niepokój i frustrację pracowników						
<i>Poziom kolektywizmu</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>Uwagi</i>
Brak zaufania i otwartości pomiędzy członkami zespołu						
Niskie poczucie jedności i koleżeństwa						
Brak konstruktywnej dyskusji, otwartej rozmowy o problemach i błędach, ignorowanie problemów						
Brak wspólnego rozwiązywania problemów						
Problemy w pracy zespołu w sytuacjach zagrożenia życia pacjenta objawiające się nieporozumieniami, błędami, nietrafnymi decyzjami, konfliktami						
Niski poziom zaangażowania pracowników						
Słaba motywacja do pracy						
Praca odbywa się kosztem rodziny i życia prywatnego, co może powodować szybsze wypalenie zawodowe						

Niewystarczające dzielenie się wiedzą w zespole / Obniżony poziom przekazywania sobie w zespole „technikaliów”, związanych z codzienną pracą, ale przede wszystkim misji systemu PRM						
Wydłużony czas uzyskiwania docelowych kompetencji przez nowych pracowników						
Niewykorzystywanie potencjału wszystkich członków zespołu						
Niska lojalność pracowników wobec zespołu						
Zwiększona rotacja pracowników (odchodzenie z zespołu)						
<i>Poziom innowacyjności</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>Uwagi</i>
Skupianie się na sprawdzonych rozwiązaniach						
Niewielka liczba oddolnych inicjatyw racjonalizatorskich						
Blokowanie innowacyjności nowych pracowników („podcinanie skrzydeł”)						
Niechęć do uczenia się nowych technik i narzędzi						
Opór przed zmianami w organizacji i sposobie pracy						

4. Jakie, w Pani/Pana ocenie, można wprowadzić działania odgórne (ponad jednostkami PRM, np. na poziomie wojewódzkim, krajowym) w celu minimalizacji negatywnych skutków, o których rozmawialiśmy dotychczas? Może zna Pana tego typu działania, które są wdrażane w innych krajach?

.....
....

5. Proszę skorzystać ze skali od 1 do 5 i wskazać które, w Pana ocenie, z zaproponowanych działań umieszczonych w poniższej tabeli będą najbardziej skuteczne przy korekcie kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM w obecnych warunkach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce, gdzie:

1 – najmniej skuteczne

2 – mało skuteczne

3 – trudno wskazać

4 – bardzo skuteczne

5 – najbardziej skuteczne

Wszelkie uwagi proszę wpisywać w ostatniej kolumnie.

DZIAŁANIA WPROWADZANE ODGÓRNI						
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>Uwagi</i>
Powołanie zespołu roboczego w ramach organizacji branżowych (np. Polskiego Towarzystwa Ratowników Medycznych) w celu stworzenia listy brakujących standardów i procedur, a następnie ich opracowania. Wykorzystanie benchmarkingu w odniesieniu do ratownictwa medycznego w innych krajach. Przyjęcie standardów przez Ministra Zdrowia						
Opracowanie profilu kompetencyjnego pracowników PRM (stanowiska operacyjne i kierownicze) uwzględniającego wymagania kulturowe (np. PTRM lub Ministerstwo Zdrowia)						
Opracowanie procesu przygotowania przyszłej kadry menedżerskiej PRM (np. PTRM lub Ministerstwo Zdrowia)						
Aktualizacja programu obowiązkowych szkoleń dla pracowników PRM z uwzględnieniem opracowanego wcześniej profilu kompetencyjnego oraz procesu przygotowania przyszłej kadry menedżerskiej (rozporządzenie Ministra Zdrowia)						

Wprowadzenie zatrudnienia lekarzy, ratowników medycznych, pielęgniarek na wyłączność w jednym miejscu pracy (Parlament)						
Działania wizerunkowe w celu podniesienia prestiżu pracy członka ZRM - kampania społeczna, pluszaki dla pacjentów w wieku dziecięcym (np. PTRM, Ministerstwo Zdrowia)						
Zmiana brzmienia misji PRM z: „misją systemu jest zapewnienie pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego”, na: „misją systemu jest zapewnienie pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przy użyciu najnowszych dostępnych technologii i zastosowaniu aktualnych standardów postępowania” (Ministerstwo Zdrowia)						
Poszukiwanie autorytetów uosabiających pożądane wartości wśród osób, które już nie są aktywnymi pracownikami (Ministerstwo Zdrowia)						
Kwartalne konferencje naukowe (Wojewoda)						
Nawiązywanie współpracy między jednostkami w celu dzielenia się wiedzą (np. w województwie)						

6. Czy w Pana opinii działania wymienione w punkcie 5 mogą być wprowadzone we wszystkich jednostkach? Czy może są takie jednostki, w których nie uda się wprowadzić zaproponowanych działań? Jeśli tak, to proszę opisać swoje wątpliwości.

.....

Załącznik nr 6

Rozmieszczenie na terenie kraju lotniczych zespołów ratownictwa medycznego wraz z czasami ich dyżurów.

<u>Lp.</u>	<u>Miejsce stacjonowania</u>	<u>Czas dyżurów</u>
1.	Białystok	Od godziny 7.00 do godziny 20.00
2.	Bydgoszcz	Od godziny 7.00, lecz nie wcześniej niż od wschodu słońca, do 45 min przed zachodem słońca, lecz nie dłużej niż do godziny 20.00
3.	Gdańsk	24 godziny na dobę
4.	Gliwice	Od godziny 7.00, lecz nie wcześniej niż od wschodu słońca, do 45 min przed zachodem słońca, lecz nie dłużej niż do godziny 20.00
5.	Gorzów Wielkopolski	Od godziny 7.00, lecz nie wcześniej niż od wschodu słońca, do 45 min przed zachodem słońca, lecz nie dłużej niż do godziny 20.00
6.	Kielce	Od godziny 7.00, lecz nie wcześniej niż od wschodu słońca, do 45 min przed zachodem słońca, lecz nie dłużej niż do godziny 20.00
7.	Koszalin	Od 1 czerwca do 5 września, od godziny 7.00, lecz nie wcześniej niż od wschodu słońca, do 45 min przed zachodem słońca, lecz nie dłużej niż do godziny 20.00
8.	Kraków	24 godziny na dobę
9.	Lublin	Od godziny 7.00 do godziny 20.00
10.	Łódź	Od godziny 7.00, lecz nie wcześniej niż od wschodu słońca, do 45 min przed zachodem słońca, lecz nie dłużej niż do godziny 20.00
11.	Olsztyn	Od godziny 7.00 do godziny 20.00
12.	Opole	Od godziny 7.00, lecz nie wcześniej niż od wschodu słońca, do 45 min przed zachodem słońca, lecz nie dłużej niż do godziny 20.00
13.	Ostrów Wielkopolski	Od godziny 7.00, lecz nie wcześniej niż od wschodu słońca, do 45 min przed zachodem słońca, lecz nie dłużej niż do godziny 20.00
14.	Płock	Od godziny 7.00, lecz nie wcześniej niż od wschodu słońca, do 45 min przed zachodem

