



**Uniwersytet Jagielloński  
Collegium Medicum  
Wydział Ochrony Zdrowia**

**BARBARA NIEDŹWIEDZKA**

**POTRZEBY I ZACHOWANIA INFORMACYJNE  
MENEDŻERÓW  
W INSTYTUCJACH INFRASTRUKTURY  
ZDROWIA PUBLICZNEGO**

**Rozprawa doktorska**

Bibl. Medyczna CM UJ



1816034111

**PROMOTOR:  
DR HAB. WANDA PINDŁOWA, PROF. UJ**

**Kraków 2002**

**Pragnę złożyć serdeczne podziękowania Promotorowi  
pracy – Pani Profesor dr hab. Wandzie Pindlowej  
za cenne uwagi i wskazówki.**

Składam też podziękowania Prof. dr hab. Jackowi Wojciechowskiemu z Instytutu Bibliotekoznawstwa i Informacji Naukowej UJ oraz socjologowi mgr Tomaszowi Przewoźniakowi za konsultacje przy opracowaniu ankiety, dr Romanowi Topór-Madremu, za zaprojektowanie bazy danych oraz Pani mgr Ewie Kawalec z Zakładu Epidemiologii IZP CM UJ za uważną analizę statystyczną danych.

# SPIS TREŚCI

## Wprowadzenie str.

1. Uzasadnienie wyboru problemu i kategorii użytkowników informacji.....	5
2. Cel pracy.....	9
3. Procedura badawcza.....	9
4. Uwagi dotyczące przyjętej terminologii.....	15
5. Struktura pracy.....	16
6. Stosowane akronimy.....	18

## Rozdział 1

### BADANIA DOTYCZĄCE UŻYTKOWNIKÓW INFORMACJI

1.1 Ewolucja podejścia i metod w badaniach nad użytkownikami informacji.....	19
1.2 Badania potrzeb i zachowań użytkowników informacji w ochronie zdrowia.....	30
1.3 Badania dotyczące menedżerów jako użytkowników informacji.....	39

## Rozdział 2

### MODEL ZACHOWAŃ INFORMACYJNYCH WILSONA JAKO PODSTAWA OPISU UŻYTKOWNIKÓW INFORMACJI

2.1 Omówienie modeli zachowań informacyjnych.....	47
2.2 Model zachowań informacyjnych T. Wilsona.....	53
2.2 Modyfikacja modelu T. Wilsona.....	61

## Rozdział 3

### MENEDŻEROWIE JAKO UŻYTKOWNICY INFORMACJI

3.1 Menedżer – definicja, funkcje, role zawodowe.....	65
3.2 Porównanie modelu procesu podejmowania decyzji z modelem zachowań informacyjnych.....	68
3.3 Czynniki wpływające na zachowania informacyjne menedżerów	
3.3.1 cechy indywidualne.....	70
3.3.2 wymogi pełnionej roli zawodowej.....	75
3.3.3 czynniki środowiskowe.....	84
3.4 Mechanizmy aktywujące zachowania informacyjne menedżerów.....	92
3.5 Kategorie informacji potrzebnej menedżerom.....	93
3.6 Szczególne uwarunkowania procesu decyzyjnego i kategorie informacji służącej decyzjom w ochronie zdrowia.....	95

## **Rozdział 4**

### **WYNIKI OGÓLNOPOLSKIEGO REPREZENTATYWNEGO BADANIA POTRZEB INFORMACYJNYCH OSÓB ZAJMUJĄCYCH KIEROWNICZE STANOWISKA W WYBRANYCH INSTYTUCJACH OCHRONY ZDROWIA**

4.1	Historyczno-społeczny kontekst badania .....	101
4.2	Cel ogólny.....	104
4.3	Cele szczegółowe.....	104
4.4	Metoda.....	105
4.5	Wyniki badania.....	108
4.5.1	Zwrotność ankiet.....	108
4.5.2	Wyniki mówiące o indywidualnych cechach ankietowanych.....	110
4.5.3	Wyniki związane z charakterem pracy i pełnioną rolą zawodową...113	
4.5.4	Informacja potrzebna ankietowanym menedżerom.....	117
4.5.5	Wyniki mówiące o środowisku informacyjnym ankietowanych.....	122
4.6	Omówienie wyników badania.....	129
4.7	Wnioski.....	151

## **Rozdział 5**

### **MENEDŻEROWIE W INSTYTUCJACH OCHRONY ZDROWIA W POLSCE JAKO UŻYTKOWNICY INFORMACJI.**

5.1	Wnioski i rekomendacje wynikające z zestawienia wyników ogólnopolskiego sondażu ankietowego z obrazem menedżera wyłaniającym się ze studium literatury przedmiotu.....	155
5.2	Dalsza modyfikacja ogólnego modelu zachowań informacyjnych uwzględniająca zachowania menedżerów. Nowy uniwersalny model zachowań informacyjnych.....	169
5.3	Model zachowań informacyjnych menedżerów i jego implikacje.....	170
5.4	Podsumowanie pracy.....	172
5.5	Uwagi końcowe.....	174

<b>Bibliografia</b> .....	177
---------------------------	-----

<b>Aneksy</b> .....	199
---------------------	-----

1. Terminologia
2. Wykresy i tabele wyników badania ankietowego
3. Tematy zogniskowanych dyskusji grupowych
4. Pytania do wywiadów z przedstawicielami ankietowanych grup respondentów
5. Formularz ankiety
6. Pytania do wywiadów z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia

# WPROWADZENIE

## 1. Uzasadnienie wyboru problemu i kategorii użytkowników informacji

Zainicjowana w 1999 roku reforma systemu ochrony zdrowia w Polsce, obnażyła wielkie braki w zapleczu informacyjnym, niezbędnym zarówno do racjonalnego przeprowadzenia zmian, jak i do dalszego efektywnego funkcjonowania systemu na nowych zasadach. Brak danych i analiz, koniecznych do kreowania polityki zdrowotnej i racjonalnego zarządzania, stał się bez wątpienia jedną z przyczyn niepowodzenia reformy. Braki te szczególnie dotkliwie odczuły osoby pełniące kierownicze stanowiska, zwłaszcza, że reforma radykalnie zwiększyła ich odpowiedzialność i zakres obowiązków. (szerzej o zmianie roli osób zarządzających traktuje rozdział 4.1). Toteż od początku wdrażania reformy podnosiły się, na łamach fachowej prasy i licznych profesjonalnych spotkaniach, głosy dyrektorów szpitali i zespołów opieki zdrowotnej, wydziałów zdrowia oraz kas chorych, wskazujące na niemożność racjonalnego podejmowania decyzji w sytuacji braku danych, efektywnych systemów informowania oraz odpowiedniego zaplecza naukowo-badawczego. Ujawnione w wyniku transformacji systemu braki informacji oraz trudności, jakie napotykali zarządzający, aby potrzebne im informacje zdobyć, stały się przyczyną zainteresowania menedżerami, jako użytkownikami informacji.

Zarzuty kierowane przez menedżerów do osób odpowiedzialnych za reformę, spowodowały, że podjęto, choć z opóźnieniem, prace zmierzające do rozwiązania problemów związanych z gromadzeniem oraz przetwarzaniem danych dotyczących opieki zdrowotnej. Koncepcyjne i projektowe prace nad szpitalnymi systemami informatycznymi, miały na celu jak najszybszą komputeryzację placówek ochrony zdrowia. Koncentrowały się przede wszystkim na usprawnieniu wewnętrznego obiegu informacji w instytucji oraz udoskonaleniu sprawozdawczości, ale dotyczyły także przepływu danych między poszczególnymi instytucjami (np. kasami chorych, szpitalami i ośrodkami statystyki medycznej). Prowadzono też prace nad niezbędnymi do tego protokołami komunikacji, słownikami i kodami. Moduły umożliwiające liczenie kosztów, moduły administracyjne oraz moduły medyczne to pierwsze segmenty systemów informatycznych polskich szpitali. W centrum zainteresowania informatyków znajdowała się jednak przede wszystkim organizacja - jej struktura oraz rodzaje wytwarzanych przez jej poszczególne działy, danych. Użytkownik informacji

traktowany był instrumentalnie, jako wyraziciel oczekiwań wobec wdrażanego systemu. Przy czym wydaje się, że w znacznej mierze lekceważono fakt, że brak odpowiedniej wiedzy oraz nieznanostwo technicznych i logicznych możliwości systemów informatycznych, może potencjalnym użytkownikom poważnie utrudnić werbalizację, zgodnych z zadaniami a równocześnie realistycznych, potrzeb. Nie znaleziono prac, które opisywałyby aktywną współpracę menedżerów z informatykami w procesie definiowania potrzeb informacyjnych, ani też prac analizujących potrzeby użytkowników w kontekście ich pracy. Przy rozwiązywaniu problemów natury technicznej i organizacyjnej, najwyraźniej brakło czasu na kompleksową i metodyczną analizę realnych potrzeb i zachowań użytkowników informatycznych systemów szpitalnych. Chęć uzupełnienia tego braku to druga przyczyna podjęcia badań nad kluczową kategorią użytkowników tych systemów – menedżerami.

Pilna konieczność usprawnienia obiegu przede wszystkim informacji finansowo-sprawozdawczej spowodowała, że w toku informatyzacji szpitali na plan dalszy zeszyły tzw. moduły wspomagające, czyli systemy doradcze, eksperckie, bazy wiedzy. Stanowią one do tej pory raczej teoretycznie możliwe, a nie faktycznie realizowany, element informatycznych systemów szpitalnych. Nie jest to korzystne zważywszy, że zmiana zadań kierowników w ochronie zdrowia nie wynika jedynie z wymogów lokalnie przeprowadzonej reformy, ale ma też głębszy uniwersalny wymiar. Wiedzie to do wyjaśnienia kolejnej przyczyny zainteresowania potrzebami informacyjnymi tej kategorii menedżerów.

Zadania kadry kierowniczej instytucji zdrowotnych komplikują się w ostatnich dekadach w wyniku pewnych istotnych zmian w dziedzinie medycyny i ochrony zdrowia, zachodzących w szerszej, globalnej perspektywie. Coraz bardziej stanowczo stawiany jest w tym sektorze wymóg skuteczności i opłacalności wszelkiego postępowania, spowodowany rosnącymi kosztami opieki medycznej oraz dążeniem do eliminacji nieuzasadnionej dowolności praktyki. Konieczność godzenia dobra i sprawiedliwości w dostępności do opieki medycznej z, zawsze i we wszystkich krajach, niewystarczającymi środkami na ochronę zdrowia sprawia, że zwraca się coraz pilniej uwagę na to, aby postępowanie przynosiło zarówno korzyści zdrowotne jak i nie generowało nieuzasadnionych kosztów, a także aby było właściwe, tzn. odpowiadało zarówno potrzebom zdrowotnym jak i możliwościom ekonomicznym społeczeństwa. Z kolei, prawa rynku, które od niedawna stosują się w tej dziedzinie także do polskich realiów, oraz zwiększone oczekiwania pacjentów, powodują konieczność większej dbałości o jakość usług zdrowotnych, tzn. o to, aby pozostawały w zgodzie z najnowszą wiedzą i obowiązującymi standardami. Rośnie też prawna odpowiedzialność decydentów i lekarzy za skutki postępowania, co zmusza ich do dbania nie

tylko o to, aby stosowane procedury medyczne były bezpieczne, ale także o to aby realizowane były w bezpiecznym środowisku. Wszystkie te zjawiska powodują, że profesjonaliści w ochronie zdrowia: politycy, lekarze, pielęgniarki, a także, a może przede wszystkim, menedżerowie - odpowiedzialni ustawowo za jakość i skuteczność działań kierowanej przez siebie instytucji – powinni szukać maksymalnie zobiektywizowanych argumentów, aby uzasadniać i chronić swoje decyzje. Oprócz wymienionych wcześniej, nasilających się trendów, wspomnieć jeszcze należy o niezwykle przyspieszeniu w rozwoju wiedzy i technologii medycznych, a także technologii związanych z przekazywaniem informacji. Zwiększa to zasoby oraz możliwości przetwarzania i przekazywania potencjalnie przydatnej w ochronie zdrowia informacji. Argumentów najbardziej obiektywnych dostarczają badania naukowe, rzetelne analizy danych, sprawdzone w rzeczywistych warunkach innowacje, normy i zalecenia. Do takich więc źródeł teoretycznie powinni kierować się menedżerowie podejmując decyzje. Opracowania dotyczące polskiej reformy zwracające uwagę na wymogi, jakim powinna odpowiadać współczesna opieka zdrowotna, nie mówią jednak o tym, czy, i w jaki sposób wiedza umożliwiająca racjonalne, wysokiej jakości postępowanie dociera do osób kierujących instytucjami i zespołami. Niekiedy wspomina się jedynie o konieczności ustawicznego kształcenia personelu, lub o tym, że istotnym warunkiem jakości jest dostępność wiedzy. Rzadko jednak podnosi się te zagadnienia w stosunku do samych menedżerów, nie analizuje się także ich potrzeb w tej mierze, zakładając najwyraźniej, że odpowiednia wiedza jest im dana, jest dostępna i jest wykorzystywana. Przy planowaniu ewentualnych usług informacyjnych obejmujących menedżerów nie analizuje się też tego (opracowań takich nie odnaleziono), czy odpowiadają one ich preferencjom, czy są oni skłonni oraz czy potrafią z takich usług korzystać. Takich specjalistycznych usług jak dotąd zresztą nie ma. W polskim Internecie medycznym ani jedna strona WWW nie została zaprojektowana z myślą o złożonych i specyficznych potrzebach menedżerów. Choć więc, w sytuacji zwiększonych wymagań wobec menedżerów, konieczne wydaje się tworzenie usług informacyjnych ułatwiających im komunikację ze źródłami przetworzonych danych i bazami wiedzy, nikt nie bada ani potrzeb ani możliwości kierowników, aby takie usługi projektować zgodnie z ich potrzebami i ograniczeniami.

Jest jeszcze powód, dla którego menedżerowie zostali wybrani jako kategoria użytkowników, której potrzeby informacyjne należy poznać i zaspokoić w pierwszej kolejności. Od tego jak dobrze są oni poinformowani, jakiej jakości informację otrzymują oraz na ile rozbudzona jest ich świadomość i wymagania, zależą nie tylko ich własne decyzje, ale i kultura podległych im organizacji. Decyzje kierowników mogą ułatwić lub utrudnić

pracownikom (lekarzom, pielęgniarkom) dostęp do aktualnej wiedzy, mogą promować lub hamować racjonalne zachowania. To kierownicy ostatecznie decydują też o tym, czy w wydatkach instytucji planuje się nakłady na usługi i infrastrukturę informacyjną. Dlatego, rozpoznanie potrzeb i zachowań tej grupy wydaje się początkiem wszelkich działań mających na celu wprowadzenie korzystnych dla jakości opieki zdrowotnej zmian, także zmian w sferze dostępności profesjonalnej informacji.

**W skrócie, powody, dla których za przedmiot tej pracy obrano poznanie potrzeb i zachowań informacyjnych menedżerów w instytucjach opieki zdrowotnej w Polsce są następujące:**

**W ostatnich latach zwiększyła się istotnie odpowiedzialność kadry kierowniczej za kształt i jakość sprawowanej opieki zdrowotnej; także zmiany w ochronie zdrowia zachodzące w perspektywie globalnej zmuszają tę grupę do korzystania z maksymalnie zobiektywizowanych danych i wiedzy przy podejmowaniu decyzji. Konieczne wydaje się więc stworzenie usług informacyjnych ułatwiających przepływ wiedzy fachowej wspomagającej decyzje menedżerów. Dotychczasowe prace związane z projektowaniem systemów informacyjnych, nie dają wystarczającej wiedzy w zakresie poznania potrzeb i zachowań informacyjnych tej kategorii użytkowników.**

Praca niniejsza ma być pierwszym krokiem w kierunku poznania tej zróżnicowanej kategorii użytkowników. Na obecnym, diagnostycznym etapie badań większe znaczenie przywiązywano do wskazania pewnych ogólnych i uniwersalnych cech i uwarunkowań zachowań kierowników, niż do różnic związanych ze szczeblem zarządzania i miejscem zajmowanym w systemie ochrony zdrowia. Istotnym celem tej pracy jest identyfikacja obszarów wymagających dalszych szczegółowych badań, także w odniesieniu do poszczególnych grup menedżerów.

Należy jeszcze zwrócić uwagę na rozumienie terminu informacja w tytule pracy. Posłużono się ogólnym terminem „informacja”, aby objąć wszystkie kategorie informacji, będącej przedmiotem zainteresowań menedżerów (szerzej omówiono je w rozdziale 3). W pracy szczególny nacisk położono jednak na informację będącą wynikiem analiz i badań naukowych oraz informację społeczno-prawną, zakładając, że potrzeby informacyjne związane z funkcjonowaniem organizacji zostały stosunkowo dobrze poznane w trakcie informatyzacji instytucji ochrony zdrowia.



## 2. Cel pracy

Celem pracy jest charakterystyka menedżerów w sektorze ochrony zdrowia w Polsce, jako użytkowników informacji, ze szczególnym uwzględnieniem wpływu pełnionej roli zawodowej oraz wpływu czynników środowiskowych na kształtowanie się profilu potrzeb i zachowań informacyjnych tej kategorii osób.

Analiza potrzeb, preferencji i przeszkód jakie napotykają menedżerowie szukając informacji ma posłużyć sformułowaniu ogólnych rekomendacji dla planowanych systemów dostarczania informacji oraz wskazaniu obszarów wymagających dalszych szczegółowych badań.

## 3. Procedura badawcza

Wybór procedury badawczej rozumianej, jako tok operacji oraz zespół przyjętych założeń<sup>1</sup>, został podyktowany nie tylko przedmiotem oraz celem niniejszej pracy, ale także w dużej mierze stopniem dotychczasowego poznania analizowanych problemów w realiach polskich.

Przedmiotem pracy jest szczególna kategoria użytkowników informacji – osoby zajmujące kierownicze stanowiska w instytucjach ochrony zdrowia w Polsce w okresie reformy systemu opieki zdrowotnej w latach 1999-2000. Składowe tak sformułowanego przedmiotu pracy: użytkownik informacji, rodzaj i sektor działalności, oraz konkretne usytuowanie geograficzno-historyczne spowodowały konieczność zastosowania dwóch perspektyw badawczych: perspektywy uniwersalnej oraz perspektywy ograniczonej

---

<sup>1</sup> Wielu metodologów tak rozumianą procedurę badawczą nazywa ogólną metodą pracy, m.in. S. Kamiński (1992), S. Nowak (1970), J. Pieter (1967). Według S. Nowaka : metoda ogólna to „schemat toku badawczo-dowodowego, nie przesądzający o narzędziach czy sposobach uzyskiwania odpowiedzi cząstkowych podziału, Stosując klasyfikacje tego teoretyka można przyjąć, że ogólną metodą niniejszej pracy jest metoda monograficzna (por. też Sztumski 1999, s.74). Tego typu prace charakteryzuje dążenie do możliwie wszechstronnego opisu pewnej zbiorowości..., z uwzględnieniem dość bogatego zestawu zmiennych i zainteresowanie zarówno ich wartościami jak też i związkami między nimi (s.230). Według J. Pietera (1967) metody ogólne to: metody obserwacyjne, eksperymentalne, statystyczne, krytyki źródłowej, porównawcze, analizy logicznej oraz metoda intuicyjna. Kierując się podziałem tego autora ogólną metodę pracy nazwano by metodą intuicyjną. Jedną z najważniejszych metod roboczych ogólnej metody intuicyjnej jest według Pietera metoda analizy i krytyki piśmiennictwa.

historycznie oraz kulturowo, a wybrany do uporządkowania danych teoretyczny model zachowań informacyjnych T. Wilsona (1996) wyznaczył zakres pola badawczego.

Przyjąwszy perspektywę uniwersalną założono, że pewne aspekty zachowań informacyjnych użytkowników, podobnie jak i niektóre cechy przypisane zawodowej roli menedżera są niezależnie od miejsca i czasu. Założono też, że charakter pracy zawodowej w istotny sposób determinuje związane z wykonywaniem tej pracy potrzeby i zachowania informacyjne ludzi. Wstępna analiza stanu badań wykazała, że prace teoretyczne i badawcze, prowadzone w ramach informatologii i w dziedzinie nauk o zarządzaniu, zawierające spostrzeżenia na temat istotnych uwarunkowań zachowań użytkowników informacji oraz opisujące role i funkcje jakie pełni menedżer, są liczne. Kierując się więc przyjętymi założeniami uznano, że do ogólnego opisu menedżerów jako użytkowników informacji na obecnym, wstępnym etapie badań, najlepszą metodą roboczą będzie **analiza i krytyka dotychczasowego piśmiennictwa naukowego**. Sięgnięcie do dorobku naukowego jest, według J. Pietera (1967), dobrym źródłem i sprawdzianem pewnych twierdzeń intuicyjnych oraz próbą sformułowania i zrozumienia problemu w świetle wiedzy dotychczasowej. Metoda ta pozwala objąć i uporządkować, z perspektywy celu pracy, istniejący zasób wiedzy o istotnych dla zachowań informacyjnych cechach i czynnikach. Literaturę przedmiotu zebrano poprzez systematyczne przeszukanie elektronicznych specjalistycznych baz piśmiennictwa naukowego a także analizę prac przeglądowych i opracowań syntetycznych. Analiza dotychczasowych opracowań pozwoliła naszkicować obraz typowych cech menedżera oraz wypunktować istotne dla zachowań tej kategorii użytkowników aspekty roli zawodowej. Pozwoliła też wychwycić czynniki wpływające na zachowaniami użytkowników informacji w ogóle.

Zrozumienie użytkowników informacji, nie jest jednak w pełni możliwe bez poznania konkretnego społeczno-kulturowego kontekstu ich działań. Stąd wynika konieczność przyjęcia także perspektywy historycznej. Określona sytuacja społeczna, ekonomiczna, polityczna determinuje bowiem nie tylko to, w jaki sposób ludzie poszukują informacji, ale także kształtuje ich potrzeby informacyjne. Przyjęcie perspektywy historycznej jest szczególnie istotne ze względu na pragmatyczny cel tej pracy. Jest nim opracowanie ramowych wytycznych dla prac związanych z projektowaniem usług informacyjnych dla menedżerów w sektorze ochrony zdrowia. Aby poznać ich specyficzne potrzeby i

uwarunkowania, w Polsce, w obecnych czasach, zdecydowano posłużyć się **metodą sondażu reprezentatywnego**, a dane zebrać techniką ankiety pocztowej, o zasięgu ogólnopolskim<sup>2</sup>.

W tym miejscu należy wytłumaczyć dlaczego sięgnięto do tradycyjnej metody badań społecznych (metody statystycznej), której przydatność w odniesieniu do badania zachowań, przekonań i postaw jest przedmiotem kontrowersji. Jak bowiem podkreślają socjologowie, zjawiska społeczno-psychologiczne, zwykle uykają prostej formalizacji i nie dają się wyjaśnić jedynie poprzez liczby i relacje. Dlatego też współcześnie, metoda statystyczna coraz częściej uzupełniana jest, lub zastępowana, badaniami jakościowymi, pozwalającymi badaczom maksymalnie zbliżyć się do obserwowanych zjawisk i analizować je w ich naturalnych przejawach, na przykład w drodze obserwacji uczestniczącej, poprzez badania w działaniu, czy analizę tekstu spontanicznych wypowiedzi (Frankfort-Nachmias 2001). Uczestnicząca obserwacja oraz badania w działaniu są przy tym metodami od dawna stosowanymi w dziedzinie zarządzania, a coraz szersze stosowanie metod jakościowych ma także miejsce w dziedzinie informatologii (Sutton 1998, Bradley 1993, Glitz 1997), oraz w badaniach usług zdrowotnych (Black et al, 1998, Pope 1995).

Zastosowanie tradycyjnej metody statystycznej zostało podyktowane w niniejszej pracy przede wszystkim zupełnym brakiem rozpoznania analizowanych problemów w realiach polskich i wynikającą stąd obawą, że metody jakościowe mogą przynieść obraz daleki od reprezentatywności. W warstwie identyfikacji specyficznych uwarunkowań menedżerów w gruntownie reformowanym systemie ochrony zdrowia w Polsce, praca ma charakter wstępny i diagnostyczny. Potrzeby informacyjne tej kategorii użytkowników są dotąd znane jedynie z publicystyki. Stąd, w pełni zgadzając się z opinią, że statystyczne dane nie dają pełnego obrazu zjawisk psycho-społecznych uznano, że na obecnym etapie badań, ważniejsze jest uzyskanie pewnych danych reprezentatywnych mówiących o skali problemu, strukturze i hierarchii potrzeb, niż ich dogłębna i szczegółowa analiza. Aby jednak wzbogacić statystyczny obraz potrzeb i przekonań ankietowanych osób, formułując wnioski i rekomendacje postanowiono wykorzystać także dane uzyskane w drodze **skategoryzowanych wywiadów indywidualnych i zogniskowanych dyskusji grupowych** (których zapis poddano analizie tekstu) oraz dane pochodzące z **analizy dokumentów źródłowych** (prawnych i innych pisemnych dokumentów odnoszących się do lokalnego tła

---

<sup>2</sup> W przyjętym tu podejściu, metodą roboczą opisywanego badania własnego jest sondaż reprezentatywny, a ankieta pocztowa oraz wywiady to techniki zbierania danych, które następnie poddano analizie statystycznej (Metody badań socjologicznych. Red. S. Nowaka, 1965, s.351) Według innych metodologów metoda statystyczna to ilościowa, w odróżnieniu od jakościowej, metoda analizy danych zebranych w ramach rozmaitych metod.

historyczno-społecznego omawianych zagadnień). Metody te (przez niektórych metodologów, nazywanymi technikami zbierania materiału badawczego) stanowiły metody poboczne w opisywanym szczegółowo w rozdziale 4 sondażu. Wywiady i zogniskowane dyskusje pełniły przy tym potrójną rolę: 1/były swoistym badaniem pilotażowym, pozwalającym zbliżyć się do badanego środowiska, poznać jego problemy a także stosunek do zagadnień będących przedmiotem zainteresowań; 2/służyły przygotowaniu kwestionariusza do badania ankietowego; w końcu, 3/ jakościowa analiza zapisów dyskusji i wywiadów pozwoliła zobaczyć niektóre omawiane zjawiska w ich jednostkowym wymiarze. Skonfrontowanie wyników analizy statystycznej z wynikami analizy tekstu przeprowadzonych wywiadów zmniejszyło możliwość popełnienia błędów wnioskowania, wynikających z ewentualnego błędu w doborze grupy w badaniu ankietowym. Pogłębiło też ogólny reprezentatywny obraz, wzbogacając go o przykłady sytuacji i odczuć jednostkowych. Analiza dokumentów źródłowych (dokumentów ustawodawczych, regulaminów oraz deskryptywnych prac dotyczących reformy ochrony zdrowia w Polsce w latach 1999-2000) pomogła opisać uwarunkowania, w jakich działała opisywana kategoria użytkowników.

Należy tu ustosunkować się do ewentualnych wątpliwości, czy menedżerów można traktować jako odrębną kategorię użytkowników? Problem kategoryzacji stanowi od początku badań nad użytkownikami przedmiot dyskusji. M. Dembowska (1965), M. Kunicki (1959), A. Wysocki (1967) uważają, że tylko precyzyjnie określony i skategoryzowany użytkownik może być przedmiotem badań. Dlatego podejmowane są rozmaite próby ich usystematyzowania. Rozmaite kryteria podziału biorą pod uwagę m.in. cechy osobowe, profil zawodowy, stopień przygotowania do odbioru informacji, stopień wykorzystania systemów informacji (Szczuchura 1998, s.109). W Polsce typologia użytkowników, opracowana ze względu na aktywność zawodową w 1977 dla potrzeb Systemu Informacji Naukowej, Technicznej i Organizacyjnej, a zmodyfikowana w 1988 przez J. Gałczyńskiego, wśród kategorii użytkowników wyodrębnia między innymi decydentów i kadre kierowniczą rozmaitych szczebli w gospodarce narodowej, przemyśle i administracji. Personel kierowniczy wszystkich szczebli zarządzania wymieniany jest, jako istotna grupa użytkowników informacji przez H. Batorowską i B. Czubałę (1996, s.38). Transformacja ustrojowa spowodowała pojawienie się nowych kategorii użytkowników, wśród których J.L. Kulikowski (1993) wymienia: menedżerów prywatnych przedsiębiorstw, działaczy politycznych i społecznych, samorządowych oraz pracowników administracji centralnej i terenowej. Głównym kryterium kryjącym się za tego rodzaju kategoryzacją użytkowników, jest profil zawodowy oraz specyficzne potrzeby informacyjne, wyraźne zwłaszcza jeżeli

personel kierowniczy zostanie ograniczony do określonego sektora działalności społeczno-gospodarczej. Menedżerowie w ochronie zdrowia to zbiorowość zróżnicowana wewnętrznie. Można wśród nich wyróżnić wyraźne grupy menedżerów, a rozróżnienie następuje poprzez typ instytucji, w jakiej pełnią swoją funkcję oraz szczebel zarządzania. Pewne wyznaczniki pozwalają jednak na wstępnym sondażowym etapie badań potraktować rozmaite grupy menedżerów wspólnie, jako odrębną kategorię użytkowników informacji. Oto te wyznaczniki:

1. Wspólny obszar potrzebnej informacji. Opisywani menedżerowie, choć pochodzą z rozmaitych instytucji mają wspólne, rozległe obszary informacji. Jest to m.in. informacja związana z dyrektywami polityki zdrowotnej, obowiązującym w tej dziedzinie prawem, dane dotyczące potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, dane epidemiologiczne, itp.
2. Istnieje specjalny tok kształcenia uniwersyteckiego, zarówno pełno wymiarowego wiodącego do magisterium, jak i podyplomowego, dla menedżerów w opiece zdrowotnej (magister zdrowia publicznego, studia podyplomowe dla menedżerów w ochronie zdrowia). Studia te przygotowują do pełnienia funkcji kierowniczych w jednostkach opieki zdrowotnej, w ciałach rządowych, kasach chorych, wydziałach zdrowia itd.
3. Istnieją przeznaczone dla tej kategorii osób specjalistyczne recenzowane czasopisma naukowe (Antidotum, Zdrowie i Zarządzanie, Zdrowie Publiczne).
4. Istnieje Stowarzyszenie Menedżerów w Opiece Zdrowotnej, do którego należą osoby zajmujące kierownicze stanowiska rozmaitego szczebla i w różnych segmentach sektora opieki zdrowotnej.
5. Osoby te mają wspólne doświadczenia związane z reformą systemu ochrony zdrowia (decentralizacja, tworzenie i organizacja samodzielnych instytucji opieki zdrowotnej, kontraktowanie usług, reforma systemu ubezpieczeń itp.). Proces reformy postawił te osoby przed podobnymi zadaniami i trudnościami. Można też zaobserwować pewne stereotypy myślenia i zachowań tej kategorii użytkowników.

Opracowanie niniejsze wpisuje się w nurt badań, w których centrum zainteresowania jest użytkownik informacji, a jego poznanie uznaje się za niezbędny warunek i punkt wyjścia

wszelkich prac projektowych nad systemami informacji<sup>3</sup>. Podejście takie, w odróżnieniu od podejścia, w którym kształt systemu informacyjnego determinuje informacja jaką on zawiera, dominuje we współczesnych badaniach w tej dziedzinie i oznacza, że najpierw analizuje się dane mówiące o użytkowniku, tzn. jego potrzeby, cele jakie musi i chce osiągnąć, wiedzę, upodobania, umiejętności, przeszkody, jakie musi pokonać zdobywając informację, a dopiero w następnej kolejności, zgodnie z uzyskanym obrazem, porządkuje się potrzebny użytkownikowi zasób wiedzy i dane oraz organizuje odpowiedni do nich dostęp. Jeżeli kolejność postępowania jest odwrotna, i wychodzi się od informacji jako zasady determinującej kształt systemu, pojawia się niebezpieczeństwo, że system nie będzie właściwie wykorzystywany, użytkownik nie będzie chciał lub potrafił z niego skorzystać lub zawartość systemu będzie różnić się z jego realnymi potrzebami.

Badania tego rodzaju mogą kłaść nacisk na rozmaite właściwości i aspekty działań użytkowników informacji. Mogą np. analizować przede wszystkim indywidualne możliwości kognitywne lub cechy ukształtowane pod wpływem społecznym, mogą skupić się na użytkowniku jako przedstawicielu określonej grupy społecznej lub na jego cechach związanych z tym, że jest członkiem określonej organizacji. Uporządkowanie to odzwierciedla najsilniejsze trendy w badaniach nad użytkownikiem, od podejścia społecznego i organizacyjnego, do kognitywnego i społeczno-poznawczego. Ewolucja podejścia w badaniach nad użytkownikiem jest przedstawiona w rozdziale 2. Wymienione, podstawowe podejścia, posługujące się teoriami funkcjonującymi m.in. w naukach społecznych, psychologii oraz teorii organizacji, wniosły cenne spostrzeżenia wyjaśniające, w jaki sposób pojawia się i jak jest formułowana potrzeba informacji, dlaczego ludzie tak a nie inaczej przeszukują źródła, dlaczego szukając informacji zachowują się w określony sposób, jaki wpływ mają na to uwarunkowania środowiskowe, pełnione role społeczne i zawodowe, przynależność do określonej grupy, kształt organizacji. Nawarstwiający się wnioski i spostrzeżenia spowodowały, że współcześnie coraz bardziej oczywista staje się konieczność interdyscyplinarnego podejścia do użytkownika informacji i pojawia się pewność, że pełne zrozumienie zachowań informacyjnych nie jest możliwe bez wieloaspektowej ich analizy. Takie przekonanie ożywia także i tę pracę. Przy czym, choć wykorzystano w niej niektóre

---

<sup>3</sup> System informacji rozumie się tu szeroko jako każdy zorganizowany system dostarczania informacji lub pośredniczenia w uzyskiwaniu do niej dostępu. System składa się z połączonych elementów i mechanizmów umożliwiających bycie poinformowanym lub informowanie, jest systemem komunikacji między ludźmi, a więc komunikacji społecznej. Elementy te to określone usługi, urządzenia, ludzie, źródła i kanały przepływu informacji. System informacji może zawierać urządzenia i źródła, które można nazwać tradycyjnymi (takie jak: biblioteki, katalogi, materiały drukowane), elektroniczne (np. serwisy internetowe, bazy, czasopisma elektroniczne) lub jedne i drugie.

elementy i koncepcje charakterystyczne dla wymienionych sposobów postrzegania użytkownika (np. elementy teorii społeczno-poznawczej, koncepcję samo-skuteczności itd.) nie przyjęto jednak żadnego podejścia, jako podejścia dominującego. Z założenia bowiem, ten etap pracy ma naświetlić omawiane problemy z wielu stron i wychwycić najbardziej typowe cechy zachowań menedżerów. Uznano bowiem, że zanim szczegółowo będzie się badać np. interakcję użytkowników z określonym systemem dostarczania informacji i istotne dla tej interakcji procesy kognitywne należy ustalić, z jakim systemem użytkownik jest skłonny w tę interakcję wchodzić. Zanim będzie się badać jak określone usytuowanie użytkownika w systemie administracyjno-organizacyjnym wpływa na zachowania informacyjne należy zbadać strukturę sektora i organizacji i dowiedzieć się, jaką infrastrukturę informacyjną oferują. Zanim przystąpi się do badania informacyjnych zachowań grupowych, należy ustalić, czy w odniesieniu do danej kategorii użytkowników można w ogóle mówić o tego rodzaju zachowaniach itd. Stąd wydaje się, że konsekwentne zastosowanie określonego podejścia, (w przypadku menedżerów przydatne wydaje się zwłaszcza podejście społeczno-poznawcze oraz organizacyjne), ma ono sens dopiero na dalszych, szczegółowych etapach badań.

Aby zrealizować ogólne zamierzenia pracy przyjęto następującą strategię badawczą. Najpierw dokonano analizy dotychczasowego piśmiennictwa naukowego, następnie przeprowadzono indywidualne wywiady i dyskusje grupowe, które umożliwiły opracowanie narzędzia (ankiety) do reprezentatywnego badania sondażowego. Kolejnymi krokami były: analiza statystyczna wyników ankiety i analiza dokumentów i prac historiograficznych.

Końcowym etapem pracy była synteza danych pochodzących z literatury przedmiotu, wybranych dokumentów mówiących o kontekście działalności menedżerów oraz danych pochodzących z badań własnych. Synteza dotychczasowej wiedzy i danych uzyskanych w badaniu własnym stanowiła nadrzędne, twórcze, zamierzenie tej pracy. Usiłowano bowiem złożyć w całość wiele szczegółowych obserwacji poczynionych w ramach poszczególnych badań, w tym badania własnego, wskazać na powiązania między nimi i na tym gruncie sformułować pewne uogólnienia, które stanowią podstawę rekomendacji.

#### **4. Uwagi dotyczące stosowanej terminologii.**

Rozważania dotyczące aparatury pojęciowej w dziedzinie informacji naukowej były i są przedmiotem wielu teoretycznych, a także nieodłącznym elementem eksperymentalnych, prac dotyczących użytkowników informacji. Analizę oraz historię ewolucji podstawowych

dla tej dziedziny pojęć przedstawiają między innymi J. Woźniak (1989), M. Dembowska (1991), M. Próchnicka (1991), J. Ratajewski (1994), K. Tittenbrun (1998).

Nie jest celem tej pracy precyzowanie terminologii, ani też udział w toczącej się na ten temat dyskusji, ponieważ jednak niektóre terminy nie są jednoznacznie rozumiane lub posiadają kilka znaczeń w *Aneksie 1* przedstawiono przyjęte w tej pracy znaczenie pojęć: *informacja, użytkownik informacji, otoczenie informacyjne, potrzeby informacyjne, zachowania informacyjne, bariery informacyjne, menedżer*. Przy wyborze definicji kierowano się zasadą użyteczności i wybrano te definicje, które z punktu widzenia niniejszej pracy najtrafniej opisują zjawiska i problemy będące jej przedmiotem.

## 5. Struktura pracy

W rozdziale 1 rozprawy przedstawiono ewolucję badań dotyczących użytkowników informacji w Polsce i w innych krajach, głównie krajach anglojęzycznych. Omówiono też stan badań nad użytkownikami informacji w sektorze ochrony zdrowia, oraz badania dotyczące specyficznej kategorii użytkowników, jakimi są menedżerowie. W rozdziale 2 przedstawiono funkcjonujące w informatologii modele zachowań informacyjnych oraz uzasadniono wybór ogólnego modelu zachowań informacyjnych T. Wilsona (1996). Model ten poddano krytycznej analizie, w wyniku której uległ on modyfikacji (głównie w sferze graficznej prezentacji) tak, aby lepiej ilustrował zależności między determinantami zachowań oraz czynnikami aktywującymi poszukiwanie informacji. Model ten posłużył określeniu pola zainteresowań, a w dalszych rozdziałach pracy wykorzystano go do uporządkowania danych uzyskanych w toku analizy literatury przedmiotu i w wyniku badań własnych. Rozdział 3, oparty na krytycznej analizie piśmiennictwa naukowego, poświęcono omówieniu etapów procesu decyzyjnego oraz analizie czynników wpływających na zachowania informacyjne menedżerów. Zestawiając sekwencję zachowań informacyjnych z sekwencją etapów podejmowania decyzji wykazano, że procesy te są paralelne oraz podobnie uwarunkowane. W rozdziale tym zwrócono ponadto uwagę na szczególne wymagania, jakie stawia przed kierownikami sektor ochrony zdrowia. W kolejnym rozdziale (4) przedstawiono rezultaty ogólnopolskiego reprezentatywnego ankietowego badania potrzeb i zachowań informacyjnych menedżerów w opiece zdrowotnej. Rozdział ten jest najbardziej obszernym rozdziałem rozprawy, a zawarto w nim pełny opis metody badawczej, omówiono wyniki w świetle założonych szczegółowych celów badania oraz przedstawiono najważniejsze, z



punktu widzenia całości pracy wnioski. W rozdziale następnym (5) zestawiono wyniki ankiety z dotychczasową wiedzą w zakresie potrzeb i zachowań informacyjnych menedżerów. Zwrócono uwagę na podobieństwa i różnice uzyskanych danych z wynikami badań wcześniejszych, szukając wytłumaczenia różnic w specyfice sektora ochrony zdrowia oraz w szczególnych uwarunkowaniach historycznych i środowiskowych menedżerów w Polsce. Następnie, na podstawie dotychczasowych rozważań i analiz przedstawiono model zachowań informacyjnych menedżerów i jego implikacje dla projektowania systemów informacji i usług dla tej kategorii użytkowników. Zaproponowano także nowy uniwersalny model zachowań informacyjnych, obejmujący kategorie użytkowników podobne do analizowanej populacji. W rozdziale tym wskazano kierunki dalszych badań, koniecznych dla głębszego poznania potrzeb i zachowań poszczególnych grup menedżerów.

**Bibliografia** - obejmuje 325 pozycji, w tym pozycje z zakresu tzw. szarej literatury oraz spis istotnych dla omawianych zagadnień i przywoływanych w pracy aktów prawnych.

**Aneksy.** Aneks 1 zawiera wyjaśnienie stosowanych w rozprawie terminów. Aneks 2 – to tabele wyników badania ankietowego i graficzne prezentacje tych wyników. Aneks 3 to lista tematów zogniskowanych dyskusji grupowych. Aneks 4 zawiera pytania do wywiadów z przedstawicielami badanych grup respondentów. Aneks 5 zawiera kwestionariusz ankiety pocztowej. Aneks 6 to pytania do wywiadów z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia.

#### *Adnotacje:*

Profesor T. Wilson's (Information Studies Department, Sheffield University, Anglia) wyraził zgodę na posługiwanie się i reprodukowanie swojego modelu zachowań informacyjnych (1996) w niniejszym opracowaniu i związanych z nim publikacjach.

*Badanie ankietowe finansowane było z grantu badawczego firmy Merck & Co., Inc, Whitehouse Station, NJ, U.S.A.*

## **6. Akronimy używane w pracy**

**DN** – Dyrektorzy Naczelni Szpitali

**DM** – Dyrektorzy ds. Medycznych Szpitali

**PN** – Pielęgniarki Naczelne Szpitali

**DS** – Dyrektorzy Samorządowych Wydziałów Zdrowia

**DKC** – Dyrektorzy Kasy Chorych

**DUW** – Dyrektorzy Wydziałów Zdrowia Urzędów Wojewódzkich

**CSI** – Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia (dawne Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, COiEOZ) organizacja której celem jest zbieranie i analizę danych oraz projektowanie systemów informacji w sektorze zdrowia.

**MZ** – Ministerstwo Zdrowia

**NPZ** – Narodowy Program Zdrowia

**SIW** – System informacyjno-wyszukiwawczy

**ZOZ** - zespół opieki zdrowotnej

# ROZDZIAŁ I

## ROZWÓJ BADAŃ NAD UŻYTKOWNIKAMI INFORMACJI

*Układ niniejszego rozdziału odzwierciedla trzy, składające się na wiedzę o przedmiocie tej pracy, nurty badań. W części pierwszej rozdziału przedstawiono ewolucję podejść i metod w prowadzonych w Polsce i na świecie badaniach dotyczących użytkowników informacji.*

*W części drugiej omówiono badania dotyczące użytkowników informacji w sektorze ochrony zdrowia, z uwzględnieniem nielicznych badań prowadzonych w Polsce. Części trzecia poświęcona jest rodzimym i zagranicznym badaniom naświetlającym charakter pracy menedżerów, warunkujący ich zachowania informacyjne<sup>1</sup>.*

### **1.1 Ewolucja podejścia oraz metod stosowanych w badaniach nad użytkownikami informacji.**

Użytkownicy informacji<sup>2</sup> długo traktowani byli przez badaczy, jako bierni odbiorcy instrukcji i przewodników po bibliotekach i zbiorach książek, a nie jako przedmiot odrębnych studiów. Byli informowani o zasobach i sposobach odszukiwania gromadzonych w bibliotekach wydawnictw, ale nikt nie dbał o to, czy odpowiadają one ich potrzebom i oczekiwaniom. Za przełomowy moment uznaje się rok 1948, kiedy to na konferencji brytyjskiego Royal Society for Scientific Information w Londynie zwrócono uwagę na

---

<sup>1</sup> Aby dokonać przeglądu dotychczas prowadzonych badań nad użytkownikami informacji, a zwłaszcza badań dotyczących użytkowników w sektorze ochrony zdrowia i menedżerów, przeszukano następujące polskie i zagraniczne bazy bibliograficzne: Library and Information Science Abstract, Polską Bibliografię Lekarską, HealthStar, Medline, Embase, Cochrane Library, Banque de Donnees en Sante Publique, EconLit, Business Periodicals on Disc także źródła Internetowe. Przeszukano też roczniki wybranych polskich i zagranicznych czasopism w dziedzinie informacji naukowej, z lat 1985-2000, w tym: Aktualne Problemy Informacji i Dokumentacji, Praktyka i Teoria Informacji Naukowej i Technicznej, Prace IINTE, Prace ODiIN PAN, Biuletyn Głównej Biblioteki Lekarskiej, Zagadnienia Informacji Naukowej, Zagadnienia Naukoznawstwa, Bulletin of Medical Library Association, Annual Review of Information Science and Technology, Journal of Documentation, International Forum on Information and Documentation oraz internetowy Journal of Health Information Research. Zapoznano się też z zawartością czasopism w dziedzinie zarządzania w ochronie zdrowia: Antidotum, Zdrowie Publiczne, Zdrowie i Zarządzanie, oraz w dziedzinie informatyki: MD Computing, British Journal of Health Care Computing & Information. Poszukiwania koncentrowały się na publikacjach dotyczących użytkowników informacji, ich zachowań, trybu podejmowania decyzji, a także aspektów metodologicznych prowadzonych w tej dziedzinie badań.

<sup>2</sup> Wyjaśnienie terminów znajduje się w Aneksie nr 1.

konieczność zainteresowania się realnymi potrzebami użytkowników informacji, a także tym, w jaki sposób informacji szukają (Dembowska 1965, s.68). Przez wiele następujących lat w badaniach dotyczących użytkowników traktowano ich jednak wciąż jako pasywnych odbiorców usług, od których oczekiwano dostosowania się do istniejącego systemu.

Głównym celem prowadzonych w tym wczesnym okresie prac badawczych był pomiar efektywności (sprawności) systemu i jego doskonalenie. Badania prowadzone były więc nie tyle z uwagi na chęć poznania potrzeb użytkowników, ile dostarczały argumentów bibliotekom i ośrodkom informacji, uzasadniających rozwój określonych usługi i gromadzenie dokumentów, na które było zapotrzebowanie. Pod szyldem badania upodobań i struktury potrzeb użytkowników bibliotek badano więc tak naprawdę czytelnictwo oferowanych przez te biblioteki zbiorów. Takich badań prowadzono wiele, i kolejne dziesięciolecia przynosiły wiedzę o tym, ile i jakiego typu wydawnictw wypożyczono, na jak długo, które wypożyczone były najczęściej itp. Na podstawie uzyskiwanej w ten sposób informacji wnioskowano, że użytkownicy potrzebują książki "x" bardziej niż książki "y", a czasopismo "z" jest bardzo poczytne. O tym, czy użytkownicy przypadkiem nie sięgali po te wydawnictwa wobec braku innych, bardziej pożądaných, czy znajdowali w nich potrzebne im informacje, ani o tym, czy były one przydatne, rezultaty badań nic nie mówiły. Przykładem trwałości takiego podejścia i utożsamiania potrzeb czytelników z czytelnictwem zbiorów bibliotecznych jest "Analiza potrzeb użytkowników informacji naukowo-technicznej i ekonomicznej dokonana na podstawie czytelnictwa w bibliotekach naukowo-technicznych, relacjonowana przez J. Siniarską-Czaplicką (1973).

