

*Agnieszka Krawczyk-Soltys*  
Uniwersytet Opolski

## POZIOM WYKORZYSTANIA ZASOBÓW WIEDZY ORAZ BARIERY ROZWOJU WIEDZY I JEJ TRANSFERU W SZPITALU PUBLICZNYM W ŚWIETLE BADAŃ

### Abstract

#### **Level of using sources of knowledge and the barrier of the development of the knowledge and its transfer at the public hospital in the light of examinations**

Amongst immaterial sources a knowledge, which in the sector of medical services is playing the particular role, is deserving the particular attention, above all constitutes the main factor of functioning of medical entities as well as constitutes the main factor of competing of these subjects on the market. At public hospitals so an access is one of aspects of improving processes in the appropriate time and the place to information sources being characteristic of a given patient and for stores of knowledge assisting the completion of medical duties in the process of his diagnostics and the treatment. Also liquidating is crucial or, at least, minimizing the negative influence of shown barriers of the transfer of knowledge and its development what undoubtedly will streamline the implementation of the concept of knowledge management at the hospital. What scope diagnosing at the examined institution in is a purpose of the article sources of knowledge are being used depending on the kind of the staff as well as what barriers most strongly influence the development of the knowledge and its transfer in the opinion of the staff employed at the hospital. One by one, it has been compared to what extent opinions of employees of the hospital are coinciding with the opinion of the hospital administrator in these issues.

**Key words:** sources of knowledge, barriers, development, transfer

### Streszczenie

Jednym z aspektów doskonalenia procesów w szpitalach publicznych jest dostęp we właściwym czasie i miejscu do zasobów informacyjnych charakteryzujących danego pacjenta oraz do zasobów wiedzy wspomagających realizację czynności medycznych w zakresie procesu jego diagnostyki i leczenia. Kluczowe jest również zlikwidowanie lub przynajmniej zminimalizowanie negatywnego wpływu wskazanych barier transferu wiedzy oraz jej rozwoju, co niewątpliwie usprawni implementację koncepcji zarządzania wiedzą w szpitalu. Celem artykułu

jest zdiagnozowanie, w jakim zakresie w badanej placówce wykorzystuje się zasoby wiedzy w zależności od rodzaju personelu oraz jakie bariery najsilniej wpływają na rozwój wiedzy i jej transfer w szpitalu w opinii zatrudnionego w nim personelu. Kolejno porównano, na ile opinie pracowników szpitala są zbieżne ze zdaniem dyrektora szpitala w tych kwestiach.

**Słowa kluczowe:** zasoby wiedzy, bariery, rozwój, transfer

## Wstęp

Wśród zasobów niematerialnych na szczególną uwagę zasługuje wiedza, która w sektorze usług medycznych odgrywa szczególną rolę, przede wszystkim warunkuje funkcjonowanie podmiotów medycznych oraz stanowi główny czynnik ich konkurowania na rynku, kartę przetargową w walce o pacjenta. Nadążanie za postępem wymaga ciągłego monitorowania rynku i uzupełniania posiadanych zasobów intelektualnych. Każda placówka medyczna – w tym szpital publiczny – która zgromadzoną wiedzę będzie zarządzać w sposób systemowy, ciągle ją aktualizując i rozwijając w obszarze całej organizacji, będzie miała szansę nie tylko skutecznie konkurować z innymi podmiotami na rynku, ale także w perspektywie długofalowej osiągnąć pozycję lidera w skali szerokiego rynku [Sak, 2006: 257].

Wiedza i jej odpowiednie zastosowanie mają ogromny wpływ na powodzenie funkcjonowania szpitala publicznego. Podmiot ten jest bardzo specyficzny – nie ma w nim miejsca na błędy czy niewiedzę, gdyż przedmiotem pracy lekarzy i pielęgniarek jest człowiek i to, co ma on najcenniejsze – zdrowie.

Jakość świadczonych usług medycznych nie tylko zależy od opracowania nowych technologii, stosowania nowych leków, materiałów i urządzeń medycznych czy nowoczesnych technik prowadzenia zabiegów operacyjnych – duże znaczenie ma też sposób zarządzania szpitalem. Trzeba zatem skupić się na możliwościach wspomagania zarządzania zasobami wiedzy w celu doskonalenia warunków pracy, minimalizacji błędów i wspomagania realizacji procesów na oddziałach szpitalnych. Należy też zwrócić uwagę na uczestników tego procesu, bowiem personel medyczny, choć kluczowy dla funkcjonowania szpitala, to nie jedyny w nim zatrudniony. Biorąc pod uwagę różnorodność zatrudnienia, nasuwa się wniosek, że wiedza wykorzystywana przez personel pracujący w szpitalu jest również wieloraka.

Można wyróżnić trzy typy zasobów wiedzy dostępnej w jednostkach ochrony zdrowia. Są to zasoby wiedzy: medycznej, administracyjnej oraz eksploatacyjnej [Młeczko, 2009: 193–195]. Każda z nich w pewnym stopniu powinna być wykorzystywana przez wszystkich pracowników szpitala, choć w różnym zakresie.