		słońca, lecz nie dłużej niż do godziny 20.00
15.	Poznań	Od godziny 7.00 do godziny 20.00
16.	Sanok	Od godziny 7.00, lecz nie wcześniej niż od wschodu słońca, do 45 min przed zachodem słońca, lecz nie dłużej niż do godziny 20.00
17.	Sokołów Podlaski	Od godziny 7.00, lecz nie wcześniej niż od wschodu słońca, do 45 min przed zachodem słońca, lecz nie dłużej niż do godziny 20.00
18.	Suwałki	Od godziny 7.00, lecz nie wcześniej niż od wschodu słońca, do 45 min przed zachodem słońca, lecz nie dłużej niż do godziny 20.00
19.	Szczecin	Od godziny 7.00 do godziny 20.00
20.	Warszawa	24 godziny na dobę
21.	Wrocław	24 godziny na dobę
22.	Zielona Góra	Od godziny 7.00, lecz nie wcześniej niż od wschodu słońca, do 45 min przed zachodem słońca, lecz nie dłużej niż do godziny 20.00

Źródło: strona internetowa Lotniczego Pogotowia Ratunkowego [dostęp: 1 lutego 2017]
[\[http://www.lpr.com.pl/pl/dla-dyspozytorow-medycznych/czas-dyuzurow-baz-hems/\]](http://www.lpr.com.pl/pl/dla-dyspozytorow-medycznych/czas-dyuzurow-baz-hems/)

Akty wykonawcze (obowiązujące) do ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym wraz z obszarem regulacji.

Lp.	Akt wykonawczy	Obszar regulacji
1.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 marca 2007 r. w sprawie kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy	Określa program kursu, kwalifikacje kadry dydaktycznej prowadzącej kurs, sposób przeprowadzania egzaminu kończącego kurs.
2.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 kwietnia 2007 r. w sprawie doskonalenia zawodowego dyspozytorów medycznych	Określa formy, sposób i zakres doskonalenia zawodowego dyspozytorów medycznych.
3.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2007 r. w sprawie doskonalenia zawodowego ratowników medycznych	Określa formy, sposób i zakres doskonalenia zawodowego ratowników medycznych.
4.	Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Ministra Obrony Narodowej z dnia 12 grudnia 2008 r. w sprawie szkoleń w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy	Określa sposób i organizację przeprowadzenia szkoleń podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz Ministra Obrony Narodowej służb, policjantów, funkcjonariuszy, strażaków oraz żołnierzy w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy.
5.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 lutego 2009 r. w sprawie szczegółowego zakresu uprawnień i obowiązków lekarza koordynatora ratownictwa medycznego	Określa szczegółowy zakres uprawnień i obowiązków lekarza koordynatora ratownictwa medycznego.
6.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2009 r. w sprawie przygotowania nauczycieli do prowadzenia zajęć edukacyjnych w zakresie udzielania pierwszej pomocy	Określa zakres wiedzy i umiejętności niezbędnych do prowadzenia zajęć edukacyjnych w zakresie udzielania pierwszej pomocy, tryb ich nabywania oraz wzór zaświadczenia potwierdzającego posiadanie przygotowania do prowadzenia zajęć w zakresie udzielania pierwszej pomocy.
7.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 czerwca 2010 r. w sprawie centrum urazowego	Określa szczegółowe wymagania organizacyjne centrum urazowego, w zakresie minimalnego wyposażenia diagnostycznego oraz technicznego, minimalne zasoby kadrowe zespołu urazowego, kryteria kwalifikacji osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do leczenia w centrum urazowym, sposób postępowania z pacjentem urazowym.
8.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2010 r. w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo	Określa wzór graficzny systemu będący jego oznaczeniem, sposób oznakowania: a) jednostek systemu, b) lekarza koordynatora ratownictwa

	Medyczne oraz wymagań w zakresie umundurowania członków zespołów ratownictwa medycznego	medycznego, kierującego, osób wykonujących medyczne czynności ratunkowe oraz ratowników z jednostek współpracujących z systemem. A także wymagania w zakresie umundurowania członków zespołu ratownictwa medycznego.
9.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego	Określa szczegółowe zadania szpitalnych oddziałów ratunkowych, szczegółowe wymagania dotyczące lokalizacji szpitalnych oddziałów ratunkowych w strukturze szpitala oraz warunków technicznych, minimalne wyposażenie, organizację oraz minimalne zasoby kadrowe szpitalnych oddziałów ratunkowych.
10.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 stycznia 2014 r. w sprawie ramowych procedur przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego	Określa ramowe procedury przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego, mając na względzie potrzebę jak najszybszego ustalenia istotnych elementów stanu faktycznego w trakcie przyjmowania zgłoszenia, a także zapewnienie wysłania na miejsce zdarzenia najwłaściwszego w danym przypadku zespołu ratownictwa medycznego.
11.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2014 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz kryteriów kalkulacji kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego	Określa szczegółowy zakres danych objętych planem oraz poziom ich szczegółowości, ramowy wzór planu, kryteria kalkulacji kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego, z uwzględnieniem kosztów bezpośrednich i pośrednich, związanych z utrzymaniem zespołów.
12.	Rozporządzenie Ministra Administracji i Cyfryzacji z dnia 31 grudnia 2014 r. w sprawie Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego	Określa parametry funkcjonalne SWD PRM, sposób jego funkcjonowania w sytuacjach awaryjnych oraz sposób utrzymania, mając na uwadze potrzebę zapewnienia optymalnego poziomu współpracy między systemem teleinformatycznym systemu powiadamiania ratunkowego i SWD PRM.
13.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2016 r. w sprawie centrum urazowego dla dzieci	Określa szczegółowe wymagania organizacyjne centrum urazowego dla dzieci, w zakresie minimalnego wyposażenia diagnostycznego oraz technicznego, minimalne zasoby kadrowe zespołu urazowego dziecięcego, kryteria kwalifikacji osoby do ukończenia 18. roku życia będącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do leczenia w centrum urazowym dla dzieci, sposób postępowania z pacjentem urazowym dziecięcym.
14.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z	Określa wzór karty indywidualnej ratownika

	dnia 20 kwietnia 2016 r. w sprawie określenia wzoru karty indywidualnej ratownika medycznego	medycznego, kierując się zakresem wiedzy i umiejętności nabytych przez ratownika medycznego oraz uwzględniając konieczność zapewnienia realizacji prawa dostępu do tej karty oraz rzetelnego jej prowadzenia.
15.	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2016 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego	Określa zakres medycznych czynności ratunkowych, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego samodzielnie lub pod nadzorem lekarza systemu, świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego samodzielnie lub na zlecenie.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Internetowego Systemu Aktów Prawnych Sejmu RP [dostęp: 9 lutego 2017]