Powstające systemy informacji naukowej i technicznej posługiwały się modelem racjonalnego użytkownika, co do którego zakładano, że potrafi zdefiniować swoje potrzeby oraz zna dostępne źródła informacji (Roberts 1982). Założenie to początkowo obydwało się bez bezpośredniej konfrontacji z użytkownikami i ich środowiskiem. Już jednak w latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych zaczęto pytać użytkowników o ich rzeczywiste potrzeby i preferencje. Okazało się, że założony model pozostawał w oczywistej sprzeczności z rezultatami, początkowo dość wprowadzie jednowymiarowych, ale empirycznych badań. Badania te dowodziły braków w wiedzy użytkowników, powodujących znaczne trudności w sformułowaniu przez nich potrzeb informacyjnych, a także dużej zmienności tych potrzeb. Badania te prowadzone były głównie w środowisku naukowców oraz inżynierów i dotyczyły zapotrzebowania na rozmaitego rodzaju dokumenty oferowane przez biblioteki i ośrodki informacji naukowej i technicznej (Wersig 1982).

Także w Polsce wraz z powstawaniem od 1950 roku ośrodków inte, zaczęto badać zapotrzebowanie na ich usługi. Badania takie, obejmujące pracowników naukowych, prowadził w latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych Ośrodek Dokumentacji i Informacji Naukowej PAN (Wyczańska 1967, Królikowska 1978, Czyżewicz, Wyczańska 1980), a Centralny Instytut Informacji Naukowo-Technicznej i Ekonomicznej (CINTE) wielokrotnie ustalał potrzeby informacyjne inżynierów, związanych z produkcją przemysłową (Staniszewski 1987, 1989). Potrzeby pracowników naukowych analizowały też m.in. A. Downar-Zapolska i A. Jazdon (1983), a bariery informacyjne, które napotykają studenci podczas samodzielnego wyszukiwania i wykorzystywania informacji opisywał M. Świgoń (1995). A. Leligowicz i in. w 1976 prowadzili sondaż potrzeb i wykorzystania źródeł informacji przez naukowców z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie. To tylko kilka wybranych przykładów tego typu badań. Wykorzystywano w nich zazwyczaj technikę ankiety, a dotyczyły one przede wszystkim wykorzystania dostępnych rodzajów materiałów informacyjnych, preferencji użytkowników, ich zadowolenia z istniejących usług oraz przeszkód na drodze pozyskiwania informacji. Prace miały charakter opisowy i przeważnie nie czyniono starań, aby wyjaśniać przyczyny uzyskanych wyników. Podobnie, jak wspomniane wcześniej badania, w których wnioskowano o potrzebach użytkowników na podstawie wypożyczeń, także i te mówiły tak naprawdę więcej o systemie oraz o jego potencjalnych i rzeczywistych możliwościach, niż o użytkownikach.

Bardzo rzadko badano innych, niż naukowcy i studenci, odbiorców informacji. Rodziło to niebezpieczeństwo budowania uogólnień w oparciu o wyniki dotyczące osób o bardzo specyficznych cechach i zachowaniach. Jak bowiem słusznie zauważył T. Wilson (1981) środowisko naukowców nie jest środowiskiem reprezentatywnym dla użytkowników informacji i charakteryzuje się szczególnymi cechami. Między innymi: lepszą znajomością dziedziny wiedzy, ograniczonym obszarem potrzeb i poszukiwań, celowością i ciągłością korzystania z informacji, koniecznością odnoszenia się do dokonań poprzedników oraz lepszą, niż przeciętna, znajomością specjalistycznych systemów dostarczania informacji. Można więc przypuszczać, że użytkownicy spoza środowiska naukowców mogą być mniej racjonalni w swoich zachowaniach, gorzej zorientowani w danej dziedzinie oraz w większym stopniu mogą ulegać, w trakcie poszukiwania informacji, rozmaitym niekontrolowanym wpływom.

Lata siedemdziesiąte przyniosły pogłębienie perspektywy badawczej. Stopniowo, pytając użytkowników o ich potrzeby, zaczęto interesować się nie tylko ich deklaracjami w tym względzie, ale pytano także o motywacje i przyzwyczajenia. Zaczęto uwzględniać społeczne i psychologiczne uwarunkowania zachowań i tłumaczyć je na gruncie

obowiązujących w naukach społecznych teorii. Pojawił się termin „zachowania informacyjne”, który podkreślał społeczny wymiar realizacji potrzeb informacyjnych (Lin, Garvey 1972). Czołowi teoretycy tego okresu: W. Paisley (1968), G. Bock (1972), G. Wersig (1973), kładli nacisk na wpływ czynników kulturowych, politycznych, ekonomicznych i cech osobowościowych na potrzeby i zachowania informacyjne. Podkreślano oddziaływanie grup społecznych, do których należą użytkownicy. Dominowało założenie, że poprzez studia nad określoną grupą użytkowników badacz może określić potrzeby jej poszczególnych członków i na tej podstawie zaprojektować system, który może służyć całej grupie. W tym nurcie, badania koncentrowały się na użytkownikach, jako członkach danej zbiorowości społecznej, zwykle związanej z określoną dziedziną nauki lub zawodem (np. lekarzach, inżynierach, fizykach, pielęgniarkach). Miały na celu przede wszystkim udowodnienie, jak usytuowanie społeczne wpływa na zachowania informacyjne i czym różnią się pod tym względem poszczególne zbiorowości. W Polsce, o społecznych determinantach motywacji korzystania z informacji naukowo-technicznej pisał m.in. K. Bernatowicz (1979). Prowadzono też, często zakrojone na szeroką skalę, badania ankietowe, które przynosiły dane, już nie o wykorzystaniu określonego systemu, ale mówiące o zapotrzebowaniu na informacje określonej kategorii użytkowników. Badania tego rodzaju obciążone były jednak, wspomnianym wcześniej założeniem, że badani posiadają wiedzę o możliwościach systemów informacji (dostępnych źródłach, typach publikacji, itd.) oraz że rozumieją, tak samo jak przeprowadzający badania, specjalistyczną terminologię informacji naukowej. Analiza statystyczna odpowiedzi pozwalała jednak opisać przeciętnego reprezentanta danej grupy naukowców, inżynierów, pracowników uczelni. Wśród badań polskich można tu wymienić badania prowadzone w uczelniach politechnicznych (Pomykalski 1976, Garnysz i in.1981). Do takich prac należą też późniejsze badania np. potrzeb informacyjnych małych przedsiębiorstw (Grzecznowska 1996), czy zapotrzebowania na informację i obsługę informacyjną dyrektorów przedsiębiorstw przemysłowych (Mostowicz 1985). Badano nie tylko deklaratywne potrzeby użytkowników, ale także to, jaki wpływ ma na nie np. pozycja zawodowa, doświadczenie, miejsce zajmowane w systemie komunikacji w instytucji, nastawienie do informacji itp. Badania te dowodziły skomplikowanego wpływu wielu zmiennych na zachowania użytkowników. W świetle tych badań zjawisko zachowań informacyjnych okazywało się coraz bardziej skomplikowane. Próby systematyzacji wpływów i stworzenia modelu wzajemnych związków między zmiennymi wpływającymi na zachowania informacyjne podjęli się G. Wersig, G. Windel i S. Plagemann w 1982 roku. Zmienne te pogrupowali w 5 kategorii: 1/ indywidualnych cech użytkownika, 2/ czynników, które kształtowały go w przeszłości, 3/ tych, które aktualnie

wywierają wpływ na jego zachowania, 4/ istniejącego systemu komunikacji oraz 5/ cech zachowania użytkownika.

Użytkownicy informacji, choć wtedy już wnikliwiej i głębiej studiowani, nadal przeważnie postrzegani byli, jako użytkownicy istniejących lub potencjalnych systemów informacyjnych. Stawało się jednak coraz bardziej jasne, że nie można ograniczyć zainteresowań badawczych do ich relacji z tymi systemami, gdyż jest to tylko fragment pełnego obrazu ich zachowań informacyjnych. Cenną zdobyczą podejścia społecznego było zwrócenie uwagi na usytuowanie jednostki w środowisku społecznym oraz fakt biernego i aktywnego korzystania przez nią z rozmaitych kanałów i źródeł informacji, funkcjonujących w jego ramach. Już w 1981 roku M. Dembowska pisząc o centralnej pozycji, jaką zaczęły zajmować w nauce o informacji naukowej badania nad użytkownikami, zwróciła uwagę na to, że „orientacja na użytkowników” powoduje stopniowe przekształcanie się nauki o informacji z dyscypliny technicznej w naukę społeczną. Dziesięć lat później pisała, że analizy wyjaśniające zjawiska i procesy zachodzące w sferze świadomości i stosunków między ludźmi (Dembowska 1991, s. 120) mają w informatologii coraz większy udział. W Polsce przykładem badania, w którym szczególną uwagę zwrócono na nieformalne procesy komunikacji i rozprzestrzeniania się informacji było m.in. badanie prowadzone w środowisku naukowców Akademii Rolniczo-Technicznej w Olsztynie, przez D. Konieczną (1982).

W latach osiemdziesiątych, w związku z coraz szybszym postępem technologicznym, zaczęła rosnąć niezależność użytkowników informacji. Wkrótce pojawiły się rzesze osób samodzielnie i bezpośrednio korzystających z elektronicznych systemów dostarczania informacji. Już w 1981 roku T. Wilson zaproponował rozróżnienie strategii pozyskiwania informacji przez użytkowników w zależności od tego, z jakich kanałów i źródeł informacji korzystają. Od tego, czy pozyskują je bezpośrednio z otoczenia, bez uciekania się do sformalizowanych systemów dostarczania i pośredników, czy też korzystają z pośrednictwa personelu obsługującego dany system, czy też są bezpośrednimi użytkownikami systemu, czy w końcu mowa jest o strategii obowiązującej w ramach samego już elektronicznego systemu informatycznego. Od połowy lat osiemdziesiątych niewidoczny i niezależny użytkownik elektronicznych źródeł zaczął rzeczywiście wymykać się spod „kontroli” pracowników informacji naukowej. Stąd lata osiemdziesiąte i dziewięćdziesiąte przyniosły rozwój pogłębionych studiów nad procesami rozumienia, poznawania, uczenia się. Celem tych badań było jak najlepsze dostosowanie elektronicznych systemów dostarczania informacji do kognitywnych cech i możliwości usamodzielniających się użytkowników. Wśród prekursorów tego podejścia należy wymienić T. Wilsona, B.C. Brookesa, M. Bonitza, a wśród polskich

teoretyków: M. Dembowską, J. Pindlową, M. Próchnicką, J. Woźniak. W latach osiemdziesiątych zmalała ilość prac poświęconych pośrednikom w korzystaniu z informacji, na dalszy plan zeszyły też kwestie doskonalenia opisu dokumentacyjnego, indeksowania, kształcenia służb informacyjnych (Hewins 1990, s.155).

O ile więc w latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych w badaniach nacisk położony był na socjologiczne aspekty zachowań informacyjnych, a użytkownicy postrzegani byli przede wszystkim, jako członkowie określonych zbiorowości społecznych, to w dekadach następnych teoretyczne i eksperymentalne prace zmierzały przede wszystkim do poznania cech i zdolności jednostek. W nurcie „psychologicznym” szczególnie owocnym okazało się podejście kognitywne. Za jego początek uznaje się rok 1977, kiedy to odbyły się w Gandawie (Belgia) międzynarodowe warsztaty dotyczące podejścia poznawczego w informacji (Allen 1991). Badania wykorzystujące to podejście miały jednak w istocie dawniejszą tradycję, sięgającą m.in. prac R. Taylora (1968), dotyczących problemu zadawania pytań w sytuacji braku pewności. Zakładając, że każdy proces komunikacji zależy od zakresu i struktury wiedzy i pojęć zaangażowanych osób, zaczęto badać kognitywne możliwości i predyspozycje odbiorców informacji. Studiowano proces uczenia się, motywacje, typy osobowości i intelektu, zasób słownictwa, rozumienie tekstu, pamięć itd. Wśród wielu prac, w tym nurcie, do czołowych należą dokonania N. Belkina, Ellisa, B. Dervin, M. Nilana, B. Hjörlanda, P. Ingversena. Na gruncie polskim do badań tego rodzaju należą m.in. badania M. Próchnickiej (1991), która wykazała empirycznie zależność potrzeb informacyjnych od typu intelektu, czy w późniejszych latach, prace B. Sosińskiej-Kalaty, analizującej teoretycznie relacje między modelami organizacji wiedzy w systemach informacyjno-wyszukiwawczych a kognitywnymi modelami struktur poznawczych (1999). Badania nurtu kognitywnego przedstawia pełniej J. Woźniak (1997).

Podejście kognitywne zaowocowało lepszym poznaniem wpływu procesów myślowych na sposób poszukiwania informacji, jej wybór i wykorzystanie. Wyniki badań znalazły praktyczne zastosowanie w dostosowaniu systemów informacyjno-wyszukiwawczych i ich języków do realnych procesów poznawczych.. Podejście psychologiczne w badaniach nad użytkownikami nie ogranicza się jednak do badania procesów poznawczych. Stosując takie kryteria, jak „poczucie kontroli”, „styl kategoryzacji”, „wartościowanie informacji” teoretycy informacji usiłują dokonać kategoryzacji użytkowników według stopnia nasilenia tego rodzaju cech (Sobielga 1999) oraz wykazać ich znaczenie dla zachowań informacyjnych. Wiedzy o użytkownikach informacji dostarczają też studia dotyczące procesu ich kształcenia, wśród



których szczególnie istotne dla kształtowania teoretyczno-metodycznych podstaw edukacji użytkowników są w Polsce prace W. Pindlowej (1983, 1984).

Poszerzone o socjologiczną i psychologiczną perspektywę badania przyniosły ciekawe obserwacje i radykalnie zmieniły podejście do użytkowników informacji. Zaczęto użytkowników traktować, jako partnerów w procesie pozyskiwania informacji i osoby, które aktywnie współtworzą informację w ramach systemu, a nie jedynie biernie ją odbierają. W 1986 r., w systematycznie ukazującym się na łamach ARIST przeglądzie badań dotyczących potrzeb i użytkowania informacji, B. Dervin i M. Nilan podsumowali, zachodzące w teorii i praktyce badań, zmiany oraz wskazali na konieczność dalszej ewolucji sposobu myślenia o użytkownikach i ich relacjach z systemami informacji. Publikacją tą przypieczętowali zmiany, jakie zaszły i nadal zachodzą w obszarze badań nad użytkownikami informacji, a które najogólniej ujmuje przeciwstawienie badań koncentrujących się na systemie informacji (paradygmat tradycyjny) oraz badań, w których centrum zainteresowania są użytkownicy (paradygmat alternatywny). Za prekursorów tego drugiego podejścia uważani są D. Zwiezig i B. Dervin (Nahl 1998, s.329). Nowe podejście do problemu identyfikowania potrzeb użytkowników sformułował najpełniej N. Belkin (1984). Podstawą tego podejścia nie jest identyfikacja potrzeb rozumianych, jako teoretycznie przydatne użytkownikowi kategorie informacji, ale raczej usiłowanie, aby opisać typowe sytuacje problemowe, w jakich użytkownicy się znajdują, oraz zadania, jakie mają do zrealizowania. Uogólniając, przy zastosowaniu pierwszego tradycyjnego podejścia, bada się, w jakim stopniu (jak często) użytkownicy korzystają z systemu (lub informacji), jakie postrzegają przeszkody w korzystaniu z usług oraz, czy są z tych usług zadowoleni. W podejściu tym mówiąc o potrzebach informacyjnych ma się na myśli informację, która zawarta jest w systemie i może być przydatna, a chodzi głównie o ustalenie hierarchii przydatności posiadanej informacji dla określonej grupy użytkowników.

W badaniach nastawionych na użytkowników postrzega się ich natomiast, jako jednostki twórcze, kreujące z zasobów systemu oraz z elementów własnej unikatowej sytuacji nową wartość i jakość - własną niepowtarzalną informację. W badaniach tego rodzaju analizuje się, jak pojedyncze osoby rozumują i usiłuje się wykryć uniwersalne zasady rządzące procesami myślenia. Ustala się też, jakie są przyczyny i efekty szukania informacji. Potrzeba informacyjna w tym ujęciu, to sytuacja, w której użytkownik napotyka na lukę w wiedzy, która uniemożliwia mu rozwiązanie problemu lub przedsięwzięcie działania. Ta luka w wiedzy zwykle nie przekłada się na konkretną jednostkę informacji np. publikację, czy zestaw danych. Wymaga niepowtarzalnej kompilacji rozmaitych danych i wiedzy, a także znajomości

rozmaitych aspektów zagadnienia. Dlatego ważna jest dokładna analiza sytuacji problemowej. Tę sytuację-potrzebę użytkownik jest w stanie opisać dokładnie jedynie własnymi słowami, a nie w terminach obowiązujących w dziedzinie informacji naukowej. System, jego przydatność i "przyjazność" także oceniane są z perspektywy użytkownika, a nie z punktu widzenia pracowników informacji. Wspomniani autorzy wyróżnili trzy podstawowe podejścia w badaniach nad użytkownikami 1/ podejście skupiające się na wartości i przydatności, jaką ma dla użytkowników określony system informacji, 2/ podejście poznawcze starające się określić, w jaki sposób ludzie poznają swoje otoczenie oraz w jaki sposób posługują się informacją oraz 3/ podejście, które koncentruje się na tym, w jaki sposób ludzie poszukują potrzebnej im informacji. Badacze starają się też zrozumieć, jak informacja jest następnie użytkowana w określonych sytuacjach, a także dowiedzieć się, co poprzedza i jakie są konsekwencje interakcji użytkowników z systemem.

W nowym paradygmacie nie stracono więc z pola widzenia szerszego kontekstu zachowań informacyjnych. Można nawet powiedzieć, że ostatnia dekada minionego wieku przyniosła powrót, przynajmniej w sferze teoretycznych postulatów, do rozważań nad zewnętrznymi uwarunkowaniami zachowań informacyjnych i pogłębienie perspektywy społecznej. W 1996 T. Wilson zaproponował poszerzony model zachowań informacyjnych, uwzględniający wpływ otoczenia na użytkowników, sprzyjające i przeszkadzające zachowaniom informacyjnym czynniki, a także mechanizmy, które aktywują lub hamują potrzeby i zachowania informacyjne. Przedmiotem dociekań stało się też to, co dzieje się z użytkownikami, zanim stają się rzeczywiście użytkownikami systemu, jakie zewnętrzne czynniki generują ich potrzeby, jakie je hamują, co skłania ich do korzystania ze sformalizowanych systemów dostarczania informacji oraz jakie są przyczyny tego, że z nich nie korzystają. Przykładem takiego podejścia są na gruncie polskim badania czynników wpływających na skuteczność użytkowania informacji w kształceniu akademickim (Sobielga 1998).

W toku rozwoju badań, coraz bardziej wyraźna stawała się potrzeba wieloaspektowego traktowania użytkowników informacji, co wymaga wyjścia poza ramy pojedynczej dziedziny nauki oraz interdyscyplinarności badań. Nie wystarcza już posiłkowanie się w badaniach prowadzonych w ramach informatologii, metodami i teoriami wypracowanymi w ramach innych nauk, ale konieczny staje się także udział w takich badaniach osób postrzegających problem z rozmaitych perspektyw badawczych: informacji naukowej, psychologii i socjologii, informatyki. Na konieczność interdyscyplinarności badań dotyczących potrzeb informacyjnych wskazują naukowcy, od co najmniej dwóch dziesięcioleci. Pisali o tym m.in. T. Kocowski

(1985) i W. Pindlowa (1984, s.60). Ostatnia cytowana praca wskazuje na możliwość łączenia teorii pedagogiki i informacji naukowej przy analizowaniu problemów kształcenia użytkowników informacji naukowej. W 1990 tym roku E. Hewins w przeglądzie badań, dotyczących użytkowników i użytkowania informacji naukowej, wskazując na prace z pogranicza informacji naukowej, psychologii, informatyki, lingwistyki, pedagogiki itp. wykazała, że tendencja w kierunku badań interdyscyplinarnych jest coraz bardziej wyraźna. W 1996 roku T. Wilson, dokonując przeglądu publikacji dotyczących zachowań użytkowników informacji, pochodzących z dyscyplin innych niż informacja naukowa, zwrócił jednak uwagę na wciąż niedostateczne wykorzystanie perspektywy badawczej wielu nauk, takich jak m.in. marketing, zachowania rynkowe, nauka o komunikacji i teoria rozpowszechniania innowacji, organizacja i zarządzanie, itd. Tego typu opracowania pojawiają się jednak coraz częściej. Na przydatność w badaniach dotyczących użytkowników metod stosowanych w marketingu zwracają uwagę publikacje: K. Bernatowicza 1984, R. Cybulskiego 1992, E. Mostowicz 1992, J. Wojciechowskiego 1993). Osiągnięcia lingwistyki i neuropsychologii zasilają natomiast od dawna prace dotyczące języków informacyjno-wyszukiwawczych i ich relacji z potrzebami użytkowników. Przykładem są m.in. prace B. Sosińskiej-Kalaty 1991 oraz E. Chmielewskiej-Gorczy 1991.

Wspomniany wcześniej powrót zainteresowania badaczy otoczeniem i motywacją użytkowników spowodowany jest zapewne między innymi obserwacjami, które dowodzą, że systemy informacyjno-wyszukiwawcze nawet najbardziej doskonale nie rozwiązują problemu skutecznego dostarczania informacji. Rozwój technologii spowodował wprawdzie uzyskanie dostępu do ogromnych ilości informacji, z których jednak tylko mała część jest przydatna i wiarygodna. Zwróciło to uwagę badaczy i teoretyków na problemy jakości i pertynencji informacji (m.in. Gałczyński 1996). Stąd obecnie na plan pierwszy w badaniach wysuwają się te zdolności i umiejętności użytkowników, które pozwalają im selekcjonować i oceniać jakość informacji. Większym zainteresowaniem cieszą się też problemy odpowiedniego indeksowania i opisu dokumentów oraz tworzenia rozmaitego rodzaju jakościowych filtrów eliminujących nieprzydatne informacje.

**Metody badawcze.** Przez dziesięciolecia podstawową metodą stosowaną w badaniach nad użytkownikami informacji były ilościowe badania reprezentatywne, posługujące się analizą statystyczną. Ten, oparty na pozytywistycznym paradygmacie schemat empirycznych badań ilościowych pozwalał uzyskać pewien ogólny, ale zwykle dość powierzchowny obraz badanych problemów. Już w latach siedemdziesiątych K. Remerowa (1972) zwróciła uwagę na

to, że metody ilościowe nie wystarczają, aby poznać zmienne oraz podlegające wielu wpływom, zjawisko zachowań informacyjnych. W 1981 roku czasopismo *Social Science Information Studies* poświęciło cały pierwszy zeszyt problemom badań jakościowych w dziedzinie informacji naukowej, dając tym dodatkowy bodziec do rozpowszechnienia tego rodzaju badań. Szeroko pisali o tym także: M. Dembowska (1991), J. Ratajewski (1994), a w literaturze zagranicznej m.in. T. Wilson (1981). Stopniowo więc coraz bardziej powszechnym stawał się pogląd, że zachowania informacyjne, będące pewnym szczególnym przypadkiem zachowań człowieka w ogóle, dają się lepiej poznać metodami stosowanymi w psychologii, etnografii i antropologii. Stopniowo odchodzono też od opierania się wyłącznie na deklaracjach użytkowników, uznając, że mają one niewiele wspólnego z realnymi potrzebami i zachowaniami, będąc jedynie ekspresją utartego lub życzeniowego sposobu myślenia. Według fenomenologicznego, subiektywistycznego podejścia, aby poznać skomplikowane psychospołeczne zjawiska trzeba maksymalnie zbliżyć się do przedmiotu badania, zaangażować w sytuację i obserwować jej realny przebieg. Tylko w ten sposób można poznać naturę tego rodzaju zjawisk, formułować dotyczące ich uogólnienia i proponować praktyczne rozwiązania. Rozpowszechnianie się tego stanowiska spowodowało, że, od co najmniej dziesięciu lat, analiza reprezentatywnych danych statystycznych, uzyskiwanych poprzez ankietowanie służy badaczom głównie do uzyskania "dużego" reprezentatywnego obrazu zjawisk. W celu głębszego poznania ich natury stosuje się przede wszystkim metody jakościowe. Metody te to: uczestnicząca obserwacja, analiza zapisanych historii pojawiania się potrzeb informacyjnych i ich realizacji, samoobserwacja i prowadzenie dzienników, analiza zogniskowanych dyskusji grupowych, analiza tekstów standaryzowanych lub swobodnych wywiadów, szczegółowe analizy przypadków.

Wymienione techniki, zwłaszcza uczestnicząca obserwacja, pozwalają według zwolenników metod jakościowych, opisywać jednostkowe i zmienne zachowania w konkretnych uwarunkowaniach i na ich podstawie budować uogólnienia dotyczące natury problemów i zadań, które je powodują. Przykładem badań stosujących metody jakościowe są badania T. Wilsona i D. Streatfielda (1977, 1979) dotyczące zachowań informacyjnych urzędników, badania prowadzone w środowisku lekarzy opieki podstawowej (Gruppen i in. 1987, za Hewins 1990), a w Polsce eksperymentalne badania przydatności udziału pracowników informacji w pracy naukowców, prowadzone w Centrum Medycyny Doświadczalnej PAN (Bugalska 1985).

Przydatność poszczególnych metod i technik badawczych, w tym: metody panelowej, analizy sytuacji konfliktowych, obserwacji, analizowano w ramach badań użytkowników

informacji w Politechnice Szczecińskiej (Wróblewska 1978). Za najlepszą uznano wtedy metodę dyskusji panelowej.

Jedną z oryginalnych metod badania potrzeb użytkowników jest „identyfikowanie tzw. momentów krytycznych w procesie decyzyjnym lub w trakcie realizacji zadania, w których to momentach osoba staje wobec braku informacji. Identyfikacji takiej dokonuje obserwator lub osoby badane same prowadzą dziennik rejestrujący tego rodzaju sytuacje oraz informacje, które zostały wykorzystane, do rozwiązania problemu. Metoda “momentów krytycznych” okazała się owocna, gdyż ukazywała bezpośredni związek między informacją a sytuacją generującą jej potrzebę i ugruntowała istotne rozróżnienie między potrzebą informacji, oznaczającą sytuację, w której jednostka nie wie jak dalej postąpić, od potrzebnych do podjęcia decyzji danych. E. Hewins (1990, s.162-164) podaje przykłady badań z zastosowaniem techniki “momentów krytycznych”, m.in. badanie prowadzone przez National Library of Medicine (w badaniu tym pytano użytkowników, jaki problem przywiódł ich do korzystania z bazy Medline), czy badanie przeprowadzone wśród pracowników naukowo-technicznych, którzy prowadzili dzienniki pojawiania się potrzeby informacyjnej i następujących po tym działań. Tego typu badania są częste w dziedzinie nauk o zarządzaniu.

Ciekawym podejściem charakteryzują się tzw. badania w działaniu (action research), które towarzyszą przeprowadzaniu zamierzonej zmiany (np. zmiany w organizacji), połączone z formułowaniem teoretycznych uogólnień i jakościową analizą elementów zmieniającej się sytuacji (Wilson i Streatfield 1981). Interesujące jest też zastosowanie w badaniach dotyczących użytkownika informacji metody polegającej na budowaniu teorii na bazie obserwowanych zjawisk (grounded theory approach). Teorią tą posłużył się m.in. D. Ellis (1993), w celu stworzenia modelu zachowań informacyjnych użytkowników informacji naukowej w dziedzinie socjologii. Podejście to, w odróżnieniu od tradycyjnego stawiania hipotez po to, aby je następnie weryfikować w drodze badań empirycznych, wychodzi od zjawisk, aby poprzez ich analizę formułować twierdzenia. Stosując to podejście i kwestionując przydatność wszelkich dotychczasowych modeli, narzucających z góry pewne założenia, Ellis podjął próbę odkrycia “niezależnie od życzeń badaczy” prawdy o tym, jak szukają informacji przedstawiciele badanej przez niego grupy naukowców. Z kolei D. Nicholas (2000) za szczególnie przydatne w badaniu potrzeb informacyjnych uznaje głęboki niestandardyzowany wywiad, a w przypadku użytkowników elektronicznych systemów analizę rejestru logowań.

W wyniku badań prowadzonych w latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych powstało wiele teoretycznych modeli wyznaczających zakres myślenia o użytkownikach informacji i ich zachowaniach. Większość z nich dotyczyła etapu pojawiania się potrzeby

informacji oraz etapu poszukiwania informacji (Wilson 1981, Dervin 1983, Ellis 1989, Woźniak 1989, Kuthlthau 1991). Niektóre teoretyczne modele obrazują bezpośrednią interakcję użytkownika z systemem informacyjno-wyszukiwawczym (Ingversen 1996, Belkin 1995, za Wilson 1999: Saracevič 1996).

## **1.2 Badania potrzeb i zachowań użytkowników informacji w dziedzinie ochrony zdrowia.**

Medycyna to dziedzina nauki generująca ogromne ilości informacji i wyjątkowo informacyjno-chłonna. Nie dziwi to, jeżeli zważy się, jak dynamicznie rozwijają się nauki biomedyczne oraz to, że działalność informacyjna w tej dziedzinie, bywa, że decyduje o ludzkim zdrowiu i życiu. Stąd i wyjątkowy rozwój medycznej informacji naukowej oraz badań nad jej użytkownikami. Trzeba niestety dodać, że mowa tu o osiągnięciach informatologii na świecie. W Polsce badania użytkowników informacji medycznej są nieliczne, niewiele jest też teoretycznych prac, dotyczących specyficznych problemów związanych z korzystaniem z informacji w tej dziedzinie. Przeszukanie Polskiej Bibliografii Lekarskiej, Biuletynu Głównej Biblioteki Lekarskiej, a także czasopism przeglądowych potencjalnie mogących zamieścić tego typu opracowania (Medycyna Praktyczna, Medycyna po Dyplomie), a także monografii i źródeł internetowych wykazało, że badania nad użytkownikami informacji medycznej w Polsce prawie nie były prowadzone. Odszukane prace, zwykle dotyczą korzystania z zasobów bibliotek medycznych. Choć są one dość odległe od tematu niniejszej pracy, zostaną tu przywołane, choćby po to, aby pokazać badawcze zaniedbania w badaniach nad użytkowaniem informacji w ochronie zdrowia w Polsce. Kilka publikacji odnosi się do wykorzystania zasobów bibliotek medycznych, w większości zbiorów Głównej Biblioteki Lekarskiej w Warszawie (GBL). I tak, wypożyczenia książek znajdujących się w GBL badała E. Świerczyńska (1969), a następnie J. Kazanowska (1975). Obie prace wykazały niski poziom wykorzystania zbiorów GBL. Do tego rodzaju analiz należy też praca B. Kapusto-Lachowicz i B. Ochranowicz J. "Czytelnictwo lekarzy w Oddziale GBL w Olsztynie w 1977 roku". W wymienionych pracach przedstawiona jest struktura wypożyczeń książek i czasopism, a więc użytkowanie istniejących zbiorów bibliotek. W ostatniej z wymienionych prac zwrócono uwagę na małe wykorzystanie wydawnictw bibliograficznych i czasopism obcojęzycznych, z czego autorki wysnuły przypuszczenie o nieznanomości języków obcych, a także o dużym

obciążeniu zawodowym użytkowników biblioteki. W 1991 roku o korzystaniu z czasopism GBL pisał E. Pigoń, znowu analizując strukturę wypożyczeń, a A. Piotrowicz (1996) w swojej pracy o udostępnianiu zbiorów w bibliotekach uczelni medycznych analizuje liczbę wypożyczeń poszczególnych typów publikacji oraz świadczonych usług bibliograficznych w tych bibliotekach. B. Nowakowski (1988, 1993, 1999), omawiając szeroko korzystanie z usług reprograficznych GBL, także skupia się wyłącznie na analizie ilości i na strukturze wykonywanych usług, i nie analizuje zamówień pod kątem ich merytorycznej zawartości. W 1960 I. Kaszubska analizowała zamówienia na zestawienia bibliograficzne kierowane do GBL w latach 1955-1958. Analiza ta dała wiedzę o zasięgu geograficznym usług GBL. Podobną analizę przeprowadziła w 1979 roku W. Tylman-Gądek. Z kolei, E. Janowicz (1976), posługując się ankietą, badał potrzeby użytkowników Naukowej Informacji Medycznej GBL. Praca powiązana była z realizacją, w ramach programu SINTO, automatycznego podsystemu informacji w ochronie zdrowia. Badanie także dotyczyło geograficznego zasięgu usług GBL, oraz miało na celu ustalenie stopnia wykorzystania informacji. Zawiera też próbę skategoryzowania użytkowników usług GBL, według kryteriów demograficznych (miejsce zamieszkania, wiek, stanowisko, wykształcenie, znajomość języka).

Inne podejście do badania potrzeb użytkowników zaproponowała E. Busse-Turczyńska (1997), która przedstawiła plan badania, oraz rezultaty pilotażu dotyczącego interakcji użytkowników z systemem wyszukiwawczym oferowanym przez Akademię Medyczną w Lublinie. Planowane badanie prowadzone ma być przy użyciu kilku metod: ilościowej analizy wyników badania ankietowego przeprowadzonego na losowo-warstwowo dobranej próbie i ma dotyczyć celu i sposobu poszukiwania informacji, rodzaju poszukiwanej informacji, preferencji i satysfakcji z korzystania z rezultatu poszukiwań. Elementami szeroko zakrojonych badań ma być także: ocena oferowanych przez bibliotekę usług, analiza dokumentacji (rejestr udzielania odpowiedzi na zapytania informacyjne, oraz zamówień na zestawienia tematyczne), monitorowanie korzystania z usług elektronicznych poprzez wbudowanie w oprogramowanie wyszukiwawcze nakładek monitorujących pytania użytkowników, oraz eksperyment polegający na prowadzeniu i analizie sesji wyszukiwawczych prowadzonych wspólnie z użytkownikami przez pracowników biblioteki. Nowością w tym projekcie badania jest, nie tylko próba głębszego spojrzenia na użytkownika systemu informacyjnego biblioteki, ale także zastosowanie różnorodnych technik badawczych. Jak dotąd jest to jednak jedynie projekt badań. Teoretyczny i postulatywny charakter ma także niepublikowana praca K. Wolskiej-Lipiec i M. Kisilowskiej (2001), wskazująca niezbędne

elementy systemu informacji dla pielęgniarek w Polsce oraz kategorie potencjalnie przydatnej im informacji.

Najbliższa współczesnemu podejściu do badań nad użytkownikami informacji jest praca A. Leligdowicza, który w 1973 badał czynniki kształtujące jakość podstawowej opieki zdrowotnej (Leligdowicz 1976). Wiąże ona potrzeby informacyjne z procesem leczenia. Część badania poświęcona była wykorzystaniu źródeł fachowej informacji, co autor uznał za jeden z czynników, wpływających na jakość opieki. Badaniem objęto 97 lekarzy (60 pracujących w szpitalach i 37 w przychodniach), co stanowiło 82% wszystkich lekarzy w dwóch powiatach w Polsce. Praca m.in. identyfikowała problemy związane z korzystaniem z informacji naukowej, potrzebnej lekarzom przy podejmowaniu decyzji dotyczących pacjentów. Badanie, przeprowadzono z zastosowaniem kwestionariusza. Pytania dotyczyły tego, czy i w jaki sposób lekarze uzyskują potrzebną im fachową informację, jaką cenią sobie najwyżej oraz jaką wykorzystują najczęściej. Autor wykazał, że lekarze najbardziej cenią sobie informacje uzyskane osobiście od ordynatorów i konsultantów i te informacje są też najczęściej przez nich wykorzystywane. Lekarze opieki podstawowej, pracujący pojedynczo, w osobnych ośrodkach, mają utrudniony dostęp do takiego źródła informacji, jak również rzadziej uczestniczą w zebraniach i szkoleniach naukowych. Autor uznał to za jedną z przyczyn niskiego poziomu opieki podstawowej. Badanie to potwierdziło, stawianą w wielu innych pracach tezę, że praktycy chętniej korzystają z bezpośrednich kontaktów przy pozyskiwaniu informacji, niż ze źródeł formalnych, odmiennie od naukowców, którzy korzystają z takich źródeł tylko na pewnych etapach swojej pracy. Zespołowość pracy, sprzyjającą przepływowi fachowej informacji, uznał autor za jeden z ważnych czynników wpływających na jakość opieki medycznej.

Wspomnieć można jeszcze, że o lekarzach, jako użytkownikach informacji traktują prace magisterskie, pisane przez studentów studiów zaocznych, w Instytucie Informacji Naukowej i Bibliotekoznawstwa UJ pod kierownictwem Wandy Pindlowej. Zakres i charakter tych prac nie pozwala wprowadzić na uogólnienia, ponieważ jednak pisane są przez osoby znające, z racji swojego zawodu, środowisko medyczne, są tu wymienione, jako interesujące przyczynki do wiedzy o użytkownikach informacji w sektorze opieki zdrowotnej. Są to prace B. Sabały-Zielińskiej „Chirurg jako użytkownik informacji naukowej medycznej” (Kraków 2001), E. Wagi „Lekarz ginekolog-położnik jako użytkownik medycznej informacji naukowej” (Kraków 2000) i M. Zięby „Lekarz psychiatra jako użytkownik informacji naukowej” (Kraków 2000).



To krótkie omówienie prac dotyczących problemów użytkowników informacji medycznej w Polsce pokazuje, że dotychczasowe badania prowadzone były głównie w celu opisanego systemu dostarczania informacji przez określoną bibliotekę medyczną. Z wyjątkiem pracy Leligdowicza, nie prowadzono w Polsce badań nad rzeczywistymi potrzebami osób korzystających z informacji medycznej. Nie analizowano powodów, dla których korzystają z określonych źródeł, problemów, jakie rozwiązują, ani też faktycznego wykorzystania uzyskanej informacji.

Anglojęzyczna literatura, poświęcona problematyce badań nad użytkownikami informacji medycznej, jest z kolei tak bogata, że omówione zostaną jedynie znaczące etapy ewolucji tych badań, oraz przywołane zostaną jedynie wybrane przykłady. Przewodnikami w tej dziedzinie badań były: praca J. Macdougall i J.M. Brittain „Health informatics” (1994), dająca szerokie spojrzenie na rozwój dziedziny informacji w ochronie zdrowia i widoczne w tej dziedzinie trendy; przegląd badań nad potrzebami i zachowaniami informacyjnymi lekarzy R. Smitha (1996); przegląd problemów i badań w dziedzinie medycznej informacji naukowej J.G. Marshall (1993) oraz praca J. Wayatta (1991), traktująca o użytkowaniu źródeł wiedzy medycznej. Wykorzystano też pracę S. Osiope (1985), który dokonał przeglądu dawniejszych prac dotyczących użytkowania informacji przez profesjonalistów w dziedzinie medycyny, w okresie, który z perspektywy lat można nazwać tradycyjnym, i poza który polskie dokonania w tej dziedzinie jeszcze nie wyszły. Źródłem przydatnych informacji była też praca przeglądowa E. Hewins (1990) oraz część opracowania B. Allena „Toward a user centered approach to information systems” (1996, s. 90), poświęcona badaniom potrzeb informacyjnych w dziedzinie ochrony zdrowia.

Do końca lat osiemdziesiątych można mówić o tradycyjnym podejściu do badań nad użytkownikami i użytkowaniem informacji medycznej na świecie. Literatura obfituje w doniesienia o badaniach potrzeb informacyjnych naukowców w dziedzinie medycyny, lekarzy rozmaitych specjalności, pielęgniarek, studentów medycyny. Posługując się przede wszystkim techniką ankietowania i wywiadów badano ich preferencje, źródła, z jakich korzystają, a także potrzeby edukacyjne, co przyniosło dość szczegółowy i wyczerpujący obraz deklaracyjnych potrzeb i upodobań tych kategorii użytkowników.

Okazało się, że większość potrzeb informacyjnych profesjonalistów w dziedzinie medycyny dotyczy procesu leczenia, chorób, skutków ubocznych, dawkowania, toksyczności, leczniczych zastosowań leków i urządzeń medycznych (Wonder 1977). Wykazano związek między specjalnością medyczną, miejscem praktyki, doświadczeniem, typem praktyki medycznej, a korzystaniem z określonych źródeł informacji (Strasser 1978, Stinson 1980).

Udowodniono, że są dziedziny medycyny, które bardziej niż inne wymagają jednoznacznej wiarygodnej informacji, pochodzącej ze sformalizowanych źródeł. Są nimi te specjalności, w których popełnienie błędu częściej niesie ze sobą niebezpieczeństwo natychmiastowych poważnych komplikacji lub śmierci (np. chirurgia vs. Psychiatria). Wykazano, że lekarze zaangażowani w badania naukowe i nauczanie w znacznie większym stopniu korzystają ze źródeł informacji, niż osoby nie prowadzące takiej działalności. Lekarze młodzi, przed którymi otwiera się kariera, częściej korzystają z literatury naukowej i częściej zasięgają opinii kolegów, niż ich starsi koledzy, zwłaszcza ci sprawujący funkcje kierownicze. Uznano, że jest to spowodowane zwiększonym obciążeniem zawodowym i mniejszą motywacją do pogłębiania swojej wiedzy, u tych ostatnich. Okazało się, że użytkowanie informacji medycznej wiąże się ściśle z motywacją i ambicjami związanymi z profesjonalną karierą. Im wyższa pozycja zawodowa, tym rzadziej szuka się i korzysta z doniesień naukowych. Lekarze przy tym częściej korzystają z medycznych baz piśmiennictwa naukowego, niż pielęgniarki (Fazzone 1984). Wiele badań dotyczyło użytkowania bazy Medline oraz całego systemu Medlars National Library of Medicine. Badania te, podobnie jak badania dotyczące użytkowania określonych bibliotek, czy korzystania z innych usług informacyjnych, miały za główny cel doskonalenie tych usług. Prowadzono też badania nad użytkownikami informacji w poszczególnych specjalnościach medycznych np. badano potrzeby dentystów (Ashin 1983) lub użytkowników określonego typu informacji, np. informacji o lekach (S. Osiohe daje liczne przykłady takich badań). Potrzeby informacyjne pielęgniarek stały się przedmiotem badań nieco później niż potrzeby lekarzy. Prace dotyczące tej grupy zawodowej omawia szczegółowo M. Wakeham i in. (1992). Pielęgniarki wydają się, w świetle badań, mieć mniejszą motywację do tego, aby korzystać z usług informacyjnych, mają też mniejsze od lekarzy umiejętności poszukiwania informacji (Urquhart i Crane, 1994). Stąd wiele studiów dotyczących pielęgniarek koncentruje się na ich potrzebach edukacyjnych, związanych z poszukiwaniem informacji i korzystaniem z technologii informatycznych.

Wykazano, że wszyscy praktycy (zarówno lekarze, jak i pielęgniarki) w wysokim stopniu korzystają z nieformalnych źródeł informacji, w odróżnieniu od naukowców, którzy częściej kierują się do źródeł formalnych, a z kontaktów osobistych korzystają tylko na pewnych etapach pracy badawczej (Menzel 1966, Friedlander 1973, za Osiohe 1985). Dla pielęgniarek, podobnie jak dla lekarzy, równi im koledzy (ang. peers), są często wykorzystywanym źródłem informacji (Wakeham, 1993). Brak czasu, a także pilność potrzeb generowanych przez problemy zdrowotne pacjentów, są przyczynami, dla których lekarze, szukając rozwiązania swoich wątpliwości, tak często korzystają z osobistej komunikacji

z kolegami lub zwierzchnikami (Peay 1984). Ale choć osoby te są przeważnie pierwszym źródłem informacji to, w momencie podejmowania decyzji, większość lekarzy kieruje się do źródeł formalnych. I tu na pierwszym miejscu znajdują się czasopisma fachowe (Manning 1980, Christensen 1981). Kolejnymi, najczęściej wykorzystywanymi źródłami informacji są koledzy i wydawnictwa książkowe. Dowiedziono, że stopniowo zmniejsza się użytkowanie źródeł informacji dostarczanych przez przemysł, w tym także przez reprezentantów firm farmaceutycznych. Tłumaczy się to coraz większym sceptycyzmem odbiorców wobec tego rodzaju informacji. Badania nad użytkownikami informacji medycznej często powiązane były z testowaniem skuteczności metod rozpowszechniania informacji. Ustalono, że o innowacyjnych rozwiązaniach w opiece medycznej praktycy najczęściej dowiadują się w drodze 1996, osobistych kontaktów od lepiej poinformowanych kolegów, którzy pełnią rolę odzwierciedla (ang. gate keepers) do świata nauki wobec osób mniej nią zainteresowanych. Takimi „odzwierciedlami” dla lekarzy pierwszego kontaktu są specjaliści. Badania nad problemami rozpowszechniania informacji rozwinęły się zwłaszcza w latach dziewięćdziesiątych.

Wyniki badań wczesnego „tradycyjnego” okresu, choć często dość głęboko analizowano w nich potrzeby użytkowników i wiązano je z pełnioną przez nich rolą zawodową oraz z procesem decyzyjnym, przeważnie służyły doskonaleniu systemu, baz, usług. Druga połowa lat osiemdziesiątych przyniosła próby ściślejszego powiązania zachowań informacyjnych oraz użytkowania informacji w praktyce, z jakością opieki medycznej (Gruppen i in. 1987, za Hewins 1990). Już nie tyle doskonalenie systemu dla systemu i wygody użytkownika było celem tych badań, ale ustalenie tego, czy informacja, która się w nim znajduje daje odpowiedź na praktyczne dylematy oraz, czy przyczynia się do poprawy jakości opieki nad pacjentem. Pytania o cel potrzeby informacyjnej (po co?) stały się najważniejsze. Zaczęto coraz bardziej interesować się tym, jak powstaje potrzeba informacyjna, czy i jak informacja jest wykorzystywana i jaki ma wpływ na efekty opieki zdrowotnej. Zaczęto ściślej wiązać poszukiwanie informacji z rozwiązywaniem problemów i podejmowaniem decyzji, co odzwierciedla ogólną ewolucję badań nad użytkownikami informacji. Do takich badań należą m.in. prace Cutlera „Problem solving in clinical medicine. From data to diagnosis” (za Hewins 1990), badanie Gruppena i in. (1987) dotyczące potrzeb lekarzy opieki podstawowej, czy badanie D. Covella (1985). Stosowano w tych badaniach wspomnianą wcześniej metodę momentów krytycznych (critical-incident technique) pozwalającą zidentyfikować ważne dla procesu decyzyjnego momenty, w których potrzebna jest informacja. W tym celu, na przykład, przeprowadzano wywiady z lekarzami bezpośrednio po wizycie pacjentów. Okazało się,

że lekarze myślą o swoich zachowaniach inaczej, niż je faktycznie realizują. Np. twierdzą, że najchętniej korzystają z drukowanych źródeł, podczas gdy najczęściej konsultują się z kolegami; że potrzebę informacji odczuwają raz w tygodniu, podczas gdy pojawiała się ona średnio cztery razy, podczas trwającego pół dnia dyżuru itp. Metoda rejestrowania istotnych momentów także opierała się na samoobserwacji i twierdzeniach lekarzy. Aby uniknąć subiektywizmu zastosowano więc bezpośrednią obserwację pracy lekarzy (Oscheroff i in. 1991, Forsythe i in. 1992). Przyniosło to nowe spostrzeżenia, między innymi obserwację, że ilość wątpliwości i pytań, jakie powstają w kontakcie lekarza z pacjentem jest większa, niż przyznają się oni do tego w wywiadach i ankietach, że wiele pytań nigdy nie zostaje zwerbalizowanych oraz, że występują takie potrzeby informacyjne, które nie mogą być zaspokojone poprzez sformalizowane źródła i narzędzia. Te potrzeby to: potrzeba poparcia, przewodnictwa, czy akceptacji powziętej przez lekarza decyzji przez drugą osobę. Tym tłumaczy się być może tendencja do zwracania się po informację do kolegów, którzy te potrzeby mogą w pewnym stopniu zaspokoić. Okazało się też, że wiele pytań i wątpliwości pozostaje bez odpowiedzi, gdyż lekarze po prostu tych odpowiedzi nie szukają. Głównymi przyczynami zaniechania poszukiwania informacji okazały się: brak czasu, koszt, niedostępność źródeł lub brak przekonania o ich wiarygodności (P. Gorman i in. 1994, 1995). Do wszczęcia poszukiwań skłaniały zaś lekarzy: przekonanie, że odpowiedź istnieje, wiara, że są w stanie ją odszukać oraz pilność lub waga problemu, jaki mieli rozwiązać. Badano także i prowadzono liczne eksperymenty z włączaniem specjalistów w dziedzinie informacji naukowej (bibliotekarzy) w proces decyzyjny. Eksperymenty te wykazywały pozytywny wpływ udziału pracowników informacji na poprawę jakości opieki. Podobnie pozytywny wpływ ma fizyczna bliskość źródeł informacji (np. biblioteka w szpitalu) (Marshall 1992). Badania dowiodły także, że odpowiednio przygotowani bibliotekarze znajdują potrzebną informację znacznie skuteczniej niż lekarze (Gorman i in. 1995). Wiele prac w tym zakresie wymienia i omawia S. Osiope (1985).