W realizacji wszystkich procesów zarządzania wiedzą można napotkać różnego rodzaju ograniczenia ich wdrażania. Szeroki zakres problemów związanych z pozyskiwaniem i wykorzystywaniem wiedzy omawia Zbigniew Malara, wyróżniając między innymi: niewystarczające wykorzystanie wiedzy pracowników,

nieodpowiednią kulturę organizacyjną i brak atmosfery pobudzającej dzielenie się wiedzą, odrzucanie negatywnej wiedzy oraz ograniczanie kontaktów nieformalnych [Malara, 2006: 142–145].

J. Pfeffer i R. Sutton zwracają szczególną uwagę na problem rozbieżności między wiedzą a jej zastosowaniem. Ponadto autorzy wskazują przyczyny pojawiania typowych elementów występujących w ramach zarządzania wiedzą, które zwiększają te rozbieżności [Pfeffer, Sutton, 2002: 30–32]:

- zarządzanie wiedzą koncentruje się najczęściej na technologii i przekazywaniu skodyfikowanych informacji; systemy formalne nie dają możliwości łatwego przechowywania i wskazywania wiedzy ukrytej, a roli tej wiedzy w świadczeniu usług medycznych nie sposób przecenić;
- wiedza jest często traktowana zbyt konkretnie, jak majątek lub wielkość, a w rezultacie oddzielana od jej zastosowania;
- osoby odpowiedzialne za przekazywanie wiedzy i wprowadzanie narzędzi zarządzania wiedzą często nie rozumieją istoty pracy, która jest dokumentowana;
- zarządzanie wiedzą często koncentruje się na określonych procedurach, pomija natomiast znaczenie filozofii leżącej u podstaw funkcjonowania organizacji.

Autorzy ci wskazują na cztery główne zjawiska będących barierami w skutecznym stosowaniu wiedzy [Pfeffer, Sutton, 2002: 39]:

- mówienie zastępuje działanie;
- pamięć zastępuje myślenie, co powoduje, że próbowanie czegoś nowego jest postrzegane jako niespójne z obrazem organizacji;
- strach przeszkadza w wykorzystywaniu wiedzy – karanie nieudanych działań zamiast braku działania;
- system pomiaru wyników utrudnia ich właściwą ocenę, co staje się szczególnie wyraźne w takiej organizacji, jaką jest szpital.

Celem artykułu jest zdiagnozowanie, w jakim zakresie w badanej placówce wykorzystuje się zasoby wiedzy w zależności od rodzaju personelu, a także jakie bariery najsilniej wpływają na rozwój wiedzy oraz jej transfer w szpitalu w opinii zatrudnionego w nim personelu. Kolejno porównano, na ile opinie pracowników szpitala są zbieżne ze zdaniem dyrektora szpitala w tych kwestiach.

## Wyniki badań empirycznych

Prezentowane wyniki są częścią projektu badawczego realizowanego przez autorkę w obszarze zarządzania wiedzą w szpitalach publicznych w Polsce [Krawczyk-Sołtys, 2011: 407–422; 2012a: 155–162; 2012b: 135–148; 2013].

Badania empiryczne przeprowadzono na przełomie kwietnia i maja 2012 roku w Szpitalu Wojewódzkim w Opolu. Jest to placówka, która istnieje od 1999 roku, kontynuując zadania wcześniejszych szpitali mieszczących się w budyn-

kach obecnie przez nią zajmowanych. Jest szpitalem publicznym funkcjonującym w ramach dziewięciu oddziałów szpitalnych oraz szpitalnego oddziału ratunkowego.

W badaniu wzięło udział 82 pracowników szpitala reprezentujących personel medyczny prawie wszystkich oddziałów szpitalnych oraz personel techniczny i administracyjny. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety oraz wywiad z dyrektorem placówki.

Wyniki badań empirycznych przeprowadzono w celu ustalenia poziomu wykorzystania zasobów wiedzy w zależności od rodzaju personelu w badanym szpitalu. Ponadto podjęto próbę zidentyfikowania barier rozwoju wiedzy w szpitalu oraz ograniczeń jej transferu, jako iż te procesy zarządzania wiedzą mają kluczowy wpływ na wykorzystanie wiedzy w realizacji usług medycznych.

Barierzy rozwoju wiedzy w organizacji podzielono na: psychospołeczne, kulturowe, techniczne i organizacyjne [Czapła, Malarski, 2005: 219–220].

W literaturze przedmiotu wyróżnia się dwie podstawowe bariery dzielenia się wiedzą: brak zaufania i brak otwarcia. Pierwsza z nich jest związana z niepewnością co do sposobu wykorzystania wiedzy przez innych, jak również przyszłej pozycji osoby, która się wiedzą podzieliła. Druga bariera jest związana z odrzuceniem rozwiązań proponowanych przez innych [Erisman, 2002]. Ten podział koresponduje z klasyfikacją przyjętą w badaniach, z podziałem na dysfunkcje dotyczące nadawcy oraz biorcy.

Dysfunkcje transferu wiedzy podzielono ponadto na: psychospołeczne, kompetencyjne i organizacyjne. Te rodzaje barier występują w odniesieniu do ograniczeń związanych zarówno z nadawcą, jak i biorcą uczestniczącymi w procesie transferu. Podział ten jest istotny z punktu widzenia podejmowania działań naprawczych, ułatwia bowiem skierowanie wysiłków w stronę przyczyn leżących u źródeł występowania danego problemu w szpitalu [Grunwald, 2007: 240].