[<http://isap.sejm.gov.pl/RelatedServlet?id=WDU20061911410&type=9&isNew=true>]

Załącznik nr 8

Szczegółowe wyniki badania dotyczącego identyfikacji rzeczywistej kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM przeprowadzonego wśród członków zespołów ratownictwa medycznego z podziałem na województwa

	1.*	2.*	3.*	4.*	5.*	6.*	7.*	8.*	9.*	10.*	11.*	12.*	13.*	14.*	15.*	16.*	KRAJ
STRATEGIA	1,9	1,9	1,8	1,9	1,8	1,9	1,9	1,9	1,9	1,8	1,9	1,9	1,9	1,8	1,9	1,8	1,9
Sposób pracy	2	2	1,9	2	2	2	2,1	2,1	1,9	1,7	1,9	2,1	1,9	2	2	2,1	2
Stosunek do realizowanych zadań	2,4	2,4	2,4	2,4	2,3	2,3	2,2	2,3	2,3	2,3	2,2	2,2	2,2	2,1	2	1,9	2,2
Sposób rozwiązywania problemów	1,9	1,9	1,9	2	2	1,9	1,9	1,9	2,1	2	1,9	2	1,8	1,9	2	1,8	1,9
Podjęcie do problemów podczas realizacji zadań	2	2	1,7	1,8	1,8	2,1	2	2,3	1,8	1,7	1,9	1,7	1,9	2	1,6	1,7	1,9
Współpraca członków organizacji	1,1	1,1	1,2	1,1	1,1	1,2	1,2	1,1	1,4	1,4	1,7	1,7	1,8	1,1	1,7	1,6	1,3
Poziom tolerancji niepewności	2,6	2,5	2,6	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,4	2,4	2,4	2,5	2,4	2,4	2,5
Poziom stabilizacji w pracy	2,3	2,3	2,3	2,2	2,2	2,2	2,1	2,3	2,1	2	2	1,8	1,6	2,2	1,8	1,8	2,1
Czynniki motywujące	2,6	2,6	2,6	2,7	2,5	2,4	2,3	2,1	2,1	2,1	2,1	1,9	1,9	2,5	2	2	2,3
Skutki niepewności w organizacji	1,6	1,7	1,8	1,7	2	1,6	1,8	1,9	1,9	1,8	1,9	2	2,1	1,6	2,2	2,2	1,9

Plany działania organizacji	3,4	3,2	3,2	3	3,1	3,4	3,3	3,4	2,9	2,9	2,8	2,8	2,9	3,4	2,8	2,8	3,1
Wpływ zmian na organizację	2,7	2,6	2,6	2,5	2,6	2,8	2,7	2,8	2,9	2,9	2,9	2,9	2,9	2,6	2,9	2,9	2,8
Poziom sformalizowania	2,8	2,8	2,7	2,8	2,6	2,8	2,9	2,9	2,9	3	2,9	3	3	2,6	3	3	2,8
Poziom kolektywizmu	2,4	2,4	2,5	2,4	2,5	2,4	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,6	2,6	2,3	2,6	2,6	2,5
Stopień niezależności	2,1	2,1	2,1	2,2	2,1	2,2	2,3	2,4	2,5	2,6	2,8	2,8	2,6	2	2,7	2,7	2,4
Pochodzenie tożsamości jednostki	3,2	3,1	3,2	3,1	3,1	3,2	3,2	3,1	3,1	2,8	2,9	2,9	2,8	3,1	2,8	2,7	3
Stopień integracji jednostki z organizacją	1,9	2	2,1	2	2	2	2,2	2,3	2,2	2,1	2,2	2,2	2,4	1,8	2,2	2,2	2,1
Przynależność do grupy	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,2	2,2	2,3	2,1	2,3	2,3	2,2	2,3	1,9	2,3	2,4	2,2
Prywatność	3,2	3,3	3,5	2,9	3,4	3,1	3	3,1	2,6	2,5	2,4	2,6	2,5	3,2	2,6	2,6	2,9
Przyjaźń	2,2	2,2	2,2	2,2	2,1	2,2	2,2	2,1	2,2	2,2	2,3	2,4	2,3	2,1	2,5	2,4	2,2
Podejmowanie decyzji	2,5	2,5	2,7	2,6	2,8	2,4	2,5	2,4	2,6	2,5	2,7	2,8	2,6	2,5	2,7	2,7	2,6
Odpowiedzialność	2,3	2,1	2,2	2,2	2,2	2,1	2,4	2,8	2,8	2,8	2,8	2,9	2,9	2	2,9	2,8	2,5
Poziom innowacyjności	2,8	2,7	2,7	2,7	2,6	2,7	2,8	2,6	2,5	2,6	2,7	2,5	2,6	3	2,5	2,5	2,7
Orientacja na zmiany	2,4	2,4	2,4	2,3	2,3	2,4	2,4	2,4	2,3	2,3	2,2	2,1	2,1	2,5	2,1	2,1	2,3
Przedsiębiorczość	1,7	1,6	1,7	1,9	1,8	1,7	1,8	1,6	1,6	1,7	1,9	1,8	1,8	1,8	1,7	1,6	1,7
Podejście do tradycji	3,4	3,4	2,9	2,8	2,9	3,3	3,5	3,1	2,9	2,8	2,9	2,9	2,9	3,6	2,8	2,8	3,1

Szacunek dla autorytetów	3,7	3,6	3,5	3,4	3,4	3,6	3,5	3,5	3,4	3,7	3,6	3,3	3,4	4	3,2	3,2	3,5
Podejście do informacji	2,7	2,7	2,8	3	2,9	2,6	2,5	2,3	2,4	2,3	2,8	2,6	2,7	2,9	2,6	2,7	2,7

