

Mirela Ścigaj

Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu, Wydział Ekonomii,

Katedra Pracy i Polityki Społecznej

mirelascigaj@wp.pl

ROLA KADRY ZARZĄDZAJĄCEJ W KSZTAŁTOWANIU KULTURY BEZPIECZEŃSTWA PRACY W SEKTORZE USŁUG MEDYCZNYCH

Streszczenie: O kulturze bezpieczeństwa w miejscu pracy możemy mówić tylko wtedy, gdy ogół pracowników tworzących zespół będzie wykazywał wobec niej pożądane postawy. Aby taka sytuacja mogła zaistnieć, próbebezpieczne postawy muszą cechować każdego pracownika indywidualnie i mieć całkowite poparcie ze strony kierownictwa zakładu pracy, które samo również wciela je w życie. W sektorze usług medycznych takie postawy są szczególnie ważne, ponieważ usługi medyczne świadczone są przez człowieka dla człowieka.

Słowa kluczowe: kultura organizacji, klimat bezpieczeństwa, kultura bezpieczeństwa, władza, sektor usług medycznych.

Klasyfikacja JEL: I12, M53.

Wstęp

Termin „kultura” w odniesieniu do organizacji został użyty po raz pierwszy przez Jacques. jako „zwyczajowy i tradycyjny sposób myślenia i działania, podzielany w mniejszym lub większym stopniu przez wszystkich członków, a którego nowi członkowie muszą się nauczyć i przynajmniej częściowo zaakceptować, aby sami mogli być zaakceptowani w firmie” [G. Aniszewska 2003, s. 18]. Natomiast termin „kultura bezpieczeństwa” jest wynikiem dyskusji toczących się tuż po awarii jądrowej w Czarnobylu. Jest to „nowe” zagadnienie, szeroko dyskutowane i niezbyt jasno sprecyzowane w literaturze. Poprzez stwierdzenie „nowe”

należy rozumieć chęć spostrzegania i tłumaczenia pewnych zjawisk i zależności występujących pomiędzy ludźmi w danej organizacji przez pryzmat kultury. Zależności te dotyczą ogólnych zasad funkcjonowania ludzi w środowisku pracy, takich jak środowisko społeczne, organizacyjne i materialne, otoczenie zewnętrzne i wewnętrzne organizacji. Jedną z definicji, która precyzyjnie ukazuje problem kultury bezpieczeństwa, jest definicja zaproponowana przez autorów: Ostrom, Wilhelmsen i Kaplan [1994], która brzmi: „kultura bezpieczeństwa oznacza, że postawy członków organizacji i ich wewnętrzne przekonania dotyczące bezpieczeństwa można zaobserwować w sposobie ich postępowania, ustanowionych procedurach, przyjętej polityce bezpieczeństwa oraz kolejnych podejmowanych działaniach na rzecz bezpieczeństwa. Efektem tych działań jest bezpieczeństwo”. Wydaje się, że to właśnie kultura, a raczej jej brak, ma ogromny wpływ na całokształt działań i decyzji podejmowanych przez kadrę zarządzającą w każdej organizacji. Wiele mówi się o zarządzaniu zasobami ludzkimi w aspekcie kultury organizacyjnej, mniej natomiast w aspekcie kultury bezpieczeństwa. Bezpieczeństwo spostrzegane przez pryzmat kultury wymaga zmian w podejściu do tego tematu całego społeczeństwa. Człowiek musi dostrzec kolejny etap, uwzględniając wartości dotychczas niedoceniane lub po prostu niebrane pod uwagę. W sektorze usług medycznych zagadnienie to ma szczególny wymiar ze względu na specyfikę i charakter działania placówek zdrowia. Wszelkie działania i decyzje, podejmowane szczególnie na szczeblu kierowniczym, mają bezpośredni wpływ nie tylko na zdrowie i życie pacjenta, ale również pracownika.

Coraz częściej w wielu szpitalach kierownictwo jest zobowiązane do zintegrowania coraz bardziej rygorystycznych wymagań w służbie zdrowia, dotyczących bezpieczeństwa. Z jednej strony zagrożeń występujących w szpitalu jest wiele, co wynika z liczby osób tam przebywających, zarówno pracowników jak i pacjentów. Z drugiej strony natomiast zagrożenia te są bardzo zróżnicowane. Podjęcie właściwych działań w tej sferze jest zadaniem niezmiernie trudnym i wymagającym wielotorowego sposobu myślenia i działania. Niezbędna jest więc strategia zmian opracowana dla wszystkich szczebli szpitala. Rola kierownika w tworzeniu kultury bezpiecznej pracy na oddziale stanowi punkt centralny, wokół którego rozwijają się działania niezbędne do powstania i utrzymania stanu, w którym każdy członek organizacji czuje i rozumie potrzebę zaistniałych zmian. Potrzeba zaistnienia nowych standardów bezpieczeństwa rozwija potrzebę nowego podejścia do zarządzania, w tym zarządzania bezpieczeństwem pracy. Podejściem tym jest zarządzanie poprzez kulturę organizacji oraz kulturę bezpieczeństwa. W literaturze opisywane są przypadki bankructwa organizacji, które wprowadzając nowe zasady zarządzania, nie uwzględniły zasad kultury organizacji.

1. Wpływ uwarunkowań ekonomiczno-społecznych na kulturę bezpieczeństwa pracy kadry medycznej

Jednostki medyczne dzielą się ze względu na formę organizacyjną i własnościową. Różnią się one ze względu na warunki niezbędne do świadczenia usług medycznych, sposób świadczenia usług oraz specjalizację personelu. Z tego punktu widzenia istnieje następujący podział: szpital, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, sanatorium, prewentorium, hospicjum, hostel, oddział dzienny, przychodnia, ośrodek zdrowia, poradnia, pogotowie ratunkowe, laboratorium diagnostyczne, pracownia protetyki stomatologicznej i ortodoncji, zakład rehabilitacji leczniczej, żłobek, zakład leczniczo-wychowawczy i gabinet medycyny szkolnej. Każda z wymienionych jednostek świadczących usługi medyczne ma inną strukturę i inną kulturę organizacyjną. Różnice w funkcjonowaniu tych jednostek, jak i kształtowaniu przez nie kultury organizacji, wynikają również z formy własności. Zasadnicze znaczenie pod tym względem ma podział na jednostki publiczne i prywatne. Według Krota [2008] usługa medyczna świadczona jest w celu zapewnienia zdrowia lub wzbogacania walorów osobistych. Hołub [2005] uważa, że świadczenie usługi medycznej jest skomplikowanym procesem, podczas którego zaangażowane są obie strony, zarówno nabywca, jak i usługodawca. Co więcej, efekt tych działań nie jest zależny tylko od świadczeniodawcy, ale w dużej mierze zależy od stanu zdrowia świadczeniobiorcy. W tej sytuacji odbiór usługi oraz ocena jej jakości jest często subiektywnym odczuciem, które potęguje świadomość, że usługa medyczna świadczona jest przez osoby wykształcone, świadome swoich czynów i ich wpływu na zdrowie oraz życie innych ludzi. Rogoziński [2000] uważa, że na obsługę pacjenta ogromny wpływ ma zachowanie się całego personelu medycznego. Pożądane jest tworzenie pozytywnych relacji pomiędzy pacjentem a personelem medycznym, co dobrze wpływa na wizerunek organizacji oraz przebieg leczenia. Odpowiednie standardy, nawyki, wartości oraz normy zachowania przyjęte przez zespół są potrzebne nie tylko wtedy, gdy proces leczenia przebiega prawidłowo, ale przede wszystkim pozwalają one na właściwy sposób zachowania się w sytuacjach trudnych. Do takich sytuacji można zaliczyć błędy medyczne, zaniedbania organizacyjne czy niewłaściwy stosunek do pacjenta. Shortell i Kałużny [2001] podają najczęściej wymieniane różnice pomiędzy usługami niemedycznymi a usługami medycznymi. Zaliczają do nich normowanie pracy, ocenę wyników pracy, kompleksowość oraz zróżnicowanie pracy, natychmiastowy charakter pracy, tolerancję błędu, niejednoznaczność, zależność od siebie poszczególnych czynności, koordynację pracy poszczególnych specjalistów, wykształcenie, lojalność wobec zawodu, podporządkowanie służbowe, kompetencje, odpowiedzialność. Dodatkowo dochodzą też takie czynniki, jak duże

ryzyko zakażenia, praca zmianowa, umiejętność postępowania empatycznego i obciążenie psychiczne.