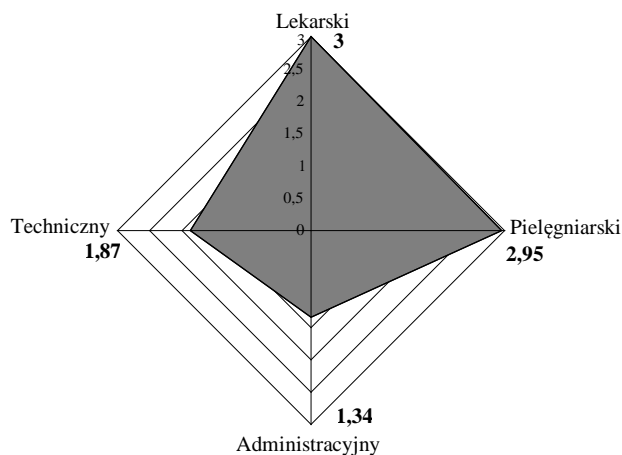
Analizując strukturę próby badawczej, stwierdzono, że:

- prawie  $\frac{3}{4}$  respondentów stanowiły kobiety, zaledwie 26% to mężczyźni;
- ponad 40% badanych pracowało w szpitalu od 10 do 15 lat, kolejne 37% od 5 do 10 lat, 11% respondentów powyżej 15 lat, zaś pozostałe 10% krócej niż 5 lat;
- najliczniejszą grupą byli pracownicy między 40. a 50. rokiem życia – 44%. Osoby, które nie ukończyły 30. roku życia, stanowiły 10% próby badawczej, między 30. a 40. rokiem życia było 35% badanych, natomiast pozostałe 11% respondentów przekroczyło 50. rok życia,
- ponad 70% badanych reprezentowało tzw. biały personel (rozumiany jako personel medyczny szpitala – 20% respondentów to lekarze, zaś 52% osób to średni personel medyczny), kolejne 15% stanowił personel administracyjny, a ostatnie 13% to pracownicy techniczni;
- wśród badanego personelu medycznego najwięcej osób pracowało na oddziale wewnętrznym – 27%, urazowo-ortopedycznym – 22% i chirurgicznym – 20%. Następne 14% respondentów zatrudnionych było na oddziale obserwacyjno-zakaźnym, 7% – gruźlicy i chorób płuc i po 5% na dermatologii i w stacji dializ.

Na rysunku 1 zaprezentowano poziom wykorzystania zasobów wiedzy medycznej w zależności od rodzaju personelu, analogicznie na rysunku 2 – wiedzy administracyjnej, zaś na rysunku 3 – eksploatacyjnej. Personel pracujący w szpitalu podzielono na cztery grupy. Dwie reprezentowane były przez personel medyczny – lekarski i pielęgniarski, kolejna przez pracowników administracyjnych, zaś czwarta – technicznych; Podobny podział pracowników szpitala przyjęła w badaniach nad wykorzystaniem zasobów wiedzy w zależności od rodzaju personelu Katarzyna Mleczko [Mleczko, 2009: 195]. Respondenci zostali poproszeni w każdym przypadku o przyznanie 3 punktów, jeśli uważają, iż dany personel wykorzystuje ten rodzaj wiedzy w pełnym zakresie, 2 punktów, gdy uznali, że w zakresie ograniczonym, zaś 1 – minimalnym. Następnie obliczono średnią arytmetyczną punktów przyznanych przez biorących udział w badaniu. Na podkreślenie zasługuje fakt, iż opinie pracowników szpitala na temat poziomu wykorzystania poszczególnych zasobów wiedzy w zależności od rodzaju personelu były zgodne ze zdaniem zarządzającej placówką.

Pierwszym analizowanym rodzajem wiedzy była oczywiście wiedza medyczna, która jest najistotniejsza z punktu widzenia świadczenia usług medycznych przez szpital. Wszyscy respondenci zgodnie uznali, iż lekarze zatrudnieni w szpitalu ten rodzaj wiedzy wykorzystują w pełnym zakresie, prawie w pełnym zakresie ta wiedza jest wykorzystywana przez średni personel medyczny.

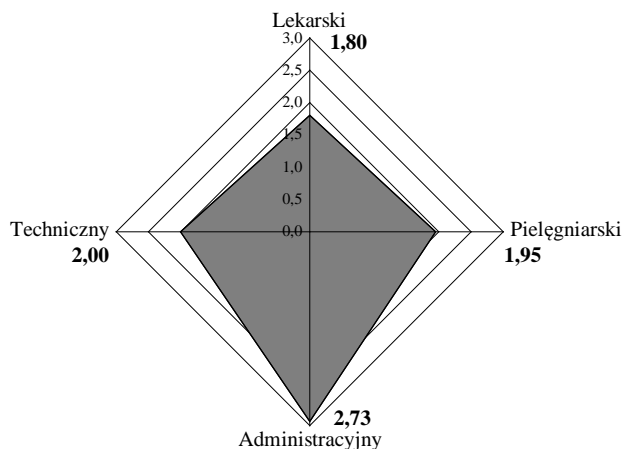
Wiedza medyczna jest zdaniem pracowników szpitala wykorzystywana w ograniczonym zakresie (średnia wskazań 1,87) przez personel techniczny. Natomiast personel administracyjny ten rodzaj wiedzy wykorzystuje raczej w stopniu minimalnym (1,34). Wskazania przez osoby reprezentujące poszczególne grupy nie różniły się znacząco.



