

Zawody czy kompetencje – dylemat konstrukcji Sektorowych Ram Kwalifikacyjnych na przykładzie sektora opieki zdrowotnej (raport z badań)

GRZEGORZ MYŚLIWIEC

Katedra Rozwoju Kapitału Ludzkiego, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

Artykuł relacjonuje wyniki badań przeprowadzonych w ramach projektu systemowego „Opracowanie założeń merytorycznych i instytucjonalnych wdrażania Krajowych Ram Kwalifikacji (KWK)”. Celem badania było określenie specyficznych kwalifikacji i kompetencji wymaganych dla kluczowych zawodów i stanowisk w sektorze opieki zdrowotnej, określenie źródeł informacji i procedur przydatnych dla konstruowania ram kwalifikacyjnych i ich aktualizacji. W artykule zaprezentowano przykładowe zadania i wymagane kompetencje dla lekarza pediatry i pielęgniarki – specjalistki pielęgniarstwa chirurgicznego. Opisano też modele szkocki i czeski, które pokazują sposób odchodzenia od zawodów i przechodzenia do szczegółowych kompetencji w opisie wymagań i w kształceniu zawodowym.

Słowa kluczowe: zawód, kompetencje, opieka zdrowotna, wiedza, umiejętności, kompetencje społeczne, kwalifikacje.

Wprowadzenie

Kapitał ludzki to współcześnie zasadniczy czynnik decydujący o konkurencyjności i innowacyjności, a tym samym o tempie rozwoju społeczno-gospodarczego. Jego jakość określa potencjał kompetencyjny, będący połączeniem wiedzy, umiejętności zawodowych, postaw wobec pracy, wyznawanych wartości, motywacji oraz cech osobowych pracownika. Tymczasem analizy ekspertów wykazują, że

nasz kraj nie wykorzystuje racjonalnie swego potencjału w tym zakresie i w wielu obszarach odstaje od zdecydowanej większości państw członkowskich Unii Europejskiej. Istotne przyczyny tego stanu rzeczy to m.in. niedostosowany do potrzeb rynku pracy model kształcenia zawodowego, a także wymagający dalszych zmian system edukacji, który w zbyt małym stopniu rozwija kluczowe kompetencje decydujące o sukcesie na rynku pracy (KPRM, 2011). Nałożyło się na to słabo przygotowane decentralizowanie ochrony zdrowia (Korporowicz, 2004, s. 115) oraz przekształcanie publicznych zakładów w samodzielne przy braku odpowiedniej liczby specjalistów w zakresie zarządzania w ochronie zdrowia (Włodarczyk, 1998, s. 247).

Odpowiedzią na zapotrzebowanie dotyczące wiedzy w zakresie wymagań zawodowych dotyczących stanowisk w ujęciu sektorowym był projekt „Bilans kwalifikacji i kompetencji w wybranych sektorach – opracowanie metodologii badań empirycznych i analiza wyników badań empirycznych”¹, zrealizowany w ramach projektu systemowego „Opracowanie założeń merytorycznych i instytucjonalnych wdrażania Krajowych Ram Kwalifikacji (KRK) oraz Krajowego Rejestru Kwalifikacji (KRK) dla uczenia się przez całe życie”. Przedmiotem badania uczyniono zawody, czyli „zespół czynności wyodrębnionych w wyniku społecznego podziału pracy, wykonywanych stale lub z niewielkimi zmianami” (Sienkiewicz, 2007, s. 18). Specjalność rozumiana jest jako dalszy podział pracy w ramach zawodu.

Jako cele badania można wskazać:

- określenie specyficznych kwalifikacji i kompetencji wymaganych dla kluczowych zawodów i stanowisk w wybranych do analizy sektorach,
 - określenie źródeł informacji i procedur potrzebnych do skonstruowania ram kwalifikacyjnych i ich aktualizacji,
 - określenie głównej jednostki opisu pracy – zawód czy mniejsze części efektów uczenia się,
 - wskazanie sekwencji i ram czasowych dochodzenia do pełnych teoretycznych i praktycznych kompetencji w zawodzie (studia, doksztalcenie, specjalizacja).
- Badania objęły cztery rodzaje działań:
1. Analiza *desk research* (przegląd najważniejszych badań krajowych i zagranicznych).
 2. Badanie jakościowe przy wykorzystaniu metody indywidualnych wywiadów pogłębionych (*individual in-depth interview* – IDI).

¹ Badaniem, przeprowadzonymi w latach 2012–2014, kierowała prof. Marta Juchnowicz.

W roli **respondentów** (w ramach badania IDI), wypowiadających się na temat podaży i popytu kwalifikacji i kompetencji w sektorze opieki zdrowotnej, występowali:

- przedstawiciele instytucji edukacji formalnej (10 wywiadów),
- przedstawiciele instytucji edukacji pozaformalnej (9 wywiadów),
- przedstawiciele kluczowych przedsiębiorstw (6 wywiadów),
- przedstawiciele instytucji z otoczenia biznesu (4 wywiady),
- przedstawiciele zawodów/specjalności zajmujący analizowane stanowiska pracy (38 wywiadów).

Łącznie w sektorze opieki zdrowotnej przeprowadzono 67 wywiadów.

3. Badanie jakościowe przy wykorzystaniu metody grupowych wywiadów zogniskowanych (*focus group interview* – FGI, 4 tematyczne i 1 podsumowujący).
4. Analiza Krajowych Ram Kwalifikacyjnych opracowanych i wykorzystywanych w innych krajach (Czechy, Szkocja).

