

## Relacje w procesie zarządzania usługami zdrowotnymi

### 3.1. Treść relacji i ich rodzaje w działalności organizacji

Kapitał relacji można zaliczyć do podstawowych źródeł przewagi konkurencyjnej szpitali i innych placówek sektora ochrony zdrowia. U podstawy są relacje. Pojęcie relacji ma bogatą literaturę. W pracy Krzyżanowskiego na przykład czytamy, że kategorię relacji uważa się za niedefiniowalną, ale można ją wyjaśnić przez egzemplifikację<sup>1</sup>. Autor ten wskazał, że płodnym zabiegiem metodologicznym w tym względzie jest dokonanie dekompozycji tej kategorii na różne typy (rodzaje) i podtypy relacji w zależności od ich charakteru. Wyróżnił dwa podstawowe typy relacji: stosunki i oddziaływania. Te pierwsze nie zachodzą realnie, choć stwierdzić można ich występowanie również między realnymi przedmiotami. Oddziaływania zaś zachodzą między przedmiotami realnymi jako członami relacji oddziaływania, są realne, konkretne i przynoszą konkretne skutki; ich skutkiem są zmiany.

Stąd często w literaturze relację ujmuje się jako stosunek, jakkolwiek zależność, oddziaływanie, związek zachodzący pomiędzy podmiotami dowolnego rodzaju, na przykład ze względu na związek przyczynowy między podmiotami, wielkościami oraz między ludźmi lub grupami społecznymi<sup>2</sup>. Używa się tego terminu zamiennie z szeregiem pojęć pokrewnych, takich jak: partnerstwo, interakcja, powiązania, układy, zależności, więź czy związek. Nie są to jednak pojęcia tożsame i należy unikać ich używania zamiennie.

---

<sup>1</sup> L. Krzyżanowski, *Podstawy nauk o organizacji i zarządzaniu*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1992, s. 107–108.

<sup>2</sup> Tamże.

Przyjmuje się, że relacje to szczególny zasób niematerialny w organizacji, który wyzwała potencjał umiejętności i możliwości połączonych stron, co może prowadzić do zbudowania trwałej przewagi konkurencyjnej. Obejmuje zachowania, kulturę, i współdziałanie, ale w różny sposób kultywowane i w różny sposób objawiane przez organizację<sup>3</sup>.

Budowanie relacji i zespołów oznacza ich tworzenie i rozwijanie dla prawidłowego wykonania przydzielonych lub sformułowanych oddolnie, a zaakceptowanych przez zwierzchnika celów i zadań. Relacje tworzone są zarówno w zespołach (*within the team*), pomiędzy członkami zespołów (*intra-team*), pomiędzy zespołami (*inter-team*), jak i z innymi pracownikami czy grupami spoza zespołów. Relacje odnoszą się także do zewnętrznych stron zainteresowanych, czyli dostawców, klientów, innych społeczności i społeczeństwa. Mogą być postrzegane jako sposób sformalizowania współpracy, dominujące sposoby zarządzania, relacje władzy w procesie współpracy czy treści relacji.

Ważna jest treść relacji i ich funkcje. Treść relacji wskazuje na co oddziałujemy, funkcje zaś na to, kto jest podmiotem oddziaływania. Wspólne treści relacji to: konieczność wystąpienia interakcji przynajmniej między dwoma podmiotami, osiągnięcie korzyści przez wszystkie strony, uzależnienie się stron od siebie, wystąpienie między nimi różnego rodzaju powiązań, wymiana informacyjna, materialna lub energetyczna; także zaangażowanie, które często wiąże się z ponoszeniem nakładów finansowych.

Różnie klasyfikuje się relacje w literaturze. Oprócz przywołanej podstawowej klasyfikacji relacji dokonanej przez Krzyżanowskiego przytoczono kilka innych stanowisk wybranych autorów. K. Rogoziński zaprezentował podział relacji na cztery typy<sup>4</sup>:

- 1) utylitarny, określane jako stosunki produkcji, produkcji podziału i wymiany,
- 2) poznawczy – pozwalające poznawać prawdę,
- 3) etyczny, preferujący dobro, prawdę,
- 4) estetyczny, akcentujące piękno.

Otto J. wyróżnił cztery grupy relacji ze względu na sytuację<sup>5</sup>:

- 1) relacje z odbiorcami, skupiające się na wzmacnianiu relacji między organizacją a klientem,
- 2) relacje z dostawcami, wzmacniające więzi dostawców z odbiorcami,
- 3) relacje zewnętrzne, dokonujące się z podmiotami zewnętrznymi,
- 4) relacje wewnętrzne, działające na rynku wewnętrznym.

<sup>3</sup> A. Kalembe, *Relacje przedsiębiorstwa z otoczeniem jako instrument budowania przewagi konkurencyjnej*, [w:] *Kapitał relacyjny w nowoczesnej gospodarce*, (red.) M. Cisek, Studio Emka, Warszawa 2009, s. 64.

<sup>4</sup> K. Rogoziński, *Zarządzanie relacjami w usługach*, Difin, Warszawa 2006, s. 28.

<sup>5</sup> J. Otto, *Marketing relacji. Koncepcja i stosowanie*, C.H. Beck, Warszawa 2004, s. 75.

W. Czakon zaś podzielił relacje ze względu na określony punkt widzenia, przyjęty do rozważań i odpowiednią metodę badawczą. Dokonał klasyfikacji relacji ze względu na<sup>6</sup>:

- treść – relacje odnoszą się do przedmiotu wymiany, jej zakresu i częstotliwości oraz czasu ich trwania,
- jakość – relacje obejmują takie czynniki, jak stopień zgodności kultur organizacji, stylów podejmowania decyzji oraz zbieżności przestrzeganych wartości,
- strukturę – relacje odnoszą się do takich cech, jak: gęstość, centralność, siła powiązań, luki strukturalne i równorzędność strukturalna.

Przegląd dorobku literatury autorów z zagranicy w zakresie rodzajów relacji zawiera tabela 3.1.

Tabela 3.1. Rodzaje relacji międzyorganizacyjnych

Data	Autor/autorzy	Kryterium podziału	Rodzaje relacji
1986	L.G. Mattsson	kierunek relacji	strategiczne centrum relacji peryferyjnych
			relacje peryferyjne
			relacje opisane według układu poziomego
			relacje opisane według układu pionowego
			relacje komplementarne
			relacje współzawodniczące
			relacje w wąskim zakresie
			relacje o szerokim zakresie
			relacje złożone (sieciowe)
			relacje proste (między dwoma podmiotami)
			relacje dominujące ze względu na treści relacji i jej rodzaj
			relacje podporządkowane
			relacje mające niewielki wpływ na wartość dodaną strategicznego centrum
relacje mające znaczny wpływ na wartość dodaną strategicznego centrum			
1998	J. Child, D. Faulkner	zależność podmiotów	relacje całkowitej niezależności
			relacje pełnej zależności
2001	J.M. Hite, W.S. Hestery	ewolucja relacji	pierwotne relacje społeczne
			zakorzenione relacje rynkowe
			sieci ceniących spójność

<sup>6</sup> W. Czakon, *Istota relacji sieciowych*, „Przegląd Organizacji” 2005, nr 9, s. 8.

			relacje eksploatawania
			relacje strukturalne
			historycznie ukształtowane <i>path-dependent</i>
			intencjonalne zarządzanie siecią relacji
2002	M. Bengston, S. Kock	zachowania firm	konkurencja
			współpraca
			kompetycja
			relacje koegzystencji
2005	A. Lefaix-Durand, D. Paulin, R. Kozak, R. Beaugard	natura relacji	relacje wrogości
			relacje współpracy
		zarządzanie relacjami	relacje transakcji
			relacje nadzoru relacyjnego
2005	T.H. Pham	zależność podmiotów	relacje niezależne
			relacje zależne
2005	C.F. Hung	uzyskiwanie korzyści	relacje jednostronne
			relacje wzajemne
			relacje umowne
			relacje wymiany
			relacje symbiotyczne
			relacje manipulacyjne
			relacje eksploatujące
2007	G. Gereffi, J. Humphrey, Y. Sturgeon	mechanizm koordynacji	relacje rynkowe
			relacje modularne
			relacje relacyjne
			relacje poddańcze/niewolnicze
			relacje hierarchiczne
2007	de Witt, Meyer	rozkład władzy	relacje wzajemnej niezależności
			relacje nierównomiernej niezależności
			relacje wzajemnej zależności
			relacje nierównomiernej zależności
		cel relacji	relacje nastawione na dzielenie się zasobami
			relacje nastawione na integrację działań
			relacje nastawione na zgranie pozycji
		podmiot relacji	relacje pionowe wstecz (z dostawcami)
			relacje pionowe w przód (z nabywcami)
			bezpośrednie relacje poziome (z konkurentami)
			pośrednie relacje poziome (z konkurentami spoza branży)



			relacje z innymi podmiotami otoczenia w sferze: społeczno-kulturowej
			relacje z innymi podmiotami otoczenia w sferze: ekonomicznej
			relacje z innymi podmiotami otoczenia w sferze: polityczno-administracyjnej technologicznej
			relacje z innymi podmiotami otoczenia w sferze: technologicznej
2010	P. Andersson, L.G.Mattsson	czas trwania relacji	relacje długookresowe, relacje krótkookresowe relacje temporalne

