

Raport z I edycji badań

Branża opieka zdrowotna i pomoc społeczna

Branżowy
Bilans Kapitału Ludzkiego

**Branżowy Bilans
Kapitału Ludzkiego
Branża opieka zdrowotna
i pomoc społeczna**

Raport z I edycji badań

Branżowy Bilans Kapitału Ludzkiego – branża opieka zdrowotna i pomoc społeczna Raport podsumowujący I edycję badań realizowanych w latach 2020–2021.

Autorzy raportu:

dr Izabela Grabowska

Konrad Kuźma

Zofia Polańska

Joanna Abramowicz

Jarosław Kozera

Współpraca merytoryczna:

dr hab. Barbara Worek, prof. UJ, Centrum Ewaluacji i Analiz Polityk Publicznych,
Uniwersytet Jagielloński

Koordinacja i współpraca merytoryczna (PARP):

Joanna Orłowska

Anna Tarnawa

Robert Zakrzewski

Wykonawca:

EGO – Evaluation For Government Organizations S.C i Centrum Badań Marketingowych
INDICATOR Sp. z o.o.

**Raport przygotowany we współpracy z Sektorową Radą ds. Kompetencji – Opieka
Zdrowotna i Pomoc Społeczna**

© Copyright by Polska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości

ISBN: 978-83-7633-468-4

Projekt współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego

Skład, łamanie, korekta i druk: Pracownia C&C Sp. z o.o.

Warszawa 2022

Spis treści

Wprowadzenie	5
1. Opis metodologii i celów badania	6
2. Sektor opieki zdrowotnej	13
2.1. Główne wnioski z badania w sektorze opieki zdrowotnej	13
2.2. Krótka charakterystyka sektora	19
2.3. Wyzwania i kierunki rozwoju dla sektora opieki zdrowotnej	21
2.4. Sytuacja kadrowa w branży opieki zdrowotnej	38
2.5. Bilans kompetencji dla kluczowych stanowisk w sektorze opieki zdrowotnej	53
3. Sektor pomocy społecznej	71
3.1. Główne wnioski z badania w sektorze pomocy społecznej	71
3.2. Krótka charakterystyka sektora	74
3.3. Wyzwania i kierunki rozwoju dla sektora pomocy społecznej	78
3.4. Sytuacja kadrowa w branży pomocy społecznej	109
3.5. Bilans kompetencji dla kluczowych stanowisk	128
4. Wyniki bilansu kompetencji dla poszczególnych stanowisk	138
5. Rekomendacje	219

Szanowni Państwo,

oddajemy w Państwa ręce raport z wynikami pierwszej edycji badań Branżowego Bilansu Kapitału Ludzkiego w branży opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. Badania te, prowadzone we współpracy z Sektorową Radą ds. Kompetencji – Opieka Zdrowotna i Pomoc Społeczna, mają na celu zwiększenie wiedzy na temat stanu i kierunków rozwoju kadr w branży oraz związanego z nim zapotrzebowania na kompetencje, a także określenie wyzwań mających swe źródło w zmianach społecznych, gospodarczych i technologicznych.

Raport obejmuje wyniki badań ilościowych prowadzonych wśród pracodawców sektora opieki zdrowotnej i pomocy społecznej oraz pracowników zatrudnionych na kluczowych stanowiskach w firmach z tej branży. Zestawienie ze sobą potrzeb i oczekiwań pracodawców oraz kompetencji, jakimi dysponują pracownicy, pozwoliło określić obszary niedopasowań oraz sformułować rekomendacje, adresatem których są instytucje kształcenia, podmioty rynku pracy oraz sami pracodawcy.

Wywiady oraz panele eksperckie realizowane w ramach badań jakościowych umożliwiły ponadto rozpoznanie trendów oddziałujących na branżę oraz czekających ją w najbliższych latach wyzwań. Czas realizacji badań terenowych – od grudnia 2020 r. do sierpnia 2021 r. – przypadł w okresie pandemii COVID-19, co dodatkowo pozwoliło uchwycić zmiany w sektorze wywołane tą bezprecedensową sytuacją.

Wierzymy, że prezentowane wyniki okażą się interesujące oraz użyteczne dla osób zarządzających firmami, dla obecnych oraz przyszłych pracowników sektora opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, jak również wszystkich osób zainteresowanych tematyką kompetencji w tej branży.

Jednocześnie serdecznie dziękujemy przedstawicielom Sektorowej Rady ds. Kompetencji – Opieka Zdrowotna i Pomoc Społeczna za wsparcie podczas całego procesu badawczego, a także wszystkim przedstawicielom firm z branży oraz Ekspertom, którzy zgodzili się wziąć udział Branżowym Bilansie Kapitału Ludzkiego.

Zespół badawczy

Wprowadzenie

Niniejszy raport przedstawia wyniki I edycji badania Branżowy Bilans Kapitału Ludzkiego w branży opieka zdrowotna i pomoc społeczna. Głównym celem badania było pozyskanie wiedzy na temat obecnego i przyszłego zapotrzebowania na kompetencje, w szczególności w odniesieniu do pojawiających się trendów i wyzwań.

Badaniem objęto dwa niezależne sektory – opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, które świadczą różne usługi, reprezentują je różne typy podmiotów i instytucji, mają odrębne regulacje prawne oraz inne systemy kształcenia kadr. Jednak, jak pokazują wyniki badania, wyzwania, jakie stoją zarówno przed opieką zdrowotną, jak i pomocą społeczną, są podobne.

W badaniu uczestniczyli eksperci, przedstawiciele środowisk edukacyjnych, organizacji branżowych, pracodawców i kadry zarządzającej wszystkich typów podmiotów reprezentujących branżę, pracownicy zajmujący kluczowe stanowiska oraz pracownicy odpowiedzialni za procesy rozwojowe i rekrutacyjne. Ważnym partnerem, a jednocześnie odbiorcą badania, jest Sektorowa Rada ds. Kompetencji, której przedstawiciele także uczestniczyli w jego realizacji.

1. Opis metodologii i celów badania

1.1. Cele badawcze

Głównym celem badania jest zwiększenie wiedzy o potrzebach kwalifikacyjno-zawodowych w branży opieka zdrowotna i pomoc społeczna poprzez określenie stanu i kierunków rozwoju kadr w branży i związanego z tym zapotrzebowania na kompetencje poprzez:

- określenie głównych procesów biznesowych, zadań i kluczowych stanowisk niezbędnych do ich wykonywania (czterech stanowisk dla opieki zdrowotnej i ośmiu dla pomocy społecznej) oraz oznaczenie, czy w głównych procesach biznesowych istnieją elementy/części, które mogą funkcjonować także w innych branżach;
- określenie profili kompetencyjnych dla kluczowych stanowisk, w tym ocenę ważności poszczególnych kompetencji;
- analizę popytu i podaży dla określonych kluczowych stanowisk;
- ocenę kompetencji pracowników na kluczowych stanowiskach – analizę poziomu niedopasowania kompetencyjnego w opinii pracodawców (strona popytowa) i pracowników (strona podażowa);
- analizę działań/praktyk skierowanych na podnoszenie kompetencji kadr, głównie w toku edukacji pozaformalnej (aktywność pracodawców, instytucji otoczenia biznesu, w tym instytucji reprezentujących branżę, aktywność własna pracowników);

Celem badania jest także określenie krótko- i średnioterminowych wyzwań, przed jakimi stoi branża w wymiarze kompetencyjnym, w tym:

- określenie wyzwań (społecznych, gospodarczych, technologicznych, prawnych itd.) i ocena ich wpływu na rozwój kadr w branży;
- określenie potencjalnych zmian w strukturze zatrudnienia w perspektywie 12 miesięcy i pięciu lat;
- określenie kompetencji, których znaczenie będzie rosło/malało w ramach wskazanych kluczowych stanowisk, w tym nowych kompetencji lub poszerzenia zakresu już wymaganych;
- określenie potencjalnych nowych stanowisk w branży, w tym zawodów, które mogą przeniknąć z innych branż (np.: w obszarze ICT) oraz kompetencji wymaganych dla tych stanowisk.

1.2. Metody badawcze

Badanie prowadzono w podziale na sektor opieki zdrowotnej i pomocy społecznej.

Badania jakościowe i ich cele:

- **Wywiady eksperckie (indywidualne)** miały na celu wyodrębnienie głównych procesów biznesowych, zadań zawodowych niezbędnych do realizacji każdego z procesów i kluczowych stanowisk oraz zdiagnozowanie wyzwań dla branży. Pozyskana wiedza była niezbędna do opracowania profili kompetencyjnych.
- **Panele eksperckie** zrealizowane osobno dla sektora pomocy społecznej i sektora ochrony zdrowia. Miały one na celu weryfikację i pogłębienie wiedzy pozyskanej w wywiadach indywidualnych.
- **Panele podsumowujące** z członkami Sektorowej Rady ds. Kompetencji poświęcone były omówieniu wniosków płynących z dotychczas przeprowadzonych badań.
- **Badanie metodą Delphi** z udziałem grupy 42 ekspertów sektora opieki zdrowotnej i pomocy społecznej miało na celu weryfikację tez odnoszących się do wyzwań, jakie stoją przed każdym z sektorów oraz wynikającego z tych wyzwań zapotrzebowania na kompetencje.

Tabela 1. Wielkość prób w badaniu jakościowym z uwzględnieniem poszczególnych typów respondentów – metody podstawowe (N)

	Wywiady eksperckie	Panele eksperckie	Badanie delfickie
Ochrona zdrowia	15	16–20 osób (2 panele)	21
Pomoc społeczna	15	16–20 osób (2 panele)	21
Typ respondenta			
Praktyk (pracodawca)	16	10–14	13–14
Praktyk (przedstawiciel środowisk edukacyjnych i rynku pracy)	8	10–14	13–14
Naukowiec, ekspert, analityk	6	10–14	13–14

Źródło: Opracowanie własne.

- **Wywiady dodatkowe indywidualne** z pracownikami i pracodawcami poświęcone pogłębieniu wiedzy na temat roli nowych technologii w obu sektorach i kompetencji potrzebnych do ich wdrażania.
- **Warsztaty z udziałem pracowników i pracodawców sektora** miały na celu rozpoznanie kwestii dotyczących prowadzenia usług i zdalnej opieki (zdalnego diagnozowania i monitorowania stanu pacjenta), wykorzystania *big data* do wsparcia procesów leczniczych i e-administracji. W branży

pomocy społecznej podczas warsztatów dyskutowano o możliwościach i ewentualnych barierach świadczenia usług w formie zdalnej, o wykorzystaniu danych i zarządzaniu nimi. Ważne było także poznanie perspektywy pracowników i ich opinii dotyczących wyzwań związanych z rozwojem nowych technologii, a w szczególności ustalenie: czy wyzwania są zauważane, czy pracownicy postrzegają je jako zagrażające czy rozwojowe, czy sądzą, że będą musieli się dokształcać i uzupełniać kompetencje w zakresie posługiwania się nowymi technologiami.

Tabela 2. Wielkość prób z uwzględnieniem poszczególnych typów respondentów – metody dodatkowe (N)

	Wywiady z pracownikami	Wywiady z pracodawcami	Warsztaty kompetencyjne
Pracownik	2*12 osób	x	2*(3–5 osób)
Ekspert, interesariusz	x	2 *18 osób	2*(5–7 osób)

Źródło: Opracowanie własne.

Badania jakościowe przeprowadzono w terminie 28.12.2020 – 17.08.2021 r.

Badanie ilościowe

Realizacja pierwszej edycji badań ilościowych została przeprowadzona głównie metodą CAPI (zestandaryzowane wywiady bezpośrednie z użyciem laptopa) oraz metodami dodatkowymi wykorzystującymi zdalne kanały kontaktu (wywiad telefoniczny, wywiad z wykorzystaniem komunikatora internetowego).

Tabela 3. Podział wykonania badań ilościowych w poszczególnych metodach badawczych

	CAPI	CATI
Pracodawcy	69,7%	30,3%
Pracownicy	70,7%	29,3%

Źródło: Opracowanie własne.

W badaniu uczestniczyli pracodawcy i pracownicy sektora zdefiniowanego poprzez następujące kody PKD:

- Dział 86 – opieka zdrowotna;
- Dział 87 – pomoc społeczna z zakwaterowaniem;
- Dział 88 – pomoc społeczna bez zakwaterowania.

Operat pracodawców stanowiła baza firm BISNODE.

W przypadku pracodawców do losowania zastosowany został sposób losowo – warstwowy nieproporcjonalny – z nadreprezentacją największych firm. Jako warstwy traktowano w tym przypadku następujące parametry: dział PKD, makroregion statystyczny oraz wielkość firmy.

W grupie pracodawców wywiady były realizowane z osobami dysponującymi najbardziej obszerną wiedzą na temat polityki personalnej firmy, w tym w szczególności działań rekrutacyjnych, oceny kompetencji pracowników oraz luk kompetencyjnych występujących obecnie oraz przewidywanych w przyszłości. Łącznie przeprowadzono 802 wywiady.

Pracodawcy

Tabela 4. Liczebności zrealizowanej próby w podziale na sekcje (dział PKD) i wielkość firmy (N)

Sekcja / dział PKD	Wielkość firmy				SUMA
	mikro	Mała	średnia	duża	
86 (opieka zdrowotna)	280	205	45	34	564
87 (pomoc społeczna z zakwaterowaniem)	14	45	35	2	96
88 (pomoc społeczna bez zakwaterowania)	35	90	15	2	142
RAZEM	329	340	95	38	802

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 5. Liczebności zrealizowanej próby w podziale na sekcje (dział PKD), wielkość firmy oraz płeć respondenta (N)

Płeć respondenta	Sekcja/dział PKD	Wielkość firmy				SUMA
		mikro	mała	średnia	duża	
Mężczyzna	86	51	42	16	5	114
	87	1	5	7	0	13
	88	6	20	3	1	30
Kobieta	86	229	163	29	29	450
	87	13	40	28	2	83
	88	29	70	12	1	112
	RAZEM	329	340	95	38	802

Źródło: Opracowanie własne.

Pracownicy

W grupie pracowników wywiady były realizowane z osobami zatrudnionymi na jednym z 20 kluczowych stanowisk w następującym podziale – 12 stanowisk w opiece zdrowotnej oraz 8 stanowisk w pomocy społecznej. Stanowiska zostały zdefiniowane na podstawie wyników badania jakościowego oraz ustaleń z Zamawiającym. Łącznie przeprowadzono 1087 wywiadów.

W przypadku badania pracowników zdecydowano się na zastosowanie tzw. reprezentatywności typologicznej. Oznacza to, że każdy typ pracownika/kluczowego stanowiska (zgodnego z profilami kompetencyjnymi) jest w próbie reprezentowany (na minimalnej próbie 30 wywiadów – wyjątkiem jest superwizor, w całej Polsce jest ich tylko 37).

Tabela 6. Liczba zrealizowanych wywiadów z pracownikami na stanowiskach kluczowych (N)

Kluczowe stanowisko	Liczba wywiadów
Opieka zdrowotna	
Lekarz (różne specjalizacje)	105
Pielęgniarka (ogólna lub ze specjalizacją)	140
Położna	56
Ratownik medyczny	52
Asystent lekarza	54
Opiekun medyczny	51
Fizjoterapeuta	51
Koordinator opieki/asystent opieki	46
Menadżer operacyjny na poziomie całej jednostki	31
Menadżer operacyjny na poziomie oddziału szpitala (nie ordynator, lecz jego wsparcie/partner)	36
Sekretarka medyczna	95
Analitik danych medycznych	39
RAZEM (opieka zdrowotna)	756
Pomoc społeczna	
Pracownik socjalny z różnymi specjalizacjami, w tym w zakresie koordynacji indywidualnych planów wsparcia	50
Menadżer/koordynator/organizator usług społecznych	40
Organizator społeczności lokalnej/facilitator sieci współpracy	40
Asystent różnych grup osób potrzebujących wsparcia, np. osób z niepełnosprawnością, rodziny, seniora	51
Koordinator pieczy zastępczej	50
Specjalista ds. interwencji kryzysowej	43

Kluczowe stanowisko	Liczba wywiadów
Superwizor	7
Opiekun środowiskowy	50
RAZEM (pomoc społeczna)	331
Ogółem	1087

Źródło: Opracowanie własne.

Badanie ilościowe realizowano w terminie 6.07.2021 – 01.09.2021 r.

W tabelach i na wykresach wyniki procentowe nie zawsze sumują się do 100%, co wynika – o ile nie zaznaczono inaczej – z zaokrągleń lub z możliwości wskazania wielu odpowiedzi.

1.3. Metodologia liczenia bilansu kompetencji

Dane potrzebne do **wyliczenia bilansu kompetencji** pochodzą z odpowiedzi pracodawców i pracowników, którzy wzięli udział w badaniach ilościowych. Bilans kompetencji składa się z trzech wymiarów, które – łącznie – pozwalają odpowiedzieć na pytania dotyczące przydatności tych kompetencji, trudności ich pozyskania przez pracodawców oraz zmiany znaczenia kompetencji w czasie¹.

Bilans kompetencji – Wymiar I – niedopasowanie kompetencyjne

Bilans ma na celu określić **niedopasowanie kompetencyjne** (*skills mismatch*), które można zdefiniować jako wynik zestawienia dokonywanej przez pracodawców oceny ważności danej kompetencji z punktu widzenia pracy na danym stanowisku, z samooceną poziomu kompetencji posiadanych przez pracowników zatrudnionych na tym stanowisku.

W rezultacie otrzymuje się cztery typy kompetencji przedstawione na poniższym schemacie:

¹ Ważność (badanie pracodawców): Myśląc o danym stanowisku, proszę ocenić, jak ważna jest ta kompetencja z punktu widzenia Państwa firmy na skali 1–5, gdzie 1 oznacza marginalna, a 5 – kluczowa. Trudność (badanie pracodawców): Trudno czy łatwo jest znaleźć do pracy osobę, która posiada tę kompetencję (na danym stanowisku)? Znaczenie w przyszłości (badanie pracodawców): Jak zmieni się znaczenie tej kompetencji w perspektywie najbliższych pięciu lat? Skala odpowiedzi: 1. Znaczenie wzrośnie 2. Pozostanie takie samo 3. Znaczenie zmniejszy się. Samoocena poziomu kompetencji (badania pracowników): Przeczytam teraz listę kompetencji wymaganych na Pana/Pani stanowisku i poproszę, aby ocenił(a) Pan/Pani ich poziom u siebie, używając skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza poziom niski, a 5 – poziom wysoki.

Schemat: Ocena niedopasowania kompetencyjnego na danym stanowisku

		Samoocena kompetencji pracowników	
		Niższa	Wyższa
Ocena ważności dla pracodawców	Ważniejsze	Kompetencje niedoboru: Kompetencje relatywnie ważniejsze dla pracodawców przy relatywnie niższej samoocenie pracowników	Kompetencje zrównoważone: Kompetencje relatywnie ważniejsze dla pracodawców przy relatywnie wyższej samoocenie pracowników
	Mniej ważne	Kompetencje wystarczające: Kompetencje relatywnie mniej ważne dla pracodawców przy relatywnie niższej samoocenie pracowników	Kompetencje nadwyżkowe: Kompetencje relatywnie mniej ważne dla pracodawców przy relatywnie wyższej samoocenie pracowników

Każda kompetencja została oceniona przez pracodawcę i pracownika. Na podstawie ich odpowiedzi ustalono średnią ocenę kompetencji w obu grupach. Następnie obliczono średnią dla wszystkich kompetencji w ramach danego stanowiska. Jeśli średnia dla kompetencji była wyższa niż średnia ogólna dla wszystkich z nich, to uznawano, że jest to kompetencja relatywnie ważniejsza dla pracodawcy i/lub relatywnie wyżej samooceniana przez pracownika. Jeśli średnia była niższa, to w taki sam sposób uznawano, że jest relatywnie mniej ważna dla pracodawcy i/lub relatywnie niżej samooceniana przez pracownika. Taki sposób analizy pozwala z jednej strony na lepszą analizę, z drugiej zaś – zawiera mocny element relatywności².

Bilans kompetencji – Wymiar II – Luka kompetencyjna

W tym badaniu luka kompetencyjna dotyczy kompetencji, które są relatywnie ważniejsze dla pracodawców i jednocześnie trudne do pozyskania na rynku pracy w opinii min. 51% pracodawców oceniających dany profil kompetencyjny.

Bilans kompetencji – Wymiar III – Kompetencje przyszłości

Trzeci wymiar uzupełnia pierwsze dwa o informację nt. przyszłości. Kompetencje przyszłości oceniane były na podstawie rozkładu odpowiedzi pracodawców na pytanie o ich opinię na temat zmiany znaczenia poszczególnych kompetencji w ciągu następnych 5 lat.

² Ocena relatywna – to ocena, która nie jest wspólna dla wszystkich, lecz zależy od indywidualnych wyborów oceniającego, przedstawionych w opisanym algorytmie.

2. Sektor opieki zdrowotnej

2.1. Główne wnioski z badania w sektorze opieki zdrowotnej

2.1.1. Sytuacja w sektorze

W Polsce dostęp do opieki zdrowotnej jest powszechny, uprawnia do niej obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne, którym objęci są niemal wszyscy mieszkańcy. Zakres usług w ramach powszechnej opieki zdrowotnej jest szeroki, problemem są jednak geograficzne różnice w dostępie do świadczeń, a także wydłużony czas oczekiwania na świadczenia specjalistyczne. Wyraźnie niezadowolająca jest także skuteczność systemu opieki zdrowotnej. Liczba zgonów możliwych do uniknięcia dzięki profilaktyce oraz odpowiedniej interwencji medycznej jest znacznie wyższa nie tylko od poziomów notowanych w czołówce krajów europejskich, ale też średnich wartości dla całej UE. Okres pandemii potwierdza niską skuteczność systemu opieki zdrowotnej. Polska należy do grupy państw europejskich, w których odsetek nadmiarowych zgonów (bez względu na przyczynę), był w porównaniu z latami wcześniejszymi najwyższy. Z tymi danymi korespondują opinie uczestniczących w badaniu ekspertów branżowych, którzy stan sektora opieki zdrowotnej oceniali co do zasady niekorzystnie. Wskazywali, że system w obecnym kształcie nie jest w stanie zapewnić w odpowiednim czasie (bez długich kolejek), dobrej jakości usług, dostosowanych do potrzeb pacjentów.

Na poziomie placówek medycznych zdecydowana większość pracodawców (91%) dostrzega negatywne skutki pandemii, przede wszystkim w postaci konieczności dostosowania pracy jednostek do nowego reżimu sanitarnego oraz zwiększonych kosztów funkcjonowania. Wskazywano także na konsekwencje kadrowe: nieobecności w pracy oraz zagrożenie zdrowotne dla pracowników (w tym poprzez narażenie na długotrwały stres). Negatywne skutki dla zdrowia pacjentów zgłaszane były w dalszej kolejności.

2.1.2. Wyzwania i kierunki zmian dla sektora

W ramach badania wyróżniono kilka wyzwań (problemów), które domagają się zdecydowanych działań i wyznaczają pożądane kierunki zmian dla sektora.

Część tych wyzwań leży na poziomie zasad organizujących pracę podmiotów leczniczych. Pierwsze z nich odnoszą się do faktu, że system opieki zdrowotnej jest niedostatecznie ukierunkowany na zaspokajanie potrzeb zdrowotnych pacjentów i nie promuje osiągania efektów leczniczych. Wynikają z tego dwa zasadnicze kierunki zmian. Pierwszy z nich to wprowadzenie przez NFZ odpłatności za wyniki leczenia osiąganego przez podmioty lecznicze, nie zaś za samą liczbę udzielonych świadczeń. Ma to być mechanizm promujący podnoszenie jakości świadczeń i redukujący marnotrawstwo środków w systemie. Drugim kierunkiem jest dalszy rozwój i upowszechnienie opieki koordynowanej, czyli takich modeli opieki, w których praca wielu specjalistów i placówek jest skoordynowana, a opieka nad pacjentem przewlekle chorym ciągła. Innym istotnym problemem sektora opieki zdrowotnej jest także jego silne skoncentrowanie na medycynie naprawczej, kosztem profilaktyki. Dlatego też kolejnym pożądanym kierunkiem zmian jest rozwój usług o charakterze profilaktycznym, także na poziomie poszczególnych placówek.

Pewne wyzwania dla sektora wynikają z czynników zewnętrznych, takich jak przemiany technologiczne i społeczne. W pierwszym przypadku chodzi o wkraczające w obszar zdrowia na coraz szerszą skalę technologie cyfrowe. Polski sektor opieki zdrowotnej powinien być w stanie wykorzystać szanse, jakie w zakresie dostępności i jakości usług niesie za sobą opieka zdalna i wykorzystanie analizy danych, w tym dużych zbiorów danych, do wsparcia decyzji podejmowanych przez lekarzy lub menadżerów placówek. W drugim przypadku mowa o konieczności przygotowania placówek na postępujący proces starzenia się społeczeństwa, który w znaczny sposób zwiększy zapotrzebowanie na usługi zdrowotne. W obliczu tego wyzwania konieczne są wieloaspektowe działania obejmujące takie rozwiązania jak: rozwój profilaktyki i opieki koordynowanej dedykowanej potrzebom osób starszych, rozwój opieki zdalnej (zwłaszcza modeli pozwalających upowszechnić opiekę domową nad seniorami).

Wyniki badania ilościowego pokazują, że potencjał do zmian jest na poziomie placówek stosunkowo niewielki. Około 20% pracodawców widzi konieczność wprowadzania na poziomie swoich placówek takich zmian jak: pomiar wyników leczenia, opieka koordynowana, opieka zdalna, przygotowanie placówki na zwiększone zapotrzebowanie na usługi po stronie starszych pacjentów. Jeszcze mniej sądzi, że konieczne jest wdrożenie rozwiązań z zakresu analizy danych (13%) oraz profilaktyki (12%).

Te dane w połączeniu z barierami na poziomie centralnym, na które wskazywali eksperci (np. brak zasobów finansowych, odpowiedniego potencjału administracyjnego), sugerują, że polski sektor opieki zdrowotnej będzie podążać za kierunkami rozwoju raczej w sposób powolny i ewolucyjny (prawdopodobny jest też podział na placówki zaawansowane w zmianach i wyraźnie zapóźnione).

2.1.3. Sytuacja kadrowa

Stan zatrudnienia i zapotrzebowanie na pracowników

Sektor opieki zdrowotnej cierpi na wyraźny niedobór kadr medycznych. Polska jest jednym z krajów UE, który ma najniższe wskaźniki lekarzy i pielęgniarek przypadających na 1 tysiąc mieszkańców.

Równocześnie przeprowadzone badanie ilościowe pokazuje, że stan zatrudnienia w sektorze można określić jako stabilny. W ciągu następnego roku, a także następnych pięciu lat, ogólna liczba pracowników w większości placówek powinna pozostać bez zmian. Jedynie mała część pracodawców przewiduje wzrost zatrudnienia (12% placówek w ciągu roku, 15% w ciągu pięciu lat). Te dane pokazują, że istotna poprawa sytuacji kadrowej w sektorze jest raczej mało prawdopodobna.

Stosunkowo niewiele placówek poszukuje pracowników, a te, które to robią, mają istotne trudności z ich znalezieniem (w skali ubiegłego roku 16% placówek szukało pracowników, z czego 80% miało z tym problem). Zdecydowanie najtrudniej jest pozyskać lekarzy i pielęgniarki, znacznie mniej problemów sprawia zatrudnienie innej kadry medycznej: fizjoterapeutów, położnych, ratowników medycznych.

Lekarze i pielęgniarki są obecnie najbardziej poszukiwanymi pracownikami w sektorze (te zawody wymieniła około 1/3 pracodawców, a następnego w kolejności fizjoterapeutę – około 1/10). Wszystko wskazuje na to, że tak też pozostanie w przyszłości. Ci pracodawcy, którzy przewidują wzrost zapotrzebowania na pracowników w ciągu najbliższych pięciu lat, a także ci, którzy rozważają zatrudnienie pracowników w ciągu kolejnych 12 miesięcy, najczęściej czynią to w odniesieniu do lekarzy i pielęgniarek. W dalszej kolejności poszukiwana jest pozostała kadra medyczna. Zatrudnienie pracowników na stanowiskach niemedyceńskich (takich jak menadżerowie, sekretarki medyczne, analitycy danych medycznych) rozważa bardzo niewiele placówek.

Przytoczone powyżej dane sugerują, że kryzys kadrowy, rozumiany jako niedobór pracowników medycznych zatrudnionych w sektorze, ma podwójne podłoże, zarówno popytowe, jak i podażowe. Z jednej strony, w stosunku do potrzeb całego systemu za mało jest placówek medycznych gotowych zwiększyć zatrudnienie, a z drugiej – za mały jest zasób dostępnych kadr medycznych, zwłaszcza pielęgniarek i lekarzy. Ta interpretacja jest zgodna z informacjami pozyskanymi w trakcie badania jakościowego. Eksperti, wskazując przyczyny kryzysu kadrowego, mówili o zbyt niskich limitach kształcenia na studiach medycznych oraz o odpływie pracowników, zwłaszcza za granicę lub też poza sektor zdrowotny. Jednak podkreślali także,

że placówki nie mają pieniędzy na zatrudnienie większej liczby pracowników, co jest związane z wyceną świadczeń i poziomem ich kontraktowania przez NFZ.

Możliwe odpowiedzi na kryzys kadrowy

Jednym z możliwych rodzajów odpowiedzi na braki kadrowe jest przekazanie uprawnień do wykonywania części prostszych zadań, dotychczas przypisanych lekarzom oraz pielęgniarcom, innym zawodom medycznym. W ostatnim czasie w sektorze opieki zdrowotnej toczy się dyskusja na temat wprowadzenia zawodu asystenta lekarza oraz poszerzenia uprawnień opiekunów medycznych o niektóre czynności medyczne, tak by mogli oni w większym stopniu wesprzeć pielęgniarki.

Wyniki badania ilościowego pokazują, że obecnie już ponad 1/3 placówek zatrudnia asystentów lekarzy, pomimo braku stosownych regulacji, co pokazuje, jak bardzo potrzebny jest to zawód. Z wywiadów pogłębionych wynika, że często są to studenci ostatnich lat medycyny, pomagający w prowadzeniu dokumentacji medycznej.

Asystenci lekarza i opiekunowie medyczni nie są oczywiście tak często poszukiwanymi pracownikami jak lekarze i pielęgniarki. Stosunkowo niewielu pracodawców rozważa ich zatrudnienie w ciągu roku (w przypadku opiekuna medycznego to 3%, a asystenta lekarza – 5% pracodawców). Niewielu też przewiduje wzrost zapotrzebowania na takich pracowników w ciągu pięciu lat (na opiekuna medycznego to 7%, a na asystenta lekarza – 10% pracodawców).

Można jednak sądzić, że gdyby uregulowano zawód asystenta lekarza³ oraz gdyby asystentom i opiekunom medycznym przyznano prawo do wykonywania niektórych czynności medycznych, zapotrzebowanie na oba zawody wzrosłoby. Stałyby się one jeszcze większym realnym wsparciem dla lekarzy i pielęgniarek, których jest tak mało.

Zadowolenie z warunków pracy

Wyniki badania ilościowego przeprowadzonego wśród pracowników zatrudnionych na kluczowych stanowiskach w sektorze opieki zdrowotnej pokazują ich duże zadowolenie z warunków pracy.

³ Trzeba tu dodać, że już po opracowaniu tego raportu (jeszcze przed jego drukiem) częściowo zrealizowano ten postulat. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2021 wprowadza chirurgiczną asystę lekarza dostępną przede wszystkim dla pielęgniarek, ratowników i fizjoterapeutów (po odpowiednim szkoleniu specjalizacyjnym), a także dla absolwentów dietetyki, technologii żywności i żywienia człowieka, zdrowia publicznego (pod warunkiem ukończenia studiów I stopnia i uzyskania tytułu zawodowego licencjata na kierunku studiów w zakresie ratownictwa medycznego lub pielęgniarstwa). Można to uznać za znaczący postęp. Z badania wnika jednak, że asystenci potrzebni są także lekarzom innych specjalizacji.

Pracownicy, którzy wzięli udział w badaniu są ogólnie zadowoleni z wykonywanej pracy w różnych jej wymiarach, również takich, które w ramach badania jakościowego (z udziałem analityków branży i przedstawicieli edukacji, nauki) jawiły się jako problematyczne – z wynagrodzenia, relacji ze współpracownikami i przełożonymi, z możliwości godzenia pracy z życiem prywatnym. Niezadowolona jest bardzo mała część badanych (od 4 do 8%). Przy czym trzeba zaznaczyć, że szczegółowe pytania, odnoszące się do tej ostatniej kwestii, przynoszą bardziej zróżnicowane wyniki.

Dane te sprawiają pewną trudność interpretacyjną. Tak duży poziom zadowolenia z warunków pracy wśród pracowników medycznych nie współbrzmi z wnioskami z badania jakościowego. Nie jest też zgodny z wyrażanymi przez nich w sferze publicznej nastrojami i żądaniami. Wśród postulatów obecnie zgłaszanych przez strajkujących przedstawicieli zawodów medycznych roszczenia płacowe powiązane z unormowaniem czasu pracy są jednymi z ważniejszych. W związku z tymi rozbieżnościami kwestia zadowolenia z warunków pracy musi podlegać dalszej weryfikacji w kolejnej edycji badania.

Kluczowe kompetencje kadr medycznych

W ramach badania poziom kompetencji kadr medycznych oceniano w odniesieniu do zestawu tzw. kluczowych kompetencji. Pogrupowano je w następujących obszarach:

a) wysoki poziom aktualnej wiedzy medycznej, b) umiejętność komunikowania się z pacjentem, wrażliwość na jego potrzeby, c) umiejętność pracy w zespole, d) kompetencje cyfrowe.

Przeprowadzony bilans przynosi oczywiście różne wyniki w odniesieniu do poszczególnych zawodów medycznych. Można jednak zauważyć pewne przekrojowe prawidłowości, które warto podkreślić.

Wyraźnie widać – i to w doniesieniu do wszystkich stanowisk – że kompetencjami, które obecnie są relatywnie najbardziej cenione przez pracodawców, są te związane z dobrymi relacjami z pacjentem oraz umiejętnością pracy w zespole. Można tu wprowadzić wskazać pewne wyjątki (relatywnie mniej ceniona jest umiejętność włączania pacjentów do procesu decydowania o leczeniu), jednak ogólna prawidłowość jest wyraźna.

W przypadku części zawodów medycznych te kompetencje znajdują się w sferze niedoboru (tzn. według własnej samooceny pracowników w mniejszym stopniu pracownicy je posiadają, przy relatywnie dużej ich wadze dla pracodawców).

W odniesieniu do wymiaru relacji z pacjentem dotyczy to zwłaszcza lekarzy i fizjoterapeutów, a także po części położnych (w tym ostatnim przypadku chodzi o umiejętność okazywania empatii i zrozumienia dla pacjentów). Dla reszty zawodów kompetencje z tego wymiaru co do zasady znajdują się w obszarze równowagi (tzn. są relatywnie ważne dla pracodawców, a pracownicy wedle własnej samooceny posiadają je na odpowiednim poziomie).

W przypadku wymiaru kompetencji potrzebnych do pracy zespołowej w sferze niedoboru są przede wszystkim te związane z umiejętnością dobrej komunikacji pomiędzy członkami zespołu (lekarz, położna, ratownik medyczny), a także dobrej współpracy w ramach zespołów wielozadaniowych (położna, asystent lekarza, opiekun medyczny).

Można też zdecydowanie stwierdzić, że obecnie relatywnie mniej ważne dla pracodawców w odniesieniu do wszystkich stanowisk są kompetencje cyfrowe, zwłaszcza te odnoszące się do umiejętności związanych z opieką zdalną oraz z korzystaniem z internetowych baz danych i wyszukiwaniem informacji. Kompetencje te są uznawane obecnie za wystarczające (mniej ważne dla pracodawców i w mniejszym stopniu opanowane przez pracowników) albo za nadwyżkowe (relatywnie mniej ważne dla pracodawców, ale relatywnie wyżej oceniane przez pracowników).

Kompetencje wynikające z odpowiedniego poziomu wiedzy medycznej mają według pracodawców największe znaczenie, przede wszystkim w odniesieniu do lekarzy (i są w ich przypadku w sferze równowagi z uwagi na relatywnie wyższą samoocenę poziomu tych kompetencji przez tę grupę pracowników). Niektóre z nich są także ważne w odniesieniu do położnych, asystentów lekarzy i fizjoterapeutów. Natomiast są obecnie oceniane przez pracodawców jako relatywnie mniej ważne w odniesieniu do pielęgniarek, ratowników medycznych oraz opiekunów medycznych.

Ciekawe wnioski przynosi prognoza zapotrzebowania na kompetencje kluczowe w przyszłości, w perspektywie pięciu lat. Według pracodawców w tym okresie wzrośnie znaczenie umiejętności cyfrowych, wszystkich tych, które obecnie traktowane są jako relatywnie mniej ważne w odniesieniu do wszystkich zawodów medycznych. Wzrośnie także znaczenie wybranych kompetencji związanych z aktualizacją wiedzy medycznej, także w tych zawodach, w których obecnie, w przekonaniu pracodawców, jest to stosunkowo mniej ważne. Dodatkowo w przyszłości jeszcze bardziej zyskają na znaczeniu kompetencje z wymiaru dobrych relacji z pacjentem (już obecnie określane jako ważne).

2.2. Krótka charakterystyka sektora

W Polsce dostęp do opieki zdrowotnej jest powszechny, uprawnia do niej obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne, którym objęci są niemal wszyscy mieszkańcy⁴. Środki z tego ubezpieczenia są głównym źródłem finansowania opieki zdrowotnej w naszym kraju. Uzupełnia je wkład z budżetu państwa i samorządów, z którego pokrywane są m.in. wydatki majątkowe.

Opiekę zdrowotną można podzielić na trzy podstawowe segmenty, są to: podstawowa opieka zdrowotna (POZ), ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS) oraz opieka szpitalna. W ich ramach działają podmioty lecznicze zarówno o charakterze prywatnym (przede wszystkim w opiece ambulatoryjnej), jak i publicznym (większość szpitali). Bez względu jednak na strukturę właścicielską większość podmiotów funkcjonuje w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej, realizując świadczenia zakontraktowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). NFZ zarządza środkami z powszechnego ubezpieczenia społecznego i jest jedynym nabywcą świadczeń w ramach tego systemu.

Choć zakres usług w ramach powszechnej opieki zdrowotnej jest szeroki, nie znaczy to jednak, że nie ma w Polsce trudności z jej dostępnością. Jest to szczególnie widoczne w zakresie świadczeń specjalistycznych, na które trzeba długo czekać. Można to zilustrować na przykładzie planowanych (niepilnych) zabiegów chirurgicznych. W 2018 r. przeciętny czas oczekiwania na operację zaćmy wynosił 246 dni, na wymianę biodra – 179 dni, a na wymianę kolana – 253 dni⁵. Dodatkowo można też mówić o wyraźnym geograficznym zróżnicowaniu świadczeń. Kontrole NIK wykazały, że nie we wszystkich oddziałach wojewódzkich NFZ dostępny jest pełen pakiet świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz rehabilitacji⁶.

⁴ Według szacunków OECD to 93% populacji, pozostała część to w większości obywatele mieszkający za granicą, ale nadal zarejestrowani jako rezydenci w Polsce. OECD, European Union, *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris 2020, <https://doi.org/10.1787/82129230-en> (dostęp: 01.09.2021).

⁵ *Ibidem*. Obok Estonii są to najdłuższe kolejki wśród krajów europejskich, w odniesieniu do których dostępne są tego typu dane. W krajach, w których te kolejki są najkrótsze (Dania, Włochy, Węgry), wynoszą one przeciętnie około 30 dni w przypadku zaćmy i około 40 dni w przypadku wymiany biodra i kolana.

⁶ W 2017 r. NIK skontrolował dostępność 13 zakresów świadczeń w lecznictwie szpitalnym, dziesięciu zakresów świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i trzech zakresów w świadczeniach rehabilitacyjnych. Pełny pakiet świadczeń był dostępny jedynie na terenie: trzech województw w odniesieniu do lecznictwa szpitalnego, dwóch województw w odniesieniu do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz w połowie województw w przypadku świadczeń rehabilitacyjnych, Naczelną Izbę Kontroli, *Raport: System ochrony zdrowia w Polsce – Stan obecny i pożądane kierunki zmian, Informacja o wynikach kontroli*, NIK, Warszawa 2019.

Problemy z dostępem do usług w istotnej części wiążą się z kryzysem kadrowym, jaki obecnie przeżywa system ochrony zdrowia. W Polsce na 1 tysięcy mieszkańców przypada tylko 2,4 lekarzy oraz 5,1 pielęgniarek⁷. W przypadku lekarzy jest to najniższa wartość wśród krajów UE, a w przypadku pielęgniarek – jedna z najniższych⁸. Struktura wieku lekarzy sugeruje, że w przyszłości ten problem może się zaostrzyć. Około jedna czwarta praktykujących lekarzy przekroczyła już wiek emerytalny. Są też specjalności, np. chirurgia ogólna, w których udział ten sięga już prawie 40%⁹.

Istotną bolączką sektora jest także jego niedofinansowanie, co przekłada się zarówno na dostępność, jak i jakość świadczeń. W 2019 r. wydatki publiczne na ochronę zdrowia wyniosły w Polsce 4,3% PKB, jest to jeden z najniższych poziomów w krajach UE. Podobnie sprawa się ma z wydatkami przypadającymi na jednego mieszkańca¹⁰.

Skuteczność polskiego systemu opieki zdrowotnej, na tle wyników osiągniętych w innych krajach europejskich, należy uznać za niską. Dobrze obrazują to wskaźniki informujące o liczbie zgonów możliwych do uniknięcia dzięki profilaktyce oraz odpowiedniemu leczeniu. Są one w Polsce wyraźnie wyższe nie tylko od poziomów notowanych w czołówce krajów europejskich, ale też od średnich wartości dla całej UE¹¹.

Niską skuteczność systemu zdaje się potwierdzać także pandemia COVID-19. Według danych Eurostatu, Polska należy do grupy państw europejskich, w których w 2020 r. odsetek nadmiarowych zgonów w porównaniu z latami wcześniejszymi, był najwyższy¹². Również dane za kolejne miesiące 2021 r. pokazują, że w Polsce poziom nadmiarowych zgonów nadal należy do największych w Europie.

⁷ OECD, European Union, *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris 2020.

⁸ *Ibidem*. W przypadku pielęgniarek gorsza sytuacja jest tylko na Łotwie, w Bułgarii i Grecji.

⁹ OECD, European Union, European Observatory on Health Systems and Policies, *State of Health in the EU. Polska*, OECD Publishing, Paris 2019.

¹⁰ *Ibidem*. Średni poziom wydatków publicznych na zdrowie w krajach UE wynosi 6,1% PKB, a w państwach, które wydają najwięcej, udział ten przekracza 9%. W Polsce w przeliczeniu na osobę wydatki na ochronę zdrowia wynoszą 1511 euro, przy średniej europejskiej 2572 euro i czołówce krajów europejskich wydających około 4000 euro na osobę. Wydatki niższe niż Polska mają jedynie Łotwa i Cypr.

¹¹ *Ibidem*. W 2018 r. liczba zgonów możliwych do uniknięcia dzięki profilaktyce wyniosła w Polsce 221 przypadków na 100 tys. osób (średnia dla EU – 169), a liczba zgonów możliwych do uniknięcia dzięki interwencji medycznej 135 przypadków na 100 tys. osób (średnia dla EU – 108).

¹² Było to około 18%, wobec średniej europejskiej na poziomie 12% i wobec grupy państw, gdzie poziom ten wyniósł około 2%, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Excess_mortality_-_statistics#Excess_mortality_in_the_European_Union_between_January_2020_and_March_2021 (dostęp: 01.10.2021).

2.3. Wyzwania i kierunki rozwoju dla sektora opieki zdrowotnej

Jednym z istotnych elementów badania była identyfikacja wyzwań (kluczowych problemów) oraz kierunków rozwoju (trendów) dla sektora opieki zdrowotnej. Tym samym badanie posłużyło próbie prognozowania przyszłości sektora stanowiącej jedną z podstaw, na których opiera się diagnoza zapotrzebowania na pracowników i kompetencje w sektorze, zamieszczona w dalszej części raportu.

2.3.1. Wyzwanie: System nie sprzyja osiągnięciu efektów zdrowotnych

Kierunek zmian: wprowadzenie płatności za wyniki leczenia, a nie liczbę wykonanych świadczeń.

Ważną bolączką systemu opieki zdrowotnej jest niedostateczne ukierunkowanie na zaspokajanie potrzeb zdrowotnych pacjentów. Zdaniem ekspertów biorących udział w badaniu jakościowym można uznać, że osiągnięcie efektów zdrowotnych nie stanowi celu, któremu podporządkowana jest praca zarówno całego systemu, jak i poszczególnych podmiotów leczniczych.

Przyczyną tego stanu rzeczy, ale zarazem jego dobrą ilustracją, jest sposób rozliczania świadczeń przez płatnika. NFZ płaci podmiotom leczniczym za wykonane usługi zdrowotne (ich liczbę), nie zaś za wyniki leczenia, które one przyniosły. W konsekwencji nie ma w systemie mechanizmów promujących jakość usług medycznych, a podmioty lecznicze i lekarze nie są za nią nagradzani. A ponieważ dodatkowo dane o wynikach leczenia nie są analizowane ani upubliczniane, również pacjenci w ograniczony sposób mogą wywierać presję „projakościową”, wybierając ośrodki o największej skuteczności leczenia¹³.

W tym kontekście zgłaszany jest postulat wprowadzenia pomiaru wyników leczenia oraz wprowadzenia odpłatności za wyniki leczenia (tzw. *pay for performance*). Taką konieczność

¹³ Innym znanym skutkiem ubocznym płacenia za samo wykonanie usługi jest preferowanie przez podmioty lecznicze drożej wycenianych świadczeń, co niekoniecznie wynika z potrzeb zdrowotnych pacjenta i jest źródłem marnotrawienia zasobów w systemie. Jeden z badanych ekspertów branżowych podał przykład zabiegu diagnostycznego – cewnikowania serca – jako prawdopodobnie nadużywanego w obszarze inwazyjnej kardiologii. Z kolei jeden z przedstawicieli pracodawców wskazał na nieuzasadnione względami zdrowotnymi wydłużanie czasu hospitalizacji pacjentów po przebyciu COVID-19 (wycena opieki szpitalnej w tym przypadku jest bardzo korzystna).

zauważyli eksperci biorący udział w badaniu, została ona również wyrażona w wielu dokumentach diagnostycznych lub strategicznych, jakie powstały w ostatnich latach dla sektora¹⁴. Można dodać, że jest także dostrzegana na szczeblu centralnym, na poziomie MZ i NFZ¹⁵.

Natomiast wyniki badania ilościowego pokazują, że stosunkowo niewielu pracodawców podziela to zdanie. Jedynie 20% badanych dostrzega potrzebę wprowadzenia pomiaru wyników leczenia w swoich jednostkach. Przy czym w nieco większym stopniu dotyczy to pracodawców działających w obrębie sektora prywatnego niż publicznego¹⁶.

Tabela 7. Opinia pracodawców nt. konieczności wprowadzenia pomiaru wyników leczenia w jednostkach OZ¹⁷, z uwzględnieniem tej, którą zarządzają (%)

	POZ (n = 411)	AOS ¹⁸ (n = 72)	Szpitala (n = 61)	Sektor publiczny (n = 361)	Sektor prywatny (n = 203)	Ogółem (n = 564)
Jest konieczne	19%	22%	22%	17%	24%	20%
Nie jest konieczne	74%	78%	70%	74%	76%	74%
Nie wiem	7%	0%	8%	9%	0%	6%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania ilościowego z pracodawcami (n = 564).

Wyniki te współbrzmiały z opiniami części ekspertów, jakie odnotowano na etapie badania jakościowego. Ekspertki zwrócili uwagę, że płatność za wyniki leczenia jest rozwiązaniem trudnym, bo nakłada na kadrę medyczną wymóg poddania się ocenie, a także stałą gotowość do poprawy jakości świadczeń w placówkach. Wskazywano też, że widoczna jest pewna inercja środowiska w tym zakresie. Żeby zobiektywizować ten problem, jedna z ekspertek przywołała fakt, że na ponad

¹⁴ Można tu przywołać takie dokumenty jak: Naczelna Izba Kontroli, *Raport: System ochrony zdrowia w Polsce – Stan obecny i pożądane kierunki zmian*, NIK, Warszawa 2019; P. Górecki i in. (red.), *Wspólnie dla zdrowia, Strategiczne kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce. Wyniki ogólnokrajowej debaty o kierunkach zmian w ochronie zdrowia. Dokument podsumowujący*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2019.

¹⁵ Pierwsze rozwiązania w zakresie płacenia za wyniki na niewielką skalę zostały wprowadzone do systemu (np. w przypadku operacyjnego leczenia zębów, leczenia chorych po zawale w ramach opieki koordynowanej). Zapowiadane są dalsze, stopniowe kroki w tym kierunku. Na podstawie wypowiedzi Adama Niedzielskiego (wówczas prezesa NFZ) oraz Macieja Miłkowskiego (podsekretarza stanu w MZ), zamieszczonych w materiałach po konferencji *Droga w kierunku systemu zdrowia opartego na wartości – miejsce i rola organizacji pacjenckich ze stycznia 2020 r.*, <https://cofvbhc.pl/2020/01/08/droga-w-kierunku-systemu-ochrony-zdrowia-opartego-na-wartosci-miejsce-i-rola-organizacji-pacjenckich/> (dostęp: 29.09.2021).

¹⁶ Za placówki działające w ramach sektora publicznego uznano w badaniu te, w których większość wykonywanych procedur jest finansowana przez NFZ. W placówkach z sektora prywatnego większość procedur finansuje pacjent (firmy i ubezpieczalnie).

¹⁷ OZ oznacza opiekę zdrowotną.

¹⁸ POZ oznacza podstawową opiekę zdrowotną, AOS – ambulatoryjną opiekę specjalistyczną.

800 szpitali jedynie 200 posiada akredytację wydaną przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, większość placówek się o nią nawet nie ubiega (nie jest to obowiązkowe).

Niemniej płatność za wyniki jest rozwiązaniem systemowym, toteż decyzja o jego wprowadzeniu leży w gestii instytucji centralnych (choć oczywiście zgoda na to szerokiego środowiska medycznego jest istotna). Eksperti biorący udział w badaniu Delphi zostali poproszeni o ocenę, jak duża jest na to szansa w perspektywie roku oraz kolejnych pięciu lat. Każdy z ekspertów oceniał prawdopodobieństwo wprowadzenia tej zmiany w skali od 0 do 10 (0 oznaczało, że dane zjawisko nie nastąpi, a 10, że wystąpi na pewno). Wyniki badania pokazują, że wdrożenie tego rozwiązania w ciągu najbliższego roku jest bardzo mało prawdopodobne (średnia uzyskanych ocen dla tego horyzontu czasowego wyniosła 2,0). Większe są na to szanse w perspektywie następnych pięciu lat, choć i tu eksperci ocenili je tylko jako średnie (średnia ocen wyniosła 5,6).

Prawie wszyscy eksperci (20 z 22 biorących udział w badaniu) uważają, że wdrażanie płatności za wyniki (o ile nastąpi) nie będzie rozwiązaniem powszechnym, a obejmie jedynie wybrane części systemu (w horyzoncie pięciu lat). Można to interpretować jako wskazanie, że płatność za wyniki będzie rozłożonym w czasie, stopniowym procesem. Badanie Delphi pokazuje też, że najważniejszym i zapewne najtrudniejszym warunkiem wprowadzenia tego rozwiązania będzie jego systemowe przygotowanie, przez które należy rozumieć: opracowanie wskaźników, zasad gromadzenia i przetwarzania danych, zasad rozliczania za osiągnięte wyniki oraz przygotowanie odpowiednich rozwiązań prawnych. Z dodatkowych komentarzy ekspertów wynika, że szczególnie trudnym wyzwaniem będzie opracowanie wskaźników. Powinny one odnosić się do aktualnych ustaleń naukowych, ale też przystawać do rzeczywistości klinicznej i organizacyjnej placówek medycznych.

2.3.2 Wyzwanie: Fragmentaryzacja opieki

Kierunek zmian: wprowadzenie opieki koordynowanej.

Innym problemem, który obniża skuteczność systemu ochrony zdrowia, jest sposób organizacji opieki nad osobami wymagającymi wsparcia wielu specjalistów (zazwyczaj są to przewlekłe choroby). W takich przypadkach o efekcie zdrowotnym decyduje nie pojedyncza usługa (nawet

jeśli jej jakość jest znakomita), ale synergia różnych interwencji, rozłożonych w czasie¹⁹. Eksperci biorący udział w wywiadach pogłębionych wskazywali, że w typowym i utrwalonym w systemie modelu opieka nad tego rodzaju pacjentami jest mocno sfragmentyzowana: przepływ informacji i poziom współpracy pomiędzy specjalistami jest ograniczony, koordynacja poszczególnych usług słaba, a pacjent pozbawiony szerszego wsparcia.

Odpowiedzią na ten problem jest tzw. opieka koordynowana. W ramach tego modelu, integrowana jest praca wielu specjalistów, potrzebne usługi są planowane, a procesem leczenia zarządzają profesjonaliści: koordynator leczenia, asystent (koordynator) opieki (można powiedzieć, że dotychczas tą rolę pełnił sam pacjent). Bardzo ważne jest również to, że stan zdrowia pacjenta oraz realizacja zaleceń lekarza są monitorowane także poza wizytami (może to się odbywać zdalnie albo w formie bezpośrednich kontaktów, także z przypisanym do pacjenta opiekunem).

W Polsce, w pewnej liczbie obszarów wdrażane są już programy opieki koordynowanej (np. pakiet onkologiczny, koordynowana opieka specjalistyczna dla pacjenta po zawale mięśnia sercowego KOS-zawał)²⁰. Nad kolejnymi trwają prace: albo są na etapie pilotażu (koordynowana opieka na poziomie POZ – POZ PLUS, opieka nad chorym ze stwardnieniem rozsianym KOSM) albo w przygotowaniu (koordynowana opieka nefrologiczna)²¹. Niemniej trzeba zauważyć, że skala wdrożenia funkcjonujących już programów opieki koordynowanej nie jest powszechna, nie wszyscy pacjenci cierpiący na daną chorobę są objęci tego typu opieką, ani też nie wszystkie podmioty lecznicze działające w danej dziedzinie ją realizują.

Dalsze postępy we wdrażaniu opieki koordynowanej zależą od wielu czynników. W ramach badania Delphi wskazywano przede wszystkim na te systemowe, uzależnione od działań

¹⁹ Jeden z ekspertów dla zilustrowania tej kwestii przywołał przykład pacjenta z niewydolnością nerek. W zależności od stopnia zaawansowania choroby może on wymagać nie tylko pomocy nefrologa, urologa i dietetyka, ale także gastrologa, diabetologa, okulisty, kardiologa, laryngologa, chirurga naczyniowego, psychologa, w najgorszym razie także transplantologa.

²⁰ Można też wymienić: koordynowaną opiekę nad kobietą w ciąży (KOC), kompleksową ambulatoryjną opiekę nad pacjentem z cukrzycą (KAOS-cukrzyca). Informacje o wdrażanych programach opieki koordynowanej pochodzą od ekspertów biorących udział w badaniu jakościowym, a także ze strony internetowej NFZ.

²¹ W przypadku KOSM i koordynowanej opieki nefrologicznej są to informacje pochodzące z wywiadów jakościowych, część ekspertów jest zaangażowana w przygotowanie tych programów.

na poziomie centralnym. Były to: wprowadzenie płatności za wyniki leczenia²², zapewnienie odpowiedniego finansowania oraz wsparcia dla podmiotów chcących wdrażać opiekę koordynowaną, rozwój sprawnych systemów informatycznych (umożliwiających łączenie różnych modułów i wymianę informacji pomiędzy placówkami i specjalistami).

Oczywiste jest, że postęp i tempo wdrażania opieki koordynowanej zależą także od przygotowania samych placówek leczniczych. Eksperti w swoich komentarzach zwracali uwagę także na takie kwestie jak: silne przywództwo na poziomie właścicieli i kadry zarządzającej placówkami medycznymi oraz przygotowanie kadr do pracy w systemie opieki koordynowanej.

W tym kontekście trzeba przywołać wyniki badania ilościowego przeprowadzonego wśród pracodawców. Pokazuje ono, że gotowość do wdrożenia opieki koordynowanej na poziomie placówek nie jest jeszcze duża. Jedynie 18% ogółu pracodawców zadeklarowało, że widzi taką potrzebę w odniesieniu do swojej placówki. Przy czym może bardziej znaczący jest tu fakt, że jedynie 16% POZ znalazło się w tym gronie (są to placówki, co do których mamy pewność, że model opieki koordynowanej ma tu zastosowanie, jest już opracowany i testowany w wielu lokalizacjach). Nieco więcej pracodawców działających w sektorze prywatnym, w porównaniu z tymi z sektora publicznego, dostrzega taką konieczność w swoich placówkach.

Tabela 8. Opinia pracodawców nt. konieczności wprowadzenia opieki koordynowanej w jednostce, którą zarządzają (%)

	POZ (n = 411)	AOS (n = 72)	Szpitala (n = 61)	Sektor publiczny (n = 361)	Sektor prywatny (n = 203)	Ogółem (n = 564)
Jest konieczne	16%	24%	18%	15%	22%	18%
Nie jest konieczne	78%	76%	75%	77%	77%	77%
Nie wiem	6%	0%	7%	8%	1%	5%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania ilościowego z pracodawcami (n = 564).

Przewidywania ekspertów biorących udział w badaniu Delphi co do możliwości upowszechnienia modeli opieki koordynowanej można określić jako umiarkowanie optymistyczne. Sądzą oni,

²² Stoi za tym założenie, że opieka koordynowana poprawia efekty leczenia, zatem płatność za wyniki powinna skłaniać podmioty lecznicze do wdrażania modeli koordynowanych. Można tu dodać, że dane NFZ zawierające pierwsze wyniki programu KOS-zawał potwierdzają, że przynosi on dobre efekty. W pierwszym roku po zawałe pacjenci objęci programem są obciążeni znacznie mniejszym ryzykiem zgonu niż inni chorzy objęci standardową opieką: https://www.nfz-szczecin.pl/qykbd_news_2535_kos_zawal_kompleksowa_opieka_nad_pacjentem_po_zawale_serca.htm (dostęp: 1.09.2021).

że może to się wydarzyć w perspektywie następnych pięciu lat. Przy czym szanse na to należałoby nazwać umiarkowane dużymi (średnia ocen przy 10-stopniowej skali²³ wyniosła 6,4, co wskazuje na umiarkowane szanse, ale więcej niż połowa ekspertów wybrała wartość równą 7 lub wyższą, co interpretowane jest już jako wysokie prawdopodobieństwo). Perspektywę roku uznano za zbyt krótką, by omawiana tu zmiana miała nastąpić (średnia ocen wyniosła 2,9).

2.3.3. Wyzwanie: Niewystarczająca profilaktyka

Kierunek zmian: rozwój działań i świadczeń o charakterze profilaktycznym.

W systemie opieki zdrowotnej niedostatecznie rozwinięta jest profilaktyka. Biorący udział w badaniu eksperci podkreślali, że zdecydowaną większość czasu pracowników medycznych zajmują działania o charakterze naprawczym. W systemie właściwie nie ma świadczeń o charakterze profilaktycznym, a jedynymi szerszymi działaniami tego typu są programy badań przesiewowych, jednak ich skala jest niewystarczająca, a finasowanie zmienne.

Wskazywano także, że koszty zaniechań w obszarze profilaktyki są bardzo duże, zarówno społeczne (co widać na podstawie krótszej przeciętnej długości życia Polaków w stosunku do obywateli innych krajów europejskich)²⁴, jak i po stronie wydatków, jakie ponoszone są na leczenie chorych w cięższym stanie, o gorszych rokowaniach.

Różne kroki można podjąć, by rozwijać profilaktykę. Eksperci biorący udział w badaniu Delphi wskazali, że jednym z najważniejszych jest dalszy rozwój opieki koordynowanej. Szczególnie ważny jest tu program POZ PLUS, w którym znajduje się silny komponent profilaktyczny²⁵. Również w innych modelach opieki koordynowanej praca z pacjentem (także z jego rodziną, w tym edukacja zdrowotna dostosowana do specyfiki choroby) ma pełnić ważną

²³ 0 oznacza, że wydarzenie nie nastąpi, a 10 – że nastąpi na pewno.

²⁴ OECD, European Union, *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris 2020.

²⁵ Lektura założeń programu POZ PLUS wskazuje, że w jego ramach wykonywane są bilanse zdrowotne (osób dorosłych – bilanse dzieci już funkcjonowały), przewidziano też miejsce na rozmowy edukacyjne z pacjentami. Można dodać, że według raportu Banku Światowego, obejmującego okres od czerwca 2018 do marca 2020, placówki POZ PLUS w pierwszym roku udziału w programie zrealizowały znacznie niższy poziom wykonania bilansów niż deklarowały w umowach, a jedynie niecała połowa pacjentów, którym wykonano bilanse, otrzymała świadczenie edukacyjne: https://akademia.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2020/07/Raport_dashboard_swiadczeniodawca_01_03-merged.pdf (dostęp: 01.09.2021).

rolę. Z innych istotnych działań w zakresie rozwoju profilaktyki wymieniano: wydzielenie świadczeń profilaktycznych wraz z przypisaniem do nich finansowania, szersze włączenie lekarzy medycyny pracy do profilaktyki, prowadzenie stabilnych programów przesiewowych, a także pracę nad zmianą podejścia samych pacjentów, tak by brali odpowiedzialność za własne zdrowie (np. szybko reagowali na niepokojące objawy). W dodatkowych komentarzach eksperci zwracali uwagę na fakt, że wszystkie te działania powinny być prowadzone łącznie, składając się na spójny system profilaktyczny. Zaznaczono też, że na poziomie każdej placówki zdrowotnej powinna być wyznaczona osoba odpowiedzialna za profilaktykę (co można łączyć z wydzieleniem osobnych świadczeń profilaktycznych). Niekoniecznie jednak musi to być edukator zdrowotny (a więc nowy zawód, którego wprowadzenie postulowała część ekspertów w badaniu jakościowym, w badaniu Delphi wskazał na to tylko jeden ekspert).

Można powiedzieć, że profilaktyka nie stanowi wyzwania dostrzeganego na poziomie placówek medycznych. Jedynie 12% badanych pracodawców uznało, że rozwój takich działań jest konieczny w ich jednostkach. Nieco częściej taką potrzebę widzą przedstawiciele szpitali (w porównaniu z POZ i AOS) oraz sektora prywatnego (w porównaniu z publicznym).

Tabela 9. Opinia pracodawców nt. konieczności rozwoju działań profilaktycznych w jednostce, którą zarządzają (%)

	POZ (n = 411)	AOS (n = 72)	Szpitale (n = 61)	Sektor publiczny (n = 361)	Sektor prywatny (n = 203)	Ogółem (n = 564)
Jest konieczne	12%	10%	16%	10%	15%	12%
Nie jest konieczne	84%	90%	77%	84%	84%	84%
Nie wiem	4%	0%	7%	65%	1%	4%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania ilościowego z pracodawcami (n = 564).

Wyniki badania Delphi pokazują, że w ciągu następnych pięciu lat prawdopodobieństwo istotnego rozwoju usług profilaktycznych w systemie opieki zdrowotnej jest umiarkowane wysokie (średnia ocen w skali od 0 do 10²⁶ wyniosła 6,2, co wskazuje na umiarkowane szanse, lecz ponad połowa ekspertów wybrała wartość równą lub wyższą od 7, co jest interpretowane jako wysokie prawdopodobieństwo). Natomiast w perspektywie roku jest ono niewielkie (średnia ocen wyniosła 2,9).

²⁶ 0 oznacza, że wydarzenie nie nastąpi, a 10 – że nastąpi na pewno.

2.3.4. Wyzwanie: Cyfrowe zdrowie

Kierunek zmian: wdrożenie technologii cyfrowych zwłaszcza w zakresie opieki zdalnej i analizy danych medycznych (w tym dużych zbiorów danych).

Technologie cyfrowe znajdują coraz szersze zastosowanie w obszarze medycyny. To bardzo wiele rozwiązań z zakresu m.in.: wirtualnej opieki, internetu rzeczy, sztucznej inteligencji, analizy dużych zbiorów danych, platform i narzędzi umożliwiających przechowywanie i wymianę danych. Odpowiednio użyte cyfrowe technologie stwarzają szansę na poprawę dostępności usług (pokonując ograniczenia geograficzne, odpowiadając na braki zasobów, np. kadrowych) oraz jakości opieki (poprzez zapewnienie jej ciągłości, nawet w domu pacjenta, lepsze wykorzystanie dowodów naukowych w leczeniu, lepszy przepływ informacji pomiędzy specjalistami i podmiotami leczniczymi)²⁷.

Porządkując sposoby wykorzystania technologii cyfrowych, możemy wyróżnić trzy podstawowe obszary ich stosowania w ochronie zdrowia (przy czym nie są to obszary rozłączne, lecz przenikające się)²⁸:

- Prowadzenie dokumentacji medycznej, elektroniczne systemy przechowywania jej oraz udostępniania w celach usprawnienia procesów leczniczych i zarządczych;
- Zdalna opieka nad pacjentem, która obejmuje różne rozwiązania pozwalające na prowadzenie zdalnych konsultacji i zdalnego monitorowania stanu zdrowia pacjenta (za pomocą odpowiednich urządzeń mobilnych albo aplikacji). Upowszechnienie tych narzędzi powinno zmienić modele opieki w stronę większego udziału opieki domowej, w przypadku części chorych możliwa jest nawet domowa opieka szpitalna (tzw. *home hospital*);
- Analiza i wykorzystanie dużych zbiorów danych (*big data*) do poprawy jakości usług zdrowotnych oraz efektywności pracy placówek medycznych. Nowoczesne narzędzia analityczne, m.in. sztuczna inteligencja (algorytmy uczące się), dają możliwość analizowania dużych zbiorów danych, co można wykorzystać do oceny wyników leczenia, wyników badań klinicznych, a następnie do modyfikowania procedur medycznych w placówkach. Podobnie dane odnoszące się do ruchu pacjentów, wykorzystania różnego rodzaju zasobów, można stosować w celu poprawy efektywności procesów leczniczych od strony zarządczej.

²⁷ Por. raport WHO, *Global strategy on digital health 2020–2025*, Genewa 2021: <https://www.who.int/docs/default-source/documents/gd4dhdaa2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf> (dostęp: 02.09.2021).

²⁸ Jest to typologia stworzona na potrzeby uporządkowania wyników tego badania.

W Polsce najbardziej powszechne są rozwiązania z pierwszego poziomu, który można określić jako najbardziej podstawowy (ale oczywiście bardzo potrzebny). Funkcjonuje elektroniczna dokumentacja medyczna (jeszcze niezintegrowana, przepływ informacji między placówkami jest ograniczony), wdrożona została e-recepta, trwają prace nad e-skierowaniem, e-rejestracją. Są to rozwiązania systemowe, wdrażane w całym sektorze²⁹. Zastosowania technologii cyfrowych w innych obszarach, tj. opiece zdalnej, analizie danych, nie mają charakteru systemowego, zależą od inicjatywy i możliwości poszczególnych placówek i są dużo rzadsze³⁰.