Osiągnięcia medycyny, a także coraz większy udział innych nauk w wykonywaniu zawodów medycznych, spowodowały lawinowo zwiększającą się ilość informacji, jaką powinni przyswajać sobie lekarze i coraz większą trudność w jej selekcji i ocenie. W latach dziewięćdziesiątych można w związku z tym obserwować rozwój dwóch istotnych trendów, mających istotny wpływ na badania nad użytkownikami informacji medycznej. Pierwszy, to rozkwit „evidence based medicine” (EBM)<sup>3</sup>, lansowanego w ostatnich latach paradygmatu

---

<sup>3</sup> Posłużono się tu angielskim terminem, powszechnie używanym także w Polsce. Evidence Based Medicine dosłownie oznacza medycynę opartą na faktach, w bardziej dowolnym tłumaczeniu mówi się o medycynie opartej

sprawowania opieki zdrowotnej w oparciu o możliwie najnowsze i najwyższej jakości dowody naukowe. Drugi, to dążenie do zintegrowania systemów informacji w ochronie zdrowia na wszystkich poziomach, począwszy od systemu informacji w szpitalu, skończywszy na wielkich usługach informacyjnych w rodzaju systemu Medlars, czy usługach banków danych.

„EBM” została wymuszona przez wiele pogłębiających się problemów w ochronie zdrowia oraz wspomniany rozwój nauk medycznych i techniki. Rozwój ten oznacza coraz większą „produkcję” informacji naukowej i coraz większą trudność dokonywania wyboru postępowania. Rosną też oczekiwania pacjentów wobec lekarzy i pielęgniarek. Rozwój technologii powoduje z kolei wzrost kosztów opieki medycznej i większą niż dotąd konieczność ich racjonalnego ograniczania. Konsekwencją tych zjawisk staje się coraz większy nacisk na ekonomizację działań w ochronie zdrowia, przy jednoczesnym uwzględnieniu ich skuteczności. Potrzeba posługiwania się silnymi argumentami na poparcie podejmowanych decyzji oznacza w praktyce konieczność sięgania do wysokiej jakości informacji. Stąd następuje stopniowe odchodzenie od opierania się na przeświadczeniach, doświadczeniu i kanonie trwałej wiedzy, w kierunku uzasadnionej aktualnymi wynikami badań naukowych pewności. Pomimo coraz bardziej wyrafinowanych technologicznych udogodnień coraz trudniej jest jednak tę odpowiednią i wiarygodną informację wyselekcjonować. Stąd problemy oceny jakości informacji w ochronie zdrowia oraz odpowiedniości jej formy, wysunęły się w ostatnich latach na plan pierwszy teoretycznych rozważań. Prowadzone są też badania w tym kierunku. Zmierzają one do ustalenia, czy użytkownicy informacji medycznej są w stanie ocenić jakość informacji, jakie formy i kanały przepływu informacji są najbardziej skuteczne oraz, jakie działania mogą przynieść pożądane zmiany zachowań informacyjnych (Gray 1997, Forte 1994, Axelsson 1998, Hewison 1997, Dais i in. 1995, Shorten 2001). Z chwilą położenia nacisku na jakość informacji, inaczej spojrzano na użytkowników i ich potrzeby. Najważniejsze stało się nie to, czego poszukują, ale to, czy wiedzą, co należy zrobić i na co zwrócić uwagę, aby znaleźć możliwie precyzyjną i wiarygodną odpowiedź na postawione pytania. Przedmiotem zainteresowania stały się umiejętność precyzyjnego formułowania pytań informacyjnych oraz problem oceny trafności uzyskiwanych odpowiedzi (Spink i in. 1998). V. Florance (1992) analizując zapytania wyszukiwawcze lekarzy, wprowadziła rozróżnienie między proceduralnymi i deklaratywnymi potrzebami. Okazało się, że znacznie trudniej jest im sformułować warunki oczekiwanej jakości publikacji lub zdefiniować aspekt problemu, niż nazwać jej przedmiot. Z kolei W. Richardson (1997) wyróżnił pierwszo- i drugoplanowe

---

na dowodach naukowych, o racjonalizacji opieki medycznej, lub stosując określenie propagowane przez wydawnictwo Medycyna Praktyczna – „postępowaniem opartym o wiarygodne i aktualne publikacje (POWAP)”.

potrzeby informacyjne. O tym, jakiego typu jest potrzeba, która zwykle zmienia się w czasie i rzadko występuje pojedynczo, decyduje doświadczenie i wiedza użytkownika, odnosząca się do danego problemu lub sytuacji. Powróciło więc jeszcze raz poruszane przez N. Belkina (1980) zagadnienie konieczności poznania sposobu myślenia użytkowników informacji, którzy formułują swoje pytania mając małą wiedzę (lub nie mając jej wcale) o przedmiocie pytania. Zagadnienie tym razem poszerzone o konieczność poznania i zrozumienia sytuacji, w jakiej znajdują się użytkownicy.

Nowe wymagania postawione przed profesjonalistami w opiece zdrowotnej oznaczały nie tylko to, że powinni oni umieć sięgać do odpowiednich źródeł i ocenić ich wartość, ale oznaczały także konieczność tworzenia usług i systemów skutecznego dostarczania im wysokiej jakości informacji. Stąd przeprowadzono wiele badań, aby dowiedzieć się, jakie metody upowszechniania wiedzy są najbardziej skuteczne (Bero et al. 1998, Oxman 1995, Lomas, 1997, Haines i Rogers 1994). Oto niektóre wnioski, jakie przyniosły te badania. Najbardziej skutecznymi sposobami zmiany zachowań profesjonalistów w opiece zdrowotnej okazały się: indywidualne edukacyjne spotkania, przypomnienia (w tradycyjnej kieszonkowej wersji lub przywoływane na ekran komputera), wielokierunkowe interwencje (np. kombinacja audytu klinicznego z informacją zwrotną, przypomnieniami i publikowanymi rezultatami konferencji uzgodnieniowych), a także interaktywne szkolenia. 5). Systematyczny przegląd badań dotyczących sposobów upowszechniania wiedzy naukowej, skuteczności ustawicznego kształcenia oraz interwencji wpływających na zmianę zachowań praktyków w opiece zdrowotnej, dokonuje regularnie Grupa Cochrane Collaboration (Cochrane Collaboration Group on Effective Practice, Organization and Delivery of Care).

Nawet pobieżny przegląd anglojęzycznego piśmiennictwa, dotyczącego profesjonalistów w dziedzinie medycyny, jako użytkowników informacji, daje wyobrażenie o rozmiarach i różnorodności prowadzonych w tej dziedzinie badań. Trzeba przy tym wyraźnie zaznaczyć, że choć informacja wytwarzana przez nauki biomedyczne jest jednym z głównych strumieni informacji w ochronie zdrowia, to nie jest strumieniem jedynym. Podobnie też nie wyłącznie profesjonaliści w dziedzinie medycyny (lekarze, pielęgniarki) są jej odbiorcami. Prowadzone badania dotyczą jednak zwykle osób bezpośrednio sprawujących opiekę medyczną oraz pacjentów lub dotyczą potrzeb związanych z pracą naukową i studiowaniem. Badania dotyczące kadry kierowniczej w ochronie zdrowia, decydentów i polityków są bardzo rzadkie. Zwykle wiążą się z korzystaniem przez te osoby ze szpitalnych systemów informatycznych, zawierających dane o pacjentach oraz inne dane zbierane i przetwarzane w ramach instytucji. Bardzo rzadko przedmiotem badań jest użytkowanie przez kadrę

kierowniczą w ochronie zdrowia informacji przetworzonej, będącej wynikiem badań i analiz naukowych. Stąd w następnej części rozdziału zostaną omówione prace dotyczące menedżerów w ogóle, ze szczególną uwagą poświęconą nielicznym badaniom dotyczącym menedżerów w ochronie zdrowia.

### **1.3 Badania dotyczące menedżerów jako użytkowników informacji.**

Studia dotyczące menedżerów są zasadniczo wewnętrzną domeną nauki o zarządzaniu. Jeżeli poza nią wychodzą to w kierunku socjologii (socjologia zarządzania) lub psychologii (psychologia zarządzania), nauki o komunikacji społecznej lub informatyki (projektowanie systemów wspomagania decyzji lub systemów informatycznych w organizacji). Przeglądu tego typu badań dokonał C. Weiss i M. Bucuvalas (1980). Informatologia rzadko zajmuje się menedżerami, być może z powodu złożoności ich potrzeb i trudności wskazania punktów, gdzie potrzeby i zachowania tej kategorii użytkowników spotykałyby się bezpośrednio z usługami informacji naukowej. W informatologicznej literaturze polskiej problemów zachowań informacyjnych menedżerów dotyczą niekiedy prace traktujące o informacji biznesowej (np. Chmielewska-Gorczyca 1993), zakładające, że informacja ta służy przede wszystkim kadrze kierowniczej instytucji. Zagranicznych prac mówiących o zachowaniach informacyjnych menedżerów jest więcej. Na łamach ARIST J. Katzer i P. Fletcher (1992) dokonali przeglądu badań dotyczących środowiskowych aspektów zachowań informacyjnych menedżerów. B. Allen (1996) w swojej książce na temat „zorientowanych na użytkowników” systemów informacji daje pobieżny przegląd opracowań w tej dziedzinie, a K. Grosser (1991) dokonuje przeglądu prac dotyczących sieci informacyjnych w organizacjach. Ze względu na ilość prac ograniczono się tu do prezentacji najważniejszych trendów i kierunków prowadzonych badań oraz niektórych najbardziej istotnych obserwacji.

Zagadnienie potrzeb informacyjnych menedżerów rozpatrywano przyjmując rozmaite perspektywy, np. analizując problem w ramach teorii organizacji (Feldman i March 1988, Choo 1991) lub w obrębie nauki o komunikacji społecznej (Sobkowiak 1997). Skupiano się na funkcjonowaniu sieci informacyjnych w ramach organizacji (przegląd tego rodzaju badań daje Grosser, 1991), projektowaniu systemów informatycznych (Welch 1993, Smith i Preston 2000), czy w końcu na analizie indywidualnych zachowań menedżerów w sytuacjach problemowych (Katzer, Fletcher 1992). Podobnie do badań nad innymi grupami i kategoriami użytkowników informacji, badania dotyczące menedżerów prowadzone były przy

zastosowaniu teorii i koncepcji stworzonych w ramach wielu dyscyplin naukowych: teorii komunikacji, teorii zarządzania, socjologii, psychologii. Niekiedy miały one charakter interdyscyplinarny, rzadko jednak, jak już wspomniano, posługiwały się podejściem i językiem informacji naukowej. Przykładem tego ostatniego jest praca J. Katzer'a i P. Fletcher (1992) dotycząca informacyjnego środowiska menedżerów, która przynosi model tego środowiska.

Wiedzę na temat użytkowania informacji, natury i rodzaju potrzeb informacyjnych menedżerów uzyskano głównie w ramach badań dotyczących procesu podejmowania decyzji, identyfikowania i rozwiązywania problemów. W Polsce zagadnieniami tymi zajmowali się, m.in.: W. Kieżun (1979), M. Czarnecki (1982) i H. Kadłubowski (1982). Badania te, inaczej niż w przypadku badań nad potrzebami informacyjnymi lekarzy, wcześniej skupiły się na motywacji, celu i realnych potrzebach, związanych z pełnionymi przez menedżerów rolami i zadaniami. Podobnie jak myślenie o użytkownikach informacji, także postrzeganie menedżera miało swoją fazę „naiwną”. Prace poświęcone menedżerom w pierwszej połowie minionego wieku przedstawiają ich, jako osoby zorganizowane, racjonalne, nastawione na optymalizację podejmowanych przez siebie działań. Jak pisze P. Fletcher, (1992) w takim ujęciu menedżerowie to: „ostrożni i rozważni planiści, decydenci i przywódcy, którzy precyzyjnie rozeznają i definiują sytuację, identyfikują alternatywne możliwości, pozyskują potrzebną im do rozwiązywania problemu informację, trzeźwo ważą argumenty za i przeciw i dokonują najlepszego wyboru”. To normatywne podejście do podejmowania decyzji zakładało logiczną i racjonalną naturę menedżerów i ich determinację, aby decyzje najlepiej służyły interesom organizacji (Griffin 1996, s.273). Obraz ten zburzyły późniejsze badania, a jednym z pierwszych, który podważył obowiązujący normatywny model był H. A. Simon. Opracowany przez niego model administracyjny zakłada, że menedżerowie 1/ dysponują niepełną i niedoskonałą informacją, 2/są ograniczeni w swojej racjonalności oraz 3/są skłonni zadowalać się przy podejmowaniu decyzji pierwszym dopuszczalnym rozwiązaniem (za Griffin 1996, s.280).

Podstawowej wiedzy o zachowaniach menedżerów i specyfice wykonywania tej funkcji dostarczyli H. Mintzberg (1973, 1980) oraz J. Kotter (1982). Zwłaszcza prace pierwszego autora, posługujące się metodą uczestniczącej obserwacji, do dziś wzbogacone przez wielu następców, wciąż stanowią fundament wiedzy o zachowaniach menedżerów. W świetle obserwacji H. Mintzberga, pracę menedżera charakteryzuje chaos, wysoki stopień skomplikowania i sprzeczności, a podejmowanie decyzji nie rządzi się zasadami prostej logiki i racjonalności. Kierownicy muszą bowiem w swoich decyzjach uwzględniać rozmaite, często przeciwstawne wpływy i interesy, sami ograniczeni będąc wyznawanymi przez siebie



wartościami, umiejętnościami, wiedzą i dostępną informacją. Pracę menedżerów, zwykle przeciążonych pracą i działających pod silną presją czasu, charakteryzuje wysoki poziom stresu. Dlatego też zazwyczaj mają tendencję do, o ile to możliwe, powierzchownego traktowania problemów, unikania dogłębnej analizy alternatywnych rozwiązań i unikania nadmiaru informacji. Wśród trzech kategorii pełnionych przez menedżerów ról (interpersonalnej, informacyjnej i decyzyjnej), które wskazał H. Mintzberg (1973), wszystkie wymagają informacji, przy czym pełniąc rolę informacyjną menedżer jest nie tylko jej użytkownikiem, ale także aktywnie ją przetwarza i upowszechnia.

Dalsze badania, zwykle posługujące się metodami etnograficznymi, a więc uczestniczącą obserwacją, rozmaitego typu wywiadami oraz studiami przypadków, nie odbiegając zasadniczo od zaproponowanego modelu, pogłębiały obserwacje Mintzberga. Badano m.in., jakie role pełni menedżer, jakie wykonuje zadania, jakie rozwiązuje problemy. Wśród typowych dla menedżera działań wyróżniono: planowanie, zarządzanie ludźmi, finansami i koordynowanie, J. Kotter (1982a) podzielił te aktywności inaczej, na te, w których 1/ menedżer w sytuacji niepewności i wobec ogromnej ilości potencjalnie przydatnej informacji ma podjąć decyzję, co robić, oraz te, 2/ które pozwalają zrealizować wybraną opcję przy pomocy i udziale zróżnicowanej grupy ludzi, nad którymi ma ograniczoną kontrolę. Aktywności te przekładają się na szczegółowe działania i problemy wymagające każdorazowo nieco innej informacji. M. McCall & R. Kaplan (1990) twierdzą, że menedżerowie podejmują decyzje, kiedy zaistnieją równocześnie trzy okoliczności: 1/ odpowiednia ilość informacji na dany temat, 2/ istnieją odpowiednie środki, aby problem rozwiązać, 3/ pojawia się zewnętrzny nacisk, aby to zrobić.

Potrzeby informacyjne były od początku identyfikowane w kontekście procesu decyzyjnego, przy czym rozróznilo podejmowanie decyzji od rozwiązywania problemu i identyfikowania problemu, starając się wychwycić momenty generujące potrzeby informacyjne (McCall i Kaplan 1990, s.122). Ustalono przy tym, że znaczna część informacji gromadzonej w organizacji nigdy nie służy temu, aby wspierać proces decyzyjny, a też, że bywa odszukiwana i przywoływana, kiedy decyzje już zapadły, po to tylko, aby je post factum uzasadnić (Feldman, March 1988). Przyczyną jest między innymi to, że informacja jest gromadzona w instytucji zwykle z myślą o innym lub ogólnym przeznaczeniu (np. w ramach sprawozdawczości), a nie dla podbudowania określonej decyzji lub projektu. Zaobserwowano też, że menedżerowie w organizacji nie dzielą się między sobą posiadaną wiedzą i informacją, a im bardziej scentralizowane jest zarządzanie, tym mniej zachodzi tego rodzaju wymiany.

Wykazano jednak pozytywny związek między wysokim stopniem użytkowania informacji a słusnością podejmowanych decyzji strategicznych (Thomas, Clark, Goia 1993).

Jedną z najważniejszych obserwacji, potwierdzonej wieloma badaniami, było intensywne korzystanie przez menedżerów z osobistych kontaktów, w celu pozyskania informacji (Mintzberg 1973, Kotter 1982, Luthans, Larsen 1986). Mintzberg wykazał, że aż 75-95% informacji jest uzyskiwana w ten sposób. Powodem jest szybkość, unikanie jej nadmiaru, a także to, że informacja w ten sposób uzyskana wzbogacona jest zwykle o komentarz lub ocenę osoby, która jej udziela. To, że menedżerowie ponad dokładność przedkładają szybkość informacji udowodnił także (O'Reilly 1982). Dominująca rola osobistych kontaktów, poprzez które menedżerowie budują wewnętrzne i zewnętrzne sieci przepływu informacji, jest być może przyczyną, dla której badacze w dziedzinie informacji naukowej rzadko zajmują się menedżerami. Nieformalne kanały rozpowszechniania informacji nigdy nie były dostatecznie badane w tej dziedzinie, pod kątem ich wykorzystania i włączenia specjalistów od informacji w ich obieg. Podobnie niedostatecznie zbadana jest rola kolegów po fachu, czy odpowiednika „niewidzialnej akademii” (ang. invisible college), w środowisku menedżerów.

W toku badań określono czynniki, które wpływają na ograniczenie działań menedżerów, zmierzających do pozyskania informacji. Najważniejsze okazały się koszt informacji, jej redundancja, a także wysoki stopień złożoności problemu (Gilliland, Schmitt, Wood 1993, Gilliland, Shmitt 1993, Hulland, Kleinmuntz 1994). W tym ostatnim przypadku menedżerowie starają się zrównoważyć wysokie mentalne obciążenie i unikają dodatkowych informacji (Timmermans 1993). Wykazano, że wobec trudnych i pilnych decyzji kierownicy mają tendencję do zachowań stereotypowych (Macrae, Hewston, Griffiths 1993), podczas gdy w odniesieniu do drugoplanowych działań poszukiwanie informacji wzmaga się. Dzieje się tak też wtedy, kiedy ryzyko podjęcia złej decyzji jest wysokie (Brown, Prentice 1987). Późniejsze badania Boytona i in. (1993) dowiodły jednak, że relacja ta nie jest prosta, i zarówno niski jak i wysoki poziom ryzyka powoduje ograniczanie szukania informacji. Wy tłumaczeniem jest, wzmiankowana już, chęć zmniejszenia obciążenia informacją i zminimalizowania wysiłku, a także to, że nadmierna ilość informacji może zwiększyć poczucie niepewności, co do słusności podejmowanych decyzji (Robertson 1980). Nasilone poszukiwanie informacji w wyraźny sposób zależy od typu podejmowanej decyzji. Jedną z obowiązujących typologia decyzji opracowana została przez E. Lindquista (1988). Wyróżnia on 1/ decyzje rutynowe, które wymagają danych produkowanych w ramach monitorowania działań operacyjnych w instytucji, 2/ decyzje dotyczące zwiększenia zysku, które wymagają analiz alternatywnych

rozwiązań, oraz 3/ decyzje fundamentalne, wymagające solidnych i pogłębionych informacji, których źródłem są zwykle specjalistyczne badania i analizy naukowe.

Wiele czynników wpływa na to, jak informacja użytkowana jest przez menedżerów, wśród nich: miejsce zajmowane w organizacji lub systemie, skala problemu (Macmullin, Taylor 1984), indywidualne różnice w stylu uczenia się (Slocum 1982, Davis 1984). Bywają menedżerowie, którzy unikają podejmowania decyzji i tacy, którzy radzą sobie w sytuacjach kryzysowych właśnie poszukując dodatkowych informacji (Pincus, Acharya 1988 za Allen 1996).

Stosując się do obowiązującego w naukach społecznych założenia, że nie można analizować zachowań w oderwaniu od otoczenia, w którym mają one miejsce, badano także wpływ środowiska na zachowania menedżerów. Przy czym, interesowano się zarówno środowiskiem ich własnej organizacji, jak i środowiskiem wobec organizacji zewnętrznym. Okazało się, że istotny wpływ na zachowania informacyjne kierowników ma obowiązująca kultura organizacyjna. W organizacji o silnej, zdecydowanej kulturze organizacyjnej, w procesie decyzyjnym zwykle szuka się mniej informacji (Rediker i in. 1993). Problemy wpływu otoczenia na kulturę organizacji oraz zachowania menedżerów omawia Cz. Sikorski (1999), zwracając uwagę na to, jak zmiany w otoczeniu organizacji wpływają na poziom niepewności oraz na to, jakie znaczenie ma informacja w neutralizowaniu tego niekorzystnego wpływu. Badania nad środowiskowymi uwarunkowaniami i ograniczeniami działań menedżerów omawiają szeroko J. Katzer i P. Fletcher 1992).

W drugiej połowie lat dziewięćdziesiątych, w związku z nasilającym się w ochronie zdrowia naciskiem na racjonalizację decyzji, w oparciu o możliwie wiarygodne i obiektywne dane i fakty naukowe, pojawiło się szereg publikacji odnoszących się także do decyzji kierowniczych i politycznych. Podobnie jak paradygmat „evidence based medicine”, nurt „evidence based management” zwrócił uwagę na jakość i aktualność informacji, na jakiej powinni opierać się decydenci. M.Grey pisze: „W przeszłości kierownicy w instytucjach ochrony zdrowia koncentrowali się na kosztach i jakości tzn. na tym, aby postępować prawidłowo, problem, czy postępowanie samo w sobie jest właściwe, pozostawiając innym do rozwiązania. Taka sytuacja nie może trwać dłużej. Każdy podejmujący decyzje powinien umieć rozróżnić między dobrym a złym podsumowaniem stanu wiedzy, dyrektorzy finansowi powinni umieć ocenić jakość analiz dotyczących relacji koszt-skuteczność, każdy dyrektor medyczny powinien potrafić wykazać, czy losowe badanie kliniczne, w innej niż jego własna specjalności, obarczone jest błędem skrzywienia wyników. Są to umiejętności niezbędne w zarządzaniu opieką zdrowotną w 21 wieku” (1999, s.3). Trwają jednak dyskusje, czy

rutynowe sięganie do źródeł wiedzy przez tę kategorię użytkowników jest w ogóle możliwe. Jako na poważnie ku temu przeszkody wskazuje się: braki odpowiednio przetworzonej wiedzy, specyfikę pracy menedżerów, wpływy zewnętrzne, (Lomas 1997). Argumentuje się też jednak, że zwłaszcza w przy podejmowaniu decyzji strategicznych, dających możliwość starannego i wnikliwego przygotowania uzasadnienia, sięganie do opracowań naukowych jest nie tylko możliwe, ale i konieczne. Uzależnienie decyzji operacyjnych od tego, co mówi teoria, w dużej mierze zależy od wiedzy decydenta. Jeżeli jest to wiedza na bieżąco aktualizowana, i jeżeli w pogotowiu czeka dobrze przygotowane, łatwo dostępne zaplecze informacyjne (dane, zbiór publikacji, doradcy), presja czasu, będąca tu podstawowym problemem, może być w znacznej mierze zneutralizowana (Overtreit 1998). R. Stewart (1998) twierdzi, że: „Zarządzanie oparte o wyniki badań naukowych, to przede wszystkim nastawienie umysłu, które sprawia, że zadając pytania dotyczące funkcjonowania instytucji szuka się możliwie pewnych danych, jest się świadomym ograniczeń uzyskiwanych odpowiedzi oraz śledzi się rozwój badań naukowych, aby nie przeoczyć dobrych i adekwatnych rozwiązań”. Wobec tych argumentów zaczęto badać wpływ jakości informacji na podejmowanie decyzji menedżerskich i politycznych (Hensher, Fulop 1999), a także wzmogło się zainteresowanie umiejętnościami poszukiwania i ewaluacji informacji przez decydentów. Przykładem jest m.in. badanie K. Newmana dotyczące posiadanych przez menedżerów w brytyjskiej w opiece zdrowotnej umiejętności umożliwiających realizację założeń EBM, czy książka M. Greya „Evidence-based healthcare. How to make health policy and management decisions” (1997) będąca instruktażem dla menedżerów i polityków jak szukać i oceniać informację. Z kolei o systemach informacyjnych wspomagających zarządzanie opieką pielęgniarską pisały m.in. M. Peterson i K. Hannah (1988).

W polskiej literaturze przedmiotu znaleziono tylko kilka prac relacjonujących badania dotyczące potrzeb i zachowań informacyjnych menedżerów. Pierwszym jest badanie prowadzone przez INTE dotyczące potrzeb informacyjnych kadry kierowniczej przedsiębiorstw przemysłowych w latach 1966-1968 (Dobrzyńska 1971). Badanie to wykazało niski stopień zainteresowania informacją inte, co przypisywano głównie braku motywacji, w postaci odpowiedzialności za efekt ekonomiczny. Badanie ujawniło też pewne czynniki wpływające na zachowania informacyjne, m.in. brak czasu, nawyk korzystania ze źródeł nieformalnych, niechęć do wdrażania nowych osiągnięć technicznych, a także charakterystyczne cechy pracy dyrektorów: rozczłonkowanie czasu pracy, samodzielne rozwiązywanie problemów, źle funkcjonujące przepływy informacji. W latach 1983/1984 w INTE przeprowadzono kolejne badanie zapotrzebowania na informację i obsługę

informacyjną dyrektorów przedsiębiorstw przemysłowych (Mostowicz 1985). Wydaje się ono dla niniejszej pracy szczególnie interesujące, gdyż prowadzone było w okresie decentralizacji zarządzania w gospodarce w Polsce, sytuacji nieco podobnej do reformy ochrony zdrowia w roku 1999. Decentralizacja oznaczała między innymi wzrost odpowiedzialności dyrektorów za całokształt działalności przedsiębiorstw, w tym za uzyskiwane wyniki ekonomiczne. Nasunęło to pytania, czy w związku z tym zmieni się zapotrzebowanie na informację inte, które jak wykazało badanie wcześniejsze nie było wysokie. Badanie, przeprowadzone techniką ankiety pocztowej na reprezentatywnej próbie, miało na celu ustalenie: zapotrzebowania na informację naukową, zadowolenia z obsługi informacyjnej, stopnia korzystania z informacji naukowo-technicznej oraz wymagań i zainteresowań ankietowanych. Aby uzyskany obraz był możliwie obiektywny, wyniki analizowano w kontekście wiedzy na temat procesów decyzyjnych, zachodzących w przedsiębiorstwach. Ankietowano także pracowników zakładowych ośrodków inte, a następnie zestawiano odpowiedzi dyrektorów z ich opiniami i działaniami, wykazując wiele rozbieżności. Badanie przyniosło wiedzę na temat preferencji dyrektorów, co do formy informacji. Są to opracowania analityczno-syntetyczne, zestawienia faktograficzne oraz wyciągi treści dokumentów. Okazało się, że choć oczekują oni inicjatywy ze strony ośrodków informacji, to jednak, nie dowierzając jakości dokonywanych przez nie analiz i zestawień, najchętniej sami przeglądają źródła oryginalne. Najczęściej też korzystają z wewnętrznych zestawień danych przedsiębiorstwa, rzadko sięgając do opracowań analityczno-syntetycznych, dokonywanych na zewnątrz. Te deklarowane preferencje wskazywały na niską ocenę kompetencji pracowników inte i tradycyjne postrzeganie przez dyrektorów pracy ośrodków informacji. Wnioski z przeprowadzonego badania mówiły też o niedostatecznym rozpoznaniu przez ośrodki inte rzeczywistych potrzeb dyrektorów. Analiza procesu decyzyjnego pozwoliła autorom badania zasugerować, że przyszłość należy do faktograficznych baz i banków danych, w czym można znaleźć echo postrzegania użytkownika, jako kreatora unikalnych zestawień informacji. Zwrócono przy tym uwagę na konieczność podnoszenia kwalifikacji pracowników inte tak, aby w procesie pozyskiwania informacji mogli być partnerami menedżerów.

W 1998 w ramach amerykańskiego programu pomocowego USAID Poland przygotowano raport "How municipalities learn", dotyczący potrzeb kadry kierowniczej w administracji państwowej. Badanie to jednak bardzo powierzchownie dotyka zachowań informacyjnych tej kategorii użytkowników, zupełnie nie wchodząc w analizę powodów, dla których informacji potrzebują (Hall 1998). Z kolei ankietowe badanie, dotyczące pracy menedżerów opieki zdrowotnej przeprowadzone przez B. Daniecką (1994) było raczej

sondażem „samopoczucia” i opinii na temat sytuacji, nowej w sferze opieki zdrowotnej grupy zawodowej, niż badaniem jej potrzeb. Problemy racjonalizacji decyzji kierowniczych, w oparciu o badania naukowe są poruszane niekiedy w teoretycznych lub historycznych pracach dotyczących polityki zdrowotnej ( Włodarczyk 1996) i informacji naukowej ( Niedźwiedzka 1999).

W piśmiennictwie związanym z informatyzacją instytucji opieki zdrowotnej użytkownicy są prawie nieobecni. Teoretycy systemów informatycznych w ochronie zdrowia zajmują się głównie strukturą wytwarzanych przez instytucję danych, technicznymi parametrami tych systemów (modułami, oprogramowaniem, protokołami przesyłania danych,) wykorzystywanymi w systemach terminologiami i kodami oraz bezpieczeństwem przetwarzania danych (Trąbka, Stalmach 1999, Jasłowski 2000, Komnata 1997, Kozierkiewicz 2000). Przedmiotem zainteresowań są więc przede wszystkim dane, ich przepływy w organizacji i między instytucjami, struktura i techniczna sprawność systemów, a nie korzystający z nich człowiek, jego realne potrzeby, ograniczenia i możliwości. Informatycy nie zgłębiają skomplikowanej materii indywidualnych i środowiskowych uwarunkowań potrzeb, ani specyficznych zachowań informacyjnych użytkowników. W celu odpowiedniego projektowania komputerowych programów wspomaganie zarządzania analizuje się jednak naturę podejmowania decyzji kierowniczych (Jędrzejowicz 1998), a także bada wykorzystanie tego rodzaju systemów i programów (Wykorzystanie systemów wspomaganie decyzji w zarządzaniu 1991, Problemy wspomaganie decyzji, 1991, Hiam 1999).

Autorzy opracowań, dotyczących projektowania szpitalnych systemów informacyjnych zwracają uwagę na konieczność współpracy przyszłych użytkowników systemów (także menedżerów) w opracowaniu struktury funkcjonalnej systemów i w analizie logicznej struktury danych (Trąbka i in.1999). Nie natrafiono jednak na prace badawcze, które łączyłyby perspektywę twórców systemów informatycznych w ochronie zdrowia z perspektywą, z jakiej postrzegają użytkowników informacji informatolodzy lub teoretycy komunikacji społecznej.

## ROZDZIAŁ II

### MODEL ZACHOWAŃ INFORMACYJNYCH T. WILSONA, JAKO PODSTAWA OPISU UŻYTKOWNIKÓW INFORMACJI

*W rozdziale tym przedstawiono funkcjonujące w informatologii modele zachowań informacyjnych oraz uzasadniono wybór ogólnego modelu zachowań informacyjnych T. Wilsona, w celu uporządkowania danych charakteryzujących analizowaną kategorię użytkowników informacji. Model ten został poddany krytycznej analizie a następnie zmodyfikowany.*

#### **2.1. Omówienie modeli zachowań informacyjnych i uzasadnienie wyboru modelu T. Wilsona**

Aby uporządkować informacje na temat potrzeb i zachowań informacyjnych menedżerów oraz aby określić granice obszaru zainteresowań, z wielu funkcjonujących w informatologii modeli zachowań użytkowników postanowiono wybrać taki, który najlepiej odpowiada ogólnemu i monograficznemu podejściu tej pracy. W tym celu dokonano przeglądu najczęściej cytowanych w literaturze przedmiotu modeli. Można je pogrupować ze względu na to, jaki zakres zjawiska pozyskiwania informacji obrazują (zakres procesów poznawczych, zakres interakcji społecznych) lub ze względu na to, jak pełny obraz zachowań informacyjnych przedstawiają (określony etap procesu pozyskiwania informacji, czy też jego całość). Zawartość modeli zależy też od przyjętej przez teoretyków perspektywy poznawczej. Najczęściej stosowane podejścia to podejście kognitywne, społeczne, społeczno-poznawcze i podejście organizacyjne.

Przyjmując perspektywę poznawczą tłumaczy się zachowania informacyjne cechami umysłu użytkownika, zachodzącymi w nim intelektualnymi procesami, zdolnościami i umysłowymi predyspozycjami ludzi. Do modeli procesów poznawczych należy m.in. model „rozumienia” B. Dervin (1983), stanowiący zwrotny punkt w postrzeganiu użytkownika, i przez niektórych teoretyków informacji naukowej uważany z początek skoncentrowanych na użytkowniku badań. Przykładem modelu zachowującego perspektywę kognitywną jest także model P. Ingwersena (1984) pokazujący relację między informacją a procesem poznawczym, czy M. Próchnickiej (1991) obrazujący wpływ intelektu na zachowania informacyjne.

Stosując podejście społeczne postrzega się użytkownika przede wszystkim, jako członka określonej grupy lub zbiorowości, a jego usytuowanie społeczne uznaje się za ważną determinantę jego zachowań. Dla modeli uwzględniających społeczny wymiar pozyskiwania

informacji, charakterystyczne jest zwrócenie uwagi na to, że użytkownik jest częścią środowiska społecznego-kulturowego i członkiem określonych zbiorowości i grup społecznych, co wpływa na jego zachowania. Wskazuje się na znaczenie pełnionej roli społecznej (w tym także roli zawodowej), która to rola sytuuje jednostkę-użytkownika informacji względem innych osób i grup społecznych. To usytuowanie wpływa m.in. na rodzaj i poziom wiedzy, na poczucie odpowiedzialności, pewności i tym podobne, istotne dla zachowań informacyjnych, czynniki. Ograniczają one lub ułatwiają skuteczne pozyskiwanie informacji. Na związki zachowań użytkownika z elementami otoczenia wskazali już G. Wersig i in. (1982) w swoim modelu zmiennych wpływających na te zachowania. Dużą wagę pełnionej roli społecznej dla zachowań informacyjnych podkreśla model T. Wilsona (1996) i model J. Woźniak (1992).

Przy zastosowaniu podejścia organizacyjnego najistotniejsze dla zachowań użytkownika są cechy określonej organizacji lub systemu, w którym funkcjonuje użytkownik. Jego pozycja w organizacji, a także obowiązujące w niej wartości i normy, determinują jego zachowania. Ważny staje się charakter i typ organizacji, jej struktura. Modele, uwzględniające wpływ organizacji na zachowania użytkownika przeważnie traktują organizację jako mikro poziom środowiska użytkownika (Wilson 1996, Katzer i Fletcher 1992 ). Model P. Ingversena (1995) wyodrębnia jednak formalną i nieformalną komunikację w organizacji jako istotny odrębny przedmiot badań nad użytkownikiem informacji. W przypadku menedżerów ich usytuowanie w organizacji wydaje się szczególnie istotne, a liczne modele sieci komunikacyjnych w organizacji pokazują, że od miejsca, jakie w nich zajmują menedżerowie zależy to, jak i czy są oni osobami dobrze poinformowanymi (Sobkowiak 1997). Ważnym czynnikiem wpływającym i na potrzeby i na zachowania informacyjne ludzi jest obowiązująca w danej instytucji kultura organizacyjna. W przypadku menedżerów, nie tylko wpływa ona na ich zachowania, ale także od nich zależy.

W podejściu społeczno-poznawczym przedmiotem zainteresowania jest podobnie jak w podejściu społecznym wpływ otoczenia jednostki na jej zachowania, ale nacisk kładzie się przede wszystkim na to, jak człowiek zmienia się i uczy pod wpływem swojego otoczenia. Uważa się bowiem, że wiedza i zachowania są kształtowane i stymulowane bodźcami pojawiającymi się w toku społecznej interakcji. Przyjmując takie podejście bada się m.in. to, w jakim stopniu zachowania ludzkie są wzmacniane lub osłabiane wskutek pozytywnych i negatywnych doświadczeń własnych i doświadczeń innych osób. Koncepcję mechanizmów wzmacniających lub osłabiających zachowania wykorzystał w swoim modelu T. Wilson (1996).



Omawiane tu modele prezentują całość lub tylko część procesu, w którym mają miejsce zachowania informacyjne. Przypomnijmy, że są to działania, które podejmuje jednostka, w celu określenia swoich potrzeb, odszukania, wykorzystania oraz przekazywania informacji. Badając zachowania informacyjne pytamy o to: jak pojawia się potrzeba informacyjna i w jaki sposób jest identyfikowana; w jaki sposób użytkownik poszukuje informacji; jak ją selekcjonuje; czy i kim się wyręcza w tym zadaniu; jak przeszukuje konkretne źródła informacji, jak buduje nieformalne kanały przepływu informacji oraz także o to, jakie czynniki wewnętrzne i zewnętrzne wpływają na te procesy. Zachowania informacyjne (ang. information behaviour) są terminem szerszym niż termin zachowania związane z poszukiwaniem informacji (ang. information-seeking behaviour). Ten ostatni termin odnosi się do działań bezpośrednio związanych z poszukiwaniem informacji. Terminem jeszcze węższym są zachowania związane z przeszukiwaniem określonego systemu informacyjno-wyszukiwawczego (ang. information searching behaviour).

Niektóre modele przedstawiają statyczny obraz użytkownika, koncentrując się na wskazaniu zmiennych wpływających na pojawianie się potrzeby i zachowania informacyjne. Takimi modelami są m.in. model G. Wersiga i in. (1982), model Ingwersena (1995) czy model M. Próchnickiej (1991). Inne, pokazują użytkownika w działaniu, postępującego od zdefiniowania problemu, do poszukiwania informacji, w tym do interakcji z określonymi systemami jej wyszukiwania. Takimi dynamicznymi modelami są modele T. Wilsona (1981, 1996), J. Woźniak (1989), Z.Katzera i P.Fletcher (1992), a także modele ograniczające się do etapu poszukiwania informacji (Ellis 1989, Kuhlthau 1991).

Niektóre modele skupiają się na etapie pojawiania się potrzeby informacyjnej. Takim jest wspomniany model B. Derwin. Konstruując ten model wykorzystano funkcjonującą w nauce o komunikacji teorię rozumienia (sens-making theory). Składają się na ten model cztery elementy: określona czasowo-przestrzennie sytuacja (kontekst), sytuacja pożądana, a więc stan, do którego się dąży, luka (gap), która oznacza różnicę między istniejącą a pożądaną sytuacją i pomost (bridge), który stanowi informacja pozwalająca osiągnąć pożądaną sytuację. Aby możliwe było przerzucenie pomostu między stanem istniejącym a pożądanym (gap-bridging) konieczne jest przede wszystkim określenie, czego dotyczy brak (gap-defining). Dopiero wtedy można rozważać poszukiwanie odpowiadającej temu brakowi informacji. Bardziej lub mniej wyraźne echa modelu B. Derwin można znaleźć w większości późniejszych modeli, gdzie etap ten nazywany jest: identyfikowaniem, nazywaniem lub rozpoznawaniem problemu.

Najczęstszym powodem podejmowania działań mających na celu pozyskanie informacji jest bowiem konieczność rozwiązania problemu. Dlatego wiele modeli zachowań koncentruje się na uproszczonym odwzorowaniu tego procesu. Niektóre przy tym przedstawiają go, jako wyodrębniony z kontekstu proces intelektualny, i do takich należy np. model T. Wilsona (1999), inni teoretycy, jak G. Wersig i G. Windel (1985), J. Katzer i P. Fletcher (1992) przedstawiają rozwiązywanie problemu, jako działalność, czy też sekwencję zachowań, zanurzoną w środowisku. Bardzo dobrze ilustruje to ostatni wymieniony model - model środowiska informacyjnego menedżerów. Głównymi jego składowymi są osoba (w tym przypadku menedżer) oraz kontekst (organizacja). Osoba zanurzona jest w strumieniu zdarzeń i znaczeń, z których sama, poprzez ich identyfikację, zakreślenie granic wokół zbiorów pewnych elementów i ich nazywanie, tworzy tzw. sytuacje problemowe. Rozwiązywanie problemu polega na ciągłym jego redefiniowaniu, w świetle pozyskiwanej informacji i zmieniających się celów, aż do osiągnięcia ostatecznego rozwiązania. Typowe sytuacje problemowe w dziedzinie zarządzania to np. zatrudnienie nowej osoby, stworzenie planu strategicznego, rozwiązanie konfliktu interpersonalnego. Sytuacja problemowa nie jest statyczna, rozwija się i zmienia wskutek wpływu otoczenia, a także w miarę jej poznawania, do czego służy uzyskiwana informacja. Rozumienie sytuacji stopniowo pogłębia się, przy czym może to prowadzić do powstania dalszego zapotrzebowania na informację lub, wręcz przeciwnie, zmniejszania się wagi problemu, aż do zupełnego zaniechania związanych z nim zachowań informacyjnych. Na sposób postrzegania problemu może mieć wpływ nie tylko stopień poznania, ale także uwarunkowania zewnętrzne (np. zmiana priorytetów). Dynamikę sytuacji problemowej podobnie postrzegają C. Kuhlthau (1991) i T. Wilson (1999).

Jak powiedziano wcześniej, zachowania informacyjne są istotnie uwarunkowane przez właściwości jednostki, elementy otoczenia oraz cechy ról społecznych, jakie jednostka pełni. Wyraźnie podkreślają to modele T. Wilsona (1981, 1996), J. Woźniak (1989), Z. Katzera i P. Fletchera (1992), P. Ingversena (1995). Indywidualne cechy użytkownika to m.in.: wiedza, doświadczenie, umiejętności, typ intelektu, które decydują na przykład o tym, czy i w jakim stopniu sytuacja problemowa jest dla niego nowa, trudna, interesująca. Wszyscy wymienieni autorzy wskazują też na silny wpływ środowiska społeczno-kulturowego, politycznego, ekonomicznego i prawnego, w jakim zanurzony jest użytkownik, na kształtowanie się jego potrzeb i zachowań. Podkreślają też znaczenie pełnionych ról społecznych, a wśród nich ról zawodowych. Szczególnie dobrze graficznie wpływ pełnionych ról przedstawia, wspomniany już, model środowiska informacyjnego menedżerów (Katzer, Fletcher 1992). Obrazuje on bowiem nie tylko fakt, że role społeczne determinują zachowania informacyjne, ale także to, że

w zależności od sytuacji problemowej użytkownik wybiera z spośród przypisanych mu ról i obowiązków, te, które najlepiej odpowiadają okolicznościom. Na przykład, w danej sytuacji dyrektor instytucji może, jako dominującą, przyjąć np. rolę lidera lub rolę negocjatora. Wybierając rolę osoba przyjmuje określoną perspektywę w postrzeganiu problemu, a wybór ten determinuje jej zachowania i potrzeby informacyjne. W zależności od przyjętej roli, a także zakresu zadań, problem może być ważny lub mało istotny, priorytetowy lub poboczny, pilny lub nie. W miarę jego rozwiązywania osoba może zmieniać rolę, jaką przede wszystkim pełni, i np. przestaje być liderem, a staje się głównie łącznikiem między członkami określonej grupy. Wpływ roli społecznej na zachowania informacyjne wydaje się bardzo istotny i bez opisanego ról, jakie pełnią użytkownicy informacji nie jest możliwe zrozumienie ich zachowań.

Po zidentyfikowaniu problemu (potrzeby) użytkownik decyduje o tym: czy szukać informacji, jakiej, gdzie, w jaki sposób i jak dogłębnie. Grupę zachowań informacyjnych będących wynikiem tych decyzji, a służących gromadzeniu potrzebnej informacji, obrazują w różny sposób modele: D. Ellisa (1989), C. Kuhlthau (1991) i T. Wilsona (1996). Z wyjątkiem przypadku, kiedy po zidentyfikowaniu potrzeby następuje zaniechanie poszukiwania informacji, co też jest znaczącym zachowaniem informacyjnym, użytkownik przystępuje do poszukiwania informacji potrzebnej mu do realizacji celu, którym może być choćby samo zrozumienie sytuacji. D. Ellis wyróżnia składowe tego procesu, które, z wyjątkiem pierwszego i ostatniego elementu, nie muszą występować w przedstawionej tu sekwencji.

Są to: wszczęcie poszukiwania poprzez wyjście od określonego materiału informacyjnego, informatora, katalogu, bazy itp.; zachowanie - na nazwanie którego trudno znaleźć polski odpowiednik - a które autor modelu nazywa „chaining”. Polega ono na poruszaniu się w poszukiwaniu informacji od źródła do źródła przy pomocy systemu referencji i odsyłaczy. D. Ellis wywiódł swój model z badań środowiska naukowców, stąd najlepiej pasuje on do tego typu użytkowników, ale zamiast systemu referencji można łatwo wyobrazić sobie łańcuch osób pełniących rolę informatorów. Kolejne sposoby to: samodzielne przeglądanie podstawowych źródeł informacji w danym zakresie dziedzinowym (browsing); wstępne filtrowanie informacji, na podstawie znanych użytkownikowi cech źródeł (differentiating); stałe monitorowanie rozwoju dziedziny (zespołu problemów) poprzez czytanie określonych periodyków oraz kontakty nieformalne (monitoring); wybór przydatnych materiałów i danych (extracting); weryfikacja informacji; i w końcu zamknięcie etapu poszukiwania (ending).