* 1. WOJEWÓDZTWO DOLNOŚLĄSKIE

2. WOJEWÓDZTWO KUJAWSKO-POMORSKIE

3. WOJEWÓDZTWO LUBELSKIE

4. WOJEWÓDZTWO LUBUSKIE

5. WOJEWÓDZTWO ŁÓDZKIE

6. WOJEWÓDZTWO MAŁOPOLSKIE

7. WOJEWÓDZTWO MAZOWIECKIE

8. WOJEWÓDZTWO OPOLSKIE

9. WOJEWÓDZTWO PODKARPACKIE

10. WOJEWÓDZTWO

PODLASKIE

11. WOJEWÓDZTWO

POMORSKIE

12. WOJEWÓDZTWO ŚLĄSKIE

13. WOJEWÓDZTWO ŚWIĘTOKRZYSKIE

14. WOJEWÓDZTWO WARMIŃSKO-MAZURSKIE

15. WOJEWÓDZTWO WIELKOPOLSKIE

16. WOJEWÓDZTWO ZACHODNIPOMORSKIE

Źródło: opracowanie własne na podstawie kwestionariuszy ankiety wypełnianych przez członków zespołów ratownictwa medycznego

Załącznik nr 9

Szczegółowe wyniki badania dotyczącego identyfikacji rzeczywistej kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM przeprowadzonego wśród członków zespołów ratownictwa medycznego z podziałem na poszczególne grupy

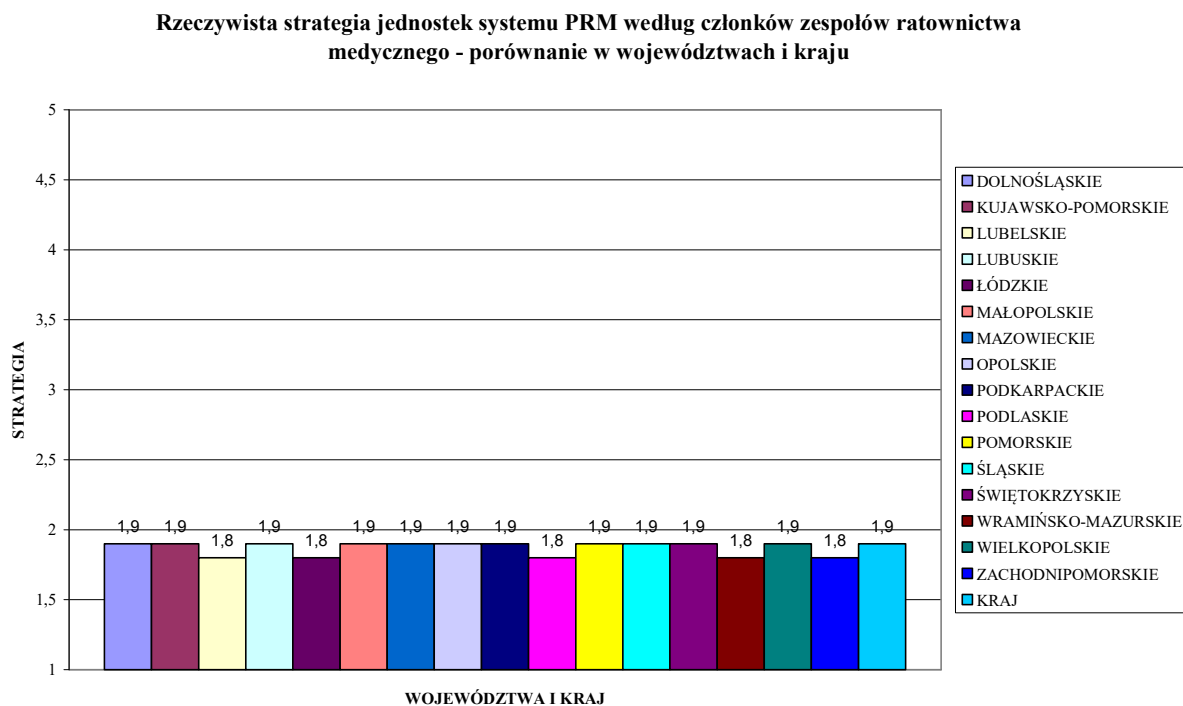
Kryterium/grupa	Ogólne	Wiek do 25 lat	Wiek 26-35 lat	Wiek 36-45 lat	Wiek 46-55 lat	Wiek powyżej 55 lat	Kierowcy	Rat. med.	Pielęgniarki	Lekarze	Podległe pod szpital	Niezależne	Mężczyźni	Kobiety
STRATEGIA	1,9	1,9	1,9	1,9	1,8	2,4	2,0	1,9	1,5	2,0	1,9	1,9	1,9	1,9
	Perfekcyjna/kreatywna													
Sposób pracy	2,0	1,8	2,0	2,0	2,1	2,5	2,3	2,0	2,0	2,2	2,0	2,0	2,0	2,1
Stosunek do realizowanych zadań	2,2	2,4	2,2	2,2	2,3	2,3	1,5	2,3	1,5	2,0	2,2	2,3	2,3	2,1
Sposób rozwiązywania problemów	1,9	1,9	2,0	1,9	1,7	2,8	2,3	1,9	1,8	2,0	1,9	1,9	1,9	2,0
Podejście do problemów podczas realizacji zadań	1,9	1,9	2,0	1,8	1,7	2,5	2,5	1,8	1,0	2,2	1,8	1,9	1,9	2,1
Współpraca członków organizacji	1,3	1,3	1,3	1,4	1,2	1,8	1,3	1,3	1,0	1,4	1,3	1,4	1,3	1,4
Poziom tolerancji niepewności	2,5	2,5	2,5	2,5	2,4	2,6	2,2	2,5	1,6	2,3	2,5	2,5	2,5	2,5
	Niski/wysoki													
Poziom stabilizacji w pracy	2,1	2,2	2,1	2,0	2,0	2,0	1,8	2,1	1,0	2,3	2,1	2,0	2,1	2,2
Czynniki motywujące	2,3	2,4	2,3	2,3	2,3	2,0	2,5	2,3	1,5	2,2	2,3	2,2	2,3	2,3