Wyniki badań

W sektorze opieki zdrowotnej dominują **zawody regulowane**, co determinuje bardzo sferę edukacji i zatrudnienia. W tym sektorze trzeba nie tylko mieć umiejętności, ale także je potwierdzać, co podnosi rangę wszelkich certyfikatów. **Certyfikaty, dyplomy** stanowią bezwzględny warunek podjęcia zatrudnienia, przy pełnym zaufaniu do wydawanych w Polsce dyplomów i certyfikatów. Respondenci wręcz określili znaczenie certyfikatów i dyplomów jako stuprocentowe. Izby Lekarskie weryfikują każde dyplomy z wielką starannością. Nie ma możliwości podrobienia dyplomu.

Śmiało można postawić tezę, że sektor ochrony zdrowia, szczegółowo opisany w ustawach i rozporządzeniach, jest najbliższej opracowania Sektorowych Ram Kwalifikacyjnych i brakuje tylko woli liderów środowiska, żeby takie opisy powstały, bo faktycznie one już istnieją!

W badaniu FGI respondenci mieli określić pogrupowane zadania, a dla każdego z nich wiedzę, umiejętności i kompetencje społeczne. Dodatkowo mieli wskazać kompetencje kluczowe dla danej specjalności i kompetencje specyficzne, które w poniższych tabelach oznaczone są słowem „tak”. Dla lekarza pediatry określili trzy grupy zadań, takich jak:

- działania profilaktyczne (jedno wskazanie kluczowej wiedzy i jedno wskazanie umiejętności);
- leczenie dzieci (trzy wskazania kluczowej wiedzy, jedno wskazanie umiejętności i jedno umiejętności specyficznej);

- współpraca z personelem medycznym oraz prowadzenie dokumentacji (jedno wskazanie kluczowej wiedzy, jedno wskazanie umiejętności i jedno kompetencji społecznych).

Na tle innych zawodów medycznych lekarz wyróżnia się obszerną i wielostronną wiedzą, którą powinien umieć wykorzystywać. Umiejętności wymagane w pracy lekarza specjalisty mają charakter ogólny, przypominający proces rozwiązywania problemów.

Tabela 1. Przykładowe zadanie, wymagane kwalifikacje i kompetencje w zawodzie lekarza – specjalisty w dziedzinie pediatrii

Zadanie	Opis	Kompetencje kluczowe:	Kompetencje specyficzne:
Zadanie: leczenie dzieci	Podjęcie kompleksowych działań obejmujących leczenie chorób dziecięcych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Uruchamianie terapii leczniczej zgodnie z najwyższymi standardami w zakresie leczenia i profilaktyki zdrowotnej dzieci.		
Wiedza merytoryczna	Wiedza z obszaru nauk medycznych o specjalizacji pediatrycznej, udokumentowana certyfikatami/zaświadczeniami zgodnie z wymogami prawnymi w zakresie wykonywania zawodu lekarza pediatry.	Tak	
Znajomość zagadnień z psychologii	Znajomość zagadnień z zakresu psychologii ogólnej w celu prawidłowego realizowania zadań zawodowych na stanowisku lekarza pediatry, udokumentowana certyfikatami/zaświadczeniami ukończenia szkoleń w tym zakresie.		
Wiedza na temat diagnostyki różnicowej	Wiedza na temat zależności pomiędzy określonym stanem zdrowia dziecka a czynnikami odpowiedzialnymi za ten stan.	Tak	
Wiedza na temat farmakologii leczenia	Znajomość grupy leków stosowanych w leczeniu pediatrycznym oraz w danych jednostkach chorobowych.	Tak	
Umiejętność skutecznej komunikacji	Umiejętność prowadzenia skutecznej rozmowy poprzez umiejętne zadawanie pytań, przekazywanie rodzicom informacji zwrotnej o stanie zdrowia ich dziecka, aktywne słuchanie.		Tak

Zadanie	Opis	Kompetencje kluczowe:	Kompetencje specyficzne:
Umiejętność nawiązywania kontaktu z rodzicami	Umiejętność prowadzenia wywiadu medycznego z rodzicami, w efekcie którego lekarz powinien otrzymać istotne informacje dotyczące stanu zdrowia dziecka, umożliwiające zapewnienie profesjonalnej opieki pediatrycznej.		
Umiejętność prowadzenia specjalistycznych konsultacji	Umiejętność prowadzenie profesjonalnych konsultacji medycznych z innymi specjalistami w zakresie danych przypadków medycznych z obszaru pediatrii.		
Umiejętność łączenia wiedzy z różnych dziedzin medycyny	Umiejętność wykorzystywania w praktyce wiedzy z różnych dziedzin medycyny w celu zapewnienia jak najlepszej terapii leczniczej.	Tak	
Umiejętność wykorzystywania doświadczenia zawodowego w praktyce	Umiejętność wykorzystywania w praktyce wiedzy wynikającej z doświadczeń własnych oraz doświadczeń innych lekarzy (w tym opisanych w literaturze) w celu zapewnienia jak najlepszej terapii leczniczej.		
Kompetencje społeczne: zdolność do kojarzenia faktów	Zdolność do kojarzenia faktów i podejmowania adekwatnej do danej jednostki chorobowej terapii leczniczej.		
Podzielność uwagi	Zdolność do selekcjonowania informacji i skupienia uwagi na więcej niż jednym aspekcie danej sytuacji.		
Cierpliwość	Zdolność do zachowania dystansu i niekierowania się negatywnymi emocjami przy zajmowaniu się małymi pacjentami, uciążliwymi lub sprawiającymi trudności.		
Autorytet	Zdolność do zdobywania uznania i zaufania małych pacjentów i ich rodziców.		
Odpowiedzialność	Świadomość, że wykonywana praca ma bezpośredni lub pośredni wpływ na stan zdrowia pacjentów.		
Intuicja	Zdolność do dopasowywania objawów chorobowych do znanych już z wcześniejszej praktyki zawodowej przypadków.		