Rysunek 1. Poziom wykorzystania zasobów wiedzy medycznej w zależności od rodzaju personelu

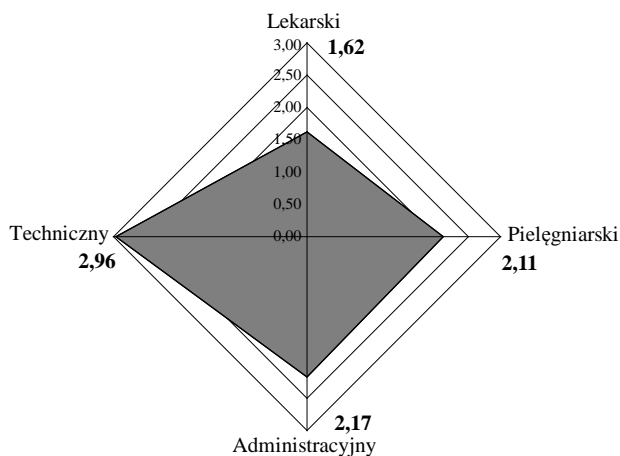
Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych.

Kolejno poproszono respondentów o ocenę poziomu wykorzystania zasobów wiedzy administracyjnej. Nie jest zaskakujące, że uznano, że te zasoby wiedzy są w pełnym zakresie wykorzystywane właśnie przez pracowników administracyjnych, zaś w ograniczonym stopniu przez pozostałych (zobacz rys. 2). W odniesieniu do personelu medycznego wskazania różniły się nieznacznie w poszczególnych grupach. Bardziej krytyczni wobec nich byli pracownicy administracyjni, którzy często twierdzili, iż wiedza ta jest wykorzystywana przez „biały personel” w stopniu minimalnym (1 punkt), stąd średnia arytmetyczna jest niższa niż 2.



Rysunek 2. Poziom wykorzystania zasobów wiedzy administracyjnej w zależności od rodzaju personelu

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych.



Rysunek 3. Poziom wykorzystania zasobów wiedzy eksploatacyjnej w zależności od rodzaju personelu

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych.

Zasoby wiedzy eksploatacyjnej, zdaniem badanych, wykorzystywane są w pełni przez personel techniczny, natomiast w ograniczonym zakresie przez pracowników administracyjnych (2,17) oraz pielęgniarki (2,11). Lekarze otrzymali średnio 1,62 punktu – w tym wypadku także zauważono rozbieżność opinii w zależności od grupy, którą reprezentowali badani. Lekarze sami sobie przyznawali najczęściej 2 punkty, surowsze opinie wyrażali przedstawiciele personelu administracyjnego i technicznego.

Podsumowując powyższe rozważania, należy podkreślić, iż poszczególne grupy pracowników nie mogą wykorzystywać wiedzy tylko „przypisanej” do ich stanowiska pracy. Korzystanie z wiedzy różnego typu umożliwia bowiem lepszą komunikację, skrócenie czasu podejmowania decyzji, a w konsekwencji prowadzi do lepszego świadczenia usług medycznych.

Kolejno, w celu zidentyfikowania barier zarządzania wiedzą w szpitalu, poproszono respondentów o wskazanie, co ich zdaniem najbardziej zakłóca proces rozwoju wiedzy w szpitalu oraz utrudnia dzielenie się nią.

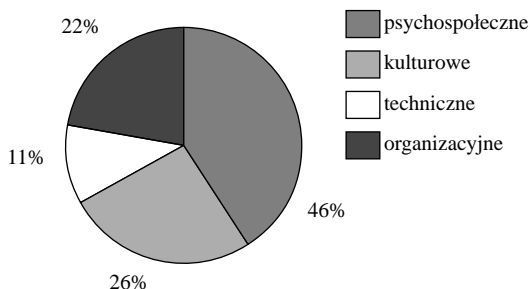
Poznanie opinii zarówno zarządzającej szpitalem, jak i zatrudnionych w nim pracowników miało pomóc ustalić, jakie czynniki najbardziej utrudniają ich zdaniem realizację procesów rozwoju wiedzy w placówce.

Rozwijanie zasobów wiedzy polega na celowym tworzeniu nowych kompetencji poprzez zamienianie wiedzy na działanie, wskutek wykonywania pracy z jednoczesnym wzbogacaniem o doświadczenie [Probst, Raub, Romhardt, 2002: 142].

Rozwój wiedzy w szpitalu stanowi pewien cykl – zamknięty, ale powtarzający się nieustannie – który składa się z kolejnych działań, płynnie przechodzących z jednego w drugie. Poprzez penetrację zewnętrznych i wewnętrznych źródeł wiedzy następuje pozyskiwanie wiedzy, a następnie wybór i jej ocena, co jest związane z klasyfikowaniem, archiwizowaniem i utrwalaniem wiedzy w szpitalnych bazach danych. Następnie należy zapewnić personelowi dostęp do tych baz i określić mechanizmy dzielenia się wiedzą, tak aby najpełniej wykorzystywał ją w realizowaniu codziennych czynności oraz zwiększał jej zasób poprzez samokształcenie, szkolenia, eksperymentowanie itd. [Czapła, Malarski, 2005: 217].