- Opieka zdalna

Można powiedzieć, że pewną przymiarką do opieki zdalnej na powszechną skalę było wprowadzenie teleporady w okresie pandemii. Eksperci biorcy udział w badaniu oceniali ją jednak za raczej nieudaną. Wprawdzie doceniali, że w pewnym sensie przyzwyczajają pacjentów i lekarzy do opieki na odległość, jednak podkreślali też, że nie jest to model docelowy, a raczej jego załączek. Szczególnie krytycznie odnosili się do faktu, że nie wprowadzono standardu jakości dla teleporady. Myśląc o dojrzałych modelach opieki zdalnej, osoby biorące udział w badaniu (eksperci, ale też pracodawcy i pracownicy) mówiły o rozwiązaniach łączących konsultację zdalną online z monitorowaniem stanu pacjenta³¹. Przy czym szczegółowe rozwiązania muszą być jeszcze wypracowane³². Zwracano też uwagę na konieczność utworzenia standardów jakości opieki zdalnej, a także kryteriów doboru pacjentów do określonych form opieki zdalnej (muszą one być bezpieczne i korzystne dla pacjenta w określonej sytuacji zdrowotnej).

²⁹ Informacje uzyskane w trakcie wywiadów prowadzonych z ekspertami oraz pracownikami sektora.

³⁰ Można też dodać, że większość pracodawców i pracowników objętych metodami dodatkowymi (wywiadami, warsztatami) technologie cyfrowe w obszarze zdrowia utożsamiała przede wszystkim z elektronicznym obiegiem dokumentacji. Mniejszość (byli to głównie pracodawcy i lekarze) wspomniała też o innych zastosowaniach, tj. o opiece zdalnej i (rzadziej) analizie danych.

³¹ O tym, jak trudne może być w praktyce wdrażanie rozwiązań do opieki zdalnej, przekonuje również uruchomiony przez Ministerstwo Zdrowia program Domowej Opieki Medycznej (DOM). W ramach programu pacjentom z COVID-19, którzy ukończyli 55. rok życia, dostarczano do domów pulsoksymetry. Według danych z końca 2020 r. rozesłano 30 tys. takich urządzeń, jednak większość chorych z nich nie skorzystała. W systemie do monitorowania stanu zdrowia tylko 5 tys. pacjentów zarejestrowało swoje pulsoksymetry, a wykryte alerty w większości przypadków wskutek błędów pacjentów lub błędu systemu były fałszywe (na 1600 alertów jedynie w 40 przypadkach zadysponowano transport pacjenta do szpitala). Niepowodzenie programu tłumaczone jest brakiem jego koordynacji z lekarzami POZ, odgórnym rozdzielaniem urządzeń bez rozeznania sytuacji i woli współpracy po stronie pacjenta, nieumiejętnością korzystania z aplikacji mobilnych przez starszych pacjentów (źródło: informacje pozyskane w trakcie wywiadów pogłębionych oraz <https://www.rynekzdrowia.pl/Aparatura-i-wyposazenie/Program-DOM-do-korekty-pieniadze-na-pulsoksymetry-w-zasadzie-wyrzucone-w-bloto,216457,5.html> (dostęp: 29.09.2021)).

³² W wywiadach dodatkowych jako obiecujący przywołano model, w którym lekarz POZ mógłby się konsultować ze specjalistami w czasie rzeczywistym, mając pacjenta przed sobą.

Powyższe uwagi znalazły także potwierdzenie w badaniu Delphi. Zapewnienie finansowania dla innych modeli niż teleporada jest jednym z ważniejszych warunków rozwoju opieki zdalnej, jakie wskazali eksperci. Podkreślano też wagę systemowego wsparcia placówek (nie tylko technicznego, ale także m.in. w zakresie standardów jakości) oraz konieczność wprowadzenia odpowiednich rozwiązań prawnych, zapewniających bezpieczeństwo pacjentowi i lekarzowi w opiece zdalnej.

Trudno określić, na ile rozwiązania z zakresu opieki zdalnej inne niż teleporada są stosowane w systemie opieki zdrowotnej. Zapewne przynajmniej na razie ich skala nie jest duża³³. Wyniki badania ilościowego pokazują, że pewna część pracodawców (20%)³⁴ dostrzega konieczność wprowadzenia lub rozwijania opieki zdalnej w swoich jednostkach. Znacząco większy udział takich placówek jest wśród szpitali (30%). Co ciekawe, jest to sprzeczne z przewidywaniami ekspertów z badania Delphi. Wskazywali oni, że przede wszystkim placówki POZ i AOS będą rozwijać opiekę zdalną w bliskiej przyszłości.

Tabela 10. Opinia pracodawców nt. konieczności wprowadzenia lub rozwijania rozwiązań z zakresu opieki zdalnej nad pacjentem w jednostce, którą zarządzają (%)

	POZ (n = 411)	AOS (n = 72)	Szpitale (n = 61)	Sektor publiczny (n = 361)	Sektor prywatny (n = 203)	Ogółem (n = 564)
Jest konieczne	19%	18%	30%	19%	23%	20%
Nie jest konieczne	76%	81%	64%	76%	74%	75%
Nie wiem	5%	1%	7%	5%	3%	4%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania ilościowego z pracodawcami (n = 564).

Eksperci biorący udział w badaniu Delphi przewidują, że w ciągu najbliższych pięciu lat faktycznie nastąpi znaczący rozwój opieki zdalnej (szanse na to określono jako wysokie, średnia ocen wyniosła 6,8, a więcej niż połowa ekspertów wybrała w skali ocen od 0 do 10³⁵ wartość równą lub wyższą od 7). Prawdopodobieństwo takiej zmiany w perspektywie roku jest małe (średnia ocen wyniosła 3,5).

- Wykorzystanie dużych zbiorów danych

³³ W grupie ekspertów objętych wywiadami pogłębionymi znalazł się przedstawiciel szpitala przygotowującego się do wdrożenia systemu zdalnego monitorowania stanu pacjentów (jednak nie w opiece domowej, a na oddziałach szpitalnych – miały to być bransoletki dla pacjentów mierzące ich wybrane parametry zdrowotne).

³⁴ Biorąc pod uwagę, że jest to stosunkowo nowe rozwiązanie, tę proporcję należy uznać za znaczącą.

³⁵ 0 oznacza, że wydarzenie nie nastąpi, a 10 – że nastąpi na pewno.

Zebrane w trakcie wywiadów pogłębionych i dyskusji grupowych informacje sugerują, że analiza dużych zbiorów danych do wsparcia procesów leczniczych i zarządczych jest jeszcze bardzo rzadkim zjawiskiem na poziomie placówek medycznych.

W ramach badania ilościowego zapytano pracodawców, czy widzą potrzebę zatrudnienia analityków bezpośrednio wspierających pracę lekarzy w jednostce. Tylko nieco ponad jedna dziesiąta odpowiedziała twierdząco (14%). Stosunkowo najrzadziej taką potrzebę zgłaszali przedstawiciele AOS (można to tłumaczyć tym, że w tej grupie jest najwięcej małych podmiotów o charakterze indywidualnych praktyk lekarskich).

Tabela 11. Opinia pracodawców nt. konieczności zatrudnienia analityków/menadżerów danych medycznych w jednostce, którą zarządzają (%)

	POZ (n = 411)	AOS (n = 72)	Szpitala (n = 61)	Sektor publiczny (n = 361)	Sektor prywatny (n = 203)	Ogółem (n = 564)
Jest konieczne	15%	8%	15%	12%	16%	14%
Nie jest konieczne	82%	89%	79%	83%	82%	82%
Nie wiem	4%	3%	7%	5%	2%	4%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania ilościowego z pracodawcami (n = 564).

Niewielu z pracodawców rozważa możliwość zatrudnienia analityków medycznych w celu wsparcia procesów leczniczych w ciągu kolejnego roku. Współbrzmi to z wynikami badania Delphi, które pokazuje, że okres roku jest zbyt krótki, by spodziewać się istotnego rozwoju w tym zakresie. Eksperci przewidują jednak, że wykorzystanie dużych zbiorów danych do wsparcia procesów leczniczych powinno znacząco wzrosnąć w perspektywie pięciu lat (szanse na to określono jako wysokie – średnia ocen wyniosła 7,0 w skali ocen od 0 do 10³⁶).

Wśród najważniejszych warunków, które będą wpływały na skalę wykorzystania tego rozwiązania w sektorze, wymieniano wprowadzenie płatności za wyniki leczenia, a następnie różne zagadnienia odnoszące się do zapewnienia odpowiednich kompetencji i dostępności kadr. Wskazano wśród nich takie kwestie jak: umiejętność wykorzystania wyników analizy dużych zbiorów danych przez kadrę medyczną, odpowiednia dostępność analityków medycznych dla placówek medycznych (odpowiednie ścieżki kształcenia, zdolność placówek do zapewnienia im odpowiedniego poziomu wynagrodzenia). Za ważne uznano także kwestie związane z integracją systemów informatycznych i interoperacyjnością danych zapisanych w systemie.

³⁶ 0 oznacza, że wydarzenie nie nastąpi, a 10 – że nastąpi na pewno.

2.3.5 Wyzwanie: Starzejące się społeczeństwo

Kierunek zmian: wieloaspektowe działania przygotowujące sektor na zwiększone zapotrzebowanie na usługi zdrowotne.

Proces starzenia się społeczeństwa będzie powodował coraz silniejszą presję na system opieki zdrowotnej. Osoby starsze wymagają dużo szerszej i bardziej intensywniej opieki niż osoby z innych grup wiekowych, ponieważ wraz ze starzeniem się spada sprawność, a rośnie prawdopodobieństwo zapadnięcia na jedną lub nawet więcej niż jedną chorobę przewlekłą.

Dla wielu ekspertów biorących udział w wywiadach pogłębionych było jasne, że wobec szczupłości zasobów trudno będzie polskiemu systemowi ochrony zdrowia odpowiedzieć na zwiększone – i to w sposób znaczący – zapotrzebowanie na usługi zdrowotne. Natomiast jeśli chodzi o potrzebne działania w obliczu tego wyzwania, to wskazywano na rozwiązania tożsame z omawianymi już wcześniej, takie jak:

- rozwój skutecznej i powszechnej profilaktyki mającej za zadanie ograniczyć liczbę osób chorych i w zaawansowanych stadiach choroby,
- rozwój opieki koordynowanej dedykowanej potrzebom osób starszych (np. zespołów geriatrycznych łączących usługi zdrowotne ze społecznymi),
- wprowadzenie na szerszą skalę opieki zdalnej, co poprawi dostępność usług, ale też upowszechni model opieki domowej nad seniorami.

W charakterze komentarza można dodać, że również wszystkie inne działania zmierzające do podniesienia efektywności zdrowotnej i kosztowej systemu ochrony zdrowia są pożądane, by poradzić sobie ze zwiększonym zapotrzebowaniem na usługi.

Konieczność przygotowania się na to wyzwanie widzi obecnie 1/5 pracodawców (21%). Wyrażnie częstsze jest to wśród przedstawicieli szpitali, gdzie znalazła się 1/3 pracodawców, a najrzadsze wśród przedstawicieli POZ (17%).

Tabela 12. Opinia pracodawców nt. konieczności przygotowania jednostki, którą zarządzają, na zwiększone zapotrzebowanie na usługi w związku z rosnącą liczbą starszych pacjentów (%)

	POZ (n = 411)	AOS (n = 72)	Szpitala (n = 61)	Sektor publiczny (n = 361)	Sektor prywatny (n = 203)	Ogółem (n = 564)
Jest konieczne	17%	25%	33%	21%	19%	21%
Nie jest konieczne	74%	72%	65%	75%	78%	76%
Nie wiem	4%	3%	0%	4%	3%	4%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania ilościowego z pracodawcami (n = 564).

W grupie, która dostrzega to wyzwanie, najwięcej pracodawców planuje przeszkolenie kadry w kierunku opieki nad osobami starszymi (57%) oraz zatrudnienie większej liczby pracowników medycznych (45%). W dalszej kolejności rozważane jest zatrudnienie kadry specjalizującej się w opiece nad osobami starszymi (30%) oraz wprowadzenie opieki koordynowanej nad pacjentem w podeszłym wieku (27%).

2.3.6. Wyzwanie: Braki kadrowe

Kierunek zmian: działania na rzecz ograniczenia niedoboru kadr w sektorze opieki zdrowotnej.

Jednym z problemów, który najmocniej wybrzmiał w części jakościowej badania (tj. w trakcie wywiadów pogłębionych i dyskusji grupowych), był niedobór kadr medycznych. Ta ocena jest zgodna z przywoływanymi już wcześniej statystykami zatrudnienia, które pokazują, że sytuacja w Polsce jest pod tym względem jedną z najgorszych wśród krajów UE. Ponieważ jednak kwestie kadrowe są głównym tematem badania, zostaną one szczegółowo omówione w osobnych rozdziałach raportu. Informacje z wywiadów pogłębionych zostaną tam zestawione z danymi z badania ilościowego z pracodawcami i pracownikami branży, a także wynikami badania Delphi.

2.3.7. Wyzwanie: Pandemia COVID-19

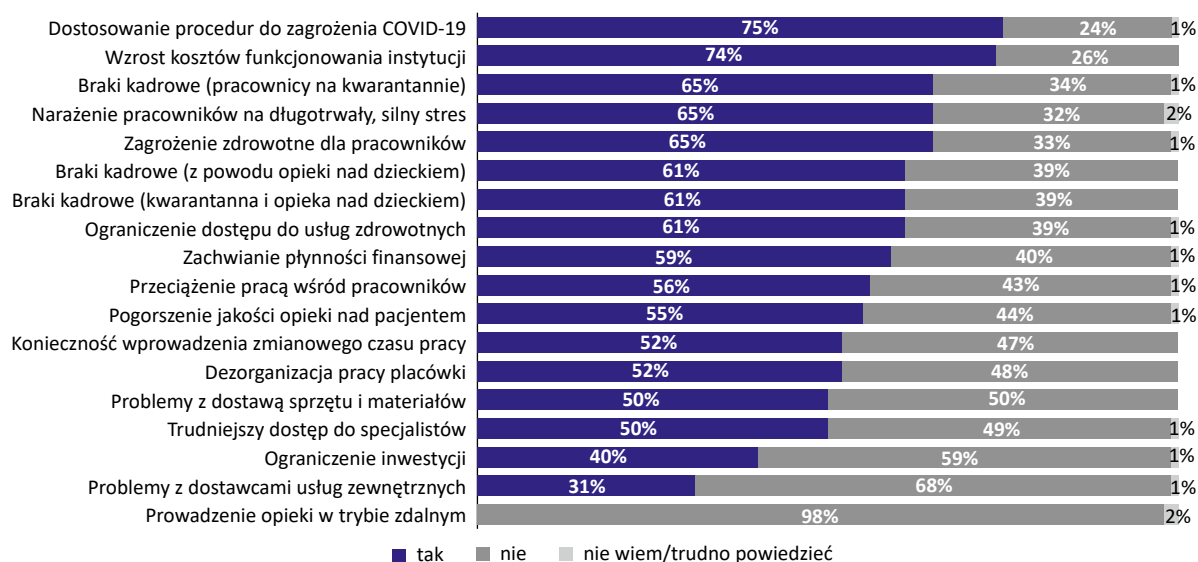
Kierunek zmian: przystosowanie placówek do pracy w sytuacji kryzysowej i zapewnienie pacjentom odpowiedniej opieki.

Z zebranych w trakcie badania jakościowego wypowiedzi ekspertów wyłania się obraz pandemii nie tyle jako nowego wyzwania, co sytuacji kryzysowej, która ekspozuje znane już słabości polskiego systemu zdrowia, tj. brak zasobów (zwłaszcza kadrowych), słabą koordynację działań, złą jakość przywództwa politycznego (myślenia strategicznego). Uzmysławia także konieczność wprowadzenia zdalnych modeli sprawowania opieki, a przy wszystkich brakach teleporady oswoją z nimi zarówno pacjentów, jak i kadrę medyczną.

Ten ogląd sytuacji można uzupełnić o perspektywę osób zarządzających placówkami medycznymi (pracodawców). W ramach badania ilościowego zadano pracodawcom pytanie o wpływ pandemii na funkcjonowanie placówek. Większość określiła go jako zdecydowanie negatywny lub negatywny (60%). Przy czym, co może jest sprzeczne z intuicją, dla około 1/3 (31%) respondentów pandemia miała zarówno aspekt negatywny, jak i pozytywny, a dla 8% tylko pozytywny.

Wśród negatywów najczęściej wymieniano konieczność dostosowania procedur do wymogów bezpieczeństwa w sytuacji zagrożenia pandemicznego, a także wzrost kosztów funkcjonowania placówki, co może być ze sobą powiązane. W dalszej kolejności wskazywano konsekwencje kadrowe: absencje w pracy, zagrożenie zdrowia dla pracowników, narażenie na silny i długotrwały stres. Negatywne skutki dla pacjentów – w postaci ograniczenia dostępności świadczeń zdrowotnych, pogorszenia jakości opieki – były zgłaszane w dalszej kolejności (choć i tak wskazała na nie ponad połowa pracodawców widzących negatywne skutki pandemii).

Wykres 1. Negatywne zmiany spowodowane przez pandemię COVID-19 w podmiotach leczniczych



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania ilościowego z pracodawcami (n = 337).

Ci pracodawcy, którzy zadeklarowali pozytywny wpływ pandemii na pracę swoich placówek, najczęściej upatrywali go we wzroście liczby świadczonych usług (50% wskazań), ważne było również poszerzenie oferty usług (34%). Pracodawcy jako pozytywny wskazywali również fakt wprowadzenia zdalnej opieki (41%) i różne aspekty z tym związane, tj.: przyzwyczajanie pacjentów do opieki zdalnej (27%), nabycie przez pracowników umiejętności do jej prowadzenia (25%).

2.3.8. Potencjalne scenariusze rozwoju

Z przeprowadzonej powyżej analizy wynika, że w dużej mierze wiadomo, jakich zmian potrzebuje sektor opieki zdrowotnej, by poprawić dostępność i jakość swoich usług. Trzeba jednak zauważyć, że jest to wiedza posiadana przede wszystkim przez grono ekspertów. Przeprowadzone badanie ilościowe pokazuje, że zdecydowana większość pracodawców nie jest świadoma wyzwań, jakie stoją przed sektorem opieki zdrowotnej, lub też świadoma jest ich tylko na poziomie ogólnym, bez przełożenia na pracę konkretnych placówek. Jedynie około 20% pracodawców widzi konieczność wprowadzania na poziomie swoich placówek takich zmian jak: pomiar wyników leczenia, opieka koordynowana, opieka zdalna, przygotowanie placówki na zwiększone zapotrzebowanie na usługi skierowane do starszych pacjentów. Jeszcze mniej sądzi, że konieczne jest wdrożenie rozwiązań z zakresu analizy danych (14%) oraz profilaktyki (12%).

Wyniki te można uznać za niepokojące, zwłaszcza w odniesieniu do tak dobrze znanych (ugruntowanych też w debacie o opiece zdrowotnej) wyzwań jak: konieczność rozwoju profilaktyki, poprawy efektywności leczenia oraz przygotowania się na zwiększone potrzeby zdrowotne większej liczby starszych pacjentów. Sugerują one, że na poziomie placówek potencjał do zmian jest stosunkowo niewielki³⁷.

Oczywiście system opieki zdrowotnej jest zarządzany centralnie, zatem potrzebne zmiany mogą być i często są wprowadzane odgórnie (np. e-dokumentacja). Jednak i na tym poziomie występują istotne bariery. Eksperti w ramach badania jakościowego wskazywali przede wszystkim na brak woli politycznej, brak odpowiedniego potencjału administracyjnego oraz zasobów finansowych (także do wsparcia placówek).

³⁷ Osobnego badania wymagałoby wyjaśnienie, dlaczego tak jest. Zebrane w trakcie badania jakościowego informacje podsuwają różne możliwe tropy. Z jednej strony powodem może być pewna inercja i niechęć do zmian środowiska, z drugiej – brak zasobów w postaci pieniędzy i odpowiednich kadr do przeprowadzenia zmian.

Biorąc powyższe pod uwagę, można określić trzy podstawowe scenariusze rozwoju dla sektora opieki zdrowotnej w Polsce: optymalny, pośredni i bazowy. Trzeba przy tym zauważyć, że zarysowując je, uwzględniono fakt, iż opieka zdrowotna nie jest sektorem rynkowym, a silnie regulowanym. O przyszłości sektora decydują nie tylko oddolne działania pracodawców, lecz także decyzje polityczne, od których zależą tak podstawowe kwestie, jak wysokość składki zdrowotnej i wycena świadczeń, zasady funkcjonowania placówek leczniczych oraz kierunki polityki zdrowotnej.

Scenariusz: optymalny

Scenariusz zakłada, że stosunkowo szybko (w przybliżeniu w czasie następnych pięciu lat) we wszystkich omawianych tu kierunkach rozwoju nastąpi istotny postęp obejmujący większość podmiotów działających w sektorze. Jest to zatem wizja przyszłości, w której na powszechną skalę zostaje wdrożona płatność za wyniki leczenia oraz opieka koordynowana, dzięki czemu jakość usług zdrowotnych i ich efektywność lecznicza jest wysoka. Te cechy wzmacniane są dodatkowo przez powszechne wykorzystanie technologii cyfrowych, zwłaszcza z zakresu integrowania i analizy danych medycznych (w tym dużych zbiorów danych). Umiejętnie opracowane i wdrożone modele opieki zdalnej poprawiają dostępność opieki zdrowotnej. W połączeniu z dobrze rozwiniętą profilaktyką powoduje to, że system opieki zdrowotnej jest dobrze przygotowany na zwiększone zapotrzebowanie na usługi zdrowotne, jakie niesie za sobą starzenie się społeczeństwa.

Nietrudno sobie wyobrazić, że realizacja tego potencjalnego scenariusza wymaga dużej mobilizacji zasobów i wysiłku pracowników, zarówno na poziomie centralnym (MZ i NFZ), jak i lokalnym (podmiotów leczniczych). Trzeba przy tym podkreślić, że już obecnie pracodawcy mogą podejmować kroki, zbliżające ich placówki do modelu funkcjonowania zarysowanego w optymalnym scenariuszu. Eksperci biorący udział w badaniu jakościowym, zauważali, że część placówek o największym potencjale, tj. z dobrą kadrą zarządczą i w najlepszej kondycji finansowej, testuje rozwiązania z zakresu opieki zdalnej, analizy danych, opieki koordynowanej (eksperci nie wskazali przykładów oddolnych działań na rzecz wprowadzenia pomiaru efektów leczenia, ani rozwiązań z zakresu profilaktyki, innych niż opieka koordynowana). Jednak żeby uczynić pewne zmiany powszechnymi, a inne najpierw uruchomić (jak płatność za wyniki, a zatem i pomiar wyników leczenia), konieczne są działania z poziomu centralnego. Potrzebne są zarówno odpowiednie decyzje polityczne, powiązane z rozwiązaniami prawnymi i odpowiednim finansowaniem, jak i powszechnie dostępne programy wsparcia dla placówek (wsparcie szkoleniowe, informatyczne, opracowanie i demonstrowanie modelowych rozwiązań itp.). Biorąc pod uwagę z jednej strony skalę potrzebnego

wysiłku, a z drugiej ograniczony potencjał administracyjny oraz niedofinansowanie polskiego systemu opieki zdrowotnej, scenariusz ten należy uznać za mało prawdopodobny³⁸.

Scenariusz: pośredni

Scenariusz zakłada, że w perspektywie średniookresowej (pięciu lat) nastąpi koncentracja wysiłku organizacyjnego i zasobów systemu na jednym lub dwóch kierunkach rozwoju. Biorąc pod uwagę działania już obecnie podejmowane przez część pracodawców, a także zmiany w sposobie sprawowania opieki, jakie zainicjowano podczas pandemii COVID-19, może to być wdrożenie, na powszechną skalę, modeli opieki zdalnej. W tym scenariuszu, na poziomie centralnym, przy wykorzystaniu doświadczeń z pionierskich placówek, opracowane zostają modele efektywnej opieki zdalnej, wraz ze standardami jakości. Następnie zostaje uruchomione powszechnie dostępne wsparcie wdrożeniowe dla placówek (w zakresie rozwiązań informatycznych i technicznych, szkoleń, odpowiedniego dofinansowania). Równocześnie prowadzone są na szeroką skalę działania promujące opiekę zdalną wśród pracodawców (m.in. demonstrujące przykłady udanych wdrożeń). Dzięki tym krokom, większość placówek stosuje dopasowane do swojego profilu działalności modele opieki zdalnej (obejmujące nie tylko zdalne konsultacje lecz przede wszystkim zdalne monitorowanie stanu zdrowia pacjenta). W efekcie poprawia się dostępność opieki zdrowotnej, a także – w tych przypadkach, kiedy opieka może zostać przeniesiona do warunków domowych – jakość życia pacjentów.

Ze względu na konieczne zasoby i możliwości administracyjne systemu taki potencjalny scenariusz zmian, wydaje się co do zasady możliwy do zrealizowania (jest więc zatem bardziej prawdopodobny niż scenariusz optymalny). Jednak biorąc pod uwagę, że kluczową rolę w jego uruchomieniu odgrywa podjęcie odpowiedniej decyzji politycznej, a następnie mobilizacja działań wokół obranego kierunku zmian, jest on zarazem mniej prawdopodobny niż omówiony poniżej scenariusz bazowy.

Scenariusz: bazowy

W ramach tego potencjalnego scenariusza zmiany w sektorze zachodzą w sposób powolny i ewolucyjny. Pewna część placówek (najlepiej zarządzanych, w najlepszej kondycji finansowej) w perspektywie pięciu lat wdraża pożądane zmiany (choć zapewne nie w każdym obszarze). Wyraźnie widać też dużą grupę placówek zapóźnionych (niewprowadzających zmian). Podział

³⁸ Warto tu przypomnieć, że eksperci w ramach badania Delphi ocenili, że w perspektywie 5 lat prawdopodobieństwo istotnego postępu w ramach każdego z badanych kierunków zmian jest umiarkowane lub wysokie. Jednak eksperci rozpatrywali każdy trend z osobna, nie byli pytani, na ile możliwy jest istotny postęp w ramach wszystkich ścieżek rozwojowych równocześnie.

ten ugruntowują działania na szczeblu centralnym. Uruchamiane programy reform (np. opieki koordynowanej, płatności za wyniki, opieki zdalnej) mają ograniczony zakres. Kierowane są do najbardziej sprawnych i aktywnych placówek. Jest to scenariusz, który w przybliżeniu odzwierciedla sposób funkcjonowania sektora opieki zdrowotnej obecnie. Jednocześnie jest on najmniej pożądanym scenariuszem rozwoju z punktu widzenia potrzeb społeczeństwa i gospodarki.

2.4. Sytuacja kadrowa w branży opieki zdrowotnej

2.4.1. Stan zatrudnienia i zapotrzebowanie na pracowników

Liczba osób pracujących w sektorze opieki zdrowotnej wzrosła o 1,5% w porównaniu ze stanem sprzed roku (liczonego od momentu przeprowadzenia badania – chodzi tu o okres między lipcem 2020 a lipcem 2021). W badanej próbie największy przyrost (o blisko 5%) odnotowano w placówkach AOS, najmniejszy w POZ (0,5%).

Tabela 14. Zmiana liczby pracujących w podmiotach leczniczych

	Liczba pracujących		Saldo (stan z lipca 2021 – stan z lipca 2020 (N))	Zmiana (%)
	Lipiec 2021 (N)	Lipiec 2020 (N)		
Wszystkie jednostki				
ogółem	10011	9860	151	1,5%
na podstawie umowy o pracę	8012	7820	192	
na podstawie innych umów	1999	2040	-41	
POZ				
ogółem	5074	5050	24	0,5%
na podstawie umowy o pracę	4199	4090	109	
na podstawie innych umów	875	960	-85	
AOS				
ogółem	792	755	37	4,9%
na podstawie umowy o pracę	587	550	37	
na podstawie innych umów	205	205	0	
Szpitala				
ogółem	4042	3958	84	2,1%
na podstawie umowy o pracę	3150	3105	45	
na podstawie innych umów	892	853	39	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania ilościowego z pracodawcami (n = 389)³⁹.

³⁹ W zestawieniu uwzględniono tylko te placówki, które podały pełne dane zarówno o zatrudnieniu na podstawie umów o pracę, jak i innych umów.

Zdecydowana większość pracodawców przewiduje, że zatrudnienie w ich placówkach nie zmieni się w ciągu następnego roku ani w ciągu kolejnych pięciu lat (odpowiednio 78% i 71%). Natomiast 11% pracodawców spodziewa się wzrostu zatrudnienia w perspektywie roku, a 15% – pięciu lat.

Najwięcej pracodawców spodziewających się wzrostu zatrudnienia w perspektywie następnych pięciu lat jest w grupie przedstawicieli AOS i szpitali, najmniej w POZ.

Tabela 15. Przewidywana zmiana poziomu zapotrzebowania na pracowników w podmiotach leczniczych, ze względu na ich typ, w perspektywie 5 lat (%)

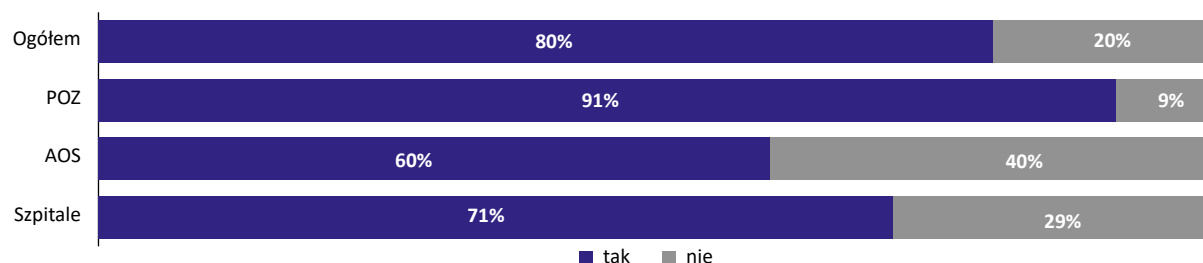
	POZ (n = 411)	AOS (n = 72)	Szpital (n = 61)	Ogółem (n = 564)
Zwiększy się	13%	25%	20%	15%
Pozostanie na tym samym poziomie	74%	66%	61%	71%
Zmniejszy się	3%	0%	5%	3%
Nie wiem/trudno powiedzieć	10%	10%	15%	11%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania ilościowego z pracodawcami (n = 564).

Trudno oczywiście określić, na ile te oczekiwania przełożą się na rzeczywisty wzrost liczby osób pracujących w placówkach zdrowotnych. Zastanawiać może jednak fakt, że tak dużo pracodawców nie przewiduje wzrostu zatrudnienia, pomimo tego, że z całą pewnością sektor opieki zdrowotnej cierpi na drastyczny niedobór kadr, a popyt na świadczenia zdrowotne jest w dużej mierze niezaspokojony (o czym świadczą kolejki oczekujących)⁴⁰. Wynikać to może ze sceptycznej oceny pracodawców: z jednej strony co do możliwości finansowych NFZ w zakresie kontraktowania i wyceny świadczeń, a z drugiej – co do dostępności na rynku odpowiednich zasobów kadry medycznej.

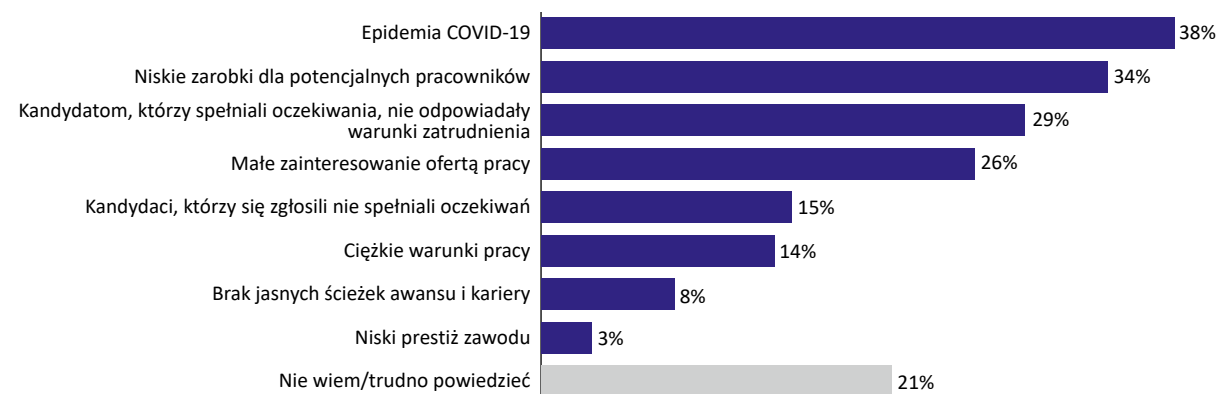
Małą dostępność kandydatów do pracy potwierdzają dane uzyskane od pracodawców. W ciągu roku przed przeprowadzeniem badania tylko 16% placówek poszukiwało pracowników, z czego aż 80% miało problemy z ich znalezieniem. Najtrudniej pracowników do pracy było znaleźć placówkom POZ, następnie szpitalom i placówkom AOS.

⁴⁰ Warto też dodać, że popyt na świadczenia zdrowotne z roku na rok powinien rosnąć, wraz ze stopniowym starzeniem się społeczeństwa.

Wykres 2. Problemy ze znalezieniem pracowników w ciągu w ostatnich 12 miesięcy

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania ilościowego z pracodawcami (n = 91)⁴¹.

Trudności ze znalezieniem pracowników, poza względami epidemicznymi, były najczęściej tłumaczone przez pracodawców nieodpowiednimi warunkami pracy (w tym poziomem zarobków) dla potencjalnych pracowników oraz małym zainteresowaniem ofertą pracy.

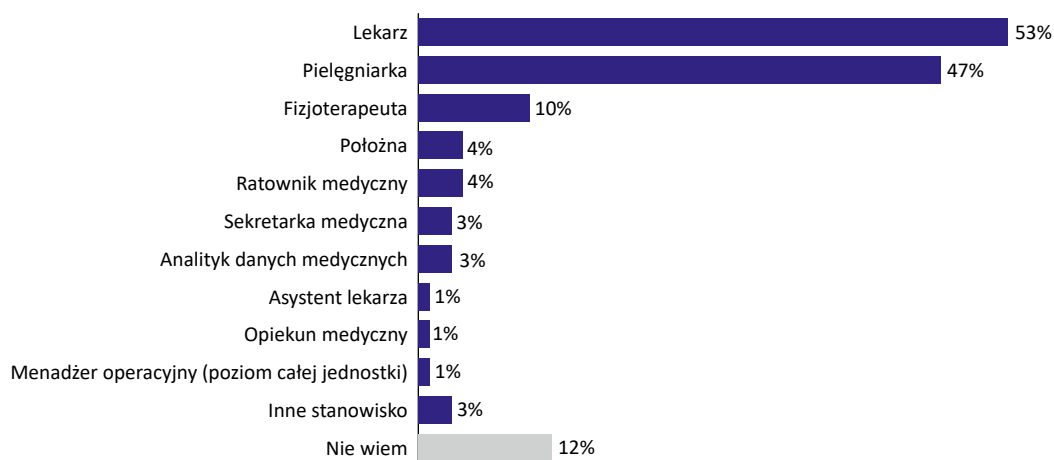
Wykres 3. Przyczyny trudności ze znalezieniem odpowiednich pracowników w ciągu ostatnich 12 miesięcy

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania ilościowego z pracodawcami (n = 73).

Wśród podmiotów doświadczających problemów z rekrutacją pracowników zdecydowanie najwięcej placówek (około połowa) miało problemy ze znalezieniem lekarzy oraz pielęgniarek⁴². Mniej pracodawców wskazało trudności z zatrudnieniem innej kadry medycznej: fizjoterapeutów, położnych i ratowników medycznych.

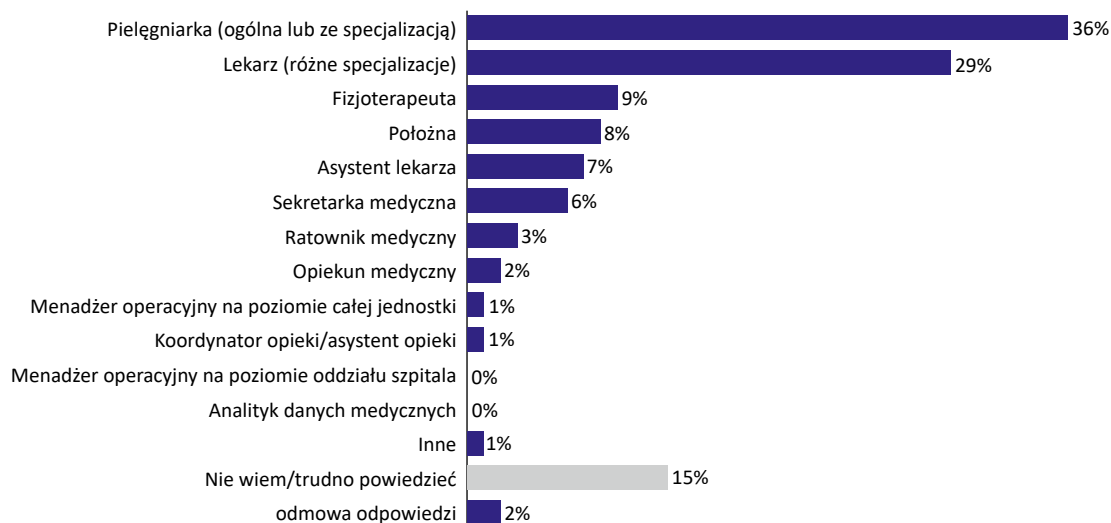
⁴¹ Na to pytanie odpowiadali tylko ci pracodawcy, którzy zadeklarowali, że w ciągu ostatniego roku przed badaniem poszukiwali pracowników.

⁴² Chodzi tu o placówki, które poszukiwały pracowników i zarazem deklarowały trudności z ich znalezieniem.

Wykres 4. Stanowiska, na które najtrudniej było znaleźć pracowników

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania ilościowego z pracodawcami (n = 73).

Również dane pozyskane od wszystkich badanych pracodawców pokazują, że pielęgniarki i lekarze są najbardziej poszukiwanymi pracownikami w sektorze opieki zdrowotnej (te zawody wskazała około 1/3 pracodawców). Mniej poszukiwani są przedstawiciele innych zawodów medycznych (na następnego w tym zestawieniu fizjoterapeutę wskazało 9% pracodawców).

Wykres 5. Stanowiska, na które pracodawcy najczęściej poszukują pracowników

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania ilościowego z pracodawcami (n = 564).

Powyższe dane sugerują, że kryzys kadrowy, rozumiany jako niedobór pracowników medycznych zatrudnionych w sektorze opieki zdrowotnej, ma podwójne podłoże – zarówno popytowe, jak i podażowe. Z jednej strony w stosunku do potrzeb całego systemu za mało

jest placówek medycznych gotowych zwiększyć zatrudnienie, a z drugiej – za mały jest zasób dostępnych kadr medycznych, zwłaszcza pielęgniarek i lekarzy.

Ta interpretacja jest zgodna z informacjami pozyskanymi w trakcie badania jakościowego. Eksperci, wskazując przyczyny kryzysu kadrowego, mówili o zbyt niskich limitach kształcenia na studiach medycznych oraz o odpływie pracowników, zwłaszcza za granicę lub też poza sektor zdrowotny. Jednak podkreślali również, że placówki nie mają pieniędzy na zatrudnienie większej liczby pracowników.

Te dwa czynniki (brak kandydatów do pracy i brak pieniędzy) nakładają się na siebie, zaostrzając kryzys kadrowy. W sektorze opieki zdrowotnej przez lata ugruntowała się sytuacja, w której wielu pracowników medycznych pracuje w więcej niż jednej placówce, w większym wymiarze czasu niż jeden etat⁴³. Jest to jednak nie tylko sposób na maskowanie braków kadrowych, lecz także jedyna dostępna droga do uzyskania przez wielu pracowników satysfakcjonującego wynagrodzenia. Jak podkreślała jedna z ekspertek, do pewnego stopnia działa tu mechanizm błędnego koła. Kadry medyczne pracują dużo, bo chcą zapewnić sobie wysokie wynagrodzenie (a także dlatego, że nie ma ich kto zastąpić), jednocześnie obciążenie pracą wypala pracowników i powoduje ich odejścia. Trzeba przy tym zaznaczyć, (na co zwracali uwagę eksperci będący zarazem pracodawcami), że w ostatnich latach, w związku z pogłębianym deficytem kadrowym rośnie siła przetargowa pracowników i część z nich, zwłaszcza lekarzy, może liczyć na zadowalające wynagrodzenia. Wzrost wynagrodzeń dla pracowników oznacza jednak, że wiele placówek tym bardziej nie ma pieniędzy na poszerzenie kadry ani też na inne cele, np. inwestycje.

2.4.2. Możliwe odpowiedzi na kryzys kadrowy

W opinii części ekspertów odpowiedzią na kryzys kadrowy musi być dalsze zwiększanie naborów na studia medyczne oraz szersze otwarcie polskiego sektora zdrowotnego na pracowników z zagranicy. Wyraźnie wybrzmiały jednak głosy, że to nie wystarczy i kryzys kadrowy pozostanie, dopóki dla większości zawodów medycznych warunki pracy nie będą

⁴³ Jest to możliwe dzięki umowom kontraktowym, które nie podlegają kodeksowym ograniczeniom czasu pracy. Wiele osób prowadzi także jednoosobowe działalności gospodarcze, jest to szczególnie częste wśród ratowników medycznych.

wystarczające dobre, by pozostać na miejscu⁴⁴. Wiąże się to nierozzerwalnie z koniecznością zwiększenia poziomu finansowania opieki zdrowotnej w Polsce.

Osobnym rodzajem odpowiedzi na braki kadrowe jest przekazanie uprawnień do wykonywania części zadań, dotychczas przypisanych lekarzom oraz pielęgniarkom, innym zawodom medycznym. Ma to służyć odciążeniu lekarzy i pielęgniarek oraz bardziej efektywnemu wykorzystaniu ich umiejętności w pracy z pacjentem, którym nie może się zająć mniej wykwalifikowany personel. W ten sposób dochodzi też do tzw. krzyżowania się kompetencji, dzięki czemu różni pracownicy, czasem nawet wobec potrzeb chwili i stopnia obciążenia pracą, mogą się zastępować w wykonywaniu pewnych czynności (np. lekarza może zastąpić pielęgniarka albo ratownik medyczny).

W Polsce wdrożono już kilka takich rozwiązań. Można do nich zaliczyć wprowadzenie zawodu ratownika medycznego oraz opiekuna medycznego, a także poszerzenie kompetencji pielęgniarek i fizjoterapeutów⁴⁵. Postulowane są dalsze kroki w tym kierunku, mowa tu szczególnie o wprowadzeniu zawodu asystenta lekarza oraz o poszerzeniu uprawnień opiekunów medycznych. Asystenci lekarza, zgodnie ze swoją nazwą, wspomagaliby lekarzy w zakresie prowadzenia bieżącej dokumentacji medycznej oraz wykonywania wybranych procedur medycznych. Opiekunowie medyczni, oprócz czynności pielęgnacyjno-opiekuńczych, zyskaliby prawo do wykonywania niektórych czynności medycznych (np. podawania leków przewlekle chorym pacjentom w postaci zastrzyków i iniekcji czy nawet asystowania na bloku operacyjnym).

Z badania ilościowego przeprowadzonego wśród pracodawców wynika, że asystentów lekarza zatrudnia obecnie 36%, a opiekunów medycznych 23% wszystkich placówek medycznych. W obu przypadkach szczególnie często są to szpitale.

Tabela 16. Odsetek placówek medycznych zatrudniających asystentów lekarzy i opiekunów medycznych (%)

	POZ (n = 411)	AOS (n = 72)	Szpitala (n = 61)	Ogółem (n = 564)
Asystent lekarza	31%	29%	75%	36%
Opiekun medyczny	20%	11%	59%	23%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania ilościowego z pracodawcami (n = 564).

⁴⁴ Zwrócono m.in. uwagę, że Polska staje do nierównej konkurencji z bardziej zamożnymi krajami Europy zachodniej. Tam także występuje deficyt kadr medycznych, który będzie się jeszcze pogłębiał w związku ze starzeniem się populacji.

⁴⁵ Pielęgniarkom i położnym przyznano prawo do ordynowania leków i wystawiania recept oraz udzielania niektórych świadczeń diagnostycznych i leczniczych. Fizjoterapeutom umożliwiono realizację samodzielnych wizyt fizjoterapeutycznych.

Dane odnoszące się do zatrudnienia asystentów lekarza pokazują, że zawód ten *de facto* już istnieje. Jest to również dowód na to, że jest on potrzebny. Pomimo braku stosownych regulacji placówki same tworzą takie stanowiska pracy i w granicach dozwolonych przepisami powierzają wybrane czynności swoim pracownikom. W różnych placówkach ta praktyka może wyglądać inaczej. Z wywiadów pogłębionych wynika, że często są to studenci ostatnich lat medycyny, pomagający w prowadzeniu dokumentacji medycznej.

Asystenci lekarza i opiekunowie medyczni nie są oczywiście tak często poszukiwanymi pracownikami jak lekarze i pielęgniarki (około 1/3 pracodawców zalicza pielęgniarki i lekarzy do najbardziej poszukiwanych pracowników, dla asystentów lekarzy ten udział wynosi 7%, a dla opiekunów medycznych tylko 2%).

Można jednak sądzić, że gdyby uregulowano prawnie zawód asystenta medycznego⁴⁶ oraz gdyby asystentom i opiekunom medycznym przyznano prawo do wykonywania niektórych czynności medycznych, zapotrzebowanie na oba zawody wzrosłoby. Stałyby się one jeszcze większym realnym wsparciem dla lekarzy i pielęgniarek, których liczba jest niewystarczająca.

Trzeba jednak odnotować, że rozwiązania te nie są jeszcze przesądzone. Środowisko medyczne nie jest jednomyślne w ocenie tych propozycji (ani też różnych ich wariantów). W części lekarzy, być może nawet w większym stopniu pielęgniarek, budzą one opór⁴⁷.

Wyniki badania Delphi pokazują, że istnieją duże szanse na szersze upowszechnienie zawodu opiekuna medycznego w ciągu najbliższych pięciu lat (średnia ocen wyniosła 7,4 w skali ocen od 0 do 10)⁴⁸. Natomiast prawdopodobieństwo wprowadzenia (uregulowania) zawodu

⁴⁶ Już po opracowaniu tego raportu, w listopadzie 2021 wprowadzono asystenturę chirurgiczną. Tym samym częściowo ten postulat został zrealizowany, choć trzeba zaznaczyć, że z badania wyłania się dużo szersze zapotrzebowanie na asystentów lekarza (tj. nieograniczające się jedynie do chirurgii).

⁴⁷ Jedna z ekspertek wskazywała, że część osób nie chce się dzielić kompetencjami z innymi zawodami, obawiając się, że tańsi pracownicy mogą stanowić zagrożenie dla ich miejsc pracy oraz dla wysokości ich wynagrodzeń. Dodała też, że takie obawy mają swoje uzasadnienie we wcześniejszych doświadczeniach. Osoby te pamiętają, że placówki medyczne, wobec niskiej wyceny świadczeń, optymalizowały koszty poprzez ograniczanie wydatków na pracowników (taką genezę ma w dużej mierze system zatrudniania na kontrakty, który pozwala unikać kosztów świadczeń społecznych). Wobec braku kadr medycznych, o które muszą konkurować placówki, pozycja lekarzy i pielęgniarek uległa wzmocnieniu. Istnieje jednak obawa, zwłaszcza po stronie pielęgniarek, że wraz z napływem nowych pracowników i przy ciągłym niedofinansowaniu systemu opieki zdrowotnej ta sytuacja może się odwrócić. Można też dodać, że rezygnacja z wprowadzania nowych zawodów medycznych jest jednym z postulatów, jakie zgłaszają strajkujący obecnie (wrzesień 2021) przedstawiciele pracowników medycznych.

⁴⁸ Gdzie 0 oznacza, że wydarzenie nie nastąpi, a 10 – że nastąpi na pewno.

asystenta lekarza jest umiarkowanie wysokie (średnia ocen wyniosła 6,4, co wskazuje na umiarkowane szanse, lecz ponad połowa ekspertów wybrała wartość równą lub wyższą od 7, co jest interpretowane jako wysokie prawdopodobieństwo). Szanse na wystąpienie tych zmian w skali roku oceniono na niewielkie (dla asystenta lekarza średnia ocen wyniosła 2,7, a dla opiekuna medycznego – 3,7).

Większość ekspertów biorących udział w badaniu delfickim przewiduje, że uprawnienia do wykonywania niektórych czynności medycznych zostaną przyznane opiekunom medycznym, ale nie asystentom lekarza. W przypadku opiekunów medycznych sądzi tak 14 z 22 ekspertów, biorących udział w badaniu Delphi, a w przypadku asystentów lekarzy – 14 z 21.

2.4.3. Utrzymanie pracowników: zadowolenie z warunków pracy

Jednym z istotniejszych wniosków płynących z badania jakościowego był ten mówiący o niezadowolających warunkach pracy w sektorze opieki zdrowotnej. Rozumiano przez to przede wszystkim niskie pensje, przeciążenie pracą, ale także niewłaściwe relacje pomiędzy pracownikami.

Ta ostatnia kwestia odnosiła się przede wszystkim do relacji pomiędzy lekarzami a reprezentantami pozostałego personelu medycznego, a także między młodymi lekarzami a ich przełożonymi. Część ekspertów nazwała je hierarchicznymi, a nawet „feudalnymi”. Podkreślano też, że przedstawiciele takich zawodów jak pielęgniarki i ratownicy medyczni mają poczucie braku poszanowania ich pracy przez lekarzy oraz braku wpływu na pracę z pacjentem.

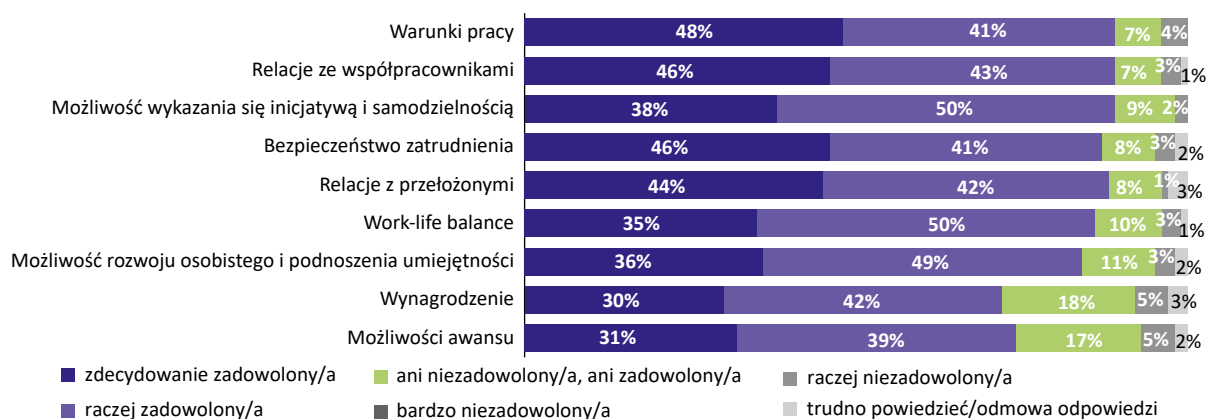
Oczywiście eksperci⁴⁹ zaznaczali także, że obraz ten nie jest jednorodny. Placówki różnią się od siebie warunkami i kulturą pracy, a sytuacja części pracowników, zwłaszcza lekarzy, w mniejszym stopniu pielęgniarek, może być całkiem dobra. Niemniej, nie zmieniało to ogólnej wymowy wniosku, że warunki pracy są w sektorze opieki zdrowotnej istotnym problemem.

Pierwszy ogląd wyników badania ilościowego przeprowadzonego wśród pracowników sektora opieki zdrowotnej zatrudnionych na kluczowych stanowiskach nie potwierdza tego wniosku. Prawie wszyscy uczestniczący w badaniu pracownicy deklarują ogólne zadowolenie z wykonywanej przez siebie pracy (jedynie 4% z nich jest niezadowolonych). Wysokie jest

⁴⁹ Byli to zwłaszcza przedstawiciele pracodawców.

również zadowolenie z różnych jej aspektów, także tych, które zostały wyżej określone jako problematyczne. Z wynagrodzenia, relacji ze współpracownikami i przełożonymi czy z możliwości godzenia pracy z życiem prywatnym niezadowolona jest bardzo mała część badanych (od 4 do 8%)⁵⁰.

Wykres 6. Zadowolenie z wybranych wymiarów wykonywanej pracy



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania ilościowego z pracownikami (n = 756).

Dalsza analiza opinii badanych pracowników ukazuje pewną różnicę pomiędzy reprezentantami poszczególnych zawodów. Na tle, ogólnie rzecz biorąc, wysokiego zadowolenia prezentowanego przez przedstawicieli prawie wszystkich zawodów medycznych, wyraźnie wyróżniają się opiekunowie medyczni. Są oni grupą zawodową zdecydowanie najmniej zadowoloną ogólnie z pracy, jak i z poszczególnych jej wymiarów (różnice te sięgają nawet 30–40%). Trzeba jednak zaznaczyć, że ze względu na specyfikę doboru próby⁵¹ dane te nie są reprezentatywne statystycznie dla poszczególnych grup zawodowych. Dlatego trzeba je traktować z ostrożnością, jako pewne wskazanie możliwych różnic między grupami zawodowymi w ocenie warunków pracy. Można jednak przyjąć, że dobrze pokazują różnice w ocenie warunków pracy pomiędzy różnymi grupami zawodowymi.

⁵⁰ Choć trzeba zaznaczyć, że pewna grupa respondentów, wybrała też ocenę pośrednią (jestem ani niezadowolony/a ani zadowolony/a). W zależności od analizowanego aspektu dotyczy ona od 7 do 18% badanych pracowników.

⁵¹ W przypadku doboru pracowników dążono do tzw. reprezentatywności typologicznej, czyli takiej sytuacji, w której każde z kluczowych stanowisk miało w próbie odpowiednią liczbę reprezentantów. Są to liczebności zbyt małe, by mówić o reprezentatywności statystycznej dla poszczególnych grup zawodowych, umożliwiając jednak porównania pomiędzy grupami.

Tabela 17. Odsetek pracowników zatrudnionych na kluczowych stanowiskach deklarujących zadowolenie, ogólnie ze swojej pracy oraz z poszczególnych jej wymiarów (%)

	Lekarz (n = 105)	Pielęgniarka (n = 140)	Położna (n = 56)	Ratownik medyczny (n = 52)	Asystent lekarza (n = 54)	Opiekun medyczny (n = 51)	Fizjoterapeuta (n = 51)
Ogólne zadowolenie	93%	96%	89%	81%	94%	59%	94%
Wynagrodzenie	77%	71%	79%	79%	87%	39%	82%
Możliwość awansu	79%	61%	79%	71%	83%	31%	75%
Relacje z przełożonymi	84%	94%	95%	88%	83%	47%	92%
Relacje ze współpracownikami	94%	91%	91%	92%	94%	75%	90%
Bezpieczeństwo zatrudnienia	95%	91%	88%	90%	94%	55%	92%
Możliwości rozwoju	91%	83%	89%	83%	93%	69%	88%
Work-life balance	81%	84%	95%	85%	83%	61%	94%
Inicjatywa i samodzielność	92%	85%	86%	90%	89%	67%	94%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania ilościowego z pracownikami (n = 509)⁵².

Równocześnie nie sposób nie zauważyć, że wyniki te budzą pewną trudność interpretacyjną zatrudnionych na kluczowych stanowiskach. Tak duży poziom zadowolenia z warunków pracy wśród pracowników medycznych zatrudnionych na kluczowych stanowiskach nie współbrzmi z wnioskami z badania jakościowego. Co ważniejsze – nie jest też zgodny z wyrażanymi obecnie w sferze publicznej nastrojami i żądaniami pracowników medycznych. W chwili pisania tego raportu⁵³ dochodzi do jednego z największych od lat strajków pracowników sektora, który notabene łączy przedstawicieli wszystkich zawodów medycznych (co wcześniej było trudne do osiągnięcia). Postulaty płacowe powiązane z unormowaniem czasu pracy są jednymi z ważniejszych wśród zgłaszanych przez uczestników protestu⁵⁴.

W tym świetle wydaje się, że kwestia zadowolenia z warunków pracy musi podlegać dalszej weryfikacji w kolejnej edycji badania.

O tym, że może to być właściwa droga, przekonują odpowiedzi na kolejne pytania, które pozwalają zbadać bardziej szczegółowo stopień zadowolenia z relacji z przełożonymi i współpracownikami oraz obciążenie pracą (ale nie wymiar zadowolenia z wynagrodzenia).

⁵² W zestawieniu uwzględniono tylko pracowników reprezentujących zawody medyczne. Osoby zadowolone to te, które zadeklarowały, że są bardzo zadowolone lub raczej zadowolone z wybranych aspektów swojej pracy.

⁵³ Wrzesień 2021, badanie ilościowe zrealizowano w terminie 6.07.2021 – 01.09.2021 r.

⁵⁴ Warto przypomnieć, że niskie zarobki i nieodpowiednie warunki zatrudnienia są jednymi z ważniejszych przyczyn trudności ze znalezieniem pracowników, jakie w badaniu zgłaszali pracodawcy.

Dobra ocena relacji międzyludzkich w miejscu pracy zostaje potwierdzona w ramach kolejnych pytań. Ponad 90% pracowników potwierdza dobrą atmosferę w pracy, podobny odsetek uważa, że przełożony odnosi się do nich z szacunkiem, ocenia sprawiedliwie wykonaną pracę oraz angażuje w podejmowanie decyzji ważnych dla pracownika.

Natomiast odpowiedzi na szczegółowe pytania dotyczące obciążenia pracą wskazują, że może być ono za duże. Blisko 2/3 pracowników zatrudnionych na kluczowych stanowiskach przyznaje, że ma zbyt dużo obowiązków, by je dobrze wykonać na czas. Około połowa ma trudności z godzeniem pracy z życiem rodzinnym i towarzyskim, a także z obowiązkami domowymi.

Wykres 7. Różne wymiary obciążenia pracą



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania ilościowego z pracownikami (n = 756).

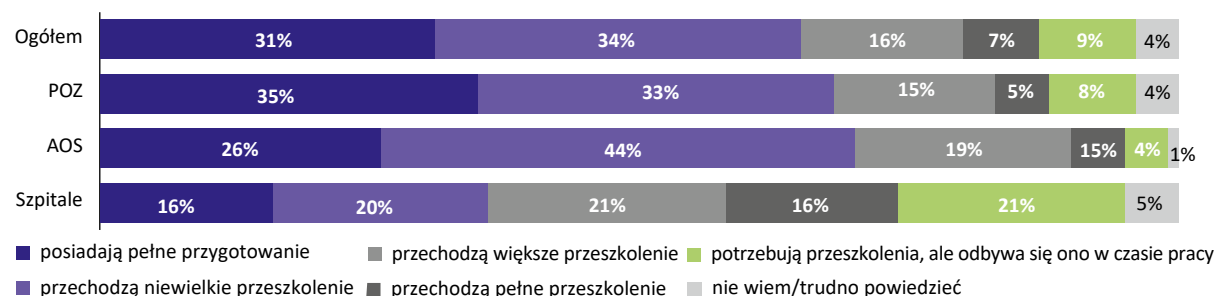
Zdecydowana większość pracowników sektora opieki zdrowotnej nie zamierza zmieniać obecnego miejsca pracy w ciągu najbliższych 12 miesięcy (87% przy 12% deklarujących zamiar zmiany pracy). W porównaniu z innymi grupami zawodowymi szczególnie dużo badanych ratowników medycznych planuje taką zmianę (38%). Natomiast pomimo największego niezadowolenia z warunków pracy jedynie 4% badanych opiekunów medycznych myśli o zmianie miejsca pracy w najbliższym czasie.

2.4.4. Rozwój kompetencji kadr

Pracodawcy reprezentujący sektor opieki zdrowotnej w badaniu ilościowym są generalnie zadowoleni z przygotowania absolwentów opuszczających szkoły i uczelnie. Większość z nich (70%) sądzi, że mają oni wystarczające umiejętności potrzebne do pracy w placówkach medycznych. Podobnie większość pracodawców jest zadowolona z przygotowania nowo przyjętych pracowników. Większość pracodawców uważa (65%), że nowi pracownicy

są najczęściej w pełni przygotowani do pracy lub też wymagają tylko niewielkiego przeszkolenia. Przy czym w przypadku szpitali ten udział jest wyraźnie niższy i wynosi 36%. W większości szpitali pracownicy są w istotnym stopniu doszkalani po rozpoczęciu pracy.

Wykres 8. Ocena, czy osoby przyjmowane do pracy na stanowiskach innych niż kierownicze wymagają przeszkolenia



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania ilościowego z pracodawcami (n = 564).

Zdaniem niemal połowy pracowników uczelnie wyższe powinny uczyć podstawowych umiejętności związanych z wykonywaniem zawodu, a także umiejętności specjalistycznych (42%). Jedynie 15% respondentów uważa, że powinny uczyć umiejętności cyfrowych.

Również ponad połowa pracodawców jest w pełni zadowolona z umiejętności ogółu zatrudnionych pracowników, co trzeci uważa, że umiejętności pracowników wymagają rozwoju. Jedynie 4% pracodawców sądzi, że są one niewystarczające, a większość pracowników wymaga szkolenia.

Wykres 9. Ocena umiejętności pracowników



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania ilościowego z pracodawcami (n = 564).

Warto zauważyć, że eksperci biorący udział w badaniu jakościowym wskazywali na konieczność stałej aktualizacji wiedzy i podnoszenia umiejętności specjalistycznych przez pracowników medycznych.

Przekonanie o posiadaniu odpowiednich umiejętności podzielają pracownicy zatrudnieni na kluczowych stanowiskach. Jednocześnie zdecydowana większość z nich (82%) zgadza się z twierdzeniem, że praca, którą wykonują, wymaga ciągłego doszkalania. Prawie połowa (49%) badanych pracowników opieki zdrowotnej deklaruje, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy rozwijała swoje umiejętności zawodowe w miejscu pracy. Badani mężczyźni częściej (55%) deklarują rozwój umiejętności niż kobiety, które znalazły się w próbie (46%).

Blisko dwie trzecie (66%) badanych pracowników opieki zdrowotnej zatrudnionych na kluczowych stanowiskach deklaruje, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy rozwijało swoje umiejętności samodzielnie, korzystając z książek, czasopism lub innych materiałów drukowanych. Badani mężczyźni częściej (76%) deklarują rozwój umiejętności niż badane kobiety (62%). Podobnie 64% pracowników opieki zdrowotnej deklaruje, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy uczyło się samodzielnie z filmów i materiałów dostępnych w internecie. Badani mężczyźni częściej (73%) deklarują samodzielny rozwój umiejętności z wykorzystaniem internetu niż badane kobiety (59%). Może to wskazywać na trend związany z samodzielnym doksztalcaniem, czemu sprzyja większa dostępność materiałów, w tym internetowych, i możliwość korzystania z nich w dowolnym czasie. Ponadto część ekspertów reprezentujących podstawową opiekę zdrowotną wskazywało, że zatrudnienie kontraktowe nie sprzyja uczeniu się i odbywaniu szkoleń w czasie przeznaczonym na pracę. Szkolenia są konieczne i dostępne w różnych formach, ale rozwój zawodowy jest możliwy głównie w czasie wolnym.

Rzeczywistość rozwoju umiejętności zawodowych przedstawia Tabela 18. Najczęstszą formą rozwoju były kursy i szkolenia przez internet (28%), szkolenia BHP i ppoż. (23%), kursy i szkolenia stacjonarne inne niż BHP i ppoż. (16%). Najczęstszą formą wybieraną przez lekarzy i analityków danych medycznych były seminaria i konferencje.

Tabela 18. Rozwój umiejętności zawodowych poprzez udział w różnych formach kształcenia pozaformalnego

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy rozwijał(a) Pan/Pani swoje umiejętności zawodowe poprzez udział w:	studiach podyplomowych, zaocznych, MBA	szkołach dla dorosłych	szkoleniach BHP, ppoż.	kursach i szkoleniach stacjonarnych (innych niż BHP, ppoż.)	kursach i szkoleniach przez internet (e-learning)	konferencjach, seminariach	stażach, praktykach zawodowych	Innych	Nie uczestniczyłem/am w żadnej z powyższych form	Nie wiem/trudno powiedzieć	Odmowa odpowiedzi
Lekarz (różne specjalizacje)	0%	4%	10%	17%	44%	30%	0%	0%	38%	0%	8%
Pielęgniarka (ogólna lub ze specjalizacją)	4%	9%	37%	6%	16%	12%	1%	1%	32%	1%	1%
Położna	0%	0%	41%	16%	25%	0%	0%	0%	52%	0%	18%
Ratownik medyczny	0%	10%	29%	23%	42%	19%	8%	0%	27%	0%	8%
Asystent lekarza	17%	6%	19%	17%	7%	6%	11%	0%	52%	0%	13%
Opiekun medyczny	8%	10%	10%	24%	27%	24%	0%	29%	0%	0%	10%
Fizjoterapeuta	4%	0%	24%	10%	27%	25%	8%	0%	37%	0%	0%
Koordinator opieki/asystent opieki	0%	7%	26%	20%	39%	13%	0%	0%	43%	0%	11%
Menadżer operacyjny na poziomie całej jednostki	6%	26%	29%	29%	32%	13%	19%	0%	29%	0%	0%
Menadżer operacyjny na poziomie oddziału szpitala (nie ordynator, lecz jego wsparcie/partner)	8%	8%	19%	11%	25%	6%	19%	0%	33%	6%	3%
Sekretarka medyczna	0%	2%	22%	7%	27%	8%	4%	0%	52%	1%	1%
Analitik danych medycznych	0%	5%	15%	15%	21%	21%	0%	0%	59%	0%	3%
Razem	4%	7%	23%	16%	28%	15%	6%	3%	38%	1%	6%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania ilościowego z pracownikami (n = 756).

Tabela 19. Rozwój umiejętności zawodowych poprzez udział w różnych formach kształcenia nieformalnego

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy rozwijał(a) Pan/Pani swoje umiejętności zawodowe w miejscu pracy poprzez:	okresową obserwację pracy innego pracownika	wykonywanie zadań w pracy przy wsparciu innej osoby, np. przełożonego lub współpracownika	czasowe wykonywanie zadań na innym stanowisku pracy w celach szkoleniowych (rotacja)	instruktaż dotyczący np. obsługi nowego sprzętu, maszyn, oprogramowania	wizyty studyjne, obserwacyjne w innych instytucjach	Spotkania międzypespółowe, których celem była wymiana wiedzy o pracy innych zespołów	Inne	Nie uczestniczyłem/am w żadnej z wymienionych form rozwoju w miejscu pracy	Nie wiem/trudno powiedzieć	Odmowa odpowiedzi
Lekarz (różne specjalizacje)	10%	5%	4%	25%	11%	5%	0%	59%	4%	3%
Pielęgniarka (ogólna lub ze specjalizacją)	11%	9%	7%	19%	2%	6%	1%	50%	1%	1%

Położna	0%	0%	0%	7%	7%	0%	0%	84%	7%	2%
Ratownik medyczny	23%	29%	0%	6%	19%	29%	0%	29%	17%	0%
Asystent lekarza	19%	20%	13%	19%	0%	9%	0%	61%	7%	7%
Opiekun medyczny	20%	8%	27%	20%	14%	0%	35%	8%	4%	8%
Fizjoterapeuta	16%	10%	8%	12%	4%	8%	0%	65%	6%	2%
Koordinator opieki/asystent opieki	35%	9%	0%	37%	0%	7%	0%	33%	7%	4%
Menadżer operacyjny na poziomie całej jednostki	29%	19%	10%	29%	19%	26%	0%	42%	0%	0%
Menadżer operacyjny na poziomie oddziału szpitala (nie ordynator, lecz jego wsparcie/partner)	14%	19%	22%	17%	22%	6%	3%	42%	3%	8%
Sekretarka medyczna	1%	6%	8%	23%	4%	6%	0%	58%	1%	0%
Analitik danych medycznych	18%	10%	10%	15%	0%	0%	0%	67%	5%	3%
Razem	16%	12%	9%	19%	9%	8%	3%	50%	5%	3%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania ilościowego z pracownikami (n = 756).