Źródło: badania własne.

W opisie tego zadania zwracają uwagę kompetencje (umiejętności) dotyczące konsultowania się z innymi specjalistami, a także łączenia wiedzy z różnych dyscyplin i stosowania skutecznych metod leczenia. Dochodzenie do pełnych kwalifikacji lekarskich to długi proces edukacji i praktykowania. Na studiach uzyskuje się mało kompetencji certyfikowanych. Powstaje więc pytanie, jakiego rodzaju kompetencje powinny pojawić się w fazie podstawowego kształcenia, a jakie pozostać dla fazy specjalizacji. Odpowiedź na to pytanie musi nastąpić przed sformułowaniem Sektorowych Ram Kwalifikacyjnych. Minister Zdrowia dysponuje narzędziem kształtowania struktury specjalności w postaci tzw. listy dziedzin priorytetowych. W 2003 roku lista ta obejmowała 6 dziedzin, takich jak: epidemiologia, geriatria, medycyna rodzinna, onkologia kliniczna, patomorfologia, rehabilitacja medyczna. Na liście z 2012 roku jest już 21 dziedzin, a z tej pierwszej listy wypadła tylko epidemiologia i rehabilitacja (GUS, 2013, s. 68). Przybyło kilka specjalności onkologicznych. Mechanizm ten wydaje się mało efektywny, bo próbuje poprawiać strukturę, zamiast ją kreować we wcześniejszych fazach kształcenia.

Stabilność kształcenia jest wartością, ale i zagrożeniem, ponieważ może skutkować zbyt dużą **inercją systemu** rozdziału kwalifikacji w całym sektorze. Doskonalic programy czy czekać na odgórne zmiany – to wyzwanie dla edukacji medycznej na najbliższe lata. Uciążliwa procedura akredytacyjna zniechęca do zmian. W uczelniach medycznych badanie losów absolwentów jest traktowane jako konieczność (zapisane w ustawie i wymagane w akredytacji), a jeśli jest prowadzone, to nie ma przepływu informacji w dół, np. wydziały uniwersyteckie, dziekani czy kierownicy katedr nigdy nie widzieli takiego raportu! Wyłamują się z tego schematu policealne szkoły medyczne, które naturalnie mają lepszy i bezpośredni kontakt z absolwentami, pozyskują od nich informacje i wyciągają z tych informacji wnioski dla kształcenia.

Na poziomie kształcenia podyplomowego i specjalizacyjnego zauważono tendencję do poszerzania liczby podmiotów, ale prowadzi to do rozproszenia rynku szkoleniowego, co daje korzyści, ale i wywołuje zagrożenia. Zorganizowane dla małej apteki szkolenie w formie pokazu slajdów i pozostawienie pracownikom apteki materiałów powielonych to bardzo „przyjazna” postać szkolenia. Zagrożeniem jest zjawisko „teatryku objazdowego” (cytuując jednego z respondentów), czyli nabijanie punktów szkoleniowych przy wątpliwej jakości lub małej aktualności szkolenia. Wszystkie formy edukacyjne i firmy muszą się **akredytować** i robią to, ale nadzór nad szkoleniami polega głównie na kontroli formalnej, co jest oceniane jako niewystarczające.

Lekarz lub stomatolog po egzaminie LEP, ale bez specjalizacji, mają ograniczone prawo wykonywania zawodu, polegające na pracy pod nadzorem opiekuna, badania pacjenta oraz udzielania porad lekarskich po konsultacji

z opiekunem, wydawania, po konsultacji z opiekunem, zleceń lekarskich, wydawania, po konsultacji z opiekunem, skierowań na badania laboratoryjne oraz na inne badania diagnostyczne itd. W warunkach powszechnego przeciążenia lekarzy specjalistów ten swoisty merytoryczny nadzór wydaje się rozwiązaniem wadliwym, niedostatecznie gwarantującym wysokie standardy zawodowe. Absolwent trudnych studiów, po stażu i trudnym egzaminie państwowym, z prawem wykonywania zawodu jest ciągle tylko terminatorem w zawodzie.

Dla edukacji formalnej charakterystyczne jest koncentrowanie się na podstawach, a nie na specjalizacji zawodowej. Znajomość technologii informacyjnych na poziomie studiów jest zdefiniowana ogólnie, a w wersji edukacji podyplomowej są to już cztery szczegółowe kwestie związane z funkcjonowaniem całej placówki w sektorze zdrowia. Podobnie jest z zakresem określanym jako „przedsiębiorczość”, który na studiach przybiera postać załączkową, by rozwinąć się w ważne kwestie ekonomiczne w dalszej edukacji.

W poniższej tabeli zaprezentowano finalny opis jednego z dziesięciu zawodów medycznych analizowanych w badaniu – pielęgniarki, czyli głównego partnera lekarza. Pielęgniarki – specjalistki w zakresie pielęgniarstwa chirurgicznego przypisano cztery grupy zadań, takich jak:

- opieka nad pacjentem,
- obsługa dokumentacji medycznej,
- wykonywanie podstawowych badań i zabiegów,
- prowadzenie gospodarki leków.