Zapytano więc respondentów o to, które z dysfunkcji najsilniej wpływają na prawidłowy rozwój wiedzy w szpitalu. Największa część badanych wskazywała na bariery psychospołeczne, czyli niechęć do komunikacji, współpracy, brak zaufania i otwartości w kontaktach interpersonalnych – 41% (zobacz rys. 4). Zdecydowanie częściej ten rodzaj dysfunkcji zakłócał proces rozwoju wiedzy w opinii kobiet (57% odpowiedzi), pielęgniarek (61%) oraz osób najmłodszych i tych, które pracowały w szpitalu krócej niż pięć lat (po 65% wskazań). Na utrudnienia natury psychospołecznej wskazała też zarządzająca placówką.

Kolejną grupą dysfunkcji rozwoju wiedzy wskazywaną przez badanych były bariery kulturowe – brak jednoznacznych wartości wspierających dzielenie się wiedzą, poczucia wspólnoty, brak identyfikacji z wizją i kierunkami rozwoju szpitala (26% odpowiedzi). W odniesieniu do tych zakłóceń nie zauważono zróżnicowania w poszczególnych grupach respondentów. Na bariery organizacyjne – brak procedur i mechanizmów dzielenia się wiedzą, sztywne i biurokratyczne formy współpracy i komunikowania się – częściej wskazywali mężczyźni (32%



Rysunek 4. Dysfunkcje zakłócające prawidłowy rozwój wiedzy w szpitalu

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych.

odpowiedzi, gdzie średnia wynosiła 22%), którzy reprezentowali wyższy personel medyczny, oraz osoby najstarsze, które miały jednocześnie najdłuższy staż pracy w szpitalu (29%).

Ostatnia grupa barier – techniczne (brak środków przekazywania danych i komunikacji interpersonalnej) – zdaniem badanych najmniej zakłócała proces rozwoju wiedzy w ich szpitalu – tylko 11% odpowiedzi. Na te dysfunkcje znacznie częściej wskazywali pracownicy administracyjni (18%) i techniczni (22%).

Szpitale publiczne są tymi organizacjami, od których wymaga się najbardziej aktualnego stanu wiedzy w zakresie dostępnych metod, technik czy zagrożeń panujących w otoczeniu. Stąd też transfer wiedzy w tych jednostkach jest szczególnie znaczący z punktu widzenia zarówno dobra pacjenta, jak również – zarządzania organizacją [Mleczek, online: 273]. Zadaniem tego procesu jest przekazywanie wiedzy będącej w posiadaniu pracowników lub baz danych innej osobie poprzez transmisję potencjalnemu odbiorcy i absorpcję, czyli przyswojenie wiedzy w celu dalszego wykorzystania.

Biorąc pod uwagę ważność tego procesu w zarządzaniu wiedzą w szpitalu, poproszono respondentów o wskazanie najistotniejszych utrudnień transferu wiedzy. Podzielono je na: psychospołeczne, kompetencyjne i organizacyjne, występujące w odniesieniu do ograniczeń związanych zarówno z nadawcą, jak i biorcą uczestniczącymi w procesie transferu. Podział ten jest istotny z punktu widzenia podejmowania działań naprawczych, ułatwia bowiem skierowanie wysiłków w stronę przyczyn leżących u źródeł występowania danego problemu w szpitalu [Grunwald, 2007: 240].

Respondenci mogli wybrać dowolną liczbę odpowiedzi w każdej kategorii, z tym że różnie kształtowała się kafeeteria w zależności od rodzaju bariery. Wśród barier psychospołecznych związanych z nadawcą badani mogli wybrać spośród dziesięciu odpowiedzi, stąd też maksymalna liczba punktów, które mogły zostać przyznane, to 820 (gdyby każdy respondent wskazał na wszystkie bariery). Pracownicy biorący udział w badaniu wskazywali na ten rodzaj dysfunkcji 141 razy (co stanowiło 17,19% maksymalnej liczby punktów, które mogły zostać przyznane), zaś szczegółowa struktura odpowiedzi prezentowała się następująco:



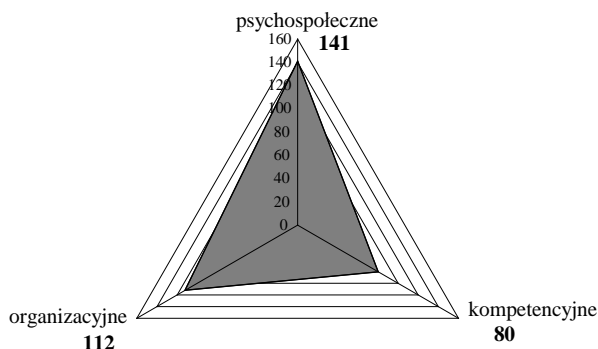
- brak nawyku do dzielenia się wiedzą (51);
- obawa przed krytyką ze strony otoczenia (21);
- obawa przed represjami na skutek ujawnienia niedostatecznego poziomu wiedzy (19);
- złe relacje z biorcą (brak sympatii, konflikt) (11);
- zmotywowanie do zachowania wiedzy wyłącznie dla siebie (11);
- konflikt interesów osobistych z interesami szpitala (9);
- brak zaufania do biorcy (7);
- obawa przed utratą pracy (6);
- obawa przed utratą posiadanej pozycji w grupie (6).