Jeśli chodzi o aktywność rozwojową podejmowaną przez podmioty, to zdecydowanie największą aktywnością charakteryzują się placówki POZ i szpitale, zarówno jeśli chodzi o aktywność w miejscu pracy, jak i poza nim. Ze szkoleń w miejscu pracy korzystają w największym stopniu podmioty zatrudniające od 50 do 249 pracowników.

Tabela 20. Aktywność rozwojowa pracowników w pracy i poza miejscem pracy (% wskazań pracodawców)

Aktywność rozwojowa w pracy i poza miejscem pracy	Podstawowa opieka zdrowotna	Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	Szpital publiczny	Szpital niepubliczny	Inny podmiot	Ogółem
Liczebność	411	72	38	23	20	564
Brak aktywności rozwojowej	40%	43%	32%	22%	50%	39%
Co najmniej jedna aktywność rozwojowa	60%	57%	68%	78%	50%	61%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania ilościowego z pracodawcami (n = 564).

Tabela 21. Aktywność rozwojowa pracowników w miejscu pracy (% wskazań pracodawców)

Aktywność rozwojowa w miejscu pracy	Podstawowa opieka zdrowotna	Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	Szpital publiczny	Szpital niepubliczny	Inny podmiot	Ogółem
Liczebność	411	72	38	23	20	564
Brak aktywności rozwojowej	27%	42%	13%	22%	20%	27%
Co najmniej jedna aktywność rozwojowa	73%	58%	87%	78%	80%	73%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania ilościowego z pracodawcami (n = 564).

Największą aktywność rozwojową wykazują szpitale niepubliczne oraz placówki podstawowej opieki zdrowotnej, zarówno poza miejscem pracy, jak i w miejscu pracy. Jeśli chodzi o wielkość zatrudnienia, z co najmniej jednej aktywności rozwojowej w miejscu pracy skorzystało najwięcej podmiotów zatrudniających od 50 do 249 pracowników – 87%, a poza miejscem pracy – 70% największych podmiotów zatrudniających przynajmniej 250 pracowników. W stosunkowo mniejszym stopniu z różnych form rozwoju korzystały mikrofirmy, zatrudniające od dwóch do dziewięciu pracowników – 56% poza miejscem pracy, a w miejscu pracy 64% z nich.

2.5. Bilans kompetencji dla kluczowych stanowisk w sektorze opieki zdrowotnej

Jednym z elementów badania jest bilans kompetencji, w którym wskazano kompetencje relatywnie ważniejsze i mniej ważne dla pracodawców, przedstawiono wyniki samooceny pracowników dotyczącej poziomu tych kompetencji, określono kompetencje, które trudno jest pozyskać na rynku pracy, oraz dokonano oceny zmiany znaczenia kompetencji w przyszłości. Krokiem poprzedzającym bilans, a także określającym jego ramy przedmiotowe, było wyodrębnienie głównych procesów (biznesowych) oraz kluczowych stanowisk dla sektora.

2.5.1. Główne procesy i kluczowe stanowiska

W trakcie badania uznano, że główny proces dla sektora to **proces diagnostyczno-terapeutyczny**. Jest on nakierowany bezpośrednio na pacjenta, tj. na podtrzymanie i poprawę jego stanu zdrowia (jest zatem specyficzny dla sektora, określa główną funkcję, jaką sektor ma spełniać). Można go wprowadzić rozszerzyć o dodatkowe elementy, tj. o profilaktykę i rehabilitację (byłby to wtedy proces czteroczęściowy: profilaktyka – diagnozowanie – leczenie – rehabilitacja). Jednak w praktyce większość podmiotów i pracowników sektora zajmuje się medycyną naprawczą, toteż ograniczenie się do elementu diagnozy i terapii uznano za zasadne.

Do procesów wspomagających, warunkujących sprawny przebieg procesu głównego, można zaliczyć:

- organizowanie/koordynowanie procesu diagnostyczno-leczniczego,
- kontrolę/ocenę efektywności procesu diagnostyczno-leczniczego,

- prowadzenie dokumentacji medycznej,
- kontraktowanie i rozliczanie świadczeń medycznych z NFZ,
- zaopatrzenie w leki i sprzęt (narzędzia pracy),
- obsługę techniczną: utrzymanie sprzętu/narzędzi pracy, obsługę systemów informatycznych.

Do kluczowych stanowisk zaliczono przede wszystkim te związane z bezpośrednią pracą z pacjentem, czyli zarezerwowane dla zawodów medycznych, takie jak: **lekarz, pielęgniarka, położna, ratownik medyczny, fizjoterapeuta i opiekun medyczny**.

Tę listę poszerzono o nowe, jeszcze dobrze nieugruntowane w sektorze zawody, takie jak **asystent lekarza** oraz **asystent (koordynator) opieki**.

Dzięki temu rozszerzeniu możliwe było zbadanie skali występowania tych stanowisk w sektorze oraz poziomu kompetencji pracowników, którzy je zajmują. Asystent lekarza może przejąć część mniej złożonych obowiązków lekarza (administracyjnych, a w przyszłości być może także medycznych). Natomiast stanowisko asystenta opieki wiąże się z wprowadzaniem modelu opieki koordynowanej – jest to osoba mająca wspomagać pacjentów przewlekle chorych, np. poprzez koordynowanie wizyt, bieżący nadzór nad stanem ich zdrowia i wykonywaniem przez nich zaleceń lekarza, edukowanie.

Dodatkowo wyodrębniono kilka innych stanowisk, które wprawdzie można przyporządkować do procesów pomocniczych, ale uznano je za ważne dla przyszłości sektora albo warte szerszego upowszechnienia ze względu na efektywność procesu diagnostyczno-terapeutycznego w placówkach zdrowotnych⁵⁵. Są to następujące stanowiska: **menadżer operacyjny (na poziomie całej jednostki lub oddziału szpitala), analityk danych medycznych, sekretarka medyczna**.

Menadżerowie operacyjni to osoby dbające o sprawny przebieg procesu diagnostyczno-leczniczego od strony organizacyjnej (w tym o właściwe gospodarowanie zasobami). Mają oni wspierać i uzupełniać się kompetencjami z dyrektorami medycznymi lub ordynatorami, którzy nadzorują proces leczniczy od strony merytorycznej (w praktyce często odpowiadają równocześnie za aspekt organizacyjny). W badaniu jakościowym wyraźnie wybrzmiała

⁵⁵ Warto dodać, że badani eksperci w dużym stopniu z rezerwą podchodzili do kategoryzowania procesów, a także personelu na kluczowy i pomocniczy. Raczej akcentowali współzależność zadań wykonywanych przez różne kategorie pracowników i fakt, że bez tej synergii nie jest możliwe efektywne świadczenie usług zdrowotnych.

potrzeba sprawniejszego zarządzania placówkami, m.in. poprzez oddzielenie funkcji dyrektorów medycznych od organizacyjnych.

Analitik medyczny to osoba zajmującą się analizą: danych medycznych, wyników badań klinicznych, danych z przebiegu procesów w jednostkach medycznych. W badaniu jakościowym zwrócono uwagę, że wraz z postępem cyfryzacji w jednostkach medycznych (zwłaszcza dużych, jak szpitale kliniczne) powinny się znaleźć całe zespoły specjalistów zajmujących się gromadzeniem i przetwarzaniem danych, w tym dużych zbiorów. Stanowią oni powinni wsparcie decyzyjne dla lekarzy i menadżerów placówek.

Sekretarki medyczne zajmują się prowadzeniem dokumentacji medycznej. Choć są zatrudnione w wielu placówkach, w badaniu jakościowym zwrócono uwagę, że należy zatrudniać ich więcej – przede wszystkim po to, by w większym zakresie odciążyć lekarzy i pielęgniarki od obowiązków administracyjnych. Także i dla tych stanowisk przeprowadzono bilans kompetencji.

Tabela 22. Kluczowe stanowiska wraz z przyporządkowaniem do procesu biznesowego

Kluczowe stanowiska	Procesy biznesowe
Lekarz	diagnoza i leczenie
Pielęgniarka	
Położna	
Ratownik medyczny	
Fizjoterapeuta	
Opiekun medyczny	
Asystent lekarza	
Asystent (koordynator) opieki	
Menadżer operacyjny (na poziomie całej jednostki lub oddziału szpitala)	organizowanie/koordynowanie procesu diagnostyczno-leczniczego kontrola/ocena efektywności procesu diagnostyczno-leczniczego
Analitik danych medycznych	kontrola/ocena efektywności procesu diagnostyczno-leczniczego
Sekretarka medyczna	prowadzenie dokumentacji medycznej

Źródło: Opracowanie własne.

2.5.2. Występowanie kluczowych stanowisk w podmiotach opieki zdrowotnej

Oczywiście w placówkach opieki zdrowotnej najpowszechniejsze są podstawowe zawody medyczne, tj. lekarze i pielęgniarki. Reszta zawodów medycznych występuje w mniejszej części

placówek, co wynika z faktu, że ich role zawodowe powiązane są z dużo węższym zakresem świadczeń zdrowotnych. W odniesieniu do nowych ról zawodowych trzeba odnotować dużą powszechność zatrudniania asystenta lekarza. Takie stanowisko pracy, pomimo braku regulacji prawnych, posiada już ponad 1/3 placówek (w tym około 3/4 szpitali). Świadczy to o dużym zapotrzebowaniu na tego typu pracowników. Asystenci (koordynatorzy opieki) zatrudnieni są w około 17% placówek zdrowotnych (w tym około połowie szpitali).

Tabela 23. Odsetek placówek zdrowotnych zatrudniających pracowników na wybranych stanowiskach (%)

	POZ (n = 411)	AOS (n = 72)	Szpitala (n = 61)	Ogółem (n = 564)
Lekarz	92%	74%	98%	90% ⁵⁶
Pielęgniarka	90%	75%	98%	87%
Położna	30%	18%	48%	29%
Ratownik medyczny	17%	8%	54%	20%
Fizjoterapeuta	28%	18%	74%	32%
Opiekun medyczny	20%	11%	59%	23%
Asystent lekarza	31%	29%	75%	36%
Asystent (koordynator) opieki	12%	19%	49%	17%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania ilościowego z pracodawcami (n = 564).

W przypadku analizowanych tu stanowisk niemedyceńskich trzeba zwrócić uwagę, że sekretarki medyczne obecne są już w około połowie placówek (w tym 3/4 szpitali).

Analitików danych medycznych zatrudnia około 17% placówek, jednak w przypadku szpitali jest to aż 57% placówek. Tak duża liczba analitików danych medycznych, zwłaszcza w szpitalach, w świetle informacji z badania jakościowego zaskakuje (wskazywano raczej, że to zawód przyszłości i niewiele jeszcze takich osób pracuje w sektorze). Być może część z tych osób to pracownicy zatrudnieni w tzw. działach statystyki medycznej. Są to osoby przygotowujące zestawienia statystyczne z działalności jednostki, a także zarządzające danymi na potrzeby rozliczeniowe z NFZ. W takich przypadkach nie byłoby to analitycy danych medycznych, tak jak są oni rozumiani w tym badaniu (tj. jako osoby analizujące duże albo rozproszone zbiory danych, po to, by wesprzeć proces decyzyjny lekarzy). Analitików danych medycznych można zaliczyć do grona tzw. *data scientist*, uznając to stanowisko za przenikające do sektora opieki zdrowotnej z branży nowych technologii (IT).

⁵⁶ Niepełny udział placówek zatrudniających lekarzy można tłumaczyć umowami kontraktowymi z osobami prowadzącymi jednoosobową działalność gospodarczą.

Menadżerowie operacyjni (dla poziomu całej jednostki) są zatrudnieni w 15% placówek, w tym około połowie szpitali. Ponad 40% szpitali zatrudnia także menadżerów oddziałów szpitala. I w tym przypadku tak duża liczba menadżerów operacyjnych, zwłaszcza na poziomie oddziałów szpitalnych, jest niezgodna z informacjami uzyskanymi w trakcie badania jakościowego. Eksperti wskazywali, że oddzielenie funkcji ordynatora od menadżera oddziału jest jeszcze bardzo rzadkie. Podkreślano także, że dla części szpitali zatrudnienie osobnych menadżerów na poziomie oddziałów może być niedostępne ze względów finansowych. W przypadku mniejszych szpitali może być też niepotrzebne (choć już do zarządzania całą jednostką tacy menadżerowie byłiby pożądanymi). Jeżeli eksperci branżowi nie są w błędzie, być może tę rozbieżność można tłumaczyć tym, że respondenci pytani o menadżerów oddziałów, pomimo stosownego wyjaśnienia, wskazywali ordynatorów albo pielęgniarki oddziałowe, które w wielu mniejszych szpitalach pełnią także funkcje organizacyjne.

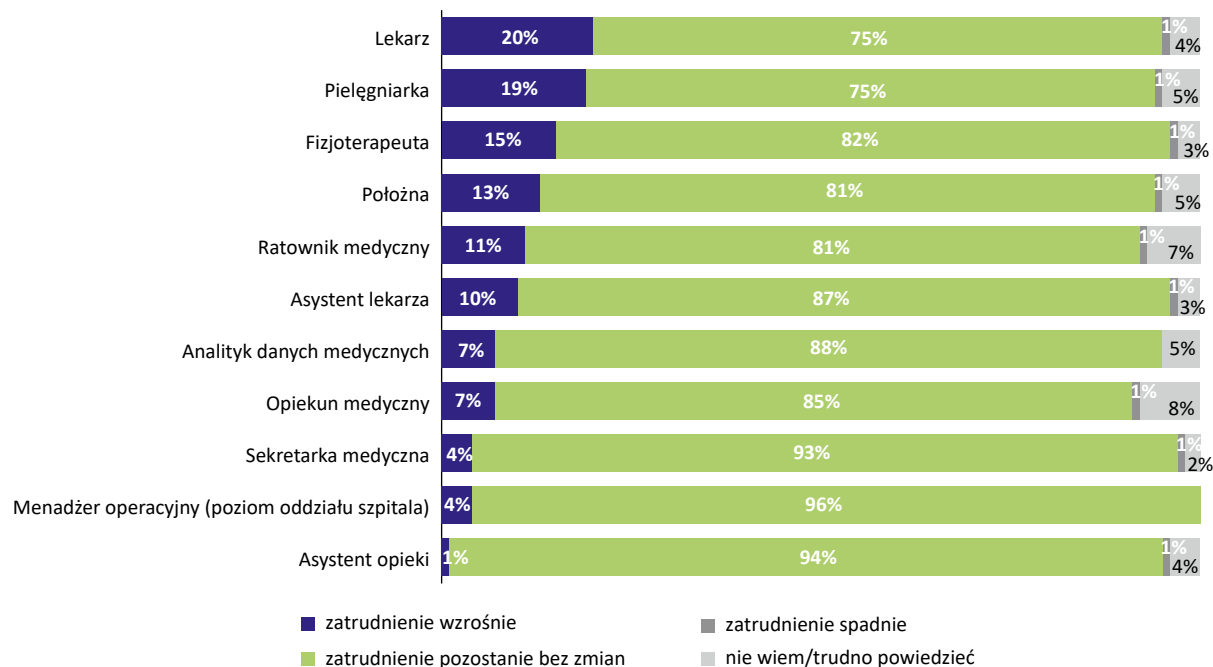
Tabela 24. Odsetek placówek zdrowotnych zatrudniających pracowników na wybranych stanowiskach niemedycznych (%)

	POZ (n = 411)	AOS (n = 72)	Szpitala (n = 61)	Ogółem (n = 564)
Menadżer operacyjny (poziom całej jednostki)	11%	13%	48%	15%
Menadżer operacyjny (poziom oddziału szpitala)	–	–	44%	–
Analitik danych medycznych	13%	7%	57%	17%
Sekretarka medyczna	44%	43%	77%	47%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania ilościowego z pracodawcami (n = 564).

Pracodawcy w zdecydowanej większości nie spodziewają się zmian w poziomie zatrudnienia na kluczowych stanowiskach ani w ciągu roku, ani pięciu lat. Ci pracodawcy, którzy przewidują wzrost zatrudnienia, najczęściej czynią to w odniesieniu do lekarzy i pielęgniarek (około 20% wskazań), a w dalszej kolejności do innych stanowisk medycznych, takich jak: fizjoterapeuta, położna, ratownik medyczny (do 15% wskazań). Bardzo mała część pracodawców przewiduje wzrost zapotrzebowania na stanowiska niemedyczne, takie jak sekretarki medyczne, menadżerowie operacyjni czy asystenci opieki.

Wykres 10. Poziom zapotrzebowania na pracowników na poszczególnych stanowiskach w ciągu najbliższych pięciu lat (% wskazań pracodawców)



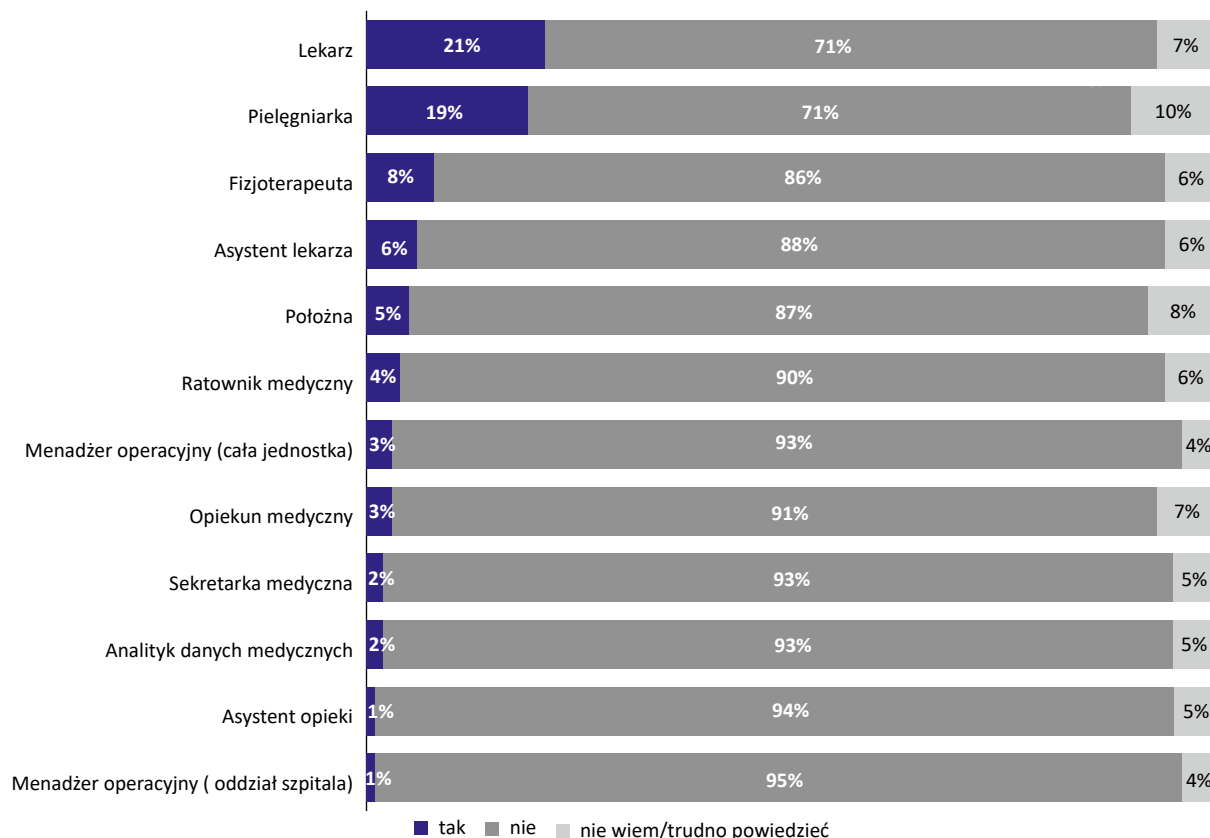
Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania ilościowego z pracodawcami (n = 564).

Powyższe zestawienie uwzględnia opinie tylko tych pracodawców, którzy zatrudniają już u siebie pracowników na wybranych stanowiskach⁵⁷. W przypadku nowych zawodów ma to ten minus, że nie pozwala pokazać ich możliwego upowszechnienia w placówkach, które do tej pory takich pracowników nie miały.

Żeby uzupełnić te dane, można posłużyć się innym zestawieniem, jednak odnosi się ono tylko do perspektywy roku. Wszystkich pracodawców zapytano o to, czy rozważają zatrudnienie pracowników na kluczowych stanowiskach w ciągu następnych 12 miesięcy. Uzyskany rozkład jest bardzo podobny, z jednej strony pokazuje przewidywany stabilny poziom zatrudnienia w większości placówek, z drugiej – tę samą hierarchię potrzeb w placówkach, które planują zwiększyć zatrudnienie. Placówki przede wszystkim poszukują kadry medycznej, na czele z lekarzami i pielęgniarkami. Zatrudnienie pracowników na stanowiskach niemedycznych planuje niewiele placówek.

⁵⁷ Oznacza to, że np. pracodawcy niezatrudniający w momencie badania opiekunów medycznych, nie byli pytani o przewidywaną zmianę zatrudnienia na tym stanowisku w przyszłości.

Wykres 11. Plany zatrudnienia pracowników na wybranych stanowiskach w ciągu kolejnych 12 miesięcy (%)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania ilościowego z pracodawcami (n = 564).

2.5.3. Kluczowe kompetencje kadry medycznej

Narzędziem służącym opisaniu i ocenie kompetencji są tzw. profile kompetencyjne, czyli opracowane w badaniu jakościowym listy ważnych dla danego stanowiska kompetencji. W sektorze opieki zdrowotnej takie profile przygotowano dla czterech stanowisk: menadżera operacyjnego oddziału szpitala/całej jednostki, analityka danych medycznych, asystenta (koordynatora) opieki oraz sekretarki medycznej.

Dla pozostałych stanowisk medycznych profili nie opracowano, dlatego że są to zawody regulowane. Kompetencje przynależne tym stanowiskom są już szczegółowo określone

odpowiednimi przepisami. Natomiast kierując się opracowaniami⁵⁸ i wskazówkami Sektorowej Rady ds. Kompetencji, zdecydowano, że w bilansie kompetencji zawodów medycznych zostaną wykorzystane cztery wymiary tzw. kompetencji kluczowych. Są nimi:

- wysoki poziom aktualnej wiedzy medycznej,
- umiejętność komunikowania się z pacjentem, wrażliwość na jego potrzeby,
- umiejętność pracy w zespole,
- kompetencje cyfrowe.

Wiedza medyczna

Kadra medyczna powinna być bardzo dobrze merytorycznie przygotowana do pracy z pacjentem. Wobec stałego postępu medycyny oznacza to konieczność ciągłego aktualizowania przez nią wiedzy specjalistycznej, w tym znajomości nowych narzędzi/technologii leczenia i sprawowania opieki nad pacjentem. W tym obszarze ważna jest także umiejętność krytycznej oceny własnych działań (lub działań zespołu) i wdrażania zmian na rzecz poprawy ich jakości.

Ta grupa kompetencji ma szczególne znaczenie wobec wyzwania, jakim jest wprowadzenie pomiaru efektów leczenia oraz płatności za wyniki.

Relacje z pacjentem

W badaniu jakościowym zwrócono uwagę, że umiejętności z zakresu dobrej współpracy z pacjentem są jednymi z bardziej niedocenianych wśród kadry medycznej. Tymczasem efekty leczenia w znacznym stopniu zależą od nawiązania dobrej komunikacji i relacji z pacjentami (choćby dlatego, że niezrozumienie i nieprzestrzeganie zaleceń to bardzo poważny problem). Podkreślano też, że kadry medyczne muszą wykazywać się postawą, którą można by nazwać nakierowaniem na potrzeby pacjenta, co w praktyce wiąże się m.in. z gotowością do przekazywania pacjentowi pełnej wiedzy na temat możliwych schematów leczenia (i ich konsekwencji) oraz dopasowania postępowania do jego preferencji. Łączy się to z tzw. „pacjentocentrycznym” podejściem do opieki zdrowotnej, w którym efekty leczenia, do jakich

⁵⁸ Szczególnie pomocny był tu raport Sektorowej Rady ds. Kompetencji, *Deficyty kompetencyjne kadr medycznych i okołomedycznych w placówkach medycznych, z uwzględnieniem nowych zadań związanych z epidemią COVID-19 wraz z rekomendacjami*, Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej, Warszawa 2021, <http://rada.pracodawcyrp.pl/wp-content/uploads/2021/05/Deficyty-kompetencyjne-kadr-medycznych-i-okolo%C5%82omedycznych-w-plac%C3%B3wkach-medycznych-4-1.pdf>

dąży kadra medyczna, powinny być ustalane z pacjentami. Muszą być one dla nich istotne, tzn. sprzyjać możliwie dobrej jakości życia (zgodnie z tym, jak ją rozumieją sami pacjenci).

W ramach badania Delphi eksperci ocenili, że szanse na istotne podniesienie umiejętności kadry medycznej w zakresie komunikowania się z pacjentami są niewielkie w perspektywie roku i umiarkowane w perspektywie pięciu lat⁵⁹. Za istotne dla rozwoju tych kompetencji uznano nie tylko kwestię zapewnienia odpowiedniej oferty szkoleń dla kadry medycznej, ale też zmianę kultury pracy w samych placówkach medycznych. Podkreślono jednak również, że dużą przeszkodą w podnoszeniu jakości relacji z pacjentami są po prostu braki kadrowe i duże przeciążenie kadry medycznej pracą.

Praca w zespole

Praca w systemie opieki zdrowotnej ma co do zasady charakter zespołowy i będzie się on jeszcze pogłębiał wraz z wprowadzeniem opieki koordynowanej oraz przekazywaniem części zadań innym zawodom, na zasadzie tzw. krzyżujących się kompetencji (te same czynności może wykonać np. lekarz, jego asystent, pielęgniarka albo ratownik medyczny, w zależności od potrzeb danego zespołu, a często nawet potrzeb chwili, związanych z obciążeniem pracą).

Dlatego też umiejętności dobrej komunikacji między pracownikami, współpracy w zintegrowanych zespołach, wspólnej (czy też otwartej na głosy wszystkich członków) oceny pracy zespołu należą do kluczowego zestawu kompetencji pracowników medycznych.

Kompetencje cyfrowe

Wraz z rozwojem nowych technologii w obszarze opieki zdrowotnej kadra medyczna będzie musiała okazać się gotowa do zmiany modelu pracy, a także musi nauczyć się korzystać w swojej praktyce zawodowej z wielu nowych narzędzi w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej, zdalnej opieki czy też wykorzystania informacji z baz danych i wyników analizy danych. Zmiana może być trudna nie tyle ze względu na konieczność technicznego opanowania nowych narzędzi, ale ze względu na wymóg zmiany ustalonego trybu pracy. Żeby zilustrować tą kwestię, eksperci podawali przykład oporu, z jakim wśród lekarzy spotkało się tak stosunkowo proste rozwiązanie jak e-recepta (twierdzili, że gdyby nie sytuacja pandemii, jej wdrożenie przebiegałoby dużo wolniej). Warto dodać, że w wywiadach dodatkowych odnotowano głos lekarza, który przyznawał, że z bardzo dużą niechęcią podchodził do e-recepty

⁵⁹ Średnia ocen ekspertów dla okresu obejmującego rok wyniosła 2,5 a dla okresu pięciu lat – 5,7. Skala ocen miała zakres od 0 do 10, gdzie 0 oznaczało, że wydarzenie nie nastąpi, a 10, że nastąpi na pewno.

i e-skierowania. Jednak po wdrożeniu się do pracy w nowym systemie uważa je za rozwiązania bardzo usprawniające pracę. Wskazuje to na fakt, że adaptacja nowych rozwiązań wymaga czasu. Zapewne im bardziej będą one złożone, czy też im bardziej będą zmieniać dotychczasowy model pracy, tym więcej czasu będzie potrzebne na ich upowszechnienie.

2.5.4. Główne wnioski z bilansu kompetencji

Bilans kompetencji oparty jest na badaniu ilościowym, w którym pracownicy oceniają poziom swoich kompetencji, a pracodawcy określają ich ważność, trudność w pozyskaniu oraz zmiany znaczenia w przyszłości.

I wymiar – niedopasowanie kompetencyjne⁶⁰

Skupiając się wyłącznie na kompetencjach niedoboru, relatywnie ważniejszych z punktu widzenia pracodawców i niżej ocenianych przez pracowników, możemy – w przypadku opieki zdrowotnej – podzielić je na dwie główne grupy. W grupie pierwszej mamy stanowiska, w odniesieniu do których nie stwierdzono kompetencji niedoboru (vide: pielęgniarka) lub też są one stosunkowo nieliczne (vide: ratownik medyczny, asystent lekarza, opiekun medyczny, manager na poziomie szpitala czy sekretarka medyczna). Stanowiska z drugiej grupy (vide: koordynator opieki/asystent opieki, analityk danych medycznych, położna) zawierają więcej kompetencji niedoboru, dotyczących ważnych umiejętności, kompetencji społecznych czy posiadanej wiedzy. W najbliższym czasie powinny zostać podjęte działania na rzecz rozwoju tych kompetencji. Powinny one jednak być poprzedzone konsultacjami z pracownikami, w ramach których personel mógłby wskazać swoje potrzeby w tym zakresie, a na tej podstawie pracodawca mógłby podjąć decyzję dotyczącą ewentualnych szkoleń.

Mogą one przyjmować różnorodne formy, od klasycznego szkolenia stacjonarnego lub online, poprzez mentoring w miejscu pracy aż do metod kreatywnych i opierających się na symulacjach

⁶⁰ Niedopasowanie kompetencyjne (*skills mismatch*) można najprościej zdefiniować jako różnice w poziomie kompetencji wymaganych przez pracodawców do pracy na danym stanowisku i kompetencji posiadanych przez zatrudnionych na nim. Kompetencje niedoboru – kompetencje relatywnie ważniejsze dla pracodawców przy relatywnie niższej samoocenie ich poziomu przez pracowników; kompetencje nadwyżkowe – kompetencje relatywnie mniej ważne dla pracodawców przy relatywnie wyższej samoocenie ich poziomu przez pracowników; kompetencje zrównoważone – kompetencje relatywnie ważniejsze dla pracodawców przy jednocześnie relatywnie wyższej samoocenie pracowników; kompetencje wystarczające – kompetencje mniej ważne dla pracodawców i jednocześnie niżej oceniane przez pracowników.

czy analizie studiów przypadku. Te ostatnie będą szczególnie przydatne dla osób wykonujących te zawody, w których problem stanowi efektywna komunikacja z pacjentem.

Wymiar II – luka kompetencyjna

Luka kompetencyjna w sektorze opieki zdrowotnej dotyczy w szczególności zawodu koordynatora/asystenta opieki, w przypadku którego aż 18 z 32 analizowanych kompetencji, to kompetencje relatywnie ważniejsze dla pracodawców i jednocześnie trudne do pozyskania na rynku. Należy również zauważyć, że wyniki badania wskazują na to, iż pracownicy branży OZ wykazują niższy poziom kompetencji społecznych, takich jak np. odpowiedzialność, samodzielność, empatia czy odporność psychiczna. Potwierdzają to także badania jakościowe. Braki w zakresie kompetencji społecznych mogą wynikać z wielu różnych powodów, np. nadmiernego obciążenia pracą, na co wskazywali eksperci w badaniu jakościowym, a w przypadku części pracowników starszych stażem w grę wchodzić może rutyna, a także przyzwyczajenie do hierarchicznych relacji w podmiotach systemu opieki zdrowotnej. Wydaje się, że konieczne są zmiany, które spowodują już na poziomie kształcenia przygotowanie kompetencyjne zgodne z zapotrzebowaniem pracodawców.

Wymiar III – kompetencje przyszłości

W opinii pracodawców w przypadku zawodów medycznych wzrastać będzie znaczenie kompetencji związanych ze śledzeniem i analizowaniem wyników badań naukowych, umiejętnościami zrozumiałego dla pacjenta przekazywania komunikatów i zaleceń, a także edukacji pacjentów. Także umiejętność empatycznego podejścia do pacjenta będzie zyskiwać na znaczeniu. Wskazane powyżej kwestie są wspólne dla większości zawodów w opiece zdrowotnej. Oczywiście istnieją również kompetencje specyficzne dla określonego zawodu, których znaczenie wzrośnie, np. dla koordynatora opieki – te związane z przepływem informacji, czy dla managerów operacyjnych – związane z zarządzaniem.

Specyficzne umiejętności są również wymagane w przypadku kształtujących się nowych zawodów, np. analityka danych medycznych. Zdaniem pracodawców w przypadku tego stanowiska wzrastać będzie znaczenie takich kompetencji jak wiedza i umiejętności związane z eksploracją danych medycznych.

W rozdziale 4. raportu przedstawiono wyniki bilansu dla poszczególnych stanowisk, natomiast w Tabeli 25. zamieszczono zbiorczo najważniejsze z punktu widzenia badania wyniki bilansu dla poszczególnych zawodów.

Tabela 25. Bilans kompetencji – opieka zdrowotna – najważniejsze wyniki

Stanowisko	Wymiar I: niedopasowanie kompetencyjne (wyłącznie kompetencje niedoboru)	Wymiar II: luka kompetencyjna	Wymiar III: kompetencje przyszłości
Lekarz	Umiejętność zrozumiałego formułowania komunikatów i przekazywania pacjentom zaleceń Umiejętność okazywania empatii i zrozumienia w sytuacjach trudnych dla pacjenta Umiejętności z zakresu dobrej komunikacji między pracownikami	nie występuje	Umiejętność śledzenia i analizowania wyników najnowszych badań naukowych Umiejętność wykorzystania wyników badań naukowych w praktyce (zmiana terapii/wprowadzanie nowych terapii wynikających z postępu naukowego w dziedzinie) Umiejętności prowadzenia zdalnej opieki nad pacjentem (zdalnego diagnozowania i leczenia, monitorowania stanu zdrowia pacjenta) Umiejętności korzystania z internetowych baz danych i wyszukiwania informacji w celu zdobycia wiedzy potrzebnej do poprawy opieki nad pacjentem Umiejętności korzystania z rozwiązań służących do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej
Pielęgniarka	nie występują	nie występuje	Umiejętność śledzenia i analizowania wyników najnowszych badań naukowych Umiejętność wykorzystania wyników badań naukowych w praktyce (zmiana terapii/wprowadzanie nowych terapii wynikających z postępu naukowego w dziedzinie) Umiejętność zrozumiałego formułowania komunikatów i przekazywania zaleceń dla pacjentów Umiejętność edukowania pacjentów, przekazywania wiedzy medycznej w sposób zrozumiały Umiejętności prowadzenia zdalnej opieki nad pacjentem (zdalnego diagnozowania i leczenia, monitorowania stanu zdrowia pacjenta) Umiejętności korzystania z internetowych baz danych i wyszukiwania informacji w celu zdobycia wiedzy potrzebnej do poprawy opieki nad pacjentem Umiejętności korzystania z rozwiązań służących do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej
Położna	Umiejętność śledzenia i analizowania wyników najnowszych badań naukowych Umiejętność okazywania empatii i zrozumienia w sytuacjach trudnych dla pacjenta	nie występuje	Umiejętność śledzenia i analizowania wyników najnowszych badań naukowych Umiejętność wykorzystania wyników badań naukowych w praktyce (zmiana terapii/wprowadzanie nowych terapii/wynikających z postępu naukowego w dziedzinie)

Stanowisko	Wymiar I: niedopasowanie kompetencyjne (wyłącznie kompetencje niedoboru)	Wymiar II: luka kompetencyjna	Wymiar III: kompetencje przyszłości
	Umiejętności z zakresu dobrej komunikacji między pracownikami, współpracy w zintegrowanych zespołach Umiejętności prowadzenia zdalnej opieki nad pacjentem (zdalnego diagnozowania i leczenia, monitorowania stanu zdrowia pacjenta)		Umiejętność krytycznej oceny swoich działań i wdrażania zmian poprawiających ich jakość Umiejętność zrozumiałego formułowania komunikatów i przekazywania zaleceń dla pacjentów Umiejętność okazywania empatii i zrozumienia w sytuacjach trudnych dla pacjenta Umiejętności prowadzenia zdalnej opieki nad pacjentem (zdalnego diagnozowania i leczenia, monitorowania stanu zdrowia pacjenta) Umiejętności korzystania z internetowych baz danych i wyszukiwania informacji w celu zdobycia wiedzy potrzebnej do poprawy opieki nad pacjentem Umiejętności korzystania z rozwiązań służących do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej
Ratownik medyczny	Umiejętności z zakresu dobrej komunikacji między pracownikami	Umiejętności w zakresie dobrej komunikacji między pracownikami, współpracy w zintegrowanych zespołach	Umiejętność śledzenia i analizowania wyników najnowszych badań naukowych Umiejętność wykorzystania wyników badań naukowych w praktyce (zmiana terapii/wprowadzanie nowych terapii wynikających z postępu naukowego w dziedzinie) Umiejętność krytycznej oceny swoich działań i wdrażania zmian poprawiających ich jakość Umiejętność edukowania pacjentów, przekazywania wiedzy medycznej w sposób zrozumiały Umiejętność okazywania empatii i zrozumienia w sytuacjach trudnych dla pacjenta Umiejętność wspólnej (otwartej na głosy wszystkich członków) oceny pracy zespołu Umiejętności prowadzenia zdalnej opieki nad pacjentem (zdalnego diagnozowania i leczenia, monitorowania stanu zdrowia pacjenta)
Asystent lekarza	Umiejętność współpracy w zintegrowanych zespołach Umiejętność wspólnej (otwartej na głosy wszystkich członków) oceny pracy zespołu	nie występuje	Umiejętności prowadzenia zdalnej opieki nad pacjentem (zdalnego diagnozowania i leczenia, monitorowania stanu zdrowia pacjenta) Umiejętności korzystania z internetowych baz danych i wyszukiwania informacji w celu zdobycia wiedzy potrzebnej do poprawy opieki nad pacjentem
Opiekun medyczny	Umiejętność współpracy w zintegrowanych zespołach Umiejętność wspólnej (otwartej na głosy wszystkich członków) oceny pracy zespołu	nie występuje	Umiejętności korzystania z rozwiązań służących do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej Umiejętność śledzenia i analizowania wyników najnowszych badań naukowych

Stanowisko	Wymiar I: niedopasowanie kompetencyjne (wyłącznie kompetencje niedoboru)	Wymiar II: luka kompetencyjna	Wymiar III: kompetencje przyszłości
			Umiejętność wykorzystania wyników badań naukowych w praktyce (zmiana terapii/ wprowadzanie nowych terapii wynikających z postępu naukowego w dziedzinie) Umiejętność zrozumiałego formułowania komunikatów i przekazywania zaleceń dla pacjentów Umiejętność edukowania pacjentów, przekazywania wiedzy medycznej w sposób zrozumiały Umiejętność okazywania empatii i zrozumienia w sytuacjach trudnych dla pacjenta Umiejętności dobrej komunikacji między pracownikami Umiejętność wspólnej (otwartej na głosy wszystkich członków) oceny pracy zespołu Umiejętności prowadzenia zdalnej opieki nad pacjentem (zdalnego diagnozowania i leczenia, monitorowania stanu zdrowia pacjenta)
Fizjoterapeuta	Umiejętność wykorzystania wyników badań naukowych w praktyce (zmiana terapii/wprowadzanie nowych terapii wynikających z postępu naukowego w danej dziedzinie) Umiejętność krytycznej oceny własnych działań i wdrażania zmian poprawiających ich jakość Umiejętność okazywania empatii i zrozumienia w sytuacjach trudnych dla pacjenta Umiejętność/gotowość do włączania pacjentów do procesu decydowania o leczeniu	nie występuje	Umiejętność śledzenia i analizowania wyników najnowszych badań naukowych Umiejętność wykorzystania wyników badań naukowych w praktyce (zmiana terapii/wprowadzanie nowych terapii wynikających z postępu naukowego w dziedzinie) Umiejętność edukowania pacjentów, przekazywania wiedzy medycznej w sposób zrozumiały Umiejętności prowadzenia zdalnej opieki nad pacjentem (zdalnego diagnozowania i leczenia, monitorowania stanu zdrowia pacjenta) Umiejętności korzystania z internetowych baz danych i wyszukiwania informacji w celu zdobycia wiedzy potrzebnej do poprawy opieki nad pacjentem
Koordynator opieki	Znajomość języka opisu dokumentacji medycznej Umiejętność nadzorowania/pomagania pacjentowi w przyjmowaniu leków Umiejętność informowania lekarza o stanie zdrowotnym pacjenta, w tym o jego reakcji na przepisane leki Empatia i życzliwość	Znajomość ścieżki leczenia choroby i zapobiegania zaostrzeniu się stanu chorobowego Wiedza o świadczeniach medycznych, do jakich uprawniony jest pacjent Znajomość języka opisu dokumentacji medycznej Wiedza o aktualnym stanie zdrowotnym pacjenta (w tym o stanie psychicznym) Znajomość potrzeb zdrowotnych pacjenta	Znajomość specyfiki choroby, jej typowego przebiegu, czynników zaostrzających stan chorobowy Znajomość ścieżki leczenia choroby i zapobiegania zaostrzeniu się stanu chorobowego Znajomość organizacji systemu ochrony zdrowia i ram instytucjonalnych, w jakich świadczona jest pomoc Znajomość podstaw wiedzy psychologicznej ułatwiających komunikowanie się z pacjentami

Stanowisko	Wymiar I: niedopasowanie kompetencyjne (wyłącznie kompetencje niedoboru)	Wymiar II: luka kompetencyjna	Wymiar III: kompetencje przyszłości
	Samodzielność, umiejętność podejmowania decyzji i rozwiązywania problemów Odporność psychiczna Otwartość na wiedzę, ciekawość Umiejętności przywódcze – wspieranie pacjentów i ich otoczenia, prowadzenie ich i motywowanie do przezwycięzania trudności zdrowotnych	Posiadanie podstaw wiedzy psychologicznej ułatwiającej komunikowanie się z pacjentami Znajomość zasad korzystania z narzędzi monitorujących stan zdrowia pacjenta (także w trybie zdalnym) Umiejętność udzielania podstawowych porad Umiejętność nadzorowania i pomagania pacjentowi w przyjmowaniu leków Umiejętność informowania lekarza o stanie zdrowotnym pacjenta, w tym o jego reakcji na przepisane leki Dbłość o komunikację i przepływ informacji pomiędzy specjalistami Empatia i życzliwość Odpowiedzialność Samodzielność, umiejętność podejmowania decyzji i rozwiązywania problemów Odporność psychiczna Otwartość na wiedzę, ciekawość Umiejętności przywódcze – wspieranie pacjentów i ich otoczenia, prowadzenie ich i motywowanie do przezwycięzania trudności zdrowotnych Umiejętność współpracy, współdziałania (z pacjentami i ich otoczeniem, personelem medycznymi i pracownikami innych sektorów, zaangażowanymi we wsparcie pacjenta)	Znajomość zasad korzystania z narzędzi monitorujących stan zdrowia pacjenta (także w trybie zdalnym) Umiejętność nadzorowania i pomagania pacjentowi w przyjmowaniu leków Umiejętność doradzenia i umówienia konsultacji u specjalisty Umiejętność czytania i interpretowania dokumentacji medycznej Umiejętność informowania lekarza o stanie zdrowotnym pacjenta, w tym o jego reakcji na przepisane leki Umiejętność koordynowania wizyt u specjalistów Dbłość o komunikację i przepływ informacji pomiędzy specjalistami Umiejętność wsparcia psychicznego pacjenta Umiejętność prowadzenia poradnictwa/edukacji z zakresu profilaktyki (zapobiegania zaostrzeniu się stanu chorobowego, rozwinięcia chorób towarzyszących) Umiejętność zorganizowania wsparcia rodziny i szerszego otoczenia sąsiadów, pracowników socjalnych, szkoły itd. Umiejętność komunikacji zdalnej z pacjentem (rozpoznawania stanu pacjenta, prowadzenia poradnictwa. Empatia i życzliwość
Menadżer operacyjny (jednostka)	Umiejętność zasad wykonywania analizy ekonomicznej w celu określenia ponoszonych kosztów i opłacalności wdrażanych projektów i procesów Znajomość zasad prowadzenia gospodarki materiałowej w szpitalu	Znajomość zasad sporządzania rachunków kosztów, w tym dla celów budżetowania Znajomość zasad wykonywania analizy ekonomicznej dla określenia ponoszonych kosztów i opłacalności wdrażanych projektów i procesów Odpowiedzialność	Znajomość zasad zarządzania jednostkami gospodarczymi, w tym zarządzania zespołami pracowników Znajomość zasad zarządzania procesami w organizacji Znajomość przedmiotowego zakresu działalności leczniczej prowadzonej w jednostce (zarówno od strony teoretycznej, jak i praktycznej) Znajomość przebiegu procesu diagnostyczno-terapeutycznego (jego etapów, potrzebnych zasobów kadrowych i materialnych) Znajomość ryzyka dla efektywności procesu diagnostyczno-terapeutycznego prowadzonego w jednostce

Stanowisko	Wymiar I: niedopasowanie kompetencyjne (wyłącznie kompetencje niedoboru)	Wymiar II: luka kompetencyjna	Wymiar III: kompetencje przyszłości
			Znajomość przepisów prawa odnoszących się do działalności jednostki Znajomość zasad wykonywania analizy ekonomicznej dla określenia ponoszonych kosztów i opłacalności wdrażanych projektów i procesów Umiejętność analizowania i kontrolowania kosztów działalności jednostki Umiejętność pozyskiwania dodatkowej wiedzy, przydatnej do identyfikowania i rozwiązywania problemów organizacyjnych w ramach procesu diagnostyczno- terapeutycznego Umiejętność współpracy z przedstawicielami innych komórek organizacyjnych szpitala lub innych podmiotów Odpowiedzialność Odporność na stres i dynamikę pracy Zorientowanie na rezultaty
Menadżer operacyjny (oddział)	Znajomość przedmiotowego zakresu działalności leczniczej prowadzonej w jednostce (zarówno od strony teoretycznej, jak i praktycznej) Znajomość przebiegu procesu diagnostyczno-terapeutycznego (jego etapów, potrzebnych zasobów kadrowych i materialnych) Znajomość możliwości, jakie niosą ze sobą nowe technologie w zakresie usprawniania procesu diagnostyczno-terapeutycznego oraz zarządzania jednostką Odpowiedzialność Odporność na stres i dynamikę pracy	Znajomość przedmiotowego zakresu działalności leczniczej prowadzonej w jednostce (zarówno od strony teoretycznej, jak i praktycznej) Znajomość przebiegu procesu diagnostyczno-terapeutycznego (jego etapów, potrzebnych zasobów kadrowych i materialnych) Znajomość możliwości, jakie niosą ze sobą nowe technologie w zakresie usprawniania procesu diagnostyczno-terapeutycznego oraz zarządzania jednostką Odpowiedzialność Samodzielność, umiejętność podejmowania decyzji i rozwiązywania problemów Zorientowanie na rezultaty	Znajomość zasad zarządzania jednostkami gospodarczymi, w tym zarządzania zespołami pracowników Znajomość zasad zarządzania procesami w organizacji Znajomość przedmiotowego zakresu działalności leczniczej prowadzonej w jednostce (zarówno od strony teoretycznej, jak i praktycznej) Znajomość możliwości, jakie niosą ze sobą nowe technologie w zakresie usprawniania procesu diagnostyczno-terapeutycznego oraz zarządzania jednostką Znajomość przepisów prawa odnoszących się do działalności jednostki Znajomość przepisów dotyczących zamówień publicznych Umiejętność analizowania i kontrolowania kosztów działalności jednostki Umiejętność pozyskiwania dodatkowej wiedzy przydatnej do identyfikowania i rozwiązywania problemów organizacyjnych w ramach procesu diagnostyczno- terapeutycznego Umiejętność wdrażania usprawnień do pracy jednostki (w szpitalu w porozumieniu z ordynatorem i dyrekcją) Umiejętność informowania personelu o stanie realizacji zadań przez jednostkę, w tym o trudnościach w tym zakresie i podjętych działaniach naprawczych

Stanowisko	Wymiar I: niedopasowanie kompetencyjne (wyłącznie kompetencje niedoboru)	Wymiar II: luka kompetencyjna	Wymiar III: kompetencje przyszłości
			Umiejętność zapewnienia dostaw niezbędnego wyposażenia z zachowaniem przepisów o zamówieniach publicznych Umiejętność oceny stanu zapasów materiałowych Umiejętność weryfikacji harmonogramu pracy kadry medycznej jednostki (kadry udzielającej świadczeń medycznych) Samodzielność, umiejętność podejmowania decyzji i rozwiązywania problemów Odporność na stres i dynamikę pracy Zorientowanie na rezultaty Komunikatywność oraz umiejętność współpracy, współdziałania
Sekretarka medyczna	Znajomość zasad korzystania z systemów informatycznych obsługujących działalność jednostki	nie występuje	Znajomość przedmiotowego zakresu działalności leczniczej prowadzonej w jednostce Znajomość procedur medycznych wykonywanych w jednostce Znajomość zasad, wg których rozliczana jest działalność podmiotów ochrony zdrowia z NFZ (model JGP – jednorodnych grup pacjentów) Znajomość międzynarodowej klasyfikacji chorób Znajomość zasad przetwarzania danych osobowych Znajomość zasad zachowania tajemnicy służbowej Znajomość zasad korzystania z systemów informatycznych obsługujących działalność jednostki Umiejętność wypełniania dokumentacji medycznej, w tym w wersji elektronicznej (historia choroby, wyniki badań, skierowania) Umiejętność kontrolowania kompletności dokumentacji medycznej Umiejętność wypełniania dokumentacji związanej z raportowaniem z działalności placówki (rozliczaniem świadczeń) Umiejętność przechowywania i archiwizowania dokumentacji medycznej pacjentów
Analityk danych medycznych	Umiejętność eksplorowania danych klinicznych Umiejętność wyciągania znaczących statystycznie wniosków nt. wyników leczenia oraz efektywności procesu diagnostyczno-leczniczego	Znajomość zasadniczych elementów procesów diagnostyczno-leczniczych (zaangażowany personel, stosowana aparatura, rodzaje czynności, stosowane leki) Znajomość zasad eksploracji danych klinicznych	Znajomość zasad eksploracji danych klinicznych Znajomość zasad, wg których prowadzona jest dokumentacja medyczna Znajomość zasad, wg których rozliczana jest działalność podmiotów ochrony zdrowia z NFZ (model JGP – jednorodnych grup pacjentów)

Stanowisko	Wymiar I: niedopasowanie kompetencyjne (wyłącznie kompetencje niedoboru)	Wymiar II: luka kompetencyjna	Wymiar III: kompetencje przyszłości
	Umiejętność identyfikowania wąskiego gardła procesu diagnostyczno-leczniczego Umiejętność przygotowania wniosków, prezentowania danych w sposób możliwy do wykorzystania przez lekarzy oraz osoby zarządzające procesem diagnostyczno-leczniczym Umiejętność pozyskiwania nowej wiedzy nt. procedur medycznych oraz organizacji procesu diagnostyczno-leczniczego Umiejętność pozyskiwania wiedzy na temat nowych rozwiązań i narzędzi w swojej dziedzinie Otwartość na wiedzę, ciekawość		Znajomość zasad analizy/wnioskowania statystycznego Znajomość zasad przetwarzania i analizowania dużych zbiorów danych (Big data) Znajomość współczesnych narzędzi analitycznych klasy business intelligence oraz artificial intelligence Umiejętność zastosowania narzędzi analitycznych do wykorzystania danych jednostki i baz danych w przestrzeni wirtualnej Umiejętność wyciągania znaczących statystycznie wniosków nt. wyników leczenia oraz efektywności procesu diagnostyczno-leczniczego Umiejętność pozyskiwania nowej wiedzy nt. procedur medycznych oraz organizacji procesu diagnostyczno-leczniczego Umiejętność pozyskiwania wiedzy na temat nowych rozwiązań i narzędzi w swojej dziedzinie Otwartość na wiedzę, ciekawość Innowacyjność

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania ilościowego (N = 564).

3. Sektor pomocy społecznej

3.1 Główne wnioski z badania w sektorze pomocy społecznej

Sytuacja w sektorze

- Spada liczba osób i rodzin objętych pomocą społeczną. Według danych pozyskanych przez GUS w 2010 r. różnego rodzaju świadczenia pomocy społecznej otrzymywało 514 osób na 10 tys. ludności, natomiast w 2020 r. już tylko 287 osób.
- Zdaniem ekspertów, którzy wzięli udział w badaniach jakościowych zmienia się profil klienta, któremu udzielane jest wsparcie – rośnie znaczenie klientów potrzebujących świadczeń z zakresu pomocy społecznej ze względu na stan zdrowia, niepełnosprawność, związaną często z wiekiem, maleje natomiast znaczenie ubóstwa czy bezrobocia jako przyczyn przyznania wsparcia. Rośnie więc relatywne znaczenie świadczeń przyznawanych niezależnie od poziomu dochodu.

3.1.2. Wyzwania i kierunki zmian dla sektora pomocy społecznej

- Zdaniem ekspertów biorących udział w wywiadach jakościowych kluczowym długookresowym trendem kształtującym sytuację w sektorze jest starzenie się populacji. W związku z tym, eksperci wskazywali, że kluczowym kierunkiem zmian jest zatem wzrost dostępności specjalistów świadczących usługi asystenckie i opiekuńcze dla rosnącej grupy osób starszych, w tym z ograniczeniami w codziennym funkcjonowaniu. Natomiast pracodawcy w ramach badania ilościowego wskazywali na ograniczone możliwości zatrudniania nowych pracowników w tym obszarze – zaledwie 9% pracodawców w perspektywie roku i 12% w perspektywie pięciu lat planuje zwiększyć stan zatrudnienia w swoich jednostkach w przyszłości.
- W opinii ekspertów zmiany demograficzne wskazują na kierunki zmian związane z integracją pomocy społecznej i ochrony zdrowia, indywidualizacją i personalizacją wsparcia, pozwalającą elastycznie reagować na potrzeby klientów oraz z reorganizacją systemu w kierunku usług świadczonych w środowiskach lokalnych. Część z tych wyzwań dostrzegana jest przez pracodawców w ramach badania ilościowego, np. integracja systemu pomocy społecznej z ochroną zdrowia (42% wskazań), indywidualizacja i personalizacja

wsparcia (37%). Jednak działania dostosowawcze do wymienionych wyzwań nie są zwykle podejmowane i koncentrują się na sytuacji doraźnej w systemie pomocy społecznej, obecnie związanej z zapewnieniem wsparcia w sytuacji pandemii COVID-19 (81% wskazań).

- Pandemia COVID-19 to w perspektywie krótkoterminowej jedno z kluczowych wyzwań, mających istotne konsekwencje dla systemu pomocy społecznej. W ujęciu krótkoterminowym miały one głównie negatywny charakter (58% wskazań w ilościowym badaniu pracodawców), związany z brakami kadrowymi będącymi wynikiem przebywania pracowników na kwarantannie (72%), zagrożeniami zdrowotnymi dla pracowników (71%), koniecznością dostosowania procedur do nowych warunków sanitarnych (70%) czy ogólną dezorganizacją pracy jednostek. W perspektywie długookresowej jednak dostrzega się także i pozytywne aspekty (37% wskazań), związane z nabywaniem przez pracowników nowych umiejętności, w tym cyfrowych, czy przetestowanie sposobów pracy w warunkach kryzysowych. Potrzebny kierunek zmian w tym obszarze dotyczy dostosowania systemu do pracy w warunkach kryzysowych, w tym z uwzględnieniem reżimu sanitarnego, tak aby zapewnić wysoką jakość i ciągłość wsparcia świadczonego na rzecz klientów.
- Zmiany cyfrowe to kolejna kategoria wyzwań stojących przed systemem pomocy społecznej. Pracownicy i pracodawcy⁶¹ postrzegają to wyzwanie głównie przez pryzmat usprawnienia obiegu dokumentów pomiędzy różnymi stronami procesu wsparcia. Jedynie eksperci podkreślają szerszą skalę wpływu, wskazującą na długookresowy kierunek zmian dotyczący wykorzystania nowych technologii w procesie świadczenia usług czy wprost pojawienia się nowych usług opartych na nowych technologiach i sztucznej inteligencji.

3.1.3. Sytuacja i wyzwania w zakresie kadry

Stan zatrudnienia i zapotrzebowanie na pracowników

- W ciągu ostatniego roku w jednostkach, które reprezentowali badani pracodawcy, przybyło zatrudnionych osób, zarówno w ramach zatrudnienia na podstawie umowy o pracę, jak i innych umów. Jednak nie był to wzrost znaczny: 2,7% ogółem w stosunku do sytuacji sprzed 12 miesięcy, 2,5% dla umów o pracę i 3,8% dla pozostałych typów umów. Zwiększenie zatrudnienia było zatem niewielkie.
- Zdaniem ekspertów i pracodawców dostępność finansowania, a także znaczenie polityki społecznej na poziomie lokalnym są kluczowymi czynnikami warunkującymi możliwości

⁶¹ Dane pozyskane w ramach pogłębionych wywiadów jakościowych.

zatrudnienia dodatkowych pracowników, rozszerzenia katalogu świadczonych usług, wdrożenia nowych metod pracy czy pojawienia się nowych ról zawodowych w systemie.

- Zaledwie 1/5 pracodawców poszukiwała pracowników w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Co więcej, zarówno w perspektywie roku, jak i pięciu lat zdecydowana większość pracodawców wskazuje na brak planowanych zmian w zakresie stanu zatrudnienia, a zaledwie co dziesiąty pracodawca wskazywał na możliwość zwiększenia liczby pracowników. Ogólny wniosek jest taki, że w przeważającej większości pracodawcy nie rozważają możliwości zatrudnienia nowych pracowników w ramach jakichkolwiek ról zawodowych.
- Pracodawcy, którzy jednak poszukują nowych pracowników, najczęściej chcieliby zatrudnić opiekunów (44% wskazań), asystentów różnych grup (26%) i pracowników socjalnych (24%). Problemy z rekrutacją związane są z niskimi wynagrodzeniami oraz złym wizerunkiem pomocy społecznej. Niedobory kadrowe dotyczą obecnie głównie napływu do systemu. Pracownicy zatrudnieni w systemie w przeważającej części nie poszukują nowej pracy i nie planują jej zmieniać.
- Występuje pewna rozbieżność pomiędzy ekspertami i pracodawcami systemu w zakresie oceny zapotrzebowania na nowych pracowników. Eksperti wskazywali na duży niedobór kadr o odpowiednich kwalifikacjach, natomiast w przypadku pracodawców problem ten nie został wyraźnie zaznaczony. Rozbieżność ta może wynikać z faktu, że eksperci w większości dokonywali oceny z perspektywy zapotrzebowania różnych grup ludności na usługi świadczone w ramach pomocy społecznej, zaś pracodawcy w odniesieniu do realiów funkcjonowania systemu.

Zapotrzebowanie kompetencyjne w sektorze

- Katalog kompetencji, na które jest duże zapotrzebowanie w systemie, a których obecnie brakuje, obejmuje zdaniem badanych ekspertów: wiedzę i umiejętności w zakresie nowych metod pracy, zarządzanie przypadkami (*case management*), kompetencje miękkie w pracy z klientem, kompetencje menadżerskie, kompetencje związane z budowaniem partnerskich relacji w środowiskach objętych wsparciem oraz z klientami, kompetencje cyfrowe.

Nowe role zawodowe

- Eksperti wskazują na potrzebę uporządkowania nowych ról zawodowych pod kątem realizowanych zadań i zakresów obowiązków, powstałych w ramach tworzenia nowych metod i sposobów pracy z osobami potrzebującymi wsparcia oraz ich rodzinami. Nowe role zawodowe, na które wzrośnie zapotrzebowanie, związane są głównie z zadaniami asystenckimi w zakresie wsparcia różnych grup ludności o określonych, specjalistycznych potrzebach (np. asystent osoby starszej, asystent osoby z niepełnosprawnościami).

- Pracodawcy w badaniu ilościowym wskazują natomiast w większości na brak perspektyw związanych ze zwiększeniem zatrudnienia w nowych rolach zawodowych w systemie w przyszłości – 78% wskazań. Wynika on głównie z ograniczonych środków finansowych i pozycji pomocy społecznej w polityce publicznej, zarówno na poziomie krajowym, jak i lokalnym.

System kształcenia kadr

- Zdaniem ekspertów kluczowe wyzwania systemu kształcenia kadr dotyczą: zmniejszającej się liczby studentów na kierunkach związanych z pracą socjalną, rozproszenia i fragmentaryczności pozaformalnego systemu kształcenia kadr, braku systemu stopniowego nabywania umiejętności przez nowych pracowników systemu oraz braku edukatorów o odpowiednich kompetencjach. Kierunkiem zmian w tym obszarze jest zatem wieloaspektowa reorganizacja systemu zmian w celu jego większego powiązania z praktyką działania jednostek pomocy społecznej.

Zadowolenie z pracy

- Ankietowani pracownicy zatrudnieni na kluczowych stanowiskach są w przeważającej większości zadowoleni z wykonywanej pracy (91% wskazań) i jej różnych aspektów, w tym z poziomu wynagrodzenia (72%). Wskazują także na możliwość realizacji własnych pomysłów (88%), poczucie sensu w pracy (98%), bezpieczeństwo zatrudnienia (93%) czy możliwość rozwoju (88%). W przypadku bardziej negatywnych aspektów wskazywane jest przeciążanie zadaniami (55% wskazań), negatywny wpływ pracy na zdrowie (37%), a także konieczność wykonywania zadań, w stosunku do których nie mają kompetencji (46%). Problemem jest także niski prestiż zawodu. Eksperti w ramach badań jakościowych wskazali, że generalnie pozytywna ocena warunków pracy przez pracowników systemu wynika często faktu, że rozpoczynali oni swą ścieżkę zawodową z poczuciem misji, większe znaczenie ma dla nich sens wykonywanej pracy czy wizerunek pomocy społecznej niż wysoki poziom zarobków, który odnoszony jest do sytuacji na lokalnym rynku pracy. Natomiast inna sytuacja ma miejsce w przypadku kandydatów do pracy, dla których wynagrodzenie ma dużo większe znaczenie.

3.2. Krótka charakterystyka sektora

Pomoc społeczna wspiera osoby i rodziny w wysiłkach zmierzających do zaspokojenia niezbędnych potrzeb i umożliwia im życie w warunkach odpowiadających godności człowieka. Co więcej, zadaniem pomocy społecznej jest także zapobieganie trudnym sytuacjom

życiowym przez podejmowanie działań zmierzających do życiowego usamodzielnienia osób i rodzin oraz ich integracji ze środowiskiem. System pomocy społecznej jest regulowany głównie przez ustawę z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2020 r., poz. 1876 i 2369 oraz z 2021 r., poz. 794 i 803).

System pomocy społecznej tworzą organy administracji rządowej (minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego, wojewodowie) i samorządowej (marszałkowie województw, starostowie na poziomie powiatów oraz wójtowie, burmistrzowie (prezydenci miast) na poziomie gmin. Dodatkowo organy w realizacji zadań powinny współpracować na zasadzie partnerskiej z organizacjami pozarządowymi.

Zadania z zakresu pomocy społecznej realizowane są na każdym poziomie samorządu: gminy, powiatu, województwa. Na szczeblu centralnym koordynacja systemu sprawowana jest przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej. System funkcjonuje poprzez jednostki organizacyjne⁶² takie jak:

- regionalne ośrodki polityki społecznej (16 jednostek);
- powiatowe centra pomocy rodzinie (ok. 380 placówek);
- ośrodki pomocy społecznej (po jednym ośrodku w każdej gminie – 2,5 tys. placówek);
- domy pomocy społecznej (825 placówek);
- placówki specjalistycznego poradnictwa (299 placówek);
- ośrodki wsparcia (2362 placówki);
- ośrodki interwencji kryzysowej (171 placówek).

W sektorze tym w 2020 r. zatrudnionych było 138 066 osób. Najwięcej pracowników zatrudniały ośrodki pomocy społecznej (56 544) oraz domy pomocy społecznej (55 699).

⁶² Sprawozdanie MRiPS-03 za 2020 r.

Tabela 26. Zatrudnienie w sektorze pomocy społecznej w 2020 r.

Zatrudnienie	Liczba osób	W przeliczeniu na etaty
Ogółem	138 066	131 349,20
Służby wojewody realizujące zadania związane z pomocą społeczną	386	348,75
Regionalne ośrodki pomocy społecznej	1 002	980,98
Powiatowe centra pomocy rodzinie	7 407	7 070,83
Ośrodki pomocy społecznej	56 544	54 606,43
Domy pomocy społecznej	55 699	53 682,71
Placówki specjalistycznego poradnictwa	429	343,80
Ośrodki interwencji kryzysowej	810	651,30
Ośrodki wsparcia	15 846	13 664,40

Źródło: Dane na podstawie sprawozdania MRPiPS-03 za 2020 r.

System pomocy społecznej stoi w obliczu dużych przemian. Spada liczba osób i rodzin objętych pomocą społeczną. Podczas gdy w 2010 r. różnego rodzaju świadczenia pomocy społecznej⁶³ otrzymywało 514 osób na 10 tys. ludności, to w 2020 r. już tylko 287 osób. Widać więc wyraźny spadek.

⁶³ Świadczenia z pomocy społecznej dzielą się na:

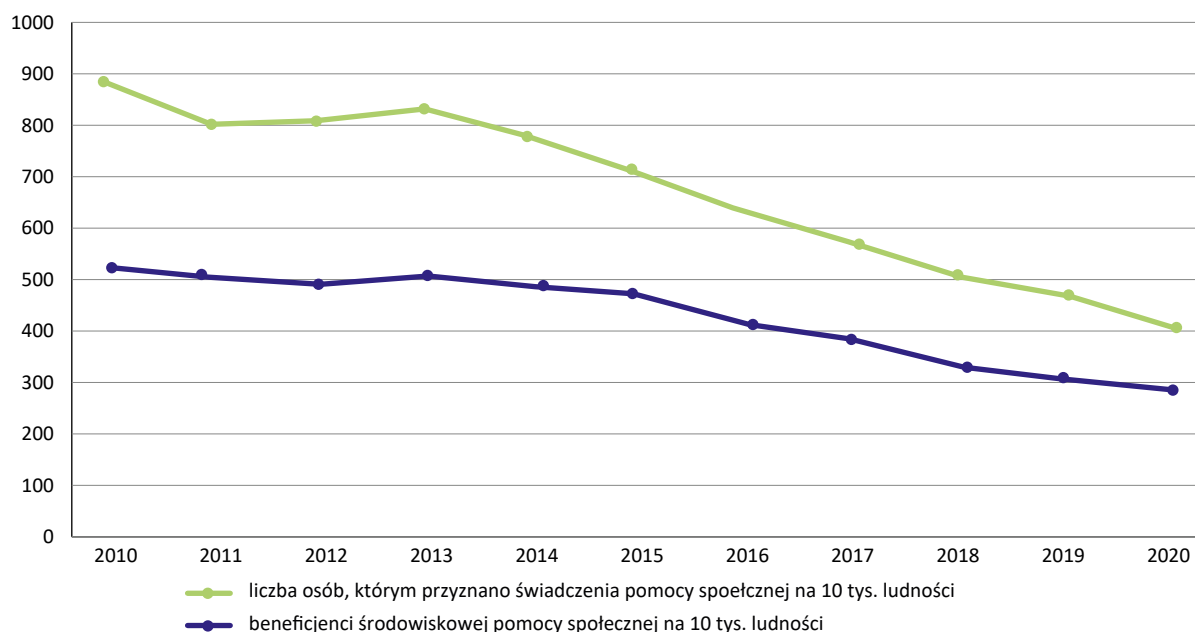
1. Świadczenia pieniężne:

- a) zasiłek stały,
- b) zasiłek okresowy,
- c) zasiłek celowy i specjalny zasiłek celowy,
- d) zasiłek i pożyczka na ekonomiczne usamodzielnienie,
- e) pomoc na usamodzielnianie oraz na kontynuowanie nauki,
- f) świadczenie pieniężne na utrzymanie i pokrycie wydatków związanych z nauką języka polskiego dla cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach,
- g) wynagrodzenie należne opiekunowi z tytułu sprawowania opieki przyznane przez sąd.