Zadania i kompetencje opisane przez respondentów stanowią połączenie wiedzy teoretycznej, umiejętności i kompetencji społecznych, z akcentem na ten ostatni element. Jeśli chodzi o kluczowe składniki kształcenia, to wiedza uzyskała cztery wskazania, umiejętności trzy, a kompetencje społeczne 7, co niewątpliwie stanowi wyzwanie dla systemu edukacji i specjalizacji, tradycyjnie nastawionego bardziej na kształcenie niż na wychowanie na poziomie studiów wyższych.

Opisane w tabeli zadanie pokazuje znaczenie umiejętności (w tym manualnych) w pracy pielęgniarki, która bezpośrednio zajmuje się pacjentem na oddziale chirurgicznym. Znacznik „kluczowe” w kompetencji społecznej „empatia” uzupełnia umiejętności o niewymierny „czynnik ludzki”, tak trudny do ukształtowania. Obecnie pielęgniarki muszą mieć wykształcenie wyższe.

Inne źródła wiedzy o zawodzie pielęgniarki – oferty pracy akceptują różne poziomy wykształcenia **pielęgniarek**, ponieważ w przeszłości miały one wykształcenie średnie. Wymagania stażu pracy są bardzo niskie w przypadku studiów wyższych – jeden rok. Sporadycznie wymagane są kursy specjalistyczne. Oferty zagraniczne dość szczegółowo określają poziomy znajomości języka obcego (niemieckiego A1, A2 – podstawowy, B1, B2 średni, C1, C2 zaawansowany) – przeważają

wymagania podstawowe lub średnie. Oferty zagraniczne dominują pod względem liczby wakatów (np. 20 etatów) nad krajowymi (przeważnie pojedyncze etaty). Strona **popytowa** pokazuje niską (na tle innych branż) **jakość komunikacji w środowisku medycznym**. Język ogłoszeń o pracę jest specyficzny – lakoniczny, operujący skrótami myślowymi. W ogłoszeniach podawane są tylko najważniejsze informacje. Można więc przypuszczać, że opisy kwalifikacji i kompetencji mają charakter progowy, zbliżony do kompetencji kluczowych na danym stanowisku. Opisy kompetencji w ogłoszeniach prasowych były bardzo lakoniczne na tle innych branż, co może świadczyć o tworzeniu się sprawnych mechanizmów przepływu informacji w sektorze i o prawidłowym zdefiniowaniu zawodów.

Tabela 2. Przykładowe zadanie, wymagane kwalifikacje i kompetencje w zawodzie pielęgniarki – specjalistki w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego

Zadanie	Opis	Kompetencje kluczowe:	Kompetencje specyficzne:
Zadanie 3: wykonywanie podstawowych badań i zabiegów	Obsługa pacjentów w ramach wykonywania podstawowych badań i zabiegów, które mogą być realizowane samodzielnie w ramach czynności pielęgniarstkich. Czynności te obejmują m.in.: pomiar ciśnienia krwi, pobieranie materiałów biomedycznych do badania, zmianę opatrunków, zdjęcie szwów, przeprowadzanie podstawowego wywiadu medycznego. Wykonywanie powyższych czynności zgodnie z obowiązującymi procedurami w zależności od typu badania.		
Wiedza merytoryczna	Wiedza z obszaru nauk medycznych w zakresie pielęgniarstwa chirurgicznego oraz anatomii człowieka, udokumentowana wymaganymi certyfikatami/zaświadczeniami. Wykształcenie kierunkowe z zakresu pielęgniarstwa chirurgicznego.		
Znajomość procedur obowiązujących w placówce	Wiedza o przyjętych w danej placówce procedurach, dotyczących realizacji zadań z zakresu pielęgniarstwa chirurgicznego. Wiedza na temat odpowiedzialności w przypadku działań niezgodnych z obowiązującymi procedurami.	TAK	
Umiejętność obsługi urządzeń medycznych	Umiejętność obsługi specjalistycznego sprzętu medycznego, wykorzystywanego na oddziałach chirurgicznych.		

Zadanie	Opis	Kompetencje kluczowe:	Kompetencje specyficzne:
Umiejętność wykorzystywania doświadczenia zawodowego w praktyce	Umiejętność sprawnego i efektywnego wykonywania zadań oraz przewidywania ich skutków dla pacjenta na podstawie wiedzy zdobytej w trakcie wykonywania pracy.		
Umiejętność dawania wsparcia psychologicznego choremu	Umiejętność interesowania się problemami i obawami pacjenta, które niesie za sobą choroba.		
Umiejętności manualne	Umiejętność wykonywania określonych zabiegów medycznych (np. wklucie do żyły), które wymagają skomplikowanych i precyzyjnych operacji manualnych.		TAK
Kompetencje społeczne: empatia	Zdolność nawiązywania pozytywnych relacji z pacjentami oraz współodczuwania emocji, które towarzyszą pacjentowi. Gotowość do indywidualnego traktowania pacjentów i rozumienia ich emocji.	TAK	
Komunikatywność	Zdolność prowadzenia skutecznej rozmowy z pacjentem poprzez umiejętne zadawanie pytań, przekazywanie informacji zwrotnej czy aktywne słuchanie, a także zdolność jasnego sformułowania wypowiedzi.		
Schludność	Dbłość o właściwy wygląd w związku z pracą w placówce medycznej.		

Źródło: badania własne.

Większość krajów europejskich zauważyła nadchodzący niż w zawodzie pielęgniarki. W Polsce widoczna jest też niekorzystna struktura wiekowa pielęgniarek i położnych. W ostatnich trzech latach liczba absolwentów szkół pielęgniarskich (studiów zawodowych oraz szkół wyższych) wynosiła rocznie 6–7 tysięcy osób. Ale w tym samym okresie okręgowe rady pielęgniarek i położnych wydawały rocznie niespełna dwa tysiące zaświadczeń o prawie do wykonywania zawodu, co oznacza, że tylko ok. jedna trzecia absolwentów podejmuje pracę w zawodzie. W starszych rocznikach jest od 6 do 10 tysięcy osób, które będą sukcesywnie odchodzić na emeryturę. Wzrostowy trend wykazuje jedynie populacja pielęgniarzy, ale to tylko margines całej grupy zawodowej, bardzo silnie sfeminizowanej.

Czy można pokładać nadzieję w transferach międzysektorowych? Transferowalność kwalifikacji i kompetencji medycznych między sektorami jest **ograniczona** i może dotyczyć zasadniczo stanowisk niższego szczebla (np.

opiekunki, pielęgniarki, pokojowej). Inne specjalizacje mają niewielkie możliwości transferowalności. Sukcesy lekarzy w innych sektorach (farmaceutyka, zarządzanie, polityka) wskazują jednak na znaczące marnotrawstwo środków na edukację. Transferowalne są kompetencje związane z pierwszą pomocą i bhp, promocją zdrowia, profilaktyką, dietetyką. Wymieniając kluczowe kompetencje, kadra kierownicza kładzie nacisk na kompetencje „twarde”, a pracownicy na „miękkie”. Szukając większej transferowalności w sektorze, trzeba zadać pytanie o to, co jest ważniejsze: **zdefiniowane zawody czy zdefiniowane zadania i kompetencje**.

Lekarze i pielęgniarki mają, zgodnie z ustawą o działalności leczniczej, obowiązek podnoszenia swoich kwalifikacji, co w znacznym stopniu realizują we własnym zakresie, z własnej inicjatywy. Biorą oni udział w różnego rodzaju seminariach, konferencjach organizowanych przez firmy zewnętrzne, a „szpital jedynie wyraża zgodę na udział, na nieobecność pracownika, spowodowaną udziałem w szkoleniu”. Jest to zbyt małe wsparcie dla kształcących się pracowników. Szpitale ripostują w tej kwestii następująco: w rozliczeniach z NFZ nie ma wyodrębnionej funkcji edukacyjnej i specjalizacyjnej, są one jakby poza głównym strumieniem finansowania opieki zdrowotnej. Wymaga to szybkiej zmiany.

Rosną wymagania wobec menedżerów opieki zdrowotnej. Ogłoszenia o konkursie na stanowisko kierownicze placówki opieki zdrowotnej zawierają bardziej szczegółowy wykaz kwalifikacji i kompetencji. Wynika z nich, że kandydat to osoba o wszechstronnej wiedzy medycznej, farmaceutycznej i biznesowej, obdarzona licznymi umiejętnościami strategicznymi (np. zarządzanie zmianami, nastawienie na wyniki działalności), operacyjnymi (np. zarządzanie zespołem) i jeszcze medialnymi (np. budowanie wizerunku firmy) oraz o nienaganych manierach, potrafiąca budować dobre relacje z pracownikami.

Bliskość pacjenta uwrażliwia personel. Kierownicy realizują procedury lecznicze, a do tego potrzebują uprawnionych pracowników. Pracownicy są blisko pacjentów i mogą mieć z nimi lepszy kontakt. Jest potrzeba lepszego komunikowania się lekarza z pacjentem. Niezrozumiały, fachowy język komunikacji stanowi pewną barierę skuteczności komunikowania się, a więc i leczenia. W dyskusjach środowiska medycznego pojawia się w ostatnim czasie pojęcie „pacjenta agresywnego lub roszczeniowego”, który utrudnia lekarzowi pracę. Trudny, fachowy język, praca na wielu etatach, praca nadmierna i brak nawyków rozmawiania z pacjentem znacznie przyczyniają się do wytworzenia „zjawiska” pacjenta roszczeniowego.

Bardzo inspirujące są doświadczenia europejskie w zakresie konstruowania i wykorzystywania ram kwalifikacyjnych.

Czeski sposób na brakujące kwalifikacje jest następujący. NSK (narodni soustava kvalifikaci²), oficjalny portal będący rejestrem kwalifikacji zawodowych, rozróżnia dwa rodzaje kwalifikacji:

- **kompletne kwalifikacje**, jako zdolność do wykonywania zawodu (np. cukiernik, elektryk, architekt, lekarz itp.), i to nie jest nic nowego w systemie; kwalifikacje te są nabyte w szkołach zawodowych, w technikach lub w instytucjach szkolnictwa wyższego;
- **częściowe kwalifikacje**, z możliwością wykonywania tylko części zawodu, tj. kilku prac, co razem daje możliwość ubiegania się o pracę (np. przygotowanie dań zimnych, pieczenie ciast, szycie i naprawa dekoracji tekstylnych, figuralne odlewy porcelany i retuszowanie, projektowanie stron internetowych).

Definiowanie częściowych kwalifikacji oznacza zidentyfikowanie częściowe jednostek zawodu, które są wymagane przez rynek pracy. Kilka częściowych kwalifikacji, potrzebnych na rynku, mogą tworzyć zadania. Z punktu widzenia pracownika częściowe kwalifikacje dają możliwość wykonywania poszukiwanej pracy i zarabiania na życie, czyli dają (przynajmniej sezonowo) zatrudnienie. Opisanie tych częściowych kwalifikacji tworzy nową jakość na rynku pracy.

Za tworzenie i funkcjonowanie Krajowych Ram Kwalifikacji w Czechach odpowiada Ministerstwo Edukacji, Młodzieży i Sportu. Ministerstwo powołało w tym celu Krajowy Punkt Koordynacyjny (National Coordination Point) ds. NQF w Czechach, czyli Narodowy Instytut Edukacji Technicznej i Zawodowej (NUOV – Národní Ústav Odborného Vzdělávání). NCP CZ został założony i jest w pełni funkcjonalny od stycznia 2009 roku. Ma następujące składniki: NUOV Grupa Robocza (Workgroup) – zadania grupy to koordynacja działań i stworzenie środowiska, wspieranie swoich krajowych i międzynarodowych działań na rzecz tworzenia NQF; Grupa Doradcza – zadania tej grupy to konsultacja i doradztwo, które przyczyniają się do upowszechniania publikacji NQF i włączenia wielu środowisk interesariuszy, takich jak związki zawodowe, środowiska edukacyjne, w proces opiniowania wniosku.

Tabela 3. Ustanawianie nowego standardu kwalifikacyjnego dla stanowiska/zawodu

Proces tworzenia nowych kwalifikacji	Jednostki uczestniczące (autoryzujące)
Konsensus w sprawie nowych kwalifikacji, powołanie Komitetu Ekspertów w dziedzinie nowej kwalifikacji	Przedstawiciele pracodawców
Propozycja nowego standardu kwalifikacyjnego wraz z poziomami kompetencji składowych i ogólna ocena poziomu EQF (1–8)	Komitet Ekspertów ustanowiony przez Radę Sektorową

² <http://www.nsk.nuov.cz>

Proces tworzenia nowych kwalifikacji	Jednostki uczestniczące (autoryzujące)
Akceptacja proponowanego standardu przez pracodawców i jego poziomu NQF	NUOV (Grupa Robocza i Grupa Doradcza), Rada Sektorowa
Zezwolenie państwowe i akceptacja jego poziomu	Właściwe ministerstwo branżowe: minister pracy, minister edukacji

Źródło: opracowanie własne na podstawie: (MŚMT, 2011).

Pierwsza faza polega na zidentyfikowaniu nowych kwalifikacji w postaci stanowiska pracy/zawodu/specjalności. Decydującą rolę odgrywają tu przedstawiciele pracodawców, zorganizowani w 30 Radach Sektorowych. Praca w Radzie Sektorowej jest odpłatna, co pozwala przyciągnąć do niej kompetentne osoby i gwarantuje ich pełne zaangażowanie. Gdy nowe kwalifikacje zostaną uznane za niezbędne, rozpoczyna się druga faza, w której podejmuje prace merytoryczne Komitet Ekspertów, powołany przez Radę Sektorową tylko dla tych kwalifikacji. Eksperti opracowują projekt nowego standardu kwalifikacyjnego wraz z poziomami kompetencji składowych i ogólną oceną poziomu EQF (1–8). Są to wybitni przedstawiciele danego zawodu, a także specjaliści HR, co zapewnia wysoki poziom merytoryczny opracowania. W trzeciej fazie następuje zatwierdzenie projektu przez Radę Sektorową oraz przez NUOV, który konsultuje projekt z różnymi środowiskami, w tym z politykami, szkołami, uczelniami (Grupa Doradcza), głównie poprzez organizowanie dyskusji i seminariów. NUOV sprawdza też (Grupa Robocza), czy projekt jest skonstruowany zgodnie z zasadami i strukturą Narodowych Ram Kwalifikacyjnych, która przybiera postać oficjalnego portalu internetowego NSK – krajowego rejestru kwalifikacji zawodowych. Ostatnia faza to akceptacje ministerialne – właściwej branży (np. przemysł, handel). Projekt jest akceptowany przez ministra pracy oraz ministra edukacji, który jest głównym koordynatorem tego procesu.

Sukcesem centrum stało się zgromadzenie przy jednym stole wszystkich zainteresowanych stron, co było przełomem w procesie tworzenia standardów kwalifikacyjnych z różnych dziedzin. Precyzyjnie określono role poszczególnych podmiotów i dobrano im odpowiedni moment na prace nad projektem. Środowiskom opiniotwórczym udzielono głosu, gdy była już konkretna propozycja nowych kwalifikacji, co uczyniło ich dyskusję sprawną i przydatną.

Szkocki sposób na pozyskiwanie brakujących kompetencji to bardzo szczegółowa rama kwalifikacji, która zakłada budowanie zawodu w trakcie pracy, stwarzanie zachęt i udogodnień dla osób chcących rozwijać się zawodowo. Jest to istotne, bo opiera się na minimalnym oderwaniu personelu medycznego od pracy (szkolenia), a w większości odbywa się w macierzystej placówce medycznej.

Certyfikacja przebiega również na stanowisku pracy i ma charakter obserwacyjny, a nie sztuczny, egzaminacyjny. Osoba akredytująca określone kompetencje bada portfolio kandydata i obserwuje jego pracę, np. przez cały dzień, co czyni całe przedsięwzięcie mniej stresującym. Szkocki model budowania kompetencji pielęgnacyjnych upłynnił grupę zawodów poniżej pielęgniarki, a bardziej skupił się na szczegółowo opisanych umiejętnościach i kompetencjach. Opiekunka posiadająca kilka certyfikatów umiejętności *stricte* pielęgniarских może zastąpić pielęgniarkę w wielu czynnościach. A pielęgniarka po studiach i farmaceuta mogą zastąpić lekarza w określonych czynnościach medycznych i administracyjnych.

W 2006 roku powołano Scottish Credit and Qualifications Framework Partnership (SCQF Partnership), którego zadaniem stało się zarządzanie szkockim systemem punktowo-kwalifikacyjnym. Znamienne jest to, że organizacja ta integruje różne kategorie podmiotów: ministerstwa, agencje państwowe i uniwersytety. Szkocki System Punktowy i Ram Kwalifikacji (SCQF) liczy 12 poziomów i jest spójny z Europejskimi Ramami Kwalifikacji, podobnie jak system walijski. Dwa najwyższe poziomy są tożsame, natomiast 6 i 5 EQF odpowiadają po dwa poziomy w SCQF (10,9,8 i 7). Dalej czterem EQF odpowiada 6 SCQF i tak dalej w dół, a system szkocki ma jeszcze dodatkowe dwa najniższe poziomy. Każdy zawód, posiadane kwalifikacje oraz prowadzące do ich uzyskania szkolenia opisane są również w poziomach. Zdobywanie wyższych kwalifikacji wiąże się ze zdobywaniem części efektów kształcenia z nowego, wyższego poziomu. Przykładowo, czeski **masażysta** wyceniony na trzeci poziom ma umiejętności ekonomiczne polegające na wyliczeniu ceny i księgowaniu przychodów, odbieraniu pieniędzy za usługi w zakresie płatności gotówkowych od klientów. Szkocki masażysta na poziomie czwartym (6 SCQF) ma umiejętności handlowe wystarczające do prowadzenia działalności gospodarczej, co stanowi szerszy zakres kompetencji niż tylko niezbędne czynności księgowo-kasowe. Łatwo jest jednak określić brakujące składniki kompetencyjne, które trzeba zdobyć. Szkocki masażysta potrafi rozpoznać stan zdrowia klienta, w którym należy skierować go do lekarza specjalisty, czego czeski w ogóle nie ma w kompetencjach.

Sercem szkockiego systemu punktowo-kwalifikacyjnego jest SQA – Scottish Qualifications Authority. Jest to ciało akredytujące, zatrudniające 700 specjalistów, ale również przekazujące swoje uprawnienia innym podmiotom, np. uczelniom. Każda forma szkoleniowa jest zlokalizowana w ogólnokrajowym systemie, ma określony poziom, liczbę punktów oraz ciało akredytujące. Ma to kapitalne znaczenie dla funkcjonowania rynku pracy, zarówno od strony podaży, jak i od strony popytu na kompetencje.

Wnioski

Systemy czeski i szkocki posiadają ważne wspólne cechy, a właściwie zalety:

- integrują różne kategorie podmiotów, w tym uczelnie tradycyjnie korzystające z dużej autonomii;
- zachęcają korzyściami, a nie grożą sankcjami, preferują partnerstwo;
- tworzą wspólne narzędzia i platformę porozumienia;
- operują w mniejszej skali niż Polska. Pięćmilionowa Szkocja i dziesięćmilionowe Czechy to społeczności o mniej rozbudowanej administracji i prostszej strukturze instytucji. Skala tych krajów i odniesiony przez nie sukces pozwalają doszukiwać się związku;
- ich założenia są kompatybilne ze standardami europejskimi.

Polskie ramy kwalifikacyjne mają szansę skorzystać z najlepszych doświadczeń zagranicznych, ale na pewno pójdą własną drogą.

- Jeśli rama sektorowa ma być stosowanym i przydatnym narzędziem, to nie można ustanowić zbyt skomplikowanego systemu. Wysoka pracochłonność będzie utrudniać jego rozwój i aktualizację. Przykład ogłoszeń zawierających oferty pracy wskazuje, że rynek pracy potrzebuje krótkiej i konkretnej informacji.
- W opiece zdrowotnej główną jednostką opisu kompetencji jest zawód. Doświadczenia zagraniczne wskazują jednak, że bardziej elastyczne podejście ma pełną rację bytu. Przykładem tego jest zawód ratownika medycznego, funkcjonujący w Polsce od kilku lat (zgodnie z Ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 roku), który wcześniej wykonywali lekarze. Do 2014 roku ratownik medyczny kończył dwuletnie studia pomaturalne, obecnie wymagany jest licencjat.
- Miejsce dla wszystkich podmiotów sektora „zdrowie” – to kluczowa kwestia w budowaniu ram kwalifikacyjnych. W sektorze aktywnie promuje się biznes, funkcjonują silne organizacje zawodowe, szczegółowe uprawnienia regulacyjne posiada minister zdrowia, swój system klasyfikacji zawodów firmuje Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, a w sferze edukacji dominuje Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego – nie widać ciał i procesów koordynacyjnych. Modele czeski lub szkocki podpowiadają gotowe rozwiązania.
- Jakie są proporcje kompetencji „twardych” (np. czynności niezbędnych do wykonania szerepienia) i „miękkich”, czyli komunikacyjna otoczką tych czynności? W wybranych specjalnościach udało się określić wysokie znaczenie kompetencji „miękkich”, np. w pediatrii (młody, wymagający pacjent) i stoma-

tologii, w których młody pacjent wymaga specjalnego podejścia i specjalnych kompetencji społecznych i umiejętności.

- Opisy zawodów medycznych wskazały na wzajemne uzupełnianie się tych kompetencji, np. przekazanie pacjentowi informacji o wykryciu choroby nowotworowej. Takie kompetencje powinny być szczególnie oznaczone i przypisane konkretnym osobom, raczej wyższemu personelowi medycznemu, a okazywanie empatii w codziennym kontakcie niższemu personelowi.
- Te same kompetencje w sensie merytorycznym różnicują się dodatkowo ze względu na typ pacjenta. Do tego dochodzą jeszcze takie czynniki, jak praca z ludźmi w podeszłym wieku i niepełnosprawnymi, czyli te same czynności zawodowe, ale w trudniejszych warunkach, bez współpracy z pacjentem, stres i duże emocje u pacjenta, odmawianie zgody na zabiegi, pomoc osobom doprowadzonym przez policję.
- Podjęcie działań zachęcających do stosowania nowych technologii, do przełamywania barier „niewiedzy”, do uczenia się, do zmiany warsztatu pracy. Przykładem może być dyskusja w środowisku medycznym na temat stosowania leków wyprodukowanych dla innych specjalności medycznych, przez osoby, u których w toku leczenia wykryto inne lecznicze działanie danych leków.
- Komerccjalizacja i rozszerzenie rynku szkoleń niosą wiele zagrożeń. Lekarze i pielęgniarki odbywają szkolenia dotyczące obsługi nowego sprzętu medycznego, np. endoskopów do zabiegów laryngologicznych, ale nie zawsze jest to skorelowane z wyposażeniem gabinetów. Czy jest to tylko zdobywanie punktów do specjalizacji? Aktywność promocyjna przemysłu może wprowadzać chaos w system specjalizacji zawodowej kadr medycznych. Przejście od wiedzy do praktyki, czyli system szkoleń, ale i asystowania przy zabiegach, procedurach medycznych – ćwiczymy na fantomie, koledze czy żywym pacjencie?
- Które składniki kompetencji powinny pojawić się na wstępie kariery, a które w dalszych fazach? Chodzi tu o wiedzę, ale i umiejętności. Celem jest szybsze rozpoczęcie pracy w zawodzie, wykonywanym samodzielnie, ale w mniejszym zakresie tematycznym. Na to pytanie nie udało się uzyskać konkretnej odpowiedzi, która przybrałaby postać modelu specjalizacyjnego. Lekarze, pielęgniarki i położne dysponują skutecznym systemem specjalizacji.

Bibliografia

- GUS (2013), *Narodowy Rachunek Zdrowia za rok 2011*.
- Korporowicz V. (red.) (2004), *Zdrowie i jego ochrona. Między teorią i praktyką*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa.

- Kowalewski G. (2010), *Za mało rezydentur, za mało lekarzy*, „Świat Lekarza”, nr 8.
- KPRM (2011), *Strategia rozwoju kapitału ludzkiego*, Warszawa, 15 listopada.
- Małopolskie Obserwatorium Rynku Pracy i Edukacji (2012), *Barometr zawodów*, WUP, Kraków.
- MŠMT (2011), *National Referencing Report of the Czech Republic*, June.
- National Register of Qualifications* (2013), Working Paper, Prague, January.
- SCQF Partnership (2013), *Scotland's Framework for Lifelong Learning. A Guide for Learners, Providers and Employers*, Glasgow.
- Sienkiewicz Ł. (red.) (2007), *Standardy kwalifikacji zawodowych wobec wymagań rynku pracy*, IPISS, Warszawa.
- Sławiński S. (red.) (2011), *Słownik kluczowych pojęć związanych z krajowym systemem kwalifikacji*, Instytut Badań Edukacyjnych, wrzesień 2011.
- Turek D., Wojtczuk-Turek A. (2010), *Kompetencje transferowalne. Przegląd definicji, modeli i stanowisk teoretycznych*, w: *Kompetencje transferowalne. Diagnoza. Kształtowanie. Zarządzanie*, S. Konarski, D. Turek (red.), Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa.
- Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym (DzU 2006, nr 191, poz. 1410).
- Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (DzU 2011, nr 277, poz. 1634).
- Włodarczyk C. (1998), *Reforma opieki zdrowotnej w Polsce*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków.

Summary

Professions or Competences – Dilemma of Sectoral Qualifications Framework Based on Healthcare Sector Case (Research Report)

The article reports the results of research conducted within the project entitled ‘Developing assumptions substantive and institutional implementation of the National Qualifications Framework (NQF)’. The aim of the study was to determine the specific skills and competences required for key jobs and positions in the healthcare sector to identify the sources of information and procedures useful for constructing the qualification framework and update them. The article presents an example of the tasks and skills required for a pediatrician and a nurse – specialist in surgical nursing. It also describes the Scottish and Czech model, which shows how to move away from the competition in favour of specific competences in the description of the requirements and vocational training.

Keywords: profession, competence, health, knowledge, skills, social skills, qualifications.

Резюме

Профессии или компетенции – дилема формирования отраслевых рамок квалификаций на примере сектора здравоохранения

В статье представлены результаты исследований, проведенных в рамках системного проекта „Разработка мериторических и институциональных положений внедрения национальных рамок квалификаций (НРК)”. Целью исследования являлось определение специфических квалификаций и компетенций необходимых для ключевых профессий и должностей в секторе здравоохранения, определение источников информации и полезных процедур формирования рамок квалификаций и их актуализации. В статье представлены примеры задач и компетенции необходимые детскому врачу и медсестре – специалистке хирургического профиля. Описаны также шотландская и чешская модели, которые показывают способ отхода от профессий в пользу конкретных компетенций в описании требований и профессиональном образовании.

Ключевые слова: профессия, компетенции, здравоохранение, знания, умения, социальные компетенции, квалификации.

Dr Grzegorz Mysłiwiec

Wykładowca w Katedrze Rozwoju Kapitału Ludzkiego Szkoły Głównej Handlowej. W badaniach koncentruje się na tematyce negocjacji płacowych, partycytacji pracowniczej i etyki zawodowej. Autor publikacji: *Etyka gospodarcza i zawodowa*, Wydawnictwo Almamater, Warszawa 2013; *Savoir-vivre w administracji*, Wydawnictwo INFOR, Warszawa 2010; *Techniki i triki negocjacyjne*, Wydawnictwo Difin, Warszawa 2007.