Nikt z badanych nie uznał, że barierą psychospołeczną jest wrogi stosunek przełożonych do dzielących się wiedzą, co może świadczyć o istniejącej w placówce kulturze wiedzy, gdzie kadra zarządzająca, zarówno dyrekcja, jak i ordynatorzy oraz kierownicy, doceniają znaczenie wiedzy i zarządzania nią. Wśród kafeterii barier psychospołecznych związanych z nadawcą dyrektor wskazała jedynie na „złe relacje z biorcą”.

Kolejną grupą barier związanych z nadawcą były bariery organizacyjne, na które wskazano 112 razy (co stanowiło 26,67% maksymalnej liczby wskazań, która w tej grupie wynosiła 420). Najwięcej osób wśród wszystkich dysfunkcji utrudniających transfer wiedzy w szpitalu wskazywało brak czasu (77), tę barierę wskazała także dyrektor placówki. Taką strukturę odpowiedzi można wytłumaczyć tym, iż praca w szpitalu jest bardzo zróżnicowana i kompleksowa, wymaga wysokiej specjalizacji, zaś większość czynności ma charakter natychmiastowy i nie daje się odłożyć na później. Kolejne 15 osób wskazało na brak znajomości strategicznych celów organizacji co do gospodarowania wiedzą, a następne 11 na brak lub niesprawne narzędzia transferu wiedzy. Ostatnią z barier w tej grupie była utrudniająca komunikację organizacja przestrzeni, która zakłócała transfer wiedzy zdaniem 9 osób. W opinii respondentów barierą organizacyjną w ich miejscu pracy nie jest hamujący wpływ struktury organizacyjnej (zarówno więzi hierarchicznych, jak i funkcjonalnych).

Ostatnią grupą barier związanych z nadawcą były bariery kompetencyjne, które otrzymały 80 wskazań (czyli 19,05% maksymalnej liczby, która w tej grupie wynosiła również 420). W przypadku tych dysfunkcji nie zauważono takiej rozbieżności jak przy barierach organizacyjnych. Na brak umiejętności do odpowiedniego formułowania przekazów wskazywało 26 respondentów, zaś na niedostateczne rozeznanie w bazach wiedzy kolejne 22 osoby. Brak znajomości właściwych biorców zakłócał transfer wiedzy zdaniem 21 pracowników, a kolejne 11 uznało, iż są to niedostateczne zdolności interpersonalne. Nikt z badanych nie wskazał na znaczne luki posiadanej wiedzy jako utrudnienie w transferze wiedzy w szpitalu. Dyrektor za największe zakłócenia rozwoju wiedzy z tej grupy uznała: niedostateczne zdolności interpersonalne, brak umiejętności odpowiedniego formułowania przekazów oraz niedostateczne rozeznanie w bazach wiedzy.

Struktura odpowiedzi respondentów co do grup barier transferu wiedzy związanych z nadawcą została zaprezentowana na rysunku 5.



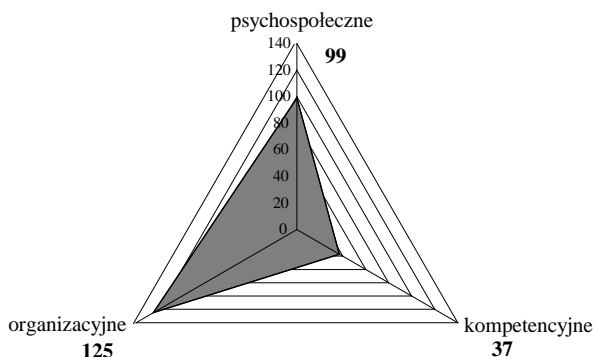
Rysunek 5. Bariery transferu wiedzy związane z nadawcą

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych.

Kolejną poproszono o zidentyfikowanie barier transferu wiedzy związanych z biorcą, tutaj również wyróżniono psychospołeczne, organizacyjne i kompetencyjne. W tym przypadku określono dziewięć dysfunkcji psychospołecznych, z których tylko pięć zdaniem badanych występuje w ich szpitalu i otrzymały one 99 wskazań (co stanowiło 13,41% maksymalnej liczby, która w tej grupie wynosiła 738). Wśród tego rodzaju barier 46 badanych wskazało brak motywacji uczenia się i korzystania z cudzej wiedzy, a kolejne 29 – nawyk unikania ujawniania potrzeb wiedzy (ta dysfunkcja była też podkreślona przez dyrektor szpitala). Podkreślano też obawę przed zobowiązaniami (9 osób), negatywny wynik kalkulacji spodziewanych korzyści z poszukiwania wiedzy (8) i obawę przed negatywną reakcją otoczenia (7). Respondenci uznali, że w ich szpitalu barierami psychospołecznymi związanymi z biorcą nie są: brak sympatii bądź szacunku dla źródła, niska wartość merytoryczna przekazów oraz wrogi stosunek przełożonych do poszukiwania wiedzy. Struktura odpowiedzi respondentów co do grup barier transferu wiedzy związanych z biorcą została zaprezentowana na rysunku 6.

