

Michał Piotr Missan

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

(streszczenie rozprawy doktorskiej)

Przyczyną podjęcia badań zawartych w dysertacji była luka związana z brakiem badań odnoszących się do kultury organizacyjnej jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Zdaniem wielu autorów kultura organizacyjna ma istotne znaczenie dla sprawności działania ratownictwa medycznego. Tymczasem 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.

Autor postawił sobie trzy główne cele badawcze:

- weryfikacja, w jakim stopniu rzeczywista kultura organizacyjna jednostek systemu PRM jest dostosowana do jej uwarunkowań,
- stworzenie koncepcji dostosowania kultury organizacyjnej do warunków funkcjonowania jednostek systemu PRM,
- opracowanie metodyki projektowania kultury organizacyjnej dopasowanej do uwarunkowań funkcjonowania jednostek systemu PRM.

Realizacja celu poznawczego i aplikacyjnego miała umożliwić osiągnięcie celu metodycznego. Badaniu podlegały jednostki systemu PRM rozumiane jako zespoły ratownictwa medycznego funkcjonujące w ramach zakładów opieki zdrowotnej (lekarze, ratownicy medyczni, pielęgniarki i kierowcy). 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.

Postawionym celom podporządkowana została metodyka badania. 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. 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. 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.

W swoim podejściu do identyfikacji, oceny oraz projektowania kultury organizacyjnej autor wykorzystał typologie kultury organizacyjnej oparte o następujące wymiary:

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

Dodatkowo badania charakterystyki pożądanego i rzeczywistego 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 pożądanego 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.

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 poziomem 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. 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. 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. 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.

W celu minimalizacji „luki kulturowej” i dokonania korekty w kierunku kultury pożądanej, 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 wiele modeli opisanych w literaturze.

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.

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.

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 pożądanej kultury, aż do zaprojektowania działań wdrożeniowych.

Słowa kluczowe: kultura organizacyjna, jednostki systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, strategia, „luka kulturowa”, zmiana kulturowa.