2. Świadczenia niepieniężne:

- a) praca socjalna,
- b) bilet kredytowy,
- c) składki na ubezpieczenie zdrowotne,
- d) składki na ubezpieczenie społeczne,
- e) pomoc rzeczowa, w tym na ekonomiczne usamodzielnienie,
- f) sprawienie pogrzebu,
- g) poradnictwo specjalistyczne,
- h) interwencja kryzysowa,
- i) schronienie,
- j) posiłek,
- k) niezbędne ubranie,
- l) usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania, w ośrodkach wsparcia oraz w rodzinnych domach pomocy,
- m) specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania oraz w ośrodkach wsparcia,
- n) mieszkanie chronione,
- o) pobyt w domu pomocy społecznej.

Wykres 12. Liczba osób, którym przyznano świadczenia pomocy społecznej na 10 tys. ludności (N) oraz beneficjenci środowiskowej pomocy społecznej na 10 tys. ludności (N)



Źródło: GUS, 2021.

Spadek ten wynika głównie z faktu, że wraz z poprawiającą się sytuacją materialną ludności część osób otrzymujących wsparcie w ramach systemu pomocy społecznej przekracza wyznaczony próg dochodowy (który zmienia się w stosunkowo niewielkim stopniu) i traci tym samym uprawnienia do świadczeń uzależnionych od dochodu. Dynamika korzystania z różnego typu świadczeń (pieniężnych i niepieniężnych) jest różna, w kontekście jednej formy zmniejszenie liczby korzystających jest widoczne bardziej, w innej zaś mniej, jednak ogółem – zarówno w odniesieniu do świadczeń pieniężnych, jak i niepieniężnych – notuje się spadek.

Spada także liczba beneficjentów środowiskowej pomocy społecznej. Kategoria ta obejmuje wszystkich członków gospodarstw domowych (a nie tylko tych, którym przyznano świadczenia), które w roku badania otrzymały przynajmniej raz jakąkolwiek pomoc świadczoną przez ośrodki pomocy społecznej – zarówno pieniężną, jak i niepieniężną. W populacji beneficjentów ujmuje się także osoby bezdomne korzystające z pomocy gminy. Wyraźnie widać, że w latach 2010–2020 liczba beneficjentów tego rodzaju pomocy na 10 tys. ludności znacząco spadła – z 867 osób w 2010 r. do 463 w 2019 r.

Dodatkowo zmienia się profil klienta, któremu udzielane jest wsparcie – zwiększa się znaczenie klientów potrzebujących świadczeń z pomocy społecznej ze względu na stan zdrowia, niepełnosprawność, związaną często z wiekiem, maleje natomiast znaczenie ubóstwa czy bezrobocia jako przyczyn przyznania wsparcia. Rośnie więc relatywne znaczenie świadczeń przyznawanych niezależnie od poziomu dochodu.

3.3. Wyzwania i kierunki rozwoju dla sektora pomocy społecznej

Jakość działania systemu pomocy społecznej jest w dużej mierze uzależniona od możliwości dostosowywania zakresu wsparcia do potrzeb osób potrzebujących go. Zdolność adaptacji do nowych wyzwań jest kluczowym elementem skuteczności działania. Ze względu na niejednorodność sytuacji życiowych, w których różne grupy ludności mogą potrzebować wsparcia ze strony państwa, system pomocy społecznej stoi przed szeregiem wyzwań, pochodzących z wielu obszarów, a dotyczących w głównej mierze elastyczności działania systemu na różnych poziomach. W rozdziale tym poruszone zostaną konsekwencje tych wyzwań, które mają wpływ na sytuację kadrową w sektorze.

3.3.1. Wyzwanie: Starzenie się populacji

Kierunek zmian: integracja systemu ochrony zdrowia i pomocy społecznej, indywidualizacja i personalizacja wsparcia świadczonego na rzecz klientów, reorganizacja systemu w kierunku usług o zdeinstytucjonalizowanym charakterze, zwiększenie dostępności usług asystenckich i opiekuńczych.

Eksperti w ramach badań jakościowych wskazywali, że kluczowe znaczenie dla funkcjonowania systemu pomocy społecznej mają zmiany demograficzne przejawiające się we wzroście liczby i udziału osób starszych w populacji. Oznacza to wzrost liczby osób starszych (w tym także z niepełnosprawnościami czy przewlekłe chorych)⁶⁴ potrzebujących wsparcia, którego nie będzie mogła zapewnić rodzina. W przyszłości spowoduje to presję na tworzenie rozwiązań

⁶⁴ Zwiększenie liczby osób z niepełnosprawnościami i osób przewlekłe chorych respondentzi wiązali z procesem starzenia się populacji.

systemowych w ramach polityki społecznej, które umożliwią zaspokojenie potrzeb osób starszych, w tym tych związanych z opieką i wspieraniem aktywności w różnych sferach życia. Dodatkowo wskazywanym przez ekspertów problemem o charakterze demograficznym jest proces wyludniania się obszarów wiejskich i małych miast, szczególnie w zakresie odpływu osób młodych do większych ośrodków miejskich, co dodatkowo zwiększy potrzebę organizacji systemu wsparcia dla osób starszych na mniej zaludnionych, często rozległych przestrzennie obszarach.

Warto także zauważyć, że eksperci – analitycy branży wywodzący się ze środowisk akademickich – w większym stopniu podkreślają znaczenie procesów demograficznych dla sytuacji w systemie pomocy społecznej niż respondenci pracujący w ramach systemu. Co więcej, pierwsza grupa ekspertów (tj. analitycy branży) wskazywała wprost, że pracownicy systemu w niedostatecznym stopniu dostrzegają wpływ zmian wynikających z długookresowych trendów, w tym demograficznych, na sytuację w sektorze pomocy społecznej. Podnoszono także, że kadry pomocy społecznej (w tym także kierowniczej) brakuje często umiejętności analizy sytuacji w systemie w odniesieniu do zjawisk długookresowych, które kształtować będą politykę społeczną w przyszłości. Koncentracja uwagi następuje zaś na kwestiach o charakterze operacyjnym i doraźnym.

Dostosowanie systemu pomocy społecznej wywołane procesem starzenia się populacji powinno, zdaniem ekspertów biorących udział w wywiadach jakościowych, obejmować:

- Integrację systemu pomocy społecznej i ochrony zdrowia, związaną z koniecznością zapewnienia opieki długoterminowej i wsparcia dla osób z niepełnosprawnościami oraz osób starszych, co wymaga zmian prawnych i organizacyjnych w ramach obu systemów. Dla 42% badanych pracodawców aspekt ten stanowił istotne wyzwanie stojące przed systemem pomocy społecznej⁶⁵.
- Indywidualizację (dostosowanie do indywidualnych potrzeb) i personalizację wsparcia (upodmiotowienia klientów w procesie świadczenia wsparcia). W praktyce oznacza to, że konkretny program wsparcia powinien być wynikiem dialogu pomiędzy osobą wspieraną, jej rodziną, społecznością lokalną a systemem pomocy społecznej i powinien opierać się na łączeniu potencjału w różnych sferach. Takie podejście zakłada dużą elastyczność w kształtowaniu zakresu i sposobu świadczenia usług przez system pomocy społecznej. W tym kontekście wskazywano na potrzebę otwarcia systemu na różnego typu usługi, w tym np. usługi wsparcia gospodarstwa domowego czy usługi zintegrowane,

⁶⁵ Informacja pochodzi z badania ilościowego przeprowadzonego wśród pracodawców (n = 238). Pytanie zadano wszystkim pracodawcom biorącym udział w badaniu.

oparte na nowych technologiach, jak usługi typu „jeden guzik” (integracja służb społecznych, medycznych i ratowniczych). Dla 37% badanych pracodawców aspekt ten stanowił ważne wyzwanie stojące przed systemem pomocy społecznej⁶⁶.

- Reorganizację funkcjonowania systemu pomocy społecznej w kierunku systemu opartego na usługach, które powinny mieć charakter zdeinstytucjonalizowany⁶⁷ i świadczone być powinny w środowiskach lokalnych. Takiego rodzaju wsparcie umożliwi osobom wspieranym jak najdłuższe pozostawanie w ich środowiskach lokalnych.

Możliwość dostosowania systemu do potrzeb wynikających z postępującego procesu starzenia się populacji, związana ze zwiększeniem liczby pracowników świadczących usługi asystenckie i opiekuńcze w miejscu zamieszkania, była przedmiotem badania Delphi. W pierwszej kolejności oceniano prawdopodobieństwo realizacji tego zjawiska w perspektywie roku i pięciu lat. Średnia ocena prawdopodobieństwa wzrostu liczby tego typu pracowników w ciągu najbliższego roku wyniosła 3,6 w skali od 0 do 10, co można uznać za niskie prawdopodobieństwo. Natomiast w perspektywie pięciu lat średnia ocena prawdopodobieństwa była relatywnie wysoka, tj. 8,4. Badani eksperci wskazują zatem, że zmiany w systemie pomocy społecznej w zakresie najbardziej widocznych potrzeb, wynikających z procesu starzenia się ludności, a więc zwiększania się liczby pracowników świadczących usługi opiekuńcze i asystenckie w miejscu zamieszkania, dokonają się najprawdopodobniej w perspektywie średniookresowej pięciu lat.

Eksperti odnieśli się także do warunków, które są konieczne do realizacji tej tezy. Prawie wszyscy eksperci za najważniejszy warunek uznali zabezpieczenie finansowania zwiększonej liczby pracowników świadczących usługi opiekuńcze i asystenckie w miejscu zamieszkania klientów (20 wskazań). Znaczenie miała także dostępność na rynku pracowników o wymaganych kompetencjach (15 wskazań), poprawne diagnozowanie rzeczywistego zapotrzebowania na usługi opiekuńcze i asystenckie na poziomie lokalnym (11 wskazań). Stosunkowo rzadziej eksperci wskazywali na wdrożenie standardów świadczenia usług opiekuńczych i asystenckich (9 wskazań) czy elastyczność w zakresie świadczenia usług w kontekście indywidualnych potrzeb klientów (9 wskazań). Najmniejszą liczbę wskazań – jedynie 2 – zyskał warunek w postaci monitorowania jakości świadczonych usług asystenckich i opiekuńczych.

⁶⁶ Jw.

⁶⁷ W chwili obecnej trwają prace nad strategią deinstytucjonalizacji na poziomie krajowym, które wskażą skalę i rodzaj niezbędnych zmian.

Eksperci mieli dodatkowo możliwość wskazania innych (niż wskazane w pierwotnej kafeterii) warunków mających wpływ na możliwość zwiększenia liczby pracowników świadczących usługi asystenckie i opiekuńcze w miejscu zamieszkania. Były to: coraz częstszy brak zainteresowania lub brak możliwości zaopiekowania się osobami starszymi przez osoby zobowiązane do opieki, przede wszystkim przez dzieci (14 wskazań), zwiększenie zaangażowania NGO i wolontariuszy (10 wskazań), zmniejszenie wymagań w zakresie wykształcenia opiekunów (9 wskazań) czy trudny dostęp do domów pomocy społecznej (9 wskazań).

Odnosząc te wyniki do ustaleń z badań jakościowych, można wskazać kilka kwestii. Eksperci zarówno w badaniu Delphi, jak i w wywiadach jakościowych dostrzegają znaczenie procesu starzenia się populacji dla organizacji systemu pomocy społecznej i wskazują na konieczność wprowadzania zmian związanych z rosnącym zapotrzebowaniem na usługi opiekuńcze i asystenckie, warunkując to głównie środkami, dostępną kadrą i rzetelną analizą zapotrzebowania na tego rodzaju usługi. Co więcej, dostrzega się także szersze uwarunkowania społeczne związane z przemianami modelu rodziny.

3.3.2. Wyzwanie: Poprawa skuteczności działań pomocy społecznej w odpowiedzi na zmieniającą się sytuację na rynku pracy i skalę ubóstwa

Kierunek zmian: wypracowanie i wdrożenie nowych metod pracy z osobami potrzebującymi wsparcia i ich rodzinami oraz wprowadzenie nowych ról zawodowych.

Zdaniem ekspertów, w systemie istnieje potrzeba wypracowania nowych metod pracy z rodzinami potrzebującymi wsparcia. Potrzeba ta jest wynikiem zmian gospodarczych – stosunkowo dobra sytuacja na rynku pracy i mniejsza skala ubóstwa powodują, że w systemie pomocy społecznej maleje odsetek osób, które z tych powodów zgłaszają się po wsparcie. Rodziny, które jednak mimo ogólnej poprawy sytuacji gospodarczej wciąż pozostają w systemie pomocy społecznej, to często te, w których ubóstwo i wykluczenie społeczne dziedziczone są z pokolenia na pokolenie, zmagające się z dużymi problemami opiekuńczo-wychowawczymi, często uzależnione lub współuzależnione oraz stosujące przemoc. Rodziny dotknięte tymi problemami potrzebują pogłębionego, wielowymiarowego wsparcia ze strony systemu pomocy społecznej, wymagającego nowych narzędzi pracy, które są skuteczne we wsparciu tej kategorii osób.

Eksperci podkreślali, że nowe metody i narzędzia pracy powinny zakładać przeformułowanie sposobów pracy z rodziną w kierunku wytworzenia partnerskich relacji owocujących współpracą rodziny i systemu pomocy społecznej (w szerokim ujęciu). To przejście od pomagania do wspierania w rozwoju można określić jako istotną zmianę świadomościową, ale także i kompetencyjną, która powinna dokonać się wśród kadr pomocy społecznej. Instytucje publiczne, specjaliści, profesjonaliści współpracować powinni z szeroko pojętą rodziną, tworząc elastyczne rozwiązania pomocowe (międzysektorowe lub wielosektorowe), łączące zasoby publiczne i zasoby rodziny czy szerzej – środowiska, otoczenia. Wnioski te potwierdzają także pracodawcy, którzy wypracowanie i wdrożenie nowych metod pracy z osobami potrzebującymi wsparcia i ich rodzinami uznali za jedno z kluczowych wyzwań stojących przed systemem pomocy społecznej – 47% wskazań w badaniu ilościowym pracodawców⁶⁸.

Wdrożenie nowych modeli wsparcia i metod wiąże się często z nowymi rolami zawodowymi w ramach systemu. Powstają one często jako element wdrażania nowych metod wsparcia. Eksperci, szczególnie ci pracujący w sektorze pomocy społecznej, wskazywali, że nie jest problemem identyfikacja nowych ról zawodowych, będących odpowiedzią na zmieniające się potrzeby klientów, ale ich trwałe osadzenie w systemie. Wiele różnych modeli wsparcia, w tym zakładających pojawienie się nowych ról zawodowych, powstaje (i powstało) w ramach środków europejskich. Modele są (i były) opracowywane, a nawet pilotażowo wdrażane, jednak ostatecznie nie wchodzą do praktyki działania. Eksperci upatrują dwóch powodów takiej sytuacji. Po pierwsze: nowe role zawodowe nie są zakorzenione w uwarunkowaniach systemowych, po drugie: wdrożenie nowych rozwiązań jako stałych elementów działania wymaga finansowania, które na poziomie lokalnym jest często bardzo ograniczone. Ograniczenie to wynika z jednej strony z możliwości finansowych gmin i powiatów jako organów prowadzących jednostki pomocy społecznej lub finansujących je. Z drugiej zaś strony jest elementem uwarunkowań politycznych, ścierania się interesów różnych grup na poziomie lokalnym. Wiele zależy także od wrażliwości społecznej i świadomości decydentów lokalnych. Kwestie te zostały zweryfikowane w ramach badania Delphi. Ekspertów poproszono o ocenę, czy możliwe jest zwiększenie liczby pracowników pełniących nowe role zawodowe w jednostkach pomocy społecznej na poziomie lokalnym.

⁶⁸ Informacja pochodzi z badania ilościowego przeprowadzonego wśród pracodawców (n = 238). Pytanie zadano wszystkim pracodawcom biorącym udział w badaniu. Wartość ta była testowana pod kątem statystycznej istotności w ramach weryfikacji hipotezy badawczej dotyczącej zmiany sposobu świadczenia usług, w kierunku realizowania ich w środowiskach lokalnych, w oparciu o lokalne zasoby, co pociąga za sobą wypracowanie nowych metod pracy. Wyniki przeprowadzonego testu: $k = 237$, wartość krytyczna = 1,9695; $t = 3.482$; $p < 0.05$, co oznacza wynik istotny statystycznie.

Średni poziom prawdopodobieństwa zwiększenia liczby pracowników pełniących nowe role zawodowe został oceniony w skali od 0 do 10 na poziomie 2 (niski poziom) w perspektywie najbliższego roku. Odmienne opinie wyrazili eksperci, uwzględniając perspektywę pięcioletnią. W tym przypadku średnia wartość oceny prawdopodobieństwa wyniosła 5,72, co oznacza poziom umiarkowany.

Odnosząc się do warunków zwiększenia liczby pracowników pełniących nowe role zawodowe, zdecydowana większość ekspertów (19 wskazań) wskazała, że najważniejszym czynnikiem jest dostępność odpowiedniego finansowania, drugim w kolejności warunkiem okazała się dostępność kadr o odpowiednich kwalifikacjach (14 wskazań), ważna była także świadomość i wrażliwość decydentów na poziomie lokalnym na kwestie społeczne (13 wskazań).

Wykres 13. Warunki zwiększenia liczby pracowników pełniących nowe role zawodowe w jednostkach pomocy społecznej na poziomie lokalnym (N)

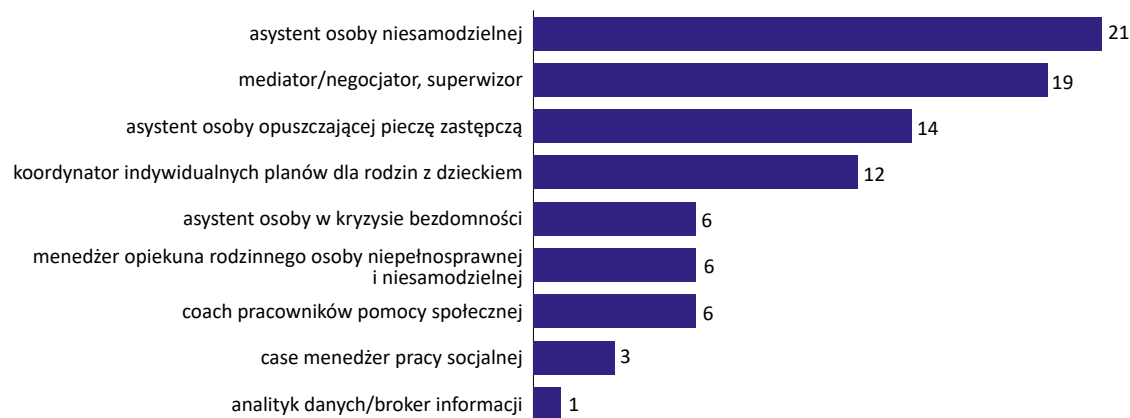


Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania Delphi (n = 22).

Eksperti wskazali także dodatkowe, niewymienione wprost w ankiecie warunki realizacji analizowanego zjawiska. W tym przypadku najczęściej sugerowali poszerzenie zakresu badania potrzeb klientów (11 wskazań). Równie często pojawiały się odpowiedzi, iż ważne jest wsparcie dla kadr sektora NGO oraz faktyczny, właściwy dostęp do superwizora pracy socjalnej. Oba warunki otrzymały po dziesięć wskazań. Wyniki te pokrywają się z kwestiami zidentyfikowanymi w wywiadach jakościowych – powstawanie nowych ról zawodowych związanych z wdrażaniem nowych metod wsparcia na poziomie lokalnym uzależnione jest głównie od dostępności finansowania, możliwości instytucjonalnych systemu na danym obszarze, a także wrażliwości społecznej decydentów lokalnych.

Dodatkowo, w badaniu Delphi eksperci zostali poproszeni o wskazanie nowych ról zawodowych, które będą potrzebne w jednostkach pomocy społecznej na poziomie lokalnym. Wśród ekspertów panuje zgoda, że największe zapotrzebowanie dotyczyć będzie asystenta osoby niesamodzielnej. Wynik ten wyraźnie wskazuje, że eksperci dostrzegają zachodzące zmiany profilu klienta pomocy społecznej jako osoby starszej i z niepełnosprawnościami, która potrzebować będzie wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Bardzo często eksperci wskazywali również wzrost zapotrzebowania na mediatorów/negocjatorów, superwizorów (19 wskazań). Na kolejnych miejscach znalazły się takie role zawodowe jak asystent osoby opuszczającej pieczę zastępczą czy koordynator indywidualnych planów dla rodzin z dziećmi.

Wykres 14. Nowe role, na które wzrośnie zapotrzebowanie na poziomie lokalnym (N)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania Delphi (n = 22).

Katalog nowych ról zawodowych, wskazany zarówno w badaniu Delphi, jak i w wywiadach jakościowych, jest zbliżony, dominują role o charakterze asystenckim, wyspecjalizowane we wspieraniu konkretnej grupy osób. Świadczy to o potrzebie indywidualizacji wsparcia i specjalizowania się we wsparciu osób o określonych potrzebach.

Warto zaznaczyć, że nie wskazywano ról zawodowych, których znaczenie będzie się w przyszłości zmniejszać. Część respondentów wskazywała na nowe kompetencje w ramach dotychczas spełnianych ról, druga grupa wskazywała zaś na nowe role zawodowe. To jest jednak jedynie pozorna niespójność w opiniach ekspertów, ponieważ w obu przypadkach eksperci wykazywali pewną sekwencję rozumowania: najpierw pojawia się potrzeba wsparcia klientów w nowym obszarze lub pojawia się nowy typ klienta; kolejnym krokiem jest określenie potrzebnego mu rodzaju wsparcia, a dopiero to staje się podstawą wypracowania

nowego sposobu zaspokajania tej potrzeby (nowa metoda wsparcia), która pociąga za sobą zapotrzebowanie na określone kompetencje.

Według ekspertów w związku z powstawaniem w systemie nowych ról, które są uregulowane w mniejszym lub większym stopniu w ramach różnych przepisów, pojawia się potrzeba ich uporządkowania, tak aby nie pokrywały się zakresy zadań, a odpowiedzialność za realizację zadań była precyzyjnie określona. Tworzenie nowych profesji pomocowych rodzi także napięcia wewnątrz systemu w zakresie podziału odpowiedzialności i kompetencji. W celu zweryfikowania tej kwestii posłużono się badaniem Delphi, w ramach którego dokonano oceny, czy uporządkowanie zakresów ról zawodowych funkcjonujących w systemie pomocy społecznej przyczyni się do poprawy jego skuteczności. Średnia ocena prawdopodobieństwa w perspektywie jednego roku wyniosła 2,27 w skali 0–10, co można uznać za niski poziom prawdopodobieństwa. Odmienne opinie wyrazili eksperci, oceniając prawdopodobieństwo w perspektywie pięcioletniej. Średnia ocena poziomu prawdopodobieństwa wyniosła 6,4 (poziom umiarkowany).

Zdecydowana większość ekspertów (tj. 19) wskazała, że najważniejszym warunkiem poprawy skuteczności działania systemu pomocy społecznej w kontekście uporządkowania ról zawodowych jest uregulowanie formalne zakresów działania nowo powstałych ról zawodowych. Często nowe role zawodowe wynikają z wdrożenia nowych rozwiązań w pracy z grupami potrzebującymi wsparcia czy realizacji projektów na małą skalę. Do ich upowszechnienia na szerszą skalę niezbędne jest formalne umocowanie w systemie. Dodatkowo ważne jest, aby nowo powstałe role zawodowe miały precyzyjnie określone zakresy działania – także w stosunku do istniejących już w systemie ról zawodowych, co pozwoli uniknąć duplikowania się zakresów ról i konfliktów kompetencyjnych w zespołach na tym tle. Jako drugi z najważniejszych warunków eksperci wskazali zwiększenie prestiżu zawodów i zainteresowania pracą w systemie pomocy społecznej. Może to być czynnik, który pozwoli zwiększyć napływ do systemu nowych pracowników o określonych kompetencjach, co pozwoliłoby na poprawę skuteczności działania systemu.

Wykres 15. Warunki poprawy skuteczności systemu pomocy społecznej w wyniku uporządkowania zakresów ról zawodowych (N)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania Delphi (n = 22).

W ramach kategorii: inne warunki mogące mieć znaczenie dla poprawy skuteczności pomocy społecznej w kontekście nowych ról zawodowych – eksperci najczęściej wskazywali nadanie uprawnień formalnych i faktycznych pracownikom pomocy społecznej, takim jak kurator czy policjant (12 wskazań). W praktyce oznacza to zwiększenie mocy sprawczej pracowników systemu i zakresów ich zadań, co przekładać się może na poprawę skuteczności zarówno pracowników, jak i systemu jako całości. Warto wskazać także na liczbę klientów obsługiwanych przez jednego pracownika – zgodnie z odpowiedziami ekspertów nie może być ona za duża, ponieważ w przeciwnym razie wsparcie udzielane przez takiego pracownika będzie nieskuteczne i powierzchowne (10 wskazań). Na problem zbyt dużej liczby klientów przypadających na jednego pracownika wskazywano także podczas wywiadów jakościowych, obniża on jakość obsługi klientów oraz negatywnie wpływa na indywidualizację wsparcia.

3.3.3. Wyzwanie: Niedobór kadr w systemie pomocy społecznej

Kierunek zmian: zapewnienie odpowiedniej skali i jakości wsparcia przy określonych zasobach kadrowych jednostek pomocy społecznej.

Niemal wszyscy eksperci biorący udział w wywiadach jakościowych podkreślali, że w systemie pomocy społecznej występuje generalnie deficyt pracowników, szczególnie jeśli chodzi o pracowników socjalnych, pełniących kluczową rolę w systemie w stosunku

do realizowanych działań. Wskazywano, że braki kadrowe dotyczą również opiekunów (szczególnie środowiskowych), asystentów czy innych stanowisk o podobnym charakterze, a także specjalistów współpracujących z systemem: specjalistów poradnictwa, terapeutów (w tym rodzin i małżeństw), psychologów, psychoterapeutów. Warto jednak zaznaczyć, że ocena ekspertów była raczej umieszczana w kontekście rzeczywistego zapotrzebowania ludności na określone typy wsparcia niż w kontekście możliwości operacyjnych systemu pomocy społecznej. Co więcej, eksperci w wywiadach wskazywali, że deficyt ten będzie się jeszcze w przyszłości pogłębiał. Po pierwsze dlatego, że niewiele osób wybiera kształcenie w kierunku pracy w systemie pomocy społecznej. Po drugie dlatego, że pracownicy nie napływają ze względu na niesatysfakcjonujące wynagrodzenia i niski prestiż zawodu. Liczba nowych pracowników w systemie ulega ograniczeniu z powodu zarówno wysokich wymogów formalnych, jak i szerokiego zakresu czynności, do wykonywania których potrzeba specjalistycznego przeszkolenia o charakterze praktycznym, często nabywanego dopiero w toku długoletniej pracy zawodowej. Wymogi kwalifikacyjne w przypadku pracownika socjalnego w Polsce wydają się bardzo duże w porównaniu z innymi państwami. Są kraje, w których do pełnienia roli pracownika socjalnego wystarczy mieć odpowiednik polskiego wykształcenia policealnego/pomaturalnego⁶⁹. Zdaniem rozmówców, wykształcenie wyższe nie zapewnia znajomości praktycznej metodyki pracy socjalnej, której brakuje absolwentom kierunków związanych z pracą socjalną.

W wywiadach jakościowych wskazywano także, że kadry pomocy społecznej są coraz starsze, co generuje wyzwanie związane z koniecznością przeprowadzania zmiany pokoleniowej wśród pracowników. Z zawodu odchodzą pracownicy, którzy rozpoczynali swoją karierę z potrzeby działania na rzecz drugiego człowieka. Zdaniem ekspertów pokolenie osób wchodzących do zawodu w ciągu najbliższych dziesięciu lat będzie w inny sposób traktować zawody w pomocy społecznej, tj. jako mniej misyjne, a od pracodawców wymagane będzie tworzenie bardziej przyjaznych warunków pracy, sprzyjających rozwojowi zawodowemu i osobistemu.

⁶⁹ Na przykład w Niemczech zawód pracownika socjalnego należy do kategorii specjalistów wykonujących zadania kompleksowe. Tej kategorii są przyporządkowane zawody wymagające specjalnej wiedzy i specjalistycznego wykształcenia na poziomie technika, majstra, licencjata. W przypadku absolwentów tak zwanych akademii zawodowych (dających poziom wykształcenia porównywalny do dyplomu otrzymywanego po ukończeniu polskiego dwuletniego studium policealnego) wymagane jest udokumentowane doświadczenie zawodowe w danej dziedzinie (*einschlägige Berufserfahrung*), niekiedy połączone z ukończonymi kursami doskonalenia zawodowego lub podnoszącymi kwalifikacje zawodowe. Ten ostatni wymóg dotyczy także pracownika socjalnego. Więcej informacji o systemach kształcenia pracowników pomocy społecznej można znaleźć pod adresem: <http://socialemmployers.eu/files/doc/Report%20The%20Social%20Services%20Workforce%20in%20Europe%2011.02.2020.pdf> (dostęp: 18.04.2022).

Eksperci w wywiadach jakościowych zaproponowali także katalog możliwych rozwiązań problemu niedoborów kadr w stosunku do rzeczywistego zapotrzebowania na wsparcie. Obejmował on wzrost wynagrodzeń, stworzenie jasnych ścieżek rozwoju i awansu oraz większą profesjonalizację działań.

Tak zarysowana perspektywa ekspertów nie znalazła swojego potwierdzenia w informacjach pozyskanych w ramach badania ilościowego z udziałem pracodawców i pracowników, co szerzej opisano w rozdziale dotyczącym sytuacji kadrowej w branży pomocy społecznej. Zaledwie 18% pracodawców wskazało jako wyzwanie stojące przed systemem pomocy społecznej konieczność zatrudniania większej liczby pracowników⁷⁰. Pracodawcy w większości nie poszukują nowych pracowników i nie planują ich poszukiwania w krótkiej perspektywie, ale wynika to głównie z ograniczeń finansowania, a nie rzeczywistych potrzeb grup, które powinny otrzymać wsparcie. Co więcej, w zdecydowanej większości także i pracownicy systemu nie planują zmiany miejsca pracy i nie poszukują nowego zatrudnienia. Niewielki napływ i odpływ pracowników powoduje, że zatrudnienie w systemie pomocy społecznej jest stabilne. Wydawać się zatem może, że jest to zupełnie inna ocena sytuacji niż dokonana przez ekspertów. Jednak sprzeczność ta jest pozorna i ma kilka powodów. Po pierwsze niski napływ pracowników do systemu spowodowany jest głównie powodami finansowymi i brakiem środków na sfinansowanie dodatkowych etatów, a nie rzeczywistym zapotrzebowaniem ludności na wsparcie. W praktyce oznacza to zwiększone obciążanie obecnie zatrudnionych. Potwierdzają to wyniki ankiety przeprowadzonej wśród pracowników⁷¹, w których stosunkowo wysokie są odsetki osób wskazujących właśnie na duże obciążenie pracą i wykonywanie zadań wymagających wyższych kompetencji niż te przez nich posiadane. Ma to niewątpliwie swoje przełożenie na jakość udzielanego wsparcia. Po drugie zaś, nawet jeśli pracodawcy poszukują pracowników, to pojawiają się problemy z ich dostępnością. Najczęściej wskazywane trudności dotyczyły pracowników socjalnych i stanowisk asystenckich, co znajduje swoje potwierdzenie w wywiadach jakościowych. Po trzecie zaś eksperci w wywiadach jakościowych wyraźnie wskazują, że pracownicy i pracodawcy systemu pomocy społecznej wyraźnie nie doceniają długookresowych trendów i ich wpływu na sytuację w sektorze w przyszłości, co zostało potwierdzone w wynikach badania

⁷⁰ Informacja pochodzi z badania ilościowego przeprowadzonego wśród pracodawców (n = 238). Pytanie zadano wszystkim pracodawcom biorącym udział w badaniu.

⁷¹ W przypadku doboru pracowników dążono do tzw. reprezentatywności typologicznej, czyli takiej sytuacji, w której każde z kluczowych stanowisk miałooby w próbie odpowiednią liczbę reprezentantów. Są to liczebności zbyt niskie, by mówić o reprezentatywności statystycznej dla poszczególnych grup zawodowych, umożliwiając jednak porównania pomiędzy grupami.

ilościowego. Koncentrują się raczej na bieżącej perspektywie i kwestiach operacyjnych, a nie długofalowych. Po czwarte eksperci w wywiadach jakościowych wskazali, że kluczowa w zapewnieniu odpowiedniego wsparcia jest prawidłowa diagnoza potrzeb ludności, oparta na rzetelnych i obiektywnych badaniach. Jednak takie podejście, jak wskazywali eksperci, jest stosunkowo rzadkie w jednostkach pomocy społecznej, co wynika w dużej mierze z dostosowania zakresu świadczonego wsparcia do aktualnych możliwości systemu.

Zdaniem respondentów wywiadów jakościowych niski napływ pracowników do systemu może być związany z negatywnym, stereotypowym postrzeganiem pracowników pomocy społecznej, a szczególnie pracownika socjalnego. W przekazie medialnym pojawia się on zwykle w kontekście tragicznych zjawisk związanych z rodziną doświadczającą licznych problemów, w tym także tych dotyczących stosowania pomocy. Niekiedy pracownik systemu pomocy społecznej przedstawiany jest jako ten, który nie dopilnował różnych kwestii, nie sprawdził należycie, czy członkom rodziny nie dzieje się krzywda. Może to sprzyjać tworzeniu obrazu niekompetentnego pracownika, o niskiej motywacji. Wskazywano także, że jest za mało komunikatów w przestrzeni publicznej o tym, czym faktycznie zajmuje się pracownik socjalny, jaka jest jego rola i szerzej – jakie zadania realizuje pomoc społeczna. W opinii respondentów może się to przekładać na niskie zainteresowanie podejmowaniem kształcenia formalnego w kierunku pracy socjalnej.

W opinii ekspertów problem niedoboru kadr może zostać zniwelowany w perspektywie pięcioletniej (z prawdopodobieństwem 5,18 w skali od 1 do 10). Niemal wszyscy eksperci wskazali, że najważniejszym działaniem w celu zmniejszenia niedoborów kadrowych jest poprawa wynagrodzeń. Jako drugie z najważniejszych działań eksperci wskazali poprawę społecznego wizerunku pracownika pomocy społecznej (15 wskazań). Te czynniki odnoszą się raczej do możliwości zwiększenia napływu nowych pracowników do systemu, co jest kluczowym problemem kadrowym. Z tego powodu pozostałe czynniki związane z poprawą warunków i organizacji pracy (np. określenie ścieżek kariery, poprawa jakości zarządzania jednostkami pomocy społecznej, zwiększenie udziału pracowników w podejmowaniu decyzji, upowszechnienie elastycznych form zatrudnienia, poprawa wyposażenia w środki i narzędzia pracy) miały mniejsze znaczenie w opinii ekspertów.

W ramach wyboru innych działań eksperci najczęściej wskazywali wzmocnienie i poprawę wizerunku obszaru pomocy społecznej, zmianę świadomości społecznej pod kątem roli pracownika socjalnego oraz potrzeb w zakresie pracy socjalnej (15 wskazań), co można uznać za rozszerzenie kwestii poprawy wizerunku pracownika pomocy społecznej. Często

eksperci wskazywali również na takie działania jak: poprawa jakości kształcenia kadr pomocy społecznej, w tym zmiana profilowania wykształcenia (praca socjalna, postępowanie administracyjne), dostęp do wysokiej jakości superwizji oraz wsparcie pracowników socjalnych dostosowane do ich potrzeb, uporządkowanie systemu prawnego dotyczącego pomocy społecznej, w tym ustawy o pomocy społecznej (10 wskazań).

Należy zwrócić uwagę na fakt, że poprawa wynagrodzeń w badaniu Delphi wybrzmiała bardziej wyraźnie w porównaniu z wynikami badania jakościowego. W obu badaniach istotną kwestią była natomiast ta dotycząca poprawy wizerunku systemu pomocy społecznej i jego pracowników. Znaczenie w ramach obu badań miało także wsparcie pracowników poprzez superwizję.

3.3.4. Wyzwanie: Zapotrzebowanie na nowe kompetencje w systemie pomocy społecznej

Kierunek zmian: poprawa i rozwój kompetencji pracowników systemu pomocy społecznej.

Eksperti biorący udział w wywiadach jakościowych ocenili poziom kompetencji kadr pomocy społecznej jako niewystarczający. Bardziej negatywną ocenę poziomu kompetencji można zaobserwować wśród ekspertów niebędących pracownikami systemu pomocy społecznej, którzy oceny kompetencji dokonywali w sposób całościowy, systemowy. Natomiast respondenci wywodzący się z kadr pomocy społecznej ocenę odnosili bardziej do własnych pracowników/współpracowników. W ramach wywiadów eksperci wskazali liczne potrzeby pracowników w zakresie rozwoju kompetencji, których zaspokajanie powinno mieć charakter spójnego systemu rozwoju kadr, a nie pojedynczych, rozproszonych działań. Są to:

- potrzeba kształtowania wiedzy i umiejętności w zakresie nowych metod pracy, w środowiskach lokalnych i z osobami o specyficznych potrzebach,, które rzeczywiście będą możliwe do wdrożenia w praktyce,
- potrzeba wprowadzenia umiejętności zarządzania przypadkami – *case management* jako forma indywidualnego podejścia do sytuacji klienta pomocy społecznej,
- potrzeba rozwoju kompetencji miękkich w pracy z klientem: psychologicznych, szczególnie empatii, wrażliwości, komunikacji z klientem, umiejętności słuchania, argumentowania, przekonywania, diagnozowania, a także kompetencji osobistych w zakresie rozumienia własnych emocji, ułatwiające bycie asertywnym i przekładające się na efektywność pracy z klientem, ochronę własnych granic i większą odporność na stres i wypalenie,

- potrzeba kształtowania umiejętności zarządczych (menadżerskich), zarówno w zakresie zarządzania usługami i ich wiązkami (kreacja, kształtowanie, zarządzanie procesami, planowanie zasobów, ewaluacji skuteczności i efektywności przyjętych rozwiązań), jak i jednostkami pomocy społecznej (wdrażanie innowacyjnych rozwiązań, realizacja projektów, pozyskiwanie nowych środków na realizację różnych działań, testowanie nowych rozwiązań itp.),
- potrzeba podnoszenia umiejętności budowania partnerskich relacji z różnymi aktorami (instytucjami, organizacjami pozarządowymi, osobami wspieranymi w ramach systemu pomocy społecznej) w celu podnoszenia efektywności współpracy,
- potrzeba kształtowania kompetencji cyfrowych w ramach działań realizowanych w systemie pomocy społecznej (e-opieka, e-usługi), w celu realizacji i obsługi takich zadań, jak np. cyfrowe platformy usług oparte na sztucznej inteligencji.

Spośród powyższych potrzeb do weryfikacji podczas badania Delphi zostały wybrane kompetencje menadżerskie i cyfrowe. Drugą kategorię kompetencji (cyfrowe) opisano w dalszej części rozdziału w ramach osobnej kategorii wyzwań, poniżej natomiast skupiono się na kompetencjach menadżerskich.

Zdaniem ekspertów biorących udział w wywiadach jakościowych proces starzenia się ludności zwiększy zapotrzebowanie na usługi opiekuńcze i asystenckie świadczone w środowiskach lokalnych, co przełoży się na konieczność organizacji i dostarczania osobom wspieranym wiązek usług. To rodzić będzie zapotrzebowanie na kompetencje menadżerskie, szczególnie z zakresu zarządzania usługami i ich pakietami. Z tego powodu eksperci w ramach badania Delphi zostali poproszeni o ocenę, czy w wyniku wymaganego ogólnoeuropejskimi wytycznymi przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności zwiększy się zapotrzebowanie na kompetencje menadżerskie pracowników systemu pomocy społecznej.

Średnia ocena prawdopodobieństwa zwiększenia zapotrzebowania na kompetencje menadżerskie w perspektywie roku wyniosła zaledwie 1,63 w skali od 0 do 10 (bardzo niskie prawdopodobieństwo), natomiast w perspektywie pięciu lat – 6 (umiarkowany poziom prawdopodobieństwa).

Eksperci poproszeni zostali także o wskazanie kompetencji menadżerskich pracowników systemu pomocy społecznej, które będą wymagały rozwinięcia w pierwszej kolejności. W opinii ekspertów najważniejsze jest wzmocnienie kompetencji planowania, w tym budżetowania (19 wskazań). Bardzo często eksperci wskazywali również, iż istnieje potrzeba wzmocnienia kompetencji

analizowania i przewidywania skutków podejmowanych działań oraz kierowania ludźmi, a w tym: przydzielania i delegowania zadań oraz motywowania i oceny swoich podwładnych (po 18 wskazań).

Wykres 16. Kompetencje menadżerskie pracowników systemu pomocy społecznej, które będą wymagały rozwinięcia w pierwszej kolejności (N)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania Delphi (n = 22).

Respondenci w ramach kategorii „inne” wskazali dodatkowe kompetencje. W tym przypadku duże znaczenie miały: gotowość do zmian i elastyczność (13 wskazań), a także umiejętność współpracy z sektorem niepublicznym, w tym z organizacjami pozarządowymi (11 wskazań), oraz szybkie reagowanie na zmiany (11 wskazań).

Można zatem mówić o spójności wyników badania Delphi i wywiadów jakościowych. Zapotrzebowanie na kompetencje menadżerskie pojawi się w systemie i będzie musiało zostać zaspokojone, a kluczowe elementy tej kompetencji związane są z planowaniem zadań i ich skutków oraz zarządzaniem zasobami ludzkimi.

3.3.5. Wyzwanie: Poprawa jakości systemu kształcenia i rozwoju kadr systemu pomocy społecznej

Kierunek zmian: wieloaspektowa reorganizacja systemu kształcenia kadr w kierunku lepszego dostosowania programów kształcenia do potrzeb pracy w systemie pomocy społecznej.

Eksperti w wywiadach jakościowych odnieśli się także do systemu kształcenia kadr. W tym kontekście za kluczowe wyzwania uznać można:

- Zmniejszającą się liczbę studentów w formalnym systemie kształcenia pomocy społecznej na poziomie magisterskim i licencjackim. Powoduje to, że kierunki studiów przygotowujące do pracy w systemie pomocy społecznej są zawieszane. Losy absolwentów nie podlegają systemowemu monitorowaniu. Kontakt uczelni z jednostkami pomocy społecznej istnieje, ale ma raczej formę indywidualnych interakcji pracowników naukowych z pracownikami systemu pomocy społecznej. Jest to czynnik utrudniający prowadzenie polityki edukacyjnej w systemie pomocy społecznej.
- Fragmentaryczność i rozproszenie systemu kształcenia/dokształcania pracowników w systemie pozaformalnym. Różne podmioty oferują różne formy kształcenia na różnym poziomie. Oferta szkoleniowa jest często finansowana ze środków europejskich, a po zakończeniu finansowania z projektu ulega wygaszeniu. Brakuje koordynacji ze strony regionalnych ośrodków polityki społecznej, nie ma także spójnej wizji systemu dokształcania się. Eksperci wskazują, że pracownicy systemu pomocy społecznej pełniący w nim różne role, a szczególnie osoby bezpośrednio pracujące z klientami, powinni stale podnosić wiedzę i umiejętności. Implikuje to konieczność tworzenia zróżnicowanej oferty wsparcia dostępnej dla pracowników pracujących w różnych miejscach w kraju. Problemem jest brak zdefiniowanych ścieżek kariery. Oznacza to, że udział w kolejnych kursach i szkoleniach nie zawsze przekłada się na możliwość wykorzystania przez pracownika zdobytej wiedzy i umiejętności w praktyce. Nawet jeśli pracownicy doskonalą swój warsztat pracy, podnoszą kompetencje, to system nie zawsze daje możliwości wdrożenia nowych umiejętności w codziennej praktyce, np. nie wprowadza się (z różnych przyczyn) specjalizacji w pracy socjalnej, przez co pracownicy mają klientów „przydzielanych” zgodnie z rejonizacją, nawet jeśli mają przeszkolenie specjalistyczne w określonej problematyce, np. pracy ze sprawcami przemocy. Co więcej, często obciążenie zajęciami jest zbyt duże, aby skupić się na indywidualnej pracy z klientem. Ponadto ukończenie kolejnych kursów i szkoleń nie ma wpływu na dalszy przebieg kariery. Powoduje to duży poziom zniechęcenia i frustracji wśród pracowników, połączony z bardzo niskim poczuciem sprawstwa. W konsekwencji prowadzi to do ich biernej postawy lub wycofywania się z pracy w systemie pomocy społecznej.
- Brak systemu stopniowego nabywania umiejętności przez nowych pracowników. Ze względu na duże braki kadrowe osoby nowo przyjęte od razu przejmują pełne obowiązki, łącznie z bezpośrednim wsparciem klientów. Nie ma możliwości stopniowego wdrożenia nowych pracowników do zadań, poznania ich potencjału, ewentualnego przeszkolenia w niezbędnym zakresie. Obniża to jakość i skuteczność wsparcia, jednocześnie generując duży stres dla tych nowych pracowników, którzy przez to zniechęcają się do zawodu. Brakuje zatem w pomocy społecznej systemu tutoringu, mentoringu czy coachingu,

który ułatwiłby wejście do zawodu i umożliwił zmianę pokoleniową wśród kadr pomocy społecznej. Ponadto supervizja obejmuje wciąż zbyt małą liczbę pracowników. Eksperti wskazywali, że elementem edukacji powinien być bardziej rozbudowany system praktyk i staży, czego obecnie brakuje, szczególnie w okresie pandemii.

- Niedobór edukatorów o wysokich kompetencjach, rozumiejących specyfikę pracy w pomocy społecznej i potrafiących przekładać metody zaczerpnięte z innych dziedzin, np. psychoterapii, na praktykę pomocy społecznej.

Potrzeba zmiany w zakresie systemu kształcenia kadr została zweryfikowana podczas badania Delphi. Ocenie poddano możliwość poprawy jakości kształcenia i przydatności zdobytej wiedzy w praktyce przez pracowników systemu pomocy społecznej poprzez wprowadzenie mechanizmów koordynacji kształcenia kadr. Średnia ocena prawdopodobieństwa w perspektywie roku wyniosła zaledwie 1,63, co oznacza bardzo niski poziom prawdopodobieństwa. Odmienne opinie wyrazili eksperci, oceniając prawdopodobieństwo z uwzględnieniem perspektywy pięcioletniej – średnia wartość oceny prawdopodobieństwa w tym przypadku wyniosła 5 (poziom umiarkowany).

Zdecydowana większość ekspertów (18) wskazała, że najważniejszym warunkiem poprawy jakości kształcenia i przydatności zdobytej wiedzy w praktyce jest gotowość do współpracy podmiotów kształtujących kadry dla systemu pomocy społecznej. Jako drugi z najważniejszych warunków eksperci wskazali: dostęp i wykorzystanie dobrych praktyk w zakresie koordynacji kształcenia kadr, zarówno sektorowych, jak i pozasektorowych (17 wskazań).

Wykres 17. Warunki poprawy jakości kształcenia pracowników systemu pomocy społecznej i praktycznej przydatności zdobytej wiedzy poprzez wprowadzenie mechanizmów koordynacji kształcenia kadr (N)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania Delphi (n = 22).

W ramach dodatkowych warunków (kategoria „inne”) niezbędnych do realizacji tezy wskazywano kilka elementów. Odpowiedzi ekspertów rozłożyły się pomiędzy 6 a 12 wskazań. Najwięcej wskazań (11) dotyczyło warunku kompleksowej analizy systemu pomocy społecznej. Równie często eksperci wskazywali także przegląd sytuacji i weryfikację podziału zadań między sektorem publicznym i NGO oraz racjonalną liczbę klientów obsługiwanych przez jednego specjalistę. Jeśli liczba klientów przypadających na jednego pracownika będzie zbyt duża, wsparcie może okazać się powierzchowne i nieskuteczne, niezależnie od kierunkowych kompetencji (oba warunki uzyskały 11 wskazań).

W opinii ekspertów kluczowym elementem poprawiającym jakość kształcenia i jego przydatność w praktyce jest gotowość różnych podmiotów kształcących kadry do współpracy i dzielenia się rozwiązaniami. Współpraca ta powinna mieć miejsce na różnych poziomach: (1) pomiędzy różnymi podmiotami kształcącymi kadrę w celu wypracowania standardów działania, a także (2) pomiędzy jednostkami kształcącymi a jednostkami pomocy społecznej, co zaowocować może programami szkolenia lepiej dopasowanymi do potrzeb praktyki, a także bardziej zaawansowanymi formami współpracy w postaci staży, praktyk, coachingu etc. Warunkiem dobrej współpracy jest jednak precyzyjna analiza sytuacji w sektorze, aby realizowane działania szkoleniowe odpowiadały na rzeczywiste problemy systemu w zakresie zapotrzebowania na kompetencje.

Eksperci zostali poproszeni także o ocenę efektów, które będą mogły zostać osiągnięte dzięki koordynacji kształcenia kadr systemu pomocy społecznej. Badani najczęściej wskazywali, iż efektem realizacji tezy będzie lepsze powiązanie programów kształcenia z wynikami badań trendów w systemie pomocy społecznej. Jako ważne efekty wskazano także lepsze powiązanie programów kształcenia z wynikami badań trendów w systemie pomocy społecznej i poprawę jakości działań edukacyjnych. Wskazania koncertują się zatem na lepszym dopasowaniu działań edukacyjnych do rzeczywistych potrzeb systemu i jego pracowników, co może przyczynić się do poprawy skuteczności działania systemu jako całości oraz poszczególnych jego jednostek.

Wykres 18. Efekty, które będą mogły zostać osiągnięte dzięki koordynacji kształcenia kadr systemu pomocy społecznej (N)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania Delphi (n = 22).

3.3.6. Wyzwanie: Akceptacja dla zmian w systemie pomocy społecznej

Kierunek zmian: budowanie akceptacji dla zmian wśród pracowników. Istotnym czynnikiem sprzyjającym reformowaniu systemu pomocy społecznej jest budowanie akceptacji pracowników wobec zmian.

Eksperci wywodzący się ze środowiska naukowego wskazywali, że pracownicy systemu pomocy społecznej często nie dostrzegają długookresowych wyzwań lub nie interpretują ich w kontekście zmian w swoim środowisku pracy, nie dostrzegają szerszej perspektywy w zakresie roli systemu pomocy społecznej w zmieniających się warunkach społeczno-gospodarczych, ani konieczności reformowania systemu pomocy społecznej jako integralnej części polityki społecznej. Na aspekt ten wskazują także pracodawcy – aż 36% ankietowanych wskazuje opór pracowników wobec reform systemu pomocy społecznej jako jedno z kluczowych wyzwań⁷².

Część ekspertów wskazywała także na silny opór wobec zmian, który można zauważyć szczególnie w związku z wejściem w życie ustawy o realizowaniu usług społecznych przez

⁷² Informacja pochodzi z badania ilościowego przeprowadzonego wśród pracodawców (n = 238). Pytanie zadano wszystkim pracodawcom biorącym udział w badaniu.

centrum usług społecznych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1818). Ma ona fakultatywny charakter i jest próbą reorganizacji systemu pomocy społecznej w kierunku świadczenia usług. Zdaniem ekspertów biorących udział w wywiadach rozwiązanie to budzi duży niepokój pracowników socjalnych i przedstawicieli władz samorządowych, którzy utworzenie centrum usług społecznych postrzegają w kategoriach zagrożenia miejsc pracy. W rezultacie bardzo niewielka liczba samorządów decyduje się na to rozwiązanie.

3.3.7. Wyzwanie: Nowe technologie w systemie pomocy społecznej

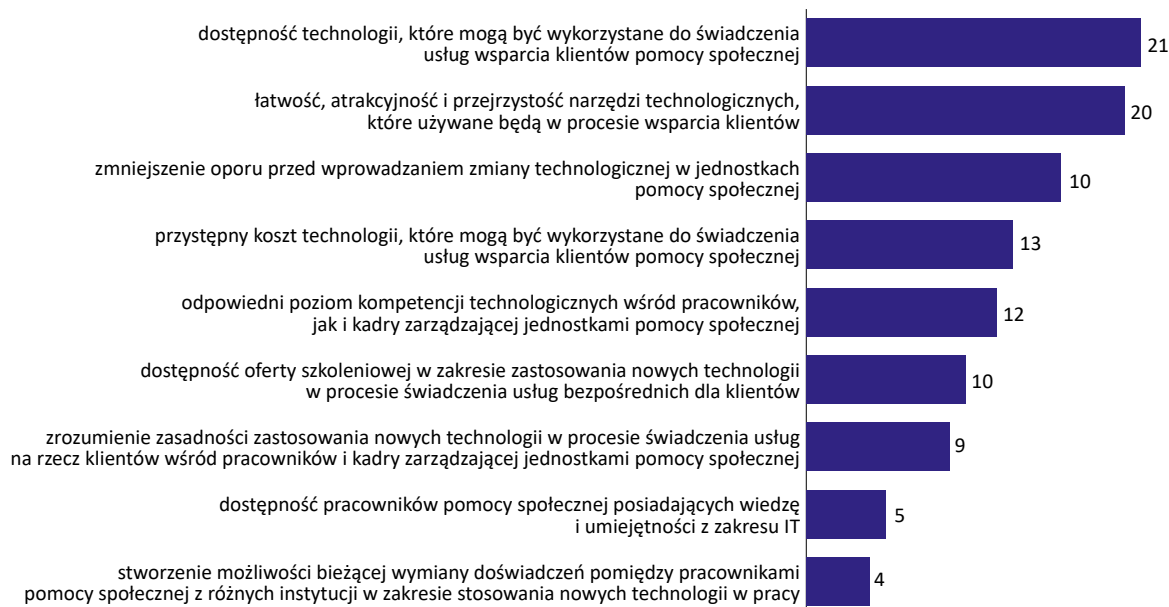
Kierunek zmian: wykorzystanie nowych technologii w procesie świadczenia usług.

Eksperci w ramach udzielania wywiadów jakościowych ocenili wykorzystanie nowych technologii jako stały element świadczenia usług w przyszłości. Nie chodzi tu tylko o udoskonalenie procesu świadczenia usług np. poprzez usprawnienie obiegu dokumentów, ale także o wprowadzanie rozwiązań wykorzystujących nowe technologie do świadczenia klientom usług, które oparte są na sztucznej inteligencji.

Prawdopodobieństwo poszerzenia zastosowania nowych technologii w świadczeniu usług wsparcia klientów pomocy społecznej w ciągu najbliższego roku ocenione zostało przez ekspertów jako bardzo małe – średnia ocena na poziomie 2,8 (w skali 0–10). Natomiast średnia ocena prawdopodobieństwa realizacji tezy w perspektywie pięciu lat wyniosła 8, co oznacza wysokie prawdopodobieństwo.

Prawie wszyscy eksperci jako najważniejszy warunek zwiększenia zastosowania nowych technologii w świadczeniu usług wskazali ich dostępność. Podobną liczbę wskazań (20) odnotowano w odniesieniu do takich warunków jak łatwość, atrakcyjność i przejrzystość narzędzi technologicznych, które używane będą w procesie wsparcia klientów.

Wykres 19. Warunki poszerzenia zastosowania nowych technologii w świadczeniu usług wsparcia klientów pomocy społecznej (N)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania Delphi (n = 22).

Za istotne warunki zaistnienia opisywanego zjawiska – w ramach kategorii „inne” – eksperci uznali również: dostosowanie form nowych technologii do indywidualnych potrzeb klientów (13 wskazań) oraz zapewnienie przez pracodawcę odpowiednich technologii do realizowania przez pracowników pomocy społecznej ich zadań (11 wskazań).

Perspektywa pracowników i pracodawców systemu pomocy społecznej jest odmienna⁷³. Generalnie badani dostrzegają potrzebę rozwijania kompetencji cyfrowych, ale jedynie w zakresie obsługi określonych programów czy systemów usprawniających obieg dokumentów między instytucjami oraz między instytucjami a klientem. Respondenci nie wskazują natomiast – co pojawiło się w wypowiedziach ekspertów w ramach innych metod badawczych – na potrzebę wykorzystania w procesie świadczenia usług nowoczesnych technologii, w tym np. rozwiązań zintegrowanych typu „jeden guzik”. Zauważają natomiast, że w kontaktach ze wspieranym nic nie zastąpi bezpośredniego spotkania. W kilku wypowiedziach pracodawców⁷⁴ pojawił się motyw konieczności zapewnienia bezpieczeństwa danych, które przesyłane i przechowywane byłyby w ramach systemów obiegu dokumentów,

⁷³ Wywiady pogłębione prowadzone w ramach metod dodatkowych.

⁷⁴ Jw.

co wymagałoby zatrudnienia odpowiednio przeszkolonych informatyków. Natomiast w przypadku pracowników obsługujących tego typu systemy wskazano jedynie na potrzebę ich przeszkolenia. Ciekawym wątkiem w tej kwestii była podkreślana zarówno przez pracowników, jak i pracodawców kwestia otwartości na nowe rozwiązania informatyczne. Wskazywano, że warunkiem poszerzenia zakresu wykorzystania nowych technologii i usprawnienia przez to pracy jest w początkowej fazie pozytywne nastawienie i gotowość do zmiany utartych przez lata schematów działania, zarówno jeśli chodzi o pracowników, jak i klientów. Problemem we wdrażaniu nowych technologii w pracy z klientem jest także niski poziom kompetencji cyfrowych osób wspieranych.

3.3.8. Wyzwanie: pandemia COVID-19

Kierunek zmian: dostosowanie systemu pomocy społecznej do pracy w warunkach reżimu sanitarnego i zapewnienie ciągłości wsparcia.

Eksperci wyraźnie wskazywali w wywiadach, że pandemia COVID-19 uwypukliła niedoskonałości systemu pomocy społecznej, choć trudno na obecnym etapie określić wszystkie jej skutki dla tego systemu. Wskazywano na kluczowe dylematy związane z zapewnieniem ciągłości wsparcia przy zachowaniu reżimu sanitarnego i bezpieczeństwa pracowników oraz osób wspieranych i ich rodzin czy z udzielaniem wsparcia z użyciem nowych technologii. Podkreślano także, że pandemia wpłynęła w głównej mierze negatywnie na zakres i formę realizacji usług. Jest to oczywiście spowodowane ograniczeniami w świadczeniu usług środowiskowych w miejscu zamieszkania. Jednocześnie sytuacja ta niejako wymusiła wprowadzenie nowego narzędzia w postaci teleusług (e-usług).

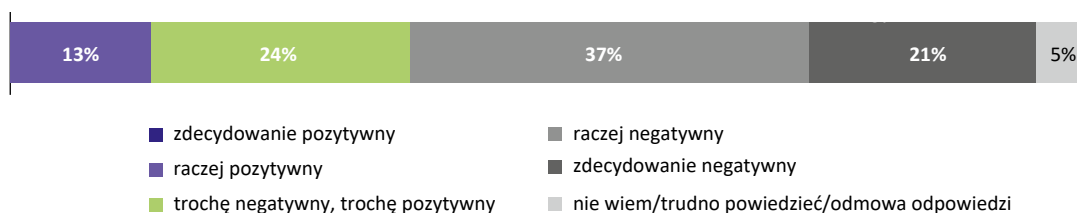
W tym kontekście należy wskazać wyniki badań prowadzonych przez Sektorową Radę ds. Kompetencji, pn. Deficyty kompetencyjne wśród kadr, w tym kadr zarządzających w placówkach pomocy społecznej z uwzględnieniem nowych zadań związanych z pandemią COVID-19⁷⁵. Uzyskane w ten sposób wyniki zostały częściowo potwierdzone w ramach omawianego tu badania – chodzi tu w szczególności o niedostateczne kompetencje w zakresie przywództwa i zarządzania zasobami, niedostateczne kompetencje w zakresie psychologii i radzenia sobie ze stresem, niedostateczne kompetencje w zakresie lepszej

⁷⁵ Badanie zrealizowano w 2020 r., a wyniki opracowano w 2021 r.

współpracy i koordynacji działań, niedostateczne kompetencje cyfrowe w zakresie dostępnych telenarzędzi i ich obsługi.

Wpływ COVID-19 na sytuację w systemie pomocy społecznej został oceniony także przez pracodawców sektora pomocy społecznej (głównie dyrektorów i kierowników jednostek systemu pomocy społecznej). Aż 64% pracodawców uznało za główne wyzwanie stojące przed sektorem pomocy społecznej dostosowanie metod i sposobów pracy do sytuacji pandemii. 58% ankietowanych wskazało tylko negatywne skutki pandemii, 24% zauważyło, że można zaobserwować zarówno negatywne, jak i pozytywne skutki pandemii, a 13% wskazało jedynie pozytywne skutki.

Wykres 20. Ogólny wpływ pandemii COVID-19 na działalność jednostek pomocy społecznej



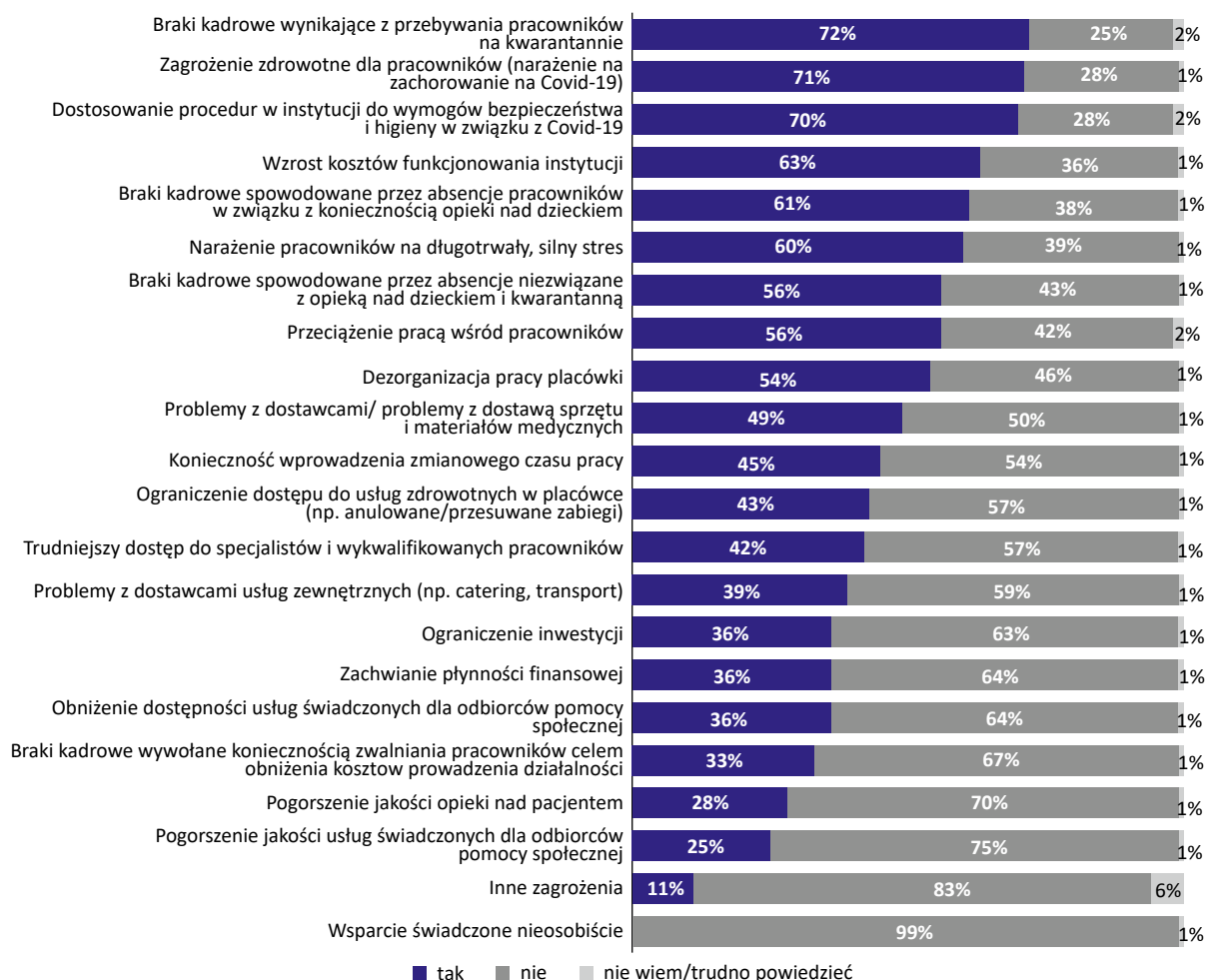
Źródło: Opracowanie własne na podstawie CATI z pracodawcami (n = 238)⁷⁶.

Do najczęściej wskazywanych negatywnych efektów należą braki kadrowe, zagrożenia zdrowotne dla pracowników (narażenie ich na zachorowanie na COVID-19), konieczność dostosowania procedur instytucji do wymogów bezpieczeństwa i higieny w sytuacji pandemicznej, wzrost kosztów funkcjonowania jednostki, narażenie pracowników na długotrwały i silny stres, przeciążenie pracą i dezorganizacja pracy placówki. Prowadziło to w krótkiej perspektywie niewątpliwie do obniżenia skuteczności działania systemu jako całości.

Respondenci, którzy zauważali pozytywne skutki, najczęściej wskazywali na wprowadzenie pracy zdalnej, zwiększenie liczby świadczonych usług, nabycie przez pracowników nowych umiejętności czy przetestowanie sposobów pracy w warunkach kryzysowych. Te zmiany mogą być bardzo przydatne w przyszłości, a więc w dłuższej perspektywie, a nie zaszyby w tak krótkim czasie, gdyby nie wystąpienie pandemii. W tym kontekście należy wskazać na poprawę umiejętności cyfrowych pracowników.

⁷⁶ Pytanie skierowane było do wszystkich ankietowanych pracodawców z sektora pomocy społecznej. Nie pojawiły się odmowy odpowiedzi.

Wykres 21. Negatywne zmiany spowodowane przez pandemię COVID-19 w jednostkach pomocy społecznej



Źródło: Opracowanie własne na podstawie CATI z pracodawcami (n = 138)⁷⁷.

Podsumowując, pandemia COVID-19 ma istotny wpływ na system pomocy społecznej i udzielane w nim wsparcie, zarówno w długiej, jak i krótkiej perspektywie. Przeważają negatywne oceny skutków pandemii. Negatywne konsekwencje pandemii mają jednak charakter głównie krótkoterminowy i doraźny, związany z pracą w warunkach reżimu sanitarnego, niedoborem pracowników i przeciążaniem ich pracą, co wiąże się z dużym poziomem stresu przy konieczności zachowania ciągłości wsparcia świadczonego na rzecz klientów. Dostrzega się natomiast, choć w znacznie mniejszym stopniu, także i pozytywne skutki pandemii, związane z nabywaniem nowych kompetencji i wdrażaniem nowych metod pracy, w tym wykorzystujących nowoczesne technologie.