Następną grupą były bariery kompetencyjne, które otrzymały zaledwie 37 wskazań (czyli 11,28% maksymalnej liczby, która w tej grupie wynosiła 328). Wśród kafeterii czterech dysfunkcji badani nie wybrali odpowiedzi „duże niedobory posiadanej wiedzy”. Wskazywali natomiast na niewystarczającą zdolność absorpcyjną (21 osób) – na tę barierę wskazała też dyrektor szpitala – słabą znajomość dostępnych źródeł i baz danych (11) oraz słabe zdolności interpersonalne jako biorcy (5).

Ostatnimi barierami, o których identyfikację poproszono pracowników szpitala, były bariery organizacyjne związane z biorcą, które otrzymały 125 wskazań, co stanowiło 19,05% maksymalnej liczby odpowiedzi, która w tej grupie wynosiła 656. Badani mogli wybrać spośród ośmiu odpowiedzi. Uznali oni, iż taką barierą nie jest hamujący wpływ struktury organizacyjnej (zarówno więzi hierarchicznych, jak i funkcjonalnych); ta bariera nie została również wskazana przez respondentów w odniesieniu do dysfunkcji organizacyjnych związanych z nadawcą. Wskazywali oni głównie brak czasu na poszukiwanie wiedzy (61)



Rysunek 6. Bariery transferu wiedzy związane z biorcą

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań empirycznych.

– podobnie jak w przypadku barier związanych z nadawcą – oraz dużą liczbę pośredników przekazu (17 osób) – ta dysfunkcja utrudniała rozwój wiedzy również zdaniem zarządzającej placówką – i brak znajomości strategicznych celów organizacji co do gospodarowania wiedzą (kolejnych 16). Kolejno niewystarczający dostęp do źródeł wiedzy otrzymał 10 wskazań, niedostosowanie kanałów przekazu do przekazywanych treści – 8, brak lub niesprawne narzędzia transferu wiedzy – 7, zaś utrudniająca komunikację organizacja przestrzeni została zaznaczona przez 6 osób.

## Podsumowanie

Reasumując, wyniki badań przeprowadzonych w Szpitalu Wojewódzkim w Opolu pozwalają stwierdzić, że:

- wiedza wykorzystywana przez personel zatrudniony w szpitalu jest wieloraka. Każda z nich w pewnym stopniu powinna być wykorzystywana przez wszystkich pracowników szpitala, choć w różnym zakresie. Wiedza medyczna jest wykorzystywana w pełnym zakresie przez personel medyczny, zarówno lekarzy, jak i pielęgniarki, ograniczonym – przez pracowników technicznych oraz raczej minimalnym – przez administrację. Wiedzę administracyjną, zdaniem badanych, w pełni w ich placówce wykorzystują pracownicy administracyjni, zaś pozostały personel – w stopniu ograniczonym. Ostatnim rodzajem zasobów wiedzy była wiedza eksploatacyjna, z której w pełni korzysta personel techniczny, a pozostali – w stopniu ograniczonym (w odniesieniu do lekarzy poziom ten został oceniony najniżej);
- wśród zakłóceń najbardziej wpływających na rozwój wiedzy w placówce respondenci najczęściej wybierali: psychospołeczne (41%), następnie kulturowe (26%) i organizacyjne (22%). Najmniej badanych (11%) uznało, iż są to dysfunkcje techniczne;

- ze względu na istotność procesu transferu wiedzy w szpitalu poproszono respondentów o wskazanie najistotniejszych dysfunkcji, które na niego wpływają. Wśród ograniczeń związanych z nadawcą respondenci najczęściej wskazywali na psychospołeczne (141 razy), następnie organizacyjne (112) i kompetencyjne (80). Na bariery psychospołeczne wskazywały najczęściej osoby najmłodsze, jednocześnie z najkrótszym stażem pracy, co może świadczyć o tym, że obawiają się one represji na skutek ujawnienia niedostatecznego poziomu wiedzy czy też krytyki ze strony otoczenia. Z kolei pracownicy z dłuższym stażem pracy i większym doświadczeniem często kierowali się zasadą podobieństwa („ja wiem, to i inni wiedzą”) i zaznaczali „brak nawyku do dzielenia się wiedzą”. Brak znajomości właściwych biorców oraz niedostateczne rozeznanie w bazach wiedzy zakłócały transfer wiedzy również osobom najmłodszym, co przemawia za niedokończonym przez nich jeszcze procesem adaptacji. Barię podkreślaną najczęściej (77 razy) był brak czasu – w tym przypadku nie zauważono różnic w poszczególnych grupach. W przypadku dysfunkcji związanych z biorcą respondenci najczęściej wskazywali organizacyjne (125 razy), z czego „brak czasu na poszukiwanie wiedzy” był wybierany najczęściej (61). Czynniki psychospołeczne związane z biorcą zakłócają proces transferu wiedzy w szpitalu zdaniem 99 osób. Brak motywacji uczenia się i korzystania z cudzej wiedzy oraz nawyk unikania ujawniania potrzeb wiedzy były, w opinii badanych, dysfunkcjami dominującymi w tym obszarze. Ostatnia grupa – bariery kompetencyjne – najmniej utrudniała respondentom prawidłowy transfer wiedzy (37 wskazań). Z kategorii tych dysfunkcji zdecydowanie najczęściej wybierano „niewystarczającą zdolność absorpcyjną biorcy”. Należy szczególnie podkreślić, iż wysoko sytuujące się, zarówno po stronie nadawcy, jak i biorcy, czynniki związane z obawą przed ujawnianiem braku wiedzy mogą skutkować ograniczeniem zdolności szpitala do pozyskiwania nowej wiedzy. Oznacza to bowiem zakłócenie cyklu rozwoju wiedzy oraz utrudnienia w uczeniu się na błędach. Niebagatelną rolę w eliminowaniu tych barier zbudowanie profektywnościowej kultury organizacyjnej.