Skutki niepewności w organizacji	1,9	1,8	1,9	1,8	1,9	2,3	1,5	1,8	1,8	1,8	1,8	1,9	1,8	1,9
Plany działania organizacji	3,1	2,8	3,1	3,2	2,9	3,3	3,3	3,1	1,8	2,5	3,2	3,1	3,1	3,0
Wpływ zmian na organizację	2,8	2,9	2,7	2,9	2,6	3,0	2,5	2,8	2,0	2,4	2,8	2,8	2,8	2,8
Poziom sformalizowania	2,8	2,6	2,8	2,9	2,7	3,0	1,8	2,9	1,8	2,2	2,7	2,9	2,9	2,8
Poziom kolektywizmu	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,3	2,0	2,5	1,8	2,2	2,5	2,5	2,5	2,5
	Wysoki/niski													
Stopień niezależności	2,4	2,3	2,4	2,4	2,3	2,3	1,5	2,4	1,5	1,8	2,3	2,4	2,4	2,4
Pochodzenie tożsamości jednostki	3,0	2,9	3,0	3,1	3,0	3,0	2,3	3,1	1,8	2,5	3,1	3,0	3,1	2,9
Stopień integracji jednostki z organizacją	2,1	2,4	2,1	2,0	2,2	2,0	1,3	2,1	1,5	1,9	2,0	2,1	2,1	2,2
Przynależność do grupy	2,2	2,4	2,1	2,1	2,3	2,3	1,5	2,2	2,0	2,2	2,2	2,2	2,1	2,3
Prywatność	2,9	2,6	2,8	3,0	3,0	2,3	3,5	2,9	2,0	2,7	3,0	2,9	2,9	2,9
Przyjaźń	2,2	2,2	2,2	2,2	2,3	2,5	2,0	2,2	2,0	1,9	2,3	2,2	2,2	2,2
Podejmowanie decyzji	2,6	2,2	2,7	2,7	2,5	2,0	2,3	2,6	1,8	2,2	2,6	2,6	2,6	2,3
Odpowiedzialność	2,5	2,6	2,5	2,5	2,5	2,3	1,8	2,5	1,8	2,2	2,4	2,5	2,5	2,5
Poziom innowacyjności	2,7	2,7	2,7	2,7	2,6	2,6	2,9	2,7	2,0	2,6	2,7	2,6	2,7	2,7
	Wysoki/niski													
Orientacja na zmiany	2,3	2,5	2,3	2,2	2,4	2,8	2,3	2,3	2,0	2,4	2,3	2,3	2,3	2,4
Przedsiębiorczość	1,7	1,8	1,8	1,7	1,5	1,8	1,0	1,7	1,5	1,7	1,7	1,8	1,7	1,8
Podejście do tradycji	3,1	3,0	3,0	3,3	3,0	3,0	3,8	3,1	2,3	2,6	3,2	3,1	3,1	3,2
Szacunek dla autorytetów	3,5	3,2	3,5	3,6	3,3	3,0	4,3	3,5	2,0	3,5	3,6	3,5	3,5	3,5
Podejście do	2,7	2,9	2,6	2,7	2,7	2,5	3,0	2,6	2,3	2,9	2,7	2,6	2,6	2,8

Załącznik nr 10

Wykresy:

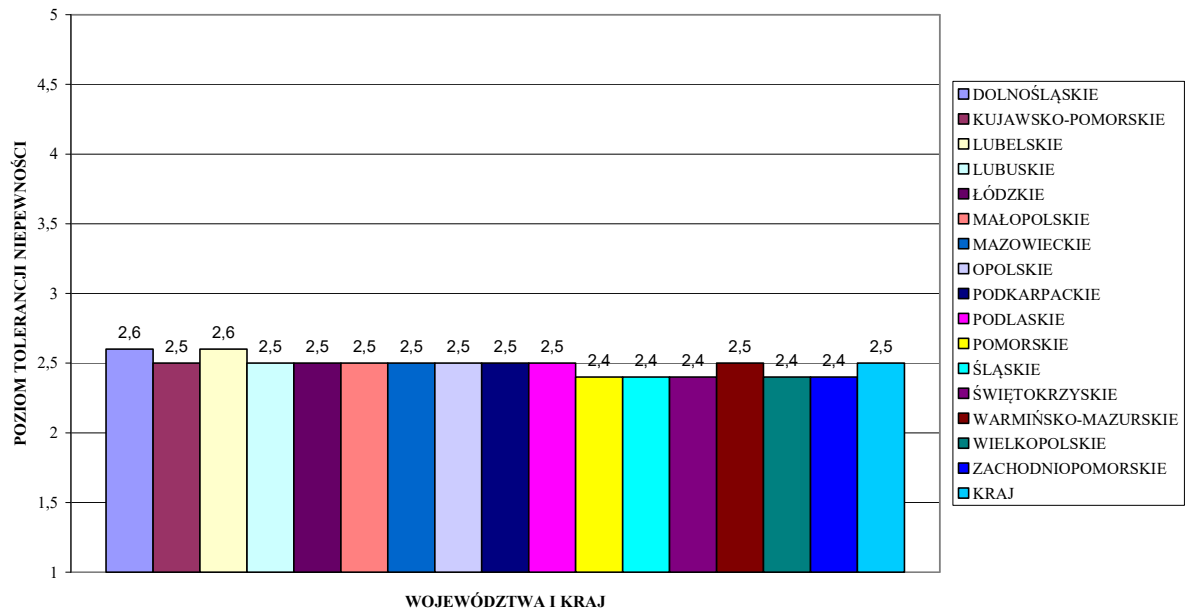
1. Rzeczywista strategia jednostek systemu PRM według członków zespołów ratownictwa medycznego - porównanie w województwach i kraju



Źródło: opracowanie własne na podstawie kwestionariuszy ankiety wypełnianych przez członków zespołów ratownictwa medycznego

2. Rzeczywisty poziom tolerancji niepewności jednostek systemu PRM według członków zespołów ratownictwa medycznego - porównanie w województwach i kraju

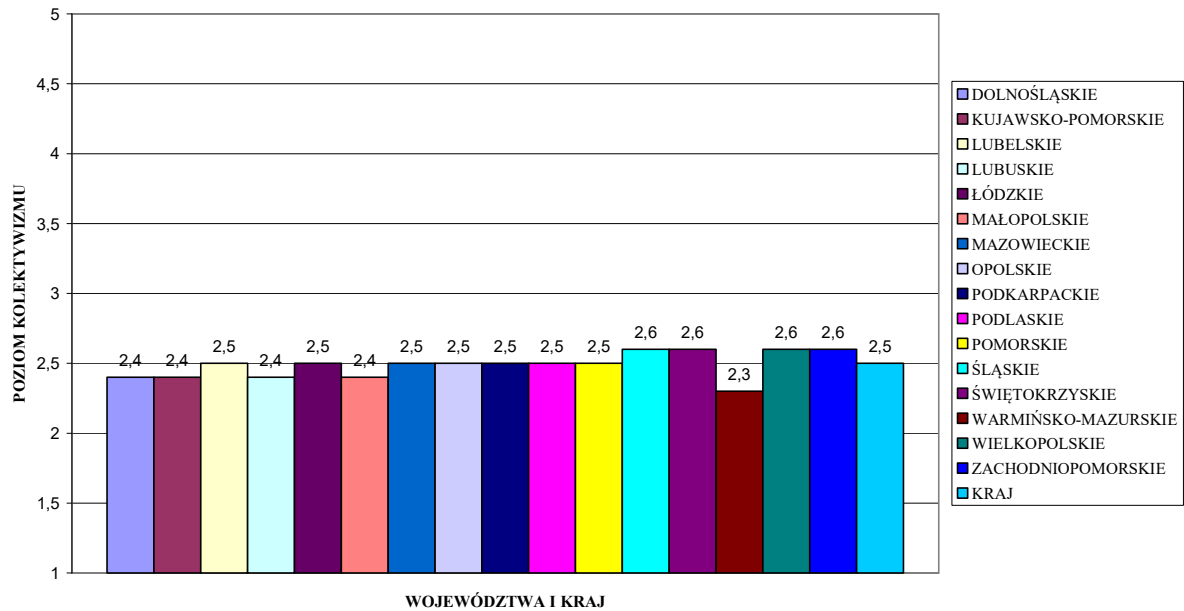
Rzeczywisty poziom tolerancji niepewności jednostek systemu PRM według członków zespołów ratownictwa - porównanie w województwach i kraju



Źródło: opracowanie własne na podstawie kwestionariuszy ankiety wypełnianych przez członków zespołów ratownictwa medycznego

3. Rzeczywisty poziom kolektywizmu jednostek systemu PRM według członków zespołów ratownictwa medycznego - porównanie w województwach i kraju

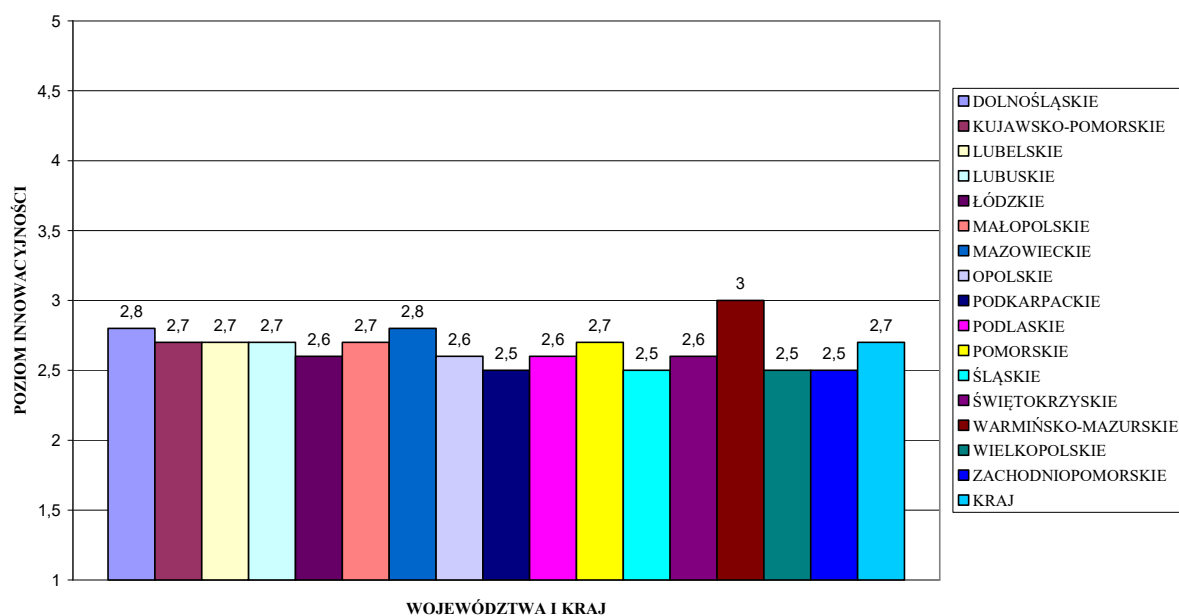
Rzeczywisty poziom kolektywizmu jednostek systemu PRM według członków zespołów ratownictwa - porównanie w województwach i kraju



Źródło: opracowanie własne na podstawie kwestionariuszy ankiety wypełnianych przez członków zespołów ratownictwa medycznego

4. Rzeczywisty poziom innowacyjności jednostek systemu PRM według członków zespołów ratownictwa medycznego - porównanie w województwach i kraju

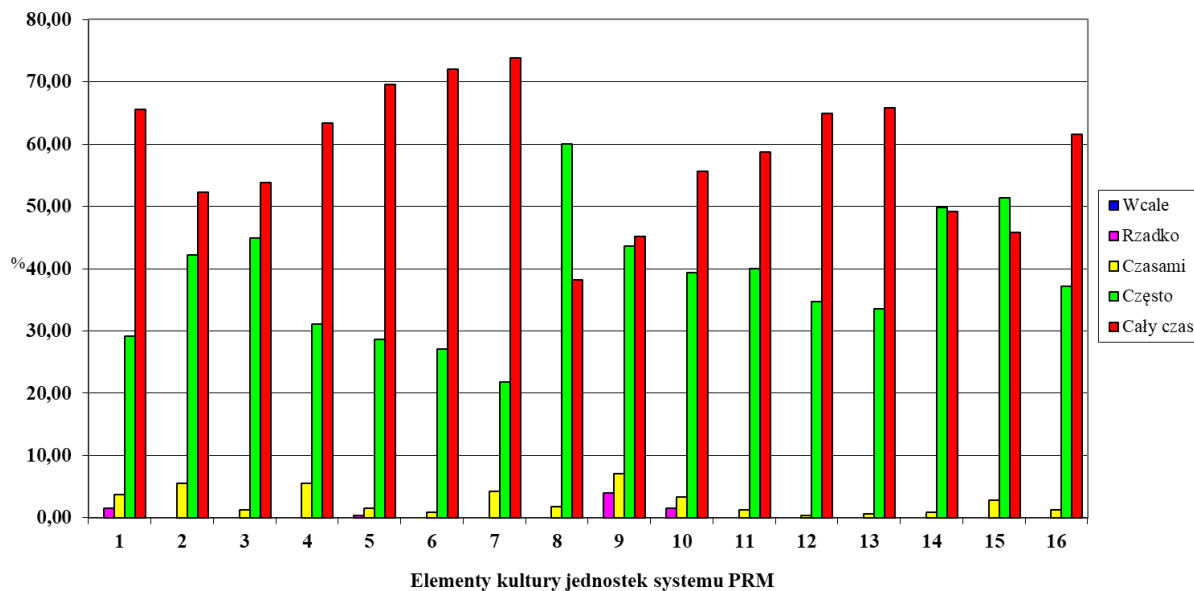
Rzeczywisty poziom innowacyjności jednostek systemu PRM według członków zespołów - porównanie w województwach i kraju



Źródło: opracowanie własne na podstawie kwestionariuszy ankiety wypełnianych przez członków zespołów ratownictwa medycznego

Wykres częstotliwości występowania poszczególnych elementów kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM

Częstotliwość występowania poszczególnych elementów kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM według członków zespołów ratownictwa medycznego



Źródło: opracowanie własne na podstawie kwestionariuszy ankiety wypełnianych przez członków zespołów ratownictwa medycznego

Załącznik nr 12

Ilości kwestionariuszy ankiet wypełnianych przez członków zespołów ratownictwa medycznego w poszczególnych województwach i grupach

Województwo	Ilość ankiet ogółem	Szpital	Samodzielne	Piel.	Rat. med.	Lek.	Kier.	Kobieta	Mężczyz.	Do 25	26-35	36-45	46-55	Powyżej 55
<u>Dolnośląskie</u>	23	6	17		22	1		1	22	2	8	10	3	
<u>Kujawsko-Pomorskie</u>	21	15	6		20	1		1	20		4	13	3	1
<u>Lubelskie</u>	19	6	13		18	1		1	18	1	8	8	2	
<u>Lubuskie</u>	10	6	4		10				10		7	3		
<u>Łódzkie</u>	21	6	15		20	1		2	19	2	7	8	4	
<u>Małopolskie</u>	33	12	21	1	30	1	1	5	28	1	15	11	6	
<u>Mazowieckie</u>	37		37	1	35	1		2	35	1	12	17	7	
<u>Opolskie</u>	8	4	4		8				8		3	5		
<u>Podkarpackie</u>	17	13	4		16	1		1	16	1	6	8	2	
<u>Podlaskie</u>	11		11		10	1		1	10	1	5	4	1	
<u>Pomorskie</u>	19	11	8		18	1		1	18	2	6	7	3	1
<u>Śląskie</u>	31	4	27	1	29	1		10	21	2	16	9	3	1
<u>Świętokrzyskie</u>	10		10		10				10		4	6		
<u>Warmińsko-Mazurskie</u>	21	15	6		16	2	3	2	19		9	9	2	1
<u>Wielkopolskie</u>	25	16	9	1	24			1	24	3	8	9	5	
<u>Zachodniopomorskie</u>	19	2	17		18	1		1	18	2	5	8	4	
SUMA	325	116	209	4	304	13	4	29	296	18	123	135	45	4

Źródło: opracowanie własne na podstawie kwestionariuszy ankiety wypełnianych przez członków zespołów ratownictwa medycznego

Wyniki indywidualnego wywiadu z osobami zarządzającymi w podmiotach leczniczych, których zespoły wypełniały kwestionariusz ankiety, dotyczące skutecznych działań wprowadzanych samodzielnie przez jednostkę przy korekcie kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM w obecnych warunkach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Proszę skorzystać ze skali od 1 do 5 i wskazać które, w Pani/Pana ocenie, z zaproponowanych działań umieszczonych w poniższej tabeli będą najbardziej skuteczne przy korekcie kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM w obecnych warunkach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce, gdzie:

1 – najmniej skuteczne

2 – mało skuteczne

3 – trudno wskazać

4 – bardzo skuteczne

5 – najbardziej skuteczne

DZIAŁANIA WPROWADZANE SAMODZIELNIE PRZEZ JEDNOSTKI	
ETAP 1: BUDOWA FUNDAMENTÓW POD ZMIANĘ (6-12 miesięcy)	
	Wynik
1/ Powołanie w jednostce zespołu ds. kultury, którego celem będzie opracowanie diagnozy i planu działań	3,86
2/ Wykorzystywanie przez kadrę kierowniczą jednostek PRM stylu kierowania pracownikami spójnego z pożądanymi wartościami	4,43

3/ Badania opinii pacjentów jako klientów organizacji. Komunikowanie ich wyników wśród pracowników	3,14
4/ Komunikowanie wyników organizacji wśród pracowników (jasne, mierzalne wyniki)	5,00
ETAP 2: ZMIANA ZACHOWAŃ I SPOSOBU MYŚLENIA (12-24 miesięcy)	
	Wynik
5/ Dalsze działanie zespołu ds. kultury	3,57
6/ Stałe wykorzystywanie przez kadrę kierowniczą jednostek PRM stylu kierowania pracownikami spójnego z pożądanymi wartościami	4,57
7/ Działania integracyjne w jednostkach (np. wspólne wyjazdy, nieformalne spotkania)	4,43
8/ Wprowadzenie w jednostkach konkursów racjonalizatorskich	3,43
9/ Wspieranie otwartej i dwustronnej komunikacji wewnętrznej poprzez kształtowanie postaw i zapewnianie narzędzi	4,57
10/ Opracowanie i stosowanie procedury adaptacji nowego pracownika w PRM	4,29
11/ Uwzględnianie w rekrutacji pracowników pożądaných wartości kulturowych	4,00
12/ Systematyczne wprowadzanie nowych technologii medycznych	4,57
13/ Wprowadzenie rytuału przyjmowania nowych pracowników do jednostek systemu PRM w postaci uroczystego wcielenia do zespołu po przejściu okresu próbnego zatrudnienia	2,57

ETAP 3: ROZWÓJ KULTURY ORGANIZACYJNEJ	
	Wynik
14/ Stałe wykorzystywanie przez kadre kierowniczą jednostek PRM stylu kierowania pracownikami spójnego z pożądanymi wartościami	4,57
15/ Działania integracyjne w jednostkach (np. wspólne wyjazdy, nieformalne spotkania)	4,43
16/ Uwzględnianie w rekrutacji pracowników pożądanych wartości kulturowych	4,29
17/ Systematyczne wprowadzanie nowych technologii medycznych	4,43

Źródło: opracowanie własne na podstawie indywidualnego wywiadu z osobami zarządzającymi w podmiotach leczniczych, których zespoły wypełniały kwestionariusz ankiety

Wyniki indywidualnego wywiadu z osobami zarządzającymi w podmiotach leczniczych, których zespoły wypełniały kwestionariusz ankiety, dotyczące skutecznych działań wprowadzanych odgórnie przy korekcie kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM w obecnych warunkach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce

Proszę skorzystać ze skali od 1 do 5 i wskazać które, w Pani/Pana ocenie, z zaproponowanych działań umieszczonych w poniższej tabeli będą najbardziej skuteczne przy korekcie kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM w obecnych warunkach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce, gdzie:

1 – najmniej skuteczne

2 – mało skuteczne

3 – trudno wskazać

4 – bardzo skuteczne

5 – najbardziej skuteczne

DZIAŁANIA WPROWADZANE ODGÓRNI	
	Wynik
1/ Powołanie zespołu roboczego w ramach organizacjach branżowych (np. Polskiego Towarzystwa Ratowników Medycznych) w celu stworzenia listy brakujących standardów i procedur, a następnie ich opracowania. Wykorzystanie benchmarkingu w odniesieniu do ratownictwa medycznego w innych krajach. Przyjęcie standardów przez Ministra Zdrowia	3,71
2/ Opracowanie profilu kompetencyjnego pracowników PRM (stanowiska operacyjne i kierownicze) uwzględniającego wymagania kulturowe (np. PTRM lub Ministerstwo Zdrowia)	4,00

3/ Opracowanie procesu przygotowania przyszłej kadry menedżerskiej PRM (np. PTRM lub Ministerstwo Zdrowia)	4,00
4/ Aktualizacja programu obowiązkowych szkoleń dla pracowników PRM z uwzględnieniem opracowanego wcześniej profilu kompetencyjnego oraz procesu przygotowania przyszłej kadry menedżerskiej (rozporządzenie Ministra Zdrowia)	4,43
5/ Wprowadzenie zatrudnienia lekarzy, ratowników, pielęgniarek na wyłączność w jednym miejscu pracy (Parlament)	2,71
6/ Działania wizerunkowe w celu podniesienia prestiżu pracy członka ZRM - kampania społeczna, pluszaki dla pacjentów w wieku dziecięcym (np. PTRM, Ministerstwo Zdrowia)	4,14
7/ Zmiana brzmienia misji PRM z: „misją systemu jest zapewnienie pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego”, na: „misją systemu jest zapewnienie pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przy użyciu najnowszych dostępnych technologii i zastosowaniu aktualnych standardów postępowania” (Ministerstwo Zdrowia)	4,14
8/ Poszukiwanie autorytetów uosabiających pożądane wartości wśród osób, które już nie są aktywnymi pracownikami (Ministerstwo Zdrowia)	3,86
9/ Kwartalne konferencje naukowe (Wojewoda)	3,71
10/ Nawiązywanie współpracy między jednostkami w celu dzielenia się wiedzą (np. w województwie)	4,71

Źródło: opracowanie własne na podstawie indywidualnego wywiadu z osobami zarządzającymi w podmiotach leczniczych, których zespoły wypełniały kwestionariusz ankiety

Wyniki indywidualnego wywiadu z Konsultantem Krajowym w dziedzinie medycyny ratunkowej, dotyczące skutecznych działań wprowadzanych odgórnie przy korekcie kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM w obecnych warunkach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Proszę skorzystać ze skali od 1 do 5 i wskazać które, w Pani/Pana ocenie, z zaproponowanych działań umieszczonych w poniższej tabeli będą najbardziej skuteczne przy korekcie kultury organizacyjnej jednostek systemu PRM w obecnych warunkach funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce, gdzie:

1 – najmniej skuteczne

2 – mało skuteczne

3 – trudno wskazać

4 – bardzo skuteczne

5 – najbardziej skuteczne

DZIAŁANIA WPROWADZANE ODGÓRNI	
	Wynik
1/ Powołanie zespołu roboczego w ramach organizacjach branżowych (np. Polskiego Towarzystwa Ratowników Medycznych) w celu stworzenia listy brakujących standardów i procedur, a następnie ich opracowania. Wykorzystanie benchmarkingu w odniesieniu do ratownictwa medycznego w innych krajach. Przyjęcie standardów przez Ministra Zdrowia	5
2/ Opracowanie profilu kompetencyjnego pracowników PRM (stanowiska operacyjne i kierownicze) uwzględniającego wymagania kulturowe (np. PTRM lub Ministerstwo Zdrowia)	4

3/ Opracowanie procesu przygotowania przyszłej kadry menedżerskiej PRM (np. PTRM lub Ministerstwo Zdrowia)	4
4/ Aktualizacja programu obowiązkowych szkoleń dla pracowników PRM z uwzględnieniem opracowanego wcześniej profilu kompetencyjnego oraz procesu przygotowania przyszłej kadry menedżerskiej (rozporządzenie Ministra Zdrowia)	5
5/ Wprowadzenie zatrudnienia lekarzy, ratowników, pielęgniarek na wyłączność w jednym miejscu pracy (Parlament)	3
6/ Działania wizerunkowe w celu podniesienia prestiżu pracy członka ZRM - kampania społeczna, pluszaki dla pacjentów w wieku dziecięcym (np. PTRM, Ministerstwo Zdrowia)	5
7/ Zmiana brzmienia misji PRM z: „misją systemu jest zapewnienie pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego”, na: „misją systemu jest zapewnienie pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przy użyciu najnowszych dostępnych technologii i zastosowaniu aktualnych standardów postępowania” (Ministerstwo Zdrowia)	5
8/ Poszukiwanie autorytetów uosabiających pożądane wartości wśród osób, które już nie są aktywnymi pracownikami (Ministerstwo Zdrowia)	5
9/ Kwartalne konferencje naukowe (Wojewoda)	4
10/ Nawiązywanie współpracy między jednostkami w celu dzielenia się wiedzą (np. w województwie)	4

Źródło: opracowanie własne na podstawie indywidualnego wywiadu z Konsultantem Krajowym w dziedzinie medycyny ratunkowej