W sektorze usług medycznych rolą menedżera powinno być stworzenie takich warunków pracy, które pozwolą na rozwój zawodowy pracownika i zapewnią więź z organizacją. Dzięki temu proces leczenia i relacje pomiędzy pacjentem a personelem medycznym nabiorą pozytywnego znaczenia.

Kohn, Corrigan i Donaldson [1999] oraz Larson [2000] są zdania, że charakterystyczne dla kultury bezpieczeństwa jest zachowanie kierownictwa, które wspiera tę kulturę i jest dobrym przykładem do naśladowania dla innych współpracowników. Institute for Healthcare Improvement [2005] dodaje do tego niezbędny wskaźnik kultury bezpieczeństwa, jakim jest zapewnienie i zabezpieczenie niezbędnych środków finansowych do osiągnięcia wyznaczonych celów i wykonania określonych zadań związanych z bezpieczeństwem. Profesjonalizm działania w sferze usług medycznych jest potęgowany poprzez tworzenie klimatu organizacji sprzyjającego tworzeniu się silnej kultury. Badania przeprowadzone przez Buchelt [2008] w czterech szpitalach w województwie małopolskim potwierdziły przypuszczenia autorki, że nie ma tam kultury organizacyjnej. Nie ma przejrzystej polityki personalnej, spójnego systemu zarządzania, wypracowanych metod oceny i sposobu wynagradzania. W związku z tym zaistniała sytuacja nie wpływa w znaczący sposób na kształtowanie się norm, wartości i postaw pracowników przez kadrę menedżerską. Na świecie, na coraz szerszą skalę, obserwuje się zainteresowanie bezpieczeństwem w sektorze usług medycznych. Coraz częściej kierownictwo szpitala jest zobowiązane do zintegrowania coraz bardziej rygorystycznych wymagań dotyczących bezpieczeństwa. Z jednej strony zagrożeń występujących w szpitalu jest wiele, co wynika z liczby osób tam przebywających, zarówno pracowników, jak i pacjentów. Z drugiej strony natomiast zagrożenia te są bardzo zróżnicowane. Podjęcie właściwych działań w tej sferze jest zadaniem niezmiernie trudnym i wymagającym wielotorowego sposobu myślenia i działania. Niezbędna jest więc strategia zmian opracowana dla wszystkich szczebli szpitala. Kierownik w tworzeniu kultury bezpiecznej pracy na oddziale jest punktem centralnym, wokół którego rozwijają się działania niezbędne do powstania i utrzymania stanu, w którym każdy członek organizacji czuje i rozumie potrzebę zaistniałych zmian. Potrzeba zaistnienia nowych standardów bezpieczeństwa rozwija potrzebę nowego podejścia do zarządzania, w tym zarządzania bezpieczeństwem pracy. Podejściem tym jest zarządzanie poprzez kulturę organizacji oraz kulturę bezpieczeństwa. Sposób, w jaki kierownik zarządza podległą mu jednostką, istotnie wpływa na wartości, postawy i postępowanie zatrudnionych w niej pracowników. Innymi słowy, zmiany te są widoczne w kulturze organizacji. Dlatego też system zarządzania powinien wyznaczać kierunek rozwoju i umożliwić budowanie silnej kultury bezpieczeństwa, promować go i popierać. Efektywny system zarządzania wy-

maga od kierownictwa pełnego, jednoczesnego zaangażowania się w sprawy traktowane dotychczas w wielu organizacjach jako niezależne od siebie. Podstawą jest połączenie wszystkich aspektów zarządzania i działalności obejmujących bezpieczeństwo, zdrowie, środowisko, jakość i ekonomię z naciskiem na ciągłą poprawę każdego z tych elementów. Rozwinięta kultura bezpieczeństwa może w znaczący sposób poprawić jakość pracy oraz usług medycznych świadczonych przez pracowników służby zdrowia. Według Leape'a i Berwicka [2005] rozwój kultury bezpieczeństwa pracy jest uzależniony od stopnia zaangażowania się kierownictwa w poprawę bezpieczeństwa i jakości pracy wykonywanej przez biały personel. Singer i Tucker [2006] na podstawie badań w ośmiu szpitalach stwierdzają, że kadra zarządzająca placówkami medycznymi jest odpowiedzialna za powstanie kultury bezpieczeństwa w danej jednostce organizacyjnej. Także Roberts i Rousseau [1989] oraz Weick [1987] są zdania, że to kierownicy oddziałów są odpowiedzialni za tworzenie i rozwój kultury bezpieczeństwa szczególnie w tych miejscach pracy, gdzie istnieje wysokie prawdopodobieństwo powstania zdarzenia niebezpiecznego. Nawet jeśli kadra zarządzająca rozumie istotę i potrzebę szczególnej dbałości o bezpieczeństwo pracy, to mimo wszystko nie nadaje temu zjawisku priorytetowego znaczenia, poza tym Singer i współautorzy [2003] zaobserwowali istotne różnice w postrzeganiu bezpieczeństwa u kadry zarządzającej.

Flin i Yule [2004] zaproponowali wytyczne, które pomogą kadrze zarządzającej oddziałami szpitala propagować i rozwijać kulturę bezpieczeństwa. Pierwszym etapem tych działań jest określenie wizji bezpieczeństwa i zaproponowanie jej pracownikom, przez co okazany zostaje im szacunek i zaufanie. Następnie personel medyczny zostaje upoważniony do podejmowania określonych działań, wnoszenia sugestii, skarg oraz wniosków na rzecz bezpieczeństwa, przy zapewnieniu ze strony kierownictwa, że działania te będą potraktowane poważnie. Przez cały czas powinna istnieć ścisła współpraca pomiędzy pracownikami wszystkich szczebli szpitala i obowiązywać zasada dobrego przykładu ze strony osób zarządzających placówką medyczną. Priorytetowym stwierdzeniem budującym kulturę bezpieczeństwa powinno być ciągłe doskonalenie i bezustanna poprawa.

Rola przywódcy w tworzeniu kultury bezpieczeństwa została dobrze rozpoznana w innych sektorach gospodarki narodowej, np. w lotnictwie, przemyśle nuklearnym czy przemyśle chemicznym. W związku z tym Flin i Yule [2004], Kerfoot [2003] oraz Reason [2000] są zdania, że doświadczenia z badań nad kulturą bezpieczeństwa w tych miejscach można bezpośrednio przełożyć na sektor usług medycznych. Argumentem potwierdzającym słuszność ich sądów jest duże prawdopodobieństwo ryzyka w każdej z tych gałęzi gospodarki.

Bezpieczeństwo pracy w niebezpiecznych sektorach gospodarki narodowej jest dyskutowane od dziesięcioleci, natomiast obszar związany z usługami me-

dycznymi jest traktowany indywidualnie, ze względu na specyfikę świadczonych usług. Singer i współautorzy [2003] uważają, że relacje pomiędzy personelem medycznym a pacjentem są bardziej skomplikowane i niosą za sobą dużo większe ryzyko powstania sytuacji niebezpiecznej, niezależnej bezpośrednio od żadnej ze stron. Analiza błędów medycznych i orzekanie o winie budzi dużo więcej emocji i negatywnych zjawisk społecznych. Scott i Backman [1990] proponują spojrzeć na czynniki różnicujące organizacje pod kątem kultury bezpieczeństwa przez pryzmat spostrzegania zawodu lekarza i pielęgniarki oraz cech osób wykonujących te zawody. Millenson [1997], Starr [1982] i Weller [1984] uważają, że propozycje pomiaru i poprawy bezpieczeństwa spotykały się z dużą niechęcią ze strony tej grupy zawodowej. Przyczyn takiej sytuacji Tucker i Edmondson [2003] upatrują w systemie szkolenia lekarzy i pielęgniarek, indywidualnej odpowiedzialności za błędy, hierarchii panującej w szpitalu oraz systemie wynagradzania preferującego sukcesy, a nie błędy. Jasne i precyzyjnie określone zadania, które jednocześnie poszerzają zakres działania i możliwość podejmowania samodzielnych decyzji, pozytywnie wpływają na pracę pielęgniarek i lekarzy. Stwierdzenie to jest zgodne z teorią Kantera, który definiuje „władzę” jako umiejętność organizacji pracy, w tym zorganizowania środków finansowych, które umożliwią osiągnięcie wytyczonych celów, w przeciwieństwie do definiowania „władzy” w tradycyjnym, hierarchicznym ujęciu. Pracownicy w tym rozumieniu mają możliwość rozwoju poprzez szerszy dostęp do szeroko pojętych informacji, również finansowych, są wspierani w swoich działaniach oraz uczą się, jak powinni wykonywać swoją pracę. Zakłady opieki zdrowotnej funkcjonują w otoczeniu, które podlega ciągłym zmianom, przyczyniając się do powstania niepewności w sferze zarządzania oraz podejmowania decyzji finansowych, kadrowych i medycznych. Tak jak każda inna organizacja, także szpital podlega oddziaływaniu wielu czynników z bliższego i dalszego otoczenia. Makrootoczenie, czyli otoczenie dalsze, zawiera w sobie czynniki ekonomiczne, technologiczne, społeczne i demograficzne, polityczne, prawne i międzynarodowe. Otoczenie ekonomiczne szpitala determinowane jest przez niskie nakłady na personel medyczny oraz niewielkie ryzyko upadłości w następstwie złych wyników finansowych.

2. Wpływ klimatu zakładów opieki zdrowotnej na kształtowanie się w nich kultury bezpieczeństwa

W celu poprawy jakości usług medycznych oraz bezpieczeństwa pracowników i pacjentów szpitali dokonano dotychczas bardzo wiele. Obecnie według Blegen, Pepper i Rosse poprawa jest ściśle uzależniona od czynników, które podzielić można na trzy kategorie. Pierwszą kategorię stanowią rozwiązania tech-

niczne, drugą warunki oraz organizacja pracy natomiast trzecią klimat i kultura bezpieczeństwa. Coraz większe zainteresowanie klimatem bezpieczeństwa w opiece zdrowotnej skupia się na pacjencie. Blegen, Pepper i Rosse jako jedni z pierwszych w 2001 roku skupili swoje zainteresowanie na placówkach zdrowia. W związku z tym, że nie było dostępnych wcześniejszych opracowań związanych z klimatem bezpieczeństwa w sektorze usług medycznych, swoje badania oparli na danych z badań w lotnictwie. Uznali oni, że jest to zasadne, gdyż w obu przypadkach ważne jest zarówno bezpieczeństwo pracownika, jak i pasażera linii lotniczych, czy w przypadku służby zdrowia pacjentów szpitali. Bezpieczeństwo pracownika jest ważnym zagadnieniem, gdyż wpływa ono bezpośrednio na bezpieczeństwo pacjenta.

Zohar [2000], Varonen i Mattila [2000] oraz Hofman i Morgeson [1999] uważają, że zachowanie kierownictwa i metody zarządzania wraz z postawą indywidualnego kierownika, jego działania, oczekiwania i sposób komunikacji stanowią podstawową przyczynę błędów pracowniczych powodujących wypadki przy pracy i powstanie innych sytuacji i zdarzeń niebezpiecznych. Zohar [2000] oraz Shannon, Walters i Lewchuk [1996] twierdzą, że przyczyną wszelkich nieprawidłowości jest również brak zaangażowania kierownictwa i pracowników w zagadnienia związane z bezpieczeństwem natomiast Varonen i Mattila [2000] poszerzają ten obszar dodatkowo o brak gotowości podjęcia działań poprawiających stan bezpieczeństwa przez organizację.

Gershon Karkashian i Grosch [2000] zwrócili uwagę na sześć podstawowych zasad, których przestrzeganie tworzy klimat bezpieczeństwa. Pierwszą z nich jest poparcie przez kierownictwo programów, strategii i celów pozwalających podjąć działania na rzecz poprawy bezpieczeństwa, natomiast drugą – eliminowanie przeszkód utrudniających wykonanie tych działań. Kolejna zasada opiera się na konieczności zastosowania ergonomicznych rozwiązań technicznych i organizacyjnych oraz właściwej ochronie indywidualnej i zbiorowej pracowników. Dobra komunikacja i brak konfliktów pomiędzy członkami organizacji, częste szkolenia oraz rozmowy o sytuacjach niebezpiecznych, jakie miały miejsce w organizacji, stanowią dwie kolejne zasady budujące klimat bezpieczeństwa. Pronovost i in. [2003] oceniają, że największe zaangażowanie w placówkach szpitala można zaobserwować w sytuacjach, które powstają na skutek zdarzeń, takich jak zakażenia szpitalne czy śmierć pacjenta z winy szpitala. Wadliwa organizacja pracy i brak informacji zwrotnych informujących o faktycznych przyczynach tych zdarzeń nie pozwala podjąć działań naprawczych istniejącego stanu rzeczy. Brak jest dogłębnej i wnikliwej analizy, dzięki której można dostrzec prawdziwe przyczyny. Niestety, próby podjęcia takich działań są oddalane, gdyż mogłyby spowodować zbyt wiele zmian, na które szpitale nie są lub wydaje się, że nie są przygotowane. W lotnictwie kultura bezpieczeństwa pozwoliła na zredukowanie dużej liczby błędów popełnianych przez pilotów [Sexton i Klinec 2001;

Helmreich 2000; Sexton, Thomas i Helmreich 2000]. Ocenia się, że w służbie zdrowia można osiągnąć podobne wyniki, gdy wzrośnie świadomość kadry zarządzającej na temat kultury bezpieczeństwa.

Podczas szkoleń piloci przekazują innym swoje umiejętności techniczne, ale także dzielą się informacją na temat błędów, jakie popełnili i jakich byli świadkami. Stanowi to idealny materiał szkoleniowy, wykorzystywany w lotnictwie powszechnie. Sexton, Thomas i Helmreich [2000], badając klimat bezpieczeństwa w lotnictwie i medycynie, ocenili, że obszar związany z medycyną wymaga natychmiastowej poprawy, ponieważ nie obserwuje się w nim żadnych wskaźników klimatu czy kultury bezpieczeństwa. Przeciwnie jest w lotnictwie, wskaźniki te istnieją i podlegają ciągłej poprawie. Armstrong i Laschinger swoje badania nad kulturą bezpieczeństwa i jej wpływem na jakość usług medycznych oparli na teorii Kantera „empowerment” co oznacza, że prawo do podjęcia decyzji ma ten, kto jest najbliżej pacjenta (klienta) [Brilman 2002]. Reguła ta jest rewolucyjną regułą rządzącą, która polega nie tylko na oddaniu „władzy” kierownikom niższego szczebla, ale także na „usunięciu strachu i wszelkich przeszkód utrudniających podejmowanie decyzji” [Bugdol 2008].

Aby możliwe było realizowanie tej reguły w procesie pracy, konieczna jest wizja i strategia organizacji, identyfikacja klientów zarówno zewnętrznych, jak i wewnętrznych, określenie zakresu swobody, limitów, ograniczeń decyzyjnych, natychmiastowy dostęp do informacji i nowych technologii informacyjnych, istnienie systemów wspomagania procesów decyzyjnych, możliwość mobilizowania zasobów wewnętrznych, kompetencje i doskonalenie pracowników, pozyskiwanie informacji zwrotnych, wartościowanie dokonań pracowników, odpowiednie wynagrodzenie [Brilman 2002].

Zakończenie

Przyczyną braku kultury bezpieczeństwa w wielu organizacjach jest dychotomiczny podział pomiędzy bezpieczeństwem a produktywnością i oczekiwanymi zyskami. Bezpieczeństwo jest traktowane jak ostateczność, a środki finansowe przeznaczone na ten cel – jak odpływ gotówki. Nie zauważa się powszechnie pozytywnego związku pomiędzy bezpieczeństwem a produktywnością, widzi że jedynie związek pomiędzy bezpieczeństwem a mniejszym zyskiem. Dlatego tak ważny jest właściwy klimat, który pozytywnie wpływa na kształtowanie się kultury bezpieczeństwa. Pomaga grupie współpracowników wspierać się i stymuluje intelektualnie. Relacje w grupie oparte są na zaufaniu, otwartości, humorze i dobrej komunikacji sprzyjają powstaniu pozytywnych relacji z przełożonymi. Jeżeli ich działanie nie ogranicza się tylko do kontroli, ale oparte jest na współpracy, powstaje klimat, który uwalnia wewnętrzną potrzebę bezpieczeństwa

każdego człowieka. Bezpośredni przełożeni postrzegani są jako osoby przyjazne, otwarte i wspierające nowe i innowacyjne pomysły, co wyzwała w pracownikach kreatywność i potrzebę uczestnictwa we wspólnym przedsięwzięciu na rzecz poprawy bezpieczeństwa swojego i innych. Pomocne w tworzeniu tych pozytywnych relacji jest postrzeganie organizacji jako posiadającej i chcącej wykorzystywać swoje zasoby do wspierania, wzmacniania i wprowadzania twórczych pomysłów oraz postrzeganie pracy/zadań jako złożonych i interesujących. Postrzeganie pracy i zadań związanych z jej wykonywaniem przez pryzmat ważności zapewnia jasność misji, świadomość celów i oczekiwań związanych z twórczym funkcjonowaniem oraz autonomię, postrzeganie pracowników jako mających wolność i swobodę w wykonywaniu swoich zadań. Jasno określone kryteria wykonywanej pracy oraz zaufanie sprzyja pozytywnej wymianie interpersonalnej, gdzie członkowie organizacji postrzegają się jako grupę stanowiącą jedną całość, w której nie ma znaczących konfliktów.

Bibliografia

- Aniszewska, J., 2003, *Geneza pojęcia „kultura organizacyjna”*, Przegląd Organizacji, nr 10, s. 17–19.
- Blegen, A., Pepper, G., Rosse, J., 2005, *Safety Climate on Hospital Units*, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20592/> [dostęp: 24.07.2011].
- Brilman, J., 2002, *Nowoczesne koncepcje i metody zarządzania*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa.
- Buchelt, B., 2008, *Znaczenie kierowników liniowych w zarządzaniu zasobami ludzkimi na przykładzie wybranych procesów realizowanych przez współczesne organizacje*, Problemy Zarządzania, nr 22.
- Bugdol, M., 2008, *Zarządzanie jakością w urzędach administracji publicznej*, Difin, Warszawa.
- Flin, R., Yule, S., 2004, *Leadership for Safety: Industrial Experience*, Quality and Safety in Health Care, 13(Suppl II), s. 45–51.
- Gershon, R., Karkashian, C., Grosch, J., 2000, *Hospital Safety Climate and Its Relationship with Safe Work Practices and Workplace Exposure Incidents*, Am J Infect Control, no. 28, s. 211–221.
- Helmreich, R., 2000, *On Error Management: Lessons From Aviation*, BMJ, no. 320, s. 781–785.
- Hofman, D., Morgeson, F., 1999, *Safety-related Behavior as a Social Exchange: The Role of Perceived Organizational Support and Leader-member Exchange*, J Appl Psychol., no. 84(2), s. 286–296.
- Hołub, I.J., 2005, *Usługi medyczne*, w: Flejterski, S., Panasiuk, A., Perenc, J., Rosa, G. (red.), *Współczesna ekonomika usług*, PWN, Warszawa.
- http://www.malopolskie.pl/Pliki/2007/RaportUM_2.pdf [dostęp: 02.09.2011].

- Institute for Healthcare Improvement, 2005, *Reduce Adverse Drug Events (ADEs) Involving Intravenous Medication. Use Oral Syringes for Oral Medications Only*. <http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/MedicationSystems/Changes/IndividualChanges/Use+Oral+Syringes+for+Oral+Medications+Only.htm> [dostęp: 02.09.2011].
- Kerfoot, K., 2003, *Attending to Weak Signals: the Leader's Challenge*. Nurs Econ, no. 21(6), s. 293–295.
- Kohn, L., Corrigan, J., Donaldson, M., 1999, *To Err Is Human Building a Safer Health System Committee on Quality of Health Care* in: America Institute of Medicine National Academy Press, Washington.
- Krot, K., 2008, *Jakość i marketing usług medycznych*, ABC – Wolters Kluwer Business, Warszawa.
- Larson, L., 2000, *Ending the Culture of Blame. A Look at Why Medical Errors Happen-and What Needs to Change*. Trustee, no. 53(2), s. 6–10.
- Leape, L., Berwick, D., 2005, *Five Years After To Err Is Human: What Have We Learned?* JAMA, no. 239(19), s. 2384–2390.
- Millenson, M., 1997, *Demanding Medical Excellence: Doctors and Accountability in the Information Age*, University of Chicago Press, Chicago.
- Organizations: *Having the Bubble*, IEEE Transactions on Engineering Management, no. 36(2), s. 132.
- Ostrom, L., Wilhelmsen, C., Kaplan, K., 1994, *Assessing Safety Culture*, Journal of Nuclear Safety, no. 34(2).
- Pronovost, P., Weast, B., Holzmüller, C., Rosenstein, B., Kidwell, R., Haller, K., Feroli, E., Sexton, J., Rubin, H., 2003, *Evaluation of the Culture of Safety: Survey of Clinicians and Managers in an Academic Medical Center*, Qual Saf Health Care, no. 12(6), s. 405–410.
- Reason, J., 2000, *Human Error: Models and Management*. British Medical Journal, no. 320(7237), s. 768–770.
- Roberts, K., Rousseau, D., 1989, *Research in Nearly Failure-Free, High-Reliability*.
- Rogoziński, K., 2000, *Nowy marketing usług*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań.
- Scott, R., Backman, E., 1990, *Institutional Theory and the Medical Care Sector*, w: Mick, S.S. (ed.), *Innovations in Health Care Delivery: Insights for Organization Theory*, Jossey-Bass Inc. Publishers, San Francisco.
- Sexton, J., Klinect, J., 2001, *The Link between Safety Attitudes and Observed Performance in Flight Operations*. Columbus, OH: The Ohio State University.
- Sexton, J., Thomas, E., Helmreich, R., 2000, *Error, Stress and Teamwork in Medicine and Aviation: Cross Sectional Surveys*. BMJ, no. 320, s. 745–749, <http://homepage.psy.utexas.edu/homepage/group/helmreichlab/publications/pubfiles/pub245> [dostęp: 23.08.2011].
- Shannon, H., Walters, V., Lewchuk, W., 1996, *Workplace Organizational Correlates of Lost-time Accident Rates in Manufacturing*, Am J Ind Med., no. 29, s. 258–268.
- Shortell, S.M., Kałużny, A.D., 2001, *Podstawy zarządzania opieką zdrowotną*, Fundacja Zdrowia Publicznego, Uniwersyteckie Wydawnictwo „Versalius”, Kraków. <http://jama.jamane-twork.com/article.aspx?articleid=200911> [dostęp: 02.09.2011].
- Singer, S., Gaba, D., Geppert, J., Sinaiko, A., Howard, S., Park, K., 2003, *The Culture of Safety in California Hospitals*. Quality and Safety in Health Care, no. 12(2), s. 112–118.
- Starr, P., 1982, *The Social Transformation of American Medicine*. NY: Basic Books Inc, New York.

- Tucker, A., Edmondson, A., 2003, *Why Hospitals Don't Learn From Failures: Organizational and Psychological Dynamics That Inhibit System Change*, California Management Review, no. 45(2), s. 55.
- Varonen, U., Mattila, M., 2000, *The Safety Climate and Its Relationship to Safety Practices, Safety of the Work Environment and Occupational Accidents in Eight Woodprocessing Companies*, Accid Anal Prev., no. 32, s. 761–769.
- Weick, K., 1987, *Organizational Culture as a Source of High Reliability*. California Management Review, no. 29(2), s. 112–127.
- Weller, C., 1984, “Free Choice” as a Restraint of Trade in American Health Care Delivery and Insurance, Iowa Law Review, no. 69(5), s. 1351–1378 and 1382–1392.
- Zohar, D., 2000, *Group-level Model of Safety Climate: Testing the Effect of Group Climate on Micro-accidents in Manufacturing Jobs*, J Appl Psychol., no. 85(4), s. 587–596.

THE ROLE OF MANAGEMENT STAFF IN DEVELOPING A SAFETY CULTURE IN THE HEALTHCARE SECTOR

Abstract: A safety culture in the workplace can only be achieved when all the employees who make up a team have an appropriate attitude towards the issue. For this to happen, each individual employee must have such an attitude, and they must have the full support of the company's management. And the total support for pro-safety attitudes by the management is only possible when the management themselves share this attitude. In the healthcare sector, such attitudes are particularly important because medical services are provided by people, for people.

Keywords: culture of safety, healthcare sector.