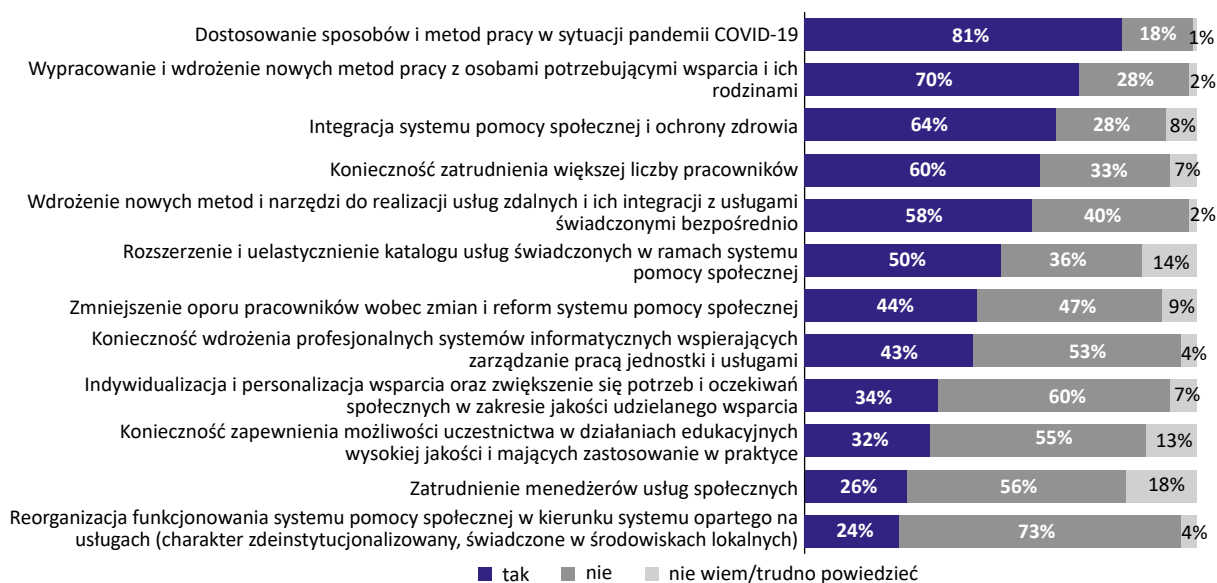
⁷⁷ Pytanie zadano pracodawcom, którzy wskazywali na wystąpienie skutków negatywnych.

3.3.9. Odpowiedź systemu pomocy społecznej na wyzwania

Kierunki rozwoju systemu pomocy społecznej są w większości zidentyfikowane, jednak dyskusja na ten temat toczy się głównie w kręgu ekspertów. Natomiast pracodawcy systemu, a więc kierownicy jednostek pomocy społecznej, mający kluczowy wpływ na kształtowanie się systemu przyszłości, dostrzegają jedynie część wyzwań stojących przed systemem, co może mieć przełożenie na zakres podejmowanych w przyszłości działań dostosowawczych.

Jako odpowiedź na konkretne kategorie wyzwań pracodawcy najczęściej wskazują następujące działania: dostosowanie metod działania do realiów pandemii COVID-19 (81%), wypracowanie i wdrożenie nowych metod pracy z osobami potrzebującymi wsparcia i ich rodzinami (70%), integracja systemu pomocy społecznej i ochrony zdrowia (64%), a także zatrudnienie nowych pracowników (60%). Zatem planuje się podejmowanie działań będących odpowiedzią na wyzwania bieżące, związane głównie z pandemią COVID-19, wymagające stosunkowo szybkiej reakcji. Jest to także najpilniejsza obecnie potrzeba – zapewnienie ciągłości i jakości wsparcia. W związku z tym na dalszy plan zeszły kwestie dotyczące długoterminowych wyzwań, np. wynikających ze starzenia się populacji.

Wykres 22. Działania rozważane do wprowadzenia w ciągu kolejnych 12 miesięcy w jednostkach pomocy społecznej



Źródło: Opracowanie własne na podstawie CATI z pracodawcami (n = 286)⁷⁸.

⁷⁸ Pytanie zadano wszystkim pracodawcom biorącym udział w badaniu.

Zestawiając powyższe wyniki z wynikami uzyskanymi w ramach pozostałych metod badawczych, należy podkreślić kilka kwestii, które kształtować będą rozwój sektora w przyszłości. Choć system podlega i będzie podlegać wpływowi długookresowych trendów, takich jak np. starzenie się populacji czy rozwój nowych technologii, to wyzwania związane z tymi trendami (np. reorganizacja systemu w kierunku usług, w tym opiekuńczych i asystenckich czy wykorzystanie nowych technologii jako sposobu świadczenia usług) nie są dostrzegane przez pracodawców, którzy koncentrują się na stanie obecnym, a więc na perspektywie doraźnej. Ograniczenia możliwości dostosowawczych systemu do wyzwań dostrzegali także eksperci w ramach badania Delphi, którego wyniki wyraźnie pokazują, że prawdopodobieństwo realizacji określonych działań dostosowawczych (np. w zakresie zwiększenia liczby opiekunów i asystentów, wdrożenia nowych metod pracy czy ról zawodowych na poziomie lokalnym) w krótkiej perspektywie oceniane jest jako małe lub bardzo małe, a średni poziom prawdopodobieństwa notowano zwykle dopiero w odniesieniu do perspektywy pięcioletniej.

Dzieje się tak z kilku powodów. Po pierwsze, jak wskazali sami pracodawcy, podejmują oni obecnie głównie działania dostosowawcze do warunków pracy w pandemii (zapewniając tym samym ciągłość wsparcia) i pracują w warunkach kryzysowych. Po drugie zaś, pracodawcy wyraźnie wskazują, że ograniczone środki finansowe na pomoc społeczną na poziomie lokalnym, a także często relatywnie niska pozycja polityki społecznej czy niewielka wrażliwość decydentów lokalnych na kwestie społeczne, powodują znaczne ograniczenie możliwości dostosowawczych systemu do wyzwań o długookresowym charakterze. Koncentracja uwagi kadry zarządzającej dotyczy zapewnienia działania systemu w danym momencie. Po trzecie zaś, jak wskazują eksperci, na poziomie lokalnym nie prowadzi się w większości rzetelnych badań potrzeb mieszkańców pod kątem zapotrzebowania na różnego typu usługi, np. opiekuńcze. Oferta ustalana jest na podstawie odnotowanych zgłoszeń/wniosków o taką pomoc. Negatywny wizerunek czy po prostu brak wiedzy o działaniach pomocy społecznej powodują, że wiele osób nie zgłasza się po pomoc, szczególnie tę niezależną od dochodu, co nie oznacza, że takiego wsparcia nie potrzebują. Po czwarte zaś, niedostrzeganie wyzwań długoterminowych oraz ich potencjalnego wpływu na sytuację w systemie i możliwych konsekwencji może być także związane z niższymi kompetencjami kadr zarządzających.

Opisane powody ograniczają możliwości dostosowawcze systemu do nowych wyzwań o długoterminowym charakterze, które zwykle wymagają bardziej kompleksowych działań. Może to wpłynąć w przyszłości na obniżenie skuteczności i jakości działań tego systemu.

Presja wyzwań w miarę upływu czasu będzie się nasilać, a niewystarczający poziom działań dostosowawczych opartych na długookresowym planie będzie powodować zaostrzanie się problemów zidentyfikowanych w ramach badania, takich jak np. niedobór kadr o określonych kompetencjach. Proces dostosowawczy w systemie pomocy społecznej zapewne będzie miał charakter stopniowy i ewolucyjny, jednak tempo może być niewystarczające dla skali i presji wyzwań.

3.3.10. Potencjalne scenariusze rozwoju

Informacje zebrane z wykorzystaniem wszystkich wspomnianych metod badawczych, dotyczące w szczególności wyzwań stojących przed systemem, jak i podejmowanych oraz planowanych do podjęcia działań, posłużyły do konstrukcji scenariuszy rozwoju sektora. Każdy potencjalny scenariusz zawiera także warunki realizacji. Wyróżniono trzy scenariusze rozwoju: optymalny, pośredni i bazowy. Należy zaznaczyć, że sposób działania systemu jest kształtowany nie tylko oddolnymi działaniami jednostek pomocy społecznej, ale ma charakter silnie uregulowany przepisami krajowymi (np. w zakresie rodzajów udzielanego przez system wsparcia, kwalifikacji formalnych pracowników czy kryteriów udzielania wsparcia).

Scenariusz: optymalny

Scenariusz zakłada, że stosunkowo szybko (w przybliżeniu w okresie następnych 5 lat), we wszystkich omawianych tu kierunkach rozwoju, nastąpi istotny postęp obejmujący większość podmiotów działających w sektorze. Zgodnie z tym scenariuszem będą miały miejsce: indywidualizacja i personalizacja usług świadczonych na rzecz klientów, integracja systemu pomocy społecznej i ochrony zdrowia, wdrożenie systemu opartego na usługach świadczonych w społecznościach lokalnych, wzrost dostępności usług asystenckich i opiekuńczych dla osób potrzebujących wsparcia, wdrożenie nowych metod pracy z różnymi grupami osób i związanych z tym nowych ról zawodowych, zwiększenie jakości i dostępności wsparcia dla różnych grup ludności. Te kierunki zmian wiążą się z poprawą kompetencji pracowników pomocy społecznej, zdobywanych w ramach kompleksowego, dostosowanego do potrzeb systemu kształcenia kadr, ze zwiększeniem wykorzystania nowych technologii w procesie świadczenia usług oraz dostosowaniem pracy do warunków kryzysowych i reżimu sanitarnego.

Ostatecznie, w wyniku realizacji uwzględnionych powyżej kierunków zmian, system pomocy społecznej charakteryzować będą następujące cechy:

- wysoka jakość i skuteczność świadczonych usług oraz odpowiednia liczba personelu zapewniająca właściwy poziom udzielanego wsparcia;
- duży stopień elastyczności w dostosowaniu zakresu i sposobu świadczonego wsparcia do potrzeb osób wspieranych, tak aby było ono zindywidualizowane i spersonalizowane;
- zintegrowanie systemu pomocy społecznej i ochrony zdrowia, poprawiające skuteczność działań obu sektorów;
- stosowanie skutecznych metod i narzędzi pracy z różnymi grupami ludności, w tym ze szczególnym uwzględnieniem usług świadczonych w środowiskach lokalnych;
- pokrycie zwiększonego zapotrzebowania na usługi wsparcia wynikającego z postępującego procesu starzenia się populacji, szczególnie w zakresie usług opiekuńczych i asystenckich;
- wysoki poziom kompetencji personelu pozwalający skutecznie wspierać klientów;
- kompleksowy i elastycznie reagujący na potrzeby sektora system kształcenia kadr;
- zapewnienie ciągłości i jakości wsparcia w warunkach kryzysowych, w tym w warunkach reżimu sanitarnego wywołanego pandemią COVID-19;
- stopniowe wdrażanie nowych technologii w procesie świadczenia usług, w tym testowanie i stosowanie rozwiązań typu „jeden guzik”.

Realizacja tego potencjalnego scenariusza wymaga dużej mobilizacji zasobów i wysiłku pracowników, zarówno na poziomie krajowym, jak i lokalnym, połączonych z konkretną wizją i szczegółowym planem zmian. Potrzebne tu są zarówno odpowiednie decyzje polityczne, powiązane z rozwiązaniami prawnymi i odpowiednim finansowaniem, jak i programy wspierające placówki we wdrażaniu zmian (wsparcie szkoleniowe, informatyczne, opracowanie i demonstrowanie modelowych rozwiązań itp.), zarówno na poziomie krajowym, jak i regionalnym oraz lokalnym. Konieczne jest także odpowiednie przygotowanie jednostek pomocy społecznej do zmian, wymagające aktywnej roli kadry zarządzającej, świadomej długookresowych wyzwań stojących przed systemem i potrafiącej budować akceptację dla zmian wśród swoich zespołów. Konieczne działania po stronie kadry zarządzającej obejmują inwestowanie w kapitał ludzki poprzez wykorzystywanie dostępnych możliwości podnoszenia kompetencji i motywacji pracowników, budowanie lokalnych koalicji na rzecz zmian w sferze pomocy społecznej oraz zniwelowania negatywnego wizerunku i niskiej pozycji pomocy społecznej, szczególnie na szczeblu lokalnym. Ważnym elementem

jest także zwiększone otwarcie się jednostek systemu na współpracę z otoczeniem, w tym z organizacjami pozarządowymi.

Biorąc pod uwagę z jednej strony skalę potrzebnego wysiłku, a z drugiej ograniczony potencjał administracyjny oraz niedofinansowanie polskiego systemu pomocy społecznej, scenariusz ten należy uznać za najmniej prawdopodobny.

Warunki realizacji scenariusza:

- dostępność odpowiedniego finansowania na poziomie krajowym, regionalnym i lokalnym;
- odpowiednia pozycja polityki społecznej na poziomie lokalnym; dostępność pracowników o odpowiednich kwalifikacjach;
- dostępność kompleksowej, dostosowanej do potrzeb systemu pomocy społecznej oferty szkoleniowej;
- pełne dostrzeganie przez pracowników pomocy społecznej, a szczególnie przez kadrę kierowniczą, całościowego wpływu długookresowych trendów (związanych np. ze starzeniem się populacji) na sytuację w sektorze;
- pełna dostępność i przystępny koszt technologii, które mogą być wykorzystane w pomocy społecznej;
- łatwość, atrakcyjność i przejrzystość narzędzi technologicznych, które mogą być wykorzystane w pomocy społecznej.

Scenariusz: pośredni

Scenariusz zakłada, że w perspektywie średniookresowej (5 lat), nastąpi koncentracja wysiłku organizacyjnego i zasobów systemu, na wybranych kierunkach rozwoju. Działania takie spowodowałyby, że zmiana w tych obszarach, mogłaby mieć charakter powszechny, skutecznie zmieniając sposób funkcjonowania większości jednostek systemu. Ze względu na konieczne zasoby i możliwości administracyjne systemu taki potencjalny scenariusz zmian wydaje się co do zasady możliwy do zrealizowania. Jednak biorąc pod uwagę, że kluczową rolę w jego uruchomieniu odgrywa konieczność podjęcia odpowiednich decyzji na poziomie krajowym, poziom prawdopodobieństwa jego realizacji należy ocenić jako średni.

Biorąc pod uwagę zebrany materiał badawczy, w tym scenariuszu koncentracja zasobów i wysiłku nastąpi w tych kierunkach zmian, które mają najbardziej pilny charakter. Są to:

- zapewnienie ciągłości i jakości wsparcia w warunkach kryzysowych, w tym w warunkach reżimu sanitarnego wywołanego pandemią COVID-19. W chwili obecnej jednostki pomocy społecznej wypracowały już podstawowe sposoby pracy w warunkach kryzysowych. W przypadku kolejnych fal pandemii będą one doskonalone, także ramach wymiany doświadczeń i praktyk pomiędzy jednostkami pomocy społecznej. W wyniku szerepień poprawi się sytuacja epidemiczna w jednostkach całodobowego pobytu, jak np. domy pomocy społecznej;
- wdrożenie nowych, skuteczniejszych metod i narzędzi pracy z różnymi grupami ludności, w tym ze szczególnym uwzględnieniem usług świadczonych w środowiskach lokalnych. W pierwszej kolejności wdrażane będą metody związane z reorganizacją sposobu wykonywania określonych zadań czy zmianą rutynowych praktyk w kierunku bardziej nowoczesnych metod, jak np. *case management* (zarządzanie przypadkami), które nie będą wymagały dużych nakładów finansowych. Natomiast dostępność środków europejskich w nowej perspektywie finansowania zapewni upowszechnienie nowych, bardziej czasochłonnych i kosztochłonnych rozwiązań. Oferta szkoleniowa dostępna na rynku uwzględniać będzie nowe metody pracy oraz zostanie w większym stopniu powiązana z praktyką działania jednostek systemu;
- częściowe pokrycie zwiększonego zapotrzebowania na usługi wsparcia wynikające z postępującego procesu starzenia się populacji, szczególnie w zakresie usług opiekuńczych i asystenckich. W dłuższej perspektywie zwiększenie się liczby osób starszych, potrzebujących wsparcia spowoduje presję społeczną związaną z koniecznością zaspokojenia ich potrzeb. Zasoby systemu zostaną przekierowane na realizowanie tego celu. Nastąpi profesjonalizacja świadczenia tego typu usług.

Pozostałe kierunki wskazane w scenariuszu optymalnym będą się zmieniać w dużo wolniejszym tempie.

Scenariusz wymaga podjęcia działań dostosowawczych, związanych z inwestowaniem w kapitał ludzki w odniesieniu do podnoszenia kompetencji pracowników w zakresie nowych metod pracy, w tym z uwzględnieniem usług świadczonych w społecznościach lokalnych. Kluczowe w tym scenariuszu są kompetencje menedżerskie kadry zarządzającej, przejawiające się w umiejętności reorganizacji pracy i jej dostosowania do warunków reżimu sanitarnego, jak i zapewnieniu (choć częściowego) pokrycia zwiększonego zapotrzebowania na usługi opiekuńcze i asystenckie. Wymagać to będzie budowania lokalnych koalicji na rzecz tych zmian i większego otwarcia jednostek pomocy społecznej na współpracę z sektorem pozarządowym.

Warunki realizacji scenariusza:

- częściowa dostępność finansowania na poziomie krajowym, regionalnym i lokalnym;
- podniesienie pozycji polityki społecznej na poziomie lokalnym;
- poprawa w stosunku do stanu obecnego dostępności pracowników wykwalifikowanych do świadczenia usług asystenckich i opiekuńczych;
- dostępność oferty szkoleniowej w zakresie nowych metod pracy oraz świadczenia usług opiekuńczych i asystenckich;
- wyższy niż obecnie poziom świadomości kadry kierowniczej w zakresie możliwego wpływu długookresowych trendów (związanych np. ze starzeniem się populacji) na sytuację w sektorze.

Scenariusz: bazowy

W ramach tego potencjalnego scenariusza zmiany w sektorze zachodzić będą w sposób powolny i ewolucyjny. Pewna część placówek (najlepiej zarządzanych, w najlepszej kondycji finansowej) w perspektywie 5 lat, wdroży pożądane zmiany (choć zapewne nie w każdym obszarze). Wyraźnie widać też będzie dużą grupę placówek zapóźnionych (nie wprowadzających zmian). Taki obraz sytuacji potwierdzają w wywiadach jakościowych eksperci. W ramach tego scenariusza nastąpi koncentracja na działaniach operacyjnych i doraźnych na dany moment. Na podstawie wyników badań należy uznać, że jest to scenariusz najbardziej prawdopodobny.

Z zebranego materiału badawczego i dotychczas zrealizowanych działań w systemie pomocy społecznej wynika, że w perspektywie roku uwaga skupiona będzie na kwestiach zapewnienia ciągłości i jakości wsparcia w warunkach kryzysowych, w tym w warunkach reżimu sanitarnego wywołanego pandemią COVID-19. Natomiast w dłuższej perspektywie nastąpią stopniowe, ewolucyjne zmiany w zakresie częściowego pokrycia zwiększonego zapotrzebowania na usługi wsparcia wynikające z postępującego procesu starzenia się populacji, szczególnie w zakresie usług opiekuńczych i asystenckich. Zgodnie z tym potencjalnym scenariuszem w jednostkach pomocy społecznej pojawią się także kolejne wdrożenia nowych metod i narzędzi pracy – w pierwszej kolejności tych, które wymagają niewielkich nakładów finansowych.

Warunki realizacji scenariusza:

- ograniczona dostępność finansowania na poziomie krajowym, regionalnym i lokalnym;
- niska pozycja polityki społecznej na poziomie lokalnym;

- stopniowa, rozłożona w czasie poprawa w stosunku do stanu obecnego dostępności pracowników wykwalifikowanych do świadczenia usług asystenckich i opiekuńczych;
- stopniowa i rozłożona w czasie poprawa dostępności oferty szkoleniowej w zakresie nowych metod pracy oraz świadczenia usług opiekuńczych i asystenckich;
- stopniowe i częściowe podniesienie poziomu świadomości kadry kierowniczej w zakresie możliwego wpływu długookresowych trendów (związanych np. ze starzeniem się populacji) na sytuację w sektorze.

3.4. Sytuacja kadrowa w branży pomocy społecznej

Pierwszym krokiem prowadzącym do analizy sytuacji kadrowej w branży jest określenie stanu, struktury i dynamiki zatrudnienia w systemie pomocy społecznej na podstawie danych zebranych podczas badania ilościowego, w ramach którego zestawiono perspektywę pracowników i pracodawców. W drugiej części tego rozdziału przedstawiono subiektywną ocenę warunków pracy dokonaną przez pracowników, a także uwarunkowania podnoszenia kompetencji kadr i ich rozwoju.

3.4.1. Stan i struktura zatrudnienia

Zgodnie z wynikami badania ilościowego pracodawców średni stan zatrudnienia w podmiotach, które reprezentują, wyniósł 30 osób (w domach pomocy społecznej – 41 osób, w ośrodkach pomocy społecznej – 26 osób)⁷⁹. W ciągu ostatniego roku w jednostkach, które reprezentowali badani pracodawcy, przybyło zatrudnionych osób – zarówno w ramach zatrudnienia na podstawie umowy o pracę, jak i innych umów, jednak nie był to wzrost znaczny: 2,7% ogółem w stosunku do sytuacji sprzed 12 miesięcy⁸⁰, 2,5% dla umów o pracę i 3,8% dla pozostałych typów umów. W przypadku ośrodków pomocy społecznej obecny stan

⁷⁹ Do szczegółowych analiz wzięto pod uwagę jedynie domy pomocy społecznej i ośrodki pomocy społecznej, ponieważ pozostałe typy instytucji były reprezentowane przez niewielką liczbę respondentów. Ośrodki pomocy społecznej oraz domy pomocy społecznej reprezentowało łącznie 76% respondentów.

⁸⁰ Ileokroć w tej części używamy pojęcia „w ciągu ostatnich 12 miesięcy”, chodzi zawsze o okres lipiec 2020 r. – lipiec 2021 r.

zatrudnienia jest wyższy niż 12 miesięcy wcześniej – ogółem wzrost wyniósł 5,9% (umowy o pracę – 5,4%, pozostałe typy umów – 7,8%). Natomiast dla domów pomocy społecznej zmiana stanu zatrudniania, choć dodatnia, była znacznie mniejsza – 1,25% ogółem oraz 0,96% w przypadku umów o pracę i 2,9% dla pozostałych typów umów. Warto zaznaczyć, że zatrudnienie na podstawie innej niż umowa o pracę zwiększało się dynamiczniej, choć to wciąż stosunkowo niewielki odsetek zatrudnionych (17,5% ogółem, 20,5% dla ośrodków pomocy społecznej i 15% dla domów pomocy społecznej).

Tabela 27. Stan zatrudnienia w badanych podmiotach

	Liczba zatrudnionych		Saldo (stan z lipca 2021 r. – stan z lipca 2020 r.)
	Lipiec 2021	Lipiec 2020	
Wszystkie jednostki			
ogółem	4200	4089	111
na podstawie umowy o pracę	3465	3381	84
na podstawie innych umów	735	708	27
Ośrodki pomocy społecznej			
ogółem	1342	1267	75
na podstawie umowy o pracę	1067	1012	55
na podstawie innych umów	275	255	20
Domy pomocy społecznej			
ogółem	2332	2303	29
na podstawie umowy o pracę	1981	1962	19
na podstawie innych umów	351	341	10

Źródło: Badanie CATI z pracodawcami (n = 141).

Zatem skala zmian w zakresie zatrudnienia była niewielka. Wśród pracodawców, którzy jednak zatrudniali nowe osoby pomiędzy lipcem 2020 r. a lipcem 2021 r., aż 96% zatrudniło do dziewięciu nowych pracowników. Jednostki funkcjonujące w ramach systemu pomocy społecznej należą w większości do sektora publicznego, gdzie duże zwiększenia kadr zdarzają się stosunkowo rzadko (chyba że dotyczą nowo powoływanych jednostek, co także jest stosunkowo rzadkim zjawiskiem). Zwiększenie zatrudnienia o ponad dziewięć osób dotyczyło jedynie ośrodków pomocy społecznej oraz domów pomocy społecznej.

Zaledwie 1/5 ankietowanych pracodawców wskazuje, że poszukiwała pracowników w ciągu ostatnich 12 miesięcy, co wobec problemów kadrowych wskazywanych w wywiadach jakościowych jest zaskakujące. Należy jednak pamiętać, że pracodawcy pytani byli

o sytuację sprzed ostatnich 12 miesięcy, a więc w okresie pandemii COVID-19, która mogła wpłynąć na plany związane z zatrudnieniem. Największy odsetek instytucji poszukujących pracowników zanotowano wśród domów pomocy społecznej (26%).

Najczęściej poszukiwano opiekunów środowiskowych (44%), pracowników socjalnych (26%) oraz asystentów różnych grup wymagających wsparcia (24%). Domy pomocy społecznej częściej poszukiwały opiekunów oraz asystentów, a ośrodki pomocy społecznej pracowników socjalnych, co jest związane z profilem działalności tych podmiotów.

Wykres 23. Stanowiska, na które pracodawcy najczęściej poszukują pracowników



Źródło: badanie CATI z pracodawcami (n = 238)⁸¹.

Pracodawcy, którzy poszukiwali pracowników, wyraźnie wskazują, że mieli problemy ze znalezieniem nowych osób w ciągu ostatnich 12 miesięcy (70%). Potwierdza to dotychczasowe spostrzeżenia, że niedobór kadr związany jest głównie z ograniczonym napływem nowych pracowników do systemu. Problem ten w największym stopniu dotyczył domów pomocy społecznej (80%), w mniejszym zaś ośrodków pomocy społecznej (56%).

Zdaniem pracodawców poszukujących nowych pracowników problemy z ich znalezieniem w ciągu ostatnich 12 miesięcy wynikały głównie z oferowania niskich wynagrodzeń (41%) oraz z faktu, że kandydatom, którzy spełniali oczekiwania, nie odpowiadały warunki pracy (29%). Co piąty pracodawca, który poszukiwał pracowników, wskazał na małe zainteresowanie ofertami pracy w tych jednostkach. Co zaskakujące, na niski prestiż zawodu wskazało zaledwie

⁸¹ Pytanie zadano wszystkim pracodawcom branży pomocy społecznej biorącym udział w badaniu.

9% pracodawców. Zestawiając te wyniki z materiałem jakościowym, a także perspektywą pracowników, można wyciągnąć kilka wniosków. Niskie wynagrodzenia stanowią barierę utrudniającą wejście do systemu. Natomiast pracownicy już zatrudnieni w systemie w większości są zadowoleni z poziomu wynagrodzenia. Oznacza to, że niski poziom wynagrodzenia nie jest czynnikiem powodującym rezygnację z pracy w systemie w przypadku pracowników już zatrudnionych. Co więcej, stosunkowo duży jest odsetek pracodawców, którzy zetknęli się z sytuacją, że kandydaci spełniający warunki rezygnują z zatrudnienia, co może być związane także z poziomem wynagrodzenia czy warunkami pracy. Zaskakujący jest natomiast fakt, że niski prestiż zawodu stosunkowo rzadko bywa wskazywany jako przyczyna problemów ze znalezieniem odpowiednich pracowników. Czynnikiem ten ma dużo większe znaczenie w przypadku pracowników już zatrudnionych w systemie, na co wskazywali zarówno pracownicy, jak i eksperci biorący udział w badaniu. Częściowe wyjaśnienie tej sytuacji przynosi materiał zebrany podczas wywiadów z ekspertami, którzy wskazali, że obecnie w systemie zatrudnione są w dużej mierze osoby, które przyszły do pracy z dużym poczuciem misji, dla których wizerunek zawodu ma duże znaczenie, przy równoczesnym mniejszym znaczeniu wynagrodzenia. Zatrudnienia poszukują natomiast osoby młode, o innych oczekiwaniach względem wykonywanej pracy, w tym dotyczących poziomu wynagrodzenia. Oznacza to, że odmienne jest postrzeganie warunków pracy przez pracowników zatrudnionych w systemie i przez potencjalnych kandydatów.

Analizując przyczyny problemów ze znalezieniem nowych pracowników, należy wskazać na kluczowe różnice pomiędzy pracodawcami reprezentującymi różne typy instytucji. Niskie zarobki wskazywane były głównie przez osoby prowadzące domy pomocy społecznej (50%), w dużo mniejszej skali zwracano na to uwagę w innych typach placówek, np. w ośrodkach pomocy społecznej, w których 29% pracodawców wskazywało ten problem. Co więcej, pracodawcy reprezentujący domy pomocy społecznej jako jedyni zauważali, że kandydatom spełniającym wymogi nie odpowiadały warunki pracy (25%). Najczęściej na niskie zainteresowanie ofertą pracy wskazywali przedstawiciele ośrodków pomocy społecznej (29%) oraz domów pomocy społecznej (29%).

Największe problemy ze znalezieniem nowych pracowników dotyczyły stanowisk asystenckich dla różnych grup potrzebujących wsparcia (44% wskazań) oraz pracowników socjalnych (25% wskazań). Może to wynikać z wysokich oczekiwań wobec kandydatów w porównaniu z oferowanymi warunkami pracy, a także z dostępnością osób o określonych kwalifikacjach. Problem ze znalezieniem osób na stanowiska asystentów różnych grup ludności dotyczył głównie ośrodków pomocy społecznej (71%) oraz – choć w znaczenie mniejszym stopniu – domów pomocy społecznej

(40%). Problem ze znalezieniem pracowników socjalnych dotyczył przede wszystkim ośrodków pomocy społecznej (43%), bo to one głównie zatrudniają osoby na tym stanowisku.

Pracodawcy zostali także poproszeni o ocenę zmian kadrowych w przyszłości. Zdecydowana większość ankietowanych pracodawców nie przewiduje zmian w zakresie zatrudnienia, a jedynie 9 i 12 % wskazuje na wzrost liczby pracowników odpowiednio w ciągu najbliższego roku oraz pięciu lat. Wynik ten jest nieco inny niż uzyskany przez ekspertów w wywiadach jakościowych, a szczególnie w badaniu Delphi. Większość badanych ekspertów stwierdzała bowiem ze średnim poziomem prawdopodobieństwa, że wzrośnie zatrudnienie w jednostkach pomocy społecznej (w ramach usług opiekuńczych i asystenckich w związku z procesem starzenia się populacji), natomiast w przypadku pracodawców zaledwie co dziesiąty wskazuje na zwiększenie stanu zatrudnienia. Ta rozbieżność może wynikać z faktu, że eksperci w większości dokonywali oceny z perspektywy zapotrzebowania na usługi świadczone w ramach pomocy społecznej, zaś pracodawcy z punktu widzenia realiów funkcjonowania systemu. Nie zanotowano dużego zróżnicowania odpowiedzi pracodawców ze względu na typ instytucji, którą reprezentują.

W przeważającej większości pracodawcy nie rozważają w ciągu najbliższych 12 miesięcy zatrudnienia nowych pracowników w ramach jakichkolwiek ról zawodowych. Największy odsetek pracodawców rozważających możliwość zatrudnienia dodatkowych pracowników wskazywał na poszukiwanie asystenta różnych grup ludności potrzebującej wsparcia (21%), opiekuna środowiskowego (16%) i pracownika socjalnego (15%).

Wykres 24. Plany w zakresie zatrudnienia nowych pracowników w ciągu kolejnych 12 miesięcy wg ról zawodowych

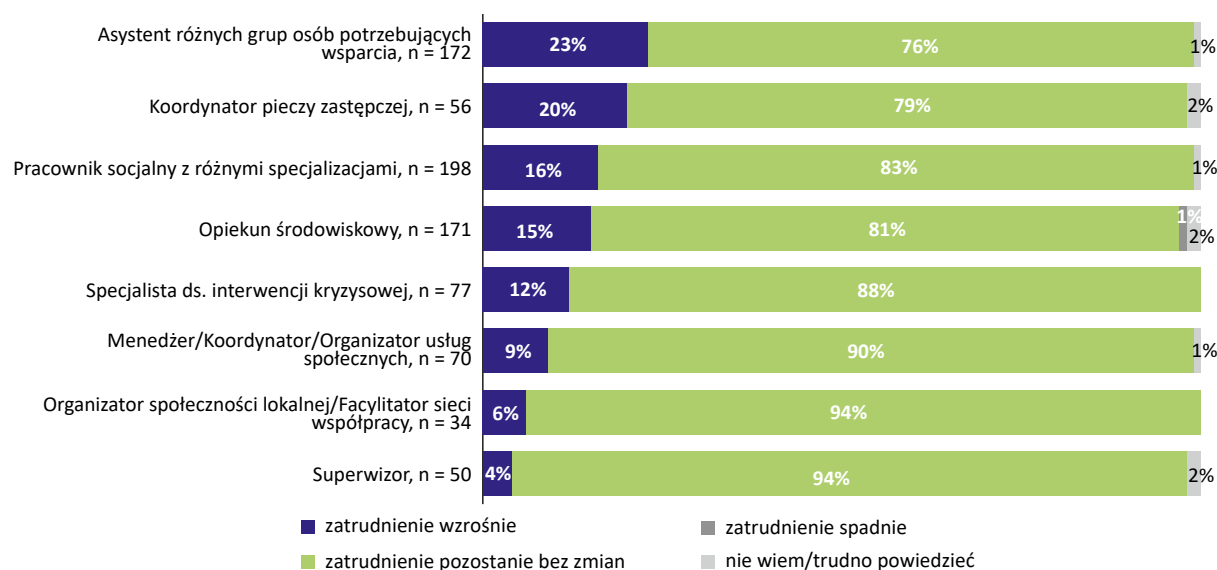


Źródło: Badanie CATI z pracodawcami (n = 238)⁸².

⁸² Pytanie zadano wszystkim pracodawcom z branży pomocy społecznej biorącym udział w badaniu.

Drugim elementem przewidywań sytuacji kadrowej jest ocena zapotrzebowania na pracowników w stosunku do realizowanych zadań. Pracodawcy ocenili zatem zmiany zapotrzebowania w odniesieniu do konkretnych stanowisk w perspektywie 12 miesięcy oraz 5 lat. W ciągu najbliższego roku stosunkowo największe zapotrzebowanie dotyczyć będzie asystentów (19%), koordynatorów pieczy zastępczej (18%), specjalistów ds. interwencji kryzysowej (13%), opiekunów środowiskowych (12%) i pracowników socjalnych (12%). Przewidywania w perspektywie pięciu lat są zbliżone, choć odpowiednie odsetki są nieco wyższe – wciąż największe będzie zapotrzebowanie na asystentów (23%), koordynatorów pieczy zastępczej (20%), pracowników socjalnych (16%) i opiekunów środowiskowych (15%).

Wykres 25. Zmiany zapotrzebowania na pracowników w jednostkach pomocy społecznej w ciągu pięciu lat



Źródło: Badanie CATI z pracodawcami.

Jeśli chodzi o oczekiwania pracodawców dotyczące pojawienia się nowych ról zawodowych w branży pomocy społecznej, okazuje się, że większość (78%) pracodawców nie widzi takiej możliwości. Co zaskakujące, aż 17% pracodawców nie potrafiło tego ocenić. Jedynie 6% pracodawców uważa, że nowe stanowiska w branży się pojawią. Wyniki nie były zróżnicowane wg typu instytucji, którą reprezentuje pracodawca. Pracodawcy są zdania, że pojawienie się nowych ról w systemie zależy od dostępności środków finansowych. Porównując te rezultaty z wynikami badań jakościowych, należy wskazać, że pracodawcy

zdecydowanie mniej optymistycznie niż eksperci branżowi patrzą na możliwość pojawienia się nowych ról zawodowych w systemie, uzależniając je głównie od dostępności finansowej.

Wykres 26. Możliwość pojawienia się nowych ról zawodowych w systemie pomocy społecznej



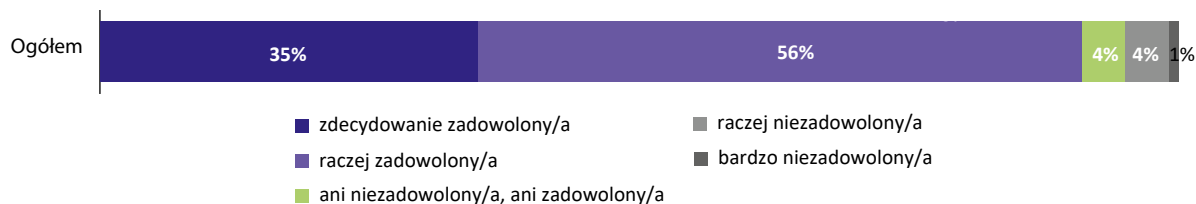
Źródło: Badanie CATI z pracodawcami (n = 238)⁸³.

Podsumowując, należy wskazać, że pracodawcy zdecydowanie mniej optymistycznie widzą szanse na poszerzenie kadry czy pojawienie się nowych ról zawodowych w systemie niż eksperci. Przeważają opinie o braku możliwości zwiększenia zatrudnienia, zarówno w perspektywie roku, jak i pięciu lat. Dłuższa perspektywa wiąże się z nieco większym odsetkiem wskazań na możliwość zwiększenia zatrudnienia bądź zapotrzebowania na określone role zawodowe. Możliwość zatrudnienia w przyszłości dotyczy głównie czterech stanowisk (asystent, specjalista ds. interwencji kryzysowej, opiekun środowiskowy oraz pracownik socjalny). Równocześnie należy zaznaczyć, że eksperci wskazywali na pewne niedocenienie przez osoby pracujące wewnątrz systemu pomocy społecznej wpływu długookresowych trendów na funkcjonowanie całego systemu i skupianie się jedynie na doraźnych działaniach.

3.4.2. Utrzymanie pracowników – warunki pracy w ocenie pracowników

Analiza warunków pracy przeprowadzona została przede wszystkim na podstawie ocen dokonanych przez ankietowanych pracowników pomocy społecznej, zatrudnionych na kluczowych stanowiskach. Ogólna ocena poziomu zadowolenia z wykonywanej pracy jest pozytywna. 91% ankietowanych pracowników potwierdza zadowolenie z wykonywanej pracy, w przypadku badanych kobiet udział osób zdecydowanie zadowolonych jest większy niż wśród badanych mężczyzn. Ogólne zadowolenie różni się także pomiędzy rolami zawodowymi. Najbardziej zadowoleni są pracownicy socjalni i asystenci (po 96%), a stosunkowo najmniej organizatorzy społeczności lokalnych (73%).

⁸³ Pytanie zadano wszystkim pracodawcom z branży pomocy społecznej biorącym udział w badaniu.

Wykres 27. Zadowolenie z wykonywanej pracy

Źródło: Opracowanie własne na podstawie CATI z pracownikami (n = 331)⁸⁴.

Uszczegółowieniem powyższych danych jest ocena różnych aspektów związanych z wykonywaną pracą. Ogólnie ocena wszystkich wskazanych w ankiecie obszarów wypadła bardzo pozytywnie, min. 80% badanych było z nich zadowolonych (z wyjątkiem aspektu wynagrodzenia). Najwyższy poziom zadowolenia dotyczył relacji z przełożonymi i współpracownikami, warunków wykonywania pracy czy możliwości wykazania się inicjatywą i samodzielnością. Stosunkowo mniejszy poziom zadowolenia zanotowano w przypadku możliwości awansu, równowagi między życiem rodzinnym a zawodowym i wynagrodzenia. Zadowolenie z różnych wymiarów pracy nie różni się znacząco w przypadku badanych kobiet i mężczyzn (z wyjątkiem oceny wynagrodzenia).

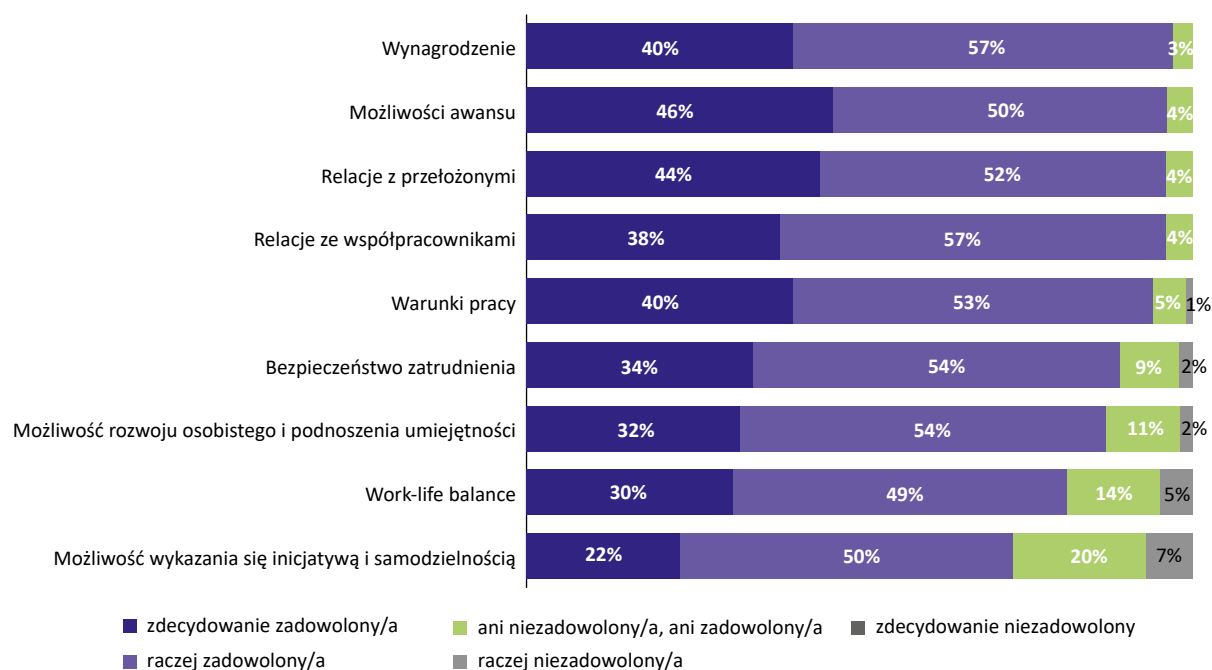
Analiza poziomu zadowolenia z uwzględnieniem stanowisk respondentów pozwala wskazać kilka kwestii. Pracownicy socjalni, specjaliści ds. interwencji kryzysowej oraz opiekunowie środowiskowi wydają się stosunkowo najmniej zadowoleni z możliwości awansu w miejscu pracy. Z bezpieczeństwa zatrudnienia relatywnie najmniej zadowoleni byli opiekunowie środowiskowi, którzy także w najmniejszym stopniu przejawiali satysfakcję z możliwości wykazania się inicjatywą i samodzielnością w miejscu pracy. Zadowolenie z możliwości łączenia życia prywatnego z zawodowym było najmniejsze w przypadku organizatorów społeczności lokalnych. Kwestie relacji z przełożonymi, współpracownikami oraz warunki pracy nie były zróżnicowane w zależności od ról zawodowych.

Ocena wynagrodzenia, choć niższa niż w przypadku pozostałych aspektów wykonywanej pracy, wciąż może być uznana za stosunkowo wysoką, 72% ankietowanych deklaruje zadowolenie z otrzymywanego wynagrodzenia. Jest to wniosek odmienny od sformułowanego na podstawie wywiadów jakościowych i badania Delphi, gdzie wskazywano niski poziom wynagrodzenia jako podstawową przyczynę niedoborów kadr,

⁸⁴ Pytanie zadano wszystkim pracownikom z branży pomocy społecznej biorącym udział w badaniu.

zarówno w kontekście rezygnacji z ubiegania się o pracę w ramach systemu (ograniczenie napływu), jak i rezygnacji z samej pracy (zwiększenie odpływu). Należy jednak wskazać, że ocena wynagrodzenia dotyczy jedynie osób, które już są pracownikami, nie mamy natomiast informacji o ocenie wynagrodzenia przez potencjalnych kandydatów do pracy. Ocena wynagrodzenia według ról zawodowych wskazuje, że stosunkowo najmniej osób zadowolonych z tego aspektu pracy było wśród asystentów różnych grup ludności potrzebującej wsparcia oraz wśród organizatorów społeczności lokalnych.

Wykres 28. Zadowolenie z różnych wymiarów pracy



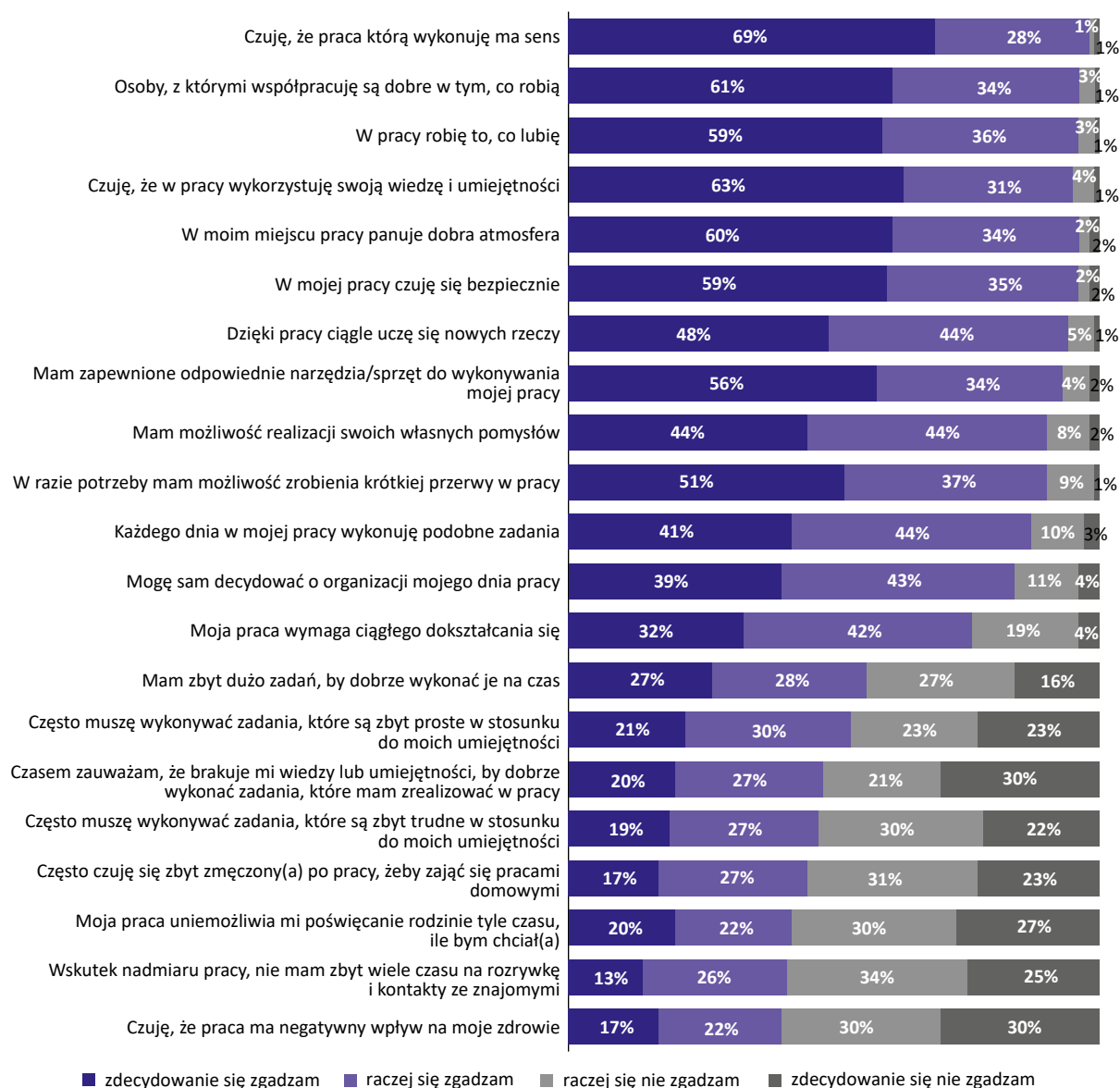
Źródło: Opracowanie własne na podstawie CATI z pracownikami (n = 331)⁸⁵.

Analiza miejsca pracy została dodatkowo uzupełniona o ocenę szczegółowych wymiarów wykonywanej pracy, związanych z kompetencjami, możliwościami rozwoju, organizacją pracy i oddziaływaniem pracy na życie rodzinne. Generalnie dane potwierdzają ogólną pozytywną ocenę wyszczególnionych aspektów miejsca pracy. Ankietowani wyraźnie wskazują na poczucie sensu wykonywanej pracy, możliwość realizacji własnych pomysłów, uczenia się w pracy oraz wykorzystywania swojej wiedzy i umiejętności, pozytywną ocenę współpracowników i atmosferę w pracy, a także na dostępność odpowiednich narzędzi do pracy, poczucie bezpieczeństwa w pracy czy możliwość kształtowania organizacji

⁸⁵ Pytanie zadano wszystkim pracownikom branży pomocy społecznej biorącym udział w badaniu.

pracy. Większość ankietowanych uznała, że ich praca wymaga ciągłego doskonalenia się. Odnotowano także stosunkowo wysoki wskaźnik pracowników zatrudnionych na kluczowych stanowiskach, którzy wskazują na duże obciążenie zadaniami (55%). Ponadto aż 47% ankietowanych pracowników wskazało, że brakuje im wiedzy i umiejętności, aby dobrze wykonywać powierzone im zadania. Aż 37% ankietowanych odczuło negatywny wpływ pracy na zdrowie. Odczuwanie konfliktu na linii praca – rodzina oceniane jest na średnim poziomie. Z przytoczonych danych wynika, że ogólnie badani pracownicy zatrudnieni na kluczowych stanowiskach dobrze oceniają możliwości rozwojowe w miejscu pracy, jednak połowa z nich wskazuje na zbyt duże obciążenie pracą oraz na niewystarczające umiejętności i kompetencje, co zapewne jest dla pracowników stresujące i może odbijać się na ich zdrowiu. Występują także pewne różnice w wypowiedziach kobiet i mężczyzn. Badani mężczyźni istotnie częściej niż badane kobiety wskazują na zbyt duże obciążenie pracą (odpowiednio 73% i 51%), a także częściej odnotowują konieczność wykonywania zadań, co do których brakuje im wiedzy i umiejętności (odpowiednio 52% i 45%), oraz zauważają negatywny wpływ pracy na zdrowie (odpowiednio 48% i 37%).

Generalnie ocena różnych aspektów opisanych powyżej warunków pracy nie jest zróżnicowana w stopniu znacznym pomiędzy różnymi typami ról zawodowych, można jednak zauważyć kilka prawidłowości. Pracownicy socjalni mają największe poczucie sensu w pracy i najbardziej ją lubią. Organizatorzy społeczności lokalnych i opiekunowie środowiskowi nieco niżej niż osoby pełniące pozostałe role zawodowe oceniają możliwość realizacji własnych pomysłów czy kształtowania organizacji pracy. Specjaliści ds. interwencji kryzysowej stosunkowo najrzadziej wskazywali na możliwość uczenia się w pracy, natomiast asystenci różnych grup ludności oraz organizatorzy społeczności lokalnych niżej niż osoby reprezentujące inne role zawodowe ocenili wykorzystanie swojej wiedzy i umiejętności w pracy. Na potrzebę doskonalenia się najczęściej wskazywali pracownicy socjalni, którzy zadeklarowali także najniższy wpływ pracy na ich zdrowie. Na zbyt dużą liczbę zadań do wykonania w danym czasie najczęściej wskazywali asystenci różnych grup ludności, natomiast specjaliści ds. interwencji kryzysowej najczęściej wskazywali na brak wystarczającej wiedzy do realizacji powierzonych im zadań. Menadżerowie usług stosunkowo najczęściej wskazywali na zmęczenie po pracy czy negatywny wpływ pracy na życie prywatne. Podsumowując, ocena warunków pracy według zajmowanych stanowisk nie jest jednoznaczna, warto jedynie zaznaczyć, że pracownicy socjalni częściej niż pozostali wskazywali pozytywne aspekty swojej pracy.

Wykres 29. Szczegółowe wymiary oceny miejsca pracy

Źródło: Opracowanie własne na podstawie CATI z pracownikami (n = 331).

Ankietowani pracownicy systemu pomocy społecznej bardzo pozytywnie wypowiadali się o relacjach z przełożonymi. Wysoko oceniano takie kwestie jak: odnoszenie się przełożonych do pracowników z szacunkiem, angażowanie ich w podejmowanie decyzji, sprawiedliwe ocenianie, a także kompetencje przełożonych. Generalnie ocena relacji z przełożonymi badanych kobiet i mężczyzn jest zbliżona, istotna różnica pojawia się w ocenie unikania przez przełożonych podejmowania decyzji – w przypadku mężczyzn takiego zdania jest

53% badanych, a w przypadku kobiet 38%. Podobny wniosek można wysunąć, analizując rozkład odpowiedzi wg ról zawodowych – relacje z przełożonymi są oceniane bardzo wysoko przez pracujących we wszystkich kluczowych rolach zawodowych, wyjątek stanowi sytuacja unikania odpowiedzialności przez przełożonego – w tym przypadku najczęściej tę odpowiedź wskazywali opiekunowie środowiskowi, a najrzadziej pracownicy socjalni i specjaliści ds. interwencji kryzysowej.

Wykres 30. Ocena relacji z bezpośrednim przełożonym

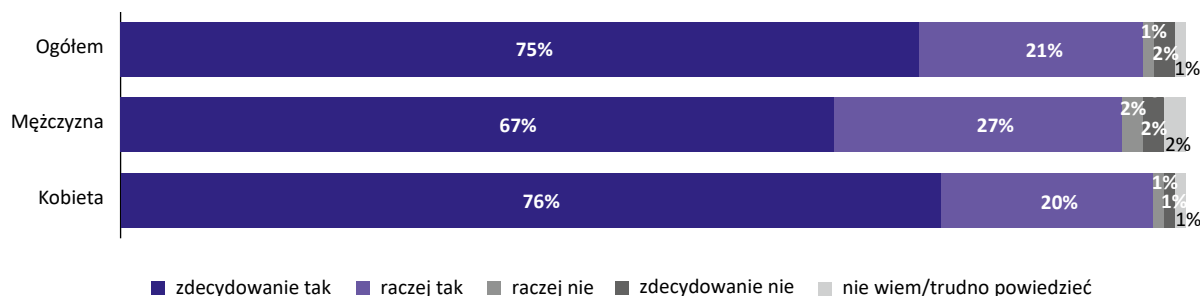


Źródło: Opracowanie własne na podstawie CATI z pracownikami (n = 310)⁸⁶.

Potwierdzeniem pozytywnej oceny badanych pracowników zatrudnionych na kluczowych stanowiskach w zakresie różnych wymiarów wykonywanej pracy jest rozkład odpowiedzi na pytanie o kontynuację zatrudnienia w obecnym miejscu pracy. Ankietowani pracownicy w większości planują pracować w dotychczasowym miejscu pracy przez najbliższe 12 miesięcy – 97% (badani mężczyźni – 96%, badane kobiety – 98%). Odpowiedzi są mało zróżnicowane także ze względu na pełnioną rolę zawodową. Można zatem wysunąć wniosek, że problemem jest nie tyle odpływ kadry pracującej już w systemie, co brak napływu nowych pracowników. Wynik ten jest generalnie zbieżny z wynikami badania jakościowego.

⁸⁶ Pytanie zadano pracownikom posiadającym bezpośredniego przełożonego.

Wykres 31. Plany w zakresie kontynuowania zatrudnienia w obecnym miejscu pracy przez minimum 12 miesięcy



Źródło: Opracowanie własne na podstawie CATI z pracownikami (n = 331)⁸⁷.

3.4.3. Rozwój kompetencji kadr – pomoc społeczna

Pracodawcy z sektora pomocy społecznej są w podobnym stopniu jak pracodawcy sektora opieki zdrowotnej zadowoleni z przygotowania absolwentów opuszczających szkoły i uczelnie. Większość z nich (73%) sądzi, że ich przygotowanie jest wystarczające, a 1/4 wskazuje, że uczelnie nie przygotowują odpowiednio do wykonywania zawodu. Prawie wszyscy pracodawcy (95%) są zadowoleni z umiejętności ogółu zatrudnionych pracowników. Tylko 3% pracodawców sądzi, że są one niewystarczające. Około połowa pracodawców uważa, że nowi pracownicy są w pełni przygotowani do pracy lub wymagają tylko niewielkiego przeszkolenia. Zupełnie inaczej przedstawiali te kwestie eksperci w badaniu jakościowym, wskazując, że pracownicy są nieprzygotowani od strony praktycznej oraz w zakresie kompetencji społecznych i osobistych, co może przyczyniać się do rezygnowania przez nich z pracy albo szybkiego wypalenia zawodowego.

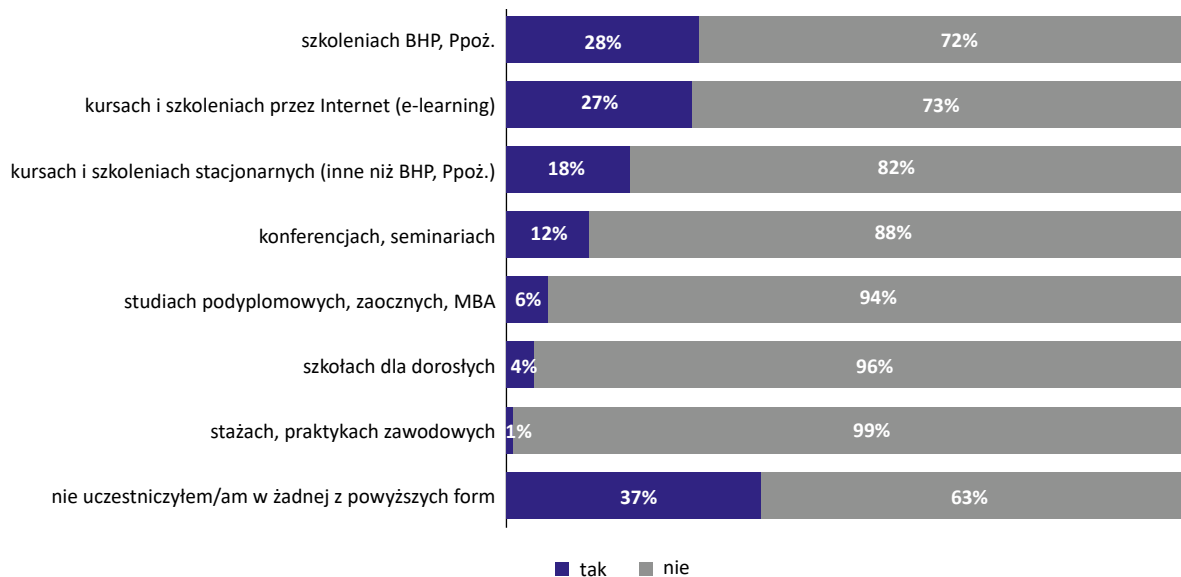
Zdaniem niemal połowy badanych pracowników pomocy społecznej, zatrudnionych na kluczowych stanowiskach, uczelnie wyższe powinny przede wszystkim rozwijać podstawowe umiejętności związane z wykonywaniem zawodu, a także umiejętności specjalistyczne (42%). Jedynie 16% respondentów uważa, że powinny uczyć umiejętności cyfrowych.

Z kolei prawie 2/3 (63%) pracowników pomocy społecznej deklarują, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy rozwijali oni swoje umiejętności zawodowe, głównie poprzez udział

⁸⁷ Pytanie zadano wszystkim pracownikom branży pomocy społecznej biorącym udział w badaniu.

w szkoleniach BHP i ppoż. (28%), kursach i szkoleniach przez internet (27%), kursach i szkoleniach stacjonarnych (18%) oraz uczestnictwo w konferencjach czy seminariach (12%). Około 1/3 respondentów nie korzystała z wymienionych form rozwoju umiejętności zawodowych w okresie ostatnich 12 miesięcy.

Wykres 32. Korzystanie przez pracowników z różnych form kształcenia pozaformalnego



Źródło: Opracowanie własne na podstawie CATI z pracownikami (n = 331).

Ponadto prawie połowa (48%) badanych pracowników pomocy społecznej deklaruje, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy rozwijała swoje umiejętności zawodowe w miejscu pracy.

Rozwój umiejętności zawodowych w miejscu pracy (patrz: Tabela 29) miał głównie charakter instruktażu, np. dotyczącego użytkowania nowego sprzętu (23%), wykonywania zadań w pracy przy wsparciu innej osoby (24%), a także spotkań międzyzespołowych (15%) czy okresowej obserwacji innego pracownika (13%). Aż 52% respondentów nie uczestniczyło we wspomnianych formach doskonalenia. Jednocześnie 94% respondentów ocenia, że działania oferowane przez pracodawców w tym obszarze są dla nich wystarczające.

Warto też zwrócić uwagę, że niemal połowa (42%) badanych pracowników pomocy społecznej zatrudnionych na kluczowych stanowiskach deklaruje, iż w ciągu ostatnich 12 miesięcy rozwijała swoje zainteresowania nietyczące pracy. Podobnie przedstawia się kwestia samodzielnego rozwoju zawodowego: połowa (52%) badanych pracowników

pomocy społecznej deklaruje, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy uczyła się samodzielnie z książek, czasopism lub innych materiałów drukowanych, 47% – uczyła się samodzielnie z filmów i materiałów dostępnych w internecie, zaś 15% korzystało z książek i materiałów drukowanych w związku z pracą zawodową. Niewielka liczba respondentów korzystała z zasobów internetowych – 6% z programów komputerowych i 3% z aplikacji na smartfon. Badane kobiety częściej (50%) deklarują samodzielny rozwój umiejętności niż badani mężczyźni (29%).

Tabela 28. Rozwój umiejętności zawodowych w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzez udział w różnych formach kształcenia pozaformalnego

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy rozwijał(a) Pan/Pani swoje umiejętności zawodowe poprzez udział w:	studiach podypłomowych, zaocznych, MBA	zajęciach szkół dla dorosłych	szkoleniach BHP, ppoż.	kursach i szkoleniach stacjonarnych (innych niż BHP, ppoż.)	kursach i szkoleniach przez internet (e-learning)	konferencjach, seminariach	stażach, praktykach zawodowych	innych	nie uczestniczyłem/am w żadnej z powyższych form	nie wiem/trudno powiedzieć	odmowa odpowiedzi
Pracownik socjalny z różnymi specjalizacjami	4%	0%	34%	18%	30%	12%	2%	0%	50%	0%	0%
Menadżer/koordynator/ organizator usług społecznych	5%	3%	30%	23%	50%	8%	0%	0%	35%	0%	0%
Organizator społeczności lokalnej/ facylitator sieci współpracy	10%	10%	15%	18%	10%	20%	3%	20%	30%	3%	0%
Asystent różnych grup osób potrzebujących wsparcia	0%	0%	35%	16%	31%	6%	0%	0%	43%	2%	0%
Koordynator pieczy zastępczej	12%	14%	12%	28%	8%	16%	0%	38%	10%	0%	0%
Specjalista ds. interwencji kryzysowej	9%	0%	28%	16%	49%	12%	0%	0%	37%	0%	12%
Superwizor	0%	0%	0%	14%	14%	0%	0%	0%	86%	0%	0%
Opiekun środowiskowy	2%	2%	46%	12%	14%	14%	0%	0%	42%	0%	2%
Razem	5%	4%	25%	18%	26%	11%	1%	7%	42%	1%	2%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie CATI z pracownikami (n = 331).

Tabela 25. Rozwój umiejętności zawodowych w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzez udział w różnych formach kształcenia nieformalnego

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy rozwijał(a) Pan/Pani swoje umiejętności zawodowe w miejscu pracy poprzez	okresową obserwację pracy innego pracownika	wykonywanie zadań w pracy przy wsparciu innej osoby np. przełożonego lub współpracownika	czasowe wykonywanie zadań na innym stanowisku pracy w celach szkoleniowych	instruktaż dotyczący np. obsługi nowego sprzętu, maszyn, oprogramowania	wizyty studyjne, obserwacyjne w innych instytucjach	spotkania międzyspołeczne, których celem była wymiana wiedzy o pracy innych zespołów	inne	nie uczestniczyłem/am w żadnej z wymienionych form rozwoju w miejscu pracy	nie wiem/trudno powiedzieć	odmowa odpowiedzi
Pracownik socjalny z różnymi specjalizacjami	8%	6%	18%	20%	4%	8%	0%	62%	0%	0%
Menadżer/koordynator/organizator usług społecznych	18%	15%	8%	28%	5%	25%	0%	45%	0%	0%
Organizator społeczności lokalnej/ facylitator sieci współpracy	13%	23%	5%	28%	0%	23%	0%	48%	13%	5%
Asystent różnych grup osób potrzebujących wsparcia	16%	12%	6%	29%	2%	14%	0%	51%	2%	0%
Koordinator pieczy zastępczej	14%	18%	6%	28%	0%	18%	0%	48%	0%	0%
Specjalista ds. interwencji kryzysowej	9%	19%	7%	23%	2%	16%	0%	56%	14%	5%
Superwizor	0%	86%	0%	14%	71%	0%	0%	43%	0%	0%
Opiekun środowiskowy	18%	16%	12%	12%	6%	10%	0%	52%	0%	0%
Razem	12%	24%	8%	23%	11%	14%	0%	51%	4%	1%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie CATI z pracownikami (n = 331).

Główne powody skłaniające badanych pracowników pomocy społecznej do rozwijania własnych kompetencji zawodowych to: chęć podniesienia umiejętności potrzebnych w pracy (45%), zwiększenia wynagrodzenia (27%), zmniejszenia ryzyka utraty pracy (20%), a także wymagania ze strony pracodawcy (18%) oraz możliwość uzyskania certyfikatu lub licencji (13%).

Ponad 1/3 (35%) pracowników pomocy społecznej w ciągu najbliższych 12 miesięcy chce rozwijać swoje umiejętności, uczestnicząc w różnych formach kształcenia i rozwoju oferowanych przez pracodawcę. Badane kobiety częściej (36%) deklarują rozwój umiejętności niż badani mężczyźni (27%). Badani pracownicy pomocy społecznej, którzy chcą rozwijać swoje umiejętności

w przyszłości, motywują to głównie koniecznością podniesienia umiejętności potrzebnych w pracy (69%), możliwością zwiększenia wynagrodzenia (34%), brakiem odpłatności za udział w szkoleniach (16%), a także chęcią uzyskania certyfikatu (16%).

W przypadku gdy pracodawcy stwierdzają brak jakichś umiejętności, większość z nich deklaruje, że szkoli pracowników (69%), około 1/5 zatrudnia wówczas nowych pracowników (w największym stopniu dotyczy to PCPR – 42%). Niemal 11% podmiotów nie podejmuje żadnych działań w sytuacji braku umiejętności. Najczęściej wskazywane przez pracodawców formy rozwoju zawodowego to kursy i szkolenia wewnętrzne, realizowane przez pracowników instytucji (67%) oraz udział pracowników w konferencjach lub seminariach (52%). Najmniej popularną formą wsparcia pracowników jest superwizja, która została wskazana przez 16% podmiotów.

Więcej niż połowa (58%) podmiotów podjęła co najmniej jedną aktywność w pracy i poza miejscem pracy (oznacza to udział w konferencjach i seminariach, kursy i szkolenia wewnętrzne oraz prowadzone przez firmy zewnętrzne, kursy e-learningowe, dofinansowanie nauki, udział w wizytach studyjnych czy superwizja). Największą aktywnością wykazały się ośrodki pomocy społecznej, najmniejszą – powiatowe centra pomocy rodzinie.

Tabela 26. Aktywność rozwojowa pracowników sektora pomocy społecznej w pracy i poza miejscem pracy w ciągu ostatnich 12 miesięcy (% wskazań pracodawców)

Aktywność rozwojowa w pracy i poza miejscem pracy	Ośrodek pomocy społecznej	Powiatowe centrum pomocy rodzinie	Dom pomocy społecznej	Ośrodek wsparcia	Organizacja pozarządowa	Inny podmiot	Ogółem
Liczebność	86	14	95	21	13	9	238
Brak aktywności rozwojowej podmiotów	29%	64%	47%	48%	46%	56%	42%
Co najmniej jedna aktywność rozwojowa	71%	36%	53%	52%	54%	44%	58%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania pracodawców (n = 238).

Tabela 27. Aktywność rozwojowa pracowników sektora pomocy społecznej w miejscu pracy w ciągu ostatnich 12 miesięcy (% wskazań pracodawców)

Aktywność rozwojowa w miejscu pracy	Ośrodek pomocy społecznej	Powiatowe centrum pomocy rodzinie	Dom pomocy społecznej	Ośrodek wsparcia	Organizacja pozarządowa	Inny podmiot	Ogółem
Liczebność	86	14	95	21	13	9	238
Brak aktywności rozwojowej	21%	21%	26%	29%	15%	22%	24%
Co najmniej jedna aktywność rozwojowa	79%	79%	74%	71%	85%	78%	76%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania pracodawców (n = 238).

Rozwój w miejscu pracy (poprzez instruktaże, uczenie się od innych, obserwację, dofinansowanie do samokształcenia, superwizję, dni otwarte) inicjuje większość podmiotów, w największym stopniu korzystają z tego organizacje pozarządowe i podmioty zatrudniające 50–249 pracowników (80% takich podmiotów korzystało z rozwoju w miejscu pracy).

Ważnym sposobem rozwoju i monitorowania pracowników jest ocena pracownicza. 74% badanych pracowników sektora wskazuje, że podlegali ocenie, a 53% osób oceniano systematycznie – raz na rok.

Ocena pracownicza dokonywana była głównie poprzez rozmowę z przełożonym (ogółem – 64%, badani mężczyźni – 60%, badane kobiety 65%). Kwestionariusz oceny czy testy pracownicze były stosowane stosunkowo rzadko. Kwestionariusze oceny (15%) i testy pracownicze pełnią marginalną rolę w ocenie potrzebnych umiejętności. Jest to ważna informacja, gdyż możliwość użycia obiektywnych i wystandaryzowanych narzędzi diagnostycznych może odpowiednio ukierunkować dalszy rozwój pracownika.

Wykres 33. Sposób oceny umiejętności przez pracodawcę

Źródło: Opracowanie własne na podstawie CATI z pracownikami (n = 331).

Podobnie ocenę pracowniczą widzą pracodawcy – 77% wskazało, że w ich instytucji ma miejsce rozmowa z przełożonym, a ocenę opisową stosuje 42% z nich.

3.5. Bilans kompetencji dla kluczowych stanowisk

3.5.1. Kluczowe procesy biznesowe i kluczowe stanowiska

W ramach działań badawczych zidentyfikowano kluczowy proces główny, do którego przypisano czynności/zadania. Ponadto zidentyfikowano także proces wspomagający.

Proces główny: wsparcie klienta i jego rodziny znajdującej się w trudnej sytuacji życiowej

W ramach tego procesu realizowane są następujące zadania/czynności:

- rozpoznawanie potrzeb klientów (obecnych i przyszłych) oraz społeczności lokalnych;
- realizacja i organizacja wysokiej jakości komplementarnych oraz dostosowanych do potrzeb klienta usług społecznych;
- współpraca, współdziałanie i koordynacja działań pomiędzy różnymi podmiotami, z włączeniem osób wspieranych, w celu połączenia potencjałów pozwalającego na skuteczne udzielanie wsparcia;
- organizacja i animacja społeczności lokalnej w celu pobudzenia w niej solidarności z osobami znajdującymi się w trudniejszej sytuacji i mobilizacji zasobów na rzecz ich wsparcia;
- zarządzanie usługami (wiązkami/pakietami usług) świadczonymi na rzecz klientów;
- ocena skuteczności działań, zarówno na poziomie pracy z osobami potrzebującymi wsparcia, jak i na poziomie jednostek pomocy społecznej.

Proces wspomagający: zarządzanie jednostkami pomocy społecznej

W ramach tego procesu realizowane są następujące zadania/czynności:

- koordynacja współpracy pomiędzy różnymi systemami: pomocy społecznej, ochrony zdrowia, sądów, policji, szkół – w celu stworzenia kompleksowej oferty wsparcia klientów pomocy społecznej i ich rodzin;

- zarządzanie zmianą w obszarze pomocy społecznej pod kątem nowych wyzwań demograficznych, społecznych i gospodarczych, ale także związanych z rozdzieleniem pracy socjalnej od postępowań administracyjnych;
- zarządzanie zespołami ludzkimi w systemie pomocy społecznej pod kątem tworzenia godnych warunków pracy, utrzymania motywacji i zaangażowania pracowników, a także przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu.

3.5.2. Kluczowe role zawodowe i kompetencje

Eksperti Sektorowej Rady ds. Kompetencji w ramach panelu eksperckiego podkreślili, że w przypadku pomocy społecznej lepszym terminem na określenie zawodów czy stanowisk są role zawodowe, co wydaje się uzasadnione w świetle zebranych wyników. Mogą one być pełnione w ramach różnych stanowisk, mają wyraźnie odrębny zakres zadań oraz kompetencji związanych z ich wykonywaniem. Role zawodowe w systemie pomocy społecznej eksperci podzielili na trzy grupy:

- Role zawodowe uregulowane – opisane w aktach prawnych czy innych formalnie wiążących dokumentach. Z reguły uregulowanie dotyczy formalnych kwalifikacji, w mniejszym stopniu odnosi się do kompetencji niezbędnych do wykonywania danej funkcji. Do takich profesji należą: pracownik socjalny, asystent rodziny, koordynator pieczy zastępczej, organizator społeczności lokalnej, superwizor, opiekun w domu pomocy społecznej, opiekun środowiskowy. W ramach badania dla tych ról zawodowych opracowano profile kompetencyjne.
- Role zawodowe znajdujące się w procesie dookreślania – poprzez projekty, nowe inicjatywy, np. koordynator usług społecznych, asystent osoby z niepełnosprawnością; znaczenie i możliwość powstawania tych ról były weryfikowane w toku badania.
- Nowe role zawodowe, na które dopiero pojawia lub pojawi się zapotrzebowanie, np. asystent osoby niesamodzielnej, asystent osoby w kryzysie bezdomności, koordynator indywidualnych planów dla rodzin z dzieckiem, menadżer opiekuna rodzinnego osoby niepełnosprawnej i niesamodzielnej, *case manager* pracy socjalnej, tutor, coach pracowników pomocy społecznej, asystent osoby opuszczającej pieczę zastępczą, analityk danych/broker informacji, mediator/negocjator w pracy z rodzinami potrzebującymi wsparcia.

Do opracowania profili kompetencyjnych, po konsultacjach z Sektorową Radą ds. Kompetencji w branży opieka zdrowotna i pomoc społeczna, wytypowane zostały poniżej wskazane role zawodowe.

Kluczowe role zawodowe w podsektorze pomocy społecznej:

- Pracownik socjalny z różnymi specjalizacjami, w tym w zakresie koordynacji indywidualnych planów wsparcia – kluczowy zawód w systemie, funkcjonujący od dłuższego czasu, z dużym zakresem obowiązków, co rodzi potrzebę specjalizacji osób wykonujących tę profesję w wybranych kierunkach.
- Menadżer/koordynator/organizator usług społecznych – nowy zawód związany z transformacją zakresu wsparcia udzielanego w ramach systemu pomocy społecznej w kierunku świadczenia usług społecznych. Znaczenie tej profesji będzie wzrastało w miarę postępu procesu deinstytucjonalizacji.
- Organizator społeczności lokalnej/facylitator sieci współpracy – profesja już obecna w systemie pomocy społecznej, jej znaczenie wzrośnie w związku z wdrażaniem centrów usług społecznych i procesem deinstytucjonalizacji.
- Asystent różnych grup osób potrzebujących wsparcia, np. osób z niepełnosprawnościami, rodziny, seniora – zawód już obecny w systemie pomocy społecznej i pozytywnie oceniany, jednak liczba asystentów (głównie rodziny i osoby z niepełnosprawnością) jest stosunkowo nieduża, co wynika zarówno z problemów z pozyskaniem odpowiednich kandydatów do pracy w tym zawodzie, jak i kwestii związanych z finansowaniem tych stanowisk pracy.
- Opiekun środowiskowy – wykonujący zadania w formie usług opiekuńczych realizowanych w środowiskach lokalnych.
- Koordynator pieczy zastępczej – zawód funkcjonujący w systemie od dłuższego czasu, obecnie największe wyzwania związane z tą profesją łączą się z procesem deinstytucjonalizacji opieki zastępczej nad dziećmi i młodzieżą.
- Specjalista ds. interwencji kryzysowej – zadania realizowane w ramach tej profesji są obecne w systemie od lat, nie zawsze jednak zawód ten był w pełni dookreślony.

Pomocnicze role zawodowe:

- Superwizor pracy socjalnej z kompetencjami tutora i coacha dla pracowników systemu pomocy społecznej – profesja już obecna w systemie, ale głównie w odniesieniu do pracowników socjalnych.

Częstość występowania ww. ról zawodowych w próbie jednostek, które reprezentują pracodawcy w ramach badania ilościowego, przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 28. Częstość występowania ról zawodowych w pomocy społecznej

Rola zawodowa	Ogółem	Ośrodki pomocy społecznej	Domy pomocy społecznej
Pracownik socjalny	83%	92%	81%
Menadżer/koordynator usług	30%	29%	35%
Organizator społeczności lokalnych	23%	19%	31%
Asystent różnych grup	73%	81%	72%
Koordinator pieczy zastępczej	35%	33%	39%
Specjalista ds. interwencji kryzysowej	35%	36%	28%
Superwizor	23%	19%	29%
Opiekun środowiskowy	72%	81%	61%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników CATI z pracodawcami (n = 238).

Częstość występowania poszczególnych ról zawodowych determinowana jest w dużej mierze zakresem działania danej jednostki. Dominują pracownicy socjalni, asystenci różnych grup ludności oraz opiekunowie. W co trzeciej badanej jednostce pracują menadżerowie usług społecznych, koordynatorzy pieczy zastępczej czy specjaliści ds. interwencji kryzysowej, natomiast w co piątej – organizator społeczności lokalnych czy superwizor. Szczególnie w przypadku dwóch ostatnich ról zawodowych wskazywana w badaniu skala zapotrzebowania w stosunku do faktycznego poziomu zatrudnienia wydaje się niewystarczająca.

3.5.3. Główne wnioski z bilansu kompetencji

I wymiar – niedopasowanie kompetencyjne

Opisując niedopasowanie kompetencyjne, skupiono się wyłącznie na kompetencjach niedoboru jako relatywnie ważniejszych z punktu widzenia pracodawcy i jednocześnie niżżej ocenianych przez pracowników. Bardziej szczegółowy opis można znaleźć w ostatnim rozdziale raportu, zawierającym bilans kompetencji dla poszczególnych stanowisk.

W pomocy społecznej (dalej: PS) odnotowano większą liczbę stanowisk, w których pojawiają się kompetencje niedoboru niż w przypadku ochrony zdrowia. Również ich liczba jest relatywnie wyższa. Najmniej kompetencji niedoboru wskazano u opiekuna środowiskowego, zaś najwięcej u koordynatora pieczy zastępczej. Oczywiście są to po prostu liczby bezwzględne, ale nawet odniesienie ich do liczby kompetencji poddanych analizie ukazuje, że odsetki kompetencji niedoboru oscylują w okolicach 20–25% (w odniesieniu do koordynatora pieczy zastępczej to nawet ponad 26%).

W przypadku PS konieczne jest zatem również szkolenie pracowników w zakresie wskazanych wyżej kompetencji. Szkolenie takie może przyjmować różnorodne formy, przede wszystkim mające wymiar praktyczny – odgrywanie scenek oraz analiza studiów przypadku będą szczególnie przydatne w kontekście tych zawodów, w których problemem jest efektywna komunikacja z klientem czy motywowanie.

Wymiar II – luka kompetencyjna

W przypadku pomocy społecznej lukę kompetencyjną zdiagnozowano wyłącznie u specjalisty ds. interwencji kryzysowej. W ramach luki kompetencyjnej należy wskazać dwie grupy kompetencji. Pierwszą stanowią kompetencje ważniejsze relatywnie dla pracodawców, np. dotyczące wiedzy zawodowej (z zakresu psychologii klinicznej) oraz niektórych przepisów (o przeciwdziałaniu narkomanii), drugą – kwestie związane z bezpośrednią pomocą klientowi (zapewnienie bezpieczeństwa czy dopilnowanie podjętych ustaleń). Ta druga grupa jest kluczowa z punktu widzenia kontaktu z klientem i wymaga poprawy w możliwie krótkim czasie, np. poprzez dodatkowe szkolenia lub możliwość współpracy z innymi, bardziej doświadczonymi pracownikami zatrudnionymi na tym stanowisku (np. poprzez mentoring, obserwację pracy, superwizję).

Wymiar III – kompetencje przyszłości

W przypadku pracowników pomocy społecznej w ciągu kolejnych 5 lat wzrastać będzie znaczenie kompetencji związanych ze znajomością przepisów prawa. Poza tym wśród pracowników tego sektora niezbędna stanie się umiejętność przełamywania stereotypów oraz kierowanie się wiedzą i wrażliwością w pracy z klientem.

Podobnie jak w przypadku OZ, również w PS występują kompetencje specyficzne dla danego stanowiska, które obecnie są ważne, a ich znaczenie w przyszłości będzie jeszcze wzrastać. Dobrym przykładem może tu być np. wspomniany wcześniej koordynator pieczy zastępczej i umiejętność przeprowadzenia wieloaspektowej analizy sytuacji dziecka. Podobnie w przypadku opiekuna środowiskowego będzie rosnąć znaczenie kompetencji podejmowania działań z poszanowaniem woli klienta.

Szczegółowe omówienie poszczególnych stanowisk znajduje się w rozdziale 4. raportu. Natomiast w tabeli poniżej przedstawiono najważniejsze z punktu widzenia badania wyniki bilansu dla poszczególnych zawodów.

Tabela 29. Bilans kompetencji – pomoc społeczna – najważniejsze wyniki

Stanowisko	Wymiar I: niedopasowanie kompetencyjne (wyłącznie kompetencje niedoboru)	Wymiar II: luka kompetencyjna	Wymiar III: kompetencje przyszłości
Pracownik socjalny	Znajomość Kodeksu postępowania administracyjnego Znajomość przepisów ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie i rozporządzeń wykonawczych Umiejętność rozpoznania motywacji do zmiany, potrzeb i oczekiwań, pobudzania i utrzymywania motywacji klientów Umiejętność ustalenia planu działania: prawidłowego określenia celów, kryteriów zmiany Umiejętność motywowania klienta, perswazji Umiejętność podążania za klientem Umiejętność egzekwowania ustalonych standardów i procedur, asertywność, stawianie granic, nieprzejmowanie odpowiedzialności za sukces klienta, nieocenianie	nie występuje	Znajomość Kodeksu postępowania administracyjnego Znajomość przepisów ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie i rozporządzeń wykonawczych, Znajomość przepisów Prawa rodzinnego i rozporządzeń wykonawczych Znajomość przepisów prawa lokalnego Wiedza nt. problemów społecznych, ich genezy i dynamiki, w tym problemów (barier, ograniczeń, charakterystyki) kluczowych grup klientów objętych wsparciem systemu Wiedza nt. metod pracy socjalnej Umiejętność diagnozy na podstawie wcześniejszej i bieżącej oceny sytuacji Umiejętność rozpoznania motywacji do zmiany, potrzeb i oczekiwań, pobudzania i utrzymywania motywacji klientów Umiejętność dokonania prognozy zmiany sytuacji klienta z użyciem odpowiednich narzędzi – wywiadu, ankiety, wniosku o pomoc Umiejętność stosowania metod pracy socjalnej, skoncentrowane na rozwiązaniach przekazywać informacje, instruować o przysługujących świadczeniach i wsparciu, procedurach Umiejętność współpracy w zespole profesjonalistów Umiejętność podążania za klientem Samodzielność w podejmowaniu decyzji i rozwiązywaniu problemów odporność na stres i dynamikę pracy Asertywność, stawianie granic, nie przejmowanie odpowiedzialności za sukces klienta, nieocenianie wrażliwość, empatia, życzliwość, szczerość, autentyczność w relacji z klientem Umiejętność przezwycięzania stereotypów i leków z tym związanych
Organizator usług społecznych	Znajomość przepisów prawa lokalnego Umiejętność stosowania metod z zakresu negocjacji i mediacji z elementami superwizji Umiejętność zarządzania zasobami (specjalistami)/optymalizowania pracy zespołu, Umiejętność monitorowania postępu realizacji Motywacja do podnoszenia własnych kompetencji (samorozwój, poszerzanie swojej wiedzy, umiejętności, aktualizacja kluczowych informacji niezbędnych w pracy)	nie występuje	Znajomość przepisów Ustawy o pomocy społecznej i rozporządzeń wykonawczych Znajomość przepisów z zakresu Prawa zamówień publicznych i Ustawy o finansach publicznych Znajomość przepisów prawa lokalnego Wiedza na temat charakterystyki środowiska lokalnego: instytucje publiczne działające na danym obszarze, oferta organizacji pozarządowych, poradnictwa, itp. Znajomość problemów społecznych, ich genezy i dynamiki, w tym problemów (barier, ograniczeń, charakterystyki) kluczowych grup klientów objętych wsparciem systemu Umiejętność dopasowania odpowiedniej formy i sposobu udzielania wsparcia, Umiejętność stosowania metod z zakresu negocjacji i mediacji z elementami superwizji

Stanowisko	Wymiar I: niedopasowanie kompetencyjne (wyłącznie kompetencje niedoboru)	Wymiar II: luka kompetencyjna	Wymiar III: kompetencje przyszłości
			Umiejętność monitorowania postępu realizacji Umiejętność sprawdzania stopnia osiągnięcia założonych rezultatów Odpowiedzialność Skrupulatność/dokładność Gotowość do radzenia sobie z trudnościami/Gotowość na nieprzewidziane sytuacje Nastawienie na rozwiązywanie problemów, elastyczność Asertywność/zachowanie higieny pracy i ochrony własnych granic Motywacja do podnoszenia własnych kompetencji (samorozwój, poszerzenie swojej wiedzy, umiejętności, aktualizacja kluczowych informacji niezbędnych w pracy) Wrażliwość empatia, życzliwość Otwartość, kreatywność
Organizator społeczności lokalnych	Umiejętność budowania siatki kontaktów Umiejętność kojarzenia i scalania zasobów w środowisku lokalnym w celu wsparcia klienta Umiejętność mobilizowania i motywowania ludzi i instytucji do podejmowania współpracy i udzielania wsparcia Umiejętność organizowania wsparcia rodziny i szerszego otoczenia sąsiadów, pracowników socjalnych, szkoły (itp.) na rzecz osoby, rodziny potrzebującej wsparcia Asertywność, stawianie granic, nieprzejmowanie odpowiedzialności za sukces klienta, nieocenianie Umiejętność zarządzania sobą w czasie Wrażliwość, empatia, życzliwość	nie występuje	Znajomość kluczowych przepisów Ustawy o pomocy społecznej, Ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, Prawa rodzinnego, prawa miejscowego Znajomość mechanizmów funkcjonowania środowiska lokalnego i jego charakterystykę Wiedza nt. problemów społecznych, ich genezy i dynamiki, w tym problemów (barier, ograniczeń, charakterystyki) kluczowych grup klientów objętych wsparciem systemu Umiejętność identyfikowania zasobów instytucjonalnych oraz zasoby społeczności lokalnych na rzecz wsparcia klienta Umiejętność kojarzenia i scalania zasobów w środowisku lokalnym w celu wsparcia klienta Umiejętność animowania procesu świadczenia wsparcia /usług w środowisku lokalnym Umiejętność łączenia interesów różnych stron, pokazywania korzyści ze współpracy Umiejętność organizowania i wspierania współpracy Umiejętność organizowania wsparcia rodziny i szerszego otoczenia sąsiadów, pracowników socjalnych, szkoły (itp.) na rzecz osoby, rodziny potrzebującej wsparcia Posiadanie zaawansowanych kompetencji komunikacyjnych w zakresie aktywnego słuchania, zadawania pytań spostrzegawczość, Umiejętność kojarzenia zasobów w środowisku Odpowiedzialność Asertywność, stawianie granic, nie przejmowanie Odpowiedzialności za sukces klienta, nieocenianie umiejętność zarządzania sobą w czasie Wrażliwość, empatia, życzliwość Umiejętność przezwycięzania stereotypów i lęków z tym związanych Motywacja do podnoszenia własnych kompetencji (samorozwój, poszerzenie swojej wiedzy, umiejętności, aktualizacja kluczowych informacji niezbędnych w pracy)

Stanowisko	Wymiar I: niedopasowanie kompetencyjne (wyłącznie kompetencje niedoboru)	Wymiar II: luka kompetencyjna	Wymiar III: kompetencje przyszłości
Asystent wsparcia	Umiejętność podejmowania decyzji z poszanowaniem zdania i woli klienta Umiejętność informowania klienta o możliwościach wsparcia i ograniczeniach Umiejętność monitorowania oraz modyfikowania planu wsparcia skierowanego do klienta/rodziny Umiejętność motywowania klienta, perswazji Umiejętność egzekwowania ustalonych standardów i procedur Asertywność, stawianie granic, nieprzejmowanie odpowiedzialności za sukces klienta, nieocenianie Umiejętność przezwycięzania stereotypów i lęków z tym związanych	nie występuje	Znajomość metodyki pracy z danym typem klienta (np. osoby starszej, z niepełnosprawnością czy rodziny potrzebującej wsparcia, etc.) Umiejętność diagnozowania problemów rodzinnych i psychologiczno-pedagogiczne występujące u klienta/w rodzinie; w tym potrzeby w zakresie wsparciaopiekunczo-wychowawczego Umiejętność identyfikowania możliwych problemów psychiczne wspieranych osób – w kontekście sytuacji problemowych Umiejętność komunikowania się skutecznie z klientem/podopiecznym Umiejętność radzenia sobie z sytuacjami trudnymi, konfliktami w rodzinie i otoczeniu klienta/rodziny Umiejętność ułatwiania dostępu do usług publicznych, społecznych, zdrowotnych, edukacyjnych Umiejętność prowadzenia poradnictwa/edukacji z zakresu profilaktyki Umiejętność wspierania w zakresie aplikowania o wsparcie finansowe, niefinansowe, w tym rzeczowe, Posiadanie zaawansowanych kompetencji komunikacyjnych w zakresie aktywnego słuchania, zadawania pytań, jasnego informowania o procedurach, usługach i sposobach realizacji wsparcia Umiejętność motywowania klienta, perswazja Umiejętnośćpodążania za klientem Odporność na stres i dynamikę pracy Wrażliwość, empatia, życzliwość, szczerłość, autentyczność w relacji z klientem
Koordynator pieczy zastępczej	Znajomość Kodeksu postępowania administracyjnego Znajomość zagadnień psychologii rozwojowej i podstawowych zagadnień psychologii klinicznej Znajomość zagadnień z zakresu więzi i przywiązania Umiejętność dokonywania obiektywnej obserwacji sytuacji dziecka, opartej na faktach, z wyłączeniem oceny Umiejętność rozpoznawania motywacji rodziny zastępczej do zmiany (współpracy z rodziną biologiczną) Umiejętność przekazywania rodzinom informacji, instruowania o przysługujących świadczeniach i wsparciu, procedurach Odpowiedzialność Umiejętność przedstawiania oczekiwań, egzekwowania ustaleń	nie występuje	Znajomość przepisów Ustawy o wspieraniu rodziny i pieczy zastępczej i rozporządzeń wykonawczych Znajomość przepisów Ustawy o pomocy społecznej i rozporządzeń wykonawczych Znajomość przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie i rozporządzeń wykonawczych, Znajomość Kodeksu postępowania administracyjnego Znajomość podstawowych zagadnień psychologii klinicznejzagadnienia z zakresu socjologii rodziny, w tym faz życia rodziny, jej typów oraz zagadnień z zakresu więzi i przywiązania Wiedza na temat zależności między rodziną a systemem wsparcia Umiejętność prowadzenia dialogu z rodziną – biologiczną, zastępczą, dzieckiem Umiejętność dokonania wstępnej analizy sytuacji dziecka (wieloaspektowo), przy zachowaniu norm, zasad prawnych i etycznych Umiejętność rozpoznawania motywacji rodziny zastępczej do zmiany (współpracy z rodziną biologiczną)

Stanowisko	Wymiar I: niedopasowanie kompetencyjne (wyłącznie kompetencje niedoboru)	Wymiar II: luka kompetencyjna	Wymiar III: kompetencje przyszłości
			Umiejętność Identyfikowania potrzeb rozwojowych dziecka, w tym potrzebę wcześniejszej interwencji Umiejętność określania zasobów i deficytów rodziny zastępczej i prowadzącej rodzinny dom dziecka, Umiejętność przekazywania rodzinom informacji, instruowania o przysługujących świadczeniach i wsparciu, procedurach, Umiejętność przedstawiania oczekiwań, egzekwowania ustaleń, Motywacja do podnoszenia własnych kompetencji
Specjalista ds. interwencji kryzysowej	Znajomość przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii i rozporządzeń wykonawczych Znajomość Kodeksu postępowania administracyjnego Wiedza na temat systemu wsparcia osób w kryzysie, (jakie podmioty realizują wsparcie dla osób w kryzysie) Umiejętność diagnozowania stanu klienta z uwzględnieniem różnych aspektów jego sytuacji (rodzinnej, bytowej, prawnej, zawodowej) Umiejętność udzielania pomocy psychologicznej Umiejętność przedstawiania oczekiwań, egzekwowania ustaleń	Znajomość przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii i rozporządzeń wykonawczych Znajomość zagadnień psychologii klinicznej Umiejętność zapewniania klientowi bezpieczeństwa poprzez wsparcie odpowiednich specjalistów, służb Umiejętność przedstawiania oczekiwań, egzekwowania ustaleń	Znajomość przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii i rozporządzeń wykonawczych Znajomość przepisów Ustawy o pomocy społecznej Znajomość zagadnień z zakresu psychologii rodziny Znajomość metod poradnictwa i interwencji kryzysowej (indywidualnej i grupowej) Umiejętność diagnozowania stanu klienta, z uwzględnieniem różnych aspektów jego sytuacji (rodzinnej, bytowej, prawnej, zawodowej) Umiejętność stosowania metod poradnictwa (indywidualne i grupowe) dedykowanych pracy z osobami w kryzysie Umiejętność zapewniania bezpieczeństwa klientowi poprzez wsparcie odpowiednich specjalistów, służb Umiejętność udzielania pomocy psychologicznej Umiejętność identyfikowania zasobów i możliwości wyjścia z sytuacji kryzysowej Umiejętność określania możliwości i sposobów wsparcia klienta zarówno w ramach ośrodka jak i w środowisku lokalnym Umiejętność motywowania klienta do konstruktywnego radzenia sobie z sytuacją kryzysu Umiejętność przekazywania klientowi informacji, instruować o przysługujących świadczeniach i wsparciu, procedurach Umiejętność współpracy w zespole profesjonalistów/zespole interdyscyplinarnym Empatia Zaawansowane kompetencje komunikacyjne w zakresie aktywnego słuchania, zadawania pytań, komunikacji niewerbalnej Odpowiedzialność za swoje działanie Odporność na stres i dynamikę pracy
Superwizor	Znajomość przepisów Ustawy o wspieraniu rodziny i pieczy zastępczej Znajomość zagadnień psychologii rozwojowej, zagadnień z zakresu socjologii rodziny, w tym faz życia rodziny, jej typów Znajomość metod pracy socjalnej oraz dynamiki procesów grupowych	nie występuje	Znajomość uwarunkowań systemu pomocy społecznej Znajomość przepisów Ustawy o pomocy społecznej Znajomość przepisów Ustawy o wspieraniu rodziny i pieczy zastępczej Znajomość zagadnień psychologii rozwojowej, Znajomość zagadnień z zakresu socjologii rodziny, w tym faz życia rodziny, jej typów

Stanowisko	Wymiar I: niedopasowanie kompetencyjne (wyłącznie kompetencje niedoboru)	Wymiar II: luka kompetencyjna	Wymiar III: kompetencje przyszłości
	Umiejętność prowadzenia spotkań superwizyjnych indywidualnych i grupowych Umiejętność analizowania rzeczywistych wyzwań i problemów, z którymi mierzą się pracownicy		Znajomość zagadnienia psychotraumatologii Znajomość problemów społecznych, ich genezę i dynamikę Umiejętność stosowania metod pracy socjalnej Wiedza na temat dynamiki procesów grupowych Umiejętność prowadzenia spotkań superwizyjnych indywidualne i grupowe Przestrzeganie zasad kodeksu etycznego Umiejętność identyfikowania trudności systemowych i osobistych w pracy z klientami pomocy społecznej Umiejętność wspierania rozwoju zawodowego pracowników pomocy społecznej Umiejętność stosowania metod pracy coachingowej skoncentrowane na wyznaczaniu i osiąganiu celów zawodowych
Opiekun środowiskowy	Umiejętność opracowywania planu pomocy i opieki dla osoby podopiecznej, z uwzględnieniem poziomu jej możliwości psychofizycznych Umiejętność podejmowania działań wspierających z poszanowaniem zdania i woli klienta/podopiecznego Kompetencje komunikacyjne w zakresie aktywnego słuchania, zadawania pytań, jasnego informowania Przestrzeganie ustalonych standardów i procedur	nie występuje	Podstawowa znajomość Ustawy o pomocy społecznej Znajomość zasad i standardów opieki nad osobą starszą, niesamodzielną, z niepełnosprawnościami Wiedza na temat specyfiki pracy z danym typem klienta (np. osoby starszej, z niepełnosprawnością czy niesamodzielną, etc.) Umiejętność rozpoznawania i oceniania stanu i możliwości funkcjonowania fizycznego, psychicznego i społecznego osoby podopiecznej Umiejętność identyfikowania pogorszenia stanu zdrowia podopiecznego Umiejętność opracowywania planu pomocy i opieki dla osoby podopiecznej uwzględniając poziom możliwości psychofizycznych osoby podopiecznej Umiejętność wspierania sprawności i aktywizowania do samodzielności (także we współpracy z innymi specjalistami, wdrażać zalecenia innych specjalistów) Umiejętność wspierania oraz motywowania podopiecznego Umiejętność podejmowania działań wspierających z poszanowaniem zdania i woli klienta/podopiecznego Umiejętność skutecznego komunikowania się z klientem/podopiecznym

Źródło: Opracowanie własne.

4. Wyniki bilansu kompetencji dla poszczególnych stanowisk

4.1. Bilans kompetencji – sposób przedstawienia wyników

Do oceny poszczególnych kompetencji użyto – zarówno w przypadku pracodawców, jak i pracowników – skali pięciopunktowej. Zatem najniższa możliwa wartość średniej to „1”, zaś najwyższa „5”. Niezależnie od stanowiska, jak również kompetencji, żadna z tych wartości skrajnych nie pojawiła się w badaniu.

Interpretacja tabel przedstawionych w rozdziałach poniżej

- Kolumna opisana jako „**pracodawcy**” – oznacza średnią ocenę pracodawców dla ważności danej kompetencji wskazanej w wierszu tabeli.
- Kolumna opisana jako „**pracownicy**” – oznacza średnią samoocenę pracowników dla poziomu danej kompetencji wskazanej w wierszu tabeli.
- Kolumna opisana jako „**rodzaj kompetencji**” – oznacza wynik analizy niedopasowania kompetencyjnego (I wymiar bilansu kompetencji). Dodatkowo kolorem niebieskim pogrubionym wyróżniono kompetencje zrównoważone, zaś czerwonym pogrubionym – kompetencje niedoboru.
- Kolumna opisana jako „**luka kompetencyjna**” – oznacza wynik analizy dla II wymiaru bilansu kompetencji. Dodatkowo kolorem niebieskim bez pogrubienia wyróżniono kompetencje, dla których luka nie występuje.
- Kolumna opisana jako „**kompetencje przyszłości**” – oznacza wynik analizy dla III wymiaru bilansu kompetencji. Pogrubieniem oraz kolorem niebieskim zaznaczono kompetencje, których znaczenie w przyszłości będzie rosnąć.

OPIEKA ZDROWOTNA

Kompetencje związane ze współpracą są kompetencjami niedoboru w większości zawodów medycznych.

Lekarz (różne specjalizacje)

Osoby zatrudnione na stanowisku lekarza w systemie opieki zdrowotnej charakteryzują się relatywnie niedużą liczbą **kompetencji niedoboru** tj. kompetencji relatywnie ważniejszych dla pracodawców, a jednocześnie relatywnie niżej ocenianych przez pracowników. Wśród nich znalazły się dwie umiejętności ściśle związane z obsługą pacjentów: „Umiejętność zrozumiałego formułowania komunikatów i przekazywania zaleceń dla pacjentów”, „Umiejętność okazywania empatii i zrozumienia w sytuacjach trudnych dla pacjenta” oraz – jako trzecia – „Umiejętność dobrej komunikacji między pracownikami”. Według pracodawców żadna z tych kompetencji nie zyska na znaczeniu w przyszłości, ale nadal pozostaną one ważne.

Wśród **kompetencji nadwyżkowych**, tj. kompetencji relatywnie mniej ważnych dla pracodawców, których poziom pracownicy określili jako relatywnie wysoki, znalazły się dwa elementy: „Umiejętność współpracy w zintegrowanych zespołach” oraz „Umiejętność korzystania z rozwiązań służących do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej”. Znaczenie tej ostatniej kompetencji w przyszłości będzie wzrastać.

Kompetencje wystarczające, tj. kompetencje relatywnie mniej ważne dla pracodawców i jednocześnie relatywnie niżej oceniane przez pracowników, to „Umiejętność/gotowość do włączania pacjentów do procesu decydowania o leczeniu”, „Umiejętność prowadzenia zdalnej opieki nad pacjentem” oraz „Umiejętność korzystania z internetowych baz danych i wyszukiwania informacji w celu zdobycia wiedzy potrzebnej do poprawy opieki nad pacjentem”. Znaczenie dwóch ostatnich kompetencji będzie rosło w przyszłości.

Wszystkie pozostałe kompetencje wskazane w tabeli 4.1, niewskazane powyżej, należą do **kompetencji zrównoważonych**, tj. kompetencji relatywnie ważniejszych dla pracodawców, a jednocześnie relatywnie wyżej ocenianych przez pracowników, i wymagają jedynie monitorowania w przyszłości. Wśród nich możemy znaleźć „Umiejętność śledzenia i analizowania wyników najnowszych badań naukowych”, „Umiejętność wspólnej (otwartej na głosy wszystkich członków) oceny pracy zespołu”, „Umiejętność wykorzystania wyników

badania naukowych w praktyce (zmiana terapii/wprowadzanie nowych terapii wynikających z postępu naukowego w dziedzinie)”, „Umiejętność krytycznej oceny swoich działań i wdrażania zmian poprawiających ich jakość” oraz „Umiejętność edukowania pacjentów, przekazywania wiedzy medycznej w sposób zrozumiały”. W przyszłości będzie rosnąć znaczenie „Umiejętności śledzenia i analizowania wyników najnowszych badań naukowych” oraz „Umiejętności wykorzystania wyników badań naukowych w praktyce (zmiana terapii/wprowadzanie nowych terapii wynikających z postępu naukowego w dziedzinie)”.

Tabela nr 4.1. Bilans kompetencji – Lekarz

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ⁸⁸	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Umiejętność okazywania empatii i zrozumienia w sytuacjach trudnych dla pacjenta	KS	4,78	4,60	niedoboru	nie występuje	znaczenie bez zmian (82,7%)
Umiejętność śledzenia i analizowania wyników najnowszych badań naukowych	U	4,74	4,63	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (23,4%)
Umiejętność wspólnej (otwartej na głosy wszystkich członków) oceny pracy zespołu	KS	4,73	4,63	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (93,5%)
Umiejętność wykorzystania wyników badań naukowych w praktyce (zmiana terapii/wprowadzanie nowych terapii wynikających z postępu naukowego w dziedzinie)	U	4,72	4,69	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (26,0%)
Umiejętność krytycznej oceny swoich działań i wdrażania zmian poprawiających ich jakość	U	4,72	4,70	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (79,7%)
Umiejętność dobrej komunikacji z pracownikami	KS	4,72	4,61	niedoboru	nie występuje	znaczenie bez zmian (94,4%)
Umiejętność zrozumiałego formułowania komunikatów i przekazywania zaleceń dla pacjentów	KS	4,70	4,57	niedoboru	nie występuje	znaczenie bez zmian (93,0%)

⁸⁸ U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ⁸⁹	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Umiejętność edukowania pacjentów, przekazywania wiedzy medycznej w sposób zrozumiały	KS	4,69	4,64	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (94,4%)
Umiejętność korzystania z rozwiązań służących do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej	U	4,64	4,75	nadwyżkowe	n/d	wzrost znaczenia (17,5%)
Umiejętność/gotowość do włączania pacjentów do procesu decydowania o leczeniu	KS	4,63	4,60	wystarczające	n/d	znaczenie bez zmian (88,3%)
Umiejętność korzystania z internetowych baz danych i wyszukiwania informacji w celu zdobycia wiedzy potrzebnej do poprawy opieki nad pacjentem	U	4,63	4,52	wystarczające	n/d	wzrost znaczenia (17,5%)
Umiejętność współpracy w zintegrowanych zespołach	KS	4,62	4,70	nadwyżkowe	n/d	znaczenie bez zmian (91,8%)
Umiejętność prowadzenia zdalnej opieki nad pacjentem (zdalnego diagnozowania i leczenia, monitorowania stanu zdrowia pacjenta)	U	4,37	4,53	wystarczające	n/d	wzrost znaczenia (17,8%)

Źródło: opracowanie własne.

Pielęgniarka (ogólna lub ze specjalizacją)

Pielęgniarka to jedyne z analizowanych stanowisk, w odniesieniu do którego nie zidentyfikowano ani jednej **kompetencji niedoboru**. Na innych analizowanych stanowiskach zawsze pojawia się co najmniej jedna, a czasem ich liczba przekracza połowę analizowanych kompetencji.

Jednocześnie w przypadku tego stanowiska większość kompetencji stanowią **kompetencje zrównoważone**, czyli takie, które są relatywnie ważniejsze dla pracodawców i relatywnie wyżej oceniane przez pracowników. Umiejętności takie jak „Umiejętność edukowania pacjentów,

⁸⁹ U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

przekazywania wiedzy medycznej w sposób zrozumiały”, „Umiejętność zrozumiałego formułowania komunikatów i przekazywania zaleceń dla pacjentów” oraz „Umiejętności korzystania z rozwiązań służących do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej” to kompetencje, których znaczenie w przyszłości będzie rośło. W przypadku tego stanowiska nie występuje luka kompetencyjna. Natomiast umiejętności takie jak: „Umiejętność okazywania empatii i zrozumienia w sytuacjach trudnych dla pacjenta”, „Umiejętność dobrej komunikacji między pracownikami”, „Umiejętność wspólnej (otwartej na głosy wszystkich członków) oceny pracy zespołu”, „Umiejętność współpracy w zintegrowanych zespołach” oraz „Umiejętność/gotowość do włączania pacjentów do procesu decydowania o leczeniu” to kompetencje, których znaczenie w przyszłości się nie zmieni.

W przypadku grupy zawodowej pielęgniarek jest tylko jedna **kompetencja nadwyżkowa**: „Umiejętność korzystania z internetowych baz danych i wyszukiwania informacji w celu zdobycia wiedzy potrzebnej do poprawy opieki nad pacjentem”, której znaczenie w przyszłości będzie rośło.

W grupie tej cztery ostatnie kompetencje to **kompetencje wystarczające**: „Umiejętność krytycznej oceny swoich działań i wdrażania zmian poprawiających ich jakość”, „Umiejętność śledzenia i analizowania wyników najnowszych badań naukowych”, „Umiejętność wykorzystania wyników badań naukowych w praktyce” oraz „Umiejętność prowadzenia zdalnej opieki nad pacjentem”. Za wyjątkiem pierwszej wskazanej wszystkie pozostałe kompetencje będą zyskiwać na znaczeniu w przyszłości.

Tabela 4.2. Bilans kompetencji – pielęgniarka

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ⁹⁰	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Umiejętność okazywania empatii i zrozumienia w sytuacjach trudnych dla pacjenta	KS	4,60	4,56	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (78,9%)
Umiejętność dobrej komunikacji między pracownikami	KS	4,55	4,48	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (78,9%)

⁹⁰ U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ⁹¹	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Umiejętność wspólnej (otwartej na głosy wszystkich członków) oceny pracy zespołu	KS	4,54	4,57	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (86,2%)
Umiejętność edukowania pacjentów, przekazywania wiedzy medycznej w sposób zrozumiały	KS	4,51	4,54	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (15,9%)
Umiejętność współpracy w zintegrowanych zespołach	KS	4,51	4,58	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (85,3%)
Umiejętność/gotowość do włączania pacjentów do procesu decydowania o leczeniu	KS	4,50	4,52	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (84,1%)
Umiejętność zrozumiałego formułowania komunikatów i przekazywania zaleceń dla pacjentów	U	4,47	4,46	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (16,3%)
Umiejętność korzystania z rozwiązań służących do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej	U	4,45	4,49	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (26,0%)
Umiejętność śledzenia i analizowania wyników najnowszych badań naukowych	U	4,22	4,27	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (24,7%)
Umiejętność korzystania z internetowych baz danych i wyszukiwania informacji w celu zdobycia wiedzy potrzebnej do poprawy opieki nad pacjentem	U	4,22	4,39	nadwyżkowe	nd.	wzrost znaczenia (22,5%)
Umiejętność wykorzystania wyników badań naukowych w praktyce (zmiana terapii/wprowadzanie nowych terapii wynikających z postępu naukowego w dziedzinie)	U	4,18	4,29	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (23,1%)
Umiejętność krytycznej oceny swoich działań i wdrażania zmian poprawiających ich jakość	U	4,17	4,31	wystarczające	nd.	znaczenie bez zmian (79,3%)

⁹¹ U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ⁹²	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Umiejętność prowadzenia zdalnej opieki nad pacjentem (zdalnego diagnozowania i leczenia, monitorowania stanu zdrowia pacjenta)	U	4,04	4,19	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (20,7%)

Źródło: opracowanie własne.

Położna

Średnia ocena ważności wszystkich kompetencji ocenianych na tym stanowisku przez pracodawców wyniosła 4,54, zaś samoocena poziomu tych kompetencji dokonana przez pracowników – 4,51. W przypadku zawodu położnej nie występuje luka kompetencyjna.

W przypadku stanowiska położna tylko trzy kompetencje możemy uznać za **kompetencje zrównoważone**: „Umiejętność wykorzystania wyników badań naukowych w praktyce”, „Umiejętność zrozumiałego formułowania komunikatów i przekazywania zaleceń dla pacjentów” oraz „Umiejętność wspólnej (otwartej na głosy wszystkich członków) oceny pracy zespołu”. Dwie pierwsze kompetencje będą zyskiwać na znaczeniu w przyszłości.

Więcej jest natomiast **kompetencji niedoboru**: „Umiejętność śledzenia i analizowania wyników najnowszych badań naukowych”, „Umiejętność okazywania empatii i zrozumienia w sytuacjach trudnych dla pacjenta”, „Umiejętność prowadzenia zdalnej opieki nad pacjentem”, „Umiejętność dobrej komunikacji między pracownikami” oraz „Umiejętność współpracy w zintegrowanych zespołach”. Pierwsze trzy wymienione kompetencje będą dodatkowo zyskiwać na znaczeniu w przyszłości.

Dwie kompetencje są **kompetencjami nadwyżkowymi**: „Umiejętność krytycznej oceny swoich działań i wdrażania zmian poprawiających ich jakość” oraz „Umiejętność korzystania z internetowych

⁹² U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

baz danych i wyszukiwania informacji w celu zdobycia wiedzy potrzebnej do poprawy opieki nad pacjentem”. Obydwie kompetencje będą zyskiwać na znaczeniu w przyszłości.

Zaś wśród **kompetencji wystarczających** możemy znaleźć: „Umiejętność edukowania pacjentów, przekazywania wiedzy medycznej w sposób zrozumiały”, „Umiejętność/gotowość do włączania pacjentów do procesu decydowania o leczeniu” oraz „Umiejętność korzystania z rozwiązań służących do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej”. W przypadku tej grupy jedynie ostatnia wymieniona kompetencja będzie zyskiwać na znaczeniu w przyszłości.

Tabela 4.3. Bilans kompetencji – położna

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ⁹³	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Umiejętność śledzenia i analizowania wyników najnowszych badań naukowych	U	4,76	4,50	niedoboru	nie występuje	wzrost znaczenia (33,3%)
Umiejętność wykorzystania wyników badań naukowych w praktyce (zmiana terapii/wprowadzanie nowych terapii wynikających z postępu naukowego w dziedzinie)	U	4,65	4,59	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (40,7%)
Umiejętność dobrej komunikacji między pracownikami	KS	4,65	4,46	niedoboru	nie występuje	znaczenie bez zmian (83,3%)
Umiejętność zrozumiałego formułowania komunikatów i przekazywania zaleceń dla pacjentów	KS	4,59	4,60	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (25,9%)
Umiejętność okazywania empatii i zrozumienia w sytuacjach trudnych dla pacjenta	KS	4,56	4,40	niedoboru	nie występuje	wzrost znaczenia (27,8%)
Umiejętność współpracy w zintegrowanych zespołach	KS	4,56	4,46	niedoboru	nie występuje	znaczenie bez zmian (89,9%)

⁹³ U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ⁹⁴	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Umiejętność wspólnej (otwartej na głosy wszystkich członków) oceny pracy zespołu	KS	4,56	4,63	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (81,5%)
Umiejętność prowadzenia zdalnej opieki nad pacjentem (zdalnego diagnozowania i leczenia, monitorowania stanu zdrowia pacjenta)	U	4,56	4,48	niedoboru	nie występuje	wzrost znaczenia (29,4%)
Umiejętność edukowania pacjentów, przekazywania wiedzy medycznej w sposób zrozumiały	KS	4,52	4,47	wystarczające	nd.	znaczenie bez zmian (87,0%)
Umiejętność edukowania pacjentów, przekazywania wiedzy medycznej w sposób zrozumiały	KS	4,52	4,47	wystarczające	nd.	znaczenie bez zmian (87,0%)
Umiejętność korzystania z rozwiązań służących do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej	U	4,46	4,36	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (31,5%)
Umiejętność/gotowość do włączania pacjentów do procesu decydowania o leczeniu	U	4,44	4,48	wystarczające	nd.	znaczenie bez zmian (92,6%)
Umiejętność korzystania z internetowych baz danych i wyszukiwania informacji w celu zdobycia wiedzy potrzebnej do poprawy opieki nad pacjentem	U	4,43	4,52	nadwyżkowe	nd.	wzrost znaczenia (37,0%)
Umiejętność krytycznej oceny swoich działań i wdrażania zmian poprawiających ich jakość	U	4,28	4,68	nadwyżkowe	nd.	wzrost znaczenia

Źródło: opracowanie własne.

⁹⁴ U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

Ratownik medyczny

Na stanowisku ratownika medycznego nie zidentyfikowano **kompetencji niedoboru** (za wyjątkiem umiejętności dobrej komunikacji między pracownikami).

W luce kompetencyjnej dla tej roli zawodowej pojawiają się natomiast kompetencje związane ze współpracą z innymi pracownikami w ramach zespołów oraz umiejętność komunikacji w tychże („Umiejętność dobrej komunikacji między pracownikami”, a także „Umiejętność współpracy w zintegrowanych zespołach”). Szczególnie „Umiejętność dobrej komunikacji (...)” wydaje się w tym przypadku istotna, ponieważ jest to kompetencja niedoboru, która znalazła się w luce kompetencyjnej, a której znaczenie będzie wzrastać w przyszłości. Dodatkowo jest to kompetencja istotna z punktu widzenia pracodawców – średnia ocena ważności w tej grupie to 4,68 (na 5), co daje jej drugie miejsce pod względem ważności. Oznacza to konieczność szybkiego podjęcia działań służących kształceniu lub wzmacnianiu tej umiejętności.

W przypadku stanowiska ratownik medyczny będzie rość znaczenie tych samych kompetencji co w przypadku zawodów omawianych wcześniej (lekarz, pielęgniarka, położna). Jednocześnie ratownik medyczny jest jednym z nielicznych zawodów, w których na znaczeniu będą zyskiwać także „Umiejętności wspólnej (otwartej na głosy wszystkich członków) oceny pracy zespołu”. Pojawienie się tej kwestii może wynikać z przedstawionych wcześniej braków dla tego zawodu.

Średnia ocena ważności wszystkich kompetencji z profilu dla tego stanowiska dokonana przez pracodawców wyniosła 4,47, zaś samoocena pracowników dotycząca poziomu tych kompetencji jest w tym przypadku niższa – 4,33. W profilu ratownika medycznego dominują dwie grupy kompetencji – **kompetencje zrównoważone oraz kompetencje wystarczające**.

Do pierwszej grupy, czyli kompetencji relatywnie ważniejszych dla pracodawców i relatywnie wyżej ocenianych przez pracowników⁹⁵ należą „Umiejętność zrozumiałego formułowania komunikatów i przekazywania zaleceń dla pacjentów”, „Umiejętność edukowania pacjentów, przekazywania wiedzy medycznej w sposób zrozumiały” (znaczenie tej kompetencji będzie rość w przyszłości), „Umiejętność okazywania empatii i zrozumienia w sytuacjach trudnych dla pacjenta” (znaczenie tej kompetencji będzie rość w przyszłości), „Umiejętność/gotowość do włączania pacjentów do procesu decydowania o leczeniu” oraz „Umiejętność współpracy w zintegrowanych zespołach”.

⁹⁵ Kompetencje zrównoważone – w nawiasach wskazano, czy znaczenie danej kompetencji będzie rość w przyszłości.

Do grupy drugiej, czyli kompetencji relatywnie mniej ważnych dla pracodawców oraz z relatywnie niższą samooceną pracowników⁹⁶ należą natomiast „Umiejętność śledzenia i analizowania wyników najnowszych badań naukowych”; „Umiejętność wykorzystania wyników badań naukowych w praktyce”; „Umiejętność krytycznej oceny swoich działań i wdrażania zmian poprawiających ich jakość”; „Umiejętność prowadzenia zdalnej opieki nad pacjentem” (znaczenie wszystkich tych kompetencji będzie rosnąć w przyszłości); „Umiejętność korzystania z internetowych baz danych i wyszukiwania informacji w celu zdobycia wiedzy potrzebnej do poprawy opieki nad pacjentem” oraz „Umiejętność korzystania z rozwiązań służących do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej”.

Kompetencją nadwyżkową w przypadku ratownika medycznego jest natomiast „umiejętność wspólnej (otwartej na głosy wszystkich członków) oceny pracy zespołu” (znaczenie tej kompetencji również będzie rosnąć w przyszłości).

Tabela 4.4. Bilans kompetencji – ratownik medyczny

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ⁹⁷	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Umiejętność współpracy w zintegrowanych zespołach	KS	4,82	4,62	zrównoważone	występuje	znaczenie bez zmian (75,0%)
Umiejętność dobrej komunikacji między pracownikami	KS	4,68	4,27	niedoboru	występuje	znaczenie bez zmian (91,1%)
Umiejętność okazywania empatii i zrozumienia w sytuacjach trudnych dla pacjenta	KS	4,64	4,60	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (16,1%)
Umiejętność edukowania pacjentów, przekazywania wiedzy medycznej w sposób zrozumiały	KS	4,54	4,60	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (12,5%)

⁹⁶ Kompetencje wystarczające – w nawiasach wskazano, czy znaczenie danej kompetencji będzie rosnąć w przyszłości.

⁹⁷ U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ⁹⁸	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Umiejętność zrozumiałego formułowania komunikatów i przekazywania zaleceń dla pacjentów	KS	4,52	4,48	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (85,7%)
Umiejętność/gotowość do włączania pacjentów do procesu decydowania o leczeniu	KS	4,48	4,42	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (85,7%)
Umiejętność korzystania z rozwiązań służących do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej	U	4,46	4,25	wystarczające	nd.	znaczenie bez zmian (78,6%)
Umiejętność krytycznej oceny swoich działań i wdrażania zmian poprawiających ich jakość	KS	4,39	4,25	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (16,1%)
Umiejętność korzystania z internetowych baz danych i wyszukiwania informacji w celu zdobycia wiedzy potrzebnej do poprawy opieki nad pacjentem	U	4,37	4,21	wystarczające	nd.	znaczenie bez zmian (89,3%)
Umiejętność wykorzystania wyników badań naukowych w praktyce (zmiana terapii/ wprowadzanie nowych terapii wynikających z postępu naukowego w dziedzinie)	U	4,36	3,90	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (12,5%)
Umiejętność śledzenia i analizowania wyników najnowszych badań naukowych	U	4,34	3,94	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (12,5%)
Umiejętność wspólnej (otwartej na głosy wszystkich członków) oceny pracy zespołu	KS	4,34	4,50	nadwyżkowe	nd.	wzrost znaczenia (19,6%)
Umiejętności prowadzenia zdalnej opieki nad pacjentem (zdalnego diagnozowania i leczenia, monitorowania stanu zdrowia pacjenta)	U	4,21	4,23	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (12,5%)

Źródło: opracowanie własne.

⁹⁸ U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

Asystent lekarza

Osoby zatrudnione na stanowisku asystenta lekarza w systemie opieki zdrowotnej charakteryzują się relatywnie niewielką liczbą **kompetencji niedoboru** (relatywnie ważniejszych dla pracodawców, z niższą samooceną pracowników), dodatkowo dotyczą one współpracy w zespole – są to: „Umiejętność współpracy w zintegrowanych zespołach” oraz „Umiejętność wspólnej (otwartej na głosy wszystkich członków) oceny pracy zespołu” – a nie rzeczywistej opieki nad pacjentem. W przypadku tego zawodu nie zidentyfikowano luki kompetencyjnej, zaś na znaczeniu zyskiwać będą kompetencje związane z wykorzystaniem wyników badań naukowych i zasobów cyfrowych oraz umiejętności współpracy z pacjentem w sposób empatyczny⁹⁹.

Kompetencje zrównoważone (relatywnie ważniejsze dla pracodawców i z relatywnie wyższą samooceną pracowników) to w tym przypadku: „Umiejętność wykorzystania wyników badań naukowych w praktyce” (znaczenie tej kompetencji będzie rosnęło w przyszłości), „Umiejętność krytycznej oceny swoich działań i wdrażania zmian poprawiających ich jakość”; „Umiejętność zrozumiałego formułowania komunikatów i przekazywania zaleceń dla pacjentów”; „Umiejętność edukowania pacjentów, przekazywania wiedzy medycznej w sposób zrozumiały” (znaczenie tej kompetencji będzie rosnęło w przyszłości) oraz „Umiejętność korzystania z rozwiązań służących do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej” (znaczenie tej kompetencji będzie rosnęło w przyszłości).

Natomiast **kompetencje wystarczające** (relatywnie mniej ważne dla pracodawców i jednocześnie niżej oceniane przez pracowników) dotyczą w tym zawodzie umiejętności cyfrowych – „Umiejętności prowadzenia zdalnej opieki nad pacjentem” oraz „Umiejętności korzystania z internetowych baz danych i wyszukiwania informacji w celu zdobycia wiedzy potrzebnej do poprawy opieki nad pacjentem” (znaczenie obu tych kompetencji będzie rosnęło w przyszłości).

Wśród **kompetencji nadwyżkowych** (relatywnie mniej ważnych dla pracodawców ale z relatywnie wyższą samooceną pracowników) znajdują się zaś: „Umiejętność/gotowość do włączania pacjentów do procesu decydowania o leczeniu” oraz „Umiejętności dobrej komunikacji między pracownikami”. Znaczenie kompetencji nadwyżkowych nie będzie wzrastać w przyszłości, pozostanie na tym samym poziomie co obecnie.

⁹⁹ Szczegółowa lista kompetencji znajduje się w tabeli 4.5. W ostatniej kolumnie tabeli kolorem niebieskim oraz pogrubieniem zaznaczono wszystkie kompetencje, których znaczenie w przyszłości będzie rosnęło.

Tabela 4.5. Bilans kompetencji – asystent lekarza

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ¹⁰⁰	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Umiejętność krytycznej oceny swoich działań i wdrażania zmian poprawiających ich jakość	KS	4,70	4,72	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (90,6%)
Umiejętność współpracy w zintegrowanych zespołach	KS	4,70	4,50	niedoboru	nie występuje	znaczenie bez zmian (90,6%)
Umiejętność edukowania pacjentów, przekazywania wiedzy medycznej w sposób zrozumiały	KS	4,69	4,83	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (18,8%)
Umiejętność korzystania z rozwiązań służących do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej	U	4,69	4,74	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (20,3%)
Umiejętność wspólnej (otwartej na głosy wszystkich członków) oceny pracy zespołu	KS	4,66	4,41	niedoboru	nie występuje	znaczenie bez zmian (93,8%)
Umiejętność wykorzystania wyników badań naukowych w praktyce (zmiana terapii/ wprowadzanie nowych terapii wynikających z postępu naukowego w dziedzinie)	U	4,63	4,78	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (28,1%)
Umiejętność zrozumiałego formułowania komunikatów i przekazywania zaleceń dla pacjentów	KS	4,63	4,80	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (89,1%)
Umiejętność okazywania empatii i zrozumienia w sytuacjach trudnych dla pacjenta	KS	4,59	4,48	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (17,2%)
Umiejętność/gotowość do włączania pacjentów do procesu decydowania o leczeniu	ks	4,58	4,70	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (90,6%)

¹⁰⁰ U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ¹⁰¹	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Umiejętność/gotowość do włączania pacjentów do procesu decydowania o leczeniu	ks	4,58	4,70	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (90,6%)
Umiejętność śledzenia i analizowania wyników najnowszych badań naukowych	U	4,56	4,76	nadwyżkowe	nd.	wzrost znaczenia (21,9%)
Umiejętność korzystania z internetowych baz danych i wyszukiwania informacji w celu zdobycia wiedzy potrzebnej do poprawy opieki nad pacjentem	U	4,56	4,28	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (29,7%)
Umiejętność dobrej komunikacji między pracownikami	ks	4,55	4,74	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (87,5%)
Umiejętność prowadzenia zdalnej opieki nad pacjentem (zdalnego diagnozowania i leczenia, monitorowania stanu zdrowia pacjenta)	U	4,48	4,15	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (18,8%)

Źródło: opracowanie własne.

Opiekun medyczny

Osoby zatrudnione na stanowisku opiekun medyczny w systemie opieki zdrowotnej charakteryzują się – podobnie jak asystent lekarza – **kompetencjami niedoboru** w zakresie współpracy w ramach zespołu czyli „Umiejętności współpracy w zintegrowanych zespołach” oraz „Umiejętności wspólnej (otwartej na głosy wszystkich członków) oceny pracy zespołu”. Również w tym przypadku nie pojawia się luka kompetencyjna, zaś na znaczeniu zyskiwać będzie ponad połowa kompetencji (8 z 13) w tym zawodzie. Warto zwrócić tutaj uwagę, że – w większości – na znaczeniu zyskiwać będą głównie kompetencje zrównoważone,

¹⁰¹ U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

czyli już obecnie oceniane przez pracodawców jako relatywnie ważniejsze (4 z 8). W grupie kompetencji o wzrastającym znaczeniu nie ma natomiast kompetencji niedoboru¹⁰².

Średnia ocena ważności wszystkich kompetencji ocenianych na tym stanowisku przez pracodawców wyniosła 4,51, samoocena poziomu tych kompetencji dokonana przez pracowników jest natomiast zdecydowanie niższa – 4,20.

Kompetencje nadwyżkowe (relatywnie mniej ważne dla pracodawców, z relatywnie wyższą samooceną pracowników) w przypadku tego stanowiska dotyczą pozyskiwania, analizowania oraz wykorzystywania w praktyce dostępnych badań naukowych – „Umiejętność śledzenia i analizowania wyników najnowszych badań naukowych” oraz „Umiejętność wykorzystania wyników badań naukowych w praktyce”. Obie kompetencje – w przekonaniu pracodawców – będą zyskiwać na znaczeniu w przyszłości.

Cztery kompetencje są zaś **kompetencjami wystarczającymi** (relatywnie mniej ważnymi dla pracodawców, z relatywnie niższą samooceną pracowników) – „Umiejętność krytycznej oceny swoich działań i wdrażania zmian poprawiających ich jakość”, „Umiejętność/gotowość do włączania pacjentów do procesu decydowania o leczeniu”, „Umiejętność prowadzenia zdalnej opieki nad pacjentem” (znaczenie tej kompetencji będzie rośnie w przyszłości) oraz „Umiejętność korzystania z internetowych baz danych i wyszukiwania informacji w celu zdobycia wiedzy potrzebnej do poprawy opieki nad pacjentem” (znaczenie tej kompetencji będzie rośnie w przyszłości).

Natomiast **kompetencje zrównoważonych** (relatywnie ważniejszych dla pracodawców oraz z relatywnie wyższą samooceną pracowników) jest pięć – „Umiejętność zrozumiałego formułowania komunikatów i przekazywania zaleceń dla pacjentów”, „Umiejętność edukowania pacjentów, przekazywania wiedzy medycznej w sposób zrozumiały”, „Umiejętność okazywania empatii i zrozumienia w sytuacjach trudnych dla pacjenta”, „Umiejętność dobrej komunikacji między pracownikami” oraz „Umiejętność korzystania z rozwiązań służących do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej”. Prawie wszystkie z nich (wyjątek: „Umiejętność korzystania z rozwiązań służących do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej”) zyskiwać będą na znaczeniu w przyszłości.

¹⁰² Osiem kompetencji zyskujących na znaczeniu to: 4 kompetencje zrównoważone oraz po 2 kompetencje nadwyżkowe i wystarczające.

Tabela 4.6. Bilans kompetencji – opiekun medyczny

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ¹⁰³	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Umiejętność współpracy w zintegrowanych zespołach	KS	4,64	4,10	niedoboru	nie występuje	znaczenie bez zmian (92,7%)
Umiejętność korzystania z rozwiązań służących do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej	U	4,62	4,63	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (81,8%)
Umiejętność edukowania pacjentów, przekazywania wiedzy medycznej w sposób zrozumiały	KS	4,58	4,65	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (16,4%)
Umiejętność dobrej komunikacji między pracownikami	KS	4,56	4,49	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (14,5%)
Umiejętność zrozumiałego formułowania komunikatów i przekazywania zaleceń dla pacjentów	KS	4,55	4,43	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (16,4%)
Umiejętność okazywania empatii i zrozumienia w sytuacjach trudnych dla pacjenta	KS	4,53	4,27	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (16,4%)
Umiejętność wspólnej (otwartej na głosy wszystkich członków) oceny pracy zespołu	KS	4,53	3,69	niedoboru	nie występuje	znaczenie bez zmian (90,9%)
Umiejętność śledzenia i analizowania wyników najnowszych badań naukowych	U	4,49	4,63	nadwyżkowe	nd.	wzrost znaczenia (18,2%)
Umiejętność wykorzystania wyników badań naukowych w praktyce (zmiana terapii/ wprowadzanie nowych terapii wynikających z postępu naukowego w dziedzinie)	U	4,47	4,47	nadwyżkowe	nd.	wzrost znaczenia (20,0%)

¹⁰³ U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ¹⁰³	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Umiejętność/gotowość do włączania pacjentów do procesu decydowania o leczeniu	U	4,45	4,20	wystarczające	nd.	znaczenie bez zmian (89,1%)
Umiejętność korzystania z internetowych baz danych i wyszukiwania informacji w celu zdobycia wiedzy potrzebnej do poprawy opieki nad pacjentem	U	4,44	3,43	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (20,0%)
Umiejętność krytycznej oceny swoich działań i wdrażania zmian poprawiających ich jakość	KS	4,42	4,12	wystarczające	nd.	znaczenie bez zmian (89,1%)
Umiejętność prowadzenia zdalnej opieki nad pacjentem (zdalnego diagnozowania i leczenia, monitorowania stanu zdrowia pacjenta)	U	4,36	3,51	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (16,7%)

Źródło: opracowanie własne.

Fizjoterapeuta

Osoby zatrudnione na stanowisku fizjoterapeuty w systemie opieki zdrowotnej charakteryzują się relatywnie dużą liczbą **kompetencji niedoboru**, z których niektóre są kluczowe w zakresie opieki nad pacjentem. W przypadku tego zawodu również brak jest luki kompetencyjnej.

W profilu fizjoterapeuty można wyróżnić cztery **kompetencje niedoboru** (relatywnie ważniejsze dla pracodawców, z relatywnie niższą samooceną pracowników) – „Umiejętność wykorzystania wyników badań naukowych w praktyce”¹⁰⁴ (znaczenie tej kompetencji będzie rosło w przyszłości), „Umiejętność krytycznej oceny swoich działań i wdrażania zmian poprawiających ich jakość”, „Umiejętność okazywania empatii i zrozumienia w sytuacjach trudnych dla pacjenta” oraz „Umiejętność/gotowość do włączania pacjentów do procesu decydowania o leczeniu”. Jak widać w tabeli poniżej, są to głównie kompetencje związane bezpośrednio z kontaktem z pacjentem.

¹⁰⁴ Pełna nazwa kompetencji: „Umiejętność wykorzystania wyników badań naukowych w praktyce (zmiana terapii/wprowadzanie nowych terapii wynikających z postępu naukowego w dziedzinie)”.

Kompetencjami nadwyżkowymi (relatywnie mniej ważnymi dla pracodawców, z relatywnie wyższą samooceną pracowników) są zaś w przypadku tego zawodu kompetencje analityczne („Umiejętność śledzenia i analizowania wyników najnowszych badań naukowych” oraz „Umiejętność korzystania z internetowych baz danych i wyszukiwania informacji w celu zdobycia wiedzy potrzebnej do poprawy opieki nad pacjentem”) związane ze śledzeniem i analizowaniem informacji, najczęściej dostępnych w różnego rodzaju bazach cyfrowych oraz „Umiejętność wspólnej (otwartej na głosy wszystkich członków) oceny pracy zespołu”. Dwie pierwsze zyskiwać będą na znaczeniu w przyszłości.

Kompetencje wystarczające (relatywnie mniej ważne dla pracodawców, z relatywnie niższą samooceną pracowników) również są związane bezpośrednio z kontaktem z pacjentem – „Umiejętność zrozumiałego formułowania komunikatów i przekazywania zaleceń dla pacjentów” oraz „Umiejętność prowadzenia zdalnej opieki nad pacjentem” (znaczenie tej kompetencji będzie rosnąć w przyszłości).

Kompetencje zrównoważone (relatywnie ważniejsze dla pracodawców, z wyższą samooceną pracowników) to natomiast kompetencje związane z komunikacją: „Umiejętność edukowania pacjentów, przekazywania wiedzy medycznej w sposób zrozumiały” (znaczenie tej kompetencji będzie rosnąć w przyszłości) oraz „Umiejętność dobrej komunikacji między pracownikami”, a także współpracę: „Umiejętność współpracy w zintegrowanych zespołach” oraz dokumentację elektroniczną: „Umiejętność korzystania z rozwiązań służących do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej”.

Tabela 4.7. Bilans kompetencji – Fizjoterapeuta

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ¹⁰⁵	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Umiejętność edukowania pacjentów, przekazywania wiedzy medycznej w sposób zrozumiały	KS	4,60	4,41	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (14,5%)

¹⁰⁵ U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ¹⁰⁶	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Umiejętność współpracy w zintegrowanych zespołach	KS	4,53	4,29	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (90,9%)
Umiejętność korzystania z rozwiązań służących do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej	U	4,53	4,33	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (90,9%)
Umiejętność wykorzystania wyników badań naukowych w praktyce (zmiana terapii/wprowadzanie nowych terapii wynikających z postępu naukowego w dziedzinie)	U	4,51	4,08	niedoboru	nie występuje	wzrost znaczenia (20,4%)
Umiejętność krytycznej oceny swoich działań i wdrażania zmian poprawiających ich jakość	KS	4,51	4,22	niedoboru	nie występuje	znaczenie bez zmian (90,9%)
Umiejętność okazywania empatii i zrozumienia w sytuacjach trudnych dla pacjenta	KS	4,49	4,27	niedoboru	nie występuje	znaczenie bez zmian (78,2%)
Umiejętność/gotowość do włączania pacjentów do procesu decydowania o leczeniu	KS	4,49	4,25	niedoboru	nie występuje	znaczenie bez zmian (92,6%)
Umiejętność dobrej komunikacji między pracownikami	KS	4,47	4,39	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (98,2%)
Umiejętność zrozumiałego formułowania komunikatów i przekazywania zaleceń dla pacjentów	KS	4,45	4,20	wystarczające	nd.	znaczenie bez zmian (90,9%)
Umiejętność korzystania z internetowych baz danych i wyszukiwania informacji w celu zdobycia wiedzy potrzebnej do poprawy opieki nad pacjentem	U	4,45	4,29	nadwyżkowe	nd.	wzrost znaczenia (14,5%)

¹⁰⁶ U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ¹⁰⁷	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Umiejętność wspólnej (otwartej na głosy wszystkich członków) oceny pracy zespołu	KS	4,44	4,39	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (94,4%)
Umiejętność śledzenia i analizowania wyników najnowszych badań naukowych	U	4,33	4,35	nadwyżkowe	nd.	wzrost znaczenia (14,5%)
Umiejętność prowadzenia zdalnej opieki nad pacjentem (zdalnego diagnozowania i leczenia, monitorowania stanu zdrowia pacjenta)	U	4,18	4,27	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (11,1%)

Źródło: opracowani e własne.

Koordynator opieki/asystent opieki

Do zadań osoby zatrudnionej na tym stanowisku należą:

1. Koordynowanie i wspomaganie procesu leczenia pacjentów chronicznie chorych;
2. Edukowanie i przygotowanie rodziny/otoczenia chorego do udzielenia mu wsparcia.

Osiem kompetencji na tym stanowisku stanowią **kompetencje niedoboru** – relatywnie ważniejsze dla pracodawców, z niższą samooceną pracowników. Niepokojące w przypadku tej roli zawodowej jest to, że trzy z nich – „Umiejętność Informowania lekarza o stanie zdrowotnym pacjenta, w tym o jego reakcji na przepisane leki”, „Umiejętność nadzorowania/pomagania pacjentowi w przyjmowaniu leków” oraz „Empatia i życzliwość” stanowią część luki kompetencyjnej, czyli trudno już obecnie jest je pozyskać, a dodatkowo będą zyskiwać na znaczeniu w przyszłości. Pozostałych pięć kompetencji („Odporność psychiczna”; „Wiedza nt. języka opisu dokumentacji medycznej”; „Samodzielność, podejmowanie decyzji i rozwiązywanie problemów”; „Otwartość na wiedzę, ciekawość” oraz „Przywództwo – wspieranie pacjentów i ich otoczenia, prowadzenie ich i motywowanie do przezwyciężania trudności zdrowotnych”) również są częścią luki kompetencyjnej, ale ich znaczenie w przyszłości nie ulegnie zmianie.

¹⁰⁷ U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

Nieco inaczej wygląda sytuacja w przypadku **kompetencji nadwyżkowych** (relatywnie mniej ważnych dla pracodawców, z relatywnie wyższą samooceną pracowników), bowiem w tej grupie są tylko cztery i dotyczą: „Organizacji systemu ochrony zdrowia, ram instytucjonalnych, w jakich świadczona jest pomoc” (znaczenie tej kompetencji będzie rosnąć w przyszłości); umiejętność „Monitorowania sytuacji zdrowotnej pacjenta”; wiedza nt. „Narzędzi służących do komunikacji zdalnej z pacjentami” oraz nt. „Specyfiki choroby, jej typowego przebiegu, czynników zaostrzających stan chorobowy” (znaczenie tej kompetencji również będzie rosnąć w przyszłości).

Jeśli natomiast chodzi o **kompetencje wystarczające i kompetencje zrównoważone**, to w przypadku koordynatora opieki rozkładają się one równomiernie. W grupie **kompetencji wystarczających** znalazło się 10 (z 32) kompetencji – (umie): „Czytać/interpretować dokumentację medyczną”, „Wspierać psychicznie pacjenta”, „Doradzać i umawiać konsultacje u specjalisty”, „Prowadzić poradnictwo/edukację z zakresu profilaktyki (zapobiegania zaostrzeniu się stanu chorobowego, rozwinięcia się chorób towarzyszących)”, „Koordynować wizyty u specjalistów”, „Komunikować się zdalnie z pacjentem (rozpoznawać stan pacjenta, prowadzić poradnictwo”, „Zorganizować wsparcie rodziny i szerszego otoczenia sąsiadów, pracowników socjalnych, szkoły itd.”. Wszystkie wymienione tutaj kompetencje będą zyskiwać na znaczeniu w przyszłości. Oprócz nich w grupie kompetencji wystarczających znajdują się również: (umie) „Prowadzić edukację rodziny i szerszego otoczenia nt. sytuacji zdrowotnej i potrzeb chorego”, „Rozpoznać stan pacjenta, szczególnie epizody zapowiadające zaostrzenie” oraz kompetencja społeczna „Komunikatywność – przekazywanie wiedzy, wyjaśnianie, perswadowanie”.

Również **kompetencji zrównoważonych** jest 10 (z 32). Wszystkie z nich są częścią luki kompetencyjnej, zaś cztery z nich ([zna] „Ścieżkę leczenia choroby i zapobiegania zaostrzeniu się stanu chorobowego”, „Zasady korzystania z narzędzi monitorujących stan zdrowia pacjenta (także w trybie zdalnym)”, „Podstawy wiedzy psychologicznej ułatwiające komunikowanie się z pacjentami” oraz [umie] „Dbać o komunikację/przepływ informacji pomiędzy specjalistami”) będą dodatkowo zyskiwać na znaczeniu w przyszłości. Pozostałych 6 kompetencji zrównoważonych to głównie: wiedza – (zna) „Świadczenia medyczne, do jakich uprawniony jest pacjent”, „Aktualny stan zdrowotny pacjenta (w tym stan psychiczny)”, „Potrzeby zdrowotne pacjenta”, a także kompetencje społeczne – „Współpraca, współdziałanie (z pacjentami i ich otoczeniem, personelem medycznym i pracownikami innych sektorów, zaangażowanymi we wsparcie pacjenta)”, „Odpowiedzialność”. W tej grupie jest tylko jedna umiejętność – (umie) „Udzielić podstawowej porady”.

Tabela 4.8. Bilans kompetencji – koordynator opieki/asystent opieki

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ¹⁰⁸	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Empatia i życzliwość	KS	4,75	4,33	niedoboru	występuje	wzrost znaczenia (13,7%)
Wiedza nt. ścieżki leczenia choroby i zapobiegania zaostrzeniu się stanu chorobowego	W	4,72	4,61	zrównoważone	występuje	wzrost znaczenia (20,0%)
Współpraca, współdziałanie (z pacjentami i ich otoczeniem, personelem medycznym i pracownikami innych sektorów, zaangażowanymi we wsparcie pacjenta)	KS	4,71	4,46	zrównoważone	występuje	znaczenie bez zmian (90,4%)
Odpowiedzialność	KS	4,69	4,63	zrównoważone	występuje	znaczenie bez zmian (84,3%)
Odporność psychiczna	KS	4,69	4,04	niedoboru	występuje	znaczenie bez zmian (84,6%)
Wiedza o języku opisu dokumentacji medycznej	W	4,65	4,41	niedoboru	występuje	znaczenie bez zmian (86,0%)
Umiejętność udzielenia podstawowej porady	U	4,65	4,59	zrównoważone	występuje	znaczenie bez zmian (80,0%)
Umiejętność informowania lekarza o stanie zdrowotnym pacjenta, w tym o jego reakcji na przepisane leki	U	4,64	4,43	niedoboru	występuje	wzrost znaczenia (18,0%)
Wiedza nt. zasad korzystania z narzędzi monitorujących stan zdrowia pacjenta (także w trybie zdalnym)	W	4,62	4,63	zrównoważone	występuje	wzrost znaczenia (22,0%)
Umiejętność nadzorowania/pomagania pacjentowi w przyjmowaniu leków	U	4,62	4,35	niedoboru	występuje	wzrost znaczenia (16,0%)

¹⁰⁸ U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ¹⁰⁹	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Samodzielność, podejmowanie decyzji i rozwiązywanie problemów	KS	4,62	4,41	niedoboru	występuje	znaczenie bez zmian (86,5%)
Otwartość na wiedzę, ciekawość	KS	4,62	4,35	niedoboru	występuje	znaczenie bez zmian (84,6%)
Wiedza nt. świadczeń medycznych, do jakich uprawniony jest pacjent	W	4,60	4,48	zrównoważone	występuje	znaczenie bez zmian (84,0%)
Wiedza nt. aktualnego stanu zdrowotnego pacjenta (w tym stanu psychicznego)	W	4,60	4,48	zrównoważone	występuje	znaczenie bez zmian (88,0%)
Wiedza nt. potrzeb zdrowotnych pacjenta	W	4,60	4,57	zrównoważone	występuje	znaczenie bez zmian (86,0%)
Przywództwo – wspieranie pacjentów i ich otoczenia, prowadzenie ich i motywowanie do przezwyciężania trudności zdrowotnych	KS	4,60	4,35	niedoboru	występuje	znaczenie bez zmian (90,4%)
Wiedza nt. podstaw wiedzy psychologicznej ułatwiających komunikowanie się z pacjentami	W	4,58	4,70	zrównoważone	występuje	wzrost znaczenia (20,0%)
Umiejętność dbania o komunikację/ przepływ informacji pomiędzy specjalistami	U	4,58	4,48	zrównoważone	występuje	wzrost znaczenia (20,0%)
Wiedza nt. organizacji systemu ochrony zdrowia, ram instytucjonalnych, w jakich świadczona jest pomoc	W	4,57	4,61	nadwyżkowe	nd.	wzrost znaczenia (24,0%)
Komunikatywność – przekazywanie wiedzy, wyjaśnianie, perswadowanie	KS	4,56	4,35	wystarczające	nd.	znaczenie bez zmian (88,5%)
Umiejętność monitorowania sytuacji zdrowotnej pacjenta	U	4,55	4,63	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (80,0%)
Umiejętność czytania/interpretowania dokumentacji medycznej	U	4,55	4,26	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (18,0%)

¹⁰⁹ U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ¹¹⁰	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Umiejętność psychicznego wspierania pacjenta	U	4,55	4,37	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (20,0%)
Wiedza nt. narzędzi służących do komunikacji zdalnej z pacjentami	W	4,53	4,63	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (80,0%)
Umiejętność doradzania i umawiania na konsultacje u specjalisty	U	4,51	4,33	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (18,0%)
Umiejętność prowadzenia poradnictwa/edukacji z zakresu profilaktyki (zapobiegania zaostrzeniu się stanu chorobowego, rozwinięcia się chorób towarzyszących)	U	4,51	4,43	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (16,0%)
Umiejętność koordynowania wizyt u specjalistów	U	4,47	4,41	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (20,0%)
Umiejętność komunikowania się zdalnie z pacjentem (rozpoznawanie stanu pacjenta, prowadzenie poradnictwa)	U	4,47	4,30	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (18,0%)
Umiejętność zorganizowania wsparcia rodziny i szerszego otoczenia sąsiadów, pracowników socjalnych, szkoły itd.	U	4,45	4,37	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (18,0%)
Znajomość specyfiki choroby, jej typowego przebiegu, czynników zaostrzających stan chorobowy	W	4,44	4,48	nadwyżkowe	nd.	wzrost znaczenia (16,0%)
Umiejętność prowadzenia edukacji rodziny i szerszego otoczenia nt. sytuacji zdrowotnej i potrzeb chorego	U	4,40	4,43	wystarczające	nd.	znaczenie bez zmian (80,0%)
Umiejętność rozpoznawania stanu pacjenta, szczególnie epizodów zapowiadających zaostrzenie	U	4,27	4,41	wystarczające	nd.	znaczenie bez zmian (86,0%)

Źródło: opracowanie własne.

¹¹⁰ U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

Menadżer operacyjny na poziomie całej jednostki

Osoby zatrudnione na stanowisku menadżera operacyjnego na poziomie całej jednostki w systemie opieki zdrowotnej charakteryzują się niewielką liczbą **kompetencji niedoboru** (relatywnie ważniejszych dla pracodawców, z niższą samooceną poziomu kompetencji pracowników), jednakże dotyczących ważnych kwestii związanych z wiedzą o zarządzaniu kosztowym w ramach jednostki. Biorąc pod uwagę, że jedna z nich („Zasady wykonywania analizy ekonomicznej dla określenia ponoszonych kosztów i opłacalności wdrażanych projektów i procesów”) to jednocześnie kompetencja trudno dostępna na rynku (znajduje się w luce kompetencyjnej), która dodatkowo będzie zyskiwać na znaczeniu w przyszłości, warto byłoby przyjrzeć się możliwościom rozwoju tej kompetencji w systemie kształcenia, najlepiej formalnego. Natomiast druga kompetencja niedoboru to: (zna) „Zasady prowadzenia gospodarki materiałowej w szpitalu”, przy czym jest to kompetencja łatwo dostępna na rynku, a jej znaczenie w przyszłości nie ulegnie zmianie.

Kompetencje nadwyżkowe, czyli relatywnie wyżej oceniane przez pracowników, ale relatywnie mniej ważne dla pracodawców, w przypadku tego stanowiska dotyczą wiedzy, tj. pracownik powinien znać „Przedmiotowy zakres działalności leczniczej prowadzonej w jednostce (zarówno od strony teoretycznej, jak i praktycznej)”, „Zasady zarządzania procesami w organizacji”, „Przepisy dotyczące zamówień publicznych” oraz „Przepisy prawa odnoszące się do działalności jednostki”. Dotyczą też umiejętności – „Opracowywania okresowych planów ekonomiczno-finansowych dla jednostki”, „Informowania personelu o stanie realizacji zadań przez jednostkę, w tym o trudnościach w tym zakresie i podjętych działaniach naprawczych”, „Zarządzania pracą zespołu, rozwiązywania konfliktów, budowania dobrych relacji w ramach zespołu”, „Zapewnienia dostaw niezbędnego wyposażenia z zachowaniem przepisów o zamówieniach publicznych”, „Identyfikowania i analizowania pojawiających się problemów organizacyjnych w ramach procesu diagnostyczno-terapeutycznego”, „Nadzorowania zamówień na bieżące materiały zdrowotne” oraz „Analizowania i kontrolowania kosztów działalności jednostki”. Na znaczeniu w przyszłości będzie zyskiwać tylko ostatnia z nich. Ostatnią grupę kompetencji nadwyżkowych stanowią dwie kompetencje społeczne („Przywództwo – wspieranie pracowników, prowadzenie do osiągnięcia celu, motywowanie do rozwoju” i „Komunikatywność oraz współpraca, współdziałanie”), których znaczenie w przyszłości nie ulegnie zmianie.

Kompetencje zrównoważone (relatywnie ważniejsze dla pracodawców i jednocześnie z relatywnie wyższą samooceną pracowników), tak jak wszystkie kompetencje, podzielić można na trzy grupy. Grupa pierwsza – wiedza – to znajomość „Zasad zarządzania jednostkami gospodarczymi, w tym zarządzania zespołami pracowników” oraz „Zasad sporządzania rachunków kosztów, w tym dla celów budżetowania”. Pierwsza z nich to kompetencja, która jest łatwo dostępna, a dodatkowo będzie zyskiwać na znaczeniu w przyszłości. Druga – odwrotnie – jest trudno dostępna (stanowi część luki kompetencyjnej), ale jej znaczenie w przyszłości nie ulegnie zmianie. Grupa druga to umiejętności „Współpracy z przedstawicielami innych komórek organizacyjnych szpitala lub innych podmiotów” oraz „Weryfikowania harmonogramu pracy kadry medycznej jednostki (kadry udzielającej świadczeń medycznych)”. Żadna z tych dwóch kompetencji nie jest częścią luki kompetencyjnej, a pierwsza z nich będzie zyskiwać na znaczeniu w przyszłości. Ostatnia grupa – kompetencje społeczne – to przede wszystkim „Odpowiedzialność”, która jest częścią luki kompetencyjnej, a jednocześnie zyskiwać będzie na znaczeniu w przyszłości, ale również „Elastyczność, umiejętność dostosowania się do różnic kulturowych i pokoleniowych” oraz „Samodzielność, podejmowanie decyzji i rozwiązywanie problemów”. Żadna z dwóch ostatnich nie jest częścią luki kompetencyjnej, ani też ich znaczenie w przyszłości nie ulegnie zmianie.

Kompetencje wystarczające także można podzielić na trzy grupy. Wiedza dotyczy znajomości „Przebiegu procesu diagnostyczno-terapeutycznego (jego etapów, potrzebnych zasobów kadrowych i materialnych)”, „Ryzyka dla efektywności procesu diagnostyczno-terapeutycznego prowadzonego w jednostce” oraz „Możliwości, jakie niosą ze sobą nowe technologie w zakresie usprawniania procesu diagnostyczno-terapeutycznego oraz zarządzania jednostką”. Żadna z tych kompetencji nie jest częścią luki kompetencyjnej, zaś dwie pierwsze zyskiwać będą na znaczeniu w przyszłości. Grupa druga to umiejętności – (pracownik umie) „Ocenić stan zapasów materiałowych”, „Wdrażać usprawnienia do pracy jednostki (w szpitalu w porozumieniu z ordynatorem i dyrekcją)” oraz „Pozyskiwać dodatkową wiedzę przydatną do identyfikowania i rozwiązywania problemów organizacyjnych w ramach procesu diagnostyczno-terapeutycznego”. Ostatnia grupa to kompetencje społeczne („Zorientowanie na rezultaty” oraz „Odporność na stres i dynamikę pracy”), które będą zyskiwać na znaczeniu w przyszłości.

Tabela 4.9. Bilans kompetencji – menadżer operacyjny na poziomie jednostki

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ¹¹¹	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Umiejętność współpracy z przedstawicielami innych komórek organizacyjnych szpitala lub innych podmiotów	U	4,66	4,65	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (16,0%)
Odpowiedzialność	KS	4,64	4,65	zrównoważone	występuje	wzrost znaczenia (21,2%)
Znajomość zasad prowadzenia gospodarki materiałowej w szpitalu	W	4,62	4,42	niedoboru	nie występuje	znaczenie bez zmian (86,5%)
Znajomość zasad zarządzania jednostkami gospodarczymi, w tym zarządzania zespołami pracowników	W	4,58	4,68	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (21,2%)
Elastyczność, umiejętność dostosowania się do różnic kulturowych i pokoleniowych	KS	4,58	4,55	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (82,4%)
Znajomość zasad sporządzania rachunków kosztów, w tym dla celów budżetowania	W	4,57	4,52	zrównoważone	występuje	znaczenie bez zmian (84,6%)
Znajomość zasad wykonywania analizy ekonomicznej dla określenia ponoszonych kosztów i opłacalności wdrażanych projektów i procesów	W	4,56	4,48	niedoboru	występuje	wzrost znaczenia (15,4%)
Umiejętność weryfikowania harmonogramu pracy kadry medycznej jednostki (kadry udzielającej świadczeń medycznych)	U	4,48	4,65	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (86,3%)
Samodzielność, podejmowanie decyzji i rozwiązywanie problemów	KS	4,48	4,61	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (88,2%)
Znajomość przedmiotowego zakresu działalności leczniczej prowadzonej w jednostce (zarówno od strony teoretycznej, jak i praktycznej)	W	4,46	4,58	nadwyżkowe	nd.	wzrost znaczenia (21,2%)

¹¹¹ U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ¹¹²	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Wiedza na temat przebiegu procesu diagnostyczno-terapeutycznego (jego etapów, potrzebnych zasobów kadrowych i materialnych)	W	4,46	4,35	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (21,2%)
Zorientowanie na rezultaty	KS	4,46	4,45	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (22,6%)
Znajomość zasad zarządzania procesami w organizacji	W	4,45	4,52	nadwyżkowe	nd.	wzrost znaczenia (21,2%)
Znajomość przepisów dotyczących zamówień publicznych	W	4,45	4,52	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (78,8%)
Umiejętność opracowywania okresowych planów ekonomiczno-finansowych dla jednostki	U	4,45	4,55	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (82,4%)
Umiejętność informowania personelu o stanie realizacji zadań przez jednostkę, w tym o trudnościach w tym zakresie i podjętych działaniach naprawczych	U	4,45	4,58	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (84,3%)
Umiejętność oceny stanu zapasów materiałowych	U	4,45	4,42	wystarczające	nd.	znaczenie bez zmian (88,2%)
Umiejętność wdrażania usprawnień do pracy jednostki (w szpitalu w porozumieniu z ordynatorem i dyrekcją)	U	4,44	4,45	wystarczające	nd.	znaczenie bez zmian (82,7%)
Umiejętność zarządzania pracą zespołu, rozwiązywania konfliktów, budowania dobrych relacji w ramach zespołu	U	4,44	4,77	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (84,6%)
Przywództwo – wspieranie pracowników, prowadzenie do osiągnięcia celu, motywowanie do rozwoju	KS	4,44	4,61	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (88,5%)

¹¹² U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ¹¹³	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Znajomość ryzyka dla efektywności procesu diagnostyczno-terapeutycznego prowadzonego w jednostce	W	4,43	4,23	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (23,1%)
Umiejętność zapewniania dostaw niezbędnego wyposażenia z zachowaniem przepisów o zamówieniach publicznych	U	4,43	4,52	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (86,3%)
Wiedza nt. możliwości, jakie niosą ze sobą nowe technologie w zakresie usprawniania procesu diagnostyczno-terapeutycznego oraz zarządzania jednostką	W	4,42	4,26	wystarczające	nd.	znaczenie bez zmian (78,8%)
Znajomość przepisów prawa odnoszących się do działalności jednostki	W	4,42	4,55	nadwyżkowe	nd.	wzrost znaczenia (19,2%)
Umiejętność identyfikowania i analizowania problemów organizacyjnych pojawiających się w ramach procesu diagnostyczno-terapeutycznego	U	4,41	4,52	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (80,0%)
Umiejętność pozyskiwania dodatkowej wiedzy przydatnej do identyfikowania i rozwiązywania problemów organizacyjnych w ramach procesu diagnostyczno-terapeutycznego	U	4,41	4,13	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (16,0%)
Umiejętność nadzorowania zamówień na bieżące materiały zdrowotne	U	4,38	4,52	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (90,4%)
Umiejętność analizowania i kontrolowania kosztów działalności jednostki	U	4,35	4,74	nadwyżkowe	nd.	wzrost znaczenia (14,0%)
Komunikatywność oraz współpraca, współdziałanie	KS	4,35	4,65	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (86,5%)
Odporność na stres i dynamikę pracy	KS	4,29	4,32	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (25,0%)

Źródło: opracowanie własne.

¹¹³ U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

Menadżer operacyjny na poziomie oddziału szpitala

Do zadań osoby zatrudnionej na tym stanowisku należą:

1. Planowanie oraz organizacja pracy jednostki (w aspekcie płynności procesu diagnostyczno-terapeutycznego – wykorzystania kadr, sprzętu i aparatury medycznej, materiałów medycznych);
2. Monitorowanie wyników jednostki pod względem efektywności finansowej (pożądana relacja pomiędzy przychodami a kosztami);
3. Optymalizacja procesu diagnostyczno-terapeutycznego (wprowadzanie usprawnień w jego organizacji).

Pięć kompetencji to **kompetencje niedoboru**. Cztery z nich („Odpowiedzialność”, znajomość „Przebiegu procesu diagnostyczno-terapeutycznego (jego etapów, potrzebnych zasobów kadrowych i materialnych)”, „Możliwości, jakie niosą ze sobą nowe technologie w zakresie usprawniania procesu diagnostyczno-terapeutycznego oraz zarządzania jednostką” i „Przedmiotowego zakresu działalności leczniczej prowadzonej w jednostce (zarówno od strony teoretycznej, jak i praktycznej) są częścią luki kompetencyjnej, zaś dwie ostatnie z tej czwórki będą według pracodawców zyskiwać na znaczeniu w przyszłości. Ostatnią kompetencją w tej grupie jest „Odporność na stres i dynamikę pracy”, która jest kompetencją łatwo dostępną, ale będzie zyskiwała na znaczeniu w przyszłości.

Dziewięć kolejnych kompetencji to **kompetencje nadwyżkowe**, z których niektóre zyskiwać będą na znaczeniu w przyszłości. Wśród tych ostatnich znalazły się same umiejętności, czyli kompetencje sprawiające, że pracownik zatrudniony na tym stanowisku potrafi: „Zapewnić dostawy niezbędnego wyposażenia z zachowaniem przepisów o zamówieniach publicznych”, „Weryfikować harmonogram pracy kadry medycznej jednostki (kadry udzielającej świadczeń medycznych)”, „Analizować i kontrolować koszty działalności jednostki”, „Ocenić stan zapasów materiałowych” oraz „Pozyskiwać dodatkową wiedzę przydatną do identyfikowania i rozwiązywania problemów organizacyjnych w ramach procesu diagnostyczno-terapeutycznego”. Kompetencje nadwyżkowe, których znaczenie nie ulegnie zmianie w przyszłości, to głównie wiedza – o „Zasadach sporządzania rachunków kosztów, w tym dla celów budżetowania”, „Zasadach wykonywania analizy ekonomicznej dla określenia ponoszonych kosztów i opłacalności wdrażanych projektów i procesów” i „Zasadach prowadzenia gospodarki materiałowej w szpitalu” oraz jedna kompetencja społeczna: „Elastyczność, umiejętność dostosowania się do różnic kulturowych i pokoleniowych”.

Kompetencje zrównoważone, choć są one relatywnie rzadkie w przypadku tego stanowiska, można podzielić na trzy grupy, tj. kompetencje będące częścią luki kompetencyjnej (trudno dostępne) oraz o wzrastającym w przyszłości znaczeniu (kompetencje społeczne; „Samodzielność, podejmowanie decyzji i rozwiązywanie problemów” oraz „Zorientowanie na rezultaty”); kompetencje, które nie są częścią luki kompetencyjnej, ale ich znaczenie będzie wzrastać (umiejętność „Informowania personelu o stanie realizacji zadań przez jednostkę, w tym o trudnościach w tym zakresie i podjętych działaniach naprawczych” i kompetencja społeczna „Komunikatywność oraz współpraca, współdziałanie”); oraz kompetencje, które nie są częścią luki kompetencyjnej, a ich znaczenie nie ulegnie zmianie (umiejętność „Współpracy z przedstawicielami innych komórek organizacyjnych szpitala lub innych podmiotów” oraz wiedza nt. „Ryzyka dla efektywności procesu diagnostyczno-terapeutycznego prowadzonego w jednostce”).

Tabela 4.10. Bilans kompetencji – menadżer operacyjny na poziomie oddziału

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ¹¹⁴	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Samodzielność, podejmowanie decyzji i rozwiązywanie problemów	KS	4,48	4,39	zrównoważone	występuje	wzrost znaczenia (17,2%)
Odpowiedzialność	KS	4,47	4,28	niedoboru	występuje	znaczenie bez zmian (82,8%)
Zorientowanie na rezultaty	KS	4,45	4,42	zrównoważone	występuje	wzrost znaczenia (17,5%)
Umiejętność współpracy z przedstawicielami innych komórek organizacyjnych szpitala lub innych podmiotów	U	4,43	4,36	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (86,2%)
Komunikatywność oraz współpraca, współdziałanie	KS	4,41	4,42	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (13,8%)

¹¹⁴ U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ¹¹⁵	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Znajomość przebiegu procesu diagnostyczno-terapeutycznego (jego etapów, potrzebnych zasobów kadrowych i materialnych)	W	4,38	4,22	niedoboru	występuje	znaczenie bez zmian (82,8%)
Znajomość możliwości, jakie niosą ze sobą nowe technologie w zakresie usprawniania procesu diagnostyczno-terapeutycznego oraz zarządzania jednostką	W	4,38	4,25	niedoboru	występuje	wzrost znaczenia (12,3%)
Wiedza na temat przedmiotowego zakresu działalności leczniczej prowadzonej w jednostce (zarówno od strony teoretycznej, jak i praktycznej)	W	4,33	4,28	niedoboru	występuje	wzrost znaczenia (15,8%)
Odporność na stres i dynamikę pracy	KS	4,33	4,25	niedoboru	nie występuje	wzrost znaczenia (15,5%)
Znajomość ryzyka dla efektywności procesu diagnostyczno-terapeutycznego prowadzonego w jednostce	W	4,31	4,39	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (87,9%)
Umiejętność informowania personelu o stanie realizacji zadań przez jednostkę, w tym o trudnościach w tym zakresie i podjętych działaniach naprawczych	U	4,31	4,50	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (10,5%)
Znajomość zasad zarządzania procesami w organizacji	W	4,29	4,17	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (15,8%)
Znajomość przepisów prawa odnoszących się do działalności jednostki	W	4,29	4,33	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (12,5%)
Umiejętność zarządzania pracą zespołu, rozwiązywania konfliktów, budowania dobrych relacji w ramach zespołu	U	4,29	4,28	wystarczające	nd.	znaczenie bez zmian (86,2%)

¹¹⁵ U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ¹¹⁶	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Umiejętność zapewniania dostaw niezbędnego wyposażenia z zachowaniem przepisów o zamówieniach publicznych	U	4,29	4,42	nadwyżkowe	nd.	wzrost znaczenia (14,0%)
Umiejętność weryfikowania harmonogramu pracy kadry medycznej jednostki (kadry udzielającej świadczeń medycznych)	U	4,29	4,47	nadwyżkowe	nd.	wzrost znaczenia (17,5%)
Znajomość zasad sporządzania rachunków kosztów, w tym dla celów budżetowania	W	4,28	4,58	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (82,5%)
Umiejętność nadzorowania zamówień na bieżące materiały zdrowotne	U	4,28	4,25	wystarczające	nd.	znaczenie bez zmian (91,2%)
Znajomość przepisów dotyczących zamówień publicznych	W	4,26	4,28	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (12,3%)
Znajomość zasad wykonywania analizy ekonomicznej dla określenia ponoszonych kosztów i opłacalności wdrażanych projektów i procesów	W	4,26	4,50	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (77,2%)
Umiejętność analizowania i kontrolowania kosztów działalności jednostki	U	4,26	4,44	nadwyżkowe	nd.	wzrost znaczenia (12,3%)
Umiejętność opracowywania okresowych planów ekonomiczno-finansowych dla jednostki	U	4,24	4,28	wystarczające	nd.	znaczenie bez zmian (89,5%)
Umiejętność wdrażania usprawnień do pracy jednostki (w szpitalu w porozumieniu z ordynatorem i dyrekcją)	U	4,24	4,14	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (14,0%)
Przywództwo – wspieranie pracowników, prowadzenie do osiągnięcia celu, motywowanie do rozwoju	KS	4,22	4,31	wystarczające	nd.	znaczenie bez zmian (75,9%)

¹¹⁶ U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ¹¹⁷	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Znajomość zasad prowadzenia gospodarki materiałowej w szpitalu	W	4,21	4,36	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (86,2%)
Umiejętność identyfikowania i analizowania pojawiających się problemów organizacyjnych w ramach procesu diagnostyczno-terapeutycznego	U	4,21	4,19	wystarczające	nd.	znaczenie bez zmian (91,1%)
Elastyczność, umiejętność dostosowania się do różnic kulturowych i pokoleniowych	KS	4,17	4,69	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (84,5%)
Umiejętność oceny stanu zapasów materiałowych	U	4,16	4,39	nadwyżkowe	nd.	wzrost znaczenia (14,0%)
Znajomość zasad zarządzania jednostkami gospodarczymi, w tym zarządzania zespołami pracowników	W	4,12	4,19	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (13,8%)
Umiejętność pozyskiwania dodatkowej wiedzy przydatnej do identyfikowania i rozwiązania problemów organizacyjnych w ramach procesu diagnostyczno-terapeutycznego	U	4,12	4,36	nadwyżkowe	nd.	wzrost znaczenia (12,5%)

Źródło: opracowanie własne.

Sekretarka medyczna

Do zadań osoby zatrudnionej na tym stanowisku należą:

1. Prowadzenie dokumentacji medycznej oraz nadzór nad jej kompletnością;
2. Przygotowanie dokumentacji niezbędnej do wykonania badania.

Osoby zatrudnione na stanowisku sekretarki medycznej w systemie opieki zdrowotnej charakteryzują się praktycznie brakiem **kompetencji niedoboru**, czyli relatywnie ważniejszymi

¹¹⁷ U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

dla pracodawców, z relatywnie niższą samooceną pracowników (wyjątek: wiedza nt. „Zasad korzystania z systemów informatycznych obsługujących działalność jednostki”). Ponieważ jest to kompetencja, która – wśród wielu innych – będzie zyskiwać na znaczeniu, konieczne jest jej doskonalenie na stanowisku sekretarki medycznej, jak również rozwijanie tej kompetencji na poziomie edukacji formalnej. Warto także odnotować, że w przypadku tego zawodu nie występuje w ogóle luka kompetencyjna.

Podobnie jak w przypadku kompetencji niedoboru (1 z 22 ocenianych) również **kompetencje nadwyżkowe** (relatywnie mniej ważne dla pracodawców, z relatywnie wyższą samooceną pracowników) nie są zbyt silnie reprezentowane w ramach tego stanowiska. Składają się na nie wiedza nt. „Zasad przetwarzania danych osobowych” oraz „Procedur medycznych wykonywanych w jednostce”, a także wiedza o tym, w jaki sposób „Kontrolować kompletność dokumentacji medycznej”. Każda z tych kompetencji zyskiwać będzie na znaczeniu w przyszłości.

Kompetencje zrównoważone (relatywnie ważniejsze dla pracodawców i jednocześnie wyżej oceniane przez pracowników) stanowią w przypadku tego stanowiska większość – znajomość „Przedmiotowego zakresu działalności leczniczej prowadzonej w jednostce”, „Zasad zachowania tajemnicy służbowej”, „Funkcjonalności programów do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej”, umiejętność „Wypełniania dokumentacji medycznej, w tym w wersji elektronicznej”, „Stosowania przepisów ochrony danych osobowych”, „Odpowiedzialność”, „Skrupulatność, dokładność”, „Komunikatywność – przekazywanie informacji, wyjaśnianie”, „Współpraca, współdziałanie”, „Odporność na stres i dynamikę pracy” – choć tylko trzy z nich zyskiwać będą na znaczeniu w przyszłości¹¹⁸.

Kompetencje zrównoważone nie są zdecydowaną większością kompetencji w ramach tego zawodu, bowiem grupa **kompetencji wystarczających**, a więc relatywnie mniej ważnych dla pracodawców, z relatywnie niższą samooceną pracowników – takich jak: znajomość „Zasad prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej”, „Zasad, wg których rozliczana jest dzielność podmiotów ochrony zdrowia z NFZ (model JGP – jednorodnych grup pacjentów)”, „Międzynarodowej klasyfikacji chorób”, umiejętność „Wypełniania dokumentacji związanej z raportowaniem z działalności placówki”, „Przechowywania i archiwizowania dokumentacji medycznej pacjentów”, „Sporządzania opisów dokumentacji medycznej”, „Przygotowywania

¹¹⁸ Tj. wiedza z takich zakresów jak: „Przedmiotowy zakres działalności leczniczej prowadzonej w jednostce”, „Zasady zachowania tajemnicy służbowej” oraz umiejętność „Wypełniania dokumentacji medycznej, w tym w wersji elektronicznej (historia choroby, wyniki badań, skierowania)”.

dokumentów niezbędnych do wykonania badania, dbania o terminowość przygotowania dokumentów”, „Współpracy z lekarzem i innym personelem medycznym” – jest również dość licznie reprezentowana. Połowa z tych kompetencji¹¹⁹ zyskiwać będzie na znaczeniu w przyszłości.

Tabela 4.11. Bilans kompetencji – sekretarka medyczna

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ¹²⁰	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Odpowiedzialność	KS	4,72	4,62	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (87,8%)
Skrupulatność, dokładność	KS	4,69	4,71	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (87,2%)
Umiejętność stosowania przepisów ochrony danych osobowych	U	4,68	4,59	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (87,7%)
Umiejętność wypełniania dokumentacji medycznej, w tym w wersji elektronicznej (historia choroby, wyniki badań, skierowania)	U	4,67	4,57	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (20,8%)
Znajomość zasad korzystania z systemów informatycznych obsługujących działalność jednostki	W	4,63	4,50	niedoboru	nie występuje	wzrost znaczenia (15,6%)
Współpraca, współdziałanie	KS	4,63	4,59	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (87,2%)
Odporność na stres i dynamikę pracy	KS	4,63	4,57	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (87,8%)
Znajomość przedmiotowego zakresu działalności leczniczej prowadzonej w jednostce	W	4,62	4,56	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (15,6%)

¹¹⁹ Umiejętność „Wypełniania dokumentacji związanej z raportowaniem z działalności placówki (rozliczaniem świadczeń)” oraz „Przechowywania i archiwizowania dokumentacji medycznej pacjentów”; wiedza nt. „Zasad, wg których rozliczana jest działalność podmiotów ochrony zdrowia z NFZ (model JGP – jednorodnych grup pacjentów)” oraz znajomość „Międzynarodowej klasyfikacji chorób”.

¹²⁰ U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ¹²¹	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Komunikatywność – przekazywanie informacji, wyjaśnianie	KS	4,62	4,61	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (85,8%)
Stosowanie zasad zachowania tajemnicy służbowej	W	4,61	4,57	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (18,8%)
Znajomość funkcjonalności programów do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej	W	4,61	4,59	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (87,0%)
Umiejętność kontrolowania kompletności dokumentacji medycznej	U	4,59	4,59	nadwyżkowe	nd.	wzrost znaczenia (16,9%)
Umiejętność sporządzania opisów dokumentacji medycznej	U	4,59	4,51	wystarczające	nd.	znaczenie bez zmian (83,0%)
Umiejętność współpracy z lekarzem i innym personelem medycznym	U	4,58	4,51	wystarczające	nd.	znaczenie bez zmian (88,3%)
Znajomość zasad prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej	W	4,57	4,49	wystarczające	nd.	znaczenie bez zmian (80,5%)
Stosowanie zasad przetwarzania danych osobowych	W	4,56	4,58	nadwyżkowe	nd.	wzrost znaczenia (16,9%)
Umiejętność wypełniania dokumentacji związanej z raportowaniem z działalności placówki (rozliczaniem świadczeń)	U	4,56	4,47	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (20,8%)
Umiejętność przechowywania i archiwizowania dokumentacji medycznej pacjentów	U	4,56	4,47	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (19,5%)
Znajomość procedur medycznych wykonywanych w jednostce	W	4,55	4,61	nadwyżkowe	nd.	wzrost znaczenia (14,3%)

¹²¹ U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ¹²²	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Umiejętność przygotowywania dokumentów niezbędnych do wykonania badania, dbania o terminowość przygotowania dokumentów	U	4,53	4,53	wystarczające	nd.	znaczenie bez zmian (85,6%)
Znajomość zasad, wg których rozliczana jest działalność podmiotów ochrony zdrowia z NFZ (model JGP – jednorodnych grup pacjentów)	W	4,49	4,48	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (22,1%)
Znajomość Międzynarodowej klasyfikacji chorób	W	4,42	4,39	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (22,1%)

Źródło: opracowanie własne.

Analitik danych medycznych

Do zadań osoby zatrudnionej na tym stanowisku należą:

1. Przygotowanie i analiza danych medycznych;
2. Przygotowanie i analiza danych dotyczących przepływu pacjentów, wykorzystania aparatury medycznej, identyfikacja wąskiego gardła procesu diagnostyczno-terapeutycznego;
3. Przygotowanie danych, wniosków do wykorzystania przez lekarzy oraz osoby odpowiedzialne za organizowanie/koordynowanie procesu diagnostyczno-leczniczego.

Osoby zatrudnione na stanowisku analityka danych medycznych w systemie opieki zdrowotnej charakteryzują się relatywnie dużą liczbą **kompetencji niedoboru**, z których niektóre będą zyskiwać na znaczeniu w przyszłości. Dodatkowo w odniesieniu do tego stanowiska istnieje niewielka luka kompetencyjna, którą należy zlikwidować jak najszybciej, ponieważ dotyczy wiedzy o kwestiach kluczowych w tej roli.

¹²² U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

Dla stanowiska analityk danych medycznych poszczególne kompetencje dzielą się na równoliczne grupy liczące po 7 elementów. Wyjątkiem są **kompetencje wystarczające**, do których zaliczono: znajomość „Zasad, według których rozliczana jest działalność podmiotów ochrony zdrowia z NFZ”, „Zasad analizy/wnioskowania statystycznego”, „Zasad budowania i analizowania baz danych” oraz „Formułowanie propozycji wdrożenia innowacji i usprawnień w ramach procesu diagnostyczno-leczniczego”. Znaczenie dwóch pierwszych kompetencji w tej grupie będzie rośnie w przyszłości.

Kompetencje zrównoważone można podzielić na trzy części. Część pierwsza – wiedza – to przede wszystkim znajomość „Zasadniczych elementów procesów diagnostyczno-leczniczych (zaangażowany personel, stosowana aparatura, rodzaje czynności, stosowane leki)”, „Zasad eksploracji danych klinicznych” oraz „Przedmiotowego zakresu działalności leczniczej prowadzonej w całej jednostce”. Znaczenie wszystkich trzech kompetencji będzie wzrastać, zaś dwie pierwsze znajdują się w luce¹²³. Część druga – umiejętności „Zastosowania narzędzi analitycznych do wykorzystania danych jednostki i baz danych w przestrzeni wirtualnej” oraz „Zaplanowania i wdrożenia efektywnego procesu gromadzenia i przetwarzania danych”. Pracodawcy przewidują wzrost znaczenia pierwszej z nich. Trzecią grupę w ramach kompetencji zrównoważonych stanowią kompetencje społeczne („Odwaga cywilna – gotowość do komunikowania wniosków, nawet jeśli wskazują na istotne problemy w organizacji” oraz „Współpraca w zespole, współdziałanie”), z których żadna nie będzie zyskiwać na znaczeniu w przyszłości.

Grupę **kompetencji nadwyżkowych** można łatwo podzielić na dwie części – wiedzę i kompetencje społeczne. W grupie kompetencji nadwyżkowych nie ma żadnej umiejętności. Do grupy wiedza należą następujące kompetencje: znajomość „Zasad wg. których prowadzona jest dokumentacja medyczna”, „Współczesnych narzędzi analitycznych klasy business intelligence oraz artificial intelligence” oraz „Zasad przetwarzania i analizowania dużych zbiorów danych (big data)”. Wszystkie trzy kompetencje będą zyskiwać na znaczeniu w przyszłości. Do grupy kompetencji społecznych należą natomiast: „Komunikatywność – przekazywanie wiedzy, wyjaśnianie”, „Samodzielność”, „Innowacyjność” oraz „Odporność na stres i dynamikę pracy”. Z całej grupy tylko „Innowacyjność” będzie zyskiwać na znaczeniu w przyszłości.

¹²³ Lukę kompetencyjną w przypadku tego stanowiska stanowią tylko dwie, wskazane w tekście kompetencje: znajomość „Zasadniczych elementów procesów diagnostyczno-leczniczych (zaangażowany personel, stosowana aparatura, rodzaje czynności, stosowane leki)”, „Zasad eksploracji danych klinicznych”. Z tego względu nie będziemy powielać przy każdej kolejnej wyodrębnionej grupie, informacji o braku luki kompetencyjnej.

Do grupy **kompetencji niedoboru** zaliczamy natomiast wiedzę i umiejętności, z których połowa zyskiwać będzie na znaczeniu, tj. wiedzę, w jaki sposób „Eksplorować dane kliniczne”, „Wyciągać znaczące statystycznie wnioski nt. wyników leczenia oraz efektywności procesu diagnostyczno-leczniczego” (znaczenie tej kompetencji będzie rosło w przyszłości), „Przygotowywać wnioski, prezentować dane w sposób możliwy do wykorzystania przez lekarzy oraz osoby zarządzające procesem diagnostyczno-leczniczym”, „Pozyskiwać nową wiedzę nt. procedur medycznych oraz organizacji procesu diagnostyczno-leczniczego” (znaczenie tej kompetencji będzie rosło w przyszłości), „Pozyskiwać wiedzę na temat nowych rozwiązań i narzędzi w swojej dziedzinie” (znaczenie tej kompetencji będzie rosło w przyszłości) oraz „Identyfikować wąskie gardła procesu diagnostyczno-leczniczego”. Jedyną kompetencją społeczną, która jest wyżej oceniana przez pracodawców, a niżej przez pracowników, jest „Otwartość na wiedzę, ciekawość” – jej znaczenie będzie rosło w przyszłości.

Tabela 4.12. Bilans kompetencji – analityk danych medycznych

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ¹²⁴	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Umiejętność zastosowania narzędzi analitycznych do wykorzystania danych jednostki i baz danych w przestrzeni wirtualnej	U	4,75	4,44	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (32,1%)
Umiejętność eksplorowania danych klinicznych	U	4,70	4,23	niedoboru	nie występuje	znaczenie bez zmian (69,8%)
Umiejętność wyciągania znaczących statystycznie wniosków nt. wyników leczenia oraz efektywności procesu diagnostyczno-leczniczego	U	4,68	4,33	niedoboru	nie występuje	wzrost znaczenia (32,7%)
Otwartość na wiedzę, ciekawość	KS	4,68	4,33	niedoboru	nie występuje	wzrost znaczenia (28,6%)

¹²⁴ U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ¹²⁵	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Znajomość zasadniczych elementów procesów diagnostyczno-leczniczych (zaangażowany personel, stosowana aparatura, rodzaje czynności, stosowane leki)	W	4,67	4,54	zrównoważone	występuje	wzrost znaczenia (29,1%)
Umiejętność przygotowywania wniosków, prezentowania danych w sposób możliwy do wykorzystania przez lekarzy oraz osoby zarządzające procesem diagnostyczno-lecznym	U	4,67	4,23	niedoboru	nie występuje	znaczenie bez zmian (74,1%)
Znajomość przedmiotowego zakresu działalności leczniczej prowadzonej w całej jednostce	W	4,66	4,51	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (27,3%)
Umiejętność pozyskiwania nowej wiedzy nt. procedur medycznych oraz organizacji procesu diagnostyczno-lecznego	U	4,66	4,36	niedoboru	nie występuje	wzrost znaczenia (33,3%)
Umiejętność pozyskiwania wiedzy na temat nowych rozwiązań i narzędzi w swojej dziedzinie	U	4,66	4,41	niedoboru	nie występuje	wzrost znaczenia (32,7%)
Umiejętność identyfikowania wąskiego gardła procesu diagnostyczno-lecznego	U	4,63	4,28	niedoboru	nie występuje	znaczenie bez zmian (73,7%)
Odwaga cywilna – gotowość do komunikowania wniosków, nawet jeśli wskazują na istotne problemy w organizacji	KS	4,63	4,44	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (73,2%)
Znajomość zasad eksploracji danych klinicznych	W	4,61	4,49	zrównoważone	występuje	wzrost znaczenia (52,7%)
Umiejętność planowania i wdrażania efektywnego procesu gromadzenia i przetwarzania danych	U	4,61	4,49	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (75,5%)

¹²⁵ U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ¹²⁶	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Współpraca w zespole, współdziałanie	KS	4,61	4,49	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (73,2%)
Komunikatywność – przekazywanie wiedzy, wyjaśnianie	KS	4,60	4,54	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (75,0%)
Samodzielność	KS	4,58	4,54	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (76,8%)
Znajomość zasad, wg których prowadzona jest dokumentacja medyczna	W	4,57	4,44	nadwyżkowe	nd.	wzrost znaczenia (34,5%)
Znajomość współczesnych narzędzi analitycznych klasy business intelligence oraz artificial intelligence	W	4,57	4,49	nadwyżkowe	nd.	wzrost znaczenia (34,5%)
Umiejętność formułowania propozycji wdrażania innowacji i usprawnień w ramach procesu diagnostyczno-leczniczego	U	4,57	4,15	wystarczające	nd.	znaczenie bez zmian (84,2%)
Znajomość zasad przetwarzania i analizowania dużych zbiorów danych (big data)	W	4,55	4,51	nadwyżkowe	nd.	wzrost znaczenia (36,4%)
Innowacyjność	KS	4,55	4,44	nadwyżkowe	nd.	wzrost znaczenia (32,1%)
Odporność na stres i dynamikę pracy	KS	4,52	4,49	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (67,9%)
Znajomość zasad analizy/wnioskowania statystycznego	W	4,51	4,36	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (34,5%)
Znajomość zasad budowania i analizowania baz danych	W	4,50	4,41	wystarczające	nd.	znaczenie bez zmian (65,5%)
Znajomość zasad, wg których rozliczana jest działalność podmiotów ochrony zdrowia z NFZ (model JGP – jednorodnych grup pacjentów)	W	4,46	4,41	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (30,9%)

Źródło: opracowanie własne.

¹²⁶ U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

Pomoc społeczna

Pracownik socjalny (z różnymi specjalizacjami, w tym w zakresie koordynacji indywidualnych planów wsparcia)

Do zadań osoby zatrudnionej na tym stanowisku należą:

1. Pomaganie klientowi w określaniu jego potrzeb;
2. Planowanie metody wsparcia klienta w ramach indywidualnego planu wsparcia;
3. Koordynacja i organizacja realizacji usług i świadczeń;
4. Wspieranie i motywowanie klienta/rodziny;
5. Optymalizacja procesu wsparcia.

Osoby zatrudnione na stanowisku pracownika socjalnego w systemie pomocy społecznej charakteryzują się dużą liczbą kompetencji niedoboru w zakresie każdej z grup – wiedzy, umiejętności oraz kompetencji społecznych. W przypadku tego zawodu nie zidentyfikowano luki kompetencyjnej (a więc kompetencji uznanych za ważniejsze, które są trudne do pozyskania), zaś większość kompetencji (18 z 32) będzie zyskiwać na znaczeniu w przyszłości.

Średnia ocena ważności wszystkich kompetencji ocenianych na tym stanowisku przez pracodawców wyniosła 4,68, zaś samoocena poziomu tych kompetencji dokonana przez pracowników jest nieco wyższa – 4,70.

Kompetencje niedoboru w odniesieniu do pracowników socjalnych obejmują znajomość Kodeksu postępowania administracyjnego i przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, a także umiejętność „Rozpoznawania motywacji do zmiany, potrzeb i oczekiwań, pobudzania i utrzymywania motywacji klientów” oraz „Ustalania planu działania: prawidłowego określania celów, kryteriów zmiany”. Wszystkie te kompetencje – poza ostatnią – będą zyskiwać na znaczeniu w przyszłości. Także „Motywowanie klienta, perswazja”, „Egzekwowanie ustalonych standardów i procedur”, „Podążanie za klientem”, „Asertywność, stawianie granic, nieprzejmowanie odpowiedzialności za sukces klienta, nieocenianie” to kompetencje niedoboru, a więc relatywnie ważniejsze dla pracodawców, ale z niższą samooceną pracowników. Dwie ostatnie kompetencje będą zyskiwać na znaczeniu.

Kompetencje nadwyżkowe to przede wszystkim umiejętności: „Stosowania metod pracy socjalnej, skoncentrowanych na rozwiązaniach”, „Dokonywania diagnozy na podstawie

wcześniejszej i bieżącej oceny sytuacji” oraz „Organizowania realizacji wiązki usług na rzecz danego klienta z uwzględnieniem zarówno instytucji publicznych, jak i rodziny czy społeczności lokalnej”. Dwie pierwsze kompetencje to te, które będą w przyszłości zyskiwać na znaczeniu. Drugą grupę stanowią kompetencje społeczne – „Odpowiedzialność”, „Motywacja do podnoszenia własnych kompetencji (samorozwój, poszerzenie swojej wiedzy, umiejętności, aktualizacja kluczowych informacji niezbędnych w pracy)”. Żadna z tych kompetencji nie będzie zyskiwać w przyszłości znaczenia. W ostatniej grupie – w zakresie wiedzy – znajduje się tylko jedna kompetencja: znajomość „Zagadnień z zakresu socjologii rodziny, w tym faz życia rodziny, jej typów”, której znaczenie się nie zmieni w przyszłości.

Kompetencje zrównoważone stanowią najliczniejszą grupę w ramach tego zawodu, a większość z nich zyskiwać będzie na znaczeniu. Wśród kompetencji, których znaczenie wzrośnie, można wyróżnić zarówno wiedzę (znajomość „Przepisów Prawa rodzinnego i rozporządzeń wykonawczych”, „Problemów społecznych, ich genezy i dynamiki, w tym problemów (barier, ograniczeń, charakterystyki) kluczowych grup klientów objętych wsparciem systemu” oraz „Metod pracy socjalnej”), jak i umiejętności („Przekazywania informacji, instruowania o przysługujących świadczeniach, wsparciu, procedurach” oraz „Współpracy w zespole profesjonalistów”) oraz kompetencje społeczne („Umiejętność przewyższania stereotypów i lęków z tym związanych” oraz „Wrażliwość, empatia, życzliwość, szczerość, autentyczność w relacji z klientem”). Podobny podział jest widoczny również wśród tych kompetencji zrównoważonych, dla których znaczenie nie będzie wzrastać. Wiedza obejmuje kompetencje dotyczące znajomości „Przepisów Ustawy o pomocy społecznej i rozporządzeń wykonawczych” oraz „Charakterystyki środowiska lokalnego: instytucji publicznych działających na danym obszarze, oferty organizacji pozarządowych, poradnictwa, itp.”, a umiejętności dotyczą z kolei „Prowadzenia dialogu z klientem” czy „Dokonywania analizy skuteczności udzielonego klientowi wsparcia, w tym skuteczności własnych działań”. Kompetencje społeczne wreszcie to „Zaawansowane kompetencje komunikacyjne w zakresie aktywnego słuchania, zadawania pytań, jasnego informowania o procedurach, usługach i sposobach realizacji wsparcia”.

Kompetencje wystarczające to przede wszystkim umiejętności: „Współpracy i koordynowania współpracy z różnymi podmiotami/instytucjami reprezentującymi różne sektory w celu wsparcia klienta”, „Określania zasobów i deficytów klienta, szans i zagrożeń” oraz „Dokonywania prognozy zmiany sytuacji klienta z użyciem odpowiednich narzędzi – wywiadu, ankiety, wniosku o pomoc”, przy czym tylko ta ostatnia kompetencja będzie zyskiwać

na znaczeniu. Kolejną grupę stanowią natomiast kompetencje społeczne („Odporność na stres i dynamikę pracy” oraz „Samodzielność w podejmowaniu decyzji i rozwiązywaniu problemów”) oraz wiedza (znajomość „Przepisów prawa lokalnego”). W przypadku tej grupy wszystkie kompetencje będą zyskiwać na znaczeniu.

Tabela 4.13. Bilans kompetencji – pracownik socjalny

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ¹²⁷	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Umiejętność prowadzenia dialogu z klientem	U	4,80	4,74	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (80,8%)
Umiejętność przezwycięzania stereotypów i lęków z tym związanych	KS	4,78	4,72	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (26,4%)
Umiejętność motywowania klienta, perswazja	KS	4,76	4,60	niedoboru	nie występuje	znaczenie bez zmian (77,0%)
Znajomość przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie i rozporządzeń wykonawczych,	W	4,75	4,66	niedoboru	nie występuje	wzrost znaczenia (23,0%)
Umiejętność rozpoznawania motywacji do zmiany, potrzeb i oczekiwań, pobudzania i utrzymywania motywacji klientów	U	4,75	4,70	niedoboru	nie występuje	wzrost znaczenia (21,9%)
Umiejętność ustalania planu działania: prawidłowego określania celów, kryteriów zmiany	U	4,75	4,66	niedoboru	nie występuje	znaczenie bez zmian (76,7%)
Znajomość Kodeksu postępowania administracyjnego	W	4,71	4,64	niedoboru	nie występuje	wzrost znaczenia (23,0%)
Znajomość przepisów Prawa rodzinnego i rozporządzeń wykonawczych	W	4,71	4,76	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (31,1%)

¹²⁷ U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ¹²⁸	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Umiejętność przekazywania informacji, instruowania o przysługujących świadczeniach, wsparciu, procedurach	U	4,71	4,78	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (26,4%)
Umiejętność dokonywania analizy skuteczności udzielonego klientowi wsparcia, w tym skuteczności własnych działań	U	4,71	4,78	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (75,7%)
Zaawansowane kompetencje komunikacyjne w zakresie aktywnego słuchania, zadawania pytań, jasnego informowania o procedurach, usługach i sposobach realizacji wsparcia	KS	4,71	4,72	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (79,7%)
Wrażliwość, empatia, życzliwość, szczerość, autentyczność w relacji z klientem	KS	4,71	4,74	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (23,3%)
Znajomość przepisów Ustawy o pomocy społecznej i rozporządzeń wykonawczych	W	4,70	4,72	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (82,4%)
Znajomość charakterystyki środowiska lokalnego: instytucji publicznych działających na danym obszarze, oferty organizacji pozarządowych, poradnictwa itp.	W	4,70	4,74	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (73,0%)
Znajomość problemów społecznych, ich genezy i dynamiki, w tym problemów (barier, ograniczeń, charakterystyki) kluczowych grup klientów objętych wsparciem systemu	W	4,68	4,72	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (21,9%)
Znajomość metod pracy socjalnej	W	4,68	4,74	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (28,78%)
Umiejętność współpracy w zespole profesjonalistów	U	4,68	4,74	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (24,3%)

¹²⁸ U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ¹²⁹	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Podążanie za klientem	KS	4,68	4,66	niedoboru	nie występuje	wzrost znaczenia (26,0%)
Egzekwowanie ustalonych standardów i procedur	KS	4,68	4,60	niedoboru	nie występuje	znaczenie bez zmian (75,0%)
Asertywność, stawianie granic, nieprzejmowanie odpowiedzialności za sukces klienta, nieocenianie	KS	4,68	4,60	niedoboru	nie występuje	wzrost znaczenia (26,0%)
Umiejętność stosowania metod pracy socjalnej, skoncentrowanych na rozwiązywaniach	U	4,67	4,76	nadwyżkowe	nd.	wzrost znaczenia (23,3%)
Odporność na stres i dynamikę pracy	KS	4,67	4,62	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (33,3%)
Znajomość zagadnień z zakresu socjologii rodziny, w tym faz życia rodziny, jej typów	W	4,66	4,84	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (81,1%)
Samodzielność w podejmowaniu decyzji i rozwiązywaniu problemów	KS	4,66	4,70	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (25,0%)
Umiejętność dokonywania diagnozy na podstawie wcześniejszej i bieżącej oceny sytuacji	U	4,64	4,74	nadwyżkowe	nd.	wzrost znaczenia (20,5%)
Odpowiedzialność	KS	4,64	4,74	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (78,1%)
Motywacja do podnoszenia własnych kompetencji (samorozwój, poszerzanie swojej wiedzy i umiejętności, aktualizacja kluczowych informacji niezbędnych w pracy)	KS	4,64	4,72	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (72,2%)

¹²⁹ U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ¹³⁰	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Umiejętność współpracy i koordynowania współpracy z różnymi podmiotami/institucjami reprezentującymi różne sektory w celu wsparcia klienta	U	4,63	4,64	wystarczające	nd.	znaczenie bez zmian (78,4%)
Umiejętność organizowania realizacji wiązki usług na rzecz danego klienta z uwzględnieniem zarówno instytucji publicznych, jak i rodziny czy społeczności lokalnej	U	4,62	4,72	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (81,1%)
Umiejętność określania zasobów i deficytów klienta, szans i zagrożeń	U	4,55	4,62	wystarczające	nd.	znaczenie bez zmian (68,9%)
Umiejętność dokonywania prognozy zmiany sytuacji klienta z użyciem odpowiednich narzędzi – wywiadu, ankiety, wniosku o pomoc	U	4,54	4,68	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (23,0%)
Znajomość przepisów prawa lokalnego	W	4,47	4,66	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (24,3%)

Źródło: opracowanie własne.

Menedżer/koordynator/organizator usług społecznych

Do zadań osoby zatrudnionej na tym stanowisku należą:

1. Organizowanie wsparcia dostosowanego do potrzeb klientów;
2. Monitorowanie postępu realizacji wsparcia;
3. Integracja pracowników (dystrybucja informacji, budowanie zespołu).

Wśród **kompetencji niedoboru** wyróżniają się umiejętności: „Zarządzania zasobami (specjalistami)/optymalizowanie pracy zespołu”, „Monitorowania postępu realizacji” oraz „Stosowania metod z zakresu negocjacji i mediacji z elementami superwizji” oraz

¹³⁰ U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

– w pojedynczych przypadkach – kompetencje społeczne: „Motywacja do podnoszenia własnych kompetencji (samorozwój, poszerzanie swojej wiedzy i umiejętności, aktualizacja kluczowych informacji niezbędnych w pracy)” i wiedza („Znajomość przepisów prawa lokalnego”). Poza pierwszą kompetencją w tej grupie wszystkie będą zyskiwać na znaczeniu.

Kompetencje nadwyżkowe w przypadku tego zawodu są nieliczne i ograniczone wyłącznie do kompetencji społecznych jak: „Odpowiedzialność”, „Kompetencje komunikacyjne w zakresie aktywnego słuchania, zadawania pytań, jasnego informowania o procedurach, usługach i sposobach realizacji wsparcia”, „Otwartość, kreatywność” oraz „Skrupulatność/dokładność”. Poza kompetencjami komunikacyjnymi znaczenie wszystkich pozostałych będzie rosnąć.

Wśród **kompetencji zrównoważonych** można wskazać zarówno wiedzę, jak i umiejętności. W pierwszej grupie wiedza dotyczy znajomości: „Przepisów z zakresu zarządzania kadrami/personelem, przepisów wewnętrznych (procedur, zarządzeń)”, „Przepisów Ustawy o pomocy społecznej i rozporządzeń wykonawczych”, „Problemów społecznych, ich genezy i dynamiki, w tym problemów (barier, ograniczeń, charakterystyki) kluczowych grup klientów objętych wsparciem systemu” oraz „Charakterystyki środowiska lokalnego: instytucji publicznych działających na danym obszarze, oferty organizacji pozarządowych, poradnictwa itp.”. Poza pierwszą ze wskazanych, wszystkie pozostałe kompetencje zyskiwać będą na znaczeniu. W kolejnej grupie możemy natomiast znaleźć takie kompetencje jak umiejętność „Dopasowania odpowiedniej formy i sposobu udzielania wsparcia”, „Współpracy z różnymi instytucjami, podmiotami świadczącymi usługi społeczne lub mogącymi udzielać wsparcia”, „Identyfikowania zasobów systemu pomocy społecznej i społeczności lokalnych na rzecz realizacji wsparcia, w tym w formie usług”, „Inicjowania nowych form pomocy”. W przypadku umiejętności na znaczeniu zyskiwać będzie tylko pierwsza kompetencja wskazana w tej grupie.

Kompetencje wystarczające, które będą zyskiwać na znaczeniu, to przede wszystkim kompetencje społeczne: „Gotowość do radzenia sobie z trudnościami/przygotowanie na nieprzewidziane sytuacje”, „Wrażliwość, empatia, życzliwość”, „Nastawienie na rozwiązywanie problemów, elastyczność”, „Asertywność/zachowanie higieny pracy i ochrony własnych granic”. Nieliczne kompetencje merytoryczne to przede wszystkim umiejętność „Sprawdzania stopnia osiągnięcia założonych rezultatów” oraz znajomość „Przepisów z zakresu Prawa zamówień publicznych i Ustawy o finansach publicznych”. Kompetencje, które nie będą natomiast zyskiwać na znaczeniu, to umiejętności z zakresu „Zarządzania czasem własnym i innych” oraz „Zarządzania projektami”.

Tabela 4.14. Bilans kompetencji – menedżer/koordynator/organizator usług społecznych

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ¹³¹	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Znajomość przepisów Ustawy o pomocy społecznej i rozporządzeń wykonawczych	W	4,82	4,75	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (24,1%)
Umiejętność dopasowania odpowiedniej formy i sposobu udzielania wsparcia	U	4,76	4,65	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (25,9%)
Znajomość przepisów z zakresu zarządzania kadrami/personalem, przepisów wewnętrznych (procedur, zarządzeń)	W	4,70	4,67	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (81,5%)
Znajomość problemów społecznych, ich genezy i dynamiki, w tym problemów (barier, ograniczeń, charakterystyki) kluczowych grup klientów objętych wsparciem systemu	W	4,70	4,65	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (29,6%)
Umiejętność zarządzania zasobami (specjalistami)/ optymalizowania pracy zespołu	U	4,70	4,55	niedoboru	nie występuje	znaczenie bez zmian (85,2%)
Umiejętność współpracy z różnymi instytucjami, podmiotami świadczącymi usługi społeczne lub mogącymi udzielać wsparcia	U	4,70	4,78	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (81,5%)
Znajomość przepisów prawa lokalnego	W	4,68	4,50	niedoboru	nie występuje	wzrost znaczenia (24,1%)
Znajomość charakterystyki środowiska lokalnego: instytucji publicznych działających na danym obszarze, oferty organizacji pozarządowych, poradnictwa itp.	W	4,68	4,65	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (37,0%)

¹³¹ U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ¹³²	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Umiejętność monitorowania postępu realizacji	U	4,68	4,55	niedoboru	nie występuje	wzrost znaczenia (20,4%)
Motywacja do podnoszenia własnych kompetencji (samorozwój, poszerzanie swojej wiedzy i umiejętności, aktualizacja kluczowych informacji niezbędnych w pracy)	KS	4,67	4,50	niedoboru	nie występuje	wzrost znaczenia (31,5%)
Umiejętność stosowania metod z zakresu negocjacji i mediacji z elementami superwizji	U	4,66	4,58	niedoboru	nie występuje	wzrost znaczenia (27,8%)
Umiejętność identyfikowania zasobów systemu pomocy społecznej i społeczności lokalnych na rzecz realizacji wsparcia, w tym w formie usług	U	4,66	4,65	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (85,2%)
Umiejętność inicjowania nowych form pomocy	U	4,64	4,63	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (81,5%)
Odpowiedzialność	KS	4,62	4,72	nadwyżkowe	nd.	wzrost znaczenia (22,2%)
Umiejętność zarządzania czasem własnym i innych	U	4,61	4,55	wystarczające	nd.	znaczenie bez zmian (81,5%)
Umiejętność zarządzania projektami	U	4,61	4,60	wystarczające	nd.	znaczenie bez zmian (81,5%)
Kompetencje komunikacyjne w zakresie aktywnego słuchania, zadawania pytań, jasnego informowania o procedurach, usługach i sposobach realizacji wsparcia	KS	4,60	4,63	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (85,2%)
Gotowość do radzenia sobie z trudnościami/przygotowanie na nieprzewidziane sytuacje	KS	4,60	4,48	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (25,9%)

¹³² U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ¹³³	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Wrażliwość, empatia, życzliwość	KS	4,60	4,47	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (20,0%)
Otwartość, kreatywność	KS	4,60	4,85	nadwyżkowe	nd.	wzrost znaczenia (23,6%)
Umiejętność sprawdzania stopnia osiągnięcia założonych rezultatów	U	4,55	4,60	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (24,1%)
Znajomość przepisów z zakresu Prawa zamówień publicznych i Ustawy o finansach publicznych	W	4,54	4,55	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (22,2%)
Skrupulatność/dokładność	KS	4,53	4,72	nadwyżkowe	nd.	wzrost znaczenia (31,5%)
Nastawienie na rozwiązywanie problemów, elastyczność	KS	4,52	4,45	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (20,4%)
Asertywność/zachowanie higieny pracy i ochrony własnych granic	KS	4,52	4,50	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (20,4%)

Źródło: opracowanie własne.

Organizator społeczności lokalnej/facilitator sieci współpracy

Do zadań osoby zatrudnionej na tym stanowisku należą:

1. Koordynowanie i wspomaganie klientów pomocy społecznej w środowisku lokalnym;
2. Inicjowanie i budowanie współpracy i więzi w środowisku lokalnym;
3. Facylitowanie współpracy w środowisku.

Osoby zatrudnione na stanowisku organizator społeczności lokalnej/facilitator sieci współpracy w systemie pomocy społecznej charakteryzują się relatywnie dużą liczbą kompetencji niedoboru. Ponadto zdecydowana większość kompetencji w ramach tego

¹³³ U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

stanowiska zyskiwać będzie na znaczeniu w przyszłości. W przypadku zawodu organizator społeczności lokalnej/facilitator sieci współpracy nie występuje luka kompetencyjna.

Kompetencje niedoboru w przypadku organizatorów społeczności lokalnej można podzielić na dwie grupy, tj. umiejętności i kompetencje społeczne. W grupie umiejętności znajdują się takie jak: „Mobilizowanie i motywowanie ludzi i instytucji do podejmowania współpracy i udzielania wsparcia”, „Budowanie siatki kontaktów”, „Kojarzenie i scalanie zasobów w środowisku lokalnym w celu wsparcia klienta” oraz „Organizowanie wsparcia rodziny i szerszego otoczenia sąsiadów, pracowników socjalnych, szkoły itp. na rzecz osoby/rodziny potrzebującej wsparcia”. Dwie ostatnie kompetencje będą nabierać większego znaczenia w czasie. Kompetencje społeczne to „Zarządzanie sobą w czasie”, „Asertywność, stawianie granic, nieprzejmowanie odpowiedzialności za sukces klienta, nieocenianie” oraz „Wrażliwość, empatia, życzliwość”. Wszystkie kompetencje z tej grupy będą zyskiwać na znaczeniu.

Zastanawiające są – szczególnie w kontekście wcześniej wskazanych kompetencji niedoboru – **kompetencje nadwyżkowe**. Możemy bowiem do tej grupy zaklasyfikować umiejętność „Identyfikowania zasobów instytucjonalnych oraz zasobów społeczności lokalnych na rzecz wsparcia klienta”, „Łączenia interesów różnych stron, pokazywania korzyści ze współpracy”, „Bycia liderem, przewodzenia, wyznaczania celów”. Również kompetencje społeczne: „Spostrzegawczość, kojarzenie zasobów w środowisku” czy „Odpowiedzialność” pokazują pewien rozdzwitek pomiędzy kompetencjami niedoboru a nadwyżkowymi.

Kompetencje zrównoważone to przede wszystkim znajomość „Mechanizmów funkcjonowania środowiska lokalnego i jego charakterystyki”, „Kluczowych przepisów Ustawy o pomocy społecznej, Ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, Prawa rodzinnego, prawa miejscowego”, „Problemów społecznych, ich genezy i dynamiki, w tym problemów (barier, ograniczeń, charakterystyki) kluczowych grup klientów objętych wsparciem systemu”. Umiejętność „animowania procesu świadczenia wsparcia/usług w środowisku lokalnym” oraz „Organizowania i wspierania współpracy” to kompetencje, które również trafiły do grupy zrównoważonych. Ostatnim elementem w tej grupie jest kompetencja społeczna „Umiejętność przewyższania stereotypów i lęków z tym związanych”. Wszystkie kompetencje będą zyskiwały na znaczeniu w przyszłości.

Ostatnią grupę stanowią **kompetencje wystarczające**. Można w niej wyróżnić dwie części. Część pierwsza – umiejętności – „Tworzenia mapy lokalnych zasobów”, „Adekwatnego

reagowania na zmiany kryzysy w związku z realizacją działań”, „Pracy w formie projektowej” oraz „Organizowania wsparcia sąsiedzkiego”. Żadna z tych kompetencji nie będzie zyskiwać na znaczeniu w przyszłości. Część druga to kompetencje społeczne: „Zaawansowane kompetencje komunikacyjne w zakresie aktywnego słuchania, zadawania pytań”, „Motywacja do podnoszenia własnych kompetencji (samorozwój, poszerzanie swojej wiedzy i umiejętności, aktualizacja kluczowych informacji niezbędnych w pracy)”, „Otwartość na współpracę i współdziałanie”, „Odporność na stres i dynamikę pracy”, „Samodzielność, podejmowanie decyzji i rozwiązywanie problemów”. W przypadku tej części wzrost znaczenia w przyszłości dotyczyć będzie dwóch pierwszych kompetencji.

Tabela 4.15. Bilans kompetencji – organizator społeczności lokalnej/facilitator sieci współpracy

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ¹³⁴	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Umiejętność przezwycięzania stereotypów i lęków z tym związanych	KS	4,81	4,41	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (10,0%)
Znajomość mechanizmów funkcjonowania środowiska lokalnego i jego charakterystyki	W	4,76	4,42	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (10,0%)
Umiejętność mobilizowania i motywowania ludzi i instytucji do podejmowania współpracy i udzielania wsparcia	U	4,76	4,30	niedoboru	nie występuje	znaczenie bez zmian (78,0%)
Znajomość kluczowych przepisów Ustawy o pomocy społecznej, Ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, Prawa rodzinnego, prawa miejscowego.	W	4,73	4,39	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (8,0%)
Znajomość problemów społecznych, ich genezy i dynamiki, w tym problemów (barier, ograniczeń, charakterystyki) kluczowych grup klientów objętych wsparciem systemu	W	4,73	4,48	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (10,0%)

¹³⁴ U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ¹³⁵	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Umiejętność kojarzenia i scalania zasobów w środowisku lokalnym w celu wsparcia klienta	U	4,73	4,30	niedoboru	nie występuje	wzrost znaczenia (12,0%)
Zarządzanie sobą w czasie	KS	4,73	4,27	niedoboru	nie występuje	wzrost znaczenia (10,0%)
Umiejętność budowania siatki kontaktów	U	4,71	4,24	niedoboru	nie występuje	znaczenie bez zmian (76,0%)
Umiejętność animowania procesu świadczenia wsparcia/usług w środowisku lokalnym	U	4,69	4,39	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (10,0%)
Umiejętność organizowania i wspierania współpracę	U	4,69	4,33	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (8,0%)
Umiejętność zorganizowania wsparcia rodziny i szerszego otoczenia sąsiadów, pracowników socjalnych, szkoły itp. na rzecz osoby/rodziny potrzebującej wsparcia	U	4,67	4,27	niedoboru	nie występuje	wzrost znaczenia (12,0%)
Asertywność, stawianie granic, nieprzejmowanie odpowiedzialności za sukces klienta, nieocenianie	KS	4,67	4,30	niedoboru	nie występuje	wzrost znaczenia (10,0%)
Wrażliwość, empatia, życzliwość	KS	4,67	4,31	niedoboru	nie występuje	wzrost znaczenia (10,0%)
Umiejętność tworzenia mapy lokalnych zasobów	U	4,65	4,12	wystarczające	nd.	znaczenie bez zmian (82,0%)
Umiejętność adekwatnego reagowania na zmiany i kryzysy w związku z realizacją działań	U	4,65	4,24	wystarczające	nd.	znaczenie bez zmian (80,0%)
Zaawansowane kompetencje komunikacyjne w zakresie aktywnego słuchania, zadawania pytań	KS	4,64	4,21	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (12,0%)

¹³⁵ U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ¹³⁶	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Umiejętność pracy w formie projektowej	U	4,63	4,27	wystarczające	nd.	znaczenie bez zmian (86,0%)
Spostrzegawczość, kojarzenie zasobów w środowisku	KS	4,62	4,38	nadwyżkowe	nd.	wzrost znaczenia (12,0%)
Umiejętność identyfikowania zasobów instytucjonalnych oraz zasobów społeczności lokalnych na rzecz wsparcia klienta	U	4,61	4,41	nadwyżkowe	nd.	wzrost znaczenia (8,0%)
Umiejętność organizowania wsparcia sąsiedzkiego	U	4,61	4,24	wystarczające	nd.	znaczenie bez zmian (64,0%)
Odporność na stres i dynamikę pracy	KS	4,60	4,21	wystarczające	nd.	znaczenie bez zmian (80,0%)
Samodzielność, podejmowanie decyzji i rozwiązywanie problemów	KS	4,60	4,21	wystarczające	nd.	znaczenie bez zmian (76,0%)
Umiejętność łączenia interesów różnych stron, pokazywania korzyści ze współpracy	U	4,59	4,45	nadwyżkowe	nd.	wzrost znaczenia (8,0%)
Umiejętność bycia liderem, przewodzenia, wyznaczania celów	U	4,59	4,42	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (66,0%)
Motywacja do podnoszenia własnych kompetencji (samorozwój, poszerzanie swojej wiedzy i umiejętności, aktualizacja kluczowych informacji niezbędnych w pracy)	KS	4,56	4,28	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (10,0%)
Otwartość na współpracę i współdziałanie	KS	4,53	4,26	wystarczające	nd.	znaczenie bez zmian (80,0%)
Odpowiedzialność	KS	4,51	4,32	nadwyżkowe	nd.	wzrost znaczenia (10,0%)

Źródło: opracowanie własne.

¹³⁶ U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

Asystent różnych grup osób potrzebujących wsparcia, np. osób z niepełnosprawnością, rodziny, seniora

Do zadań osoby zatrudnionej na tym stanowisku należą:

1. Wspieranie klientów w nabywaniu nowych kompetencji/usamodzielnianiu/aktywizowaniu/aktywności społecznej;
2. Ułatwianie codziennego funkcjonowania;
3. Uczenie i edukowanie klienta/podopiecznego w zakresie radzenia sobie z codziennymi sytuacjami i czynnościami;
4. Pobudzanie i utrzymywanie motywacji do zmian wśród wspieranych osób.

Osoby zatrudnione na stanowisku asystenta wsparcia w systemie pomocy społecznej charakteryzują się relatywnie dużą liczbą kompetencji niedoboru. Jak większość zawodów związanych z systemem pomocy społecznej, również ten charakteryzuje się brakiem luki kompetencyjnej oraz dużą liczbą kompetencji, które będą zyskiwać na znaczeniu w przyszłości.

Kompetencje niedoboru w przypadku asystenta wsparcia można wskazać jako umiejętności: „Stosowania metod mediacyjnych”, „Informowania klienta o możliwościach wsparcia i ograniczeniach”, „Monitorowania oraz modyfikowania planu wsparcia skierowanego do klienta/rodziny”, „Podejmowania decyzji z poszanowaniem zdania i woli klienta”. Według pracodawców żadna z tych kompetencji nie zmieni swojego znaczenia w czasie. Kompetencje społeczne to grupa druga: umiejętność „Motywowania klienta, perswazji”, „Egzekwowania ustalonych standardów i procedur”, „Asertywność, stawianie granic, nieprzejmowanie odpowiedzialności za sukces klienta, nieocenianie”, „Umiejętność przezwycięzania stereotypów i lęków z tym związanych”. Kompetencją, której znaczenie będzie rosło w czasie, jest tylko pierwsza z wymienionych w ramach tej grupy.

Wśród **kompetencji nadwyżkowych** możemy natomiast znaleźć wszystkie trzy grupy kompetencji, tj. wiedzę, umiejętności oraz kompetencje społeczne. Wiedza to przede wszystkim znajomość „Specyfiki pracy z danym typem klienta (np. osobą starszą, z niepełnosprawnością czy rodziną potrzebującą wsparcia etc.)” oraz „Metodyki pracy z danym typem klienta (np. osobą starszą, z niepełnosprawnością czy rodziną potrzebującą wsparcia etc.)”. Na znaczeniu będzie wzrastać druga z tych kompetencji. Wśród umiejętności istotne są te dotyczące „Współpracy z innymi instytucjami systemu pomocy społecznej, jak i reprezentującymi inne sektory (np. ze szkołą, pedagogiem, kuratorem, ochroną zdrowia,

policją”, „Skutecznego komunikowania się z klientem/podopiecznym”, „Diagnozowania problemów rodzinnych i psychologiczno-pedagogicznych występujących u klienta/w rodzinie; w tym potrzeb w zakresie wsparcia opiekuńczo-wychowawczego” oraz „Radzenia sobie z sytuacjami trudnymi, konfliktami w rodzinie i otoczeniu klienta/rodziny”. Poza pierwszą kompetencją w ramach tej grupy wszystkie pozostałe zyskiwać będą na znaczeniu. Ostatnią częścią grupy kompetencji nadwyżkowych jest natomiast „Odpowiedzialność” oraz „Podążanie za klientem”. Na znaczeniu będzie zyskiwać ta ostatnia kompetencja.

Kompetencje zrównoważone w przypadku tego zawodu są najmniej liczne. Należą tu: „Znajomość genezy i dynamiki problemów społecznych” oraz „Znajomość aktualnych informacji w zakresie funkcjonowania codziennego”, „Umiejętność ułatwiania dostępu do usług publicznych”, oraz kompetencje społeczne: „Zaawansowane kompetencje komunikacyjne” oraz „Motywacja do podnoszenia własnych kompetencji”. Na znaczeniu zyskiwać będą natomiast kompetencje: wiedza o tym w jaki sposób „ułatwiać dostęp do usług publicznych, społecznych, zdrowotnych, edukacyjnych” oraz kompetencja społeczna „zaawansowane kompetencje komunikacyjne w zakresie aktywnego słuchania, zadawania pytań, jasnego informowania o procedurach, usługach i sposobach realizacji wsparcia”.

Kompetencje wystarczające można natomiast podzielić na cztery grupy. Poza standardowym podziałem (wiedza, umiejętności, kompetencje społeczne) można wyodrębnić jeszcze grupę kwalifikacji. Pod względem łącznej liczby kompetencji wystarczających dla tego zawodu wyodrębnione grupy nie są liczne, ale dla porządku utrzymano taki podział. W grupie wiedzy pojawiła się tylko jedna kompetencja – „Sprawne poruszanie się w obrębie kluczowych przepisów”. Znaczenie tej kompetencji w przyszłości nie ulegnie zmianie. Umiejętności to grupa nieco liczniejsza. Na liście kompetencji w tej grupie znalazły się: „Umiejętność tworzenia indywidualnych planów pracy z klientem/rodziną”, „Prowadzenia poradnictwa/edukacji z zakresu profilaktyki”, „Identyfikowania możliwych problemów psychicznych wspieranych osób w kontekście sytuacji problemowych”, „Wspierania w zakresie aplikowania o wsparcie finansowe, niefinansowe, w tym rzeczowe”. Poza pierwszą wskazaną kompetencją wszystkie pozostałe będą zyskiwać na znaczeniu. W ramach kompetencji społecznych w grupie kompetencji wystarczających pojawiły się dwie kompetencje: „Odporność na stres i dynamikę pracy”, „Wrażliwość, empatia, życzliwość, szczerość, autentyczność w relacji z klientem”. Obie kompetencje będą zyskiwać na znaczeniu. Kwalifikacja, jaką jest w tym przypadku „Posiadanie prawa jazdy” to ostatnia z kompetencji wystarczających. Kompetencja ta nie będzie zyskiwać na znaczeniu w przyszłości.

Tabela 4.16. Bilans kompetencji – asystent różnych grup osób potrzebujących wsparcia

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ¹³⁷	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Asertywność, stawianie granic, nieprzejmowanie odpowiedzialności za sukces klienta, nieocenianie	KS	4,76	4,53	niedoboru	nie występuje	znaczenie bez zmian (69,2%)
Umiejętność ułatwiania dostępu do usług publicznych, społecznych, zdrowotnych, edukacyjnych	U	4,71	4,63	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (26,9%)
Motywacja do podnoszenia własnych kompetencji (samorozwój, poszerzanie swojej wiedzy i umiejętności, aktualizacja kluczowych informacji niezbędnych w pracy)	KS	4,68	4,65	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (76,9%)
Umiejętność stosowania metod mediacyjnych	U	4,67	4,53	niedoboru	nie występuje	znaczenie bez zmian (71,8%)
Znajomość problemów społecznych, ich genezy i dynamiki, w tym problemów grup klientów, którymi się zajmuje	W	4,65	4,65	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (83,3%)
Umiejętność informowania klienta o możliwościach wsparcia i ograniczeniach	U	4,65	4,55	niedoboru	nie występuje	znaczenie bez zmian (70,5%)
Umiejętność przezwycięzania stereotypów i lęków z tym związanych	KS	4,65	4,59	niedoboru	nie występuje	znaczenie bez zmian (78,2%)
Zaawansowane kompetencje komunikacyjne w zakresie aktywnego słuchania, zadawania pytań, jasnego informowania o procedurach, usługach i sposobach realizacji wsparcia	KS	4,62	4,61	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (20,5%)

¹³⁷ U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ¹³⁸	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Znajomość aktualnych informacji w zakresie funkcjonowania codziennego (w tym np. w zakresie komunikacji elektronicznej)	W	4,60	4,69	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (74,4%)
Umiejętność monitorowania oraz modyfikowania planu wsparcia skierowanego do klienta/rodziny	U	4,59	4,59	niedoboru	nie występuje	znaczenie bez zmian (79,5%)
Umiejętność podejmowania decyzji z poszanowaniem zdania i woli klienta	U	4,58	4,49	niedoboru	nie występuje	znaczenie bez zmian (74,4%)
Motywowanie klienta, perswazja	KS	4,58	4,57	niedoboru	nie występuje	wzrost znaczenia (25,6%)
Egzekwowanie ustalonych standardów i procedur	KS	4,58	4,57	niedoboru	nie występuje	znaczenie bez zmian (69,2%)
Odpowiedzialność	KS	4,56	4,71	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (73,1%)
Odporność na stres i dynamikę pracy	KS	4,56	4,44	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (32,1%)
Umiejętność diagnozowania problemów rodzinnych i psychologiczno-pedagogicznych występujących u klienta/w rodzinie; w tym potrzeb w zakresie wsparcia opiekuńczo-wychowawczego	U	4,55	4,63	nadwyżkowe	nd.	wzrost znaczenia (23,1%)
Umiejętność radzenia sobie z sytuacjami trudnymi, konfliktami w rodzinie i otoczeniu klienta/rodziny	U	4,55	4,78	nadwyżkowe	nd.	wzrost znaczenia (25,6%)
Umiejętność tworzenia indywidualnych planów pracy z klientem/rodziną	U	4,53	4,53	wystarczające	nd.	znaczenie bez zmian (67,9%)
Podążanie za klientem	KS	4,53	4,75	nadwyżkowe	nd.	wzrost znaczenia (25,6%)

¹³⁸ U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ¹³⁹	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Znajomość specyfiki pracy z danym typem klienta (np. osobą starszej, z niepełnosprawnością czy rodziną potrzebującą wsparcia etc.)	W	4,51	4,73	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (69,2%)
Umiejętność współpracy z innymi instytucjami systemu pomocy społecznej, jak i reprezentującymi inne sektory (np. ze szkołą, pedagogiem, kuratorem, ochroną zdrowia, policją)	U	4,51	4,63	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (74,4%)
Umiejętność skutecznego komunikowania się z klientem/podopiecznym	U	4,50	4,63	nadwyżkowe	nd.	wzrost znaczenia (28,2%)
Wrażliwość, empatia, życzliwość, szczerowość, autentyczność w relacji z klientem	KS	4,50	4,55	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (20,5%)
Sprawne poruszanie się w obrębie kluczowych przepisów	W	4,46	4,59	wystarczające	nd.	znaczenie bez zmian (88,5%)
Umiejętność prowadzenia poradnictwa/edukacji z zakresu profilaktyki	U	4,46	4,43	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (26,9%)
Posiadanie prawa jazdy	KS	4,46	4,40	wystarczające	nd.	znaczenie bez zmian (71,8%)
Znajomość metodyki pracy z danym typem klienta (np. osobą starszą, z niepełnosprawnością czy rodziną potrzebującą wsparcia etc.)	W	4,44	4,63	nadwyżkowe	nd.	wzrost znaczenia (21,8%)
Umiejętność identyfikowania możliwych problemów psychicznych wspieranych osób w kontekście sytuacji problemowych	U	4,41	4,57	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (25,6%)
Umiejętność wspierania w zakresie aplikowania o wsparcie finansowe, niefinansowe, w tym rzeczowe	U	4,41	4,55	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (24,4%)

Źródło: opracowanie własne.

¹³⁹ U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

Koordinator pieczy zastępczej

Do zadań osoby zatrudnionej na tym stanowisku należą:

1. Wspieranie wychowanków pieczy zastępczej, także w procesie usamodzielniania;
2. Analiza potrzeb dziecka i koordynacja wsparcia na każdym etapie/w całym procesie;
3. Aktywne uczestnictwo w opracowaniu planów pomocy dziecku;
4. Wspieranie rodziny zastępczej i prowadzącej rodzinny dom dziecka w realizacji zadań wynikających z pieczy zastępczej;
5. Budowanie wsparcia lokalnego dla rodzin, podawanie informacji na temat dostępnego wsparcia, organizacja współpracy w społeczności lokalnej;
6. Organizowanie grup wsparcia dla rodzin i wychowanków;
7. Przygotowanie – we współpracy z asystentem rodziny/rodziną zastępczą – planu pomocy rodzinie;
8. Wsparcie procesu powrotu dziecka do rodziny;
9. Identyfikacja potrzeb i zapewnienie rodzinom zastępczym oraz prowadzącym rodzinne domy dziecka dostępu do specjalistycznej pomocy dla dzieci, w tym psychologicznej, reedukacyjnej i rehabilitacyjnej, medycznej;
10. Zgłaszanie do ośrodków adopcyjnych informacji o dzieciach z uregulowaną sytuacją prawną i poszukiwanie dla nich rodzin przysposabiających;
11. Współpraca z organizatorem pieczy zastępczej instytucjonalnej (monitorowanie sytuacji dziecka, stwarzanie szansy rozwoju w rodzinie).

Kompetencje osób zatrudnionych na stanowisku koordynatora pieczy zastępczej charakteryzują się dużą rozbieżnością, jeśli chodzi o ocenę ważności dokonywaną przez pracodawców oraz samoocenę pracowników. Bardzo duża liczba kompetencji niedoboru w połączeniu z informacją, że większość z nich zyskiwać będzie na znaczeniu w przyszłości, pokazuje, że konieczna jest pogłębiona analiza tego zawodu i znalezienie bardziej szczegółowych rozwiązań, które mogą pomóc pracodawcom. Pocięszające może być w tym przypadku, że dla tego stanowiska nie istnieje luka kompetencyjna, a więc łatwo jest pozyskać kompetencje.

Kompetencje niedoboru obejmują „Wiedzę z zakresu prawa”, konkretnie Kodeksu postępowania administracyjnego, „Wiedzę z zakresu psychologii rozwojowej i klinicznej” oraz „Znajomość zagadnień z zakresu tworzenia więzi”. W przypadku tej grupy tylko znajomość zagadnień psychologii rozwojowej nie będzie zyskiwać na znaczeniu w przyszłości. Drugą grupę tworzą natomiast kompetencje związane z kontaktem z klientem, tj. „Umiejętność

dokonywania obiektywnych obserwacji”, „Rozpoznawanie, czy rodzina zastępcza chce zmiany”, „Przekazywanie informacji o przysługujących świadczeniach” oraz kompetencja społeczna – „Przedstawianie oczekiwań, a następnie ich egzekwowanie”. Podobnie jak w przypadku pierwszej omawianej grupy kompetencji również w tej prawie wszystkie kompetencje (z wyjątkiem „Umiejętności dokonywania obiektywnej obserwacji, opartej na faktach sytuacji dziecka, z wyłączeniem oceny”) zyskiwać będą na znaczeniu w przyszłości. W grupie kompetencji niedoboru znalazła się również, jak w przypadku poprzednio omawianych stanowisk, „Odpowiedzialność”, ale jej znaczenie nie zmieni się w przyszłości.

Kompetencje nadwyżkowe dzielą się na dwie naturalne grupy. Pierwszą stanowią umiejętności, drugą – kompetencje społeczne. Wśród kompetencji nadwyżkowych nie ma bowiem żadnych, które opierają się wyłącznie na wiedzy. Umiejętności są mocno związane z opieką nad klientem, znajdują się wśród nich bowiem takie jak: „Organizowanie pomocy psychologicznej, reedukacyjnej, rehabilitacyjnej, medycznej dla dzieci przebywających w pieczy zastępczej”; „Określanie zasobów i deficytów rodziny zastępczej i prowadzącej rodzinny dom dziecka” (znaczenie tej kompetencji będzie rosnąć w przyszłości) czy „Współpraca i koordynacja współpracy z różnymi podmiotami/instytucjami w celu wsparcia rodziny zastępczej/rodzinnego domu dziecka”.

Grupę drugą stanowią **kompetencje interpersonalne**, tj. „Odporność na stres i dynamikę pracy”, „Asertywność, stawianie granic, nieprzejmowanie odpowiedzialności za sukces klienta, nieocenianie”, „Motywowanie, perswazja”, „Podejmowanie decyzji o wsparciu udzielanym rodzinom i dzieciom przebywającym w pieczy zastępczej” oraz „Motywacja do podnoszenia własnych kompetencji” (znaczenie tej ostatniej kompetencji będzie rosnąć w przyszłości).

Kompetencje zrównoważone w sposób naturalny podzielić można na trzy grupy: wiedzę, umiejętności oraz kompetencje społeczne. Grupa pierwsza w całości obejmuje wiedzę na temat obowiązującego w Polsce stanu prawnego¹⁴⁰, czyli znajomość ustaw związanych z funkcjonowaniem pomocy społecznej oraz pieczy zastępczej, a także znajomość przepisów Prawa Rodzinnego (której znaczenie będzie rosnąć w przyszłości). Grupa druga to umiejętności, wśród których można wyróżnić takie jak: „Dokonywanie wieloaspektowej analizy sytuacji dziecka”, „Rozpoznawanie trudności wychowawczych”, „Identyfikacja potrzeb rozwojowych dziecka”.

¹⁴⁰ Respondent zna i rozumie: „przepisy Ustawy o wspieraniu rodziny i pieczy zastępczej oraz rozporządzeń wykonawczych”, „przepisy Ustawy o pomocy społecznej i rozporządzeń wykonawczych”, „przepisy Ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie i rozporządzeń wykonawczych” oraz „przepisy Prawa rodzinnego”.

Spośród tych trzech kompetencji tylko rozpoznawanie trudności wychowawczych nie będzie ważniejsze w przyszłości. Ostatnią grupę stanowią kompetencje społeczne: „Wrażliwość, empatia, życzliwość”, „Zaawansowane kompetencje komunikacyjne w zakresie aktywnego słuchania, zadawania pytań w ramach współpracy z różnymi podmiotami czy rodzinami”, „Samodzielność, podejmowanie decyzji i rozwiązywanie problemów” oraz „Umiejętność przewyższania stereotypów i lęków z tym związanych”. Znaczenie żadnej z tych kompetencji nie będzie rosło w przyszłości.

Najmniej liczną grupę w przypadku tego zawodu stanowią natomiast **kompetencje wystarczające**. Dla porządku je również można podzielić na dwie grupy, z których pierwszą będzie stanowiła wiedza, zaś drugą – umiejętności. W tej pierwszej znajdziemy wiedzę z zakresu socjologii rodziny i zależności pomiędzy rodziną a systemem wsparcia oraz „Znajomość genezy i dynamiki problemów społecznych”. Dwie pierwsze kompetencje będą nabierać większego znaczenia w przyszłości. W grupie drugiej znajdziemy natomiast niektóre elementy procesu pracy z klientem, zarówno w sposób bezpośredni (poprzez „Prowadzenie dialogu z rodziną”), jak i pośredni („Przygotowanie opracowań pisemnych, tworzenie pism zgodnie z wymaganiami” oraz „Dokonywanie analizy skuteczności wsparcia udzielonego rodzinom, w tym skuteczności własnych działań”). Na znaczeniu w przyszłości zyskiwać będzie prowadzenie dialogu z rodziną. W przypadku pozostałych dwóch kompetencji sytuacja nie ulegnie zmianie.

Tabela 4.17. Bilans kompetencji – koordynator pieczy zastępczej

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ¹⁴¹	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Znajomość przepisów Ustawy o wspieraniu rodziny i pieczy zastępczej oraz rozporządzeń wykonawczych	W	4,96	3,96	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (29,4%)
Umiejętność dokonywania wstępnej (wieloaspektowej) analizy sytuacji dziecka, przy zachowaniu norm, zasad prawnych i etycznych	U	4,96	3,90	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (27,5%)

¹⁴¹ U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ¹⁴²	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Umiejętność rozpoznawania motywacji rodziny zastępczej do zmiany (współpracy z rodziną biologiczną)	U	4,96	3,88	niedoboru	nie występuje	wzrost znaczenia (25,5%)
Znajomość Kodeksu postępowania administracyjnego	W	4,94	3,57	niedoboru	nie występuje	wzrost znaczenia (29,4%)
Wrażliwość, empatia, życzliwość	KS	4,94	4,16	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (72,5%)
Znajomość przepisów Ustawy o pomocy społecznej i rozporządzeń wykonawczych	W	4,92	4,00	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (27,5%)
Znajomość podstawowych zagadnień psychologii klinicznej	W	4,92	3,52	niedoboru	nie występuje	wzrost znaczenia (27,5%)
Umiejętność dokonywania obiektywnej, opartej na faktach obserwacji sytuacji dziecka, z wyłączeniem oceny	U	4,92	3,76	niedoboru	nie występuje	znaczenie bez zmian (66,7%)
Odpowiedzialność	KS	4,92	3,71	niedoboru	nie występuje	znaczenie bez zmian (72,5%)
Znajomość przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie i rozporządzeń wykonawczych	W	4,90	3,94	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (29,4%)
Znajomość zagadnień z zakresu tworzenia więzi i przywiązania	W	4,90	3,74	niedoboru	nie występuje	wzrost znaczenia (33,3%)
Zaawansowane kompetencje komunikacyjne w zakresie aktywnego słuchania, zadawania pytań w ramach współpracy z różnymi podmiotami czy rodzinami	KS	4,90	4,04	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (74,5%)
Znajomość przepisów Prawa rodzinnego	W	4,88	3,92	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (62,7%)

¹⁴² U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ¹⁴³	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Znajomość zagadnień psychologii rozwojowej	W	4,88	3,73	niedoboru	nie występuje	znaczenie bez zmian (66,7%)
Umiejętność rozpoznawania trudności wychowawczych w rodzinach zastępczych/rodzinnych domach dziecka/domach dziecka	U	4,88	3,94	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (64,7%)
Umiejętność identyfikowania potrzeb rozwojowych dziecka, w tym potrzeby wczesnej interwencji	U	4,88	3,96	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (29,4%)
Umiejętność przekazywania rodzinom informacji, instruowania o przysługujących świadczeniach i wsparciu, procedurach	U	4,88	3,81	niedoboru	nie występuje	wzrost znaczenia (33,3%)
Samodzielność, podejmowanie decyzji i rozwiązywanie problemów	KS	4,88	4,02	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (80,4%)
Przedstawianie oczekiwań, egzekwowanie ustaleń	KS	4,88	3,85	niedoboru	nie występuje	wzrost znaczenia (25,5%)
Umiejętność przezwycięzania stereotypów i lęków z tym związanych	KS	4,88	4,18	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (70,6%)
Znajomość problemów społecznych, ich genezy i dynamiki	W	4,86	3,80	wystarczające	nd.	znaczenie bez zmian (62,7%)
Wiedza na temat zależności między rodziną a systemem wsparcia	W	4,86	3,82	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (33,3%)
Umiejętność prowadzenia dialogu z rodziną – biologiczną, zastępczą, dzieckiem	U	4,86	3,58	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (25,5%)
Umiejętność organizowania pomocy psychologicznej, reedukacyjnej, rehabilitacyjnej, medycznej dla dzieci przebywających w pieczy zastępczej	U	4,86	3,96	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (62,7%)

¹⁴³ U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ¹⁴⁴	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Motywowanie, perswazja	KS	4,86	4,06	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (66,7%)
Znajomość zagadnień z zakresu socjologii rodziny, w tym faz życia rodziny, jej typów	W	4,84	3,46	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (31,4%)
Umiejętność określania zasobów i deficytów rodziny zastępczej i prowadzącej rodzinny dom dziecka	U	4,84	4,02	nadwyżkowe	nd.	wzrost znaczenia (29,4%)
Umiejętność podejmowania decyzji o wsparciu udzielanym rodzinom i dzieciom przebywającym w pieczy zastępczej	KS	4,84	3,92	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (70,6%)
Asertywność, stawianie granic, nieprzejmowanie odpowiedzialności za sukces klienta, nieocenianie	KS	4,84	4,16	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (72,5%)
Motywacja do podnoszenia własnych kompetencji	KS	4,84	4,28	nadwyżkowe	nd.	wzrost znaczenia (23,5%)
Umiejętność współpracy i koordynowania współpracy z różnymi podmiotami/instytucjami w celu wsparcia rodziny zastępczej/rodzinnego domu dziecka	U	4,82	3,90	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (74,5%)
Umiejętność przygotowania opracowań pisemnych, tworzenie pism zgodnie z wymaganiami	U	4,82	3,75	wystarczające	nd.	znaczenie bez zmian (64,7%)
Odporność na stres i dynamikę pracy	KS	4,82	4,04	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (70,6%)
Umiejętność dokonywania analizy skuteczności wsparcia udzielonego rodzinom, w tym skuteczności własnych działań	U	4,78	3,74	wystarczające	nd.	znaczenie bez zmian (68,6%)

Źródło: opracowanie własne.

¹⁴⁴ U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

Specjalista ds. interwencji kryzysowej

Do zadań osoby zatrudnionej na tym stanowisku należą:

1. Diagnoza sytuacji klienta;
2. Określenie możliwości wsparcia przy użyciu dostępnych narzędzi;
3. Kierowanie do specjalistów;
4. Proponowanie rozwiązań na przyszłość.

Osoby zatrudnione na stanowisku specjalisty ds. interwencji kryzysowej w systemie pomocy społecznej charakteryzują się dość dużą rozbieżnością w ocenach pracodawców i pracowników. Kompetencje niedoboru są mniej liczne, jednakże w połączeniu z istniejącą (tylko w tym zawodzie pomocy społecznej) luką kompetencyjną oraz przewidywanym wzrostem ich znaczenia w przyszłości nadal mogą być problematyczne. Szczególnie, że dotyczą wiedzy niezbędnej na tym stanowisku, jak również umiejętności związanych z bezpośrednią pracą z klientem.

Najważniejszą kompetencją, która znalazła się w luce kompetencyjnej dla tego zawodu, jest umiejętność „Zapewnienia klientowi bezpieczeństwa poprzez wsparcie odpowiednich specjalistów, służb”. Jest to również kompetencja niedoboru, choć jej znaczenie w przyszłości pozostanie bez zmian.

Kompetencje niedoboru w przypadku tego zawodu nie są – jak już wspomniano – liczne. Można je natomiast podzielić na dwie grupy. Pierwsza z nich dotyczy znajomości obowiązujących przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, Kodeksu postępowania administracyjnego wraz z rozporządzeniami wykonawczymi oraz informacji o istniejącym systemie wsparcia. Ważne w przypadku tego zawodu jest to, że znajomość Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii jest jednocześnie kompetencją niedoboru, znalazła się w luce kompetencyjnej, zaś jej znaczenie będzie rosnąć w przyszłości. Druga grupa to elementy związane z pracą z klientem, tj. diagnozowanie stanu klienta, udzielanie pomocy psychologicznej oraz ustalanie, a następnie egzekwowanie tychże ustaleń. Znaczenie dwóch pierwszych umiejętności będzie rosnąć w przyszłości. Ostatnia z wymienionych znalazła się natomiast w luce kompetencyjnej, ale jej znaczenie nie zmieni się w przyszłości.

Jeszcze mniej liczną grupę stanowią **kompetencje nadwyżkowe**. Pomimo to można ją podzielić na trzy mniejsze części. Po pierwsze – wiedza dotycząca psychologii rozwojowej. Po drugie – kompetencje interpersonalne, tj. asertywność oraz radzenie sobie z sytuacjami

traumatycznymi. Po trzecie – umiejętności związane ze współpracą w zespole oraz oceną analizy skuteczności udzielonego wsparcia. Ponadto współpraca w zespole jest umiejętnością, której znaczenie będzie rosnąć w przyszłości.

W kompetencjach zrównoważonych również wyróżniają się dwie główne grupy. Pierwsza z nich dotyczy wiedzy na temat obowiązujących przepisów oraz zagadnień z zakresu psychologii klinicznej, psychotraumatologii, oraz metod poradnictwa i interwencji kryzysowej (znaczenie tej kompetencji będzie rosnąć w przyszłości). Druga grupa obejmuje wykorzystanie w praktyce posiadanej wiedzy poprzez stosowanie metod poradnictwa i interwencji kryzysowej oraz zapewnianie klientowi bezpieczeństwa. Znaczenie wszystkich wymienionych umiejętności w tej grupie będzie rosnąć w przyszłości. Ostatnim elementem, nieprzynależnym do żadnej z ww. grup, jest otwartość na rozwój.

Najliczniejszą grupę, stanowią **kompetencje wystarczające**. Dwie główne grupy w tym przypadku to umiejętności wykorzystywane w procesie pracy z klientem, tj. identyfikacja zasobów i możliwości wyjścia z sytuacji kryzysowej, określanie możliwości i sposobów wsparcia klienta, motywowanie klienta do podejmowania konstruktywnych działań, organizowanie (w razie potrzeby) pomocy psychiatrycznej oraz informowanie klienta o możliwościach pomocy, a także kompetencje społeczne, tj. empatia, motywowanie, odpowiedzialność za podejmowane działania, odporność na stres oraz zaawansowane kompetencje komunikacyjne. Ostatnim elementem w grupie kompetencji wystarczających jest wiedza z zakresu psychologii rodziny. Znaczenie prawie wszystkich kompetencji w ramach tej grupy będzie rosnąć w przyszłości. Wyjątkiem są tutaj kompetencje społeczne „motywowanie, perswazja” oraz umiejętność „organizowania pomocy psychiatrycznej w razie potrzeby”.

Tabela 4.18. Bilans kompetencji – specjalista ds. interwencji kryzysowej

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ¹⁴⁵	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Znajomość przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii i rozporządzeń wykonawczych	W	4,86	4,91	niedoboru	występuje	wzrost znaczenia (18,0%)

¹⁴⁵ U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ¹⁴⁶	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Znajomość przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii i rozporządzeń wykonawczych	W	4,86	4,91	niedoboru	występuje	wzrost znaczenia (18,0%)
Znajomość przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie i rozporządzeń wykonawczych	W	4,84	4,98	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (86,0%)
Umiejętność stosowania metod poradnictwa (indywidualnego i grupowego) dedykowanych pracy z osobami w kryzysie	U	4,82	4,95	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (16,0%)
Znajomość systemu wsparcia osób w kryzysie, (wiedza, jakie podmioty realizują wsparcie dla osób w kryzysie)	W	4,80	4,88	niedoboru	nie występuje	znaczenie bez zmian (88,0%)
Znajomość zagadnień z zakresu psychotraumatologii	W	4,78	4,93	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (94,0%)
Znajomość Kodeksu postępowania administracyjnego i rozporządzeń wykonawczych	W	4,76	4,91	niedoboru	nie występuje	znaczenie bez zmian (88,0%)
Znajomość zagadnień psychologii klinicznej	W	4,76	4,95	zrównoważone	występuje	znaczenie bez zmian (94,0%)
Znajomość przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu alkoholizmowi i rozporządzeń wykonawczych	W	4,74	4,95	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (86,0%)
Umiejętność zapewniania klientowi bezpieczeństwa poprzez wsparcie odpowiednich specjalistów, służb	U	4,74	4,93	zrównoważone	występuje	wzrost znaczenia (22,0%)
Otwartość na rozwój i dzielenie się doświadczeniami/dobrymi praktykami	KS	4,74	5,00	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (94,0%)
Znajomość przepisów Ustawy o pomocy społecznej	W	4,72	4,93	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (16,0%)
Znajomość metod poradnictwa i interwencji kryzysowej (indywidualnej i grupowej)	W	4,72	4,93	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (24,0%)
Umiejętność diagnozowania stanu klienta, z uwzględnieniem różnych aspektów jego sytuacji (rodzinnej, bytowej, prawnej, zawodowej)	U	4,72	4,91	niedoboru	nie występuje	wzrost znaczenia (16,0%)

¹⁴⁶ U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ¹⁴⁷	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Umiejętność udzielania pomocy psychologicznej	U	4,72	4,91	niedoboru	nie występuje	wzrost znaczenia (18,0%)
Umiejętność przedstawiania oczekiwań, egzekwowania ustaleń	KS	4,72	4,91	niedoboru	występuje	znaczenie bez zmian (88,0%)
Znajomość zagadnień z zakresu psychologii rodziny	W	4,70	4,91	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (20,0%)
Umiejętność określania możliwości i sposobów wsparcia klienta zarówno w ramach ośrodka, jak i w środowisku lokalnym	U	4,70	4,86	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (18,0%)
Umiejętność radzenia sobie z sytuacjami traumatycznymi, otwartość na przyjęcie pomocy, skorzystania ze wsparcia	KS	4,70	4,98	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (86,0%)
Znajomość zagadnień psychologii rozwojowej	W	4,68	4,95	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (92,0%)
Umiejętność identyfikowania zasobów i możliwości wyjścia z sytuacji kryzysowej	U	4,68	4,91	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (22,0%)
Umiejętność motywowania klienta do konstruktywnego radzenia sobie z sytuacją kryzysu	U	4,66	4,88	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (84,0%)
Asertywność, stawianie granic, nieprzejmowanie odpowiedzialności za sukces i niepowodzenie klienta, nieocenianie	KS	4,66	4,93	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (84,0%)
Umiejętność dokonywania analizy skuteczności wsparcia udzielonego klientowi, w tym skuteczności własnych działań	U	4,64	4,93	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (90,0%)
Empatia	KS	4,64	4,91	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (20,0%)
Odpowiedzialność za swoje działanie	KS	4,64	4,86	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (18,0%)
Umiejętność przekazywania klientowi informacji, instruowania o przysługujących świadczeniach i wsparciu, procedurach	U	4,62	4,91	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (20,0%)

¹⁴⁷ U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ¹⁴⁸	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Odporność na stres i dynamikę pracy	KS	4,62	4,91	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (18,0%)
Motywowanie, perswazja	KS	4,60	4,86	wystarczające	nd.	znaczenie bez zmian (96,0%)
Umiejętność organizowania pomocy psychiatrycznej w razie potrzeby	U	4,58	4,88	wystarczające	nd.	znaczenie bez zmian (86,0%)
Umiejętność współpracy w zespole profesjonalistów/zespole interdyscyplinarnym	U	4,58	4,93	nadwyżkowe	nd.	wzrost znaczenia (16,0%)
Zaawansowane kompetencje komunikacyjne w zakresie aktywnego słuchania, zadawania pytań, komunikacji niewerbalnej	KS	4,58	4,86	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (20,0%)

Źródło: opracowanie własne.

Superwizor

Do zadań osoby zatrudnionej na tym stanowisku należą:

1. Wspieranie kadry systemu pomocy społecznej poprzez superwizję indywidualną i grupową;
2. Dbanie o jakość wsparcia otrzymywanego przez klientów pomocy społecznej;
3. Dbanie o przestrzeganie zasad etycznych w tychże kontaktach.

W Polsce niewiele jest osób zatrudnionych na stanowisku superwizora w systemie pomocy społecznej. Z tego względu poniższe rozważania dla tego stanowiska należy traktować wyłącznie w sposób jakościowy, jako swego rodzaju opis zjawiska.

Kompetencje niedoboru w przypadku superwizora dotyczą w większości wiedzy, tj. znajomości przepisów Ustawy o wspieraniu rodziny i pieczy zastępczej, wiedzy z zakresu psychologii rozwojowej, socjologii rodziny, metod pracy socjalnej oraz dynamiki procesów grupowych. Drugą, mniej liczną grupę stanowią umiejętności związane z prowadzeniem spotkań superwizyjnych,

¹⁴⁸ U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

a także dokonywaniem analiz wyzwań i problemów, z którymi muszą się mierzyć pracownicy. Dwie ostatnie kompetencje wymagają poprawy, ponieważ są podstawowymi zadaniami superwizora.

Kompetencje nadwyżkowe są najliczniejszą grupą kompetencji w przypadku tego zawodu. Duża część kompetencji w tej grupie dotyczy czynności podejmowanych w pracy z superwizantami, takich jak zapewnienie bezpieczeństwa, tworzenie stymulującej atmosfery w trakcie superwizji, ustalanie zasad pracy obowiązujących podczas superwizji, przekazywanie informacji zwrotnej superwizantom, promowanie kultury współpracy opartej na otwartości, wspieranie współpracy w zespołach, a także identyfikowanie trudności systemowych w pracy z klientami pomocy społecznej, wspieranie rozwoju zawodowego pracowników pomocy społecznej, stosowanie coachingowych metod pracy, a nade wszystko przestrzeganie kodeksu etycznego. Drugą, istotnie mniejszą, grupę stanowią umiejętności interpersonalne, tj. zaawansowane kompetencje komunikacyjne oraz budowanie zaufania i bezpieczeństwa pracownika.

Grupą zdecydowanie mniej liczną są **kompetencje zrównoważone**. Niepokój budzi fakt, że nie ma wśród nich żadnych rzeczywistych umiejętności. Grupę pierwszą stanowi wiedza nt. obecnej sytuacji prawnej w zakresie systemu pomocy społecznej, a także wiedza z zakresu psychotraumatologii i genezy oraz dynamiki procesów społecznych. W grupie drugiej znalazły się natomiast kompetencje interpersonalne, tj. empatia i odpowiedzialność.

Najmniej liczną grupę w odniesieniu do zawodu superwizora stanowią **kompetencje wystarczające**. Również w tym przypadku można je podzielić na dwie grupy, ale – w przeciwieństwie do kompetencji zrównoważonych – są to grupy oparte na rzeczywistych umiejętnościach oraz kompetencjach interpersonalnych. W części poświęconej wiedzy znajdują się tylko podstawowe zagadnienia z zakresu psychologii klinicznej.

W przypadku zawodu superwizor nie występuje luka kompetencyjna.

Blisko połowa (14 z 30) kompetencji w tym zawodzie to kompetencje przyszłości. Jednakże z uwagi na fakt, że jest to grupa bardzo nielicznie reprezentowana w Polsce (na liście superwizorów działających w Polsce znajduje się zaledwie kilkadziesiąt nazwisk¹⁴⁹), a zatem również w samym badaniu, należy te dane traktować wyłącznie informacyjnie. Szczegóły znajdują się w tabeli poniżej.

¹⁴⁹ Wg danych Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej w 2020 r. wydano 35 certyfikatów, zob.: <https://www.gov.pl/web/rodzina/superwizja-pracy-socjalnej> (dostęp: 09.11.2021), których część należy do Stowarzyszenia Certyfikowanych Superwizorów Pracy Socjalnej, zob.: <http://www.superwizorpracysocjalnej.com.pl/> (dostęp: 09.11.2021).

Tabela 4.19. Bilans kompetencji – superwizor

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ¹⁵⁰	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Znajomość uwarunkowań systemu pomocy społecznej	W	4,81	4,57	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (18,4%)
Znajomość problemów społecznych, ich genezy i dynamiki	W	4,81	4,43	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (18,4%)
Znajomość przepisów Ustawy o wspieraniu rodziny i pieczy zastępczej	W	4,79	4,29	niedoboru	nie występuje	wzrost znaczenia (24,5%)
Znajomość dynamiki procesów grupowych	W	4,79	4,29	niedoboru	nie występuje	wzrost znaczenia (26,5%)
Znajomość zagadnień psychologii rozwojowej	W	4,72	4,14	niedoboru	nie występuje	wzrost znaczenia (24,5%)
Empatia	KS	4,72	4,57	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (77,6%)
Znajomość metod pracy socjalnej	W	4,70	4,29	niedoboru	nie występuje	wzrost znaczenia (22,4%)
Umiejętność prowadzenia spotkań superwizyjnych indywidualnych i grupowych	U	4,70	4,29	niedoboru	nie występuje	wzrost znaczenia (20,4%)
Znajomość przepisów Ustawy o pomocy społecznej	W	4,68	4,71	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (20,4%)
Umiejętność analizowania rzeczywistych wyzwań i problemów, z którymi mierzą się pracownicy	U	4,68	4,14	niedoboru	nie występuje	znaczenie bez zmian (81,6%)
Znajomość zagadnień z zakresu socjologii rodziny, w tym faz życia rodziny, jej typów	W	4,66	4,29	niedoboru	nie występuje	wzrost znaczenia (14,3%)
Znajomość zagadnień psychotraumatologii	W	4,66	4,43	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (20,4%)

¹⁵⁰ U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ¹⁵¹	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Odpowiedzialność	KS	4,66	4,43	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (83,7%)
Świadomość własnych emocji	KS	4,62	4,29	wystarczające	nd.	znaczenie bez zmian (79,6%)
Asertywność, stawianie granic, nie przejmowanie odpowiedzialności za decyzje superwizantów, nieocenianie	KS	4,62	4,29	wystarczające	nd.	znaczenie bez zmian (83,3%)
Umiejętność zapewniania poczucia bezpieczeństwa	U	4,60	4,43	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (79,6%)
Umiejętność tworzenia stymulującej atmosfery w procesie superwizji	U	4,60	4,43	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (79,6%)
Zaawansowane kompetencje komunikacyjne	KS	4,60	4,43	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (83,7%)
Umiejętność nawiązywania kontaktu, dotarcia do pracownika, budowania zaufania i bezpieczeństwa	KS	4,60	4,57	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (77,6%)
Znajomość podstawowych zagadnień psychologii klinicznej	W	4,57	4,00	wystarczające	nd.	znaczenie bez zmian (81,6%)
Umiejętność przekazywania informacji zwrotnej superwizantom	U	4,57	4,43	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (89,8%)
Umiejętność wspierania współpracy w zespołach	U	4,57	4,57	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (81,6%)
Przestrzeganie zasad kodeksu etycznego	U	4,53	4,71	nadwyżkowe	nd.	wzrost znaczenia (14,3%)
Umiejętność skłaniania do refleksji i poszukiwania rozwiązań w pracy z klientami	U	4,53	4,29	wystarczające	nd.	znaczenie bez zmian (81,6%)

¹⁵¹ U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

Kompetencja	Rodzaj kompetencji ¹⁵²	Pracodawcy – ocena ważności kompetencji	Pracownicy – samoocena poziomu kompetencji	Typ kompetencji	Luka kompetencyjna	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Umiejętność uczenia zasad skutecznej komunikacji, udzielania informacji zwrotnej	U	4,51	4,14	wystarczające	nd.	znaczenie bez zmian (79,6%)
Umiejętność promowania kultury współpracy opartej na otwartości i nieocenianiu	U	4,51	4,43	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (77,6%)
Umiejętność identyfikowania trudności systemowych i osobistych w pracy z klientami pomocy społecznej	U	4,51	4,71	nadwyżkowe	nd.	wzrost znaczenia (16,3%)
Umiejętność wspierania rozwoju zawodowego pracowników pomocy społecznej	U	4,49	4,43	nadwyżkowe	nd.	wzrost znaczenia (16,3%)
Umiejętność stosowania coachingowych metod pracy skoncentrowanych na wyznaczaniu i osiąganiu celów zawodowych	U	4,45	4,57	nadwyżkowe	nd.	wzrost znaczenia (16,3%)
Umiejętność ustalania wspólnie z supervizantami zasad pracy obowiązujących podczas supervizji i przestrzegania tych zasad	U	4,43	4,57	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (79,6%)

Źródło: opracowanie własne.

Opiekun środowiskowy

Do zadań osoby zatrudnionej na tym stanowisku należą:

1. Rozpoznawanie potrzeb, możliwości oraz ograniczeń w funkcjonowaniu podopiecznego;
2. Rozpoznawanie i interpretowanie sytuacji społecznej, warunków życia, relacji z rodziną, grupą i środowiskiem lokalnym podopiecznego;
3. Ułatwianie podopiecznemu codziennego funkcjonowania;
4. Dobieranie metod, technik, narzędzi i form realizacji działań opiekuńczo-wspierających do sytuacji życiowej, stanu zdrowia, rozpoznanych problemów i potrzeb osoby wspieranej;

¹⁵² U – umiejętności, KS – kompetencje społeczne. Lista kluczowych kompetencji w zawodzie lekarz została ustalona we współpracy z Radą Sektorową.

Udzielanie wsparcia emocjonalnego i aktywizowanie podopiecznego do samodzielności, w zależności od jego możliwości, oraz nawiązywania, podtrzymywania i rozwijania współpracy z podmiotami działającymi na rzecz osoby starszej w środowisku lokalnym.

Osoby zatrudnione na stanowisku opiekuna środowiskowego w systemie pomocy społecznej charakteryzują się relatywnie niewielką liczbą kompetencji niedoboru, które są ważne z punktu widzenia zadań wykonywanych na tym stanowisku. Również w tym przypadku nie istnieje luka kompetencyjna, zaś znaczenie blisko połowy kompetencji będzie rosnąć w przyszłości.

Kompetencje niedoboru są grupą najmniej liczną w przypadku tego zawodu. Jednakże są one istotne, bowiem w tej grupie znalazły się takie kompetencje jak: umiejętność „Opracowania planu pomocy i opieki dla osoby podopiecznej z uwzględnieniem poziomu jej możliwości psychofizycznych” oraz „Podejmowania działań wspierających z poszanowaniem zdania i woli klienta/podopiecznego”; a także kompetencje społeczne: „Kompetencje komunikacyjne w zakresie aktywnego słuchania, zadawania pytań, jasnego informowania” oraz „Przestrzeganie ustalonych standardów i procedur”. Znaczenie dwóch pierwszych kompetencji będzie rosnąć w przyszłości.

Z drugiej strony **kompetencje nadwyżkowe** są najliczniejszą grupą, w której zawiera się jedna trzecia wszystkich kompetencji¹⁵³. Kompetencje nadwyżkowe można podzielić na dwie mniejsze części: umiejętności oraz kompetencje interpersonalne. Wśród umiejętności wskazać należy „Sprawowanie opieki nad podopiecznym niesamodzielnym, np. z niepełnosprawnością”, „Udzielanie wsparcia emocjonalnego podopiecznemu” czy „Skuteczna komunikacja z klientem”. W grupie kompetencji społecznych można natomiast wskazać odpowiedzialność, asertywność, empatię oraz umiejętność przełamywania stereotypów.

W grupie **kompetencji zrównoważonych** znajduje się znajomość Ustawy o pomocy społecznej, zasad i standardów opieki nad osobami tej opieki wymagającymi czy specyfiki pracy z różnymi typami klientów. Znaczenie wszystkich tych kompetencji będzie rosnąć w przyszłości. Drugą część tej grupy stanowią natomiast umiejętności związane z ułatwianiem dostępu do usług publicznych oraz rozpoznawaniem i oceną stanu klienta. Znaczenie tej ostatniej będzie rosnąć w przyszłości.

¹⁵³ Ponieważ jest to długa lista, nie wymieniono ich wszystkich; z dokładną listą zapoznać się można w Tabeli 4.20.

Równoliczna jest ostatnia grupa – **kompetencje wystarczające**. Można wśród nich wskazać umiejętność identyfikacji pogorszenia stanu zdrowia podopiecznego czy wspierania/motywowania podopiecznego, a także aktywizowania podopiecznego do osiągnięcia samodzielności. Znaczenie wszystkich trzech umiejętności będzie w przyszłości wzrastać. Oprócz wskazanych powyżej w grupie tej znalazły się także: współpraca z innymi instytucjami systemu oraz odporność na stres, natomiast znaczenie żadnej z nich nie będzie rosło w przyszłości.

Jak wspomniano wcześniej, blisko połowa (10 z 21) kompetencji to te, których znaczenie będzie rosło. Znamienne wydaje się, że opiekun środowiskowy to jedyne stanowisko, w odniesieniu do którego wszystkie kompetencje związane z wiedzą będą zyskiwać na znaczeniu, a jednocześnie jedyne, w przypadku którego znaczenia nie będą zyskiwać kompetencje miękkie.

Tabela 4.20. Bilans kompetencji – opiekun środowiskowy

Kompetencja	RODZAJ KOMPETENCJI ¹⁵⁴	PRACODAWCY – ocena ważności kompetencji	PRACOWNICY – samoocena poziomu kompetencji	TYP KOMPETENCJI	LUKA KOMPETENCYJNA	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Znajomość specyfiki pracy z danym typem klienta (np. osobą starszą, z niepełnosprawnością czy niesamodzielnej etc.)	W	4,83	4,66	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (18,8%)
Podstawowa znajomość Ustawy o pomocy społecznej	W	4,81	4,64	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (15,9%)
Znajomość zasad i standardów opieki nad osobą starszą, niesamodzielną, z niepełnosprawnościami	W	4,75	4,64	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (21,9%)
Umiejętność opracowywania planu pomocy i opieki dla osoby podopiecznej z uwzględnieniem poziomu jej możliwości psychofizycznych	U	4,70	4,52	niedoboru	nie występuje	wzrost znaczenia (21,9%)
Umiejętność podejmowania działań wspierających z poszanowaniem zdania i woli klienta/podopiecznego	U	4,70	4,52	niedoboru	nie występuje	wzrost znaczenia (31,3%)

¹⁵⁴ U – umiejętności, W – wiedza, KS – kompetencje społeczne.

Kompetencja	RODZAJ KOMPETENCJI ¹⁵⁵	PRACODAWCY – ocena ważności kompetencji	PRACOWNICY – samoocena poziomu kompetencji	TYP KOMPETENCJI	LUKA KOMPETENCYJNA	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Kompetencje komunikacyjne w zakresie aktywnego słuchania, zadawania pytań, jasnego informowania	KS	4,67	4,54	niedoboru	nie występuje	znaczenie bez zmian (87,5%)
Umiejętność ułatwiania dostępu do usług publicznych, społecznych, zdrowotnych, edukacyjnych	U	4,66	4,62	zrównoważone	nie występuje	znaczenie bez zmian (87,5%)
Przestrzeganie ustalonych standardów i procedur	KS	4,64	4,56	niedoboru	nie występuje	znaczenie bez zmian (76,6%)
Umiejętność rozpoznawania i oceniania stanu i możliwości funkcjonowania fizycznego, psychicznego i społecznego osoby podopiecznej	U	4,63	4,62	zrównoważone	nie występuje	wzrost znaczenia (15,6%)
Umiejętność towarzyszenia oraz udzielania wsparcia emocjonalnego	U	4,62	4,64	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (73,4%)
Umiejętność współpracy z innymi instytucjami systemu pomocy społecznej, jak i reprezentującymi inne sektory (np. ze szkołą, pedagogiem, kuratorem, ochroną zdrowia, policją)	U	4,61	4,50	wystarczające	nd.	znaczenie bez zmian (89,1%)
Odpowiedzialność	KS	4,61	4,60	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (84,4%)
Umiejętność identyfikowania pogorszenia się stanu zdrowia podopiecznego	U	4,60	4,54	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (21,9%)
Umiejętność wspierania oraz motywowania podopiecznego	U	4,60	4,40	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (31,3%)
Umiejętność skutecznego komunikowania się z klientem/podopiecznym	U	4,58	4,70	nadwyżkowe	nd.	wzrost znaczenia (23,4%)
Wrażliwość, empatia, życzliwość, szczerowość, autentyczność w relacji z klientem	KS	4,58	4,62	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (82,8%)

¹⁵⁵ U – umiejętności, W – wiedza, KS – kompetencje społeczne.

Kompetencja	RODZAJ KOMPETENCJI ¹⁵⁶	PRACODAWCY – ocena ważności kompetencji	PRACOWNICY – samoocena poziomu kompetencji	TYP KOMPETENCJI	LUKA KOMPETENCYJNA	Zmiana znaczenia kompetencji w przyszłości (ocena pracodawców)
Umiejętność wspierania sprawności i aktywizowania do samodzielności (także we współpracy z innymi specjalistami, wdrażania zaleceń innych specjalistów)	U	4,56	4,54	wystarczające	nd.	wzrost znaczenia (31,3%)
Umiejętność sprawowania opieki nad osobą podopieczną niesamodzielną, niepełnosprawną lub przewlekle chorą	U	4,52	4,64	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (76,6%)
Asertywność, stawianie granic, nieocenianie	KS	4,52	4,60	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (81,3%)
Odporność na stres	KS	4,48	4,50	wystarczające	nd.	znaczenie bez zmian (81,3%)
Umiejętność przezwycięzania stereotypów i lęków z tym związanych	KS	4,48	4,60	nadwyżkowe	nd.	znaczenie bez zmian (81,3%)

Źródło: opracowanie własne.

¹⁵⁶ U – umiejętności, W – wiedza, KS – kompetencje społeczne.

5. Rekomendacje

5.1. Rekomendacje – opieka zdrowotna

1. Dalsze uregulowanie zawodu asystenta lekarza (poza obszarem chirurgii ogólnej) w celu nadania mu uprawnień w zakresie wykonywania wybranych czynności medycznych, które pozwoli w większym stopniu zrównoważyć niedobór lekarzy. To rozwiązanie powinno być wdrożone w porozumieniu ze środowiskiem lekarzy.
Adresaci: instytucje centralne: MZ, NFZ, organizacje reprezentujące zawody medyczne, zwłaszcza lekarzy.
2. Poszerzenie kompetencji opiekuna medycznego o wybrane czynności medyczne, które pozwoli w większym stopniu zrównoważyć niedobór pielęgniarek. To rozwiązanie powinno być wdrożone w porozumieniu ze środowiskiem lekarzy.
Adresaci: instytucje centralne: MZ, NFZ, organizacje reprezentujące zawody medyczne, zwłaszcza lekarzy.
3. Promowanie wśród lekarzy i pielęgniarek idei zawodu asystenta lekarza i opiekuna medycznego z poszerzonymi uprawnieniami do wykonywania czynności medycznych.
Adresaci: instytucje centralne: MZ, NFZ, organizacje reprezentujące zawody medyczne, zwłaszcza lekarzy i pielęgniarki.
4. Rozwój umiejętności kadry medycznej w zakresie kluczowych kompetencji obejmujących obszary: relacji z pacjentem, współpracy w zespole wielozadaniowym, aktualizowania wiedzy medycznej, umiejętności cyfrowych. Niektóre z tych kompetencji są wprawdzie obecnie mniej poszukiwane przez pracodawców, a pracownicy w mniejszym stopniu je posiadają, lecz ich znaczenie będzie rosnąć w przyszłości (np. kompetencji cyfrowych). Objęcie szkoleniami nie tylko pracowników, ale też kadry odpowiedzialnej za jakość procesu leczniczego w placówce może mieć znaczenie dla wytworzenia w placówkach środowiska pracy sprzyjającego podnoszeniu i stosowaniu tych kompetencji.
Adresacji: szkoły wyższe i inne podmioty prowadzące kształcenie ustawiczne pracowników medycznych, MZ.
5. Promowanie wśród pracodawców rozwiązań z zakresu opieki koordynowanej. Promocja musi być połączona z odpowiednim wsparciem w zakresie wdrażania tych modeli: demonstrowaniem korzyści, sprawdzonych rozwiązań, szkoleniem pracowników.
Adresaci: instytucje centralne: MZ, NFZ, organizacje reprezentujące zawody medyczne.

6. Promowanie wśród pracodawców rozwiązań z zakresu opieki zdalnej i wykorzystania analizy danych do wsparcia procesów leczniczych i zarządczych w placówkach. Te działania muszą być połączone ze wsparciem w zakresie: demonstrowania sprawdzonych rozwiązań, wprowadzania standardów jakości zwłaszcza w zakresie zdalnej opieki, szkolenia pracowników.
Adresaci: instytucje centralne: MZ, NFZ, organizacje reprezentujące zawody medyczne.
7. Wprowadzenie do systemu osobnego świadczenia o charakterze profilaktycznym z przypisanym mu finansowaniem, tak by możliwe było utworzenie na poziomie placówek medycznych osobnych stanowisk pracy, poświęconych działaniom profilaktycznym.
Adresaci: instytucje centralne: MZ, NFZ.

5.2. Rekomendacje – pomoc społeczna

1. Koordynacja systemów kształcenia pozaformalnego pracowników pomocy społecznej – na poziomie krajowym i regionalnym. Na poziomie krajowym powinny być formułowane ogólne zalecenia i wytyczne, które realizowane byłyby na poziomie krajowym.
Adresaci: MRiPS, ROPS-y.
2. Rozwój w ramach systemu kształcenia pozaformalnego kompetencji, których brakuje w systemie, w ścisłym powiązaniu z wykonywanymi zadaniami: w zakresie budowania partnerskich relacji z klientami i innymi aktorami systemu, kompetencji menadżerskich w zakresie zarządzania usługami i ich wiązkami, kompetencji technologicznych związanych z nowymi sposobami świadczenia usług, kompetencji miękkich w obsłudze klienta (w tym psychologicznych – szczególnie empatii, wrażliwości, komunikacji z klientem, umiejętności słuchania, argumentowania, przekonywania, diagnozowania, a także kompetencji osobistych w zakresie rozumienia własnych emocji – ułatwiających bycie asertywnym i przekładających się na efektywność pracy z klientem, ochronę własnych granic i większą odporność na stres i wypalenie), jak również nowych metod pracy i zarządzania przypadkami.
Adresaci: MRiPS, ROPS-y.
3. Uporządkowanie i promocja nowych ról zawodowych – sformułowanie katalogu ról zawodowych i przypisanych im zadań, które mogą wystąpić w systemie, z uwzględnieniem szerokiego grona interesariuszy, w tym w ramach współpracy z Kongresem Profesji i Zawodów Pomocowych.
Adresaci: MRiPS, ROPS-y, organizacje pozarządowe, jednostki organizacyjne systemu pomocy społecznej.

4. Budowanie pozytywnego wizerunku pomocy społecznej i jej pracowników. Ważne w tym aspekcie jest kreowanie pozytywnego przekazu dotyczącego pomocy społecznej i jej pracowników, w tym medialnego, np. w ramach działań promocyjnych, edukacyjnych prowadzonych na różnych poziomach – krajowym, regionalnym i lokalnym. Istotne, aby działania podejmowane na różnych poziomach były spójne i wzajemnie się uzupełniały, a nie powielały.

Adresaci: MRiPS, ROPS-y, jednostki organizacyjne pomocy społecznej.

5. Zapewnienie systemu wdrożenia się do zawodu umożliwiającego stopniowe nabywanie kompetencji niezbędnych w pracy z klientem poprzez rozwój systemu coachingu, mentoringu, tutoringu, opartego na działaniach doświadczonych pracowników.

Adresaci: MRiPS, ROPS-y, jednostki organizacyjne pomocy społecznej.

6. Rozwój systemów wsparcia pracowników poprzez superwizję, a także stworzenie dla pracowników możliwości korzystania w razie konieczności z usług psychologa, co przeciwdziałać będzie wypaleniu zawodowemu. System wsparcia superwizyjnego powinien objąć jak największą liczbę pracowników systemu, nie tylko pracowników socjalnych.

Adresaci: MRiPS, ROPS-y, jednostki organizacyjne systemu pomocy społecznej.

7. Rozwój kompetencji analitycznych wśród kadry kierowniczej jednostek pomocy społecznej i jej pracowników: (1) w zakresie wpływu długookresowych trendów społecznych, gospodarczych i demograficznych na sytuację w systemie pomocy społecznej na danym terenie oraz (2) w zakresie prawidłowej diagnozy zapotrzebowania na wsparcie realizowane przez system pomocy społecznej na danym terenie.

Adresaci: MRiPS, ROPS-y.