Źródło: R. Lenart, *Rozwój organizacji uczącej się a zarządzanie relacjami, referat na konferencję „Przedsiębiorstwo XXI wieku. Doświadczenia i perspektywy zarządzania. Opracowano na podstawie: A. Zakrzewska-Bielawska, Ewolucja szkół strategii: przegląd głównych podejść i koncepcji, [w:] R. Krupski (red.), Zarządzanie strategiczne. Rozwój koncepcji i metod, Prace Naukowe Wałbrzyskiej Wyższej Szkoły Zarządzania i Przedsiębiorczości, t. 27, 2014, s. 22–23.*

Przegląd dorobku literatury pozwala na konstatację, że organizacje niezależnie od swej pozycji rynkowej kształtują różnego rodzaju relacje z uczestnikami rynku. Relacje charakteryzują się: wzajemnością, dużą rozpiętością czasową, specyfiką procesu oraz zależnością kontekstową. Podstawą jest formalny i nieformalny proces wymiany danych, informacji, wiedzy, umiejętności, satysfakcji, począwszy od pojedynczej transakcji, po powtarzające się transakcje, miękkie relacje, twarde relacje, alianse strategiczne, kończąc na sieciach. U podstaw relacji leży przekonanie ich uczestników o ograniczeniu własnych możliwości, wiedzy oraz umiejętności.

Klasyfikacja relacji jest obszerna i różnorodna. Różnorodność z jednej strony warunkuje dywersyfikację ryzyka działalności związanego z pojawiającymi się zagrożeniami rynkowymi, a z drugiej zwiększa możliwość wykorzystania okazji rynkowych, szans. Odpowiednio ukształtowane relacje mają wpływ na istnienie i poziom rozwoju organizacji. Są ważnym konstruktorem współdziałania gospodarczego, bo wpływają na zwiększenie wymiany informacji, redukcję niepewności otoczenia, a to sprzyja wspólnemu uczeniu się i tworzeniu zasobów rzadkich. Relacje ułatwiają współpracę, komunikację, zrozumienie, realizację celów oraz tworzenie odpowiedniego klimatu pracy; ułatwiają wspólne podjęcie współdziałania ukierunkowanego na realizację zbieżnych celów i działań. Warto dodać, że w teorii organizacji wszystkie więzi są traktowane jako relacje, zaś nie wszystkie relacje tworzą więzi. Wynika to z definicji więzi, która jest odmianą relacji, a w praktyce oznacza, że relacje stanowią kategorię szerszą niż więzi.

Celowe działania zmierzające do osiągnięcia założonych celów są treścią zarządzania relacjami. To tworzenie relacji, ich monitorowanie, rozwijanie z uwzględnieniem wszystkich aspektów współpracy między partnerami. Istotne są podej-

mowane przez nich decyzje dotyczące współdziałania, bo one kształtują relacje wewnątrz organizacji i relacje międzyorganizacyjne. Zarządzanie relacjami obejmuje szereg działań, które przyczyniają się do budowania odpowiedniego portfela relacji dostosowanych do specyfiki organizacji. Powoduje, że wszelkie działania podejmowane w kierunku nawiązywania relacji nie mają charakteru przypadkowego, ukierunkowane są na uzyskiwanie jak największych korzyści zarówno dla organizacji, jak i jej interesariuszy. Odnosząc się do strategii, techniki i technologii, procesów, kapitału intelektualnego powinny być ukierunkowane na interesariuszy. Działania te powinny być na trwałe wpisane w systemy, metody i praktyki organizacji. W centrum procesu zarządzania znajdują się pracownicy i podjęte przez nich decyzje o alokacji zasobów własnych organizacji i zasobów interesariuszy. Nie zawsze poziom zaangażowania partnerów jest ekwiwalentny. Gdy jedna ze stron jest bardziej zaangażowana w relacje niż druga występuje zjawisko asymetrii relacyjnej, które w przypadku relacji na linii: lekarz – pacjent jest dotkliwie odczuwalne. Pacjenci „walczą” wręcz o możliwość wejścia w relacje z lekarzem celem uzyskania określonej jakości świadczeń zdrowotnych w określonym terminie.

### 3.2. Relacje w zarządzaniu usługami w organizacji ochrony zdrowia

CRM (*Customer Relationship Management*), czyli zarządzanie relacjami z klientem to koncepcja, która się realizuje w systemie CRM. Celem systemu jest budowanie lojalności klientów w stosunku do organizacji poprzez rozwijanie trwałych i zindywidualizowanych związków, korzystnych dla klienta<sup>7</sup>. Oznacza całokształt działań związanych z kreowaniem i utrzymywaniem długotrwałych relacji z klientem, wspieranych narzędziami technologii informatycznej. Szczególny charakter relacji tworzonych przez CRM polega na nawiązaniu partnerstwa, które można osiągnąć wówczas, gdy zarówno klient, jak i organizacja dostrzegają potrzebę i korzyści podejmowania wspólnych działań w dłuższym czasie. W celu tworzenia takich relacji konieczne jest właściwe powiązanie i zharmonizowanie pracy wszystkich komórek organizacyjnych jednostki, które bezpośrednio i pośrednio uczestniczą w procesie obsługi klienta<sup>8</sup>. CRM w założeniu ma przyczyniać się do podnoszenia satysfakcji klientów przez spełnienie ich wymagań, życzeń i oczekiwań oraz przez wpływ personelu placówki

---

<sup>7</sup> B. Deszczyński, *CRM, strategia, system, zarządzanie zmianą*, Oficyna Wolters Kluwer, Warszawa 2011, s. 21.

<sup>8</sup> K. Bondarowska, M. Szafranski, M. Goliński, *Zarządzanie relacjami z klientem*, Wydawnictwo Politechniki Poznańskiej, Poznań 2010, s. 31.

na „servis” usługi posprzedażnej, usługi po uzyskaniu świadczenia właściwego przez pacjenta (porada, informacja, instrukcja).

CRM można interpretować poprzez dwa przenikające się koncepcyjne nurty. W pierwszym nurcie pojęcie CRM odnosi się do kompleksowego oprogramowania, które ma zagwarantować skuteczne zarządzanie cyklem klienta<sup>9</sup>. Na ukształtowanie tej koncepcji miała wyraźny wpływ technologia informatyczna, rewolucjonizując sposób komunikacji z klientem, modyfikując dotychczasowe metody sprzedaży oraz umożliwiając identyfikację poszczególnych klientów. Pozwala na automatyzację cyklu obsługi klienta. Druga koncepcja podkreśla znaczenie marketingu jako podstawy wprowadzenia CRM, którego cele są zbieżne z celami marketingu relacji. Kładzie nacisk na przyciąganie i utrzymywanie klientów. Konieczne staje się budowanie długotrwałych relacji z klientem i pozyskiwanie informacji o nim. Celem CRM jest współtworzenie wartości z klientem, czego wynikiem jest powstanie struktury sieciowej, wymagającej sprawnego zarządzania, w którą zostają włączeni klienci – interesariusze. Systemy CRM mają realizować dwie grupy celów – zadań: operacyjne i analityczne.

Cele operacyjne polegają na wsparciu działań pracowników, którzy mają bezpośredni kontakt z klientem i są traktowani jak reprezentanci organizacji. Do tej grupy celów–zadań CRM zalicza się<sup>10</sup>:

- obsługę *Customer Care Center* (Centrum Obsługi Klientów, *Call Center*, infolinie): zasoby informacji, skrypty rozmów, *Lead Management* (zarządzanie szansami sprzedaży – przekazywanie informacji oraz śledzenie zainteresowania u klientów ofertą organizacji), *IVR (Interactive Voice Responding* – udostępnianie nagranych wcześniej odpowiedzi na standardowe pytania klientów), automatyczną internetową obsługę, zarządzanie czasem wykonywanej przez operatorów pracy oraz pomiar satysfakcji klienta,
- zautomatyzowanie czynności sprzedażowych (*Sales Force Automation – SFA*),
- marketing – docelowe grupy klientów, kampanie, śledzenie zachowań konsumentów, działania *cross-selling* (sprzedaż usług dodatkowych) oraz *up-selling* (sprzedaż usług, które są droższe od wcześniej zakupionych przez klienta).

Cele – zadania analityczne CRM obejmują interpretowanie danych, które są zbierane poprzez kanały kontaktów z klientem, a także danych, którymi dysponuje organizacja (na przykład: analiza rentowności klientów i kampanii marke-

<sup>9</sup> K. Rogoziński, *Zarządzanie wartością z klientem*, Oficyna Wolters Kluwer, Warszawa 2012, s. 340.

<sup>10</sup> B. Deszczyński, *CRM, strategia, system, zarządzanie zmianą*, Oficyna Wolters Kluwer, Warszawa 2011, s. 23–24.

tingowych, zadowolenia klientów), jak również czynników, które wpływają na rezygnację klienta z usług jednostki.