Praca w szpitalu pozwala na niewielką tolerancję niejednoznaczności czy błędu. Jednym z aspektów doskonalenia procesów w szpitalach publicznych jest więc dostęp we właściwym czasie i miejscu do zasobów informacyjnych charakteryzujących danego pacjenta oraz dostęp do zasobów wiedzy wspomagających realizację czynności medycznych w zakresie procesu jego diagnostyki i leczenia. Podstawą doskonalenia procesów jest ich identyfikacja i analiza w aspekcie przepływów ludzkich, materiałowych i informacyjnych, jak również analiza pod względem tworzenia, gromadzenia i udostępniania wiedzy na poszczególnych etapach procesu [Bartnicka, Mleczko, Winkler, 2008: 245]. Istotne jest również zlikwidowanie lub, przynajmniej, zminimalizowanie negatywnego wpływu wskazanych barier transferu wiedzy oraz jej rozwoju, co niewątpliwie usprawni implementację koncepcji zarządzania wiedzą w szpitalu.

Stan wykazany w badanej placówce oraz wnioski sformułowane w artykule mogą być pomocne w zarządzaniu wiedzą w szpitalach (nie tylko publicznych) jako porównawcze w analizie sytuacji własnej.

## Literatura

- Bartnicka J., Mleczek K., Winkler T. (2008), *Oparte na wiedzy doskonalenie procesów w jednostkach opieki zdrowotnej* [w:] J. Gołuchowski, A. Frączkiewicz-Wronka (red.), *Technologie wiedzy w zarządzaniu publicznym*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice,
- Czapla T., Malarski M. (2005), *Zarządzanie pozyskiwaniem i rozwojem wiedzy w organizacji* [w:] W. Błaszczak (red.), *Metody organizacji i zarządzania. Kształtowanie relacji organizacyjnych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Erismann A.M. (2002), *How do We Manager Organizational Knowledge in People's Heads?*, „Technology Watch. Ethix”, no. 25.
- Grunwald K. (2007), *Kierunki eliminacji dysfunkcji transferu wiedzy* [w:] J. Bogdaniecko, M. Kuzela, I. Sobczak (red.), *Zarządzanie wiedzą w warunkach globalnej współpracy przedsiębiorstw*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń.
- Krawczyk-Sołtys A. (2011), *Zarządzanie wiedzą w szpitalu – perspektywa średniego personelu medycznego. Wyniki badań empirycznych*, „Zeszyty Naukowe”, nr XXV, J. Gołota (red.), Ostrołęckie Towarzystwo Naukowe im. A. Chętnika, Ostrołęka.
- Krawczyk-Sołtys A. (2012a), *Zarządzanie wiedzą w szpitalu. Studium przypadku* [w:] *Zarządzanie w regionie. Teoria i praktyka*, Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa.
- Krawczyk-Sołtys A. (2012b), *A Diagnosis of Knowledge Management in a Public Hospital – a Case Study of Employees' Views*, „Economic and Environmental Studies”, A. Bernaciak, J. Platje (eds.), vol. 12, no. 2.
- Krawczyk-Sołtys A. (2013), *Zarządzanie wiedzą w szpitalach publicznych. Identyfikacja poziomu i kierunki doskonalenia*, „Studia i Monografie”, nr 485, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole.
- Malara Z. (2006), *Przedsiębiorstwo w globalnej gospodarce, wyzwania współczesności*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Mleczek K. (2009), *Identyfikacja potrzeb w zakresie zarządzania zasobami wiedzy w obszarze ochrony zdrowia* [w:] R. Knosala (red.), *Komputerowo zintegrowane zarządzanie*, t. II, Oficyna Wydawnicza Polskiego Towarzystwa Zarządzania Produkcją, Opole.
- Mleczek K., *Upowszechnianie wiedzy za pomocą repozytoriów w organizacji szpitalnej*, [www.ptzp.org.pl/files/konferencje/kzz/artyk\\_pdf\\_2010/108\\_Mleczek\\_K.pdf](http://www.ptzp.org.pl/files/konferencje/kzz/artyk_pdf_2010/108_Mleczek_K.pdf).
- Pfeffer J., Sutton R. (2002), *Wiedza a działanie*, Oficyna Ekonomiczna Wolters Kluwer, Kraków.
- Probst G., Raub S., Romhardt K. (2002), *Zarządzanie wiedzą w organizacji*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków.
- Sak M. (2006), *Narzędzia pomiaru i oceny kapitału intelektualnego w placówkach medycznych* [w:] M. Trocki, S. Gregorczyk (red.), *Nowoczesne zarządzanie. Koncepcje i instrumenty*, Wydawnictwo Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa.