

PRACE NAUKOWE

Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

RESEARCH PAPERS

of Wrocław University of Economics

Nr 410

**Zarządzanie ryzykiem
w opiece zdrowotnej.
Nadzór i kontrola zarządcza**

Redaktorzy naukowci
Maria Węgrzyn
Dariusz Wasilewski



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2015

Redakcja wydawnicza: Aleksandra Śliwka
Redakcja techniczna: Barbara Łopusiewicz
Korekta: Marcin Orszulak
Łamanie: Małgorzata Czupryńska
Projekt okładki: Beata Dębska

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania
znajdują się na stronach internetowych
www.pracnaukowe.ue.wroc.pl
www.wydawnictwo.ue.wroc.pl

Publikacja udostępniona na licencji Creative Commons
Uznanie autorstwa-Użycie niekomercyjne-Bez utworów zależnych 3.0 Polska
(CC BY-NC-ND 3.0 PL)



© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
Wrocław 2015

ISSN 1899-3192
e-ISSN 2392-0041

ISBN 978-83-7695-556-8

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Zamówienia na opublikowane prace należy składać na adres:
Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
ul. Komandorska 118/120, 53-345 Wrocław
tel./fax 71 36 80 602; e-mail: econbook@ue.wroc.pl
www.ksiegarnia.ue.wroc.pl

Spis treści

Wstęp.....	9
------------	---

Część 1. Ryzyko systemowe

Katarzyna Dudek, Krzysztof Dudek: Organizacyjny błąd medyczny jako czynnik oceny ryzyka funkcjonowania ośrodków opieki zdrowotnej.....	13
Anna Hnatyszyn-Dzikowska, Aleksandra Harat: Planowanie i realizacja profilaktycznych programów zdrowotnych w świetle czynników ryzyka zachorowań	24
Piotr Karniej, Iwona Mazur: Wykluczenie w zakresie zdrowia jako efekt ryzyka systemowego związanego z ograniczeniem dostępności do wybranych świadczeń zdrowotnych	34
Iga Rudawska: Europa seniorów, czyli ryzyko systemowe związane ze starzeniem się populacji	48
Małgorzata Winter: Ewidencja działalności podmiotu leczniczego a ryzyko przeoczenia nieprawidłowości w wydatkowaniu środków publicznych....	58

Część 2. Ryzyko finansowe

Dorota Korenik: Benchmarking w ograniczaniu ryzyka w podmiotach leczniczych	69
Justyna Kujawska: Ryzyko w pozyskiwaniu kontraktów leczniczych	84
Aleksandra Szewieczek: Mierniki dokonań w działalności podmiotów leczniczych ze szczególnym uwzględnieniem kontroli zarządczej.....	93
Maria Węgrzyn: Wpływ algorytmu podziału środków finansowych na możliwość realizacji zadań wojewódzkich oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia.....	111

Część 3. Ryzyko personalne

Żaneta Skinder, Dorota Jachimowicz-Gawel: Proces przeprowadzania zmian organizacyjnych w podmiotach leczniczych a problemy w kierowaniu personelem	135
Piotr Tworek, Lidia Kwiecińska-Bożek: Menedżer ryzyka jako funkcja wspomagająca zarządzanie podmiotem leczniczym świadczącym usługi szpitalne	149

Urszula Religioni, Aleksandra Czerw, Małgorzata Krajewska, Katarzyna Krawczykowska, Alicja Langer: Metodyka badania satysfakcji pacjentów.....	170
Dorota Jachimowicz-Gawel, Krzysztof Leksowski, Joanna Bajerska: Analiza oczekiwań pacjentów w wybranych aspektach oceny jakości usług zdrowotnych (infrastruktura zewnętrzna, niezawodność, wymiar materialny, warunki bytowe)	180

Summaries

Part 1. Systemic risk

Katarzyna Dudek, Krzysztof Dudek: Organizing malpractice as a factor of the risk assessment of health care centres functioning.....	13
Anna Hnatyszyn-Dzikowska, Aleksandra Harat: Planning and implementation of preventive health programs in view of the health risk factors	24
Piotr Karniej, Iwona Mazur: Exclusion in terms of health as a result of systemic risk connected with limiting the availability to chosen health care services	34
Iga Rudawska: Seniors' Europe, or systemic risk posed by the ageing of the population	48
Małgorzata Winter: Accounting of a healthcare unit vs. the risk of overlooking of irregularities in public money spending	58

Part 2. Financial risk

Dorota Korenik: Benchmarking in reducing risk in medical entities	69
Justyna Kujawska: The risk of obtaining medical contracts	84
Aleksandra Szewieczek: Performance indicators in health care entities with particular emphasis on management control	93
Maria Węgrzyn: The influence of financial resources sorting algorithm on the task-fulfillment capability of the National Health Fund's voivodeship divisions.....	111

Part 3. Personal risk

Żaneta Skinder, Dorota Jachimowicz-Gawel: Process of organizational changes execution in medical entities vs. problems of staff management .	135
Piotr Tworek, Lidia Kwiecińska-Bożek: Risk manager as a function supporting hospital management	149

Urszula Religioni, Aleksandra Czerw, Małgorzata Krajewska, Katarzyna Krawczykowska, Alicja Langer: Methodology of patients satisfaction survey	170
Dorota Jachimowicz-Gawel, Krzysztof Leksowski, Joanna Bajerska: Analysis of patients' expectations in chosen aspects of health services quality assessment (outdoor infrastructure, reliability, material dimension, living conditions)	180

Żaneta Skinder, Dorota Jachimowicz-Gawel

Collegium Medicum UMK w Toruniu

e-mails: z.skinder@cm.umk.pl; dwoloszynek@cm.umk.pl

PROCES PRZEPROWADZANIA ZMIAN ORGANIZACYJNYCH W PODMIOTACH LECZNICZYCH A PROBLEMY W KIEROWANIU PERSONELEM

PROCESS OF ORGANIZATIONAL CHANGES EXECUTION IN MEDICAL ENTITIES VS. PROBLEMS OF STAFF MANAGEMENT

DOI: 10.15611/pn.2015.410.10

JEL Classification: I10, M12

Streszczenie: Zmiany przebiegają stopniowo i stanowią powszechny etap funkcjonowania instytucji leczniczych. Autorki tego studium za przedmiot badawczy przyjęły proces zmiany i kierowanie personelem podmiotów leczniczych. Opisu dokonały w kategoriach intensywności oddziaływania, zakresu, perspektywy czasowej i kosztów ekonomiczno-społecznych. Celem pracy stała się eksploracja problemów wprowadzania zmian. Problem badawczy został postawiony w formie pytania: w jaki sposób skutecznie zrealizować proces przekształcenio-owy w jednostkach świadczących usługi zdrowotne.

Słowa kluczowe: podmioty lecznicze, zarządzanie zmianą, personel, kierownicy.

Summary: Changes which are repeated, gradual and gentle are already a common phase of medical institutions. Changes in these organizations relate to the structure described in terms of the intensity of impact, scope, time perspective, orientation, as well as economic and social costs. The authors of this study, as a matter of research, adopted a process of medical institutions change. The research question is: how to make a transformation of units of health care providers?

Keywords: health services institutions, change management, staff, managers.

1. Wstęp

Ewolucja podmiotów leczniczych następuje w wyniku permanentnie trwającego procesu zmian, który jest wynikiem potrzeby ich dopasowania się do zmieniającego otoczenia. Dokonane transformacje mają pomóc im przetrwać w sektorze usług

zdrowotnych. Zastosowane przekształcenia pozwalają na rozwój i poprawę pozycji konkurencyjnej placówek oraz determinują ich postęp technologiczny. Przeprowadzane zmiany są realizowane na wielu poziomach i w wielu wyodrębnionych celowo obszarach funkcjonalnych. Szczególnie wyróżniane są aspekty organizacji i funkcjonowania zespołów ludzkich, w których kapitał społeczny uzyskał najwyższą rangę. Organizacje wykonujące działalność leczniczą w Unii Europejskiej, chcąc skutecznie konkurować we współczesnych warunkach Gospodarki Opartej na Wiedzy – GOW (*knowledge-based economy, knowledge-driven economy*)¹, powinny odrzucić przekonanie o swej domniemanej doskonałości. Ze względu na ciągłą zmienność uwarunkowań muszą kreować nowe cechy, zachowania i postawy, które będą stanowiły adekwatną odpowiedź na globalnie transformującą się rzeczywistość. Pojęcie zmiany podmiotów leczniczych opisuje świadome działania, których celem jest adaptacja do wymagań otoczenia. W powszechnym rozumieniu wprowadzanie zmian powinno mieć charakter pozytywny, wiąże się jednak z dezaprobatą pracowników. Poszukiwanie przyczyn tego stanu stanowi przedmiot poznania źródła pojawienia się oporów wobec zmian, potrzebnych umiejętności radzenia sobie z nimi kadry zarządzającej oraz metod pozwalających ograniczyć niechęć podwładnych do postępu. Współczesne teorie zarządzania zakładają, że organizacje mogą rozwijać się wyłącznie, jeśli poznają potrzeby rynku i dostosują do nich wszystkie swoje zasoby. W tym ujęciu obecne wyzwania stawiają przed zarządzającymi zadanie ustanowienia we własnym otoczeniu priorytetu reorganizacji i wprowadzania nowych rozwiązań.

W związku z tym przedmiotem badawczym niniejszego artykułu jest proces zmiany i kierowanie personelem podmiotów leczniczych. Autorki podjęły próbę opisu jego intensywności oddziaływania, zakresu, perspektywy czasowej i kosztów ekonomiczno-społecznych. Natomiast eksploracja problemów wprowadzania zmian w jednostkach świadczących usługi zdrowotne stała się celem pracy. Problem badawczy brzmi: w jaki sposób skutecznie zrealizować proces przekształceniowy w jednostkach świadczących usługi zdrowotne.

2. Czynniki zmian organizacji

Institucje lecznicze w sytuacji konkurencyjnej muszą ciągle poszukiwać technik pozwalających im doskonalić swoją pracę. Zmiany, z którymi ma do czynienia każdy podmiot gospodarczy, mogą dotyczyć bliższego i dalszego otoczenia. Wciąż przecież otwierane są bardziej wydajne placówki, które stanowić będą konkurencję dla nieefektywnych podmiotów leczniczych. Pojawiają się nowocześniejsze usługi zdrowotne, które bardziej będą odpowiadać pacjentom, lepiej spełniając ich oczekiwania.

¹ A. Marszałek, 2010, *Rola uczelni w regionie*, Difin, Warszawa, s. 49-50.

Powodem zmian, jakie mają miejsce w danej jednostce leczniczej, są czynniki otoczenia powodujące zmniejszenie jej zdolności do pozyskiwania niezbędnych zasobów, wytworzenia usług lub wyrobów oraz ich sprzedaży na rynku. Zmiany są także wynikiem działań czynników wewnętrznych danej organizacji, które również mogą w istotny sposób wymuszać podejmowanie konkretnych działań². Najczęściej czynnikami zewnętrznymi są zmniejszające się ilości i rosnące koszty surowców czy materiałów, zmiany przepisów mających bezpośredni wpływ na działalność danej placówki leczniczej, rosnące wymagania pacjentów, konkurencja oraz postęp technologiczny i pojawiające się nowe metody leczenia. Te i wiele jeszcze innych czynników zmusza organizację do adaptacji, której efektem jest reorganizacja struktury i modyfikacja funkcji jej poszczególnych oddziałów, przeformułowanie lub całkowita zmiana celów oraz znalezienie nowych metod jej funkcjonowania. Do czynników wewnętrznych szpitala czy innej placówki świadczącej usługi zdrowotne, które w istotny sposób wymuszają zmiany, należą nowo obrane strategie działania, zastosowanie nowoczesnej aparatury, sprzętu medycznego oraz zmieniające się postawy i oczekiwania zatrudnionego personelu. Strategia, której głównym celem jest wzrost wydajności poprzez obniżanie kosztów i zwiększenie efektywności pracy, z pewnością wpłynie na cele i pracę wszystkich działów danej instytucji. Na przykład korzystanie z nowej technologii wymaga od wybranych działów, komórek i stanowisk pracy zmiany nie tylko procedur pracy, określenia programów szkoleń, ale także zasad oceniania i wynagradzania pracowników. Często czynniki zewnętrzne i wewnętrzne są ze sobą połączone lub w pewien sposób na siebie oddziałują. Szczególnie odnosi się to do próby zmian wartości, postaw obowiązujących w danym podmiocie i programów wzbogacania pracy, które leżą u podstaw zmiany zachowań ludzi, ich oczekiwań i zadowolenia z pracy³.

Wiele istotnych adaptacji, które mają wpływ na funkcjonowanie podmiotów leczniczych implikuje ich makrootoczenie opisane jako czynniki polityczne, ekonomiczne, społeczne i technologiczne. Do czynników mikrootoczenia, które mogą w bezpośredni sposób wpływać na zmiany, należą: dostawcy (sprzętu i aparatury medycznej, materiałów opatrunkowych, leków), pośrednicy (świadczący usługi pośrednictwa pracy dla lekarzy, pielęgniarek, wynajmu sprzętu i aparatury), konkurenci⁴, regulatorzy (PIP, Inspekcja Sanitarna, samorządy zawodowe lekarzy i pielęgniarek), związki zawodowe, właściciele i akcjonariusze oraz pacjenci/usługobiorcy⁵.

² J.A.F. Stoner, Ch. Wankel, 1994, *Kierowanie*, Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa, s. 305.

³ Tamże, s. 306.

⁴ J. Klich, 2001, *Zarządzanie strategiczne*, [w:] M. Kautsch, M. Whitfield, J. Klich (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Wydawnictwo UJ, Kraków, s. 106-142.

⁵ H. Lenartowicz, 2004, *Organizacja i organizowanie*, [w:] A. Ksykiewicz-Dorota (red.), *Podstawy organizacji pracy pielęgniarskiej. Podręcznik dla studentów licencjackich Wydziałów Pielęgniarstwa oraz wydziałów Nauk o Zdrowiu*, Wydawnictwo Czelej, Lublin, s. 13-34.

3. Reakcje kierowników na zmiany

Zmiany wywołują określone obawy przed nieznanym zarówno w gronie podwładnych (lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta i inny personel współpracujący), jak i w grupie zarządzających (dyrektor szpitala, ordynator, pielęgniarka oddziałowa). Podwładni mogą swoje obawy artykułować głośno i publicznie, szukając pomocy i wsparcia u przełożonych. Z kolei profesjonalnie przygotowani zarządzający nie mogą, nawet w minimalnym stopniu, okazywać wątpliwości co do zasadności i słuszności wprowadzanych zmian. Wiąże się to z późniejszymi trudnościami w egzekwowaniu od podwładnych pożądanego zachowania i przystosowania do organizacyjnych przekształceń.

Niechęć i inne niepożądane reakcje osób pełniących funkcje kierownicze mogą przejawiać się w ignorancji, zaprzeczeniach i unikach. Celowo nie zauważają zachodzących zmian, a tym samym konieczności zareagowania i podjęcia stosownych działań lub argumentują, że zmiany nie dotyczą bezpośrednio ich jednostki. Mogą działać doraźnie, stosując tylko niezbędne adaptacje będące efektem rozwiązań problemów występujących w trakcie funkcjonowania instytucji. Jest to sposób mniej skomplikowany i w niewielkim stopniu kosztowny, ponieważ polega na niewielkich poprawkach wykonywanych w ciągu dnia roboczego. Chodzi tu głównie o modyfikacje prostych czynności personelu wykonywanych podczas danego procesu, opracowanie skuteczniejszych procedur postępowania, które mają zapobiegać powstawaniu błędów i pomyłek lub przyczynią się do większego obciążenia danego stanowiska pracy.

Jeśli zmiany mają szerszy zakres i wymagają większych nakładów czasu, zasobów finansowych, materialnych i ludzkich, zarządzający muszą zmobilizować do działań całą organizację lub przynajmniej znaczną jej część. Występuje tu wysoki poziom ryzyka i niepowodzenia decydujący o przetrwaniu instytucji leczniczej na rynku. Niezbędne staje się wówczas opracowanie rozbudowanego programu, który może uwzględniać innowacje strukturalne placówki zdrowotnej bądź zmiany kierunków jej polityki, strategii, celów i czynników kształtujących kulturę. Sukces i powodzenie wdrożonych procedur uzależnione są od umiejętności i doświadczeń osób wprowadzających reformy⁶.

4. Główne przyczyny niepowodzeń wprowadzania zmian w podmiotach leczniczych

Osoby odpowiedzialne za funkcjonowanie danej placówki muszą wiedzieć, jakie są zasady i przyczyny wprowadzania zmian w ich jednostkach. Działania te muszą być przemyślane i zaplanowane, aby nie były jedynie przypadkowymi i doraźnymi zdarzeniami. Zmiany realizowane w sposób pochopny i nieprzemyślany będą trak-

⁶ J.A.F. Stoner, Ch. Wankel, wyd. cyt., s. 307.

towane przez pracowników jedynie jako incydenty, które mają wątpliwą skuteczności działania. Pielęgniarka koordynująca, oddziałowa lub naczelna, chcąc rozpocząć proces adaptacyjny, musi wcześniej ustalić cele (np. podniesienie wydajności pracy na oddziale).

Do głównych przyczyn niepowodzeń przyswajania zmian przez personel medyczny należy również wybór złego tempa i czasu wprowadzenia przemian⁷. Niedostateczne przygotowanie lekarzy i pielęgniarek może spowodować wydłużenie czasu przeprowadzanych adaptacji, znaczne utrudnienia i wzrost kosztów całego procesu. Pracownicy muszą być przygotowani do działań, które w przyszłości mają zmienić ich dotychczasowe nawyki i postępowanie w wykonywaniu zadań i obowiązków. Gwałtowne i niespodziewane zmiany bez wcześniejszych spotkań z personelem mogą wywołać dezaprobatę.

W myśl powiedzenia: „nic o nas bez nas” kolejnym czynnikiem wpływającym na niepowodzenie przemian jest brak pełnego włączenia wszystkich zainteresowanych pracowników instytucji⁸. Jeżeli nie będą mieli oni możliwości aktywnego uczestnictwa na każdym etapie, to proces adaptacyjny będzie przebiegał wolniej i z oporami. Narzucone przez ordynatora czy pielęgniarkę naczelną cele i zadania z pewnością spotkają się z większą niechęcią personelu medycznego niż te wypracowane wspólnie. Brak miejsca na wyrażenie własnej opinii czy zgłoszenie sugestii lub propozycji przyczyni się jedynie do eskalowania zachowań emocjonalnych wśród niezadowolonych pracowników w korytarzach, poczekalniach i gabinetach lekarskich. Innym powodem niepowodzenia celowych przekształceń organizacji (szpitala czy przychodni) są towarzyszące personelowi nieracjonalne uczucia i emocje⁹. Zmiany u jednych mogą rodzić zapał i wywoływać entuzjazm do rzeczy interesujących i nowych. Innym mogą towarzyszyć lęk, niepokój i frustracja, które jeśli nie zostaną szybko skompensowane, stanowią poważną barierę i hamulec. Niebezpieczny jest również „efekt tłumu”, gdzie pojedynczy pracownik ulega naciskom lub wpływom zespołu niezadowolonych i przeciwnych zmianom kolegów¹⁰.

Do sił, które przeciwdziałają zmianom lub w znaczny sposób im przeszkadzają, należą siły stabilizacji. Stanowią one reakcję na wywieranie presji kadry zarządzającej na personel szpitala czy przychodni i wywołują skutek odwrotny do zamierzonego, w postaci jeszcze większego oporu. Odnoszą się one do zachowania i efektywności nie tylko jednej pielęgniarki czy lekarza, ale do całego zespołu medycznego. Często okazuje się, że zastrzeżenia personelu wynikają nie tylko z niechęci do nowych zachowań, ale również z braku umiejętności dostosowania, utrwalonych wcześniej własnych postaw. Innym powodem jest krótkotrwałość w czasie zasięg zmian,

⁷ H. Lenartowicz, 2013, *Doskonalenie organizacji, zmiana, konflikt*, [w:] A. Ksykiewicz-Dorota (red.), *Zarządzanie w pielęgniarstwie. Podręcznik dla studentów magisterskich Wydziałów Pielęgniarstwa oraz Wydziałów Nauk o Zdrowiu*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, s. 329-358.

⁸ Tamże, s. 329-358.

⁹ Tamże, s. 329-358.

¹⁰ Tamże, s. 329-358.

po którym praca i działania pracowników, oddziałów i całej jednostki wracają do poprzednich schematów, a sam proces postrzegany jest jedynie jako działania wprowadzające destabilizację i zamieszanie.

Na przebieg i efekty zmian w systemie ochrony zdrowia nie bez wpływu pozostają również takie czynniki, jak kultura i silna autonomia danej jednostki¹¹. Kultura organizacji może wpływać na zdolność do zmian danego podmiotu leczniczego w znacznie większym stopniu niż pozostałe czynniki. Wspólne normy, wartości i przekonania personelu medycznego mogą sprzyjać zmianie lub ją utrudniać i tym samym przyspieszyć lub hamować wdrażanie podjętych decyzji. Innym istotnym problemem wielu placówek zdrowotnych jest fakt, że nową kulturę organizacyjną, którą uosabiają nowe zasady, zachowania i postawy, mają tworzyć pracownicy z wieloletnim doświadczeniem i utrwalonymi przyzwyczajeniami¹². Szczególnie niebezpieczne jest samostanowienie i niezależność osób o wysokich kwalifikacjach, z których zdaniem muszą się liczyć również kierownicy. Ich nastawienie ma ogromne znaczenie dla powodzenia przeprowadzanych innowacji i wpływa na entuzjazm nie tylko kadry kierowniczej, ale także pozostałego zespołu.

5. Przyczyny oporu pracowników wobec zmian

Bez względu na charakter i zasięg działań będących efektem zaplanowanych zmian w szpitalu czy innej jednostce świadczącej usługi zdrowotne osoba odpowiedzialna za ten proces musi się zastanowić: jakie czynniki gwarantują sukces i efektywność, a jakie mogą przyczynić się do porażki. Można przyjąć, że entuzjazm i zaangażowanie najbardziej cennych oraz lojalnych pracowników należą do czynników sprzyjających zmianom i mogących ułatwić ich przeprowadzenie. Niestety nie zawsze od razu chcą się oni przyłączyć do grupy aktywnych inicjatorów.

Planując zmiany, menedżer podmiotu leczniczego musi się liczyć z tym, że będzie zmuszony zmagać się z czynnikami utrudniającymi i powstrzymującymi proces zaplanowanych w danej placówce zmian. Najczęściej teza ta dotyczy jawnego oporu pielęgniarek i lekarzy wobec procesu adaptacyjnego, braku akceptacji jego wprowadzania i pełnego zaangażowania.

Powyższe zachowania można zaliczyć do jednej z czterech głównych grup postaw pracowników wobec zmian. Do pierwszej grupy stawiającej czynny opór należą osoby, które agresywnie reagują na zmiany oraz są częstym źródłem wywołanych w jednostce konfliktów. Trudne sytuacje chętnie rozwiązują za pomocą ucieczki lub wycofania. Do grupy biernego oporu należą natomiast osoby zniechęcone, często niewidzące sensu wykonywanych obowiązków oraz sfrustrowane sytuacją na oddziale czy w danej komórce organizacyjnej. Kolejną grupą są osoby obojętne wobec

¹¹ Tamże, s. 329-358.

¹² A. Bukowska-Piestrzyńska, 2014, *Lekarz a przedsiębiorczość. Od teorii do praktyki*, Wolters Kluwer SA, Warszawa, s. 197.

przemian, które bezpośrednio dotyczą ich wykonywanych obowiązków, stanowiska pracy lub oddziału. Cechuje je wzmożone napięcie emocjonalne oraz drastyczny spadek motywacji do jakichkolwiek działań. Do ostatniej grupy należą osoby akceptujące proces przeobrażeń i rozumiejące potrzeby zmian¹³. Są to pracownicy mocno przekonani o słuszności i efektach procesu innowacyjnego, zaangażowani w uczestnictwo w nim. Niestety z tą ostatnią grupą inicjatorzy zmian spotykają się rzadziej niż z poprzednio opisanymi.

Kierownicy oddziałów, szpitali czy innych podmiotów leczniczych najczęściej siły i energii poświęcają walce z obojętnością swoich podwładnych. Brak zaangażowania i zainteresowania zmianami personelu medycznego jest bardziej niebezpieczny niż ich czynny lub bierny opór. Osoby te nie chcą zrozumieć celu proponowanych przekształceń i niechętnie zapoznają się z się z propozycjami zarządzających. W przypadku oporów kadra zarządzająca ma szansę na rozwianie obaw i przekonanie do poparcia własnych propozycji, natomiast stan obojętności nie daje szans kierownikom na przedstawienie przekonujących argumentów i rozwianie wątpliwości czy zastrzeżeń pracowników. Brak reakcji na zmiany nie przyczyni się także do wspólnego poszukiwania eliminowania sugerowanych przez pracowników wad proponowanych innowacji. Obojętność całych grup pracowników może opóźnić lub nawet uniemożliwić sprawne przeprowadzenie procesu adaptacji danej jednostki.

Menedżerowie jednostek medycznych szczególnie na początku procesu przeprowadzania zmian mogą zetknąć się z negatywnymi zachowaniami i zdecydowanym wobec nich oporem personelu. Jednak odpowiednio przeprowadzone i ukierunkowane działania mogą je stopniowo osłabić i zakończyć się pomyślnie, szczególnie jeśli uda się im przekonać większość pracowników o słuszności ich przeprowadzenia. Konsekwentna realizacja poszczególnych etapów reform z biegiem czasu przyczyni się do włączenia oraz zaangażowania coraz szerszego grona kadry medycznej.

Warto podkreślić, że rodzaj i siła oporu personelu wobec proponowanych przemian uzależnione są od etapu procesu zmian. Zgodnie z klasyczną teorią zmian Kurta Lewina wyróżniamy trzy jego fazy, które odnoszą się zarówno do poszczególnych pracowników, zespołów oraz całej instytucji¹⁴. Obejmują „rozmrózienie”, „zmianę” i „zamrożenie”. Etap pierwszy polega na „rozmrózieniu” dotychczasowych wzorów zachowań oraz zerwaniu z nawykami i rutyną¹⁵. Działania podejmowane na tym etapie służą doprowadzeniu do sytuacji, w której zmiany będą postrzegane jako konieczne i uznane zostaną za niezbędne. Zmiana polega na wprowadzeniu nowych wzorców zachowań i jest to czas próby zarówno dla pracowników, jak i dla ich menedżerów. Mogą się tutaj pojawiać negatywne wrażenia w postaci wątpli-

¹³ J. Penc, 1999, *Innowacje i zmiany w firmie. Transformacja i sterowanie rozwojem przedsiębiorstwa*, Agencja Wydawnicza Placet, Warszawa, s. 262.

¹⁴ J.A.F. Stoner, Ch. Wankel, wyd. cyt., s. 309.

¹⁵ C. Zając, 2012, *Metodyka zarządzania zmianami organizacyjnymi*, [w:] Ł. Sułkowski, R. Seliga (red.), *Kulturowe determinanty zarządzania szpitalami w Polsce*, Difin, Warszawa, s. 66-67.

wości, niepewności i zagrożenia. Wyznaczenie stosownego rzeczownika¹⁶ zmian, który otoczy opieką i udzieli odpowiedniego wsparcia, pozwoli na identyfikację pracowników danej jednostki z wyznawanymi przez niego wartościami i postawami. Jest to proces praktycznego wdrażania zmian, od którego uzależniony jest sukces całego przedsięwzięcia. Działania podejmowane na etapie zamrożenia polegają na utrwaleniu nowego wzoru zachowań i powstaniu nowych norm¹⁷ przez zastosowanie nowych lub ulepszenie istniejących narzędzi i instrumentów zarządzania zasobami ludzkimi (tj. systemów motywowania, oceniania i rozwoju zawodowego) oraz sprawnego przepływu informacji¹⁸. Niezwykle ważnym zadaniem przeprowadzających przekształcenia jest odpowiednie zidentyfikowanie etapu zmian, które mają miejsce w organizacji, i odpowiednie do nich dostosowanie przedstawionych powyżej działań.

Istnieją też inne powody niepowodzeń lub trudności wprowadzania planowanych zmian, które rzecznik zmian musi brać pod uwagę i w porę skutecznie im przeciwdziałać. Do głównych przyczyn oporów należą utrwalone postawy pracowników, które niejednokrotnie mogą udaremnić wysiłki podjętych działań innowacyjnych. Na postawę człowieka wobec zmian wpływ mają jego predyspozycje osobowościowe i poznawcze¹⁹. Niepewność wynikająca z lęku przed nieznanym i nowym oraz strach przed konsekwencjami²⁰ mogą znacznie spowolnić tempo przemian. Wszelkie zapowiedzi zmian dotyczące konkretnego stanowiska (pielęgniarki, lekarza, fizjoterapeuty), oddziału czy całego szpitala mogą wywoływać różnego rodzaju wątpliwości. Szybkość adaptacji i przystosowania się do zmieniających warunków jest indywidualną umiejętnością każdego człowieka i jest uzależniona od jego osobowości.

Oczywiście duży wpływ na akceptację przemian dotyczących chociażby zmiany sposobu wykonywania pracy i przystosowanie się do nich ma wiek²¹ i wykształcenie pracownika. Młoda pielęgniarka znacznie łatwiej zaakceptuje zmiany i uzna je za oczywisty proces rozwoju oddziału niż np. pielęgniarka koordynująca, która jest przyzwyczajona do ustalonych rutynowych działań²². Osoby z wyższym wykształce-

¹⁶ Rzecznik zmian, nazywany również agentem zmian, którego zadaniem jest określenie wspólnie z innymi pracownikami problemów wprowadzanych innowacji i znalezienie odpowiednich ich rozwiązań. Osoba taka czynnie uczestniczy w procesie i tym samym mobilizuje do podjęcia stosownych działań przez pozostałych członków organizacji. E. Masłyk-Musiał, 1996, *Zarządzanie zmianami w firmie*, Centrum Informacji Menedżera, Warszawa.

¹⁷ J.A.F. Stoner, Ch. Wankel, wyd. cyt., s. 309.

¹⁸ C. Zajac, wyd. cyt., s. 66-67.

¹⁹ J. Penc, 2000, *Menedżer w uczącej się organizacji*, Menedżer, Łódź.

²⁰ S. Sokołowska, 2009, *Organizacja i zarządzanie. Ujęcie teoretyczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole, s. 230.

²¹ M. Wojciechowska, *Metody pokonywania oporu wobec zmian i innowacji przeprowadzanych w bibliotekach*, Czasopismo elektroniczne, [w:] Biuletyn EBIB, nr 4/2006 (74) kwiecień, <http://www.ebib.pl/2006/74/wojciechowska.php> (18.12.2014 r.).

²² Za: E. McKenna, N. Beech, *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Wydawnictwo Felberg SJA, Warszawa 1999, s. 72.

niem również szybciej dostrzegają i akceptują konieczność wprowadzanych zmian w jednostce.

Nie bez znaczenia są także przykre doświadczenia wynikające z poprzednich procesów dostosowawczych, które zakończyły się porażką lub ich skutek był prawie niewidoczny, ale i tak wymagał znacznego zaangażowania ze strony pracowników. Kolejne zmiany mogą być nawet odbierane przez personel szpitala, przychodni lub innej jednostki jako absurdalne. Tym bardziej reakcje pracowników na proponowane zmiany będą negatywne, jeśli poprzednie były skutkiem częściowej reorganizacji placówki i koniecznej derekrutacji.

Jednym z kluczowych problemów jest ambijonalny lęk, czyli strach wywołany nowymi wymaganiami i przeświadczeniem pracowników, że nie uda się im spełnić oczekiwań. Brak wiary personelu we własne możliwości przyczynić się może do wywołania częściowej paniki wynikającej z przeświadczenia, że dotychczasowe kwalifikacje i umiejętności mogą okazać się niewystarczające²³. Dlatego proponowane innowacje mogą być bojkotowane przez personel danej placówki i uważane za zbyt skomplikowane i powodujące wzrost trudności pracy, a tym samym zwiększenie wysiłku całej kadry. Innym powodem jest obawa przed kompromitacją, porażką²⁴ i obniżeniem prestiżu własnej osoby spowodowane wyśmianiem ze strony współpracowników lub koniecznością przyznania się do braku wiedzy, umiejętności lub błędnie podjętych decyzji²⁵.

Potrzeba pogłębiania wiedzy i zdobywania nowych umiejętności²⁶, a tym samym poświęcenia dodatkowej energii, czasu lub innych nakładów może budzić sprzeciw wobec tych działań, które wymuszają ich podjęcie. Zatem zmiany, które wywołują potrzebę wysokich kwalifikacji świadczeniodawców usług zdrowotnych w postaci odpowiednich kursów, szkoleń, specjalizacji i kształcenia podyplomowego zespołów medycznych, mogą wywoływać negatywne reakcje emocjonalne wśród pracowników.

Gotowość podejmowania nowych i niekonwencjonalnych działań jest uzależniona od czynników, które wpływają na podatność pracownika na zmiany. Oprócz predyspozycji osobowościowych, m.in. umiejętności podejmowania ryzyka, zainteresowania i chęci poznania nowych metod i narzędzi sprawnego działania, wpływ na poziom akceptacji mają także czynniki sytuacyjne. Jednym z nich są występujące i niepoprawne relacje wewnątrz organizacji²⁷, tj. zła atmosfera, w jakiej są przeprowadzane zmiany, oraz nieodpowiedni styl zarządzania personelem. Brak zaufania do inicjatorów i osób wdrażających zmiany (kierownictwa) oraz niewłaściwe rela-

²³ H. Lenartowicz, wyd. cyt., s. 306.

²⁴ R. Wendt, 2010, *Zarządzanie zmianą w polskiej firmie. Jak w praktyce wykorzystać szansę na rozwój bez porażek?*, Dom Wydawniczy Zacharek, Warszawa, s. 86.

²⁵ A. Baruk, 2001, *Opór wobec zmian organizacyjnych w przedsiębiorstwie i jego pokonywanie*, Przegląd Organizacji, nr 7-8/2001, s. 18-20.

²⁶ M. Wojciechowska, wyd. cyt.

²⁷ R. Wendt, wyd. cyt., s. 86.

cje pomiędzy kadrą zarządzającą a personelem mogą być istotnymi przeszkodami w procesie adaptacyjnym.

Znaczna część oporów pracowników wobec zmian wynika z nacisków grup formalnych (związków zawodowych pielęgniarek i położnych lub lekarzy) lub nieformalnych (koleżeńskich). Pielęgniarka czy lekarz będą mieli problem z aprobatą oraz przyjęciem proponowanych przez kierownictwo zmian z obawy przed narażeniem się i brakiem akceptacji ze strony zespołu, który jest przeciwny jakimkolwiek przeobrażeniom strukturalnym. Niechęć do wyrażania pozytywnej opinii, co do potrzeby i słuszności wprowadzanych zmian może wynikać m.in. z obawy o narażenie na straty i przykrości kolegów z oddziału. Zaburzenie obowiązujących w jednostce wartości oraz zagrożenie rozbicia grupy nieformalnej lub likwidacja utrwalonych w organizacji nieformalnych wzorców i norm postępowania może wywołać dezaprobatę dla proponowanych innowacji²⁸. Szczególnie trudno przełamać opór tych pracowników, których charakteryzuje konformizm. Często niechętnie wyrażają oni własne poglądy czy wątpliwości, a ponieważ są silnie podporządkowani grupie nie wydają też sprzecznych opinii na temat słuszności wprowadzenia zmian. Całkowicie ulegają zbiorowości, rezygnując z własnej oceny sytuacji, wierząc w nieomyślność i słuszność decyzji współpracowników²⁹.

Zmiany i związane z nimi reorganizacje są traktowane przez nich jako podstawowe źródło lęku i licznych niebezpieczeństw. Ich konsekwencją jest niepokój personelu, dlatego sprzeciwiają się ich wprowadzaniu w ustabilizowane i przewidywalne życie instytucji. Pracownicy często upatrują w nich przyczynę obniżenia standardu życia, które jest wywołane pogorszeniem warunków pracy i wzrostem towarzyszącego im poziomu stresu, obniżając tym samym ich możliwości fizyczne i intelektualne³⁰.

Jednym z powodów niechęci do zmian jest zagrożenie osobistych interesów pracowników, głównie przez ograniczenie ich wpływów i władzy³¹ oraz troska o własne dobro. Najczęściej zmiany przynoszą korzyści całej organizacji (szpitalowi, przychodni, gabinetowi), jednak może się tak zdarzyć, że kosztem tego będą utracone korzyści niektórych pracowników w postaci straty władzy, prestiżu, wynagrodzenia, jakości pracy lub innych przywilejów³². Szczególnie te osoby, które najwięcej mogą stracić w wyniku wprowadzenia nowych zasad i norm, będą najbardziej przeciwnie nowym porządkom.

Innym powodem niechęci personelu do jakichkolwiek przemian jest brak przekonania o ich skuteczności, wynikający głównie z negatywnej oceny nowego roz-

²⁸ J. Penc, 1996, *Motywowanie w zarządzaniu*, Wydawnictwo Profesjonalnej Szkoły Biznesu, Kraków, s. 68.

²⁹ J. Penc, wyd. cyt., s. 68.

³⁰ A. Sowińska, 2000, *Człowiek w sytuacji przemian ekonomicznych: psychologiczne koszty adaptacji*, AE im. K. Adamieckiego, Katowice, s. 13.

³¹ R. Wendt, wyd. cyt., s. 86.

³² J.A.F. Stoner, Ch. Wankel, wyd. cyt., s. 310.

wiązania, oraz świadomość istnienia słabych stron proponowanych przemian³³. Wadą inicjatorów reform jest przecenienie zalet zaproponowanych innowacji i brak krytyki ich słabych stron. Pracownicy szpitala mogą jawnie i głośno przeciwstawiać się zmianom, zwłaszcza jeśli są to istotne problemy, a zostały przeoczone przez ich twórców³⁴.

Przeciwstawianie się zmianom może wynikać z nieadekwatności wynagrodzenia oraz braku uzyskania odpowiednich osobistych korzyści w stosunku do podjętego wysiłku. Zmiany są akceptowalne, pod warunkiem że umożliwiają zdobycie lepszego stanowiska pracy lub powodują wzrost wynagrodzenia³⁵. Zgodnie z teorią sprawiedliwości J.S. Adamsa pracownicy dokonują oceny własnego wkładu i uzyskanych korzyści, poszukują równowagi (sprawiedliwości społecznej) pomiędzy nagrodami, które otrzymują, a nakładem pracy dla organizacji³⁶. Brak ekonomicznych rezultatów podjętych zadań i poniesionego wysiłku może być źródłem powstawania oporu wobec zmian, ponieważ dla personelu podmiotu leczniczego nie będzie to opłacalne.

6. Metody postępowania przy oporze wobec zmian

Wiadomość o gruntownych zmianach w jednostce może u wielu pracowników wywołać różne zachowania (agresja, dezaprobata i bierna akceptacja). Reorganizacji zazwyczaj towarzyszą konflikty, które są efektem niejasności, zakłóceń oraz zmian dotychczasowych zachowań i oczekiwań pracowników. Pojawienie się oporu jest pewnego rodzaju manifestacją niezadowolenia w odniesieniu do proponowanych transformacji. Wszelkiego rodzaju wystąpienia i wyrażanie negatywnych opinii w tym zakresie jest dla kadry zarządzającej sygnałem ostrzegawczym przed popełnieniem błędu. Nie należy zatem ignorować żadnych sygnałów reakcji personelu na zmiany. Zachowaniem graniczącym z ignorancją jest przelamywanie każdego, nawet najslabiej sygnalizowanego oporu, aby zapobiec jego rozrośnięciu i utrwaleniu. Dobór odpowiedniej techniki przeciwdziałania i łagodzenia uzależniony jest od wielu czynników, które należy dokładnie przeanalizować i ocenić³⁷.

Nie da się całkowicie zlikwidować oporów wobec zmian, ale można je znacznie osłabić. W literaturze można znaleźć wiele strategii zarządzania zmianą i rozmaite techniki przeciwdziałania ich negatywnym skutkom. Jednym z podstawowych i pierwszych kroków, które powinny zostać podjęte przez osoby zaangażowane w proces zmian, jest dokładne wyjaśnienie personelowi powodów ich wprowa-

³³ M. Wojciechowska, wyd. cyt.

³⁴ Za: J.A.F. Stoner, Ch. Wankel, wyd. cyt., s. 310.

³⁵ M. Wojciechowska, wyd. cyt.

³⁶ A. Poczowski, 2007, *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa, s. 237.

³⁷ B. Kozuch, 1999, *Wstęp do teorii zarządzania*, Wydawnictwo Nauka – Edukacja, Warszawa, s. 187.

dzenia³⁸ oraz opisanie oczekiwanego stanu końcowego zainicjowanych działań. Dokładne ogłoszenie celu, zastosowanych metod i narzędzi oraz upowszechnienie opinii o niezbędności dokonania zmian jest taktyką prowadzącą do przekonania pracowników o słuszności podjętych decyzji³⁹. Już na samym początku należy ich poinformować o stopniu wpływu na ich obecną sytuację życiową, społeczną i ekonomiczną. Ważne jest, by informacje docierały do zainteresowanych z pewnym wyprzedzeniem, co pozwoli na zapobieganie pojawieniu się plotek i nieprawdziwych informacji, które mogą prowadzić do dezorientacji. Regularna wymiana informacji wśród pracowników na każdym etapie wprowadzania zmian jest niezwykle ważnym procesem. Odpowiednio przekazane komunikaty pozwalają na zapoznanie ze skutkami podjętych dotychczas działań i zapobiegają nieporozumieniom. Możliwość wypowiadania się personelu pozwala także na wysłuchanie przez kierownictwo czy rzeczników zmian zastrzeżeń i uwag do proponowanych rozwiązań⁴⁰.

Ponieważ większość oporów pracowników wynika z niepewności dotyczących wystarczalności własnych umiejętności lub braku odpowiednich kwalifikacji, zasadne staje się przeprowadzenie właściwych szkoleń i kursów pozwalających na ich uzupełnienie⁴¹, tym samym zwiększenie poczucia bezpieczeństwa i akceptacji działań reformujących. Istotne jest też odpowiednie wsparcie tych pracowników, których najbardziej dotkną proponowane zmiany. Kierownicy powinni wykazywać się wyrozumiałością dla swojego personelu oraz łagodzić wszelkie występujące trudności mające związek z negatywnymi elementami procesu zmian. Pomocne mogą okazać się wówczas odpowiednie programy i szkolenia⁴² ułatwiające dostosowanie kwalifikacji pracowników do nowych warunków z udziałem wewnętrznych lub zewnętrznych grup doradców⁴³.

Niekiedy jedynym rozwiązaniem sporu powstałego pomiędzy dyrekcją szpitala lub kierownikiem projektu a resztą personelu są negocjacje, których nadrzędnym celem jest uzgadnianie warunków i metod przeprowadzania zmian⁴⁴. Tego rodzaju działania mają zapewnić przewidywalność skutków wprowadzanych przemian i zagwarantować realizację wspólnych ustaleń. Pracownicy chętniej poddają się zmianom, jeśli projekt uwzględnia ich opinie⁴⁵.

Czasami działania kierowników sprowadzają się do manipulacji i mają miejsce wówczas, gdy inne zastosowane wcześniej metody były nieskuteczne. Działania te sprowadzają się do niejawnego pozyskania poparcia przez aktywne włączenie

³⁸ J.A.F. Stoner, Ch. Wankel, wyd. cyt., s. 311.

³⁹ E. McKenna, N. Beech, wyd. cyt., s. 76.

⁴⁰ C. Sikorski, 2012, *Kultura organizacyjna w procesie zarządzania zmianą*, [w:] Ł. Sułkowski, R. Seliga (red.), *Kulturowe determinanty zarządzania szpitalami w Polsce*, Difin, Warszawa, s. 74-97.

⁴¹ Za: P.F. Schlesinger, V. Sathe, L.A. Schlesinger, J. Kotter, wyd. cyt., s. 366-371.

⁴² J.A.F. Stoner, Ch. Wankel, wyd. cyt., s. 311.

⁴³ Za: P.F. Schlesinger, V. Sathe, L.A. Schlesinger, J. Kotter, wyd. cyt., s. 366-371.

⁴⁴ J.A.F. Stoner, Ch. Wankel, wyd. cyt., s. 311.

⁴⁵ C. Sikorski, wyd. cyt., s. 74-97.

głównych ich oponentów lub nawet całych grup⁴⁶. Głównie polegają na próbie ich przekupienia poprzez oferowanie im dodatkowo płatnych funkcji i uprawnień⁴⁷ lub umożliwienie im udziału w projektowaniu lub wdrożeniu zmian.

Ostatecznością jest zastosowanie przymusu do zaakceptowania zmian w wyniku użycia szantażu. Tego rodzaju metoda stosowana jest wyłącznie wówczas, gdy wszelkie inne sposoby stają się nieskuteczne i liczy się czas wdrożenia, a inicjatorzy zmian dysponują szerokim zakresem władzy. Przekonanie do zmian personelu odbywa się wówczas poprzez zastosowanie różnych gróźb, np. dotyczących zwolnienia z pracy, przeniesienia czy degradacji lub ograniczenia wpływów⁴⁸.

7. Wnioski

Opór jest naturalnym stanem w procesie wprowadzania zmian, ponieważ jest reakcją personelu na to, co nieznane, nieprzewidywalne i co burzy dotychczasowy schemat czy porządek działań. Kierownicy muszą spodziewać się, że niechęć i sprzeciw do reorganizacji lub wprowadzenia innowacji mogą pojawić się zarówno na poziomie jednostki, grupy lub całej organizacji. Ich skutkiem mogą być negatywne zachowania i reakcje pracowników, które znacznie mogą utrudnić proces przemian.

Bezsensowna jest więc walka z negacją pracowników, a tym bardziej unikanie lub niezauważanie tych reakcji. Każdy człowiek ma prawo do niepokoju, kiedy zaburzona zostaje jego stabilizacja i równowaga w pracy zawodowej, dlatego inicjatorzy zmian powinni szybko reagować na te zachowania, by nie pozwolić im się rozprzestrzenić i utrwalić z zespołem. Najlepszym sposobem jest dobra komunikacja i dwustronny przepływ informacji, który dostarczy wiedzy obu zainteresowanym stronom. Natomiast pracowników, którzy są przekonani do zmian i wyrażają to poprzez swoje zaangażowanie oraz entuzjazm, należy utwierdzać w słuszności i w miarę możliwości nagradzać ich zachowania.

Programy planowanej zmiany w danym podmiocie leczniczym powinny zatem zmierzać do usunięcia, a przynajmniej osłabienia sił powstrzymujących poprzez wzmocnienie sił napędowych, tj. wypracowanie narzędzi motywujących w postaci nagród i różnego rodzaju zachęt, poprawy warunków pracy oraz czynnikiem sprzyjającym lepszej samoocenie. Jeżeli wprowadzane zmiany mają mieć realną szansę powodzenia, to należy stworzyć pracownikom warunki uczestniczenia we wszystkich etapach procesu zmian, od planowania do ich wdrażania.

Możliwość wypowiedzania się pracowników w kwestiach, które najbardziej ich niepokoją, przyczyni się do wyjaśnienia wielu trudnych kwestii związanych ze zmianami. Należy pozwolić im wyrażać swoje opinie, wątpliwości i obawy, które w konsekwencji mogą doprowadzić do rozwiązania analizowanych problemów. Ważne jest, by kierownicy odpowiednio szybko reagowali na sugestie osób mających pew-

⁴⁶ J.A.F. Stoner, Ch. Wankel, wyd. cyt., s. 312.

⁴⁷ P.F. Schlesinger, V. Sathe, L.A. Schlesinger, J. Kotter, wyd. cyt., s. 366-371.

⁴⁸ J.A.F. Stoner, Ch. Wankel, wyd. cyt., s. 312.

ne wątpliwości co do słuszności i celowości wprowadzanych zmian. Rozwianie wątpliwości i dostarczenie odpowiednich informacji pracownikom może odbywać się podczas spotkań formalnych oraz w trakcie nieformalnych rozmów przełożonych z zespołem medycznym.

Nie wszystkie problemy i przeszkody da się przewidzieć, ważne jest jednak, aby wyciągnąć z nich wnioski, które w przyszłości pozwolą wypracować bardziej efektywne metody i techniki przełamywania oporów personelu wobec nieuchronnych zmian.

Literatura

- Baruk A., 2001, *Opór wobec zmian organizacyjnych w przedsiębiorstwie i jego pokonywanie*, Przegląd Organizacji, nr 7-8/2001, s. 18-20.
- Bukowska-Piestrzyńska A., 2014, *Lekarz a przedsiębiorczość. Od teorii do praktyki*, Wolters Kluwer SA, Warszawa.
- Klich J., 2001, *Zarządzanie strategiczne*, [w:] M. Kautsch, M. Whitfield, J. Klich (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Wydawnictwo UJ, Kraków.
- Kozuch B., 1999, *Wstęp do teorii zarządzania*, Wydawnictwo Nauka – Edukacja, Warszawa.
- Lenartowicz H., 2004, *Organizacja i organizowanie*, [w:] A. Ksykiewicz-Dorota (red.), *Podstawy organizacji pracy pielęgniarskiej. Podręcznik dla studentów licencjackich Wydziałów Pielęgniarstwa oraz wydziałów Nauk o Zdrowiu*, Wydawnictwo Czelej, Lublin.
- Lenartowicz H., 2013, *Doskonalenie organizacji, zmiana, konflikt*, [w:] A. Ksykiewicz-Dorota (red.), *Zarządzanie w pielęgniarstwie. Podręcznik dla studentów magisterskich Wydziałów Pielęgniarstwa oraz Wydziałów Nauk o Zdrowiu*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Marszałek A., 2010, *Rola uczelni w regionie*, Difin, Warszawa.
- Maslyk-Musiał E., 1996, *Zarządzanie zmianami w firmie*, Centrum Informacji Menedżera, Warszawa.
- McKenna E., Beech N., 1999, *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Wydawnictwo Felberg SJA, Warszawa.
- Penc J., 1999, *Innowacje i zmiany w firmie. Transformacja i sterowanie rozwojem przedsiębiorstwa*, Agencja Wydawnicza Placet, Warszawa.
- Penc J., 2000, *Menedżer w uczącej się organizacji*, Menedżer, Łódź.
- Penc J., 1996, *Motywowanie w zarządzaniu*, Wydawnictwo Profesjonalnej Szkoły Biznesu, Kraków.
- Pocztowski A., 2007, *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa.
- Schlesinger P.F., Sathe V., Schlesinger L.A., Kotter J., *Projektowanie organizacyjne*, tłum. W. Gasparski, PWN, Warszawa.
- Sikorski C., 2012, *Kultura organizacyjna w procesie zarządzania zmianą*, [w:] Ł. Sułkowski, R. Seliga (red.), *Kulturowe determinanty zarządzania szpitalami w Polsce*, Difin, Warszawa.
- Sokołowska S., 2009, *Organizacja i zarządzanie. Ujęcie teoretyczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole.
- Sowińska A., 2000, *Człowiek w sytuacji przemian ekonomicznych: psychologiczne koszty adaptacji*, AE im. K. Adamieckiego, Katowice.
- Stoner J.A.F., Wankel Ch., 1994, *Kierowanie*, Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa.
- Wendt R., 2010, *Zarządzanie zmianą w polskiej firmie. Jak w praktyce wykorzystać szansę na rozwój bez porażek?*, Dom Wydawniczy Zacharek, Warszawa.
- Wojciechowska M., 2006, *Metody pokonywania oporu wobec zmian i innowacji przeprowadzanych w bibliotekach*, Czasopismo elektroniczne, [w:] Biuletyn EBIB, nr 4/2006 (74), kwiecień, www.ebib.pl/2006/74/wojciechowska.php (18.12.2014 r.).
- Zając C., 2012, *Metodyka zarządzania zmianami organizacyjnymi*, [w:] Ł. Sułkowski, R. Seliga (red.), *Kulturowe determinanty zarządzania szpitalami w Polsce*, Difin, Warszawa.