Do badań CRM z punktu widzenia klientów zalicza się<sup>11</sup>:

- identyfikację czynników satysfakcji klienta oraz jej pomiar,
- zrozumienie zjawiska lojalności klientów; określenie profilów klientów,
- analiza wartości klientów i przewidywanie ich postawy lojalności w przyszłości,

Badania CRM dla organizacji obejmują:

- pomiar świadomości oraz zrozumienia CRM przez pracowników, ich satysfakcji z wdrożonego i stosowanego systemu, jego środków dla maksymalizacji kompetencji osób pracujących w dziale obsługi klienta,
- monitorowanie jakości obsługi klienta.

Działania prowadzone w systemie CRM powinny przyczynić się do zwiększenia wiedzy o postawach i zachowaniach klientów. Warunkiem funkcjonowania CRM jest zreformowanie systemów informatycznych oraz zmiana strategii na dążenie do stałych kontaktów, systematycznego komunikowania się i wzajemnego zrozumienia<sup>12</sup>.

Potrzebne jest nowe zdefiniowanie relacji pomiędzy świadczeniodawcą a pacjentem poprzez lepsze zrozumienie celów, działań i efektów, jakie działania prowadzone przez organizację ochrony zdrowia wywierają na relacje z pracownikami, pacjentami, ich rodzinami, na środowisko przyrodnicze oraz pozostałych interesariuszy organizacji.

Rodzaj działalności realizowany w sektorze ochrony zdrowia cechuje się tym, że jedna strona decyduje w imieniu drugiej. Ten rodzaj relacji znany jest pod nazwą relacji agencji. Oznacza sytuację, w której pacjent przekazuje prawo do podejmowania decyzji lekarzowi, świadczeniodawcy, staje się mocodawcą, a lekarz – jego agentem<sup>13</sup>. Relacja ta bazuje na wartości zaufania, zaufania do wybranego lekarza. To tworzy kapitał relacji, bazujący na kapitale ludzkim. Lekarz staje się „agentem” pacjenta w kwestii diagnozowania i sposobu leczenia; z zasady jednak reprezentuje interesy świadczeniodawcy. Występując jako agent pacjenta, czasami generuje sobie jednak wewnętrzny konflikt interesów. Posiadając wiedzę medyczną, może wykorzystywać swoją przewagę nad pacjen-

<sup>11</sup> L. Nieżurawski, B. Pawłowska, J. Witkowska, *Satysfakcja klienta. Strategia – pomiar – zarządzanie*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń 2010, s. 121.

<sup>12</sup> Por. Rozdział 8, K. Rogoziński, *Wprowadzenie do marketingowego zarządzania organizacją świadczącą usługi medyczne*, [w:] praca zb. pod red. M. Dobskiej i K. Rogozińskiego, *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2008, s. 209–259.

<sup>13</sup> J. Sobiech, *Ekonomiczne aspekty zarządzania opieką zdrowotną*, [w:] *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, PWN, Warszawa 2008, s. 71.

tem dla zwiększenia prestiżu zawodowego, swego wynagrodzenia lub interesów kolegów – lekarzy (osobiste preferencje). Lekarze generują popyt na świadczenia medyczne. To zjawisko nosi w literaturze nazwę popytu indukowanego podażą. Towarzyszyć mu może pokusa nadużycia, czego konsekwencją mogą być większa ilość świadczeń, a tym samym i wyższe koszty opieki zdrowotnej.

W opinii T. Getzena relacje pomiędzy świadczeniodawcą, lekarzem i pacjentem są najważniejszymi relacjami zachodzącymi w opiece zdrowotnej<sup>14</sup>. Pochodną przemian świadomości w organizacjach ochrony zdrowia jest zmieniające się podejście do roli, jaką spełniać powinien zarówno usługodawca, jak i pacjent w łączącej ich relacji.

Występujące typowe różnego rodzaju relacje w systemie ochrony zdrowia to relacje:

- międzyorganizacyjne (świadczeniodawca (NFZ) – usługodawca (publiczna lub prywatna organizacja ochrony zdrowia)),
- interpersonalne (publiczna lub prywatna organizacja ochrony zdrowia – lekarz, pielęgniarka, położna, terapeuta; lekarz, pielęgniarka, położna, terapeuta – pacjent).

M.J. Rosenau twierdził, że istotą medycyny klinicznej są relacje między lekarzem a pacjentem, gdzie pacjentem jest osoba indywidualna, natomiast jądrem zdrowia publicznego są relacje między lekarzem a przedstawicielami innych dyscyplin i dziedzin życia, czyli między społeczeństwem, pacjentem zbiorowym<sup>15</sup>.

Jakość relacji w środowisku ochrony zdrowia, rozumiana jako wartość niesiona przez rodzaj więzi pomiędzy podmiotami wymiany scharakteryzowana ze względu na stopień zgodności kultur organizacji, stylów podejmowania decyzji oraz zbieżności przestrzeganych wartości może być oceniana według trzech kryteriów<sup>16</sup>: zaangażowania, zaufania oraz satysfakcji.

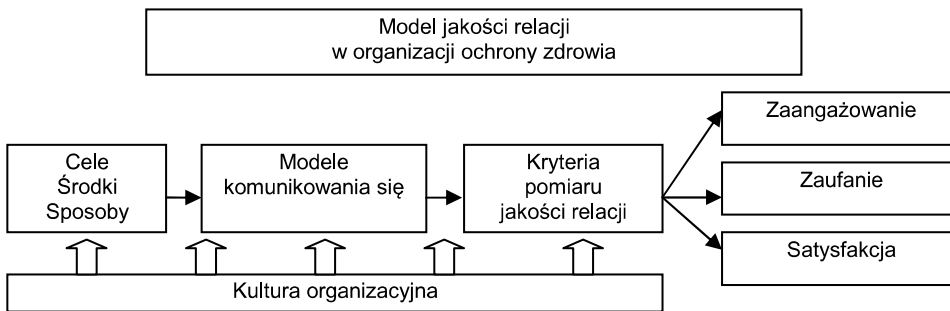
Zaangażowanie wyraża się w trwałej chęci do utrzymywania wartościowych relacji. Zależy od poziomu zaufania między dwoma podmiotami. A zaufanie stanowi fundament do powstania relacji między co najmniej dwoma podmiotami i wyraża się w pewności, co do wiarygodności i uczciwości partnera wymiany. Satysfakcja z relacji wyraża się zadowoleniem z wzajemnej postawy i zachowań partnera. Model wyznaczników jakości relacji w organizacji ochrony zdrowia przedstawia rysunek 3.1.

<sup>14</sup> T. Getzen, *Ekonomika zdrowia. Teoria i praktyka*, PWN, Warszawa 2000.

<sup>15</sup> Za: J. Leowski, *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*, wydanie III, CeDeWu, Warszawa 2011, s. 13.

<sup>16</sup> R.W. Palmatier, *Relationship marketing. Marketing Science Institute Cambridge*, Massachusetts 2008, s. 120.

Rysunek 3.1. Model wyznaczników jakości relacji w organizacji ochrony zdrowia



Źródło: Opracowanie własne.

Zaufanie jest nieodłącznym zjawiskiem, a zarazem kryterium zarządzania relacjami. Jest spoiwem w prowadzeniu działalności gospodarczej. Zaufanie jako zjawisko to akceptacja uwrażliwienia na działania partnera w sytuacji niepewności oraz ryzyka, związana z pozytywnym oczekiwaniem, że partner nie będzie działał oportunistycznie. Konsekwencją zaufania jest chęć podjęcia ryzyka poprzez wejście w interakcje z partnerem. Może być definiowane, o czym pisze W.M. Grudzewski, I.K. Hejduk, A. Sankowska i M. Wańtuchowicz, jako stopień, do którego dana jednostka A jest chętna zależeć od drugiej jednostki B (osoby, przedmiotu, organizacji itp.) w konkretnej sytuacji z przekonaniem względnego bezpieczeństwa, mimo że negatywne konsekwencje są możliwe<sup>17</sup>. Bugdol w pracy poświęconej wymiarom i problemom zarządzania organizacją opartą na zaufaniu dowodził, że zaufanie można nazwać oczekiwaniem, zasobem, fundamentem społecznych interakcji, zakładem, stanem psychicznym, gotowością do zaakceptowania drugiego człowieka. W zarządzaniu organizacjami zaufanie powinno być przede wszystkim podstawową wartością organizacyjną obecną w polityce jakości usług, misji, wizji, programach zarządzania oraz w samym uświadomieniu przymiotu jakości<sup>18</sup>.

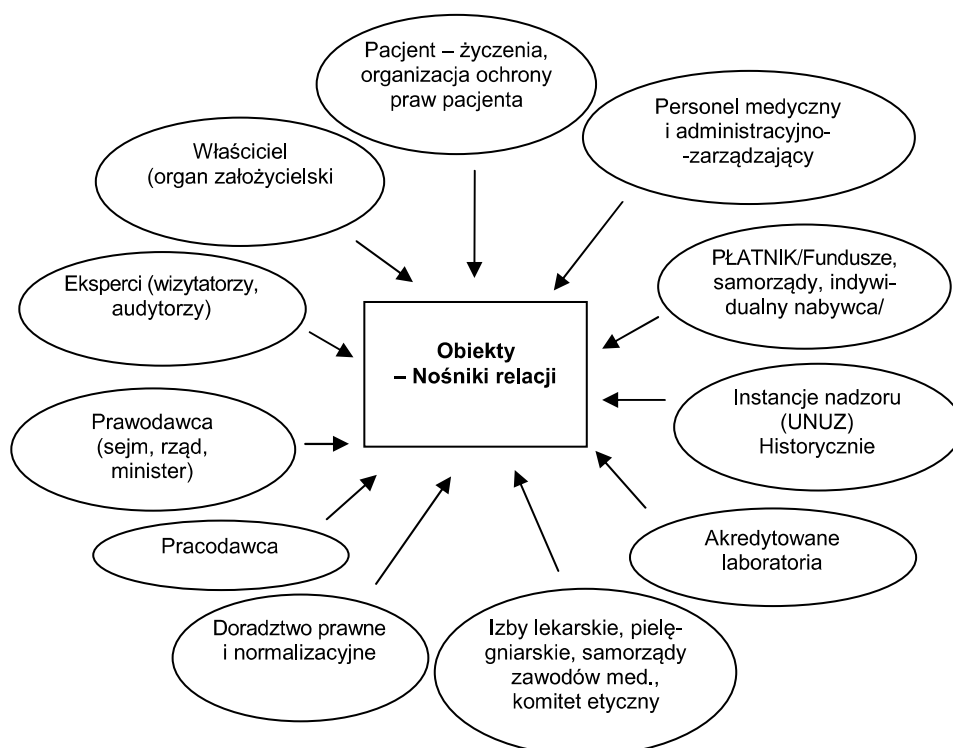
Zaufanie nie występuje w każdej relacji z uczestnikiem, ale jeśli już wystąpi jest gwarancją powodzenia. Brak zaś zaufania jednej strony rodzi nieufność drugiej, zmniejsza wzajemne zobowiązania i w konsekwencji sprowadza wymianę do transakcji na krótki okres. Partnerskie relacje między stronami są budowane przy zaangażowaniu obu stron i strony żywią przekonanie, że partnerstwo jest warte dalszej pracy w celu zapewnienia jego trwałości.

<sup>17</sup> Autorzy tej pracy wyróżnili trzy poziomy zaufania: słabe, przeciętne i silne. Por. W.M. Grudzewski, I.K. Hejduk, A. Sankowska, M. Wańtuchowicz, *Zarządzanie zaufaniem w organizacjach wirtualnych*, Difin, Warszawa 2007, s. 37.

<sup>18</sup> M. Bugdol, *Wymiary i problemy zarządzania organizacją opartą na zaufaniu*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2010, s. 6.

Architektura powiązań relacji szpitala jako zasobu budowana jest stopniowo, wyrasta często z kontaktów osobistych, umacniania się jego reputacji, bezpieczeństwa, zaufania w grupach interesariuszy. Zachodzi konieczność zaangażowania różnych interesariuszy, takich jak lekarze, menedżerowie, instytucje kontraktujące i pacjenci, aby zyskać ich poparcie<sup>19</sup>. Interesariusze to grupy mogące oddziaływać na realizację celów organizacji lub mogące podlegać oddziaływaniu w związku z realizacją tych celów. Rogoziński uważa, że jeśli dzięki wzajemnemu oddziaływaniu usługodawcy i usługobiorcy oraz jednoczesnym doświadczaniu tego oddziaływania powstają i utrwalają się więzi między uczestnikami cyklu obsługi to one z klientów przekształcają ich w interesariuszy<sup>20</sup>.

Rysunek 3.2. Główni uczestnicy systemu usług zdrowotnych



Źródło: K. Lisiecka, *Charakterystyka kategorii jakości usług zdrowotnych*, [w:] K. Lisiecka (red.) *Zarządzanie jakością usług zdrowotnych*, Instytut Przedsiębiorczości i Samorządności, 2003, s. 21.

<sup>19</sup> A. Hine, *Rozwój usług zdrowotnych i realizacja inwestycji kapitałowych*, [w:] K. Walshe, J. Smith (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011, s. 216 i 217.

<sup>20</sup> K. Rogoziński (red.), *Zarządzanie relacjami w usługach*, Difin, Warszawa 2006, s. 14.

W systemie opieki zdrowotnej wyróżnić można wielu uczestników zawiązujących relacje. Rysunek 3.2. prezentuje głównych wybranych uczestników, interesariuszy tworzenia relacji w sektorze ochrony zdrowia.

Budowanie i podtrzymywanie relacji pomiędzy jednostką ochrony zdrowia a jej otoczeniem jest niezbędne dla osiągnięcia przewagi konkurencyjnej. Coraz więcej szpitali stara się umiejętnie zarządzać relacjami ze swoimi interesariuszami i świadomie budować kapitał relacyjny, bo ten umożliwia pozyskanie informacji, które są kapitałem w procesie świadczenia usług zdrowotnych. Technologie informatyczne zaś ułatwiają proces komunikowania się.

Przeprowadzone w roku 2013 badania dotyczące identyfikacji relacji podmiotu leczniczego z interesariuszami obejmowały następujące kwestie<sup>21</sup>:

- Jakie są oczekiwania interesariusza w związku z danym projektem/polityką postępowania?
- Jakie można zidentyfikować korzyści z niego płynące dla interesariusza?
- Jakie zasoby może poświęcić interesariusz (lub uniknąć poświęcenia) dla projektu?
- Jakie inne interesy ma interesariusz, które mogą stać w konflikcie do projektu?
- Jakie zasoby posiada interesariusz, które są przydatne dla budowania przewagi konkurencyjnej?

Niżej w tabeli 3.2. zestawiono oczekiwania interesariusza względem organizacji.

Tabela 3.2. Określenie interesu interesariusza

Interesariusz	Czego interesariusz oczekuje od organizacji
1. Kadra zarządzająca	Sprawnej realizacji celu przez organizację
2. Zarząd	Poprawy funkcjonowania organizacji, korzyści dla organizacji
3. Organ założycielski/właściciel	Poprawa jakości, utrzymanie bezpieczeństwa medycznego na danym terenie
4. Rada Społeczna	Poprawa jakości, utrzymanie bezpieczeństwa medycznego na danym terenie
5. Rada Nadzorcza	X
6. Sponsorzy	Efektywnego wydawania przekazanych środków
7. Inwestorzy	Korzyści materialnych
8. Pacjenci	Sprawnego wdrożenia przedsięwzięcia
9. Rodziny pacjentów	Sprawnego wdrożenia przedsięwzięcia

<sup>21</sup> Badania naukowe pod kierunkiem A. Frączkiewicz-Wronki, *Identyfikacja relacji podmiotu leczniczego z interesariuszami (na przykładzie sektora ochrony zdrowia)*, UE Katowice, Katowice 2013.



10. Ministerstwa (MZ, MPiPS)	Oczekuje zwiększenia kapitału politycznego
11. NFZ	Spełnienia wyznaczonych wymagań
12. Organy kontrolne (Sanepid, PIP)	Spełnienia wyznaczonych wymagań
13. Społeczność lokalna	Sprawnego wprowadzenia przedsięwzięcia, dobrej opinii na jego temat
14. Władze samorządowe	Poprawa jakości, utrzymanie bezpieczeństwa medycznego na danym terenie
15. Ośrodki pomocy społecznej	Współpracy w ramach nowego przedsięwzięcia
16. Szpitale o wyższym st. referencyjności	Dobrego przepływu informacji, współpracy w ramach projektu
17. Stowarzyszenia/fundacje	Współpracy z organizacją
18. Lokalni politycy	Dobrej opinii o przedsięwzięciu w ramach cyklu wyborczego
19. Kościół	Kontaktów w ramach potrzeb zależnych od przekonań religijnych pacjentów
20. Konkurenci – SPZOZ-y	Zdrowej konkurencji, wzajemnego uzupełniania się
21. Konkurenci – NZOZ-y	Zdrowej konkurencji
22. Lekarze kontraktowi	Zapewnienia dobrych warunków pracy
23. Lekarze zatrudnieni na umowę o pracę	Stabilnych warunków pracy
24. Pielęgniarki	Stabilnych warunków pracy
25. Średni personel pomocniczy i techn.	Stabilnych warunków pracy
26. Personel administracyjny	Stabilnych warunków pracy
27. Związki zawodowe	Przestrzegania prawa pracy
28. Media	Dostępności informacji, funkcji rzecznika w organizacji
29. Banki i instytucje finansowe	Terminowości spłacania zobowiązań,
30. Firmy farmaceutyczne	Korzyści materialnych, wywiązywania z zobowiązań materialnych, współpracy długoterminowej
31. Firmy handlujące sprzętem medycznym	Korzyści materialnych, wywiązywania z zobowiązań materialnych, współpracy długoterminowej
32. Firmy remontowe i budowlane	Korzyści materialnych za wykonane usługi
33. Firmy oferujące ubezpiec. i św. abonam.	Korzyści materialnych za wykonane usługi, nie nadużywanie profitów płynących z ubezpieczenia
34. Kooperanci (usługi outsourcowane)	Korzyści materialnych
35. Instytucje doradcze (consulting)	Korzyści materialnych
36. Instytucje akredytujące i certyfikujące	Spełnienia postawionych wymagań i ich utrzymania
37. Właściciele sklepów i usług pozamed.	Korzyści materialnych, stabilnej współpracy
38. Transport medyczny	Zapewnienie zaplecza logistycznego
39. Transport niemedyyczny	Zapewnienie zaplecza logistycznego

Źródło: Badania A Drosik, E Kędziarska, *Identyfikacja relacji podmiotu leczniczego z interesariuszami (na przykładzie sektora ochrony zdrowia)*, pod red. A. Frączkiewicz-Wronki, Maszynopis powielony, UE, Katowice 2013.

W tabeli 3.3. wykazano zaś, jakie zasoby: ludzkie, finansowe, rzeczowe, informacyjne, które są ważne dla funkcjonowania organizacji, posiada interesariusz.

Tabela 3.3. Określenie interesu organizacji względem interesariuszy

<b>Interesariusz</b>	<b>Jakie cenne dla organizacji zasoby posiada interesariusz</b>	<b>Na ile cenne są te zasoby dla działania organizacji (1. nieistotne, 5. b. istotne)</b>
1. Kadra zarządzająca	Ludzkie, informacyjne	5, 5
2. Zarząd	Ludzkie, informacyjne	4, 4
3. Organ założycielski/właściciel	Ludzkie, finansowe	5, 5
4. Rada Społeczna	Ludzkie, informacyjne	4, 5
5. Rada Nadzorcza		
6. Sponsorzy	Finansowe, rzeczowe	4, 3
7. Inwestorzy	Ludzkie, rzeczowe	4, 4
8. Pacjenci	Ludzkie, informacyjne	5, 5
9. Rodziny pacjentów	Ludzkie, informacyjne	5, 5
10. Ministerstwa (MZ, MPiPS)	Finansowe, informacyjne	5, 4
11. NFZ	Finansowe, informacyjne	5, 4
12. Organy kontrolne (Sanepid, PIP)	Informacyjne	3
13. Społeczność lokalna	Ludzkie, informacyjne	3, 4
14. Władze samorządowe		
15. Ośrodki pomocy społecznej	Ludzkie	2
16. Szpitale o wyższym st. referencyjności	Ludzkie, informacyjne	4, 3
17. Stowarzyszenia/fundacje	Rzeczowe, informacyjne	4, 3
18. Lokalni politycy	Informacyjne	2
19. Kościół	Ludzkie, informacyjne	2, 3
20. Konkurenci – SPZOZ-y	Informacyjne	2
21. Konkurenci – NZOZ-y	Informacyjne	2
22. Lekarze kontraktowi	Ludzkie, informacyjne	5, 3
23. Lekarze zatrudnieni na umowę o pracę	Ludzkie, informacyjne	5, 5
24. Pielęgniarki	Ludzkie, informacyjne	5, 5
25. Średni personel pomocniczy i techn.	Ludzkie, informacyjne	5, 4
26. Personel administracyjny	Ludzkie, informacyjne	5, 5
27. Związki zawodowe	Ludzkie, informacyjne	5, 3
28. Media	Informacyjne	3
29. Banki i instytucje finansowe	Finansowe	3
30. Firmy farmaceutyczne	Rzeczowe, informacyjne	5, 4

31. Firmy handlujące sprzętem medycznym	Rzeczowe, informacyjne	5, 4
32. Firmy remontowe i budowlane	Ludzkie	5
33. Firmy oferujące ubezpiec. i św. abonam.	Finansowe, informacyjne	4, 4
34. Kooperanci (usługi outsourcowane)	Ludzkie, rzeczowe	4, 4
35. Instytucje doradcze (consulting)	Ludzkie, informacyjne	3, 3
36. Instytucje akredytujące i certyfikujące	Informacyjne	4
37. Właściciele sklepów i usług pozamed.	Ludzkie, finansowe, rzeczowe	3, 4, 3
38. Transport medyczny	Ludzkie, finansowe, rzeczowe	4, 4, 4
39. Transport niemedyyczny	Ludzkie, finansowe	3, 4

Źródło: Badania A Drosik, E Kędzińska, *Identyfikacja relacji podmiotu leczniczego z interesariuszami (na przykładzie sektora ochrony zdrowia)*, pod red. A. Frączkiewicz-Wronki, Maszynopis powielony, Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach, Katowice 2013.

Informacje – co wykazano – są niezbędne do funkcjonowania organizacji ochrony zdrowia. Dają podstawy do tworzenia nowych unikatowych zasobów informacyjnych, gdyż:

- 1) brak odpowiedniej informacji jest przeszkodą, która nie pozwala na to, aby opieka zdrowotna stała się przedmiotem wymiany dokonującej się za pośrednictwem zwykłych transakcji rynkowych,
- 2) brak informacji w przypadku braku zdrowia oraz obawa pacjenta zmuszają go do szukania relacji z osobami, które takie informacje i wiedzę posiadają.

Ze względu na występowanie relacji agencji oraz zjawiska asymetrii w dostępie do informacji mechanizmy rynkowe mają w tym sektorze ograniczone zastosowanie; nie jest spełnione założenie o swobodzie zachowań konsumenta i równości podmiotów własnościowych. Potencjalne lub faktyczne zniekształcenie relacji agenta bywa spotęgowane przez system pośrednich (strona trzecia) płatności za usługi opieki zdrowotnej.

### 3.3. Kultura organizacyjna

Ważnym czynnikiem w koncepcji zarządzania relacjami jest kultura organizacyjna, czyli zbiór dominujących wartości i norm postępowania, charakterystycznych dla danej organizacji, podbudowany założeniami, co do natury rzeczywistości.

Kultura organizacyjna jest pojęciem trudnym do zdefiniowania, wielowymiarowym, obejmującym różne elementy. Stanowi „układ wspólnych podstawowych założeń, które grupa przyswoiła sobie w trakcie rozwiązywania problemów dostosowania się do otoczenia i wewnętrznej integracji, dostatecznie dobrze funkcjonujący, by można go było uznać za zasadny, którego należy nauczyć nowych

członków jako poprawnego sposobu postrzegania, myślenia i odczuwania w odniesieniu do tych problemów”<sup>22</sup>.

Kultura nie jest czymś „odcieleśnionym”, nie jest zawieszona w idealistycznej przestrzeni; składają się na nią materialne komponenty systemu społecznego (rodzaje technologii, środki produkcji, przepisy, wzory itp.). Odnosi się do wszystkich wewnętrznych znaczeń, wartości i utożsamień, które dzielone są z członkami podobnych wspólnot. Nadaje personelowi organizacji znaczenie i wskazuje wartości, zasady i zwyczaje, według których powinien postępować. Kultura organizacyjna pełni kilka funkcji:

- integracyjną – zespala członków organizacji, dzięki czemu organizacja może sprawnie funkcjonować, a także rozwijać się zgodnie z obraną strategią. Kultura organizacyjna jest czymś w rodzaju społecznego spoiwa utrzymującego organizację w całości. Nowi członkowie organizacji powinni się uczyć wspólnego sposobu myślenia i działania i ten sposób zaakceptować, aby sami mogli być w niej zaakceptowani;
- percepcyjną – powoduje, że personel zna sposoby postrzegania i nadawania wartości sytuacjom i wydarzeniom tam powstającym. Tworzy przez to dla jej pracowników system znaczeń akceptowanych przez daną grupę i zrozumiałych tylko dla niej w określonym czasie;
- adaptacyjną – „dostarcza gotowych wzorów zachowań pracownikom danej kultury organizacyjnej. Wzory te umożliwiają zaadaptowanie się zarówno do nowego środowiska, jak i do nowej sytuacji, a co najważniejsze – pozwalają zmniejszyć zawsze występującą w takiej sytuacji niepewność”<sup>23</sup>.

W literaturze wyróżnia się trzy podstawowe poziomy kultury organizacyjnej<sup>24</sup>. Najłatwiejsze w identyfikacji są artefakty, które dzieli się na: językowe, behawioralne i fizyczne.

Do artefaktów językowych należą mity i legendy, język danej organizacji, żargon, wspólne wyrażenia, skróty myślowe, mity i legendy związane z ważnymi wydarzeniami w firmie czy bohaterami organizacji, anegdoty, dowcipy, przezwiska. Powstają w trakcie rozwoju organizacji, odwołują się do jego historii, a w szczególności do jego sukcesów lub niezwykłych wydarzeń warunkujących dalsze jej istnienie. Opisują w idealizowanej formie dokonania jej bohaterów, którzy w krytycznych sytuacjach umieli znaleźć najlepsze rozwiązania. Dzięki temu budują obraz organizacji i system wartości w oczach wszystkich jej człon-

<sup>22</sup> E. Schein, *Organizational Culture and Leadership*, Jossey Bass, San Francisco 1992, za: J.A. Stoner, R.E. Freeman, D.R. Gilbert, *Kierowanie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997, s. 189.

<sup>23</sup> M. Rojek-Nowosielska, *Kształtowanie społecznej odpowiedzialności przedsiębiorstw*, Wyd. Akademii Ekonomicznej im. Oskara Lanego we Wrocławiu, Wrocław 2006.

<sup>24</sup> E. Schein, dz.cyt.

ków, równocześnie dostarczając pracownikom wzorce, z którymi mogą się identyfikować, wyznaczają ramy pożądanego zachowania.

Podobne znaczenie mają artefakty behawioralne – ceremonie i rytuały. Są demonstracją uwypuklającą znaczenie pewnych idei w funkcjonowaniu organizacji. Abstrakcyjne, złożone idee przekładane są w rytuałach na język zrozumiały i łatwy do zapamiętania, integrując personel i dając poczucie jedności. Organizowane są spotkania pracowników, wspólne święta i uroczystości, wspólne wyjazdy. Artefakty behawioralne ułatwiają identyfikację z organizacją.

Do artefaktów fizycznych zalicza się wszelkie przedmioty materialne związane z organizacją, a więc: akcydensy, formularze, oznakowanie środków transportu układ przestrzenny i architekturę stoisk wystawienniczych, stroje pracowników. Ich celem jest wyróżnienie organizacji spośród innych, ukazanie jej odmienności, wyrażenie „osobowości”, zapewnienie łatwej identyfikacji. Do podstawowych elementów identyfikujących organizację należą: nazwa, znak (symbol, logo) oraz kolorystyka. Wpływają na percepcje oraz na świadomość klientów i pracowników. Dzięki temu pozwalają na łatwe odróżnienie rodzimej organizacji od innych i łatwiejsze rozpoznanie wartości charakterystycznych dla danej organizacji. Te elementy często wywołują w pracownikach poczucie dumy, co prowadzi do szybkiej integracji pracowników z organizacją.

Kolejnym poziomem kultury, częściowo widocznym i uświadomionym, są normy i wartości, wśród których wyróżnia się deklarowane i przestrzegane. Są one nieco trudniejsze w zauważeniu i rozpoznaniu. Wartością jest dowolny przedmiot materialny lub idealny, „w stosunku do którego jednostki lub zbiorowości przyjmują postawę szacunku, przypisują mu ważną rolę w swoim życiu i dążenie do jego osiągnięcia odczuwają jako przymus”<sup>25</sup>.

Normy zaś stanowią zasady zachowania, dając wskazówki co do prawidłowego postępowania. „Mówią ludziom, co powinni robić, mówić, w co wierzyć, a nawet w co się ubierać. Nigdy nie są wyrażane na piśmie – gdyby były, stałyby się zasadami lub regulaminem przedsiębiorstwa”<sup>26</sup>. Zatem kształtowany w procesie socjalizacji system wartości jednostki staje się istotnym elementem w kulturze organizacyjnej. Z jednej strony może przyczynić się do jej wzbogacenia, z drugiej zaś – nakładane są na niego ograniczenia i „ramy” realizacji w postaci istniejących w organizacji norm. Możliwa jest także sytuacja odwrotna, w której organizacja przyczynia się do urozmaicenia i „podwyższenia jakości” systemu wartości pracownika.

Najniższy poziom – podstawowe założenia kulturowe – stanowi najgłębszy, najmniej widoczny i słabo uświadamiany poziom kultury organizacyjnej. Są to przekonania, które członkowie organizacji przyjmują bezkrytycznie. Kultura

<sup>25</sup> J. Szczepański, *Elementarne pojęcia socjologii*, PWN, Warszawa 1972.

<sup>26</sup> M. Armstrong, *Jak być lepszym menedżerem*, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 1997.

określa właściwy sposób postępowania w organizacji, często za pomocą milcząco przyjętych założeń. Poznanie tego elementu kultury organizacyjnej jest wyjątkowo trudne. Należałoby bowiem sięgnąć do relacji międzyludzkich, samej organizacji, natury otoczenia, natury jednostki ludzkiej itp.

Kultura organizacyjna jest ważnym czynnikiem warunkującym powodzenie planów powziętych w zakresie koncepcji zarządzania relacjami w organizacji i przez organizację. Określa wartości, do których dąży i którymi się kieruje. Tworzy wzory zachowań typowe dla konkretnej organizacji, stanowiące osnowę podejmowanych działań podczas codziennych działań. Przyczynia się do stworzenia dobrego klimatu organizacyjnego, a tym samym pozytywne nastawienie pracowników do wykonywanych zadań. To zaś implikuje chęć jak najlepszego wywiązania się ze swoich obowiązków. Zaangażowany pracownik przyczynia się do tworzenia pozytywnego wizerunku organizacji.

Dynamika naszych czasów, czasów postmodernizmu, wymaga od pracownika wyraźnego poczucia tożsamości, kompetencji i świadomości własnej wartości; bo to sprzyja rozwojowi pracownika i organizacji. Uświadomiona zmiana wartości człowieka osadzona jest w zmianie instytucji. Każda skuteczna transformacja organizacji przynosi ze sobą między innymi zmianę świadomości pracownika. Wysoki poziom zaangażowania w działania na rzecz instytucji pojawia się u osób, których działania pokrywają się z ich wewnętrznymi wartościami. Wartości indywidualne i wspólne pracowników dojrzewają w kulturze organizacyjnej<sup>27</sup>. Kultura organizacyjna nie pozostaje bez znaczenia dla koncepcji zarządzania relacjami, w każdej bowiem kulturze organizacyjnej istnieje sposobność „wymiany” cennych wartości. Niekiedy „skostniałość”, brak elastyczności i konserwatywne podejście stają się barierami wzbogacania istniejącego systemu o nowe wartości.

### 3.4. Modele komunikowania się

Termin komunikacja pochodzi od łacińskiego słowa „communis”, co oznacza: wielu lub wszyscy razem. Stąd wywodzi się słowo „communicare” – robić coś wspólnie, razem radzić, powiadamiać się wzajemnie. Jest to idea informacyjnego systemu zarządzania. Komunikacja wiąże się z: informacją, samoprezentacją, osiągnięciem celu, zachowaniem się, procesami społecznymi, słowami, gestami itd.

Język mówiony i pisany jest najważniejszym środkiem porozumiewania między ludźmi. Przy jego pomocy wymieniane są informacje o stanie rzeczy i osób.

---

<sup>27</sup> Por. K. Lisiecka, *Potencjał systemu społecznego przesłanką dla podnoszenia jakości i innowacyjności organizacji*, [w:] M. Lisiecka-Bielanowicz, B. Samoliński (red.), *Systemy zarządzania jakością w ochronie zdrowia*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2008, s. 85.

Osiągane jest porozumienie o „zakresie” czegoś. Jednak mówimy nie tylko po to, by się poinformować, lecz także po to, by zapobiec milczeniu i ustanowić ew. zachować kontakty międzyludzkie. Język tworzy zatem pomost pomiędzy komunikowaniem a interakcją. Przyczynia się do stworzenia i zachowania własnej tożsamości.

Język ludzki ma charakter sygnałów. Czasami dochodzi do niejasności w porozumiewaniu się, bo ludzie pod tymi samymi pojęciami rozumieją różne rzeczy lub zjawiska (zależnie od wieku, wykształcenia, płci, warstwy, z której pochodzą, poglądów politycznych i religijnych...). Nieporozumienia powstają dlatego, że zamierzone znaczenie słowa i znaczenie zinterpretowane nie pokrywają się i powstaje konieczność osiągnięcia porozumienia na dany temat. W praktyce oznacza to spowodowanie „sprzężenia zwrotnego” wobec wymienionych informacji na tyle, na ile jest to konieczne. Sprzężenie takie powstaje w ten sposób, że każdy przedstawia krótko własnymi słowami najistotniejsze punkty rozmowy. Wymaga to gotowości do wysłuchania drugiej strony i poświęcenia na to odpowiedniego czasu.

Język oddziałuje na nasze myśli i postrzeganie. Strukturalizuje postrzeganie, a w drugim etapie nasze myśli. Poprzez język przekazywany jest oraz utrwalany światopogląd, przy jego pomocy tworzy się i kształtuje tożsamość. Język jest więc czymś znacznie więcej niż tylko środkiem do przekazywania informacji. Odzwierciedla pod względem społecznym i historycznym powstałą rzeczywistość, co jednocześnie oddaje jego konserwatywny charakter. Przez długi czas język uchodził za zasadniczy, wyłączny środek komunikowania się, chociaż już pod koniec dziewiętnastego stulecia rozpoczęły się badania nad komunikacją pozawerbalną (w niemieckim obszarze językowym). Obecnie do sygnałów pozawerbalnych zalicza się ciągle jeszcze niezróżnicowane sygnały zarówno widzialne, jak i słyszalne oraz sposoby ich wyrażania. „Materiałem” każdej komunikacji są nie tylko słowa, lecz także sygnały pozasłowne, takie jak np. intonacja głosu, szybkość mówienia, śmiech, westchnienia, ułożenie ciała, gesty. Jest to tzw. mowa ciała.

Poprzez proces postrzegania gromadzone i opracowywane są informacje. Odbywa się to w sposób ciągły. Chociaż nie jesteśmy tego świadomi, filtrujemy i odbieramy wrażenia; porządkujemy je zgodnie z naszym schematem myślowym i dokonujemy ich oceny. Postrzeganie odgrywa centralną rolę w naszym życiu i przeżywaniu. Dzięki niemu tworzymy własny obraz świata i milcząco zakładamy, że inni mają taki sam obraz. W ten sposób kładziemy kamień węgielny pod problematykę związaną z porozumiewaniem się. Każdy audytor powinien sobie uświadomić, że często napotyka na tego rodzaju problemy. Od audytora zależy, by zgromadzone w umysłach obrazy danej rzeczywistości porządkować i ujednolicić. W praktyce oznacza to wiele rozmów, które powinny

być odbyte w procesie skutecznego audytowania. Przy czym informacje ulegają zniekształceniu poprzez stan własnej wiedzy, własnych wyobrażeń i oczekiwań. Wiedza audytora nakłada się na aktualne informacje. Własne nastawienie i schematy myślenia sterują otrzymanymi informacjami, interpretują je, nadają im własne znaczenie. Przy tym odgrywa rolę kontekst, w jakim przeprowadzane jest takie działanie komunikujące (np. rozmowa na przerwie versus rozmowa sprawdzająca).

Na znaczenie własnego zachowania w ramach interakcji i komunikacji wpływa fakt, że nieco mniej ważne jest, jak takie zachowanie „w rzeczywistości” jest odbierane. Znacznie ważniejsze jest, w jaki sposób postrzegane zachowanie jest interpretowane. Taka interpretacja ma znaczenie dla dalszego przebiegu zdarzenia i wpływa na rezultat komunikacji.

Poprzez komunikację werbalną, a więc poprzez słowa, powstaje mniej niż 10% wrażeń, jakie odbieramy od innych ludzi. O wiele większe znaczenie ma komunikacja pozawerbalna, która obejmuje pozostałą część komunikacji, oprócz słów i ich konkretnych znaczeń. Najistotniejsze elementy w komunikacji pozawerbalnej to:

- barwa głosu/tonacja,
- szybkość mówienia,
- sposób oddychania,
- postawa ciała,
- wyraz twarzy,
- kontakt wzrokowy,
- ruchy oczu,
- wielkość źrenic,
- odległość/teren,
- gesty/mimika,
- ubiór,
- symbole statusu/wykorzystywanie przedmiotów,
- dobór słownictwa/żargon.

Komunikowanie się jest procesem porozumiewania się jednostek, grup, instytucji. Źródłem komunikowania jest człowiek wysyłający komunikat. Komunikat to fizyczna, aktualna postać przekazywanej informacji, sygnału lub znaku. To wzajemne wpływanie ludzi na siebie w procesie obustronnych interakcji za pomocą odpowiednich sygnałów. Celem procesu komunikowania się jest wymiana myśli, emocji, dzielenie się informacjami, wiedzą i ideami. Odbywa się na różnych poziomach z użyciem zróżnicowanych środków, wywołując określone skutki.

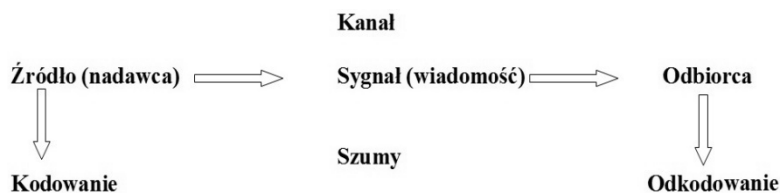
Podstawowy poziom tworzy interpersonalne komunikowanie się dwóch jednostek – nadawcy i odbiorcy. Następny poziom obejmuje komunikowanie się grup i międzygrupowy, a kolejny instytucjonalne, publiczne i masowe. Proces komunikowania jest wtedy skuteczny, gdy wiadomość odbierana jest przez od-



biorec dokładnie w takim samym znaczeniu, jakie jest/było godne z intencją nadawcy<sup>28</sup>. Wiele jest modeli komunikowania się rozumianego jako odwzorowanie rzeczywistości. Mimo mnogości modeli akt/lub proces komunikacji ma kilka stałych elementów. Składowymi aktu komunikacji są – poza przekazywaną informacją – uczestnicy. W procesie komunikacji interpersonalnej występuje przynajmniej dwóch uczestników nazywanych odpowiednio nadawcą i odbiorcą informacji<sup>29</sup>. Nadawca i odbiorca wymieniają się rolami w procesie komunikacji. Niżej krótko opisano wybrane modele komunikowania się.

W modelu tradycyjnym, zwanym inaczej linearnym, nadawca kodyfikuje idee i uczucia w postaci wiadomości, którą wysyła, używając określonego kanału (słowa, listu) do odbiorcy<sup>47</sup>. Model linearny wprowadza koncepcję „szumu”, rozumianego jako siłę, która zakłóca skuteczną komunikację. Komunikacja jest tu rozumiana jako zachowanie, które można wytłumaczyć, używając bodźca jako nagrody. Nadawca jest uważany za podmiot prawie idealny, który tworzy swoją wiadomość, przestrzegając funkcji językowych. Wiadomość uznawana jest za informację przejrzystą i stworzoną za pomocą kodu rozumianego przez obie strony. Odbiorca jest więc tylko maszyną, pasywną i niemą (rys. 3.3.).

Rysunek 3.3. Tradycyjny model komunikacji



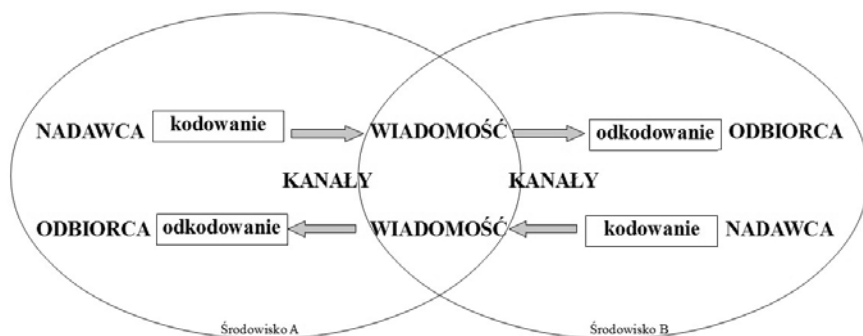
Źródło: D. David, B. Zani, P. Selleri, *La comunicazione*, Carocci editore S.p.A., Roma 2002, s. 19.

Model interakcyjny może zostać porównany do meczu tenisowego, werbalnego lub niewerbalnego, kiedy to wiadomości są wymieniane przez obie strony<sup>47</sup>. Nadawca może być jednocześnie odbiorcą podczas jednego, tego samego aktu komunikacji. Kiedy poglądy obydwu uczestników rozmowy pokrywają się, komunikację można uznać za udaną. Może się również zdarzyć, że wypowiedź zostanie źle zrozumiana (konstruktywny komentarz odebrany zostanie jako krytyka). Nieporozumienie może wynikać z faktu, że nadawca i odbiorca pochodzą z różnych środowisk, które jednak w pewnym stopniu muszą się pokrywać, aby mógł zaistnieć akt komunikacji (rys. 3.4.).

<sup>28</sup> Szerzej o komunikowaniu się patrz: K. Serafin, *Komunikowanie w praktyce. Studia przypadków*, Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach, Katowice 2014.

<sup>29</sup> W. Głodowski, *Komunikowanie interpersonalne*, Hansa Communication, Warszawa 2006, s. 26.

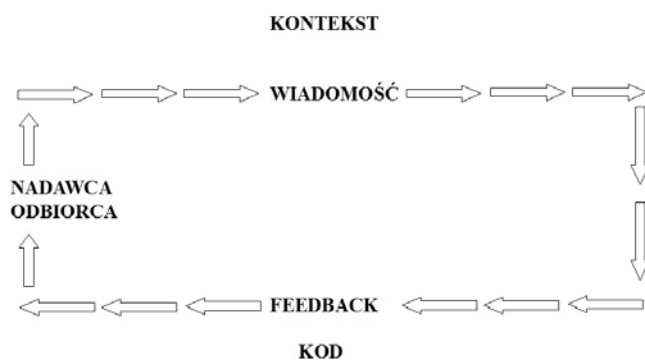
Rysunek 3.4. Model interakcyjny



Źródło: D. David, B. Zani, P. Selleri, *La comunicazione*, Carocci editore S.p.A., Roma 2002, s. 20.

Model ten przedstawia statyczny schemat komunikacji, w którym następują pojedyncze akty komunikacji z początkiem i końcem w odpowiednich momentach. Słabością może być fakt, że jest to model zbyt monocentryczny, skoncentrowany na pojedynczych wypowiedziach rozmówców, zaniedbujący aspekt tworzenia znaczeń zrozumiałych dla obu uczestników aktu komunikacji.

Rysunek 3.5. Model dialogowy



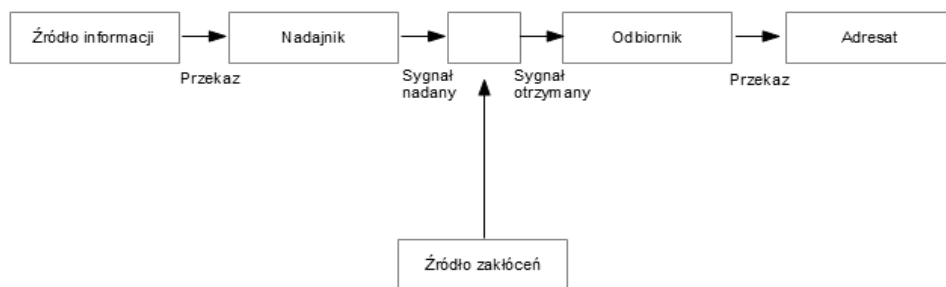
Źródło: D. David, B. Zani, P. Selleri, *La comunicazione*, Carocci editore S.p.A., Roma 2002, s. 22.

Kolejnym modelem wartym przedstawienia jest model dialogowy. Skupiając się na dialogowym charakterze interakcji, zakłada, że rozmówcy są jednocześnie – a nie w różnych momentach – nadawcami i odbiorcami. W modelu tym nie można wyróżnić pojedynczych aktów komunikacji. Komunikacja nie jest rozumiana jako zbiór pojedynczych wypowiedzi, a jako proces polegający na współtworzeniu przez podmioty relacji opartej na prowadzonych dialogach (rys. 3.5.). Tu duże znaczenie ma kontekst rozumiany jako produkt wytworzenia wspólnych znaczeń przez rozmówców. Komunikację modelu dialogowego definiuje się jako

rezultat wszystkich akcji podjętych przez rozmówców, którzy przepytując się, tworzą sens, bazując na dostępności oraz na wspólnych doświadczeniach.

Znanym i rozpowszechnionym modelem komunikacji jest model C.E. Shannona i W. Weavera z lat czterdziestych ubiegłego stulecia. Powstał jako model transmisji sygnałów w układach telekomunikacyjnych. Dzięki swojej uniwersalności został zaadaptowany w komunikacji interpersonalnej. W tym celu wystarczyło zmienić nazwy nadajnik i odbiornik na nadawcę i odbiorcę, bo w myśl definicji cybernetycznej komunikowanie się polega na przepływie informacji od nadawcy do odbiorcy (rys. 3.6.).

Rysunek 3.6. Model Shannona i Weavera



Źródło: B. Dobek-Ostrowska, *Podstawy komunikowania społecznego*, Astrum, Wrocław 2004, s. 78.

Według autorów tego modelu komunikacja może odbywać się na trzech różnych poziomach: A, B oraz C. Poziom A odnosi się do technicznych możliwości przekazywania informacji (fale radiowe), Poziom B dotyczy semantyki, wiąże się z możliwościami przesyłania określonych informacji. Poziom C ma związek ze skutecznością samego procesu komunikacji (czy komunikat został odpowiednio zrozumiany przez odbiorcę i czy nastąpiła pożądana reakcja). W praktyce model ten jest najskuteczniejszy tylko na poziomie A.

Znanym modelem komunikacji interpersonalnej jest model H. Lasswella. Powstał w latach czterdziestych minionego wieku i jest werbalną wersją modelu C.E. Shannona i W. Weavera. Model Lasswella przedstawiony został w postaci formuły pięciu pytań, która wyjaśnia elementy procesu komunikowania (tab. 3.4.).

Model ten skupia się na skutku wywieranym przez komunikat – ostatni element schematu. Zmiany, jakie mogą nastąpić we wcześniejszych elementach modelu wpływają na ostateczny efekt, jaki można osiągnąć dzięki komunikacji. Pozwala to na analizę sprawności całego procesu komunikacji w zależności od zmian każdego z wcześniejszych elementów<sup>30</sup>.

<sup>30</sup> H. Mruk (red.), *Komunikowanie się w biznesie*, Akademia Ekonomiczna w Poznaniu, Poznań 2002, s. 22.

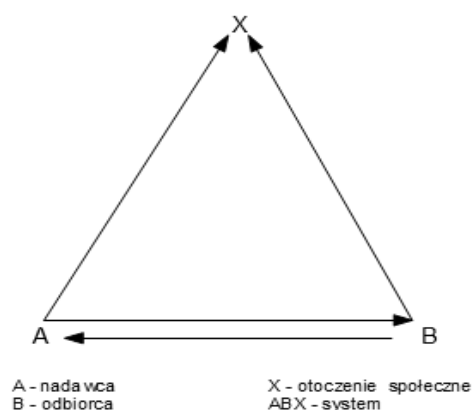
Tabela 3.4. Model H. Lasswella

Pytanie	Wyjaśnia (dotyczy)
Kto mówi?	Nadawcy
Co mówi?	Treści przekazu
Jakim kanałem?	Środki przekazu
Do kogo?	Odbiorcy
Z jakim skutkiem?	Efekt oddziaływania

Źródło: A. Górski, *Podstawy i techniki komunikowania społecznego*, Forum Naukowe, Poznań 2006, s. 25.

Model trójkątny T.M. Newcomba z lat pięćdziesiątych dwudziestego wieku uwzględnia rolę, jaką komunikacja odgrywa w relacjach międzyludzkich. Skupia się na stosunkach międzyludzkich, wskazując, że pełnią one podstawową rolę w procesie utrzymania równowagi w stosunkach interpersonalnych. W przeciwieństwie do wyżej wymienionych modeli tu nadawca A może być jednocześnie odbiorcą B. Element X zaś to część otoczenia społecznego uczestników procesu komunikacji – może to być zarówno osoba, jak i rzecz. Wspólnie te elementy są zależne od siebie, czyli jeżeli jeden z nich zostanie zmieniony, w konsekwencji zmianie ulegną wszystkie trzy elementy. Z modelu wynika, że komunikacja to proces polegający na podtrzymaniu relacji pomiędzy jego elementami (patrz rys. 3.7.).

Rysunek 3.7. Model Newcomba



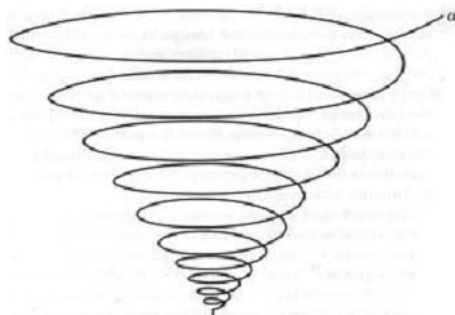
Źródło: Dobek-Ostrowska B., *Podstawy komunikowania społecznego*, Astrum, Wrocław 2004, s. 80.

Model F. Dance'a z lat osiemdziesiątych minionego stulecia nazywany jest modelem spirali i jest jednym z najbardziej abstrakcyjnych modeli. Brak tu wyróżnienia elementów składowych procesu komunikacji. Zaletą modelu jest to, że ukazuje cykliczność komunikacji. Wskazuje, że komunikowanie się ma charak-

ter dynamiczny i nieustannie się rozwija. Przedstawienie komunikacji jako spirali obrazuje, że każda zaistniała interakcja ma wpływ na następne, będąc zależną od tych, które miały miejsce wcześniej (rys. 3.8.)<sup>31</sup>.

Przykładem modelu spirali może być komunikacja lekarza z pacjentem. Lekarz przed przystąpieniem do rozmowy z pacjentem zapoznaje się z jego historią choroby. Przebyte choroby mają wpływ na diagnozę i sugerują, jakie dodatkowe badania należy wykonać, a wyniki tych badań zaś mają wpływ na cały proces diagnostyczno-leczniczy.

Rysunek 3.8. Model Dance'a



Źródło: W. Głodowski, *Komunikowanie interpersonalne*, Hansa Communication, Warszawa 2006, s. 23.

Zaprezentowane modele komunikowania się odzwierciedlają rolę nadawcy i odbiorcy w procesie utrzymania równowagi w stosunkach interpersonalnych.

Odnosząc rozważania o modelach komunikowania się do środowiska medycznego, warto przytoczyć myśl lekarza: „Nikt na studiach nie uczy, jak rozmawiać z pacjentem, choć jest to jedno z najważniejszych narzędzi naszej pracy. Każdy lekarz może dojść do tego sam, pod warunkiem, że ma otwarte oczy i serce”<sup>32</sup>.

<sup>31</sup> W. Głodowski, *Komunikowanie interpersonalne*, Hansa Communication, Warszawa 2006, s. 23.

<sup>32</sup> C. Szczylik, *Centralny szpital kliniczny*, MON, Warszawa 2014.