Nieco inaczej przedstawia poszukiwanie informacji wspomniana już C. Kuhlthau (1991). Jej model obejmuje zarówno etap identyfikacji problemu jak i poszukiwania informacji. Użytkownik zaczyna od rozpoznania sytuacji problemowej, wyboru istotnych

elementów tej sytuacji i sformułowania pytań (co powinienem wiedzieć w tej sytuacji?), po czym następuje etap zbierania informacji, zakończenie procesu i prezentacja wyników. Początkowa faza poszukiwania informacji wiąże się z uczuciem niepewności, którego nasilenie zależy od stopnia znajomości obszaru przydatnej do rozwiązania problemu wiedzy. Autorka kładzie nacisk na emocjonalne komponenty poszukiwania informacji, od początkowej frustracji i poczucia zagubienia do uczucia ulgi i satysfakcji, jeżeli poszukiwania zakończą się sukcesem. Za całym procesem można dopatrzeć się motywacji w postaci dążenia do wyeliminowania stresu wynikającego z niezrozumienia sytuacji lub niemożności rozwiązania problemu. Wagę tej motywacji jako jednego z czynników aktywizujących zachowania informacyjne podkreśla także T. Wilson (1996). Autor ten, jako sposoby szukania i gromadzenia informacji wyróżnia: bierną uwagę, bierne pozyskiwanie informacji, aktywne doraźne poszukiwanie informacji i ciągle (stałe) jej poszukiwanie, a J. Woźniak (1989) wskazuje na dwa podstawowe sposoby poszukiwania informacji: skierowanie się do systemu informacyjno-wyszukiwawczego lub szukanie informacji poprzez kanały nieformalne.

Spośród omawianych modeli, tylko model T. Wilsona (1981), a także oparty na nim model J. Woźniak (1989), wskazują na różne sposoby szukania informacji, które T. Wilson nazywa strategiami. Są to: 1/strategie naturalne, przy zastosowaniu których użytkownik poszukuje informacji bezpośrednio w swoim otoczeniu, w zasobach własnej wiedzy, podręcznych zbiorach dokumentów oraz poprzez nieformalne kontakty z osobami stanowiącymi to otoczenie. 2/Strategie z wykorzystaniem służb i technologii, których zadaniem jest wyszukiwanie informacji dla jej faktycznego użytkownika, a więc z wykorzystaniem systemów pośredniczących. Oraz 3/strategie szukania informacji z wykorzystaniem określonych urządzeń technicznych (zautomatyzowanych systemów SIW, programów, sieci).

Odszukana informacja jest następnie przetwarzana i użytkowana, co zwykle stymuluje pojawienie się nowych potrzeb informacyjnych. Proces jest więc zjawiskiem cyklicznym, co podkreśla model T. Wilsona (1996).

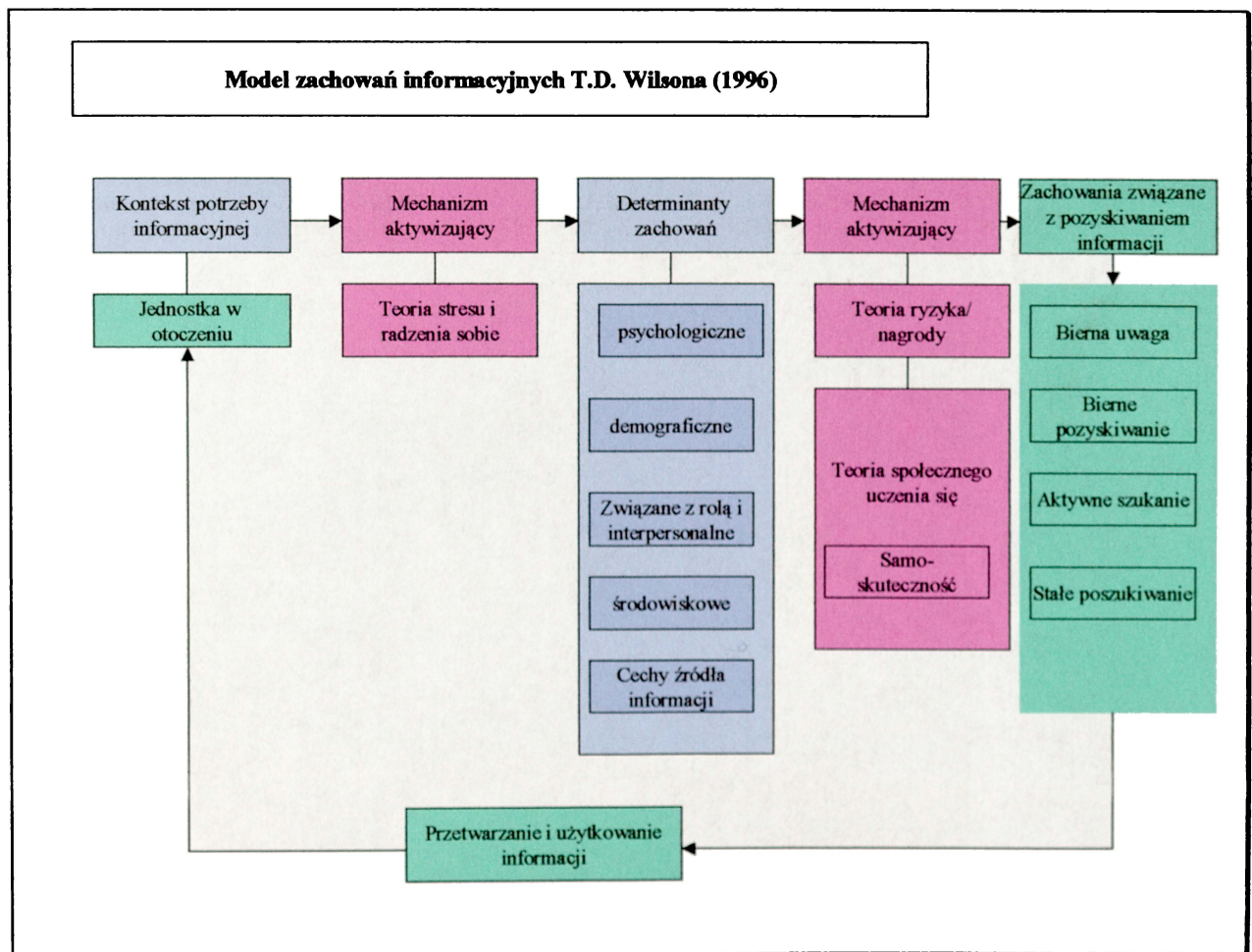
Omówione tu modele zachowań informacyjnych obrazują rozmaite aspekty pojawiania się potrzeb i realizacji zachowań informacyjnych. Niektóre z nich uzupełniają się wzajemnie, naświetlając rozmaite etapy procesu, lub bardziej szczegółowo prezentując określony wymiar zjawisk. Większość zbyt szczegółowo, z punktu widzenia potrzeb tej pracy, przedstawia etap identyfikacji potrzeb, rozwiązywania problemu i pozyskiwania informacji i z tego względu nie są one przydatne na obecnym, sondażowym etapie badań. Ostatecznie wybrano ogólny model zachowań informacyjnych Wilsona (1996) uznając, że najpełniej odpowiada potrzebom

uporządkowania danych mówiących o użytkowniku i jego zachowaniach oraz diagnostycznemu charakterowi niniejszej pracy. Model ten prezentuje pełny zakres uwarunkowań zachowań informacyjnych, wskazuje najbardziej istotne grupy czynników wpływających na kształtowanie się potrzeb oraz na mechanizmy aktywizujące zachowania informacyjne. Model ten zostanie omówiony szczegółowo w następnym podrozdziale.

## 2.2. Model T. Wilsona

Model T. Wilsona (1996) obejmuje wszystkie wcześniej wspomniane uwarunkowania zachowań informacyjnych jednostki (Ryc.1). Ukazuje on użytkownika w otoczeniu, które T. Wilson nazywa kontekstem potrzeby informacyjnej.

Ryc.1. Ogólny model zachowań informacyjnych T.D. Wilsona (1996)



## ***Kontekst potrzeby informacyjnej***

Potrzeby informacyjne według T. Wilsona (1981) są wtórne wobec potrzeb tzw. podstawowych. Potrzeba informacyjna nie jest więc według tego autora naturalną, niejako wrodzoną potrzebą ale pojawia się i jest przeważnie związana z realizacją innych potrzeb, które, opierając się na podziałach obowiązujących w psychologii, dzieli autor na: fizjologiczne, poznawcze i emocjonalne. Wyjątkiem może wydawać się sytuacja, w której informacja służy wyłącznie intelektualnej zabawie, przyjemności lub, jak w przypadku zdawania egzaminu z określonego zakresu wiedzy, nie znajduje natychmiastowego realnego zastosowania, jednak nawet w tym przypadku można mówić o zaspokojeniu celu jakim jest przyjemne wypełnienie czasu, wytworzenie pożądanego wizerunku siebie w oczach innych itp. Potrzeba sama w sobie jest odczuciem subiektywnym, nie jest więc możliwa do zaobserwowania. Natomiast sytuacje powodujące powstanie potrzeby informacyjnej mogą być obserwowane lub być przedmiotem dedukcji na podstawie np. wywiadów, analizy zakresów zadań i obowiązków, zachowań lub sytuacji zewnętrznej itp. Badania dotyczące potrzeb informacyjnych powinny odpowiadać na pytania:

W jakich sytuacjach użytkownik potrzebuje informacji, jakim celom ma ona służyć? (pytanie o cel); dlaczego postanawia szukać informacji? (pytanie o motywację); jakiego rodzaju informacji potrzebuje? (pytanie o cechy informacji) oraz jakie są ograniczenia powstawania potrzeb informacyjnych? (pytanie o przeszkody wewnętrzne i zewnętrzne),

Wśród potrzeb podstawowych najbardziej interesujące dla niniejszego studium są potrzeby kognitywne, które zwykle są dążeniem do znalezienia sensu i ładu w otaczającym jednostkę świecie oraz chęcią wytłumaczenia i zrozumienia zjawisk. Potrzeby poznawcze generują cztery podstawowe rodzaje pytań (Wilson, 1996).

1. Pytania o to, co się dzieje (orientacja)
2. Pytania sprawdzające, czy jednostka jest na właściwym tropie (reorientacja)
3. Pytania pozwalające sformułować opinię lub rozwiązać problem (konstrukcja)
4. Pytania poszerzające znajomość przedmiotu (rozbudowa)

Na pojawianie się określonych potrzeb informacyjnych ma wpływ kontekst, na który składają się: osobnicze cechy użytkownika informacji, pełnione role społeczne oraz warunki

środowiska (Ryc.2). Elementy te zazębiają się, a niekiedy wzajemnie warunkują, co podkreśla wcześniejsza wersja modelu z 1981 roku (Wilson 1981).

## Ryc.2 Kontekst potrzeby informacyjnej



### *Cechy osobnicze*

Indywidualne cechy psychofizyczne składają się na bardzo istotną dla zachowań osobowość jednostki<sup>1</sup>. Osobowość tę tworzą m.in. zdolności, zainteresowania, postawy, poglądy, potrzeby, motywacje, wartości, temperament. Osobnicze cechy jednostki to także cechy demograficzne, takie jak: płeć, wiek, przynależność do określonej warstwy społecznej. Te indywidualne cechy mają istotny wpływ na to, jakie potrzeby poznawcze ma określona osoba.

Wiele potrzeb kognitywnych ma jednak swoje główne źródło (przyczynę, motywację) poza jednostką. Powstają one jako konsekwencja pełnionych ról społecznych, lub „wymuszane są” przez warunki otoczenia. I tak, bez względu na osobiste cechy i predyspozycje, inne potrzeby poznawcze ma np. lekarz a inne pielęgniarka, inne potrzeby mają te same osoby w warunkach szpitala uniwersyteckiego, inne w małym wiejskim ośrodku.

<sup>1</sup> Osobowość to zbiór unikalnych i stosunkowo trwałych cech indywidualnych jednostki, wyrażających jej tożsamość, ukształtowanych w procesie jej biologicznego, psychicznego i społecznego rozwoju przez bliższe i dalsze środowisko społeczne oraz jej własną aktywność poznawczą. K. Olechnicki, P. Załęcki. Słownik socjologiczny. Toruń. Graffiti BC, 2000.



## *Cechy pełnionej roli społecznej<sup>2</sup>*

Potrzeby kreowane przez *role społeczne, w tym role zawodowe, jakie* pełni jednostka są efektem przypisanych zwyczajowo lub formalnie wymogów, jakim powinien odpowiadać: lider, dyrektor, lekarz, członek określonej grupy. Związane są ściśle z zajmowanym stanowiskiem, charakterem pracy, miejscem w hierarchii społeczno-zawodowej, itp.

## *Cechy środowiska*

Środowisko, w jakim żyje i pracuje użytkownik informacji jest zarazem jego otoczeniem informacyjnym. Obejmuje ono środowisko społeczne oraz jego struktury organizacyjne, w tym także struktury służące pozyskiwaniu i przekazywaniu informacji. Środowisko to nieustannie generuje surowe dane i przetworzone informacje. Docierają one do odbiorcy, także niezależnie od jego aktywności w tym względzie.

Cechy środowiska (system polityczno-ekonomiczny, poziom technologiczny, kultura, obyczaje i tradycja) warunkują powstanie określonych potrzeb. Inne potrzeby rodzą się np. w okresach zmian, inne w czasach stabilizacji. Analizując środowisko użytkownika możemy mówić o: makro-środowisku (system społeczno-polityczno-ekonomiczny kraju, sektor gospodarki), mezo-środowisku (np. środowisko regionu, społeczności lokalnej, miasta) lub micro-środowisku pojedynczej organizacji. Na wszystkich szczeblach środowiska funkcjonują formalne i nieformalne kanały przepływu informacji, systemy jej upowszechniania i określone źródła. Cechy tych źródeł i systemów mają oczywisty wpływ na kreowanie określonych potrzeb informacyjnych.

Wymienione kategorie uwarunkowań, składające się na kontekst zachowań informacyjnych mają istotny wpływ nie tylko na pojawianie się potrzeb informacyjnych, ale także na sposób ich zaspokajania i postrzeganie barier.

Czynniki warunkujące pojawianie się potrzeby i jej realizację mogą mieć przy tym wpływ zarówno pozytywny jak i negatywny. W pierwszym przypadku myślimy o czynnikach sprzyjających pojawianiu się potrzeby i poszukiwaniu informacji, w drugim o czynnikach hamujących lub o przeszkodach. Aby podkreślić to dwojake oddziaływanie, T. Wilson nie

---

<sup>2</sup> Rola społeczna to zdefiniowany, społecznie określony i spójny wewnętrznie zespół przepisów i oczekiwań dotyczący pożądanego zachowania jednostek w konkretnych sytuacjach, związanych z ich pozycjami społecznymi; a także zbiór podstawowych przywilejów, obowiązków i praw, które są społecznie przypisane do pozycji w grupie. Jednostka może pełnić jednocześnie wiele ról społecznych, wśród nich role zawodowe. Tamże.



mówi o barierach informacyjnych (ang. barriers), ale o zmiennych zaburzających, czy wpływających na zachowania informacyjne (ang. intervening variables). Chcąc uniknąć pejoratywnego nacechowania słowa „zaburzające” oraz dla zwięzłości terminu zmienne te nazwano w pracy *determinantami zachowań informacyjnych*.

### ***Determinanty zachowań informacyjnych***

Zmienne wpływające na poszukiwanie informacji, podobnie, jak wcześniej poruszone, uwarunkowania wpływające na pojawianie się potrzeb, mogą być natury osobistej, mogą wiązać się z pełnioną rolą lub ze środowiskiem użytkownika.

Wilson, opierając się na badaniach prowadzonych w wielu dziedzinach nauk, m.in. psychologii, socjologii, teorii organizacji, wskazuje niektóre istotne determinanty zachowań informacyjnych.

#### ***Determinanty osobnicze***

W omawianym tu modelu Wilson wyodrębnia zmienne psychologiczne i demograficzne, ale wydaje się, że podobnie jak w przypadku kształtowania się potrzeb informacyjnych, można je objąć wspólną kategorią determinant osobniczych. Wśród tych zmiennych, związanych z cechami indywidualnymi, znajdują się:

- płeć, wiek, pochodzenie społeczne
- wykształcenie i umiejętności,
- doświadczenie zawodowe
- wiedza o przedmiocie, zadaniu, systemie informacyjno-wyszukiwawczym
- zainteresowania,
- światopogląd i wyznawany system wartości,
- orientacja polityczna,
- poziom potrzeb poznawczych oraz styl uczenia się,
- emocjonalny stosunek do elementów otoczenia,
- stosunek do nowości (tradycjonalizm vs. nowatorstwo),
- ugruntowane przeświadczenia, stereotypy, preferencje,
- postrzeganie własnej osoby (w tym samoocena własnej wiedzy i umiejętności).

### ***Determinanty związane z pełnioną rolą***

Pełnione role społeczne (jest ich zazwyczaj kilka, ale interesuje nas tu wyłącznie rola zawodowa) sytuują jednostkę w określonym miejscu systemu społeczno-ekonomicznego i w strukturze organizacji, a więc tym samym w określonym miejscu formalnych systemów komunikacji. Daje to jednostce określone możliwości i ograniczenia w dostępie do informacji.

Determinanty związane z pełnioną rolą zawodową to m.in.:

- charakter i wymogi pracy zawodowej oraz związane z tym ograniczenia i preferencje,
- obowiązujące daną grupę (lub kategorię zawodową) normy i wzory zachowań,
- miejsce zajmowane w strukturze organizacji lub/i całego sektora gospodarki i związany z tym dostęp do źródeł informacji,
- związane z danym stanowiskiem przepisy i regulaminy,
- typowa dla danej kategorii zawodowej hierarchia wartości,
- związane ze stanowiskiem poczucie odpowiedzialności.

### ***Determinanty środowiskowe***

Determinanty środowiskowe, które można analizować na poszczególnych poziomach: krajowym, lokalnym i organizacyjnym) to m. in.:

- obowiązujące prawo,
- warunki ekonomiczne,
- stopień stabilizacji,
- struktura organizacyjna danego sektora gospodarki (zależności i zakresy zadań),
- dominująca kultura informacyjna (tradycjonalizm vs. otwartość na nowości, indywidualizm vs. kolektywizm, poziom akceptacji nierówności w dostępie do informacji),
- infrastruktura informatyczna,
- cechy istniejących źródeł i formalnych kanałów rozpowszechniania informacji (aktualność, odpowiedniość, wiarygodność),
- lokalizacja,
- cechy organizacji,
- obowiązujący w środowisku system wartości.

W piśmiennictwie polskim, utrzymuje się postrzeżenie jedynie negatywnego wpływu wymienionych zmiennych, które klasyfikowane i omawiane są zwykle jako bariery w dostępie i w korzystaniu z informacji. T. Wilson słusznie zauważa jednak, że to wartość większości zmiennych decyduje o tym, czy sprzyjają one czy też powstrzymują zachowania informacyjne. A więc poziom wiedzy o istniejących źródłach informacji, w zależności od tego czy jest niski (nieświadomość) czy wysoki (świadomość) będzie barierą lub czynnikiem sprzyjającym zachowaniom informacyjnym. Funkcjonujące w teorii informacji naukowej omówienia i klasyfikacje barier informacyjnych (np. K. Migonia czy K.Tittenbrun), mogą być łatwo adaptowane do proponowanego modelu.

### ***Mechanizmy aktywizujące zachowania informacyjne.***

Między pojawieniem się i identyfikacją potrzeby (którego to etapu model T. Wilsona nie ukazuje) a decyzją wszczęcia poszukiwania informacji umieszcza autor element, który nazywa mechanizmem aktywizującym (ang. activating mechanism), słusznie zauważając, że nie każda zaistniała potrzeba powoduje działania zmierzające do jej zaspokojenia, a już na pewno nie zawsze działaniem tym jest szukanie odpowiedniej informacji. Co więc stymuluje i motywuje do poszukiwania informacji? T. Wilson szuka odpowiedzi przede wszystkim w psychologii, wskazując jednak na konieczność sięgania także i do innych nauk. Jednym z przywołanych mechanizmów jest teoria stresu. Teoria ta wyjaśnia, dlaczego pewne potrzeby nie wiodą do poszukiwania informacji. Człowiek nie odczuwa potrzeby informacji jeżeli jest pewny, że jego wiedza wystarcza aby zrozumieć sytuację lub podjąć decyzję. Jeżeli jednak takiego przekonania nie ma, pojawia się stres związany z obawą popełnienia błędu, przekroczenia społecznej normy, obawą przed odpowiedzialnością prawną, konsekwencjami finansowymi lub nie spełnieniem oczekiwań innych osób. Im większa jest ta obawa tym wyższy jest poziom potrzeby informacyjnej. Innym czynnikiem aktywizującym zachowania informacyjne jest poczucie konieczności poradzenia sobie z zadaniem lub konieczność rozwiązania problemu. Poczucie to może wynikać z chęci osiągnięcia nagrody, nawet, jeżeli jest nim jedynie wewnętrzny psychiczny komfort i wyeliminowanie poczucia niepewności. Teoria „ryzyka i nagrody” tłumaczy, dlaczego ludzie wszczynają poszukiwanie informacji w pewnych sytuacjach, a w innych nie, a także dlaczego pewne źródła informacji są użytkowane częściej niż inne. Zależy to mianowicie od postrzegania ryzyka związanego z zaniechaniem

poszukiwania informacji na określony temat (może to być ryzyko poniesienia niepotrzebnych kosztów, poczucie marnowania czasu, narażenia się na straty materialne itd.). W zależności od tego, czy postrzegane ryzyko jest duże czy małe oraz od tego, jaka jest jego relacja do potencjalnego „zysku”, ludzie angażują się mniej lub bardziej w odpowiednie zachowania informacyjne. Ważnym ich stymulatorem jest też postrzeganie własnej samo-skuteczności, szeroko omawiane w ramach teorii „społecznego uczenia się” (Bandura 1977). Podstawowym założeniem tej teorii jest, twierdzenie, że jednostka uczy się od innych poprzez obserwacje i naśladowanie, które jednak nie jest prostym kopiowaniem zachowań osoby służącej jako wzór, ale kompilacją wybranych elementów zaobserwowanego zachowania. Informacja wpływająca na zmianę zachowań przekazywana jest przy tym zarówno werbalnie jak i pozawerbalnie. Uczenie takie jest efektywne, jeżeli osoby służące za model zachowań są za swoje zachowania nagradzane oraz jeżeli osoba „ucząca się” ma przekonanie o własnej skuteczności, czyli wierzy w to, że potrafi wykonać określone zadanie. Jeżeli ufa, że jest w stanie wykonać czynność, pokonać przeszkodę, znacznie chętniej podejmuje się nowego zadania, chętniej też zmienia swoje zachowanie. Przekonanie takie buduje się najskuteczniej metodą małych kroków i powtórzeń. Sukces w realizacji mało skomplikowanego zadania dodaje bowiem poczucia pewności siebie oraz sprawia, że osoba sama podwyższa sobie poprzeczkę. Ma także więcej cierpliwości w wykonywaniu zadania. Jeżeli zadanie wydaje się zbyt trudne efekt jest odwrotny.

### *Pozyskiwanie informacji*

Jako sposoby pozyskiwania informacji T. Wilson wyróżnia: bierną uwagę, bierne pozyskiwanie informacji, aktywne doraźne poszukiwanie informacji i ciągłe (stałe) jej poszukiwanie. Pierwszy sposób to bierne, mimowolne wchłanianie informacji z otoczenia. W ten sposób pozyskuje się informację np. mając włączony telewizor lub radio bez intencji szukania informacji. Trudno w tym przypadku mówić o celowym zachowaniu informacyjnym, choć bez wątplenia jest to ważna droga, jaką przedostaje się informacja do odbiorców. Drugi sposób, polega na biernym gromadzeniu przypadkowo nasuwających się w trakcie poszukiwań informacji, nie związanych z aktualną potrzebą, ale jednak gromadzonych z myślą o ich potencjalnym zastosowaniu. Aktywne, celowe poszukiwanie informacji zakłada, że jednostka, stojąc wobec problemu, wszczyna określone działania w celu jej odszukania, bez względu na to, czy robi to osobiście, czy przez pośredników. Ciągłe, celowe pozyskiwanie informacji

oznacza natomiast permanentny wysiłek sięgania do określonych źródeł w celu aktualizowania swojej wiedzy na dany temat.

### ***Przetwarzanie i wykorzystanie informacji***

Pozyskana informacja jest przetwarzana i użytkowana, stając się w ten sposób elementem wiedzy jednostki i wpływając na jej otoczenie oraz na pojawianie się nowych potrzeb. Zachowania informacyjne składają się na proces cykliczny, w którym poszczególne elementy kontekstu determinują poszczególne etapy tych zachowań, a pozyskana i przetworzona informacja staje się nowym elementem dynamicznego układu.

## **2.2 Modyfikacja modelu**

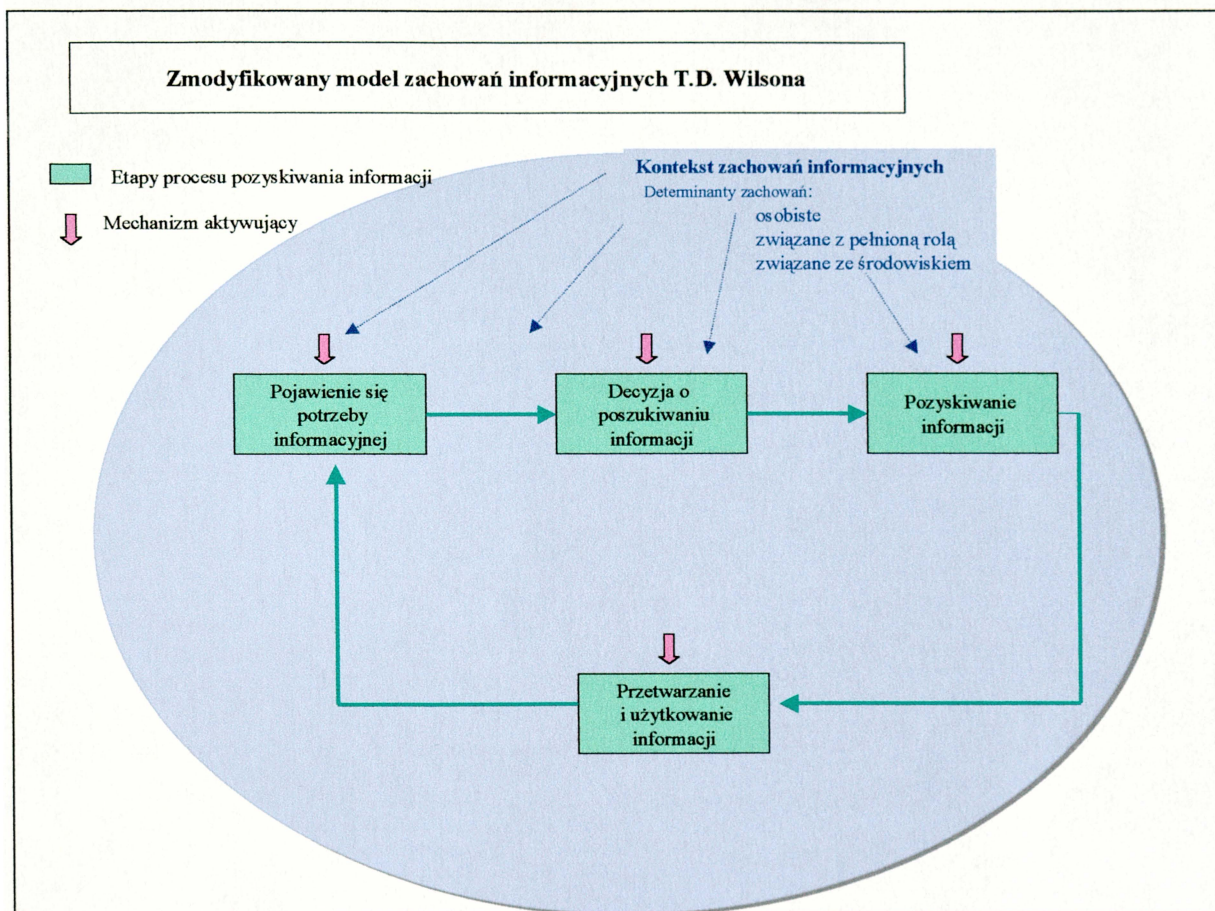
Skomplikowana materia zachowań informacyjnych utrudnia proste i jednoznaczne przedstawienie składających się na nie elementów i zależności. Prezentowany model, jak wszystkie modele, będąc pewnym uproszczonym odwzorowaniem rzeczywistości, zawiera jednak w sobie pewne koncepcyjne i logiczne niekonsekwencje, do niektórych zresztą przyznaje się sam autor (Wilson 1996). Oto, jakie zarzuty można mu postawić.

1. Autor w towarzyszącym modelowi omówieniu wyraźnie wyodrębnia etap pojawiania się potrzeby oraz etap podejmowania decyzji o wszczęciu poszukiwania informacji, nie znajduje to jednak wyrazu w opracowanym przez niego schemacie. A rozróżnienie to jest ważne, gdyż nie każda identyfikacja potrzeby prowadzi do poszukiwania informacji, a decyzja taka zwykle spowodowana jest określonym bodźcem, różnym od samej potrzeby.
2. Wilson osobno wydziela „kontekst” oraz zmienne wpływające na zachowania informacyjne. Wydaje się, że nie ma takiej potrzeby. Zmienne te bowiem stanowią jedyną istotną dla zachowań informacyjnych część tego co autor nazywa „kontekstem”. Badacze zachowań informacyjnych nie interesują te elementy „kontekstu”, które nie mają na te zachowania wpływu (np. klimat, czy kolor oczu użytkowników). Dlatego wydaje się, że można utożsamić determinanty zachowań z kontekstem zachowań informacyjnych.

3. W swoim modelu Wilson wśród zmiennych wpływających wyodrębnia, jako osobną determinantę - cechy źródeł informacji, podczas gdy wydaje się, że cechy źródła, elementu środowiska użytkownika mieszczą się w pojemnym dziale determinant środowiskowych.
4. Graficzny kształt modelu rodzi kolejne zastrzeżenia. Sugeruje on, że determinanty zachowań mają wpływ na użytkownika jedynie na etapie pozyskiwania informacji. Wydaje się, że determinanty wszystkich kategorii (osobnicze, związane z rolami społecznymi i środowiskowe) mają wpływ i na etapie pojawiania się potrzeb, i podejmowania decyzji o szukaniu informacji, a także na zachowania związane z jej przetwarzaniem i użytkowaniem.
5. Podobnie jest w przypadku mechanizmów aktywizujących (motywujących) działania. Występują one nie tylko na etapie podejmowania decyzji o poszukiwaniu informacji, ale także na wszystkich innych etapach. Podobnie bowiem, jak pomimo zidentyfikowania potrzeby informacji jednostka może nie podejmować żadnych wysiłków w celu jej odszukania, znalazłszy ją, może jej nie przetworzyć lub nie wykorzystać, jeżeli nie pojawi się odpowiedni impuls lub, jeżeli bariery informacyjne to uniemożliwią. Można też ze stosunkowo dużą pewnością założyć, że przywołana przez Wilsona teoria stresu i radzenia sobie, koncepcja samo-skuteczności, teoria społecznego uczenia znajdują i na tych etapach zastosowanie.
6. Schemat Wilsona sugeruje funkcję wynikania między np. determinantami zachowań a mechanizmami aktywizującymi, co nie wydaje się logiczne, gdyż mechanizmy te, będące ogólnymi i stałymi prawami psychologii, socjologii itp. są niezależne od zmieniających się uwarunkowań otoczenia (kontekstu).

W wyniku powyższych wątpliwości zmodyfikowano model zachowując zasadnicze idee T. Wilsona (Ryc.3) Zmodyfikowany ogólny model zachowań informacyjnych nie wyodrębnia, podobnie, jak pierwowzór, zachowań związanych z przeszukiwaniem źródeł informacji, które to zachowania mieszczą się tu w szerszym pojęciu „pozyskiwania informacji”.

Ryc.3 Zmodyfikowany model zachowań informacyjnych T.D. Wilsona



Zachowania zanurzone są w kontekście, na który składają się poszczególne kategorie determinant zachowań (osobnicze, związane z rolą i środowiskiem). Takie przedstawienie zachodzącej tu zależności zwraca uwagę na to, że modyfikujące zachowania, zmienne oddziałują na wszystkich etapach procesu. Działanie mechanizmów aktywujących działania ukazano na każdym etapie łańcucha zachowań. W modelu graficznie wyodrębniono etapy pojawiania się potrzeby informacyjnej i podejmowania decyzji o szukaniu informacji, które w koncepcji T. Wilsona mają swoje wyraźne i istotne miejsce. Uwzględniono też etap pozyskiwania informacji oraz etap jej przetwarzania i użytkowania, zachowując cykliczny charakter procesu.

Przedstawiony na Ryc.3 model, w dalszych rozdziałach pracy zostanie wypełniony treściami specyficznymi dla omawianej kategorii użytkowników. Istotne dla zachowań menedżerów czynniki związane z rolą zawodową zostaną omówione głównie na podstawie dotychczasowych badań, a determinanty środowiskowe i osobnicze - na podstawie wyników,

przeprowadzonego w środowisku menedżerów w ochronie zdrowia w Polsce, badania ankietowego.



# ROZDZIAŁ III

## MENEDŻEROWIE JAKO UŻYTKOWNICY INFORMACJI

*Rozdział ten zawiera charakterystykę menedżerów jako użytkowników informacji, dokonaną na podstawie przeglądu dotychczasowych badań empirycznych i studiów teoretycznych. Omówiono czynniki i mechanizmy wpływające na zachowania informacyjne menedżerów oraz szczególne uwarunkowania zachowań i potrzeb informacyjnych w dziedzinie ochrony zdrowia.*

### 3.1 Kto to jest menedżer?

Według wydanej w 1995 roku Encyklopedii biznesu „Menedżer to... zwierzchnik danego zespołu ludzkiego. Jego rola sprowadza się do spowodowania osiągnięcia przez zespół założonych celów. Cele te są narzucone z zewnątrz, lub też bierze on udział w ich formułowaniu. [...] Na szczycie [organizacji] znajdują się menedżerowie najwyższego szczebla. Do takich stanowisk należą: prezes, wiceprezes, naczelni lub generalni dyrektorzy [...] Menedżerowie tego szczebla kierują pracą innych menedżerów. Na średnim szczeblu zarządzania mamy do czynienia z menedżerami lub kierownikami dużych działów [...]. Menedżerowie najniższego stopnia są to pracownicy nadzoru lub osoby kierujące ściśle określonym zespołem, najczęściej szeregowymi pracownikami organizacji”<sup>1</sup>. Określone kategorie menedżerów można wyodrębnić także z punktu widzenia obszaru zarządzania, na przykład: menedżerów finansów, marketingu, zasobów ludzkich, administracji itd.

Według teorii zarządzania podstawowym zadaniem tej kategorii osób jest stworzenie warunków dla realizacji przez podległych im pracowników założonego planu działań. Aby to zadanie spełnić kierownicy pełnią, niezależnie od tego, na jakim dzieje się to szczeblu organizacji, określone funkcje, wśród których najważniejsze to: **planowanie, organizowanie, kierowanie i kontrolowanie** (Griffin, 1996). To, w jaki sposób realizuje te funkcje menedżer jest wypadkową jego cech osobistych, czynników środowiskowych oraz wymogów, jakie stawia przed nim pełniona rola zawodowa.

Osobiste cechy menedżera to m.in. jego cechy psychofizyczne, kwalifikacje zawodowe, umiejętności, wyznawany system wartości, przekonania, postrzeganie własnej roli. Należą do nich także pewne cechy demograficzne (np. płeć, wiek, przynależność do

---

<sup>1</sup> Encyklopedia biznesu. Red. W. Pomykała, Fundacja Innowacja. Warszawa 1995, s.513.

określonej warstwy społecznej). Osobiste cechy menedżera mają istotny wpływ na jego zachowania i obrany styl zarządzania.

Na pracę menedżera oddziałują także czynniki wobec niego zewnętrzne. Są to elementy jego otoczenia oraz siły w nim działające. Otoczenie może być przy tym pojmowane wąsko, jako wnętrze organizacji lub, w szerszym horyzoncie, jako środowisko lokalne lub jeszcze szerzej, jako system społeczno-ekonomiczny i administracyjny kraju. Uwarunkowania środowiskowe mają charakter historyczny i są rezultatem gry określonych sił politycznych, ekonomicznych i społecznych w danym okresie. Składają się na tę grę m.in. rządy określonej opcji politycznej, obowiązujące ustawodawstwo, struktura organizacyjna danego sektora gospodarki, system finansowania, działalność ośrodków dyspozycyjnych, źródła informacji i system jej dostarczania, w końcu struktura organizacyjna macierzystej instytucji. Środowisko menedżerów produkuje ogromne ilości danych i komunikatów.

Obok cech indywidualnych i czynników środowiskowych praca menedżerów zdeterminowana jest przez wymogi ról, jakie pełnią w organizacji. Role te szczegółowo zidentyfikował H. Mintzberg (1975). Sprowadzają się one do trzech podstawowych: roli **interpersonalnej, informacyjnej i decyzyjnej**. Pełnienie roli interpersonalnej polega na: reprezentowaniu, byciu przywódcą grupy i łącznikiem między jej członkami oraz na motywowaniu podwładnych. Rola informacyjna oznacza aktywne pozyskiwanie i rozpowszechnianie informacji w organizacji. Pełniąc tę rolę menedżer buduje system pozyskiwania informacji. Powinien też być najlepiej poinformowaną osobą w organizacji. Staje się przy tym przetwornikiem informacji, która napływa do niego automatycznie lub, którą aktywnie zdobywa. Część pozyskanej informacji menedżer odrzuca, część przekazuje innym, część wykorzystuje w procesie podejmowania decyzji. Aby wywiązać się z roli informacyjnej menedżerowie monitorują zjawiska i działania we wnętrzu organizacji oraz w jej otoczeniu. W ramach tej roli kierownicy są też rzecznikiem interesów organizacji na zewnątrz. Rola informacyjna opisywana jest najpełniej w pracach z zakresu komunikacji w organizacji.

Pełniąc rolę decyzyjną menedżer m.in. stawia przed podległym mu zespołem cele, dokonuje wyborów, dysponuje środkami, rozdziela zadania, jest rozjemcą i negocjatorem. Istnieją także inne podejścia w postrzeganiu roli menedżera, np. jako przywódcy organizacji, lidera zespołu, głównego konstruktora celów, jakie ma do spełnienia organizacja, albo jako osoby, która ma zdolność wznoszenia się ponad cząstkowe cele i zadania i obejmowania spojrzeniem misji całej organizacji lub jej części (Pettinger 1996). Niezwykle ważną rolą menedżerów jest kształtowanie tzw. kultury organizacyjnej.

Atrybuty funkcji i roli menedżerów są uniwersalne i pozwalają tę kategorię społeczno-zawodową<sup>2</sup> a więc i kategorię użytkowników informacji, opisać bez względu na zajmowany w strukturze organizacji szczebel lub miejsce w całym sektorze działalności. Elementami różnicującym jest skala zadań i proporcja pełnionych przez konkretne osoby funkcji, a także merytoryczna treść ich pracy, opisana w kategoriach specyficznych celów. I tak, skala decyzji dyrektora naczelnego organizacji, różnić się będzie od decyzji dyrektora jej działu, zakres zadań dyrektora ds. ekonomicznych od zakresu dyrektora ds. administracyjnych, w końcu inne cele realizuje dyrektor szpitala inne dyrektor zakładu przemysłowego.

### **Proces decyzyjny**

Mogłoby się wydawać, że to rola informacyjna kierowników powinna być centrum zainteresowań badaczy ich zachowań informacyjnych. Jednak, choć oczywiście mają w niej miejsce konkretne zachowania informacyjne, to jednak zachowania informacyjne, pojmowane jako zachowania związane z pozyskiwaniem informacji, najbardziej istotnie wiążą się z rolą decyzyjną. To w procesie podejmowania decyzji rodzą się potrzeby informacyjne i konkretne, zmierzające do ich zaspokojenia, działania. Dlatego, aby lepiej zrozumieć specyfikę tych zachowań należy bliżej przyjrzeć się procesowi podejmowania decyzji kierowniczych.

Decyzje kierownicze dotyczą czterech wymienionych sfer zarządzania: planowania, kierowania, organizowania i kontrolowania, a proces decyzyjny, według modelu racjonalnego, składa się z następujących etapów:

1. identyfikacji i rozpoznania problemu,
2. wyszukania i analizy możliwych opcji i kierunków działania,
3. wyboru rozwiązania,
4. wdrożenia, monitorowania wyników i ewentualnej korekty działań.

Bodźcem zapoczątkowującym ten proces jest pojawienie się problemu oraz potrzeba jego rozwiązania. Proces decyzyjny jest procesem cyklicznym. Porównanie osiągniętych wyników z zamierzonym celem prowadzi do kolejnych cykli procesu decyzyjnego korygującego lub

---

<sup>2</sup> „Kategorią społeczną nazywa się zbiór ludzi wydzielony w praktyce życia społecznego w obrębie różnych struktur społecznych ze względu na określone cechy fizyczne lub inne, które same przez się lub przez swój rzeczywisty czy domniemany związek strukturalny lub funkcjonalny z innymi cechami, wydają się ludziom na tyle ważne, że łączy się z nimi określone obowiązki, (czyli funkcje) i uprawnienia (czyli pozycje społeczne). Do najbardziej powszechnych kategorii społecznych zalicza się kategorie płci, wieku, pokrewieństwa, stanu cywilnego, wykształcenia, zawodu. Z przynależności do każdej z kategorii społecznych wynikają określone zwyczajowo i prawnie obowiązki i uprawnienia, które są zróżnicowane w poszczególnych grupach społecznych i które ulegają przeobrażeniom wraz z rozwojem społecznym”. J. Sztumski. Wstęp do metod i technik badawczych. s.20.

doskonalącego działania. Decyzje kierownicze często dotyczą dokonania zmiany (technicznej, organizacyjnej, personalnej) lub wdrożenia innowacji (nowej technologii, nowego systemu)<sup>3</sup>, choć mogą też podtrzymywać status quo. W. Flakiewicz i B. Wawrzyniak (1978, s.42) twierdzą, że podejmowanie decyzji jest tak naprawdę procesem transformacji zbiorów informacji. W procesie tym informacje, pozwalające opisać sytuację problemową, są przekształcane w zbiór wariantów rozwiązań, z których w drodze aktu decyzyjnego zostaje wybrane określone rozwiązanie. Informacja jest więc nie tylko podstawą ale i treścią procesu decyzyjnego. W sposób szczególnie wyraźny wymagają jej dwa pierwsze etapy. Na etapie identyfikowania i definiowania problemu konieczne jest poznanie powodów powstania sytuacji problemowej i wszystkich jej uwarunkowań. Na etapie poznawania alternatywnych rozwiązań konieczna jest informacja o ich skuteczności, opłacalności, a także ustalenie możliwości wdrożenia, dopuszczalności prawnej, społecznej, etycznej. Etap definiowania problemu wymaga przede wszystkim informacji płynącej z wnętrza instytucji, etap rozpoznawania możliwych rozwiązań - przede wszystkim informacji zewnętrznej (informacji fachowej, naukowej, informacji o otoczeniu). Menedżerowie często potrzebują przy tym informacji przetworzonej, a nie surowych danych, w które obfituje ich środowisko. Jak dowodzą badania im większa złożoność decyzji, a decyzje menedżerskie są często bardzo złożone, tym mniejsza osobista aktywność kierowników w sferze poszukiwania informacji (Timmermans 1993). Duży wysiłek umysłowy jest bowiem równoważony przez mniejszy „wysiłek informacyjny”.

### **3.2 Porównanie modelu procesu podejmowania decyzji i modelu zachowań informacyjnych.**

Jeżeli zestawimy model zachowań informacyjnych (Ryc.3) z istotnymi etapami racjonalnego modelu podejmowania decyzji okazuje się, że etapy obu procesów dość ściśle pokrywają się ze sobą (Ryc.4). Jedne i drugie działania są też determinowane przez podobne kategorie zmiennych wpływających, a mianowicie przez czynniki związane 1/z osobistymi przymiotami menedżera, 2/wymogami pełnionej funkcji i 3/uwarunkowaniami środowiskowymi.

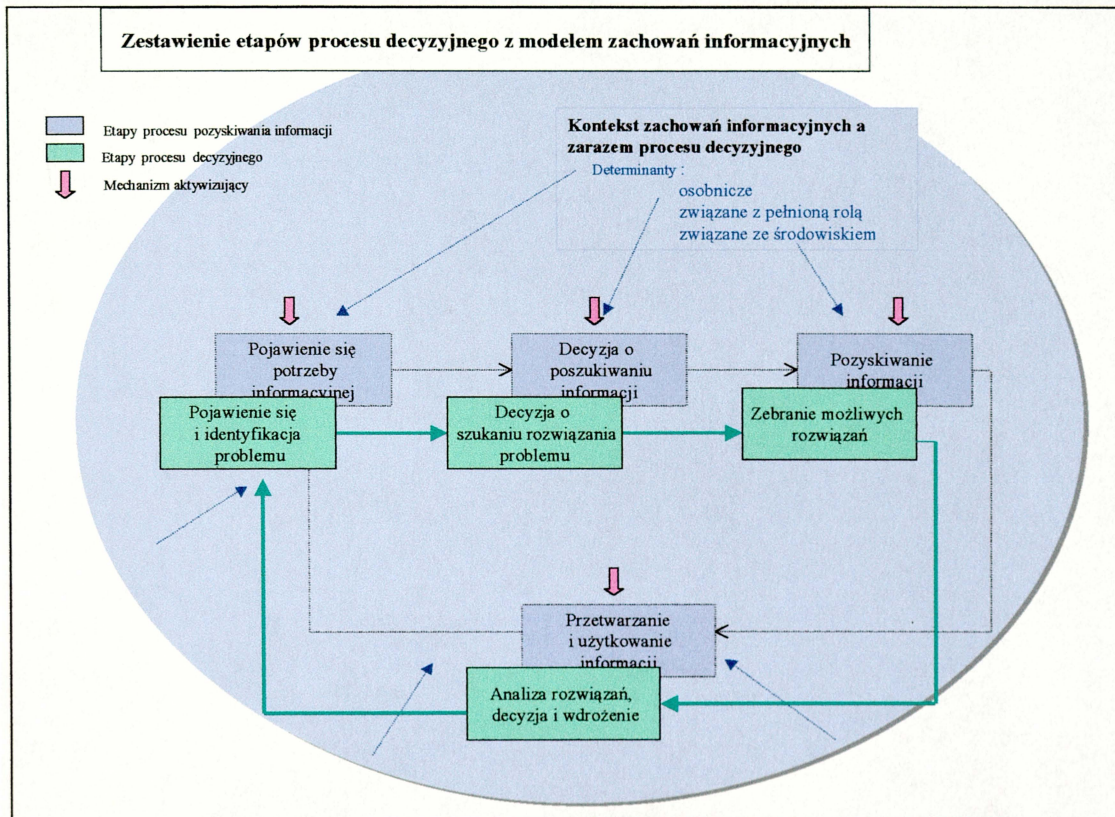
To co w modelu zachowań informacyjnych nazwano sytuacją problemową domagającą się określonej informacji, z punktu widzenia procesu decyzyjnego jest tą samą sytuacją problemową domagającą się rozwiązania w postaci decyzji. Sekwencja zachowań

---

<sup>3</sup> Zmiana to modyfikacja pracy, struktury lub celów organizacji, natomiast innowacja to idea, metoda lub przedmiot postrzegany jako rzecz nowa (Rogers 1983)

informacyjnych jest więc ściśle związana i paralelna do procesu podejmowania decyzji. W modelu zachowań informacyjnych etap przetwarzania i użytkowania informacji odpowiada podjęciu decyzji i wdrożeniu rozwiązania.

**Ryc.4 Zestawienie modelu zachowań informacyjnych z etapami procesu podejmowania decyzji.**



Klasyyczny racjonalny model podejmowania decyzji, na który składa się logiczne następstwo: definiowania problemu, rozważania alternatyw, wyboru i wdrożenia, jest jednak tylko jednym z możliwych podejść w postrzeganiu tego procesu. Badania behavioralne, prowadzone w realnym środowisku menedżerów ten normatywny model podważyły. Wykazały one, że ograniczający wpływ czynników osobistych (wiedzy, nawyków, umiejętności) oraz środowiskowych jest tak silny, że podejmowanie decyzji przez kierowników nie może być w pełni racjonalne i rzadko jest realizowane według logicznego schematu modelu klasycznego. H.A. Simon zaproponował w jego miejsce tzw. model administracyjny, który burzy tradycyjny pogląd na racjonalność zarządzania. Według Simona,

zarządzający: 1) dysponują niepełną i niedoskonałą informacją; 2) są ograniczeni w swojej racjonalności; 3) mają skłonność do zadowalania się przy podejmowaniu decyzji pierwszym dopuszczalnym rozwiązaniem, zwłaszcza, że zwykle nie mają możliwości i czasu na zapoznanie się ze wszystkimi opcjami (Griffin, 1996). Jeżeli przyjąć model administracyjny podejmowania decyzji za bliższy realiom, to i zachowania informacyjne menedżerów, towarzyszące temu procesowi, muszą w rzeczywistości odbiegać od normatywnego, modelu zachowań T. Wilsona. Jeżeli dalsza analiza potwierdzi takie przypuszczenie, powinno to mieć istotne implikacje dla konstruktorów systemów informacji dla osób zarządzających.

Jednak na razie, posługując się w opisie menedżerów modelem T. Wilsona, należy zadać sobie następujące pytania. 1/ Czy można wskazać na zmienne (osobiste, zawodowe i środowiskowe) typowe dla osób zajmujących kierownicze stanowiska, a mające istotny wpływ na ich potrzeby i zachowania informacyjne? 2/ Czy można wskazać specyficzne mechanizmy aktywizujące poszukiwanie informacji przez menedżerów; 3/ Czy istnieją szczególne determinanty tych zachowań związane z pełnieniem funkcji kierowniczej w systemie ochrony zdrowia?

### **3.3 Czynniki wpływające na zachowania informacyjne menedżerów**

#### **3.3.1 Cechy indywidualne menedżera mające związek z zachowaniami informacyjnymi**

Istnieje wiele badań, które próbują ustalić cechy, które bez względu na jednostkowe okoliczności, wydają się być korzystne dla procesu zarządzania. Według R. Pettingera (1977, p.38) są to:

- umiejętność komunikowania się z personelem i klientami w sposób, który zapewnia wzajemne rozumienie się,
- poczucie odpowiedzialności za podejmowane decyzje i zdolność przewidywania ich konsekwencji,
- zainteresowanie i zaangażowanie w sprawy bieżące jak i w szerszej pojętą misję instytucji,
- docenianie, zaufanie i szacunek dla podwładnych, a także wspieranie ich profesjonalnego rozwoju,
- dbałość o jakość wytwarzanych produktów i usług, a w konsekwencji o satysfakcję ich odbiorców,

- przejrzysty system wartości, pozwalający określić, za czym opowie się lub, co odrzuci menedżer, w sytuacjach wymagających takiego opowiedzenia się,
- entuzjazm, dynamiczność, siła charakteru, posiadanie wizji przyszłości organizacji,
- pozytywne myślenie,
- samoświadomość własnych braków i ograniczeń oraz gotowość do korzystania z pomocy tam, gdzie nie wystarczają własna wiedza i umiejętności,
- wiedza o tym, gdzie i do kogo należy zwrócić się w takich przypadkach.

Od dobrego menedżera oczekuje się też coraz częściej tego, że będzie liderem, to znaczy osobą, która ma jasną wizję rozwoju organizacji (zespołu), umie delegować zadania i jest zdolna podjąć ryzyko.

Pewne cechy właściwe dobrym menedżerom, mają szczególne znaczenie dla ich zachowań informacyjnych. Są to między innymi: erudycja i solidna specjalistyczna wiedza, doświadczenie zawodowe, racjonalność, zdolność analizy i krytycznego ustosunkowania się do informacji, ostrożność w formułowaniu ostatecznych wniosków, zdolność dostrzegania relacji i dokonywania porównań, zdolność skutecznego komunikowania się, określone umiejętności niezbędne przy szukaniu informacji, w końcu, troska o rozwój własnych umiejętności i zdolności. Omówmy nieco szerzej te cechy.

### **Wykształcenie i erudycja**

Erudycja w znaczeniu szerokich horyzontów myślowych i ogólnej wiedzy jest cechą bardzo korzystną u osób zarządzających, zważywszy fakt, że ich decyzje dotyczą często obszarów działalności nieraz dość odległych od ich podstawowego wykształcenia i kompetencji. Stąd lepszymi menedżerami są osoby mające szeroką wiedzę ogólną obejmującą dyscypliny, które mają znaczenie dla ich decyzji. Te dyscypliny to m. in. psychologia zarządzania, zarządzanie finansami, marketing, ekonomika, socjologia, a także **wiedza dotycząca zasad i technik komunikowania się, rozpowszechniania informacji i wprowadzania innowacji**. Wiedza taka ułatwia bowiem identyfikowanie problemów i formułowanie odpowiednich pytań informacyjnych. W osiągnięciu tej ogólnej wiedzy pomocne jest specjalistyczne **wykształcenie w zarządzaniu**. Studia menedżerskie integrują bowiem wiedzę z różnych dyscyplin w aspekcie potrzeb, jakie generuje proces zarządzania. Z punktu widzenia skuteczności zachowań informacyjnych szczególnie przydatna wydaje się także wiedza w zakresie informacji naukowej, wiedza o źródłach informacji, zasadach jej

przetwarzania i prezentacji oraz problemach jakości informacji. Badania wykazują tę pozytywną zależność (Newman i in. 2000, Sackett 1996). Można jednak z dużym prawdopodobieństwem założyć, choć nie znaleziono potwierdzających tę tezę badań, że kierownicy bardzo rzadko mają w tej dziedzinie specjalistyczne wykształcenie. Jakie wykształcenie jest najbardziej korzystne dla osób zajmujących kierownicze stanowiska zależy przede wszystkim od szczebla zarządzania. Kierownicy średniego szczebla zwykle mają wykształcenie zgodne ze specjalnością kierowanej przez siebie jednostki. W odniesieniu do stanowisk naczelnych kwestia optymalnego wykształcenia jest przedmiotem sporów. Czy dyrektorem naczelnym szpitala powinien być lekarz, a dyrektorem przedsiębiorstwa budowlanego inżynier? Są głosy, które twierdzą, że na tym stanowisku o wiele bardziej niezbędna jest wiedza ekonomiczna i zarządcza i głosy inne, które zwracają uwagę na to, że konkretne dziedzinowe wykształcenie znacznie ułatwia zarządzanie w danym sektorze, ze względu na specyfikę pojawiających się tu problemów. Istotne znaczenie ma tu między innymi skuteczność komunikacji. Jeżeli kierownik ma takie samo wykształcenie jak większość podwładnych, zminimalizowana jest bariera językowa którą stwarza fachowy żargon (Rogers 1983, s.19). Obserwuje się jednak pewne tendencje, świadczące o tym, że w instytucjach ochrony zdrowia funkcje kierownicze coraz częściej pełnią nie lekarze. W 1991 roku w Polsce wśród dyrektorów zakładów opieki zdrowotnej było jedynie 0,1% osób z wykształceniem poza medycznym, w 1998 roku - już blisko 10% (Zarządzanie w opiece zdrowotnej, 2001, s.41).

### **Doświadczenie**

Z wiedzą i erudycją łączy się ściśle doświadczenie zawodowe na kierowniczym stanowisku i w danym sektorze działalności. Im jest bogatsze, tym lepsze rozeznanie źródeł informacji i bardziej rozbudowane kanały pozyskiwania informacji, zwłaszcza te nieformalne. Wydaje się więc, że wraz ze wzrostem doświadczenia powinna zwiększać się skuteczność zachowań informacyjnych. Długie doświadczenie w danej dziedzinie działalności może jednak także powodować pewne usztywnienie nawyków oraz określone uprzedzenia, blokujące otwartość na zmiany i nowości. Np. doświadczenia z okresu scentralizowanego zarządzania mogą być powodem nieufności do władz zwierzchnich lub określonych nadawców informacji i powodować ignorowanie, a nawet odrzucanie, informacji pochodzących z określonych źródeł. Doświadczenie jest nie tylko jednym z ważnych źródeł wiedzy, ale także istotną składową, tak cenioną w zawodzie menedżera intuicji. Wraz z



doświadczeniem rośnie skłonność do kierowania się intuicją w podejmowaniu decyzji (Katzner, Fletcher, 1992), co osłabia działania związane z pozyskiwaniem informacji.

## **Umiejętności**

Istotne dla zachowań informacyjnych menedżerów są określone umiejętności (techniczne, koncepcyjne i interpersonalne). Od nich zależy bowiem tryb i sposób pozyskiwania informacji. Umiejętności techniczne to m.in. umiejętność efektywnej organizacji pracy, umiejętność posługiwania się komputerem, znajomość języków, przeszukiwania baz, posługiwania się systemami informowania kierownictwa, wspomaganie decyzji i systemami eksperckimi. Umiejętności koncepcyjne oznaczają zdolność przejrzystego formułowania problemów i pytań, umiejętność krytycznej analizy tekstu, a także zdolność planowania i koordynacji działań zmierzających do pozyskania informacji. Wspomniana, obserwowana wśród menedżerów, tendencja do zadowalania się pierwszym spełniającym minimalne wymogi rozwiązaniem może być powodowana nie tylko brakiem czasu, ale także brakiem zdolności do oceny dużej liczby wariantów oraz nieumiejętnością doboru właściwych kryteriów tej oceny (Griffin, s.281).

Umiejętności interpersonalne (społeczne) to komunikatywność i zdolność współpracy z innymi ludźmi. Wysokie umiejętności interpersonalne sprzyjają zachowaniom informacyjnym, zwłaszcza tym, które wiążą się z pozyskiwaniem informacji drogą kontaktów osobistych. Umiejętności interpersonalne w dużej mierze determinują obrany przez menedżera styl zarządzania, a ten z kolei zachowania komunikacyjne, w tym zachowania informacyjne.

## **Przyjęta koncepcja i styl zarządzania**

Istnieją dwie podstawowe koncepcje roli menedżera. Pierwsza wynikająca z funkcjonalnego (klasycznego) modelu zarządzania, zakłada, że menedżer stosuje metody naukowe w wypełnianiu swoich funkcji, tzn. w swoich działaniach opiera się na przepisach, normach i obowiązującej wiedzy, a proces podejmowania decyzji jest zdyscyplinowany i zorganizowany. Koncepcja ta minimalizuje nieformalne aspekty roli zarządzającego i wpływ niezależnych od niego czynników zewnętrznych. Menedżer starający się realizować ten model jest zwykle kierownikiem autorytarnym. Kierownik taki, to zwykle trudno dostępny formalista, ograniczający swoje kanały komunikacyjne, który jeżeli nie ma dobrych łączników ze źródłami informacji naraża się na niebezpieczeństwo otrzymywania informacji niepełnych lub zniekształconych optyką osób, z którymi się komunikuje. Autorytarny styl

kierowania może także wiązać się z niechęcią do korzystania z doradztwa specjalistów, ekspertów, konsultantów, a także powodować nadmiernie krytyczne lub bezkrytyczne przyjmowanie informacji (Sobkowiak 1998). „Naukowe” zarządzanie powodować może też silną formalizację kanałów informacyjnych, co może mieć pozytywny wpływ na rzetelność i kompletność przekazu, a także na skuteczność przepływów informacji. Jeżeli jednak oznacza równocześnie wielość szczebli decyzyjnych i węzłów informacyjnych, może nieść niebezpieczeństwo zniekształcenia informacji lub wręcz jej zablokowanie. W sformalizowanym autorytarnym zarządzaniu szczególnie ważne dla skutecznych zachowań informacyjnych kierownika wydaje się być solidne fachowe wykształcenie, systematyczność oraz dobrze zorganizowane zaplecze informacyjne.

W koncepcji behawioralnej, którą S. Shortell i A. Kaluzny (2000) nazywają podejściem „stosunków międzyludzkich” zarządzanie jest przede wszystkim zarządzaniem ludźmi oraz powodowaniem, aby osiągali oni cele zgodne z celami instytucji. W takim podejściu najważniejsze stają się działania i decyzje związane z odpowiednim motywowaniem pracowników, stwarzaniem odpowiedniej atmosfery pracy, a także otwartość, współuczestnictwo w podejmowaniu decyzji oraz budowanie nieformalnych relacji służących obiegom informacji. Przy takim stylu zarządzania zachowaniom informacyjnym sprzyja łatwość nawiązywania kontaktów i otwartość przepływów informacji, zagraża natomiast – redundancja informacji, niebezpieczeństwo ślepych uliczek informacyjnych i utrata kontroli nad przepływami informacji.

### **Cechy osobowości**

Menedżerami zwykle zostają osoby o określonych cechach osobowości takich jak pewność siebie i dążenie do kontrolowania sytuacji. Osoby takie zwykle nie lubią, aby podważać ich zdanie lub raz powziętą opinię i stosunkowo często mają przekonanie o własnej wiedzy i nieomyślności. W związku z tym mogą nie odczuwać potrzeby szukania informacji, aby potwierdzić swoje przypuszczenia, a także unikać informacji, która dowodzi, że nie mają racji (Kotter 1982). Nadmierna pewność siebie, jak dowodzą badania (Wilson, 1996), osłabia działania informacyjne, podczas gdy niepewność własnej wiedzy je nasila. Z cechą nadmiernej pewności swoich racji wiąże się tzw. selektywna percepcja. Jest to charakteryzująca większość ludzi, tendencja do selekcji i posługiwania się informacjami zgodnymi osobistymi przeświadczeniami lub upodobaniami (Rogers 1983, Johnson, Macrae, 1994). Ta ogólna skłonność może być szczególnie wyraźna u osób zajmujących kierownicze stanowiska. Wymienione typowe cechy osobowości kierowników mogą więc hamować

zachowania informacyjne. Przeciwwagą dla tego wpływu może być, tzw. „decyzyjność”. Skuteczni menedżerowie to osoby, które w sytuacjach kryzysowych raczej podejmują konkretne decyzje niż ich unikają, a jak mówią wyniki badań osoby takie zwykle szukają więcej informacji niż osoby, które unikają rozstrzygnięć (Allen 1996, s.101).

### **Skłonność do podejmowania ryzyka**

Stopień indywidualnej skłonności do podejmowania ryzyka może mieć wpływ na szukanie informacji. Jak wykazały badania A. Boytona i in. (1993) zależność między postrzeganym stopniem ryzyka a poszukiwaniem informacji nie jest prosta. Przy niskim ryzyku i trudno dostępnej informacji menadżerowie ograniczają poszukiwania informacji, ale dzieje się to też przy bardzo wysokim ryzyku. Wy tłumaczeniem jest wspomniana już chęć zmniejszenia intelektualnego obciążenia.

### **Stopień innowacyjności**

Ludzie dzielą się na tych, którzy bardzo chętnie i wcześnie przyjmują nowinki i takich, których zachowania i przekonania zmienić jest bardzo trudno (Rogers 1983). Zależy to od indywidualnych cech charakterologicznych jak i od tego jak postrzegają oni przydatność innowacji i możliwości jej adaptacji. Dobrzy menedżerowie zwykle dość wcześnie przyjmują sprawdzone nowości.

### **Dążenie do zachowania status quo**

Kierownicy, którzy z różnych pobudek (osobistych lub grupowych interesów) dążą do zachowania status quo, mogą unikać lub eliminować informacje, które mogłyby istniejący stan rzeczy zaburzyć. Dzieje się to np. w okresach zmian, przekształceń, kiedy zagrożone są interesy określonych grup lub instytucji (Allen 1996, s.81).

### **3.3.2 Wpływ pełnionej roli zawodowej na tryb pracy i zachowania informacyjne**

Kompleksowość zadań i ról, jakie pełnią kierownicy determinuje styl ich pracy. Bez względu na koncepcję i styl zarządzania, a także szczebel i obszar działalności, pracę kierowników charakteryzują pewne określone cechy, które w silny sposób rzutują na ich zachowania informacyjne. Powszechności tych cech dowodzą liczne polskie (m.in. Rupiński 1961, Kieżun 1979, Kadłubowski 1982) i zagraniczne badania (m.in. Mintzberg 1973, Kotter 1982). Podstawowej wiedzy na temat charakteru pracy menedżerów dostarczyli, jak już

wspomniano, H. Mintzberg (1973, 1980) oraz J. Kotter (1982). Zwłaszcza badania pierwszego, posługujące się metodą uczestniczącej obserwacji, wciąż stanowią fundament wiedzy o zachowaniach menedżerów. Obserwacje H. Mintzberga potwierdzają, zgodnie z administracyjnym modelem H. Simona, że pracę menedżera charakteryzuje chaos, wysoki stopień skomplikowania, a podejmowanie decyzji często nie rządzi się zasadami logiki i racjonalności.

### **Przeciążenie pracą, presja czasu, nadmiar informacji**

Średni, czas pracy kierownika przekracza od dwóch do sześciu godzin nominalny dzienny czas pracy (Dobrzyńska 1971, Grylicz, 1977, Kieżun 1979, Kotter 1982). Spowodowane jest to wielością funkcji i zadań oraz ilością informacji, jaką musi przyjąć (zwykle na drodze licznych osobistych kontaktów), przetworzyć i przyswoić kierownik. Brak czasu potęguje fakt, że do pracy zawodowej kierowników dołączają się często obowiązki społeczne. Im mniejszy ośrodek, tym funkcji społecznych więcej (Kieżun s.82). Rozmaitość obszarów zarządzania sprawia, że kierownik, który nie może być ekspertem we wszystkich dziedzinach, często rozwiązuje problemy, co do których brakuje mu kompetencji. Podejmowanie „nie swoich” lub/i „za trudnych” zadań siłą rzeczy musi prowadzić, albo do ich powierzchownego traktowania, albo do intensywnego poszukiwania potrzebnej informacji i wiedzy. Bez względu na to, czy jest to powodowane niezależnymi od kierownika czynnikami, czy złą organizacją pracy i przekraczaniem zakresu własnych obowiązków, zawsze prowadzi do dodatkowego obciążenia „nie swoją” informacją.

Rezultatem jest zmęczenie umysłu, poczucie ograniczenia i braku czasu, czego następstwem jest unikanie nadmiaru informacji, niechęć do wdawania się w jej szczegóły, niechęć do czytania długich dokumentów. Badania, m.in. E. Mostowicz (1985) przyniosły wiedzę na temat preferencji dyrektorów, co do formy informacji. Najchętniej czytane są opracowania analityczno-syntetyczne, zestawienia faktograficzne i wyciągi treści dokumentów. Dokumenty według kierowników powinny być krótkie i zwięzłe. Nie dowierzają oni jednak, aby takie zestawienia informacji mogli sporządzać pracownicy informacji (np. pracownicy ośrodków inte). Najczęściej korzystają więc z wewnętrznych zestawień danych przedsiębiorstwa i rzadko sięgają do opracowanych na zewnątrz instytucji analityczno-syntetycznych materiałów. Przeciążenie pracą i rzeczywisty, czy jedynie subiektywnie odczuwany, brak czasu powodują, że menedżerowie niechętnie angażują się w „zorganizowane”, metodyczne pozyskiwanie informacji, postrzegając to jako dodatkowe obciążenie i stratę czasu potrzebnego na inne działania.

## **Rozczłonkowanie dnia pracy**

Dzień pracy dyrektora podzielony jest na dużą ilość różnorodnych czynności, co uniemożliwia dłuższą koncentrację na poszczególnych zagadnieniach (Mostowicz 1985). Odbywają się spotkania, dzwoni telefon, współpracownicy i podwładni przerywają ciąg myśli i działań osobistymi ingerencjami. Badania H. Mintzberga ustaliły, że dyrektorzy naczelni spędzają 59% czasu na zaplanowanych zebraniach, 22% „za biurkiem”, 10% na spotkaniach nie zaplanowanych, 6% na rozmowach telefonicznych, a pozostałe 3% na terenie instytucji. Badania prowadzone głównie wśród kierowników w przemyśle, wykazują, że dyrektorzy w równym stopniu są zaabsorbowani ważnymi czynnościami jak i zadaniami drugorzędnymi lub takimi, które powinny pozostawać w gestii ich podwładnych lub współpracowników, a także czynnościami porządkowo-administracyjnymi (Kieżun 1979). Nie jest to konsekwencją jedynie złej organizacji pracy i niechęcią do jej delegowania, ale często także nieprecyzyjnymi przepisami regulującymi czynności dyrektora. Takie rozbitcie ciągłości pracy i wielotorowość uwagi utrudnia skoncentrowane, logiczne i konsekwentne poszukiwanie informacji. Powoduje też powstanie, trudnego do uporządkowania, szumu informacyjnego.

## **Praca koncepcyjna i kształcenie się**

Badania dowodzą, że na pracę koncepcyjną kierownicy przeznaczają kilka do kilkunastu procent swojego czasu, zwykle poza normowanymi godzinami pracy. Większość czasu poświęcają kierownicy na działania operatywne, przy czym im wyższy szczebel zarządzania tym mniej jest czynności wykonawczych i kontrolnych. G. Kurkiewicz badając czas pracy dyrektorów dużych przedsiębiorstw przemysłowych ustalił, że na prace koncepcyjną przeznaczają ok. 50 min. dziennie. Praca ta zwykle jest przygotowaniem do podjęcia określonej decyzji (planowanie, rozpracowywanie problemu) (za Kieżun 1979, s.73). Brak czasu i przeciążenie pracą musi prowadzić do zaniedbania samokształcenia.

W świetle badań wynika, że na samokształcenie dyrektorzy poświęcają 2-4% czasu związanego z pracą zawodową. Robią to zwykle w godzinach pozasłużbowych (Lasota 1960, Kieżun 1979). Wydaje się to niewiele, zważywszy wielość dyscyplin naukowych mających zwykle wkład w proces zarządzania (teorii zarządzania i organizacji, teoria podejmowania decyzji, prakseologia, informatyka, nauki społeczne, wiedza dotycząca danej specjalności, itd.). Przy tym nauki te, zwłaszcza nauki społeczne, rzadko dają jedyną słuszną odpowiedź na postawiony problem, teoretyczna wiedza wymaga więc przeważnie weryfikacji w kontekście konkretnych uwarunkowań.

## **Ograniczona racjonalność**

Wiele badań (Katzer, s. 237) dowodzi, że wobec wymienionych trudności menedżerowie kierują się raczej ogólnymi pryncypiami niż precyzyjnie określonymi celami, przejawiają skłonność do uproszczeń i skrótów myślowych. Stąd wspomniana tendencja do zadowalania się pierwszym dopuszczalnym rozwiązaniem. Oznacza to, że „podejmujący decyzję, zamiast przeprowadzać wyczerpujące poszukiwania najlepszego możliwego rozwiązania, szukają tylko tak długo, aż im się uda zidentyfikować wariant spełniający pewien minimalny standard wystarczalności” (Griffin, 1996, s.281). W przypadku niektórych kategorii decyzji, zwłaszcza decyzji wymagających szybkiej reakcji, może być to być uzasadnione, gdyż presja czasu nie pozwala zbadać wszystkich uwarunkowań (O'Reilly, 1982). Zasadniczo jednak wykazano, że istnieje pozytywna zależność między intensywnością poszukiwania i wykorzystaniem informacji w procesie decyzyjnym, a trafnością interpretacji strategicznych problemów przez menedżerów (Thomas, Clark i Gioia 1993, za Allen 1996, s.100). Menedżerowie, którzy planują swoje posunięcia z długim wyprzedzeniem, zwykle też więcej czasu poświęcają zbieraniu informacji (Kotter 1982).

Ograniczeniem dla racjonalności jest też dynamika sytuacji, w jakiej znajduje się menedżer. Problem, który ma rozwiązać rzadko jest statyczny. Zmieniają się uwarunkowania, coraz to inny aspekt staje się ważny, sprawa staje się, a za kilka dni przestaje być priorytetem. Powoduje to, że związane z rozwiązywaniem problemów potrzeby informacyjne także nie są statyczne, ale zmieniają się wraz z rozwojem sytuacji. Niekiedy szybko. Pracę menedżerów zwykle charakteryzuje też wysoki poziom niepewności. Ryzyko podjęcia niewłaściwej decyzji oraz towarzyszący temu stres są mechanizmami silnie wpływającymi na zachowania informacyjne. Do pewnego poziomu niepewność i ryzyko nasilają szukanie informacji, jednak, jeżeli ich poziom jest zbyt wysoki, hamują takie działania (Wilson 1996).

## **Planowość działań**

Wielu teoretyków zarządzania twierdzi, że przeważnie kierownik wykonuje to, co narzucone jest mu z zewnątrz, stosunkowo mały procent czasu przeznaczając na czynności przez siebie zaplanowane. Badania mówią (Kieżun 1979), że co najwyżej 20-50% pracy kierowników to czynności zaplanowane a reszta to czynności zainicjowane przez podwładnych lub zwierzchników lub wymuszane przez nieprzewidziany obrót wydarzeń. Ograniczoność planowania musi siłą rzeczy wpływać na działania związane z pozyskiwaniem

informacji, które także charakteryzować musi okresowe, i nie do końca przewidywalne, ich nasilanie i osłabianie.

Z kolei tam, gdzie planowanie ma miejsce, menedżerowie częściej niż inni muszą uwzględniać informację prawdopodobną i niepewną, co spowodowane jest koniecznością uwzględniania zmiennych uwarunkowań, na które nie mają wpływu. Może to, w dłuższej perspektywie powodować przyzwyczajenie do tego, że informacja nie musi być absolutnie jednoznaczna oraz, że może być obarczona błędem. Menedżerowie mają też stosunkowo często do czynienia z sytuacją wyjątkową, a prawie zawsze z sytuacją jednostkową, na którą rzadko istnieje gotowa jednoznaczna odpowiedź przygotowana przez naukę. Skuteczne zarządzanie jest bowiem zawsze zarządzaniem sytuacyjnym (Pettinger 1996, s.39-40). To wymaga, aby kierownicy w sposób ciągły uwzględniali zmiany i trendy występujące w ich otoczeniu. Oznacza to konieczność sięgania do danych i informacji przetworzonej opisującej to otoczenie. Konieczność ta wydaje się być szczególnie ważna, gdy zmiany w otoczeniu są szybkie i radykalne (np. w okresie transformacji ustrojowej czy reformy administracyjnej). Wskazane trudności mogą prowadzić do generalnego nie przywiązywania wielkiej wagi do dokładności czy wiarygodności informacji, nawet tam, gdzie można tego wymagać i gdzie taka zobiektywizowana przez naukę informacja istnieje.

### **Wpływ funkcjonujących stereotypów**

Rola przywódcy (lidera) zespołu wymaga dbania o własny autorytet. Obowiązujący stereotyp kierownika jest wyrazem szerszej społecznej lub organizacyjnej kultury. W zależności od tego, czy potrzebuje ona silnych autorytetów, czy się bez nich obywa, obowiązuje model kierownika nieomylnego, pewnego swoich racji fachowca, szybko i zdecydowanie podejmującego decyzje lub kierownika przyznającego się do swojej niewiedzy, błędów, otwartego i konsultującego swoje działania. Pierwszy stereotyp, wydaje się wciąż dominować i powoduje, że kierownicy są raczej skłonni demonstrować pewność siebie i ukrywać swoją niewiedzę, a w obszarach działań, w których wydaje się, że powinni być kompetentni, niechętnie posługują się pośrednikami i konsultantami. Niechęć do przyznawania się do braku wiedzy i niepewności powodowana jest lękiem o utratę autorytetu, czego bardzo obawia się przeciętny kierownik (Katzer, 1992). Bywa też, że menedżer chcąc być postrzegany przez innych, jako osoba kierująca się zasadami racjonalizmu żąda informacji, ale jej tak naprawdę nie wykorzystuje, ma w swoim gabinecie pewne źródła informacji a na biurku komputer, ale ich nie używa. (Katzer, Fletcher 1992). Ustalono też, że znaczna część informacji gromadzonej w organizacji nigdy nie służy wspieraniu procesu

decyzyjnego, a też to, że bywa odszukiwana i przywoływana wtedy, kiedy decyzje już zapadły, po to tylko aby je post factum uzasadnić (Feldman, March, 1988). Nadmierna dbałość o autorytet może też skłaniać do zatrzymywania informacji, i traktowania jej jako jednego z instrumentów władzy. Tam gdzie zarządzanie jest bardzo scentralizowane obserwuje się mniej dzielenia się informacją między menedżerami poszczególnych szczebli w organizacji (za Allen 1996, s.102).

Kierownik zastanawiający się, analizujący opcje, a więc i szukający dokładnej wyczerpującej informacji nie jest ideałem. Skuteczność zarządzania kojarzona jest raczej z szybkością i zdecydowaniem. Chcąc sprostać temu stereotypowi kierownicy ponad dokładność cenią sobie szybkość informacji (O'Reilly). Szybkość wydaje się przy tym w pewnej mierze kompensować niedoskonałość decyzji. Wiele aktywności informacyjnych kierowników może mieć więc charakter pozorny, przedsięwzięty jedynie po to, aby zaspokoić oczekiwania otoczenia. Nadmierna obawa przed utratą autorytetu, kreowanie fałszywego wizerunku i traktowanie informacji jako wartości symbolicznej mogą więc być czynnikami hamującymi racjonalne zachowania informacyjne. Można powiedzieć, że presja opinii otoczenia jest raczej determinantą środowiskową, ale kwestia autorytetu i obowiązującego stereotypu skutecznego menedżera jest tak silnie wpisana w rolę zawodową, że została poruszona w tej części rozdziału.

Innym powszechnie występującym stereotypem jest opinia, że dobre zarządzanie jest raczej sprawą wrodzonych talentów, intuicji i doświadczenia niż wiedzy. Znajduje tu swoje echo spór toczony przez teoretyków zarządzania o to, czy jest ono sztuką, czy też wyuczoną, opartą na konkretnej wiedzy, umiejętnością. Są zwolennicy jednego i drugiego podejścia. Wydaje się jednak, że tzw. charyzmatyczni kierownicy są raczej rzadkością. Dla przeciętnego kierownika sięganie do zasobów wiedzy naukowej bez wątplenia zwiększa szansę wypracowania właściwych rozwiązań (Klich, 2000). Nie mniej jednak uleganie stereotypowi „charyzmatycznego” menedżera może odciągać kierowników od szukania obiektywnych uzasadnień dla swoich decyzji.

### **Zespołowość pracy**

Zachowania informacyjne są inne, jeżeli osoba realizuje je sama (to znaczy sama decyduje o tym, jakiej, gdzie, w jaki sposób, jak szczegółowo będzie szukać informacji, jak ją oceniać i interpretować) a inaczej, jeżeli problem rozwiązywany jest zespołowo. Gros pracy kierownika to praca zespołowa (zebrania, narady konferencje) (Kieżun 1979). Służą one wymianie informacji faktograficznej i wymianie opinii, w celu zbudowania fundamentów



decyzji. Jest to najszybsza metoda pozyskiwania informacji od tych, którzy ją posiadają (współpracowników, specjalistów, ekspertów), a także umożliwia dyskusję i starcie się poglądów. Zespołowość pracy ma więc zdecydowany wpływ na sposób poszukiwania informacji i zachodzą tu pewne informacyjne zachowania grupowe, które wnikliwie analizuje B. Allen (1996, s.85-87). Należy podkreślić, że uczestnicy narad to w istocie pośrednicy między kierownikiem a źródłami informacji. Skuteczność w pozyskiwaniu informacji przez kierownika zależy więc nie tyle od niego, ile przede wszystkim od kompetencji, umiejętności i wysiłku jego współpracowników. Przyzwyczajenie do kolektywności procesu rozwiązywania problemu znajduje także swoje odbicie w preferencjach kierowników, dotyczących kanałów otrzymywania informacji (spotkania, konferencje).

### **Faworyzowanie osobistej komunikacji**

Jedną z najważniejszych, potwierdzoną wieloma badaniami, obserwacji jest intensywne korzystanie przez menedżerów z osobistych kontaktów, w celu pozyskania informacji (Dobrzyńska 1971, Mintzberg 1973, Kieżun 1979, Kotter, 1982; Kadłubowski 1982, Luthans, Larsen, 1986). Mintzberg wykazał, że aż 75-95% informacji jest uzyskiwana przez kierowników w ten sposób. Preferencja ta wynika i z organizacji dnia pracy kierownika i z zespołowości pracy. Powodem jest szybkość uzyskiwania w ten sposób informacji, unikanie jej nadmiaru, a także to, że informacja taka wzbogacona jest zwykle o komentarz osoby, która jej udziela. Tak silna preferencja ma kluczowe znaczenie dla potencjalnych zachowań informacyjnych. Oznacza to bowiem, że:

- informacja przedostaje się do kierowników przez nieokreśloną bliżej sieć informatorów-pośredników,
- informacja, którą w ten sposób uzyskują, może być podatna na zniekształcenia,
- informacja ta może być trudniej zapamiętywana, gdyż większość ludzi, a więc i większość kierowników, lepiej zapamiętuje tekst pisany niż słowo mówione.

Kim są pośrednicy, przez których pozyskują informację kierownicy? Dla kierowników najwyższego szczebla są nimi kierownicy szczebla niższego oraz specjaliści od określonych zadań w instytucji (np. dyrektor ds. finansów, specjalista ds. marketingu, kierownik określonego działu). Pewne informacje przedostają się kierowników tzw. skośnymi kanałami przepływu informacji w instytucji, poprzez np. kierowników grup zadaniowych lub kierowników działów pozostających poza hierarchiczną strukturą instytucji, a pełniących funkcje integrujące. Informację uzyskują też (lub płynie ona do nich) od zwierzchników

spoza instytucji (np. ministerstw i ich departamentów, kierowników w urzędach władz regionalnych lub lokalnych, agendach rządowych itd.). Istnieje też, w instytucji i poza nią sieć nieformalnych informatorów (kolegów po fachu, znajomych, członków określonego lobby, pracowników nauki) (Grosser 1991). Na rozmowach z tymi to informatorami spędza kierownik co najmniej 75% swojej pracy. Można więc powiedzieć, że podstawowym zachowaniem informacyjnym menedżera jest kierowanie się do „pośredników” i to oni są najczęstszymi nośnikami i kanałami przemieszczania się informacji w środowisku menedżerów. Na proces pozyskiwania informacji drogą kontaktów osobistych rzutują silnie osobiste relacje między menedżerem a tym, kto informacji dostarcza. Ważne stają się takie sprawy jak: relacje podległości, osobiste zaufanie, autorytet, status społeczny i zawodowy, które nie są istotne, kiedy użytkownik wchodzi w relacje z instytucjonalnym lub elektronicznym systemem dostarczania informacji. Przepaść statusu społecznego może np. zaburzyć proces komunikowania, a więc i przepływ informacji. Podwładni w obawie przed zwierzchnikiem mogą zatajać pewne informacje. Orientacja polityczna może dyskredytować pewne osoby, jako źródła wiarygodnej informacji, a zachwiane zaufanie w pewnej sferze może przenosić się na inne obszary, itd. Dlatego wydaje się niezwykle istotne ustalenie, kim są i kim są dla menedżera, osoby, które służą za pośredników w pozyskiwaniu przez niego informacji.

Menedżerowie część informacji pozyskują przez kontakty z osobami znajdującymi się na zewnątrz organizacji. Zwłaszcza menedżerowie najwyższego szczebla, którzy częściej mają do czynienia z problemami strategicznymi, potrzebują w większym stopniu informacji zewnętrznej (Mintzberg, O'Reilly 1982). O ile badając formalne przepływy informacji w organizacji można wpływać na optymalizację pewnych zachowań informacyjnych, o tyle trudno jest kontrolować i wpływać na analogiczną sieć nieformalnych informatorów, zwłaszcza na zewnątrz instytucji. Choć większość menedżerów preferuje werbalną komunikację, tylko niewielu lubi przemawiać wobec licznego audytorium (Mintzberg 1973). Jest to przeszkodą dla oficjalnego rozpowszechniania informacji o doświadczeniach i wdrożeniach rozwiązań w poszczególnych instytucjach. Informacja ta rozchodzi się raczej drogą kontaktów indywidualnych.

### **Zmienność lub konflikt priorytetów**

Potrzeby informacyjne menedżerów, a także zależne od nich zachowania zależą w pewnym stopniu od przyjętych (lub narzuconych) priorytetów. Priorytety instytucji nie są raz na zawsze ustalone i jak wspomniano zmieniają się w czasie, niemniej jednak niektóre

potrafią zdeterminować sposób zarządzania na długie okresy czasu. Jeżeli priorytetem jest zysk najbardziej istotne będą dane ekonomiczne, wskaźniki opłacalności itp. informacje. W instytucjach, w których priorytetem będzie jakość - są to informacje pozwalające tę jakość osiągnąć i kontrolować, a więc informacje o wynikach i skuteczności działań, nowych technologiach, nowych osiągnięciach nauki. Badanie przeprowadzone przez A. Dobrzyńską w 1971, wykazało np. niski stopień zainteresowania menedżerów informacją inte. Tłumaczono to barkiem odpowiedzialności kierowników za efekt ekonomiczny zarządzanych przedsiębiorstw i w związku z tym brakiem motywacji dla interesowania się nowymi osiągnięciami nauki i techniki. W pewnych organizacjach priorytetowe cele mogą się ścierać. Zarządzanie w warunkach ograniczonej swobody finansowej i ograniczonej swobody decyzji może powodować, że nie ma sensu poszukiwanie pewnych kategorii informacji, które i tak nie mogą zostać wykorzystane. Np. nie ma co szukać optymalnych systemów organizacji skoro i tak wiadomo, że obowiązywać będzie ten narzucony przez władze zwierzchnie, ani informacji o skuteczności porównywalnych działań, skoro finansowane będą wyłącznie te z góry określone, ani informacji o nowoczesnych technologiach, jeżeli nie ma pieniędzy na ich zakup.

### **Odpowiedzialność**

Z rolą zawodową menedżera ściśle związana jest odpowiedzialność. Kierownik teoretycznie odpowiada za zespół, organizację i swoje działania. W rzeczywistości odpowiedzialność ta może mieć różne znaczenie i konsekwencje dla menedżera, np. w silnie scentralizowanym zarządzaniu może być odpowiedzialnością pozorną. Stopień odpowiedzialności zależy więc od stopnia centralizacji decyzji, szczebla zarządzania i zasad, na jakich zatrudniony jest kierownik. Od stopnia odpowiedzialności zależy poziom stresu, a niekiedy zagrożenia. Jak dowodzą badania, stany te oddziałują na zachowania informacyjne, do pewnego stopnia natężenia stresu wzmagając poszukiwanie informacji, a po przekroczeniu określonego progu osłabiając je (Wilson, 1996). Odpowiedzialność to jednak nie tylko realizacja prawnych zapisów, ale także osobiste poczucie odpowiedzialności za określone sfery działań oraz ich jakość. Stopień emocjonalnej odpowiedzialności, który jest skąd inąd determinantą osobistą, ma bez wątpienia wpływ na zachowania informacyjne menedżerów. Im większe osobiste zaangażowanie i zainteresowanie sprawą tym intensywniejsze poszukiwanie rzetelnych informacji (Rogers 1983).

### 3.3.3 Wpływ środowiska menedżerów na zachowania informacyjne

Oprócz omówionych wcześniej, indywidualnych oraz związanych z pełnioną rolą, cech menedżerów na ich zachowania i potrzeby informacyjne istotny wpływ wywiera otoczenie. Można je analizować na różnych poziomach (macro, mezo i mikro) a także w różnych aspektach: politycznym, ekonomiczno-technicznym i kulturowym.

#### **Makro środowisko (kraj, sektor gospodarki)**

Istotne dla zachowań informacyjnych menedżerów elementy makro środowiska to obowiązujące prawo, struktura organizacyjna danego sektora gospodarki, poziom stabilizacji ekonomicznej i organizacyjnej, aktualny układ sił politycznych i społecznych, determinujący pozycję danego obszaru działalności w ogólnej hierarchii priorytetów państwa. Prawo i przepisy określają zakres odpowiedzialności menedżerów za podejmowane decyzje. W systemach odznaczających się dużą centralizacją zarządzania, menedżerowie są jedynie wykonawcami decyzji podejmowanych na wyższych szczeblach systemu. Decentralizacja zarządzania przesuwa ciężar odpowiedzialności za decyzje na menedżerów poszczególnych poziomów. Zarządzający wtedy rzeczywiście decydują, a nie jedynie administrują powierzonym sobie majątkiem i ludźmi. Wraz z wzrostem odpowiedzialności pojawia się konieczność posługiwania się silnymi argumentami, co nasila potrzebę informacji (Stewart 1998).

Obowiązujące prawo i przepisy ustanawiają między innymi zależność między wymaganymi kompetencjami i obowiązkami kierownika. Rozbieżność między wymaganymi na danym stanowisku kompetencjami, a rzeczywistymi obowiązkami może powodować, że zajmujące je osoby mogą mieć niedostateczne kwalifikacje. W praktyce powoduje to: konieczność częstszego sięgania po informację, potrzebę konsultacji ze specjalistami, rozrastanie się sieci informatorów, zwiększenie sprawozdawczości i ilości materiałów informacyjnych.

Prawo reguluje też system kontroli i sprawozdawczości. W zależności od tego jak jest on drobiazgowy, jak regularnie, często i dogłębnie sprawdzana jest skuteczność działania menedżerów, ich działania zmierzające do pozyskiwania związanej z tym informacji mogą być bardziej lub mniej intensywne, albo okresowo nasilać się. Wiąże się z tym także problem jakości wytwarzanych przez jednostkę produktów lub usług. Wymogi jakości mogą być narzucone prawem oraz stanowić warunek uzyskania określonego statusu, poprzez rozmaite

systemy akredytacji i obowiązek stosowania się do określonych norm. Powoduje to z jednej strony konieczność sięgania do przepisów i standardów, z drugiej, potrzebę informacji o wynikach działania instytucji czy zespołu, pozwalających ocenić i podnosić jakość tych działań.

Zarządzający realizują swoje zadania w określonym okresie historycznym. Charakteryzuje się on specyficzną grą sił politycznych, ekonomicznych i społecznych. Układ polityczny może mieć wpływ na pozycję, jaką dany obszar działalności zajmuje w społeczno-gospodarczej hierarchii ważności. Jeżeli zajmuje miejsce priorytetowe, dla menedżerów oznacza to zwykle większą swobodę działań, większe wsparcie organizacyjne i finansowe (Lomas 1994). Układ polityczny może także umniejszyć znaczenie i skrepować rozwój danej dziedziny, ograniczając tym samym decyzyjność osób zarządzających, a więc i ich potrzeby informacyjne. Niska „priorytetowość” dziedziny ma także zwykle niekorzystny wpływ na jej finansowanie, a więc i na infrastrukturę informatyczno-informacyjną, zwiększając bariery dostępności informacji.

Z kolei zmiana rządów i opcji politycznej powoduje zwykle zaniechanie części zamówionych prac badawczych, zmianę warty ekspertów, szukanie odmiennych, atrakcyjnych przez swoją nowość, rozwiązań. Pewne prace wszczynane są od nowa, gotowe analizy wyrzucane do kosza, pewne środowiska naukowo-badawcze odsuwane są od współpracy, a faworyzowane inne (Włodarczyk, 1996).

**Sytuacja ekonomiczna** danego sektora, a także dominująca wśród jego członków hierarchia wartości ma istotne znaczenie dla wspomnianej infrastruktury informatycznej. W środowisku, które ma trudności finansowe, i w którym dostępność rzetelnej informacji nie jest priorytetem, mogą wystąpić bardzo poważne zaniedbania w postaci braku wiarygodnych źródeł, funkcjonujących kanałów przepływu informacji, baz danych, komputerów, serwisów informacyjnych itd. Tworzy to poważne przeszkody dla skutecznego pozyskiwania potrzebnej informacji. Koszt informacji sam w sobie jest także czynnikiem ograniczającym jej poszukiwanie (za Allen 1996, s.100).

Przeszkodą dla procesów decyzyjnych i związanych z nimi potrzeb i zachowań informacyjnych może być także **brak planowości i przejrzystości działań jednostek nadrzędnych**. Jeżeli plany władz zwierzchnich nie są odpowiednio wcześniej komunikowane i klarowne dla podległych im menedżerów, lub, gdy zmieniają się zbyt często, pojawia się nieustanna konieczność aktualizowania informacji. Przy pewnym stopniu chaosu może wręcz nastąpić zaniechanie takich działań, jako działań nieskutecznych lub o zbyt krótkotrwałej przydatności (Allen 1996). Powoduje to też utratę zaufania do źródeł informacji. Podobnie

jeżeli w systemie dominuje model działalności, którą W. Kieżun (s. 104) nazywa „pracą systemem akcji”, co polega na tym, że priorytetowym działaniem jest zawsze określona doraźna akcja. Konieczność szybkiego reagowania na zmieniającą się sytuację, przy braku „giętkich” systemów informowania i wszechstronnych źródeł, może także prowadzić do zniechęcenia i zaniechania szukania informacji. W odróżnieniu od takiej sytuacji, w systemie, w którym działania jednostek nadrzędnych znane są z odpowiednim wyprzedzeniem, jest czas na poszukanie potrzebnych danych, informacja nie dezaktualizuje się zbyt szybko, określone zachowania informacyjne utrwalają się, realizowane są w poczuciu ich sensowności oraz rośnie zaufanie do instytucji, z których płyną informacje i dyspozycje.

Istotna dla pracy kierowników jest też **ilość ośrodków dyspozycyjnych**. Podporządkowanie wielu ośrodkom o niespójnych lub niekiedy rozłącznych celach (np. władze terenowe, centralne, niezależne ośrodki finansujące) prowadzi do zaburzeń w procesach decyzyjnych i informacyjnych (Kieżun, 1979). Może też powodować niekorzystną redundancję informacji. Pozyskiwanie sprzecznych lub niespójnych informacji podważa z kolei jej wiarygodność, a w konsekwencji prowadzi albo do hamowania zachowań informacyjnych albo kieruje je na drogi nieformalne.

Podobny efekt mogą przynieść **instytucjonalne zmiany** w danym sektorze gospodarki, które zaburzają ustalone przepływy informacji. Instytucjonalne otoczenie organizacji, jest istotne dla menedżerów z dwóch powodów i jako źródła informacji i jako element, który muszą oni niejednokrotnie uwzględniać w swoich decyzjach. Wśród tych instytucji będą bowiem instytucje zwierzchnie i niezależne, sprzyjające i konkurencyjne.

Jeżeli zmianom w strukturze instytucjonalnej nie towarzyszy skuteczna kampania informacyjna to, zwłaszcza w okresie przejściowym, przepływ informacji jest trudny lub wręcz niemożliwy. Znikają jedne a tworzą się nowe, wcale nie oczywiste dla użytkowników źródła danych i wiedzy, i w efekcie nasilają się nieformalne obiegi informacji.

Dla kadry kierowniczej sprawność w formułowaniu celów i dokonywaniu wyborów jest ściśle uzależniona od poziomu pewności, co do właściwego rozumienia sytuacji. Stopień tej pewności zależy między innymi od jakości otrzymywanej z otoczenia informacji i drożności kanałów komunikacyjnych. Jeżeli w środowisku następują znaczne lub/i częste zmiany formułowanie celów (zadań) jest znacznie utrudnione oraz wymaga nieustannych korekt decyzji. W miarę wzrostu niepewności wzrasta ilość informacji, którą organizacja musi przetworzyć (Griffin, s.383) a także silniejsza jest potrzeba formalnego zarządzania informacją (Griffin s.681). Wzrasta ona też wraz z wielkością organizacji. Zmiany w otoczeniu nasilają więc różnorodne zachowania informacyjne, aż do momentu, kiedy

zmiennosc otoczenia przekracza granice, poza ktora zrozumienie otoczenia nie jest mozliwe. Wtedy zachowania informacyjne zamieraja (Allen, 1996). W warunkach zlozonego i zmiennego otoczenia umiejetnosci menedzerow moga tez latwo okazać się nie wystarczajace, aby odszukać i przetworzyć potrzebną im informacje. Im bardziej zmiennie otoczenie, tym te umiejetnosci powinny być wiec wieksze. Reakcja na zmiennie i zlozone otoczenie moze być tez postawa selektywnej percepcji, celowego lub mimowolnego zlikwidowania dysonansu poznawczego poprzez ignorowanie informacji sprzecznych z okreslonymi stereotypami. Stereotypy staja się w tym wypadku kryterium selekcji nadmiernych ilosci lub sprzecznych informacji (Sikorski, 1999).

Na decyzje, a wiec i na zachowania informacyjne maja wplyw takze **obowiazujace normy spoleczno-kulturowe**. Zarzadzajacy w pewnych obszarach zycia spolecznego musza, w wiekszym stopniu liczyc się z opinią spoleczną i obowiazujacymi normami. Powoduje to wieksza niz przecietnie potrzebe uzasadniania decyzji nie tylko wobec zwierzchnikow i podwladnych, ale i spolecznosci zewnetrznej wobec organizacji (np. klientow, opinii publicznej). Uwarunkowania spoleczne wplywajace na decyzje menedzerskie to takze takie zjawiska, jak np. rosnaçe oczekiwania spoleczne związane z rozwojem technologii, zaostrozajace się wymogi jakosci, zmiany demograficzne.

**Źródła informacji** to kluczowy element srodowiska. Ich cechy, takie jak wiarygodnosc, odpowiednosc, aktualnosc, dostepnosc maja decydujacy wplyw na zachowania uzytkownikow informacji. Wazna jest kwestia dostosowania formy i jezyka komunikatu do potrzeb i poziomu rozumienia, „przyjaznosc” baz i systemow wspomaganie decyzji, czy systemow eksperckich, odpowiednia selekcja, stopien szczegolowosci i, w koncu, dostepnosc oraz czas uzyskania informacji. Jezeli szukanie informacji wymaga duzego wysilku, ludzie wybieraja zachowania stereotypowe i takiez podejmuja decyzje (Allen 199, s.100). Zwazywszy wiele powyzzszych ograniczen zachowan informacyjnych menedzerow (brak czasu, potrzebnej wiedzy, zmiennosc zadani itd.), cechy zrodel informacji, z ktorych korzystaja bezposrednio, maja niezwykle istotne znaczenie dla tego, czy zostanie ona wykorzystana w procesie decyzyjnym, czy tez nie.

Jednym ze zrodel informacji przetworzonej sa dla menedzerow osrodki naukowo-badawcze. Wyniki badan, zwlaszcza badan stosowanych, majacych na celu opisanie lub rozwiazanie rzeczywistych, wystepujacych w okreslonym srodowisku problemow, sa potencjalnie cenna informacja dla menedzerow. Teoretycy wskazuja jednak na trudnosc koordynacji pracy badawczo-naukowej z procesem decyzyjnym (Wlodarczyk 1996, Lomas 1994). Stopien integracji tych dwuch procesow oraz ciaglosc przeplywu informacji miedzy

światem nauki i praktyką są kluczowe dla wykorzystania przez menedżerów informacji naukowej. Od tego, jak jednorodne i na ile otwarte są sieci interpersonalnej i instytucjonalnej komunikacji zależy, czy informacja łatwo dostaje się i krąży w ich ramach. Dlatego tak ważne jest budowanie wzajemnego zrozumienia i zasad współpracy między światem decyzji politycznych i organizacyjnych a światem nauki. Według J. Lomasa zmiana zachowań naukowców i tego, w jaki sposób komunikują oni o swoich odkryciach może przy tym być znacznie bardziej ważna dla skuteczności rozprzestrzeniania się informacji naukowej niż zmiana przygotowania praktyków do odbioru tych przekazów. Problem koordynacji czasowej jest tu kluczowym zagadnieniem. Jeżeli konsultanci naukowcy nie są częścią procesu decyzyjnego, lub procesu formowania polityki zdrowotnej, od wczesnych jej stadiów, trudno oczekiwać, że dostarczą na czas sensownych argumentów na jej poparcie (Włodarczyk, 1996). Koordynacja czasowa jest szczególnie trudna w okresach gwałtownych zmian. Dlatego korzystne jest stałe budowanie zaplecza naukowo-badawczego, które bez względu na okresowe zmiany systemu lub wstrząsy polityczno-ekonomiczne, ma w pogotowiu określone zasoby danych, bazy opracowań naukowych i instrumenty analizy.

### **Mezzo-środowisko (region, środowisko lokalne)**

Część uwarunkowań środowiska lokalnego, to elementy te same lub bardzo ściśle zającebiające się z elementami środowiska makro. Na poziomie regionalnym i lokalnym działają bowiem prawa i funkcjonują instytucje, które są częścią szerszego systemu (np. wojewódzkie władze będące reprezentantem władz centralnych, regionalne oddziały centralnych instytucji). Istnieją jednak instytucje i inne źródła informacji o zasięgu wyłącznie lokalnym. Są to np. lokalne władze samorządowe, regionalne centra, regionalni i lokalni specjaliści, ośrodki naukowe itd. Istnieją także miejscowe układy polityczne oraz problemy społeczno-ekonomiczne, które mogą dodatkowo komplikować pracę menedżerów. Położenie geograficzne, sytuacja ekonomiczna najbliższego otoczenia może więc wpływać na przykład na dostępność źródeł informacji i infrastrukturę informatyczną. Na tym poziomie niezwykle też ważna dla decyzji menedżerskich jest informacja rynkowa, w tym informacja o zapotrzebowaniu na produkty i usługi oraz informacja o konkurencji.

### **Środowisko organizacji**

Bezpośrednie otoczenie kierowników to środowisko ich własnej organizacji. O ile środowisko zewnętrzne ma przede wszystkim wpływ na kształtowanie potrzeb informacyjnych menedżerów, to środowisko ich własnej instytucji decyduje o tym, jak



zachowują się pozyskując informację. Środowisko to menedżerowie mogą w dużej mierze kształtować, a tym samym wpływać także na własne zachowania informacyjne. To bowiem, czy sami szukają informacji, czy robią to przez pośredników, z kim się komunikują, jakie usprawnienia w dostępie do źródeł informacji istnieją w ich instytucji, w znacznej mierze zależy od nich samych. Decydują o tym obierając styl zarządzania, kształtując strukturę organizacji (w tym system komunikacji) oraz kreując określoną kulturę organizacyjną.

Obrany styl zarządzania, mniej lub bardziej autorytarny, wpływa na **system komunikowania się w organizacji**, który może być bardzo sformalizowany lub swobodny. Zaobserwowano, że im bardziej scentralizowane jest zarządzanie tym mniej menedżerowie w organizacji dzielą się między sobą posiadaną wiedzą i informacją, traktując ją jako instrument własnej władzy (za Allen 1996, s.102). Wielkość i struktura organizacji, z kolei, determinuje kształt formalnych kanałów przepływu informacji (Katzer, Fletcher 1992). Tzw. pionowe systemy informacyjne<sup>4</sup> pozwalają organizacji przetwarzać jej więcej, gdyż umożliwiają posiadanie wspólnych dla całej organizacji sieci komputerowych lub np. pracowników organizujących i streszczających informacje. Rozwiązaniem formalnym w takim systemie jest np. dyrektor (specjalista) ds. informacji – osoba odpowiedzialna za systemy informacji i rozwiązania ułatwiające komunikację oraz systemy informacji wiążące wydziały, komórki i poszczególne osoby. Organizacja może też tworzyć powiązania poziome służące przetwarzaniu informacji. Rolę tę pełnią zespoły zadaniowe, łącznicy (np. specjaliści ds. informacji), wydziały integrujące. W każdej organizacji funkcjonują też skośne przepływy informacji. Mogą one pojawiać się awaryjnie w celu przyspieszenia procesu, lub okazjonalnie w postaci zespołów zadaniowych składających się z członków różnych poziomów i szczebli decyzyjnych. Skośne przepływy informacji mogą też być charakterystyczną, ale nie zamierzoną, cechą organizacji, wtedy zwykle przyczyniają się do zaburzeń procesu komunikacyjnego (Grosser 1991). W organizacji istnieją też sieci nieformalne (winorośl). Są one budowane w oparciu o relacje interpersonalne i nie mają związku ze strukturą organizacyjną (Sobkowiak, 1998). Przecinają jej wszystkie szczeble i sektory i zwykle wychodzą daleko na zewnątrz instytucji. Są one bardzo skuteczne w przekazywaniu informacji, ale umykają kontroli.

Usytuowanie menedżera w instytucji, a także jego powiązania z osobami, które „przynoszą” informację do organizacji lub pełnią rolę tzw. odźwiernych (gatekeepers)

---

<sup>4</sup> Pionowe systemy informacji to powiązania komunikacyjne pomiędzy menedżerami i ich podwładnymi w celu zwiększania zdolności organizacji do przetwarzania informacji. Stosunki poziome to powiązania koordynacyjne takie jak: łącznicy, zespoły zadaniowe, zespoły robocze i wydziały integrujące. (Griffin, 1996, s.385).

pewnych kategorii informacji (Allen 1996, s.101), wpływa znacząco na jego możliwości pozyskiwania informacji, Od tego usytuowania zależy, czy jest on osobą dobrze poinformowaną oraz czy nie jest wykluczony z obiegu pewnych informacji.

Jeżeli w organizacji nie ma połączeń między działami gromadzącymi informację a jej rzeczywistymi użytkownikami to zwykle gromadzi ona nadmierne ilości informacji, informację nieodpowiednią, za późno i niepotrzebnie. Biurokratyzm i niewłaściwa organizacja przepływów informacji może też powodować, niepotrzebne obciążenie menedżera informacją niepotrzebną lub dostarczaną mu w niewłaściwym czasie. Sprawia, że kierownicy, szczególnie kierownicy najwyższego szczebla, zasypywani są pismami i materiałami informacyjnymi, otrzymują informację zbyt, lub nie dość, szczegółową lub znajdują się poza obiegiem istotnej dla nich informacji (Kieżun, 1979).

Obowiązujące w organizacji regulaminy, zakresy obowiązków i ustalane przez nie zależności między uprawnieniami, obowiązkami i odpowiedzialnością mają wpływ na skuteczność przepływu informacji. Jeżeli struktura kanałów obiegu informacji w instytucji jest racjonalna a kompetencje podwładnych odpowiadają ich obowiązkom, kierownicy łatwiej uzyskują potrzebną im informację.

Pewne potrzeby i zachowania informacyjne menedżerów związane są z **charakterem organizacji**, w której pełnią swoją funkcję. Organizacja może być bardziej lub mniej niezależna od politycznych układów, mniej lub bardziej skrepowana przepisami prawnymi, a także normami społecznymi. Stopień niezależności organizacji ma bezpośrednie przełożenie na niezależność procesu decyzyjnego, ma więc wpływ na zachowania informacyjne. Może mieć na nie wpływ także stosunek organizacji do problemu zysku ekonomicznego. Organizacja może być nastawiona na zysk, może być organizacją „non for profit” lub finansowaną ze środków publicznych. Na przykład, w organizacjach nastawionych na zysk, gra rynkowa wymusza na menedżerach działania zmierzające do obniżenia kosztów i poprawy jakości, umożliwiające utrzymanie konkurencyjności. Konieczność dbania o konkurencyjność sprawia, że niezbędna staje się informacja o rynku i swojej na nim pozycji, informacja pozwalająca wpływać na strukturę i jakość oferowanych produktów lub usług. Charakter organizacji, w tym przypadku potrzeba sprostania konkurencji, generuje więc określone potrzeby informacyjne.

**Stopień niezależności ekonomicznej organizacji** może mieć wpływ na wyposażenie jednostki w materiały i urządzenia ułatwiające dostęp do informacji. To, czy niezależność ta wpływa pozytywnie na tworzenie odpowiednich warunków dla korzystania z informacji i jej dostępność infrastrukturę informatyczno-informacyjną zależy z kolei od tego, jak i czy ważna

jest ona dla menedżera. Wiąże się więc nie tylko z posiadaniem odpowiednich środków finansowych, ale także z wyznawanymi przez menedżera wartościami. Te z kolei wpływają w ogóle na kulturę organizacyjną jednostki, którą zarządza.

**Kultura organizacji** to zestaw wartości, które pomagają jej członkom zrozumieć, za czym organizacja się opowiada, jak pracuje, co uważa za ważne (Griffin 1996, s.117). Kształtowanie się określonej kultury w organizacji wymaga niekiedy długiego czasu i w dużej mierze zależy od jej przywódców – kierowników i założycieli, od tego, jakim hołdują zasadom i wartościom i od poziomu ich wiedzy. Kształtują ją także wspólne doświadczenia, sukcesy i porażki organizacji. Kulturę organizacji można zmienić, wprowadzając nowe reguły postępowania, kreując specyficzne systemy bodźców, wprowadzając techniczne udogodnienia. Menedżerowie mają więc na nią istotny wpływ, bywa jednak, że kształtują ją w kierunku niekorzystnym dla pozyskiwania przez siebie informacji lub nie kształtują jej wcale, ulegając zastałym obyczajom. Kulturę organizacji, która sprzyja racjonalnym decyzjom opartym o możliwie najwyższej jakości dane i wiedzę charakteryzują pewne określone cechy. W takiej organizacji: rozmaite mechanizmy sprzyjają wdrażaniu postępowania o sprawdzonej skuteczności; monitoruje się wprowadzanie zmian; oraz konsekwentnie eliminuje praktyki nieskuteczne lub przestarzałe. Według M. Greya (1997) jeżeli kierownicy szukają solidnych argumentów na poparcie własnych decyzji, a także sami podnoszą swoje kwalifikacje, skutkuje to podobnym zachowaniem wśród innych członków organizacji i zwykle sprzyja profesjonalnemu rozwojowi zatrudnionego personelu. Oprócz wspólnie wyznawanego systemu wartości o kulturze organizacji decydują także przyjęte normy postępowania. Jeżeli, na przykład, dyrektor zawsze wymaga od swoich podwładnych posługiwania się argumentami popartymi solidnymi danymi, powoływania się na źródła informacji, dokumentowania decyzji, staje się to obowiązującą oczywistą normą. Tak więc szefowie organizacji, którzy cenią sobie rzetelność i wiarygodność informacji tworzą organizację, która stwarza taki wymóg wobec wszystkich swoich członków.

Realizacja takiego paradygmatu postępowania nie jest możliwa, jeżeli nie dotyczy ona całości organizacji, a w pewnych przypadkach całego sektora działalności. Postępowanie poszczególnych członków organizacji rzadko jest bowiem działaniem odizolowanym, niezależnym od określonej infrastruktury i otoczenia. W organizacji o silnej, zdecydowanej kulturze organizacyjnej, w procesie decyzyjnym zwykle szuka się mniej informacji (Rediker, Mitchell, Beach i Beard, 1993).

O kulturze organizacyjnej świadczy między innymi poziom niepewności w organizacji, na różnych jej szczeblach, począwszy od niepewności jej indywidualnych

pracowników, skończywszy na niepewnych relacjach organizacji z otoczeniem. Niepewność ta wynika m.in. z nieadekwatnej wiedzy jej liderów, co do słuszności stosowanych rozwiązań organizacyjnych, sposobów postępowania i zajmowanego miejsca w systemie. Jak już powiedziano niepewność nasilają zmiany w otoczeniu oraz spowodowane nimi zaburzenia w funkcjonowaniu kanałów komunikowania (Sikorski 1999). Kierownicy powinni w takich sytuacjach dążyć do maksymalnego zneutralizowania negatywnych wpływów, a tym samym zwiększenia pewności argumentów, jakimi się posługują. Podsumowując można powiedzieć, że organizacja sprzyjająca racjonalizacji decyzji i skutecznym zachowaniom informacyjnym to organizacja:

- której szefowie sami podejmując decyzje sięgają tam, gdzie jest to możliwe, do argumentów obiektywnych,
- której szefowie umiejętnie wykorzystują skuteczne wewnętrzne kanały rozprzestrzeniania się informacji,
- której kierownicy cenią fachowość, chęć doskonalenia się, poszerzania wiedzy,
- która sama „produkuje” rzetelne dane,
- w której informacja jest łatwo dostępna,
- w której istnieją mechanizmy eliminowania postępowania nie odpowiadającego obowiązującym standardom i aktualnemu stanowi wiedzy,
- której członkowie posiadają odpowiednie umiejętności pozwalające odszukać i oceniać informację,
- w której eliminuje się przeszkody utrudniające śledzenie postępu nauki.
- która aktywnie uczestniczy w wymianie informacji w sieci podobnych instytucji.

Na większość z wymienionych cech organizacji kierownicy mogą mieć wpływ, od nich więc z znacznej mierze zależy kształtowanie korzystnego dla własnych zachowań informacyjnych środowiska.

### **3.4. Mechanizmy aktywujące zachowania informacyjne menedżerów.**

Omówione w poprzednich paragrafach czynniki, determinujące zachowania informacyjne menedżerów, sugerują, że wymienione przez T. Wilsona (1996) mechanizmy aktywizujące, takie jak poczucie zagrożenia i wiążący się z tym stres, postrzeganie ryzyka

inagrody oraz poczucie samo-skuteczności powinny stosować się także do omawianej kategorii użytkowników informacji. Oprócz tego istotny wpływ mogą mieć cechy sytuacji problemowej (np. sytuacja pilna vs. nie pilna, skomplikowana vs prosta, znana vs. nowa, dobrze opisana vs. nie poznana (MacMullin i Taylor 1984).

Można przy tym wskazać mechanizmy, które wydają się szczególnie istotne dla zachowań omawianej kategorii użytkowników. Są nimi stopień zmienności otoczenia oraz obowiązujący w nim system wartości, a także sfera podejmowanych decyzji i związany z nią ciężar odpowiedzialności. Szczegółowe opisanie tych zależności wymaga dalszych badań.

### **3.5 Kategorie informacji potrzebnej menedżerom**

Trudno jest jednoznacznie wskazać i usystematyzować kategorie informacji potrzebne menedżerom w ogóle. To, jakich informacji potrzebują zależy bowiem i od poziomu zarządzania (szczebel centralny, regionalny czy instytucjonalny) i od szczebla (naczelny, średni, operacyjny). Zależy to także od rodzaju podejmowanej decyzji, czy są to decyzje rutynowe, doraźne czy strategiczne. Dodatkowo komplikować będzie te podziały charakter i struktura systemu, w jakim kierownicy pełnią swoje funkcje. Inna jest bowiem sytuacja dyrektora w pełni samodzielnej instytucji, niezależnej od dyrektyw władz zwierzchnich (dyrektor prywatnego przedsiębiorstwa produkcyjnego lub kliniki), inna sytuacja dyrektora w strukturze hierarchicznej lub wielopłaszczyznowej podległości (np. dyrektora przedsiębiorstwa państwowego). Podziały zaproponowane w tym podrozdziale posłużą raczej wskazaniu różnorodności i złożoności wchodzących tu w grę kategorii informacji niż ich systematyzacji.

#### *Informacja kierownicza vs. specjalistyczna*

Praca zarządzającego ma dwa aspekty: kierowniczy (w zakresie tworzenia warunków organizacyjnych technicznych i społecznych dla realizacji celów) oraz specjalistyczny (w zakresie meritum celów i wyników), związany z konkretną i specyficzną dziedziną działalności. Aspekt kierowniczy decyzji zasilany jest przez tzw. informację kierowniczą, aspekt specjalistyczny przez informację naukowo-techniczno-ekonomiczną.

Informacja kierownicza to przetworzone dane dotyczące funkcjonowania instytucji lub ich systemu. Informacja specjalistyczna, to informacja specyficzna dla danego sektora lub

dziedziny działalności. Jest to specjalistyczna wiedza (np. medyczna, ekonomiczna itp. oraz wiedza o specyficznych aspektach działalności (np. etycznych lub społecznych)

#### *Informacja wewnętrzna vs. zewnętrzna*

W. Kieżun (1979) dzieli informację potrzebną kierownikom na informację wewnętrzną i zewnętrzną. *Informacja wewnętrzna* to dane o przedsiębiorstwie wytwarzane przez odpowiednie działy (finansowy, kadr, planowania itd.). *Informacja zewnętrzna* natomiast to 1/dokumenty informacyjno-instrukcyjne (materiały szkoleniowe, samokształceniowe); 2/dokumenty informacyjno-postulujące (korespondencja z innymi instytucjami, klientami); 3/dokumenty dyrektywno-programujące (wytyczne, zarządzenia) oraz dyrektywne (ustawy, normy); 4/ źródła informacji o charakterze ogólnonaukowym (informacja naukowo-techniczna, ekonomiczna, organizacyjna, np. fachowe książki i czasopisma, opracowania bibliograficzne).

Do informacji zewnętrznych należałoby dodać 5/ informację służącą celom politycznym i strategicznym, a więc informacje mówiące np. o potrzebach społeczeństwa oraz celom marketingowym (są to m.in. dane mówiące o zapotrzebowaniu na usługi lub produkty, informacja o instytucjach konkurencyjnych)

#### *Informacja służąca decyzjom polityczno-strategicznym vs. informacja służąca bieżącemu zarządzaniu instytucją.*

To zróżnicowanie mówi przede wszystkim o stopniu zagregowania informacji i jej szczegółowości. Informacja potrzebna do podejmowania decyzji, co do kierunku rozwoju, wyboru priorytetów, ustalaniu celów jest informacją o większym stopniu ogólności i uśrednioną. Potrzebna jest tu też informacja prognostyczna, informacja wynikająca z symulacji i badań i analizy trendów.

Informacja służąca bieżącemu zarządzaniu instytucją to informacja nieraz bardzo szczegółowa, a przede wszystkim jednostkowa (dotyczy pojedynczej instytucji, działu, przypadku). Do tego celu może być też potrzebna informacja pozwalająca dokonać analizy i porównania alternatywnych produktów lub rozwiązań.

Na centralnym i regionalnym poziomie zarządzania dominują informacje płynące z zewnątrz instytucji, na poziomie instytucjonalnym informacje wewnętrzne.

Informacja pierwszego rodzaju to bieżące dane i fakty dotyczące zarówno instytucji jak i otoczenia, informacja edukacyjna (informacja naukowa-techniczno-ekonomiczna, będąca produktem odpowiednich nauk) służy profesjonalnemu rozwojowi menedżera i niekoniecznie znajduje natychmiastowe zastosowanie.

### **3.6 Szczególne uwarunkowania procesu decyzyjnego i kategorie informacji służącej decyzjom w ochronie zdrowia.**

Czy procesy decyzyjne w dziedzinie ochrony zdrowia różnią się od analogicznych procesów w innych sektorach? Pierwszą istotną różnicą między instytucjami ochrony zdrowia, a na przykład przedsiębiorstwami przemysłowymi jest to, że główny cel ich działania wyrażany jest nie tylko, a nawet przede wszystkim nie w wartościach ekonomicznych. Nawet tam, gdzie dba się o tzw. rentowność działań, wiele innych wartości należy uwzględnić, gdyż są one konstytucyjnym prawem obywateli (prawo do opieki zdrowotnej), lub też działania mają wymiar etyczny lub społeczny nie możliwy do zignorowania (zagrożenie życia, poczucie sprawiedliwości społecznej). Z powodu tego wyjątkowego połączenia aspektów specjalistycznych, ekonomicznych, techniczno-organizacyjnych i społeczno-etycznych, wielu teoretyków uważa zarządzanie w instytucjach ochrony zdrowia za odrębny, charakteryzujący się szczególnymi cechami, obszar zarządzania. Oto problemy, na które wskazują S.Shortell i A. Kaluzny (2001, s.26), jako na istotnie wpływające na specyfikę decyzji w ochronie zdrowia:

- normowanie i pomiar wyników pracy jest trudniejszy [niż np. w przemyśle],
- praca jest bardziej zróżnicowana i kompleksowa,
- większość prac ma charakter natychmiastowy,
- praca pozwala na niewielką tolerancję niejednoznaczności czy błędu,
- czynności są wysoce niezależne od siebie i wymagają dużego stopnia koordynacji pomiędzy różnymi grupami specjalistów,
- praca wymaga niezmiernie wysokiego stopnia specjalizacji,
- członkowie organizacji są wysoce wyspecjalizowani i bardziej lojalni wobec swoich grup zawodowych niż wobec organizacji,
- praca podwładnych (lekarzy, pielęgniarek) i jej skuteczność jest trudna do kontrolowania pod względem organizacyjnym i kierowniczym,

- w wielu organizacjach istnieje podwójne podporządkowanie (kliniczne i administracyjne), szczególnie w szpitalach, co stwarza problemy dotyczące koordynacji i odpowiedzialności oraz trudności wynikające z pomieszania kompetencji.

Do listy tej dodajmy:

- wyjątkowo dynamiczny rozwój nauk biomedycznych i związanych z nimi technologii,
- relatywnie szybką dezaktualizację wiedzy dziedzinowej,
- związana z tym wielość możliwości wyboru po stronie decydentów,
- wysokie i uprawnione oczekiwania społeczeństwa wobec opieki medycznej,
- konieczność brania pod uwagę równości w dostępie do usług,
- silne aspekty etyczne podejmowanych w tym sektorze decyzji,

a także:

- stosunkowo sztywne relacje międzypersonalne związane z władzą i statusem zawodowym oraz wynikająca z tego hierarchiczność zarządzania i bariery komunikacyjne (np. lekarze i pielęgniarki, status ordynatora, konflikty między pionem administracyjnym i medycznym)

Częsta dla decyzji menedżerskich w ochronie zdrowia konieczność łącznej interpretacji wniosków generowanych przez badania i analizy w obszarze nauk medycznych i przez nauki społeczne, stwarza także szczególną trudność i wymaga odpowiedniego przygotowania i szczególnego krytycyzmu u odbiorców. Wyniki nauk biomedycznych są zwykle wynikami ilościowymi o wysokim poziomie jednoznaczności. Odpowiedzi, jakie dają nauki społeczne, w tym teoria zarządzania i organizacji, lub analizy odpowiedniości stosowanych rozwiązań, rzadko są jednoznaczne. Silny aspekt etyczny wielu decyzji, dodatkowo je komplikuje. Wszystkie te czynniki sprawiają, że odpowiedzialne i racjonalne zarządzanie w ochronie zdrowia jest szczególnie trudne.

Decyzje podejmowane przez menedżerów w instytucjach ochrony zdrowia dotyczą m.in.: alokacji środków na leczenie i infrastrukturę, wyboru postępowania medycznego i wprowadzenia nowych metod i procedur medycznych, ruchu pacjentów, dostępności określonych usług lekarskich, testów, leków, organizacji sprawowania opieki medycznej, ustalania działań priorytetowych itd. Większość tych decyzji musi uwzględniać rzeczywistych i potencjalnych pacjentów i prawie zawsze ma miejsce w sytuacji ekonomicznego



ograniczenia. Na menedżerach wszystkich szczebli spoczywa więc szczególna odpowiedzialność. Czym innym jest zamknięcie oddziału wytwarzającego cegły, czym innym, oddziału intensywnej opieki w szpitalu, czym innym decyzja o braku dofinansowania remontu mieszkania, czym innym analogiczna decyzja dotycząca finansowania leczenia. Decyzje w ochronie zdrowia nie tylko obarczone są większą odpowiedzialnością, ale także często są znacznie bardziej ograniczone prawem i przepisami.

Z powodu tej szczególnej odpowiedzialności i skomplikowania decyzji, informacja potrzebna menedżerom w ochronie zdrowia, do których zaliczymy kadrę kierowniczą instytucji (w pionie administracyjnym i klinicznym), a także decydentów różnego szczebla zarządzających instytucjami kreującymi politykę zdrowotną i finansową w sektorze, powinna posiadać szczególne cechy, wśród których wiarygodność, odpowiedniość, a także sprawność i szybkość przepływu informacji, wydają się najważniejsze. Cztery podstawowe kategorie informacji wydają się być potrzebne menedżerom:

1. Informacja naukowa, czyli informacja o osiągnięciach nauk mających wkład w obszar ich decyzji. Informację tę generują nauki: biomedyczne (w tym medycyna, epidemiologia, promocja zdrowia), społeczne (socjologia psychologia, teoria zarządzania i organizacji), ekonomiczne i techniczne. Informacja naukowa to głównie informacja tekstowa, naukowe publikacje, streszczenia, zestawienia dokumentów, raporty mówiące o stanie wiedzy w szeroko pojętej dziedzinie ochrony zdrowia, z włączeniem jej aspektów ekonomicznych, organizacyjnych i zarządczych. Trudno jest przy tym wyraźnie postawić granicę, gdzie mówi się jeszcze o danych, często zbieranych metodami naukowymi (jak np. coroczne badania zdrowotności społeczeństwa), a kiedy już o opracowaniach naukowych. W związku z coraz wyraźniej zwiększającą się odpowiedzialnością menedżera za odstępstwa od obowiązujących standardów postępowania medycznego (Ford in. 1999), a także z koniecznością nasilonej kontroli jakości, teoretycznie powinna wzrastać także konieczność poszukiwania optymalnych i potwierdzonych naukowo procedur medycznych i rozwiązań w sferze zarządzania i organizacji. Integracji przydatnej wiedzy służą systemy eksperckie.

2. Informacja organizacyjna, czyli informacja wykorzystywana w organizacji i zarządzaniu. Jest to informacja ekonomiczna, techniczno-handlowa, prawna (ustawy, rozporządzenia, przepisy), informacja dotycząca struktur organizacyjnych funkcjonujących w państwie, a zwłaszcza w danym sektorze (struktura systemu i poszczególnych instytucji) oraz informacja dotycząca rynku.

3. Informacja wewnętrzna, czyli informacja dotycząca bezpośrednio działalności określonej jednostki organizacyjnej, wytwarzana i wykorzystywana w toku prac danej jednostki. Kategorie informacji potrzebnej w zarządzaniu instytucjami ochrony zdrowia są zasadniczo te same, co w instytucjach innych sektorów. Są to dane związane z produkcją, dane finansowe, osobowe, plany instytucji, itd. W przypadku służby zdrowia te ogólne kategorie znajdują swój konkretny wyraz w informacji o pacjentach i ich ruchu, kosztach leczenia, listach oczekujących, obłożeniu łóżek w szpitalu, planach zabiegów, zużyciu leków i innych materiałów, zawartych kontraktach na usługi zdrowotne, wynikach leczenia, ilości i strukturze zatrudnionego personelu. Prezentacji tych danych mogą służyć tak jak i w innych sektorach systemy informowania kierownictwa i systemy wspomaganie decyzji.

Informacja dotycząca pacjentów pochodzi z tzw. rekordów pacjentów, zawierających historię choroby i jej leczenia. Informacja ta służy menedżerom do oceny wyników leczenia, ustalania wskaźników służących następnie kontroli skuteczności i jakości usług, a także do celów planowania. Dane zawarte w rekordach pacjentów są także pierwotnym źródłem informacji o stanie zdrowia populacji i zachorowalności na poszczególne choroby. Informacja ta, odpowiednio przetworzona, pozwala określić zapotrzebowanie na określone usługi i przewidywać trendy w tym zakresie. Aby informacja o pacjentach i ich problemach zdrowotnych mogła służyć także zarządzaniu finansami jednostek i całego systemu, stosuje się, stworzony w latach 80-tych w Stanach Zjednoczonych system DRG (Diagnosis Related Groups), pozwalający kodować tę informację w taki sposób, że możliwa jest analiza grup pacjentów o podobnych schorzeniach wymagających podobnego leczenia i podobnych nakładów finansowych.

4. informacja faktograficzna dotycząca potrzeb zdrowotnych a także przydatnych produktów i technologii. Są to dane statystyczne, populacyjne, demograficzne, informacja dotycząca leków, sprzętu i aparatury medycznej oraz innych technologii (np. informatycznych, budowlanych, itp.)

5. Informacja skierowująca, jaką są różnego rodzaju informatory, spisy, katalogi, bazy bibliograficzne

Jaka konkretnie informacja jest potrzebna menedżerom zależy, tak jak i w innych sektorach gospodarki, od poziomu zarządzania, na którym sprawują swoją funkcję. Im

wyższy szczebel zarządzania tym zwykle większy stopień agregacji i mniejsza szczegółowość danych jest przydatna. Odpowiednio agregowana informacja o pacjentach przekłada się np. na informację epidemiologiczną (tzw. zapadalność na poszczególne choroby) a ta z kolei na informację o priorytetach zdrowotnych, służącą decyzjom na wyższych poziomach (np. decyzjom polityki zdrowotnej). Nieco inna informacja jest potrzebna także w zależności od charakteru decyzji. Inne dane potrzebne są w sferze decyzji strategiczno-politycznych, gdzie określa się cele działalności, inne w sferze operacyjnych działań związanych z realizacją tych celów.

Można jednak, w pewnym uproszczeniu, powiedzieć, że na centralnym poziomie zarządzania (ministerstwo i jego agendy, Urząd Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, Krajowy Związek Kas Chorych, Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia) kategorie potrzebnej informacji to:

- wskaźniki zdrowia społeczeństwa (przyczyny umieralności, zachorowania),
- wydatki na ochronę zdrowia w poszczególnych regionach kraju,
- informacje dotyczące kadry medycznej,
- informacje dotyczące infrastruktury i wyposażenia jednostek,
- informacje dotyczące efektywności działania systemu (dostępność usług, skuteczność)
- informacja naukowa dotycząca skuteczności postępowania oraz ewaluacje technologii medycznych.

Na poziomie regionalnym (wojewódzkie wydziały zdrowia, regionalne centra zdrowia publicznego, regionalne kasy chorych) i lokalnym (samorządowe wydziały zdrowia), potrzebna menedżerom informacja to:

- regionalne (lokalne) wskaźniki zdrowia,
- regionalne (lokalne) wydatki na ochronę zdrowia,
- informacje dotyczące kadry medycznej w regionie,
- informacje dotyczące infrastruktury i wyposażenia jednostek w regionie,
- informacje o kondycji finansowej jednostek,
- informacje dotyczące działalności jednostek w regionie (świadczone usługi),
- informacje dotyczące efektywności działania systemu ochrony zdrowia w regionie (dostępność usług, skuteczność),
- informacja dotycząca polityki zdrowotnej władz zwierzchnich,
- informacja naukowa dotycząca skuteczności postępowania, ewaluacje technologii medycznych.

Na poziomie poszczególnych organizacji informacje potrzebne dyrektorowi instytucji w sektorze ochronie zdrowia w znacznym zakresie są podobne do informacji potrzebnych kierownikowi każdego innego przedsiębiorstwa. Informacja ta dotyczy:

- liczby i struktury świadczonych usług,
- przychodów i kosztów, płynności finansowej,
- leczonych pacjentów (historie leczenia – dane pochodzące z rekordów pacjenta),
- wykorzystania potencjału jednostki (obłożenia łóżek, wykorzystania sprzętu),
- działalności poszczególnych działów,
- zatrudnionego personelu,
- wyposażenia jednostki.

Tu przydatne też są dane:

- pozwalające ocenić efektywność działania, a więc informacje o skutkach leczenia, wskaźniki jakości (wyrażane np. liczbie wyleczonych pacjentów, liczbie powtórnych przyjęć do szpitala, a także wydajność pracy poszczególnych działów i pracowników),
- dane mówiące o relacji skuteczność/koszt, czyli opłacalności interwencji, które to informacje są wynikiem odpowiednich badań naukowych (badań biomedycznych i analiz ekonomicznych); oraz
- informacje typu marketingowego, w tym przypadku dotyczą one potrzeb zdrowotnych społeczności objętej opieką, a więc popytu na określone usługi zdrowotne. Są one wyrażane przez wskaźniki zdrowotne (chorobowość, umieralność) i demograficzne (wiek, zatrudnienie). Należą do tej kategorii także dane mówiące o nasyceniu rynku usługami zdrowotnymi, a także
- informacja naukowa dotycząca skuteczności postępowania, ewaluacje technologii medycznych.

## ROZDZIAŁ IV

### WYNIKI OGÓLNOPOLSKIEGO REPREZENTATYWNEGO BADANIA POTRZEB INFORMACYJNYCH OSÓB ZAJMUJĄCYCH KIEROWNICZE STANOWISKA W WYBRANYCH INSTYTUCJACH OCHRONY ZDROWIA W POLSCE

*W rozdziale przedstawiono i omówiono jedynie te wyniki, które odnoszą się do głównego celu niniejszej pracy, jakim jest opis menedżera w opiece zdrowotnej, jako użytkownika informacji. Był to jeden z celów przeprowadzonego w 2000 roku badania, które miało też za zadanie rozpoznanie specyficznych potrzeb informacyjnych kierowników, związanych z realizacją Narodowego Programu Zdrowia (por. Niedźwiedzka. Raport z badania 2001).*

#### 4.1 Historyczno-społeczny kontekst badania

Zgodnie z przyjętym modelem (Ryc. 4) nie sposób jest analizować potrzeby i zachowania użytkowników informacji bez odniesienia się do historyczno-społecznego „kontekstu” tych zachowań. Dlatego najpierw zostanie przedstawione historyczno-społeczne tło badania. Szerzej o środowisku ankietowanych osób traktuje część 4.4 tego rozdziału). Otoczenie ankietowanych menedżerów to system ochrony zdrowia w Polsce okresu postkomunistycznej transformacji w latach 1989-2001. Istotne zmiany w tym sektorze zaczęły zachodzić dopiero w połowie lat 90-tych, wraz z reformą administracyjną kraju i szeregiem ustaw, które przygotowywały reformę systemu opieki zdrowotnej, zapoczątkowaną w 1999 roku. Wcześniej, pomimo pewnych zwiastunów przekształceń, jakimi były projekty reformy systemu, tocząca się w kręgach polityki zdrowotnej dyskusja o jego strukturze i organizacji oraz o problemach finansowania i jakości, a także pomimo początków specjalistycznej edukacji przyszłych menedżerów, system ochrony zdrowia zachowywał zasadniczo swój dotychczasowy scentralizowany kształt. Dyrektorzy instytucji opieki zdrowotnej byli w nim jedynie administratorami i wykonawcami opracowywanych centralnie planów, a nie rzeczywistymi decydentami. Proces przekształcania się administratorów w osoby rzeczywiście decyzyjne był stopniowy. Długo bowiem dyrektorzy i kierownicy nie byli pewni swoich własnych uprawnień i pozycji, a w niejasnej prawnie sytuacji nie chcieli ponosić ryzyka związanego z samodzielnym podejmowaniem decyzji (Zarządzanie w opiece zdrowotnej, 2001). Dopiero od 1995 roku, kiedy to rozporządzenie Ministra Zdrowia

z 18-ego maja dało podstawy dla usamodzielniania się szpitali, a zwłaszcza od roku 1999 roku, kiedy została zapoczątkowana gruntowna reforma systemu opieki zdrowotnej, dotychczasowa rola osób zarządzających zaczęła się radykalnie zmieniać. Podstawę reformy stanowiły trzy ustawy: Ustawa o samorządzie terytorialnym (1990), Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej (1991) oraz Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (1997, znowelizowana w 1998). Pierwsza z wymienionych ustaw ustaliła m.in. zakresy własności i odpowiedzialności za ochronę zdrowia w Polsce Ministerstwa Zdrowia i jego przedstawicielstw oraz wojewódzkich i lokalnych władz samorządowych. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej zmieniła finansowe i organizacyjne umocowanie instytucji. Wprowadzono rozdział właścicieli, dostawców i płatników usług oraz, od 1993 roku, możliwość kontraktowania świadczeń zdrowotnych. Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym zmieniła system finansowania opieki zdrowotnej, a kontraktowanie usług wprowadziło pewne mechanizmy rynkowe oraz element konkurencji. W końcu radykalnie zmieniono strukturę podstawowej opieki zdrowotnej (poz), wprowadzając instytucje lekarza rodzinnego i praktyk grupowych. W nowym zreformowanym systemie, szpitale miały zagwarantować opiekę medyczną w ramach zawartych z kasami chorych kontraktów. Kasy Chorych stały się odpowiedzialne za wydawanie pieniędzy pochodzących z ubezpieczenia zdrowotnego, czyli za to ile, za jaką cenę i jakie usługi kontraktują u dostawców opieki oraz za to, czy są to usługi odpowiedniej jakości. Zadaniem samorządów stało się kreowanie lokalnej polityki zdrowotnej, a więc między innymi dbałość o to, aby na ich terenie była odpowiednia ilość szpitali, przychodni, aby realizowane programy zdrowotne odpowiadały potrzebom i były skuteczne oraz aby opieka zdrowotna na ich terenie była właściwie zorganizowana. Rola wojewódzkich władz zdrowotnych została sprowadzona do nieokreślonej do końca funkcji kontrolnej i reprezentacji władz ministerialnych.

Wymienione zmiany spowodowały pojawienie się nowych grup osób zarządzających w instytucjach nowych (Kasach Chorych, Samorządach, Praktykach grupowych), a także zasadniczo odmieniły zakres obowiązków i odpowiedzialności dyrektorów szpitali, zoz-ów (zespołów opieki zdrowotnej), a do pewnego stopnia także rolę kierowników średniego szczebla zarządzania (np. ordynatorów, pielęgniarek naczelnych). Usamodzielnienie się zakładów opieki zdrowotnej „wyzwolilo inicjatywę kierownictwa i stwarzało warunki lub wymuszało stałą konieczność usprawniania procesów zarządczych, zwłaszcza decyzyjnych” (Kautsch i in. 2001). Zmiana teoretycznie polegała na istotnym zwiększeniu niezależności i decyzyjności osób zarządzających oraz na oczekiwaniu, że będą oni odpowiadać i za efekt zdrowotny i ekonomiczny swych decyzji. Praktycznie, najistotniejsze stało się na początku

utrzymanie równowagi finansowej w zarządzanych instytucjach, a problemy jakości zostały zepchnięte na plan dalszy. Wprowadzone w 1998, na mocy znowelizowanej ustawy o samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej, kontrakty menedżerskie największy nacisk kładły na ekonomiczny aspekt działalności dyrektorów. W sferze publicznej opieki zdrowotnej, w odróżnieniu od innych sektorów gospodarki, stabilność ekonomiczna jest jednak jedynie warunkiem działalności, a nie celem samym w sobie. Właściwe cele zdrowotne i społeczne, to m.in. skuteczność leczenia, sprawiedliwy dostęp do usług zdrowotnych, konieczność dostosowania się do potrzeb objętej opieką populacji, niekiedy bez względu na rachunek ekonomiczny. Ta konieczność pogodzenia wymogu ekonomiczności z nadrzędnymi celami instytucji opieki zdrowotnej spowodowała, że dyrektorzy i kierownicy średniego szczebla stanęli przed niezwykle trudnymi zadaniami. Wprowadzenie systemu kontraktowania usług i zerwanie z dotychczasową rejonizacją leczenia pacjentów dodatkowo zwiększyło stopień ryzyka i niepewność ich działań, gdyż rozwiązania te zdynamizowały, w sposób niełatwy lub niemożliwy do rozszyfrowania, otoczenie w jakim działali. W tej sytuacji, aby racjonalnie planować i realizować zamierzenia, potrzebowali oni zupełnie nowych, wcześniej, w scentralizowanym systemie niepotrzebnych, informacji. Były to m.in. informacje o lokalnych potrzebach zdrowotnych, kosztach, rynku usług, konkurencji itd. Część tej informacji tkwiła w ich własnych instytucjach, była tylko nieodpowiednio rejestrowana i przetwarzana. Aby dostęp do tej informacji udostępnić, w pierwszym rządzie zaczęto pracować nad szpitalnymi systemami gromadzącymi informację o pacjentach, kosztach i innych aspektach funkcjonowania poszczególnych instytucji. Potrzebna była jednak także informacja zewnętrzna, będąca rezultatem badań i analiz prowadzonych w szerszym regionalnym lub ogólnokrajowym zakresie. Badania te, nawet, jeżeli wcześniej były prowadzone (np. badania zachorowalności), to nie z myślą o nowych potrzebach osób zarządzających. Potrzeby informacyjne menedżerów wynikały bezpośrednio z ich nowych zadań. Były nimi np. konieczność dostosowania usług do potrzeb zdrowotnych, potrzeba liczenia rzeczywistych kosztów procedur medycznych, potrzeba strategicznego planowania. Wielokrotnie, w dyskusjach toczących się wokół reformy, podnoszono problem braku fachowej informacji mówiącej o rezultatach badań dotyczących ekonomiczności rozwiązań organizacyjnych, informacji o efektywności programów zdrowotnych, informacji skierowanej, itd. Projektując wewnętrzne systemy informacji szpitalnej, jak powiedziano wcześniej koncentrowano się głównie na danych tworzonych w ramach instytucji, nie prowadząc badań nad informacyjnymi potrzebami menedżerów w szerszym zakresie. Czy odczuwają brak zewnętrznej w stosunku do instytucji fachowej i naukowej informacji

pozostawało niewiadome. Opisywane tu badanie było pierwszym sondażem potrzeb i zachowań tej kategorii osób.

## **4.2 Ogólny cel badania**

Celem ogólnopolskiego reprezentatywnego badania ankietowego przeprowadzonego wśród osób zajmujących kierownicze stanowiska w instytucjach ochrony zdrowia w 2000 roku było zebranie danych, pozwalających opisać potrzeby informacyjne, preferencje i ograniczenia tej kategorii użytkowników oraz uzyskanie wiedzy na temat środowiskowych uwarunkowań ich zachowań informacyjnych. Badanie ograniczało się do potrzeb związanych z tzw. informacją zewnętrzną (informacją naukową, faktograficzną i skierowaną), z pominięciem informacji wewnętrznej, dotyczącej funkcjonowania macierzystej instytucji respondentów. Badanie miało także ustalić, czy zachowania informacyjne menedżerów mogą mieć wpływ na realizację celów zdrowotnych Narodowego Programu Zdrowia (NPZ).

## **4.3. Cele szczegółowe**

1. Identyfikacja potrzeb informacyjnych menedżerów w wybranych instytucjach ochrony zdrowia w Polsce, w tym potrzeb związanych z realizacją Narodowego Programu Zdrowia. Określenie czy i w jakim stopniu hierarchia potrzeb informacyjnych menedżerów, zależna jest od wymogów pełnionej roli zawodowej oraz od miejsca, jakie macierzysta instytucja badanych zajmuje w sektorze ochrony zdrowia
2. Ustalenie charakterystycznych dla badanej kategorii użytkowników przyzwyczajzeń oraz preferencji odnoszących się do źródeł, formatów i kanałów rozpowszechniania informacji oraz ewentualnych różnic między poszczególnymi grupami badanych.
3. Identyfikacja przekonań oraz uprzedzeń, menedżerów mających znaczenie dla skuteczności ich zachowań informacyjnych, a także uzyskanie informacji o istotnych dla korzystania z informacji umiejętnościach badanych.
4. Uzyskanie ogólnego obrazu środowiska informacyjnego ankietowanych menedżerów.



## 4.4 Metoda

Przeszukano polskie i zagraniczne bazy bibliograficzne oraz czołowe polskie i zagraniczne czasopisma w dziedzinie informacji naukowej aby odnaleźć badania i przydatne prace teoretyczne poświęcone użytkownikom informacji i ich zachowaniom, ze szczególnym uwzględnieniem użytkowników informacji w ochronie zdrowia i menedżerów (wykaz baz i czasopism zawarto w części omawiającej stan badań. Rozdział 1.). Przegląd badań i teorii dał podstawę do wyboru metod i technik dla opisywanego tu badania reprezentatywnego. Zdecydowano, że wobec braku polskich badań dotyczących kadry kierowniczej w opiece zdrowotnej oraz wobec ogólnie niewielkiej ilości rodzimych badań prowadzonych nad użytkownikami informacji w sektorze ochrony zdrowia, najlepszą metodą pozwalającą wstępnie rozpoznać potrzeby i zachowania informacyjne polskich menedżerów, jest przeprowadzenie ogólnopolskiego reprezentatywnego badania sondażowego. Uznano, że chociaż obecnie w badaniach nad użytkownikiem stosuje się coraz częściej badania jakościowe, w przypadku sytuacji zupełnie nie rozpoznanej, metoda jakościowa mogłaby nieść zbyt duże niebezpieczeństwo zidentyfikowania problemów jednostkowych i wyjątkowych. W badaniu zastosowano technikę ankiety pocztowej. Aby uzyskać dane na temat środowiska informacyjnego, w którym działają badani menedżerowie postanowiono przeprowadzić pogłębione ustrukturyzowane wywiady z przedstawicielami instytucji odpowiedzialnych za politykę oraz infrastrukturę informacyjną w sektorze zdrowia (Ministerstwo Zdrowia i Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia (COiEOZ)). Dane te postanowiono uzupełnić informacją pochodzącą z dokumentów i opracowań dotyczących okresu wprowadzania reformy.

### Wybór ankietowanej populacji

W skład ankietowanej populacji weszli dyrektorzy naczelni (DN) i dyrektorzy ds. medycznych szpitali (DM), pielęgniarki naczelnie szpitali (PN) oraz dyrektorzy instytucji odpowiadających za planowanie i kontraktowanie usług zdrowotnych, tzn. dyrektorzy samorządowych wydziałów zdrowia (DS) oraz dyrektorzy kas chorych (DKC). *(Uwaga: W opracowaniu poszczególne kategorie ankietowanych menedżerów, często nazywa się grupami*

*(np. grupa pielęgniarek) lub podgrupami, nie mając na myśli grupy w sensie socjologicznym, a jedynie podzbiór badanej populacji).*

Przy podejmowaniu decyzji o składzie ankietowanej populacji kierowano się chęcią uwzględnienia najważniejszych i najliczniejszych kategorii menedżerów, a także tym, aby poprzez zróżnicowanie szczebli zarządzania oraz aspektów opieki zdrowotnej uzyskać możliwie pełny obraz badanych problemów. Dążeniem było także objęcie badaniem takich osób, które sprawują swoje funkcje kierownicze w instytucjach wystarczająco dużych, aby można było mówić, z jednej strony, o zorganizowanej infrastrukturze informacyjnej w tych instytucjach, z drugiej, o wpływie tych osób na kulturę informacyjną podległych im zespołów. Wśród ankietowanych zabrakło menedżerów w zespołach podstawowej opieki zdrowotnej (zoz). Ze względu jednak na okres gruntownej restrukturyzacji tej sfery ochrony zdrowia, nie był możliwy reprezentatywny dobór dyrektorów zoz-ów, przekształcających się właśnie w indywidualne i grupowe praktyki. Dlatego konieczne byłoby, z chwilą ustabilizowania się sytuacji, osobne zbadanie potrzeb i dostępności informacji dla kierowników grupowych praktyk lekarzy rodzinnych.

#### **Opracowanie ankiety, pre-testy, pilotaż pocztowy, losowanie grupy.**

Kwestionariusz ankiety pocztowej opracowano w kilku etapach. Najpierw przeprowadzono ustrukturyzowane wywiady (10) z reprezentantami poszczególnych grup menedżerów w celu zidentyfikowania obszarów problemowych. Problemy te stały się następnie przedmiotem 4 zogniskowanych dyskusji grupowych w mieszanych grupach, składających się z przedstawicieli poszczególnych kategorii kierowników. Zogniskowane dyskusje grupowe (zwane też dyskusjami fokusowymi lub fokusami) miały na celu uzyskanie głębszego obrazu problemów i opinii poszczególnych grup. Analiza nagrań dyskusji (zazwyczaj na taśmie dźwiękowej, jedna dyskusja została nagrana na taśmie video) pozwoliła zidentyfikować problemy istotne oraz stale przewijające się tematy. Na tej podstawie opracowano kwestionariusz ankiety, biorąc pod uwagę opinie socjologów z Instytutu Zdrowia Publicznego CM UJ oraz pracowników naukowych Instytutu Informacji Naukowej Uniwersytetu Jagiellońskiego. Zrozumiałość i jednoznaczność pytań kwestionariusza przetestowano kilkakrotnie w grupach studentów podyplomowego studium dla menedżerów prowadzonego w IZP CM UJ, po czym dokonano koniecznych zmian w terminologii oraz uściślono pytania, aby zwiększyć precyzyjność narzędzia. Zasadnicza zgodność odpowiedzi uzyskiwanych w czasie testów z informacją zebraną w trakcie wywiadów i dyskusji fokusowych przemawiała za wiarygodnością uzyskiwanych wyników. Wywiady i dyskusje

towarzyszące opracowywaniu ankiety traktowano także, jako wypełnienie postulatu triangulacji w badaniach, zwiększającej zaufanie do otrzymanych wyników statystycznych. Ankieta była wypełniana samodzielnie i miała charakter poufny. Składała się z trzech części: części pierwszej - dotyczącej potrzeb informacyjnych, związanych z realizacją celów zdrowotnych Narodowego Programu Zdrowia, części drugiej - dotyczącej ogólnych potrzeb informacyjnych oraz części trzeciej - zawierającej pytania demograficzne. Większość pytań to były pytania zamknięte, w kilku przypadkach zastosowano sześciostopniową skalę odpowiedzi, było też kilka pytań otwartych (kwestionariusz ankiety znajduje się w Aneksie)

W celu oszacowania zwrotności ankiety, a także skuteczności załączonych listów przewodnich, w lutym 2000 przeprowadzono badanie pilotażowe. Ankietę wysłano do 100 wybranych losowo instytucji. Na podstawie ilości otrzymanych odpowiedzi została oszacowana wielkość ankietowanej populacji, przy założeniu 75% zwrotności, +/- 5% półprzedziału ufności oraz 0,05 poziomu istotności wyników. Przy tych założeniach, z urzędowej listy szpitali w Polsce wylosowano warstwowo (z uwzględnieniem województwa i poziomu referencyjnego szpitala<sup>1</sup>) połowę (392) z całkowitej liczby 785 jednostek. Do każdego z wylosowanych szpitali wysłano ankietę do trzech osób: dyrektora naczelnego, dyrektora ds. medycznych i do pielęgniarki naczelnej. Ankietę wysłano także do połowy (194) dyrektorów samorządowych wydziałów zdrowia wybranych z oficjalnej listy tych urzędów, także uwzględniając podział na województwa. Ankietę wysłano do wszystkich dyrektorów Kas Chorych (56) w Polsce. Ogółem, pod koniec lutego wysłano 1426 kwestionariuszy z listem przewodnim od Dyrektora IZP CM UJ oraz z opłaconą i zaadresowaną kopertą zwrotną. W liście wyznaczono termin zwrotu ankiety (2 tygodnie), po którym to terminie wysłano kartkę pocztową przypominającą o ankiecie i zachęcającą do jej wypełnienia, a po upływie kolejnych 2 tygodni do wszystkich osób, które nie odpowiedziały jeszcze raz wysłano kwestionariusz z listem przewodnim, tym razem z listem polecającym od Dyrektora Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia w Warszawie. Wysyłkom towarzyszyły: obietnica przysłania przewodnika po internetowych stronach WWW interesujących dla menedżerów oraz zapewnienia członkostwa w planowanym przez COiEOZ serwisie informacyjnym.

---

<sup>1</sup> Krajową sieć szpitali dzieli się na trzy poziomy referencyjne. Poziom pierwszy – to szpitale udzielające świadczeń w chorobach wewnętrznych, chirurgii ogólnej, położnictwie i ginekologii oraz z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii. Poziom drugi – to szpitale wojewódzkie udzielające, obok wymienionych świadczeń, dodatkowo świadczenia w czterech innych specjalnościach medycznych. Poziom trzeci – obejmuje

## Kodowanie i analiza danych

Odpowiedzi ankiety zostały zakodowane i wprowadzone do bazy danych, specjalnie zaprojektowanej dla tej ankiety. Odpowiedzi na pytania otwarte zostały przeanalizowane, utworzono listę kategorii odpowiedzi, które także zakodowano. Dane zostały wprowadzone do bazy oddzielnie przez dwie przeszkolone osoby, a następnie została sprawdzona poprawność i wewnętrzna spójność wprowadzonych danych. W niejasnych przypadkach sprawdzono odpowiedzi telefonicznie i wprowadzono poprawki. Analiza statystyczna została przeprowadzona przy użyciu programu Statistica 5, przez specjalistę statystyka z Zakładu Epidemiologii IZP CM UJ. Przeprowadzone wywiady zostały spisane, a następnie przeprowadzono analizę tekstu, wyodrębniając powtarzające się tematy i wątki, z których następnie także wyodrębniono kategorie, tam gdzie było to możliwe, spójne z odpowiedziami ankiety.

## 4.5 Wyniki badania

### 4.5.1 Zwrotność ankiet

Ankiety zwróciło 815 osób (co stanowi 57.2% wszystkich wysłanych ankiet). Zwrotność ankiet w poszczególnych grupach respondentów była istotnie zróżnicowana. Najwyższą zwrotność uzyskano w grupie Dyrektorów Samorządowych Wydziałów Zdrowia (DS) - 88,1% oraz Dyrektorów Kas Chorych (DKC) - 78,6%, najniższą - w grupie Dyrektorów ds. Medycznych szpitali (DM) - 33,2%. Odpowiedziało na ankietę 65,1% Pielęgniarek Naczelnych (PN) oraz 56,2% Dyrektorów Naczelnych szpitali (DN). (Ryc. 1). *(Uwaga: Wykresy i tabele, w których przedstawiono wyniki badania zamieszczono w Aneksie nr 2. Numeracja tabel i wykresów odnoszących się do opisywanego tu badania jest niezależna od numeracji rycin w pozostałych rozdziałach opracowania).*

Ogólnie, odzew na ankietę był nadszpiewanie duży, zważywszy, opisany wcześniej, burzliwy okres wprowadzania reformy, a także specyficzne cechy badanej kategorii użytkowników (m.in. brak czasu, obciążenie obowiązkami). Poziom zwrotności ankiet w poszczególnych podgrupach nie zawsze jednak gwarantuje reprezentatywność wyników w

---

szpitale kliniczne państwowych uczelni medycznych oraz szpitale jednostek badawczo rozwojowych

odniesieniu do danej podgrupy (niedostateczny jest zwłaszcza w grupie dyrektorów ds. medycznych). Istotne różnice w poziomie zwrotności między poszczególnymi podgrupami utrudniają też analizę porównawczą. Z tego powodu, rozkłady wyników analizowano w poszczególnych podgrupach, pamiętając o tym, że z większym zaufaniem można traktować wyniki w grupach menedżerów samorządowych, pielęgniarek i dyrektorów kas chorych niż w grupie dyrektorów szpitali, gdzie niedostateczna zwrotność odpowiedzi może powodować pewne ich skrzywienie. Należy jednak pamiętać, że celem ankiety był wstępny sondaż sytuacji, dający podstawę do zaproponowania dalszych szczegółowych badań w obszarach szczególnie ważnych. Wydaje się więc, że zwrotność w większości grup była wystarczająca, aby obszary te zidentyfikować. Wyniki ankiety są też zasadniczo zgodne z obrazem potrzeb i zachowań wyłaniającym się z wywiadów i dyskusji grupowych, toteż wydaje się, że można na ich podstawie wysnuć pewne uogólnienia.

Różnice w odzwieciu na ankietę w poszczególnych grupach, mogą stanowić podstawę dla pewnych przypuszczeń, co do przyczyn tego zróżnicowania. Pierwszym z powodów może być różnica w nasileniu odczuwanych przez respondentów potrzeb informacyjnych. Ankieta niosła ze sobą zapowiedź rozwiązań w sferze systemów i usług informacyjnych. Być może nadzieja przyczynienia się do powstania tego rodzaju usług mogła spowodować, że grupy najbardziej ich potrzebujące zareagowały najliczniej. Dyrektorzy Wydziałów Samorządowych, Dyrektorzy Kas Chorych i Naczelne Pielęgniarki jawiłyby się wtedy, jako grupy najbardziej potrzebujące usług informacyjnych. Dyrektorzy w Samorządach i Dyrektorzy w Kasach Chorych, mają, w porównaniu z innymi ankietowanymi, niedługą historię funkcjonowania w systemie ochrony zdrowia, a co za tym idzie ich zaplecze informacyjne jest mniej ustabilizowane. Prawdopodobnie napotykają więc na większe przeszkody w dostępie do potrzebnej informacji i dotkliwiej odczuwają jej brak. Pielęgniarki z kolei, są grupą, która jak pokazują wyniki badania, ma najniższe umiejętności, przydatne przy odszukiwaniu informacji, a więc przypuszczalnie spotyka największe trudności chcąc informację pozyskać. Jest to też, grupa, której potrzeby informacyjne są najbardziej lekceważone, co wynika z jej niskiego statusu zawodowego.

Z kolei, Dyrektorzy Medyczni to zawsze lekarze, zwykle ordynatorzy oddziałów szpitalnych. Obok funkcji kierowniczych, realizują oni przede wszystkim zadania bezpośrednio związane z opieką nad pacjentem. Ta sfera działalności (opieka medyczna) jest znacznie lepiej, i w bardziej uporządkowany sposób, wspierana przez naukę, nie zmieniła się też tak radykalnie w ostatnim czasie, jak inne aspekty ochrony zdrowia. Decyzje ordynatorów

są też mniej niż np. decyzje Dyrektorów Naczelnych zależne od zmian w całym systemie ochrony zdrowia. Prawdopodobnie dlatego, grupa DM czuje się bardziej usatysfakcjonowana posiadaną informacją. Tak więc można przypuszczać, że lepsza zwrotność ankiet w grupie DS, PN i DKC świadczy o wyższym zapotrzebowaniu na informację lub o większych trudnościach w dostępie do informacji w tych podgrupach menedżerów.

Kolejną przyczyną różnic może być stopień zainteresowania tematem powodujący, że osoby zainteresowane przedmiotem badania chętniej wypełniły ankietę (Fowler 1993). Część ankiety poświęcona była informacji dotyczącej realizacji celów zdrowotnych. Jest to jedno z ważnych zadań Samorządów, jedna z dziedzin finansowania przez Kasy Chorych, a realizacja programów promocji i edukacji zdrowotnej jest zadaniem bliższym pielęgniarkom niż lekarzom czy administratorom. Większe zainteresowanie tematem mogło więc także przyczynić się do większej zwrotności ankiet w grupach DS, PN oraz DKC.

Relatywnie niska zwrotność ankiet w grupie Dyrektorów Naczelnych szpitali może mieć czysto historyczną przyczynę. Okres badania zbiegł się z okresem restrukturyzacji szpitali. Dyrektorzy w tym czasie zmuszeni byli sporządzać liczne raporty i wypełniać ankiety kierowe do nich z Ministerstwa Zdrowia. Był to też okres zawierania pierwszych kontraktów z Kasami Chorych. Przypuszczalnie więc, większe niż zazwyczaj obciążenie zawodowymi obowiązkami oraz nasilona niechęć do wypełniania kwestionariuszy przyczyniły się do stosunkowo niskiego odzewu ze strony tej grupy respondentów.

#### **4.5.2. Wyniki mówiące o osobniczych predyspozycjach ankietowanych**

Ryc.2 Zawiera zestawienie średnich wartości indywidualnych zmiennych niezależnych w podgrupach. Ankietowani menedżerowie to zwykle osoby w średnim wieku (78% ma 36-55 lat, średnia wieku dla całej grupy to 44,5). Dyrektorzy Naczelni i Dyrektorzy ds. Medycznych w szpitalach to przeważnie mężczyźni (odpowiednio 72,9%, 68,5%), Pielęgniarki Naczelne to wyłącznie kobiety. W innych grupach nie ma istotnej dominacji określonej płci. 45,5 % respondentów stosunkowo krótko zajmuje kierownicze stanowisko w ochronie zdrowia (1-5 lat). Najdłuższy staż kierowniczy mają średnio pielęgniarki naczelne – 10 lat. Większość respondentów ma wykształcenie medyczne lub pielęgniarskie (70,1%), osoby mające pozamedyczne wykształcenie są najczęściej ekonomistami (6,0%) lub prawnikami (5,4%). Jedynie w grupie menedżerów w Samorządach, badani częściej (64%) mają wykształcenie pozamedyczne. Ponad połowa badanych osób ukończyła kursy

menedżerskie. Najmniejsza liczba osób posiadających menedżerskie kwalifikacje jest w grupie dyrektorów władz samorządowych, oni też mają średnio najkrótszy staż kierowniczy. Dyrektorzy ds. Medycznych rzadko mają przygotowanie menedżerskie. Pielęgniarki Naczelne oraz Dyrektorzy Naczelni zwykle dłużej niż inne grupy zajmują stanowisko kierownicze i większość z nich ukończyła szkolenia menedżerskie. Tylko 3.2% Ankietowanych posiada stopień naukowy, (co najmniej doktorat), ale już 43.3% posiada specjalizację medyczną II stopnia.

O umiejętnościach menedżerów, mających istotne znaczenie dla skutecznego odszukiwania informacji i oceny jej wartości, tzn. o znajomość języków obcych, umiejętności korzystania z baz komputerowych oraz znajomości metodologii badań naukowych, można sądzić jedynie przez pryzmat ich własnej samooceny. Ankietowani udzielali odpowiedzi korzystając z pięciostopniowej skali (1.nie znam, 2.znam słabo, 3.znam 4.znam dobrze, 5.znam bardzo dobrze). Dla bardziej zwięzłej prezentacji wyników połączono odpowiedzi: „nie znam” i „znam słabo” w jedną kategorię, podobnie postąpiono z odpowiedziami „znam dobrze” i „znam bardzo dobrze”. Ogólnie respondenci ocenili swoje umiejętności dość nisko, wystąpiły jednak istotne różnicowania w poszczególnych grupach (Ryc.3). Tylko 15.7% ogółu ankietowanych ocenia swoją znajomość języków obcych, jako dobrą lub bardzo dobrą. Samoocena ta jest różna w poszczególnych grupach ankietowanych (Ryc.4) i wyraźnie skorelowana z wykształceniem. Znacznie częściej ( $p < 0.001$ ) znają dobrze język obcy lekarze (26.9%) niż pielęgniarki (5,6%) lub osoby o innym wykształceniu (11,1%) (Ryc.5). Lepsza jest też samoocena znajomości języków obcych wśród osób młodych (Ryc.6). Im młodszy respondenci tym większy udział procentowy osób zadowolonych ze swojej znajomości języka obcego ( $p < 0.05$ ). Pomimo to, że większość badanych twierdzi, że nie zna lub zna słabo języki obce, tylko 43,2% menedżerów uważa to za przeszkodę w dostępie do wiedzy (Ryc.43).

Prawie wszyscy respondenci (90,6%) twierdzą, że ufają opublikowanemu słowu, jednak tylko 12,6% ogółu badanych osób wydaje się być przygotowana do krytycznej analizy publikacji naukowych, oceniając swoją wiedzę na temat metod badań naukowych, jako dobrą lub bardzo dobrą. Są pewne różnice w grupach respondentów (Ryc.7). Wśród tych, którzy twierdzą, że dobrze znają metody badań naukowych najwięcej jest lekarzy (15,6%), najmniej pielęgniarek (9,9) ( $p < 0.05$ ) (Ryc.8). Istnieje też zależność między wiekiem a samooceną tej wiedzy. Osoby młode mają lepsze mniemanie o swojej znajomości metod badawczych niż osoby starsze (Ryc.9). Analiza wykazała też pozytywny wpływ osobistego doświadczenia w pracy badawczej na samoocenę znajomości metod badań naukowych ( $p < 0,01$ ). Ponad połowa badanych jednak nigdy nie prowadziła, ani nie uczestniczyła w tego rodzaju pracach. Brak

wiedzy na temat metodologii prac naukowych uniemożliwia krytyczną ocenę publikacji, jednak tylko 8% ankietowanych uważa, że brak tej wiedzy jest dla nich przeszkodą w korzystaniu z doniesień naukowych (Ryc.43).

Do dobrej umiejętności posługiwania się komputerowymi bazami danych przyznaje się 12,9% ogółu respondentów. Samoocenę w poszczególnych grupach przedstawia Ryc.10. I znowu najniższa jest samoocena pielęgniarek, wśród których 78,2 % twierdzi, że nie umie lub umie w niewielkim stopniu korzystać z baz komputerowych (w porównaniu np. z 56,7% lekarzy i 57,9% reprezentantów innych zawodów ( $p<0.01$ )) (Ryc.11). I znowu, jak w tym przypadku można się było spodziewać, osoby młode radzą sobie z tym lepiej ( $p<0.01$ ) (Ryc.12). Tylko 18 % badanych uważa, że brak tej umiejętności jest przeszkodą w korzystaniu z zasobów fachowej literatury (Ryc.43).

Z zestawienia procentowego udziału w ankietowanej grupie osób, które uważają, że brakuje im wymienionych umiejętności i wiedzy oraz osób, dla których brak tych umiejętności stanowi przeszkodę w korzystaniu z publikacji naukowych (Ryc.13) wynika, że choć badane osoby nisko oceniają swoje umiejętności, to większość z nich nie postrzega tego, jako przeszkody w korzystaniu z osiągnięć nauki. Najmniej jest to wyraźne w przypadku nieznanomości języka, który to brak stanowi jednak przeszkodę dla ponad 40% ankietowanych, o wiele bardziej ostro, w przypadku nieumiejętności przeszukiwania baz czy braku znajomości metod badawczych. Jeżeli przyjrzeć się tym zależnościom w grupach to obraz jednak zmienia się. Wyraźnie widać, że Pielęgniarki mają większą świadomość, że bariera językowa oraz bariera nieumiejętności odszukania literatury stanowią przeszkody w dostępie do wiedzy. Podobnie jak dla pozostałych grup, nie jest dla Pielęgniarek Naczelnych istotną przeszkodą nieznanomość metod badawczych (Ryc.14).

43.4% Ogółu respondentów korzysta z Internetu, przy czym występują różnice między grupami. Najmniej wśród internautów jest Naczelnych Pielęgniarek (23.1%) i menedżerów w samorządach (35.7%) (Ryc.15). Jak można się było spodziewać korzystanie z Internetu jest istotnie ( $p<0.001$ ) skorelowane z wiekiem, im młodszy są respondenci tym częściej używają tego kanału informacji (Ryc.16). Jest także prawie dwa razy więcej mężczyzn niż kobiet wśród użytkowników Internetu ( $p<0.001$ ) (Ryc.17). Na stronach WWW respondenci szukają najczęściej: informacji medycznej, aktów prawnych, oraz informacji dotyczących reformy i kontraktowania usług, na stronach WWW Ministerstwa Zdrowia i na stronach Kas Chorych.



#### 4.5.3. Wyniki ankiety związane z charakterem pracy i pełnioną przez ankietowanych rolą zawodową

Respondenci pracują zawodowo średnio 49 godzin tygodniowo, do tego ok. 3.5 godziny tygodniowo przeznaczają na samokształcenie, co oznacza średnio 10.5 godzin dziennie poświęconych pracy zawodowej. Pielęgniarki i menedżerowie w wydziałach samorządowych wydają się być nieco mniej pochłonięci pracą zawodową niż inne grupy. Ryc.18 zawiera zestawienie średnich wartości zmiennych niezależnych związanych z rolą zawodową w poszczególnych podgrupach respondentów.

Menedżerowie, z którymi przeprowadzono wywiady, generalnie uskarżają się na nadmiar informacji w swojej pracy. Przy czym problemem, jak twierdzą, nie jest nadmiar użytecznej informacji, ale nadmiar informacji bezużytecznej. Jak powiedziała jedna osoba „bez przerwy płynie do mnie strumień wiadomości, papierów, zestawień danych, a wciąż nie dostaję tego, co jest mi naprawdę potrzebne, aby dobrze wywiązać się z nałożonych na mnie obowiązków”.

Ankietowani, pytani o to, jak często znajdują się w sytuacji, w której aby podjąć decyzję powinni sięgnąć do opublikowanych opracowań twierdzą, że zdarza się to często. Prawie połowa (48,5%) badanych menedżerów odpowiada, że co najmniej raz w tygodniu, a ok. 23% respondentów twierdzi, że codziennie stoją wobec takiej konieczności. Nie ma przy tym istotnych różnic między poszczególnymi podgrupami, ani nie zależą też one od innych zmiennych niezależnych (Ryc.19).

Dla 60.8% ankietowanych pierwszym źródłem, do którego zwracają się, napotykając lukę w swojej wiedzy, jest własny zbiór książek i czasopism. Tylko 19.5% respondentów najpierw zwraca się do znajomych specjalistów. Analiza nie wykazała istotnych różnic między grupami, ani korelacji z wiekiem lub wykształceniem ankietowanych (Ryc.20)

O nowych rozwiązaniach w ochronie zdrowia ankietowani menedżerowie najczęściej dowiadują się na szkoleniach i z publikacji naukowych. Tylko w przypadku DS kolejność jest odwrotna, częściej dowiadują się o nowościach z publikacji. Trzecim kolejno wymienianym źródłem są media. Koledzy i zwierzchnicy już znacznie rzadziej są źródłem informacji o innowacjach (Ryc.21). Także szukając specjalistycznej informacji dotyczącej realizacji celów Narodowego Programu Zdrowia respondenci dopiero na trzecim miejscu wskazują kolegów po fachu, po źródłach instytucjonalnych, takich jak Centra Zdrowia Publicznego czy Ministerstwo Zdrowia. Ale, kiedy zaistnieje potrzeba zweryfikowania informacji respondenci w równej mierze wykorzystują wiedzę kolegów, jak sięgają do innych publikacji

na ten sam temat (Ryc.22). Występują tu pewne korelacje z wykształceniem i doświadczeniem zawodowym ( $p < 0.05$ ). Menedżerowie o krótszym doświadczeniu oraz lekarze, szukając potwierdzenia informacji chętniej kierują się do innych publikacji, podczas gdy osoby o większym doświadczeniu zawodowym, pielęgniarki, a także osoby o innym niż medyczne wykształceniu, chętniej dyskutują na temat swoich wątpliwości z równymi sobie. Samodzielnej oceny wartości doniesień naukowych częściej podejmują się osoby młode oraz lekarze, a także osoby posiadające stopień naukowy. Bardzo małe znaczenie ma opinia kolegów, jeśli chodzi o decyzje bezpośrednio dotyczące wyboru innowacji, rozwiązania czy programu. Tylko 1,1% ogółu respondentów polegałoby w takiej sytuacji na rekomendacji kolegów (Ryc.23). Interesujące, jest to, że na pytanie o sposoby weryfikacji informacji nie odpowiedziało aż 33 osoby, co w ankiecie było wyjątkowe (zwykle odnotowywano brak co najwyżej kilku odpowiedzi) i może wskazywać na niezrozumienie pytania przez badanych, a pośrednio może także dowodzić braku zrozumienia wagi jakości informacji.

Na podstawie omówionych wyników można stwierdzić, że opinie kolegów po fachu mają drugorzędne znaczenie dla decyzji podejmowanych przez menedżerów. Ufają oni bardziej źródłom drukowanym, publikacjom naukowym, informacji pozyskanej na szkoleniach. Prawie wszyscy badani (90.6%) wierzą temu, co zostało opublikowane w fachowych czasopismach.

Wydawałoby się więc, że ankietowani powinni cenić sobie wiedzę naukową. A jednak ponad połowa respondentów uważa, że badania naukowe mają umiarkowany wpływ na praktyczne decyzje, 9% nie dostrzega żadnego związku między działalnością naukową a praktyką, a tylko 14.7% uważa, że wpływ ten jest silny (Ryc.24). Nie ma przy tym istotnych różnic między poszczególnymi grupami, ani też korelacji takiej oceny z wiekiem, doświadczeniem zawodowym oraz wykształceniem ankietowanych.

75,3% ankietowanych osób twierdzi przy tym, że jest im trudno śledzić rozwój wiedzy w dziedzinach mających wkład w obszar ich decyzji, tylko dla 3.2% ankietowanych jest to łatwe (Ryc.25) Nie ma przy tym istotnych różnic między poszczególnymi grupami, Trudno się dziwić trudnościom, zważywszy, że ankietowani nie mają nawyku korzystania osobiście z takich usług informacyjnych jak biblioteki, serwisy internetowe, ani też z baz piśmiennictwa naukowego. Jeżeli kierują się do źródeł drukowanych to jest to, w pierwszym rzędzie, jak już powiedziano, własny zbiór książek i publikacji (por. Ryc.20) Respondenci bardzo rzadko korzystają z biblioteki w swojej instytucji, jeszcze mniejsza ich liczba korzysta ze bibliotek naukowych akademii medycznych.

Wcześniej powiedziano o niskiej samoocenie ankietowanych dotyczącej własnej umiejętności korzystania z baz komputerowych. Nie dziwi więc, że bardzo nieliczni menadżerowie korzystają ze specjalistycznych baz piśmiennictwa naukowego w dziedzinie medycyny. Tylko 6,2% menedżerów w Kasach Chorych i Samorządach twierdzi, że korzystają z takich baz. W grupie menedżerów w szpitalach korzystało z Polskiej Bibliografii Lekarskiej tylko 12,3% badanych, z bazy Medline - 12,1%. Liczba ta wzrasta nieco, jeżeli uwzględnia się przeszukiwania baz robione przez kogoś innego na polecenie respondentów (odpowiednio 10,7% i 18,2%). Nieliczne osoby samodzielnie przeszukiwały takie bazy jak: Current Contents (32), Embase (5), Health Star (19), Cochrane Library (10). Korzystają z tego rodzaju baz przede wszystkim lekarze.

Pomimo braku umiejętności przeszukiwania komputerowych baz publikacji, ponad połowa respondentów (52,5%) nie skorzystałaby z pomocy bibliotekarzy szukając fachowej informacji. Wśród nich 44,6% osób podaje jako powód - przekonanie, że jednak sami zrobią to skuteczniej, 31,6% wskazuje na brak odpowiedniej wiedzy pracowników informacji, 14,1% - na trudność wyjaśnienia problemu. Nie ma istotnych różnic między poszczególnymi grupami respondentów (Ryc.26). 71,3% badanych nie uważa jednak, aby konieczne było specjalistyczne kształcenie pracowników informacji naukowej lub nie ma na ten temat zdania. 52,3 % twierdzi, że w tym celu wystarczy przeszkolić dowolnego pracownika.

Choć znacznie więcej osób korzysta osobiście z Internetu (ogółem 43%), z wyraźnymi różnicami w podgrupach (por. Fig 15), na podstawie wywiadów można przypuszczać, że respondenci wykorzystują sieć głównie do korespondencji (poczta elektroniczna), rzadziej w celu przeszukiwania zasobów fachowej informacji. Ci, którzy szukają fachowej informacji w Internecie to przede wszystkim lekarze, potrzebujący informacji medycznej (34,4%). Ankietowani szukają w Internecie także informacji prawnej (19,6%) oraz zaglądają na strony Kas Chorych (12,6%) i Ministerstwa Zdrowia (14,4%).

Co czytają ankietowani menadżerowie? Najczęściej wymienianym czasopismem jest popularny tygodnik Służba Zdrowia, okresowo wydawany 2 razy w tygodniu. Jest to pismo przeznaczone dla szerokiego odbiorcy, zamieszczające obok publicystycznych artykułów dotyczących aktualnych problemów ochrony zdrowia także ogólne omówienia zagadnień medycznych. Kierowane do menadżerów i decydentów, recenzowane czasopisma naukowe: „Zdrowie Publiczne”, „Antidotum”, i „Zdrowie i Zarządzanie”, są wśród respondentów znacznie mniej popularne. Czyta je tylko około 20% ankietowanych, wśród których dominują Dyrektorzy Naczelni szpitali i Dyrektorzy Kas Chorych. Opracowania i raporty Ministerstwa Zdrowia i COiEOZ wymieniono tylko w kilku przypadkach.

Ankietowani sami rzadko (Ryc. 27) publikują. Najrzadziej, Dyrektorzy w Samorządach i Pielęgniarki. I chociaż, jak twierdzą ankietowani menedżerowie, są oni bardzo zainteresowani informacją o wdrożeniach (dla ponad połowy ankietowanych najcenniejszą rekomendacją przy wyborze innowacji jest informacja o zakończonym sukcesem wdrożeniu w podobnych do ich własnych uwarunkowaniach (por. Ryc.23), sami rzadko dzielą się swoimi obserwacjami i doświadczeniami na łamach fachowych czasopism. Częściej publikują mężczyźni niż kobiety ( $p<0,05$ ) oraz częściej lekarze niż osoby o innym wykształceniu ( $p<0,01$ ).

Menedżerów w szpitalach pytano o uczestnictwo w zebraniach naukowych. Ponad połowa (54.8%) ogółu ankietowanych bierze udział w takich spotkaniach. Występują przy tym różnice w poszczególnych grupach menedżerów „szpitalnych”. Pozytywnie odpowiedziało na to pytanie 81.5% Dyrektorów Medycznych, 62.9% Dyrektorów Naczelnych, ale tylko 35.2% Naczelnych Pielęgniarek. 29.3% respondentów twierdzi, że nie ma w ich instytucjach takich zebrań. Osoby te to głównie pielęgniarki (Ryc. 28).

Ponad połowa respondentów uważa, że w polskiej opiece zdrowotnej stosowane są sposoby leczenia, które nie są poparte rzetelną i aktualną wiedzą, i są albo przestarzałe albo ich skuteczność nie jest dostatecznie dobrze udowodniona. Tylko 6.2% twierdzi, że to się nie zdarza, a 20.8% osób nie ma na ten temat opinii (Ryc. 29). Za ten stan badani menedżerowie winią głównie brak środków finansowych pozwalających kupować nowoczesną aparaturę i stosować nowe skuteczne procedury oraz brak motywacji do aktualizacji wiedzy. Trudności w dostępie do wiedzy naukowej, w tym także utrudnienia stwarzane przez zwierzchników i brak wytycznych postępowania, są wskazywane rzadziej. Są jednak pewne różnice między grupami. Na brak środków finansowych wskazują najczęściej Dyrektorzy Medyczni, na hamowanie rozwoju zawodowego przez zwierzchników istotnie częściej skarżą się pielęgniarki, a niekorzystny wpływ producentów wskazują najczęściej Dyrektorzy Naczelni Szpitali (Ryc. 30).

72.6% badanych twierdzi, że pracodawca powinien ułatwić swoim pracowników dostęp do wiedzy. Pytani o to, jak najchętniej zużytkowałiby pieniądze przeznaczone na ułatwienie pracownikom dostępu do fachowej informacji, 75.3% ankietowanych uważa, że przeznaczyliby je na szkolenia. Tylko niewielki procent respondentów (6,3%) przeznaczyłoby takie środki na utrzymywanie dobrze wyposażonej biblioteki. Nie ma statystycznie istotnych różnic między grupami. Przeczy to wyrażanej w innym miejscu ankiety chęci, aby w instytucji respondentów istniała tradycyjna biblioteka z aktualnym zbiorem podstawowych podręczników, raportów, czasopism i baz. 63.3% ogółu badanych wyraża takie pragnienie.

Jeżeli przyjrzeć się potrzebom menedżerów, dotyczącym ułatwień w dostępie do informacji okazuje się, że Menedżerowie najbardziej potrzebują usługi polegającej na dostarczaniu im bieżącej informacji o tym, co dzieje się w sektorze ochrony zdrowia (Ryc.31). Najchętniej chcieliby mieć taką usługę we własnej instytucji. Dopiero trzecia w kolejności jest biblioteka. Bardziej potrzebują biblioteki menedżerowie w szpitalach niż w innych instytucjach, a wśród nich najbardziej pielęgniarki naczelne (73,2%). Potrzeba ta nie jest zależna od wieku respondentów, ale są różnice w grupach zawodowych. Bardziej potrzebują biblioteki osoby o medycznym lub pielęgniarskim wykształceniu ( $p < 0,05$ ). Wśród ułatwień w dostępie do informacji najmniej potrzebny jest menedżerom pracownik informacji naukowej. Nie ma tu istotnego zróżnicowania w grupach respondentów, ale znowu bardziej potrzebują pracownika informacji lekarze i pielęgniarki ( $p < 0,05$ ). Wydaje się, że menedżerowie, którzy pełnią jednocześnie funkcje medyczne są bardziej skłonni, lub bardziej przyzwyczajeni do korzystania z bibliotek i z usług pracowników informacji niż menedżerowie o innym niż medyczne wykształceniu. (Ryc. 32).

#### **4.5.4 Informacja potrzebna ankietowanym menedżerom**

Trzy kategorie informacji: 1/informacja bieżąca o pracach i planach władz zdrowotnych, 2/analizy kosztów i skuteczności programów zdrowotnych oraz 3/standardy postępowania medycznego, wyłaniają się jako najważniejsze i są wskazywane przez wszystkich ankietowanych (Ryc. 33). W poszczególnych grupach występują jednak różnice w hierarchii ważności tych trzech kategorii informacji, najwyraźniej związane ze zróżnicowanymi zadaniami poszczególnych grup menedżerów (Ryc.34 i 34 bis). Informacja o pracach i planach władz zdrowotnych jest najważniejsza dla Dyrektorów Naczelnych (DN i DKC), których decyzje muszą uwzględniać ogólne ramy zarządzeń Ministerstwa Zdrowia. Dyrektorzy w samorządowych wydziałach zdrowia są bardziej niezależni od decyzji centralnych. Dla tej grupy, dla której realizacja programów prozdrowotnych jest jednym z podstawowych zadań, informacja o skuteczności programów zdrowotnych, jest ważniejsza niż dla innych grup. Informacja ta jest też bardzo istotna dla realizujących programy zdrowotne pielęgniarek. Z trzech najczęściej wymienianych kategorii informacji standardy postępowania medycznego są najmniej ważne dla Dyrektorów w Samorządach, którzy nie zajmują się bezpośrednio leczeniem i nie dokonują też wyborów związanych z postępowaniem medycznym. Samorzady są jednak właścicielami infrastruktury szpitalnej na

swoim terenie, dyrektorom w samorządach potrzebna jest więc informacja o skuteczności kupowanych przez szpitale technologii, informacja, która uzasadnia te zakupy. Standardy postępowania są ważne przede wszystkim dla menedżerów w szpitalach (DN, DM, PN), ale także dla Dyrektorów Kas Chorych odpowiedzialnych za zakup świadczeń zdrowotnych odpowiadających obowiązującym standardom. Dominuje jednak wśród ogółu respondentów potrzeba informacji o aktualnych poczynaniach i zamierzeniach władz zdrowotnych. Potrzebę tej informacji potwierdza także to, że najbardziej potrzebują menedżerowie usługi, która polegałaby na dostarczaniu im bieżącej informacji o tym, „co dzieje się” w sektorze ochrony zdrowia (regulacje prawne, rozporządzenia, kierunki polityki zdrowotnej).

Inne wskazywane często kategorie informacji to lokalne priorytety zdrowotne, zasady finansowania, lokalne dane epidemiologiczne, informacja prawna, a także dane dotyczące rynku usług oraz informacja na temat skuteczności technologii medycznych. Hierarchia pozostałych potrzeb informacyjnych jest zależna od pełnionej funkcji: informacji o finansowaniu usług najbardziej potrzebują Dyrektorzy Naczelni, najmniej Dyrektorzy Kas Chorych, którzy tę informację pośrednio „produkują”. Informacji o rynku usług medycznych najmniej potrzebują kierownicy, którzy gry rynkowej nie muszą uwzględniać w swoich decyzjach, a więc Dyrektorzy KC i DS. Danych epidemiologicznych (zdrowotnych) najbardziej potrzebują Dyrektorzy Medyczni i Pielęgniarki Naczelne, odpowiedzialni bezpośrednio za opiekę medyczną. Uogólniając można powiedzieć, że hierarchia potrzebnej respondentom informacji odpowiada zadaniom, jakie mają do spełnienia na swoich stanowiskach. Są jednak pewne obszary informacji tak zaniedbane, że choć nie są w tym samym stopniu istotne są dla poszczególnych grup zarządzających, to jednak we wszystkich grupach wysuwają się na czoło potrzeb z powodu szczególnie dużych braków. I taką jest informacja o kierunkach polityki zdrowotnej państwa i rozporządzeniach najwyższego szczebla.

Mniej widoczna jest zależność potrzeb informacyjnych menedżerów od ich zadań i miejsca zajmowanego w systemie, jeżeli analizuje się odpowiedzi na pytanie, jakiej informacji potrzebują respondenci, aby realizować cele Narodowego Programu Zdrowia. Najbardziej potrzebne okazują się wtedy dla wszystkich menedżerów dane, dotyczące lokalnych potrzeb zdrowotnych oraz analizy koszt-efekt programów zdrowotnych (Ryc.35). Tej informacji brakuje wszystkim respondentom najbardziej, choć są pewne różnice w hierarchii potrzeb w poszczególnych podgrupach. W istotny sposób bardziej niż innym grupom dane dotyczące lokalnych potrzeb zdrowotnych potrzebne są pielęgniarkom i

menedżerom w samorządach ( $p < 0.01$ ). Oni to, bowiem głównie realizują programy zdrowotne. Dla pozostałych kierowników ważniejsza jest informacja o opłacalności programów. Oznacza to, albo to, że dla pielęgniarek i dyrektorów w samorządach rozpoznanie potrzeb zdrowotnych jest rzeczywiście bardziej istotne albo, że lokalne dane zdrowotne są najtrudniej dla tych grup dostępne. Zalecenia i rekomendacje, a także informacja skierowująca, mają generalnie mniejsze znaczenie dla wszystkich grup respondentów. Najbardziej potrzebują jej pielęgniarki. Pielęgniarki Naczelne, w ogóle, są grupą najbardziej zainteresowaną informacją potrzebną przy realizacji celów NPZ. Czy wynika to jedynie z tego, że są najbardziej zaangażowane z racji swoich obowiązków w realizację programów pro zdrowotnych? Być może pytanie o motywację szukania tej informacji, a więc pytanie o rzeczywistą potrzebę informacyjną naświetli nieco tę sprawę.

Najczęściej wymienianym powodem szukania informacji dotyczącej realizacji celów zdrowotnych jest poszukiwanie dodatkowych środków finansowania dla instytucji (Ryc. 36). Dopiero w dalszej kolejności respondenci wymieniają chęć poznania dyrektyw polityki zdrowotnej albo uzyskanie pomocy w realizacji konkretnego programu.

Niektóre programy zdrowotne finansowane są z budżetu państwa inne z funduszy przeznaczonych na konkretne działania profilaktyczne lub programy promocji zdrowia (np. programy przeciwdziałania paleniu tytoniu). Z odpowiedzi wynika, że szczególnie dla Dyrektorów Naczelnych i Dyrektorów w Samorządach chęć pozyskania środków finansowych jest najważniejszą motywacją poszukiwania informacji. Pozyskanie takiego finansowania oznacza dodatkowe środki dla instytucji i jej działań, jak wynika z przeprowadzonych wywiadów, nie zawsze (lub nie w całości) związanych z realizacją celów NPZ. Środki te np. stanowią dodatek do zarobków pracowników lub służą finansowaniu rozmaitych pilnych potrzeb instytucji. Ze zrozumiałych powodów Dyrektorzy Kas Chorych, którzy dysponują częścią funduszy przeznaczonych na NPZ, znacznie rzadziej podają tę motywację, a z kolei najczęściej mają problem z rozdysponowaniem środków na ten cel. Jak widać potrzebą informacyjną jest tu nie tyle chęć realizowania celów NPZ lub wyjaśnienia związanych z tym działaniem wątpliwości, ale zaradzenie ogólnym trudnościom finansowym. W świetle takiej motywacji, omówiona wyżej i niezbyt odpowiadająca pełnionym rolom, hierarchia potrzeb znajduje częściowe wyjaśnienie.

Pośrednio o pewnych potrzebach informacyjnych (a więc zadaniach i decyzjach wymagających informacji) mówi zainteresowanie respondentów szkoleniami. Największym zainteresowaniem cieszyłoby się szkolenie dotyczące monitorowania jakości w opiece

zdrowotnej (82.7%). 80% badanych chciałoby uczyć się planowania programów zdrowotnych, wśród nich najwięcej jest DS, DKC oraz PN.

Wśród szkoleń bezpośrednio związanych z pozyskiwaniem informacji największe zainteresowanie wzbudziły szkolenia w zakresie korzystania z baz komputerowych (Ryc. 37 i 37bis). Nie ma tu istotnych różnic między poszczególnymi grupami. Natomiast występują różnice są w zainteresowaniu szkoleniem w krytycznej analizie publikacji. Kurs taki cieszyłby się największym powodzeniem, wśród Dyrektorów Medycznych szpitali i Dyrektorów Kas Chorych. Widocznie DM i DKC częściej niż pozostałe grupy stoją przed problemem oceny jakości prezentowanych im wyników lub też w większym stopniu niż np. Pielęgniarki czy Dyrektorzy w Samorządach zdają sobie sprawę z niebezpieczeństwa, jakie stwarza brak krytycyzmu w odbiorze opublikowanej informacji. Osoby, które twierdzą, że mają doświadczenie w pracy badawczej (a takich jest 47,5%), istotnie częściej niż inne wyrażają chęć uczestniczenia w takim kursie ( $p < 0.01$ ). Prawdopodobnie osoby te zdają sobie sprawę z wagi, jaką ma jakość procesu badawczego dla wiarygodności prezentowanych wyników. Interesujące jest zestawienie potrzeb szkoleniowych z samooceną własnych umiejętności i wiedzy przez ankietowanych, co ilustruje Ryc.38. Nie wszystkie osoby, które przyznają się do braku znajomości metod badawczych chcą się szkolić w tej materii, natomiast, z wyjątkiem PN, ankietowani przyznający się do braków w posługiwaniu się bazami komputerowymi, chcieliby osiągnąć tę umiejętność. Znacznie więcej jest osób, które chciałoby uczestniczyć w szkoleniach krytycznej analizy tekstu niż osób, które brak tej umiejętności postrzegają jako przeszkodę w korzystaniu z literatury naukowej (Ryc.39). Generalnie duże zainteresowanie respondentów szkoleniami wskazuje na wyraźną preferencję odnośnie do sposobu pozyskiwania wiedzy.

Menedżerowie chcieliby, aby określone kategorie informacji znajdowały się w konkretnych, wiadomych im miejscach. Na przykład, informacja dotycząca realizacji celów zdrowotnych powinna według badanych być dostępna w Centrach Zdrowia Publicznego i w Ministerstwie Zdrowia. Rozproszenie informacji jest postrzegane, jako jedna z istotnych przeszkód w realizacji określonych zadań.

Ankietowani potrzebują też informacji skierowanej do nowości wydawniczych. Nie ma tu istotnych różnic między grupami. Najchętniej informacje taką otrzymywaliby respondenci poprzez wysyłany pocztą biuletyn (54.8%), kolejno: na łamach specjalistycznego czasopisma kierowanego do menedżerów (29.1%), na stronach WWW (9.9%) i w końcu, pocztą elektroniczną (Ryc.40). Pielęgniarki Naczelne zdecydowanie mniej chętnie niż menedżerowie w innych grupach otrzymywałyby tę informację elektronicznie. Tylko 3,5%



PN jest zainteresowanych tym ostatnim kanałem dostarczania informacji skierowanej. Jest to kolejnym potwierdzeniem niższego niż w innych grupach przygotowania pielęgniarek do korzystania z komputerów i sieci. Wśród zainteresowanych elektronicznym przekazywaniem takiej informacji są głównie osoby w wieku 36-45 lat oraz lekarze. Fakt, że strony WWW znalazły się dopiero na trzecim miejscu w opinii ankietowanych, świadczy o wciąż umiarkowanym zainteresowaniu tym kanałem przepływu informacji wśród badanych. Kolejnym tego potwierdzeniem jest odpowiedź na pytanie, czy respondenci mogą wskazać na kategorie informacji, do której potrzebują bezpośredniego komputerowego dostępu. Ponad połowa ankietowanych nie odpowiedziała na to pytanie (57.6%), a 18.2% twierdzi, że nie ma takiej potrzeby. Tylko 22.3% respondentów określiło, do jakich kategorii informacji chcieliby mieć bezpośredni dostęp. Najczęściej wymieniane były zalecenia postępowania medycznego, standardy i rekomendacje, dane epidemiologiczne i demograficzne, informacja dotycząca własnej instytucji oraz bazy piśmiennictwa naukowego.

Menedżerowie potrzebują informacji o wdrożeniach. Ta informacja jest najsilniejszym argumentem, przemawiającym za wyborem innowacji (54% ogółu ankietowanych tak twierdzi). Inne mniej często wymieniane argumenty to: dowody naukowe (34%), opinia autorytetów (9%), najrzadziej opinia kolegów (1%). Nie ma istotnych różnic w grupach respondentów (Ryc.23).

Pytani o formę, w jakiej chcieliby otrzymywać informacje naukową w większości respondenci chcą, aby wyniki badań naukowych były przetwarzane i syntetyzowane w taki sposób, aby mogły służyć decyzjom menedżerskim. Osoby, z którymi przeprowadzono wywiady twierdzą, że dane statystyczne, demograficzne, epidemiologiczne są zbyt ogólne i nie są agregowane w sposób służący ich decyzjom. „Nie mogę chodzić i zbierać informację w poszczególnych instytucjach. Zresztą nikt mi jej nie udostępni”, „dane gromadzone przez specjalistyczne ośrodki są udostępniane tylko na specjalnych warunkach i wybranym osobom” oto niektóre typowe wypowiedzi pochodzące z wywiadów.

Ankietowani nie chcą czytać oryginalnych raportów i opracowań zawierających opis badań i szczegółową analizę ich wyników. Tylko 5% respondentów jest gotowych czytać oryginalne doniesienia naukowe. Większość menedżerów chciałoby, aby wyniki badań były opatrzone komentarzem specjalistów, lub, aby przybierały formę zaleceń, rekomendacji albo podsumowań stanu wiedzy. Preferencje dotyczące formatu opracowań są zróżnicowane w poszczególnych grupach. Dyrektorzy Medyczni chcą, aby wyniki badań komentowane były przez specjalistów (81.1%). Dyrektorzy Naczelni oczekują specjalnych zestawień informacji naukowej dla menedżerów (74.7%). Pielęgniarki chciałyby, aby rezultaty badań naukowych

prezentowane były w formie zaleceń i instrukcji (58.3%), chętniej też niż inne grupy czytają artykuły popularyzujące wiedzę (42.8% PN) (Ryc.41). 31.6% ankietowanych w braku odpowiednich wytycznych i zaleceń dopatruje się przyczyny stosowania niewłaściwego postępowania w ochronie zdrowia.

#### **4.5.5 Wyniki mówiące o środowisku informacyjnym ankietowanych.**

Część prezentowanych w tym rozdziale danych pochodzi z badania ankietowego, część z, poprzedzających ankietę, wywiadów przeprowadzonych z przedstawicielami badanych grup oraz z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia. Niektóre informacje zaczerpnięto z opracowań dotyczących ochrony zdrowia w Polsce w latach 1989-200. Uwzględniono także własne obserwacje analizowanego środowiska.

#### ***Dane pochodzące z ankiety***

Przeprowadzone badanie dostarczyło danych na temat bibliotek w instytucjach respondentów oraz stopnia zadowolenia z ich usług. Tylko w 28.8% ogółu instytucji działa biblioteka. Bardzo rzadko Kasy Chorych (w 15,9 %) oraz Wydziały Zdrowia władz samorządowych (17%) mają zbiór książek, który według respondentów zasługuje na tę nazwę. Trochę lepsza sytuacja jest w szpitalach. Z 225 ankietowanych szpitali w 97 jest biblioteka, (co stanowi 38%). Im wyższy stopień referencyjny szpitala tym zdarza się to częściej (Ryc.42). Wiele bibliotek (80) zostało ostatnio zlikwidowanych lub planuje się ich zamknięcie. Przyczyną, jak mówią osoby, z którymi przeprowadzono wywiady, jest konieczność szukania oszczędności. Szczególnie dotyczy to szpitali pierwszego stopnia referencyjnego. Respondenci twierdzą, że nie mają środków na to, aby utrzymywać bibliotekę w instytucji. Brak jest pieniędzy na zakup książek, prenumeratę czasopism, baz danych, komputerów. Dla większości badanych, brak pieniędzy jest najważniejszą przeszkodą w korzystaniu z opracowań naukowych, a oddalenie od biblioteki jest wskazywane jako jedna z czterech najistotniejszych przeszkód przez DM i PN, czyli znowu przez osoby zaangażowane bezpośrednio w opiekę medyczną (Ryc.43). Brak biblioteki zdecydowanie mniej przeszkadza Dyrektorom Naczelnym, i Dyrektorom w Samorządach i Kasach Chorych niż pozostałym menedżerom.

Tylko w 14.4% badanych instytucji jest stanowisko bibliotekarza, i znowu im wyższy stopień referencyjności szpitala, tym częściej jest w nim zatrudniony bibliotekarz.

W szpitalach trzeciego stopnia, a więc m.in. w szpitalach uniwersyteckich, częściej możemy spotkać bibliotekarzy. Stanowisko takie nie istnieje w Kasach Chorych, a tylko w 22.5% władz samorządowych można wskazać osobę, która zajmuje się zbiorem książek, i dokumentów. Nieliczne stanowiska bibliotekarzy ulegają redukcji. Tylko 30 z badanych menedżerów planuje utworzenie biblioteki w swojej instytucji, tylko jedna osoba myśli o zatrudnieniu bibliotekarza. W oparciu o wywiady można powiedzieć, że w większości instytucji, z wyjątkiem szpitali klinicznych, szpitalna biblioteka oznacza nieuporządkowany i nie skatalogowany, a często także rozproszony w rozmaitych pomieszczeniach zbiór, zwykle dość starych, książek. Wśród tych osób, które odpowiedziały, że w instytucji jest biblioteka, tylko 4.8% było zadowolonych z jej usług.

Pracownicy mają dostęp do Internetu w 56.5% badanych instytucji (Ryc.44). Najlepsza sytuacja jest w Kasach Chorych, w 86.4% Kas Chorych pracownicy mają dostęp do Internetu, ale już tylko w 41.5% szpitali 1-ego stopnia referencyjnego. Są istotne różnice w przyczynach nie korzystania przez ankietowanych z Internetu. Najczęściej wymieniane są brak własnego komputera lub łącza sieciowego a także brak czasu. Nie mają możliwości z korzystania z komputera zwłaszcza PN, a brak łącza doskwiera najbardziej dyrektorom w samorządach. (Ryc.45). Brak czasu, typowa cecha pracy menedżerów, jest przeszkodą zwłaszcza dla lekarzy, znacznie mniej istotną dla pielęgniarek.

Respondenci bardzo nisko oceniają działalność informacyjną Ministerstwa Zdrowia, które według nich powinno być głównym źródłem i dostarczycielem informacji dotyczącej kierunków polityki zdrowotnej i obowiązujących przepisów. Tylko 3,1% respondentów uważa, że Ministerstwo dobrze wywiązuje się z tego obowiązku. Nie ma istotnych różnic w poszczególnych grupach respondentów, ocena ta nie zależy od wieku ani od wykształcenia ankietowanych. (Ryc.46)

### ***Informacje o środowisku menedżerów pochodzące z innych źródeł.***

Ministerstwo Zdrowia nie opublikowało od 1989 roku żadnego dokumentu, który nakreślałby długoterminowy harmonogram zmian, a od 1999 roku plan działań reformatorskich. Narodowy Program Zdrowia (znowelizowany po raz ostatni w 1989 roku) jest jedyną ogólną, deklaracją polityki zdrowotnej państwa. Niestety dokument ten dotyczy jedynie pewnego aspektu ochrony zdrowia, a mianowicie, na podstawie danych epidemiologicznych identyfikuje główne zagrożenia zdrowia polskiej populacji i wskazuje działania zaradcze. Dokument ten nic więc nie mówi o strategii ani o priorytetowych

działaniach rządu w innych obszarach niż działania prewencyjne. Wobec braku oficjalnego programu oraz tego, że z chwilą zapoczątkowania reformy nie zaczął działać zorganizowany system informacji o niej samej, kierownicy skazani byli na informację doraźną, niejednokrotnie niespójną, często spóźnioną (Włodarczyk 1998). Menedżerowie zaczęli w takiej sytuacji budować sieci wzajemnego informowania i wsparcia, takie jak Stowarzyszenie Menedżerów w Opiece Zdrowotnej czy Stowarzyszenie Dyrektorów Szpitali. Wielkim powodzeniem zaczęły cieszyć się wszelkiego rodzaju spotkania, konferencje i szkolenia. Instytut Zdrowia Publicznego i satelitarne organizacje, takie jak Fundacja Zdrowia Publicznego, wydawnictwo i ośrodek szkoleń „Zdrowie i Zarządzanie”, w których autorka opracowania pracowała w tych latach, były doskonałym punktem obserwacyjnym i pozwalały zanotować niezwykle wzrost zainteresowania szkoleniami i profesjonalnymi kontaktami w środowisku menedżerów.

Brak dobrego systemu informowania o reformie był jedną z jej istotnych bolączek. Jeszcze bardziej dotkliwą okazały się braki, rozproszenie i niska jakość danych, na których kierownicy mogliby opierać swoje decyzje (Klich i in.1998, s.12.). Nowe wymagania stawiane zarządzającym ujawniły te braki z wielką ostrością. Jak wspomniano menedżerowie instytucji sprawujących opiekę zdrowotną zobowiązani zostali do określenia strategicznych zadań i celów swoich instytucji, zapewniających nie tylko skuteczność usług, ale także osiągnięcie równowagi finansowej, a nawet zysku ekonomicznego. Zadaniem kierowników instytucji odpowiedzialnych za opiekę zdrowotną na podległym im terenie (bez względu na to, czy głównym celem było zapewnienie określonych usług (Kasy Chorych), czy odpowiedzialność za zdrowie lokalnej społeczności (Wydziały Zdrowia)), stała się także realistyczna ocena potrzeb zdrowotnych i możliwie optymalne dysponowanie, zawsze niedostatecznymi, środkami przeznaczonymi na te cele. Opracowanie realistycznych planów nie było możliwe bez dysponowania określonymi danymi na temat lokalnych potrzeb zdrowotnych, zagrożeń zdrowia a także danych dotyczących własnych możliwości instytucji. Wybór optymalnych rozwiązań nie był z kolei możliwy bez wiedzy o potencjalnie wchodzących w grę rozwiązaniach. "Nowe" zarządzanie wymagało nie tylko odmiennych, zwykle bardziej szczegółowych danych i wiedzy. Wymagało także umiejętności, pozwalających analizować opcje i dokonywać wyboru rozwiązań najbardziej korzystnych z punktu widzenia działalności instytucji, zespołu oraz interesu społecznego. Dotychczas zbierane, w ramach obowiązującej sprawozdawczości, dane zdrowotne okazały się zbyt ogólne dla takiego zarządzania. Sprawozdawczość finansowa jednostek nie pozwalała na szczegółowe liczenie kosztów opieki medycznej. Brak informacji dotyczącej jakości świadczonych usług uniemożliwiał

kontrolowanie skuteczności wprowadzanych zmian. Dane zdrowotne, dotyczące m.in. zachorowań, przyczyn zgonów, chorób zawodowych i zakaźnych, zagrożeń środowiskowych itp. gromadzone były m.in. przez wojewódzkie ośrodki statystyczne, na szczeblu centralnym przez Państwowy Zakład Higieny, ale także przez wiele innych instytucji: wydziały zdrowia, stacje sanitarno-epidemiologiczne, specjalistyczne ośrodki medyczne. Pewne analizy prowadzone były przez specjalistyczne ośrodki takie jak Centrum Onkologii czy Instytut Kardiologii, lub w ramach rozmaitych badań naukowych, populacyjnych i demograficznych. Dostęp do wyników tych analiz nie jest łatwy, a jednostki badawcze nie zajmują się zasadniczo szerokim upowszechnianiem wyników i opracowywaniem na ich podstawie odpowiednich materiałów wspierających kierownicze decyzje. To, że punktów zbierania danych jest wiele, a często nie jest jasne, jakie dane zbiera dana instytucja, dostępność tej informacji jest bardzo ograniczona. Różnice w obowiązujących w poszczególnych ośrodkach formatach danych – utrudnia kompilacje i analizy (Szpitalne systemy informatyczne 1999). Reforma zaburzyła także funkcjonowanie istniejących źródeł i kanałów przekazywania informacji. Zlikwidowane zostały pewne instytucje, np. Wojewódzkie Ośrodki Metodyczno-Organizacyjne tzw. METORGi, zbierające pewne zdrowotne dane statystyczne. Pojawiły się nowe organizacje, takie jak Kasy Chorych, wydziały samorządowe, Centrum Monitorowania Jakości. Zadania niektórych z nowo powstałych instytucji, jak np. Centrów Zdrowia Publicznego, oraz zakresy gromadzonej informacji i danych, nie zostały jednak jednoznacznie określone. W większości organizacje te zresztą dopiero stopniowo wykształcają swój ostateczny profil, czemu niestety nie towarzyszy zorganizowana działalność informacyjna.

Można powiedzieć, że najważniejsze instytucjonalne źródła informacji w ochronie zdrowia po reformie to: Ministerstwo Zdrowia, jego agendy i wojewódzkie wydziały zdrowia; Sejmowa Komisja Zdrowia; Centrum Systemów Informacyjnych; Państwowy Zakład Higieny; Państwowy Instytut Leków; Główny Urząd Statystyczny; instytucje ubezpieczeniowe (w tym ZUS); Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia; ośrodki naukowo-badawcze; instytucje edukacyjne (Akademie Medyczne), w tym ich biblioteki; Główna Biblioteka Lekarska; kasy chorych; regionalne centra zdrowia publicznego; inspektoraty sanitarne; samorządowe wydziały zdrowia na szczeblu wojewódzkim i lokalnym; specjaliści krajowi i regionalni; profesjonalne stowarzyszenia (lekarzy, pielęgniarek, menedżerów). Pewne dane dostępne są w poszczególnych szpitalach, zespołach opieki zdrowotnej, zespołach i gabinetach lekarzy rodzinnych i specjalistów, pewne u producentów leków i technologii medycznych.

Wyliczenie to pozwala zdać sobie sprawę jak liczne są instytucje, które gromadzą i „produkują” informację potencjalnie przydatną menedżerom. Przepływy informacji między tymi instytucjami są przy tym wciąż niejasne, a pewne informacje zbierane są równolegle przez kilka organizacji. Użytkownikowi często trudno jest więc określić gdzie, jaka informacja może się znajdować, komu i na jakich zasadach jest udostępniana. Dodatkowym utrudnieniem jest poufność części danych (np. dotyczących pacjentów), prawo własności pewnych informacji, a niekiedy, konflikt interesów (np. między szpitalami a kasami chorych), prowadzący do utajniania niektórych informacji. W Ministerstwie Zdrowia od czasu do czasu powraca projekt powołania centralnego państwowego instytutu zdrowia publicznego, który dokonywałby szczegółowych analiz potrzeb zdrowotnych na zamówienie. Plany te jak dotąd nie doczekały się oficjalnego stanowiska, ani tym bardziej realizacji. Przekształceniom uległo natomiast Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia. Powstałe w jego miejsce Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia ma za cel projektowanie systemów zbierania i przetwarzania danych, a także tworzenie narzędzi temu służących, takich jak np. systemy kodów, słowniki. Zadania nowego Centrum Systemów Informacyjnych są zdefiniowane jednak zbyt wąsko, aby mogło ono odpowiedzieć na różnorodne potrzeby informacyjne menedżerów. Te potrzeby to bowiem nie tylko analizy stanu zdrowia społeczeństwa, ale także, np. analizy ekonomiczne rozwiązań organizacyjnych i procedur medycznych, oceny technologii medycznych itd.

Analizy i wyniki badań adresowane bezpośrednio do menedżerów i innych decydentów w ochronie zdrowia w Polsce publikowane są na łamach trzech recenzowanych naukowych czasopism: „Zdrowie Publiczne”, „Antidotum” oraz „Zdrowie i Zarządzanie”. Pierwszy tytuł jest publikowanym od 1885 roku pismem Ministerstwa Zdrowia, drugi miesięcznikiem Stowarzyszenia Menedżerów w Opiece Zdrowotnej (ukazującym się od 1992 roku), trzeci najnowszy, wydawany od 1999 roku jest czasopismem niezależnym.

Interesujące menedżerów opracowania zamieszczają niekiedy specjalistyczne czasopisma, takie jak Farmakoekonomika (np. prace dotyczące ekonomiki stosowania określonych leków), Biuletyn Centrum Techniki Medycznej (np. oceny technologii medycznych), Epidemiologia (np. prace analizujące potrzeby zdrowotne określonych środowisk) oraz liczne czasopisma ogólne, w dziedzinie ekonomiki, zarządzania, marketingu itp. Publikacje zamieszczane w tych czasopismach przeważnie jednak nie są pisane z myślą o praktycznych potrzebach osób zarządzających w opiece zdrowotnej, a także zwykle posługują się specjalistycznym naukowym żargonem. Analizy rozmaitych aspektów opieki zdrowotnej publikuje nieregularnie CSIOZ (do 2000 roku COiEOZ). Analizy epidemiologiczne publikuje PZH

i GUS. Opracowania te nie są jednak szeroko kolportowane i znaleźć je można jedynie w specjalistycznych bibliotekach.

Specjalistyczna edukacja w dziedzinie zarządzania w ochronie zdrowia prowadzona jest przez szkoły zdrowia publicznego, z których pierwsza - Szkoła Zdrowia Publicznego w Krakowie) - powstała w 1991 roku i przez kilka lat pozostawała jedyną instytucją kształcąca menedżerów w opiece zdrowotnej. Od 1999 roku już jako Instytut Zdrowia Publicznego CMUJ oferujeienne studia w zakresie zdrowia publicznego. Przez ostatnie 10 lat na wielu uczelniach (głównie przy akademiach medycznych) w Polsce powstały kierunki kształcące profesjonalistów, którzy potencjalnie zajmować mają pozamedyczne stanowiska w sektorze usług zdrowotnych, w tym stanowiska kierownicze. Programy poszczególnych kierunków różnią się między sobą, ale generalnie wymóg posiadania specjalnych kwalifikacji przez osoby zajmujące kierownicze stanowiska w instytucjach opieki zdrowotnej, do niedawna niezrozumiały, staje się oczywistością. Programy nauczania obejmują zwykle teorię zarządzania, ekonomikę zdrowia, problemy polityki zdrowotnej, epidemiologię itd. W programach tych zwykle znajdują się zajęcia z informatyki, ale już nie przygotowują one absolwentów do samodzielnego poszukiwania informacji przetworzonej ani do jej ewaluacji. Jedynie w programie IZP CM UJ studenci przechodzą 60 godzinny kurs informacji naukowej.

Instytuty lub wydziały zdrowia publicznego prowadzą także badania naukowe w tej interdyscyplinarnej dziedzinie. Na razie jest to dziedzina w Polsce młoda i dopiero kształtująca się. Zagraniczne badania w tej sferze mają znacznie dłuższą tradycję, a ich wyniki publikowane są przez liczne naukowe czasopisma. Baza Medline uwzględnia ok. 300 czasopism w dziedzinie zdrowia publicznego, zarządzania w opiece zdrowotnej, problemów jej jakości, epidemiologii. Tłumaczenia publikacji zagranicznych zamieszcza niekiedy „Zdrowie i Zarządzanie” (w ciągu trzech lat było ich jednak zaledwie kilka).

Generalnie, dostępność, potencjalnie przydatnej menedżerom w instytucjach ochrony zdrowia wiedzy wydaje się być bardzo ograniczona. Oprócz trzech wymienionych wyżej, adresowanych do tej kategorii użytkowników, czasopism, publikacje zawierające przydatne im wyniki badań, są rozproszone w wielu wąsko wyspecjalizowanych czasopismach. Polska Bibliografia Lekarska rejestruje tylko dwa tytuły czasopism przeznaczonych dla menedżerów (Zdrowie Publiczne i Antidotum). Stosowane w tej bazie hasła rzeczowe, dotyczące pozamedycznych aspektów opieki zdrowotnej są bardzo nieliczne i ogólne, trudno więc, a często nie jest możliwe, odszukanie publikacji poprzez tę, jedyną w dziedzinie medycyny w Polsce, bazę bibliograficzną.

Nie ma też, kierowanych do menedżerów, informatorów o nowościach wydawniczych. Wśród czasopism, tylko kwartalnik „Zdrowie i Zarządzanie” zamieszcza informację o książkach i opracowaniach interesujących dla menedżerów. Czasopismo to czyta, jak już powiedziano ok. 20% ankietowanych.

Jedyną biblioteką gromadzącą, z myślą o potrzebach osób zarządzających w ochronie zdrowia, specjalistyczny księgozbiór, jest biblioteka Instytutu Zdrowia Publicznego CM UJ w Krakowie. Inne uczelnie medyczne oraz szkoły zarządzania nie mają bibliotek gromadzących tego rodzaju specjalistyczne księgozbiory.

Pewne fachowe informacje, takie jak: teksty aktów prawnych, nieliczne standardy, zestawienia danych lub informacje adresowe, mogą znaleźć menedżerowie w Internecie. Informacja ta jest jednak znajduje się na stronach domowych rozmaitych instytucji (m.in. MZ, PZH, Centrum Systemów Informacyjnych itd.). Trudno ją odszukać, gdyż nie ma systemu nawigacji opracowanego z myślą o menedżerach, ani przeznaczonej dla nich specjalistycznej strony internetowej.

W Polsce nie ma specjalistycznego kształcenia pracowników informacji naukowej w ochronie zdrowia. Specjalistyczne medyczne biblioteki naukowe prowadzą więc bibliotekarze ogólni, a biblioteki szpitalne, prawdopodobnie często, osoby nie mające żadnego przygotowania do prowadzenia tego rodzaju placówki. Menedżerowie, podobnie jak i inni profesjonaliści w ochronie zdrowia, nie mogą więc liczyć na pomoc wyspecjalizowanych pracowników informacji naukowej.

Podsumowując, zestawienie nowych zadań menedżerów, zmian strukturalnych w systemie opieki zdrowotnej oraz niedostatków ich środowiska informacyjnego, daje obraz sytuacji bardzo trudnej i wymagającej działań zaradczych. Środowiskowe bariery utrudniające menedżerom dostęp do fachowej i naukowej informacji są bardzo duże. Pewne pozytywne zmiany, takie jak nowa rola Centrum Systemów Informacyjnych, prace nad unifikacją i racjonalizacją przepływów danych, prace nad doskonaleniem baz danych i wiedzy, są pewnymi zwiastunami działań zmierzających do usprawnienia przepływów informacji w dziedzinie ochrony zdrowia w Polsce. Jak dotąd jednak, władze zdrowotne nie zaproponowały oficjalnej strategii, która nadałaby kierunek i spójne ramy działaniom, zmierzającym do stworzenia systemu dostarczania informacji osobom zarządzającym w sektorze ochrony zdrowia.



## 4.6 Omówienie wyników badania

*W rozdziale tym wyniki przeprowadzonego sondażu omówiono zgodnie z założonymi w paragrafie 4.3 szczegółowymi celami badania.*

**Cel 1. Identyfikacja potrzeb informacyjnych menedżerów w wybranych instytucjach ochrony zdrowia w Polsce, w tym potrzeb związanych z realizacją Narodowego Programu Zdrowia. Określenie, czy i w jakim stopniu hierarchia potrzeb informacyjnych menedżerów, zależna jest od wymogów pełnionej roli zawodowej oraz od miejsca, jakie dana instytucja zajmuje w sektorze ochrony zdrowia**

Wszystkie badane grupy menedżerów, bez względu na zakres swoich obowiązków i instytucję, w której zarządzają, wskazują te same trzy kategorie informacji, jako informacje najbardziej im potrzebne. Ta zgodność może dowodzić dwóch spraw. Po pierwsze tego, że w polskim systemie ochrony zdrowia istnieją szczególne braki określonych rodzajów informacji niezbędnych w zarządzaniu, pod drugie, że na hierarchię potrzeb informacyjnych menedżerów decydujący wpływ ma to, co dzieje się w ich makro środowisku. Dotkliwy, jak się okazuje, jest bowiem zwłaszcza brak informacji o działaniach i decyzjach władz zdrowotnych. W ogólnej hierarchii potrzeb ta informacja znajduje się na miejscu pierwszym, obok informacji ułatwiających racjonalizację i optymalizację decyzji menedżerskich, tzn. analiz koszt-skuteczność oraz standardów i wytycznych postępowania. W okresie zmian systemowych, bieżąca informacja o kierunkach zmian, planach, ramach legislacyjnych, staje się więc kluczowa dla wszystkich menedżerów, bez względu na miejsce zajmowane w systemie. Wskazują na to także odpowiedzi na pytania ankiety, mówiące m.in. o potrzebie serwisu informacji bieżącej, a także zainteresowanie czasopismami informującymi o aktualnych problemach. Nawet kierownicy średniego szczebla (ordynatorzy, pielęgniarki), z racji swoich ról przede wszystkim zaangażowani w organizację bezpośredniej opieki nad pacjentem, a znacznie mniej w formułowanie ogólnych celów i zadań instytucji, postrzegają informację na temat reformy i kierunków polityki zdrowotnej polityki państwa za bardzo ważną.

Trzeba przy tym wziąć pod uwagę, że menedżerowie w instytucjach ochrony zdrowia w Polsce od końca lat 90-tych nieustannie stawiani są w sytuacji niepewności, co do tego, jakie decyzje są rozsądne i korzystne, zarówno dla organizacji, którymi kierują, jak i dla nich

samych. Niepewność ta powodowana jest ciągłymi zmianami obowiązujących przepisów oraz zmianami struktury organizacyjnej systemu. Brak oficjalnej strategii, harmonogramu reformy, oraz często niejasna wykładnia obowiązującego prawa, dodatkowo wzmaga potrzebę informacji bieżącej. Zapotrzebowanie na tę informację wynika z dysonansu poznawczego, który B. Dervin (1980) nazywa dziurą w wiedzy (knowledge gap)”, a Allen (1996) „niezrozumieniem sytuacji”, a które uniemożliwia jednostce wybranie właściwego zachowania lub kierunku działań. Kierownicy muszą się do zachodzących w ich otoczeniu zmian dostosować, poza tym od strategii i harmonogramu ogólnych przekształceń zależą plany działań na szczeblu lokalnym czy instytucjonalnym, dlatego ankietowani menedżerowie starają się tę wykładnię obowiązujących przepisów uzyskać, także nieoficjalnymi drogami (por. Allen 1996).

Wspomniany dysonans poznawczy zwiększa przy tym poziom stresu, który uznawany jest za jeden z mechanizmów aktywujących poszukiwanie informacji. Przywoływana przez Wilsona (1996) psychologiczna teoria stresu i konieczności radzenia sobie, która mówi, między innymi, o wzmacnianiu określonych potrzeb informacyjnych przez lęk towarzyszący zmianom w środowisku, wydaje się dodatkowo tłumaczyć aktualną hierarchię potrzeb ankietowanych menedżerów. Lęk przed utratą stanowiska, pracy, nie dotrzymania terminów lub nie sprostania określonym zadaniom, nasila potrzebę informacji, która pozwala odnaleźć się w nowej rzeczywistości.

Okres reformy bez wątpienia nasilił potrzebę informacji bieżącej, ale skuteczne zarządzanie, jak mówi teoria, jest zawsze zarządzaniem sytuacyjnym (Pettinger 1996, s.39-40) i wymaga, uwzględniania zmian i trendów występujących w otoczeniu, stąd tego rodzaju informacja wydaje się w ogóle być bardzo istotna dla kierowników, także w okresach większej stabilizacji. Prowadzone w środowisku menedżerów badania (Kieżun 1979) mówią, że tylko niewielki procent czynności menedżerów to działania niezależnie przez nich zaplanowane. Większość prac narzucana jest przez czynniki zewnętrzne. Najistotniejsze determinanty potrzeb informacyjnych badanej kategorii użytkowników znajdują się więc w ich środowisku zewnętrznym. Ogólna hierarchia potrzeb potwierdza więc tezę, że specyficzne sytuacyjne uwarunkowania stają się niekiedy ważniejsze dla zrozumienia potrzeb użytkowników niż uogólnienia dotyczące sytuacji typowych (Nahl, 1998).

Wymienione wyżej trzy kategorie informacji są dla wszystkich menedżerów najistotniejsze. Występuje jednak w ich zakresie pewne zróżnicowanie, wskazujące na to, że zajmowana pozycja oraz zakres obowiązków mają jednak wpływ na kształtowanie się hierarchii potrzeb. Najbardziej potrzebują informacji o decyzjach i planach władz

zdrowotnych dyrektorzy naczelni szpitali. Od nich bowiem oczekuje się, że dyrektywy te przeniosą na grunt instytucji. Podległe im pielęgniarki naczelne, potrzebują tej informacji już w nieco mniejszym stopniu. Z kolei, w grupie, bezpośrednio zaangażowanej w opiekę nad pacjentem, bardziej niż dyrektorom naczelnym, potrzebne są wytyczne postępowania medycznego i informacja o skuteczności programów zdrowotnych. Z kolei, dla Dyrektorów Wydziałów Zdrowia istotniejsza jest informacja dotycząca opłacalności i skuteczności programów zdrowotnych, gdyż realizacja tych programów jest jednym z ważnych zadań samorządów. Analiz dotyczących skuteczności i opłacalności technologii medycznych najbardziej potrzebują Dyrektorzy Kas Chorych, odpowiedzialni m.in. za jakość kontraktowanych usług medycznych. Informacja o zasadach finansowania świadczeń medycznych najbardziej potrzebna jest Dyrektorom Naczelnym szpitali, najmniej, co jest oczywiste Dyrektorom Kas Chorych – „producentom” tej informacji. Można więc stwierdzić, że zachodzi związek między pełnioną przez menedżerów rolą, a hierarchią potrzebnej im informacji.

Dziwi nieco fakt, że respondenci relatywnie rzadko wskazują na potrzebę informacji na temat lokalnej sytuacji epidemiologicznej i zdrowotnej, stanowiącej podstawę dostosowania świadczeń do potrzeb populacji, co jest jednym z ważnych zadań menedżerów. Może być to spowodowane, wyrażanym często w czasie wywiadów i dyskusji, przeświadczeniem, że danych tych nie ma lub są agregowane w sposób nieprzydatny dla decyzji menedżerskich. Potrzeba tej informacji być może jest więc stłumiona przez silne przekonanie, że nie może być zaspokojona. W wywiadach padały zdania „potrzebowałabym takich danych, ale przecież wiem, że ich nie ma”, „nie ma miejsca, gdzie znalazłbym wystarczająco szczegółowe dane dotyczące stanu zdrowia interesującej mnie społeczności, a przecież nie będę chodził od szpitala do szpitala. Zresztą tam nikt takiej informacji mi nie udzieli, itp.”. Innym wytłumaczeniem, relatywnie niskiej potrzeby posiadania tego rodzaju informacji, może być to, że w chwili obecnej wolność decyzji menedżerów jest wciąż zbyt silnie skrepowana przepisami, ograniczeniami finansowymi, dyktatem Kas Chorych itd., co nie pozwala na elastyczne, racjonalne dostosowywanie usług zdrowotnych do potrzeb. B. Derwin (1983, s.171) pisze, że „jeżeli jednostki postrzegają swoją sytuację, jako dającą im pole do działania i decyzji, z większym nasileniem szukają informacji niż w sytuacji zniewolenia i braku wolności działania”.

To, że stosunkowo rzadko ankietowani zgłaszają potrzebę informacji dotyczącej obowiązujących aktów prawnych prawdopodobnie spowodowane jest przeciwnym zjawiskiem. Źródła tej informacji są znane respondentom i relatywnie łatwo dostępne.

Respondenci wiedzą, gdzie informacja ta powstaje i gdzie można ją uzyskać (dzienniki ustaw i rozporządzeń, strony internetowe Sejmu i Ministerstwa, bazy informacji prawnej). Dlatego nie odczuwają w tym zakresie szczególnych braków.

Pewne potrzeby ankietowani wyrażają poprzez zainteresowanie określonymi szkoleniami, przede wszystkim szkoleniami dotyczącymi monitorowania jakości w opiece zdrowotnej. Aż 82.7% badanych chce uczestniczyć w szkoleniach dotyczących tych zagadnień. Jest to spowodowane rosnącymi wymaganiami, jakie stawia rynek usług, a także wymogami procesu akredytacyjnego szpitali. Także i w tym przypadku to, co dzieje się w otoczeniu menedżerów stwarza określoną potrzebę informacyjną. Większość (80%) ankietowanych menedżerów chciałaby także uczyć się projektowania programów zdrowotnych. Tak duży oddźwięk na propozycję udziału w takim szkoleniu mógł być jednak spowodowany tym, że ankieta, w części poświęcona była problemom realizacji celów zdrowotnych. Mogło to utwierdzić respondentów w przekonaniu, że jest to problem ważny i wynik ten może być obarczony istotnym błędem. Występujące różnice w potrzebach edukacyjnych między poszczególnymi grupami dowodzą zależności tych potrzeb od zakresu zadań menedżerów. Planowaniem programów zdrowotnych najbardziej zainteresowani są menedżerowie w samorządach i pielęgniarki, gdyż jest to jedno z ich podstawowych zadań. Pozostali menedżerowie nie zajmują się bezpośrednio planowaniem konkretnych programów zdrowotnych. Potrzeba określonych szkoleń związana jest więc z zadaniami. Szkolenia w zakresie umiejętności związanych z pozyskiwaniem informacji interesują respondentów w znacznie mniejszym stopniu, o czym więcej w następnym paragrafie.

Powszechnie wyrażana potrzeba szkoleń dowodzi, że menedżerowie chętnie w ten sposób zdobywają i aktualizują swoją wiedzę. Potwierdzają to także obserwacje zachowań menedżerów w okresie wprowadzania reformy, a mianowicie masowe uczestnictwo w różnego rodzaju kursach i seminariach. Instytut Zdrowia Publicznego stanowił w tym okresie (lata 1999-2000) dobry punkt obserwacji, pozwalający z dużą pewnością stwierdzić, że w okresie reformy szkolenia organizowane przez tę i satelitarne instytucje (m.in. międzynarodowe programy pomocowe, Project Hope, Fundację Zdrowia Publicznego, Wydawnictwo Zdrowie i Zarządzanie) cieszyły się ogromnym powodzeniem i były charakterystycznym zjawiskiem tego okresu.

Analiza popularności określonych spotkań i kursów jest najlepszym wskaźnikiem zmienności bieżących potrzeb informacyjnych menedżerów i ich uzależnienia od makro otoczenia. I tak, w okresie usamodzielniania się jednostek powodzeniem cieszyły się szkolenia dotyczące sporządzania planów strategicznych, w okresie podpisywania pierwszych

kontraktów na usługi z Kasami Chorych, oblegane były kursy uczące negocjowania tych kontraktów. Nawet, jeżeli aktywność szkoleniowa została spotęgowana potrzebą chwili, to na podstawie innych badań wskazujących m.in. na brak czasu na samokształcenie (m.in. Lasota 1960, Kieżun 1979), poleganie na osobistych kontaktach (m.in. Mintzeberg 1973), nawyk pracy zespołowej (Kieżun 1979) wydaje się, że uczestnictwo w szkoleniach jest preferowanym zachowaniem informacyjnym tej kategorii osób.

Bardzo niewielu respondentów potrafiło nazwać kategorie informacji, do której chcieliby mieć bezpośredni dostęp komputerowy. Być może wiedza menedżerów na temat możliwości gromadzenia, przetwarzania i rozpowszechniania informacji nie wystarcza, aby potrafili tego rodzaju oczekiwania określić i zwerbalizować. Użytkownicy informacji formułują swoje potrzeby posługując się własnymi kategoriami, schematami myślenia i terminologią, która w tym przypadku prawdopodobnie nie wystarcza. Można tę sytuację określić stwierdzeniem wyrażonym w czasie wywiadów „nie wiem, czego mógłbym chcieć”, a także „nie potrafię tego dokładnie wyrazić”. Częściowo może to być spowodowane brakiem doświadczenia w użytkowaniu źródeł elektronicznych. Możliwe jest też, że specyfika pracy menedżerów przesądza o tym, że nie są oni, i nigdy nie będą bezpośrednim użytkownikiem komputerowych źródeł informacji. Wprawdzie 43.4% respondentów korzysta z sieci Internetowej, jak jednak wynika z wywiadów, głównie z poczty elektronicznej, nie wykorzystując Internetu jako kanału poszukiwania informacji. Na podstawie wywiadów można też zakładać, że nie następuje automatyczne przełożenie aktualnych zadań, jakie mają do spełnienia kierownicy, na konkretne kategorie, potrzebnej im do spełnienia tych zadań, informacji (np. zestawienia danych liczbowych, wyniki badań naukowych, ekspertyzy itd.). Interesujące spostrzeżenie N. Welcha (1993), który twierdzi, że często komunikacja między tymi, którzy dostarczają informacji a tymi, którzy jej potrzebują jest utrudniona, gdyż ci ostatni postrzegają informację, jako pojęcie abstrakcyjne, a nie konkretne zestawienia danych i wiedzy, które mogą umożliwić rozwiązanie problemu. Być może częściowo tłumaczy to brak odpowiedzi ankietowanych na wspomniane pytanie. Innym wytłumaczeniem jest specyfika procesu decyzyjnego. Polega on na stopniowym przybliżaniu się do optymalnej decyzji, poprzez rozważanie aspektów problemu i możliwych rozwiązań. Na kolejnych etapach tego procesu potrzebne są rozmaite, niejednokrotnie trudne do przewidzenia z góry, informacje (Katzner Fletcher, 1992). Ustalenie, jakie są ostatecznie przyczyny nie udzielenia przez większość menedżerów odpowiedzi na pytanie o to, do jakiej informacji potrzebują bezpośredniego komputerowego dostępu, wymaga jednak dalszych badań. Jeżeli okazałoby się jednak, że przyczyną jest trudność sformułowania oczekiwań oznaczałoby to, że

menedżerowie potrzebują edukacji dotyczącej elektronicznego przetwarzania i prezentacji informacji, a także swego rodzaju „treningu” w wiązaniu założonego celu lub zadania z konkretną potrzebną im do tego informacją.

Jak wynika z ankiety menedżerowie cenią sobie informację o wdrożeniach, bardziej niż teoretyczne analizy. Dla ponad połowy z nich argumentem najsilniej przemawiającym za przyjęciem „u siebie” innowacyjnego rozwiązania, jest „sprawdzenie się” nowości w podobnych realnych uwarunkowaniach. Badanym nie wystarcza opinia „równych sobie”, jeżeli nie jest poparta konkretnym doświadczeniem. Silny wpływ obserwowanych przykładów na proces decyzyjny został wykazany w wielu badaniach, a zastosowanie teorii społecznego uczenia się (social learning theory) do zachowań informacyjnych omawia szeroko B. Allen (1996, s.73-78). Uczenie się poprzez naśladowanie innych przede wszystkim zmniejsza ryzyko popełnienia błędu, a więc silna potrzeba informacji o wdrożeniach dowodziłaby pośrednio tego, że ankietowani menedżerowie raczej nie są innowatorami i niechętnie podejmują ryzyko wprowadzenia czegoś nowego u siebie (por. Rogers 1983, s.67). Być może to okres reformy, ogólnie zwiększającej poczucie niepewności, ogranicza innowacyjność menedżerów i zmniejsza ich chęć podejmowania ryzyka. Jakikolwiek są jednak przyczyny, potrzeba informacji o wdrożeniach wydaje się skądinąd naturalna i racjonalna. Wskazuje też na potencjalnie skuteczną drogę rozpowszechniania informacji pożądaną z punktu widzenia określonego nadawcy. Jeżeli chce się skutecznie (gdzie „skuteczność” oznacza zmianę zachowań i/lub działań w pożądanym kierunku) upowszechnić określony komunikat wśród tej kategorii osób należy posłużyć się raczej przykładem zakończonego powodzeniem wdrożenia niż teoretycznym uzasadnieniem lub opinią ekspertów. Co jednak stanowi poważną przeszkodę na drodze szerokiego stosowania tej metody jest to, że sami kierownicy, (zwłaszcza pielęgniarki i menedżerowie w samorządach), nie publikują swoich doświadczeń. Przyczyną jest zapewne brak czasu, ale być może także brak specjalizującego się w tego rodzaju publikacjach czasopisma. Respondenci potrzebują także tam, gdzie jest to możliwe, jak w przypadku programów zdrowotnych, „gotowych scenariuszy” postępowania. Ta potrzeba bliska jest potrzebie informacji o wdrożeniach i jest spowodowana chęcią naśladowania postępowania sprawdzonego.

W związku z potrzebami informacyjnymi badanych menedżerów nasuwa się jeszcze następujące spostrzeżenie. Powody szukania informacji, jak wskazują na to wyniki badania, nie koniecznie logicznie wiążą się z deklarowanymi przez użytkowników zadaniami. Oficjalne deklaracje mogą przesłaniać istotne powody szukania informacji na określony

temat, jak np. w przypadku informacji dotyczącej Narodowego Programu Zdrowia. Można by sądzić, że respondenci potrzebują tej informacji, gdyż chcą realizować cele NPZ, podczas, gdy często rzeczywistą przyczyną jest szukanie dodatkowych pieniędzy dla instytucji. Potrzebą informacyjną jest więc potrzeba znalezienia źródeł finansowania. Zmienia to zasadniczo obraz i wymaga dostosowania do niego usług informacyjnych. Pewne potrzeby informacyjne są ukryte i niemożliwe do uchwycenia bez wnikliwej obserwacji aktywności i poznanie rzeczywistych motywacji menedżerów. Stąd ogólnym wnioskiem z przeprowadzonego sondażu jest sugestia, aby w dalszych szczegółowych badaniach potrzeb i zachowań poszczególnych grup menedżerów w ochronie zdrowia posługiwać się metodą uczestniczącej obserwacji, jako jedyną drogą umożliwiającą wniknięcie pod powierzchnię deklarowanych potrzeb.

Reasumując, wydaje się, że potrzeby informacyjne menedżerów, choć bez wątplenia zależne od specyfiki pełnionych przez nich ról i funkcji w systemie ochrony zdrowia, są determinowane przede wszystkim przez zmiany zachodzące w ich zewnętrznym środowisku. Stąd konieczne jest stałe monitorowanie środowiska menedżerów w celu przewidywania ich potrzeb. Poznanie istoty potrzeb informacyjnych oraz ustalenie szczegółowych potrzeb związanych z rolą zawodową, wymaga dalszych badań terenowych w środowisku poszczególnych grup menedżerów.

**Cel 2. Ustalenie charakterystycznych dla badanej kategorii użytkowników przyzwyczajęń oraz preferencji odnoszących się do źródeł, formatów i kanałów rozpowszechniania informacji oraz ewentualnych różnic między poszczególnymi grupami badanych.**

Wyniki ankiety mówiące o charakterze pracy menedżerów potwierdzają rezultaty badań wcześniej prowadzonych w środowisku kierowników (Mintzberg 1973, Kieżun 1979, Kotter, 1982, Kadłubowski 1982). Rutyna pracy zawodowej tej kategorii osób oznacza: wiele godzin spędzonych w miejscu pracy, dodatkowe godziny poświęcone samodzielnemu uzupełnianiu wiedzy, przeciążenie zawodowymi obowiązkami, poczucie braku czasu i wysoki poziom stresu. W przypadku ankietowanych te charakterystyczne cechy pracy menedżerów zostały spotęgowane szczególnie trudnym okresem reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce i koniecznością podejmowania decyzji pod naciskiem pilnych terminów oraz w zmieniających się uwarunkowaniach prawno-organizacyjnych.

Dominującym ogólnym spostrzeżeniem jest to, że menedżerowie nie wchodzą osobiście w interakcje ze zorganizowanymi usługami dostarczania danych i wiedzy, takimi jak ośrodki informacji, biblioteki, bazy elektroniczne, czy usługi internetowe. Nie mają na to czasu, ale też z powodu różnorodności zadań nie mogą poświęcać się szczegółowym studiom źródłowym. Menedżer to specyficzny i odmienny, od opisywanych grup np. naukowców, lekarzy czy inżynierów, użytkownik informacji. Żywiołem menedżerów są kontakty osobiste (Mintzberg 1973), a ponad inne sposoby komunikacji kierownicy przedkładają komunikację ustną (Kotter, 1982; Luthans, Larsen, 1986). Osobiste kontakty z osobami „poinformowanymi”, mające na celu pozyskanie informacji, obejmują kontakty z podwładnymi, specjalistami, współpracownikami, kolegami, a także spotkania grupowe (zebrania, szkolenia). Wydaje się, że okres zmian (reforma) tę ogólną preferencję wzmocnił. Spowodowane było to zaburzeniem funkcjonujących kanałów przekazywania informacji i zwiększonym poczuciem niepewności, które jak dowodzą badania wzmaga poszukiwanie informacji (por. Wilson, Walsh, 1996). Spowodowało to, że osobiste kontakty stały się nie tylko ulubionym, ale niejednokrotnie jedynym, sposobem aktualizowania wiedzy o zmianach zachodzących w systemie. Na spotkaniach i konferencjach menedżerowie mogli spotkać urzędników Ministerstwa Zdrowia, przedstawicieli lokalnych władz zdrowotnych, Kas Chorych, instytucji ubezpieczeniowych i osobiście zadać im pytania, nie czekając aż informacja przyjdzie drogą oficjalną. Uczestnicząc w spotkaniach, konferencjach i szkoleniach menedżerowie szukali też prawdopodobnie grupowego wsparcia, ze strony osób stojących wobec podobnych trudności i niepewności. Spotkania takie były nie tylko okazją do tego, aby podzielić się obawami i wymienić opinie, ale także miejscem gdzie tworzyły się formalne (np. stowarzyszenie studentów IZP) i nieformalne sieci i lobby (por. Grosser 1991). Specyficzne uwarunkowania okresu reformy prawdopodobnie wzmocniły więc przeświadczenie respondentów, że kontakty osobiste są najbardziej skutecznym sposobem zdobywania informacji.

Ankieta wykazała jednak także, że chociaż respondenci, zwłaszcza osoby o dłuższym doświadczeniu, chętnie kontaktują się z równymi sobie, w celu wymiany opinii, rzadko zdanie kolegów jest decydującym argumentem za przyjęciem innowacji. Podobne obserwacje przyniosły badania prowadzone wcześniej np. w środowisku lekarzy (Manning 1980, Christensen 1981). Ostateczna decyzja w takich wypadkach, jak twierdzą respondenci, zależy przede wszystkim od rezultatów badań i analiz. Dowodzi tego, że dokonując ostatecznych wyborów menedżerowie potrzebują jednak silnych obiektywnych (naukowych) dowodów. Opinie środowiska dają im co najwyżej ogólną orientację odnośnie do rozważanych problemów.



Stosunkowo rzadko badani menedżerowie zwracają się po radę do ekspertów (specjalistów). Spowodowane może to być niskim zaufaniem do kompetencji tych osób. Sugerują takie wyjaśnienie wypowiedzi w wywiadach np. „otoczenie zmienia się tak gwałtownie, że wszyscy są jednakowo zagubieni” albo „tylko ja znam wszystkie skomplikowane uwarunkowania”. Może być także spowodowane brakiem czasu oraz trudnością zidentyfikowania właściwych osób lub zespołów doradczych: „nie wiem, do kogo miałbym zwrócić się z moim problemem, poza tym zwykle nie ma na to czasu ani pieniędzy”. Może także wynikać z autorytarnego stylu kierowania (Sobkowiak 1998). Z doradztwa specjalistów stosunkowo częściej korzystają osoby o innym niż medyczne wykształceniu, co oznacza, że wykształcenie w danej dziedzinie wiedzy zwiększa niezależność sądów dotyczących tej dziedziny i pozwala na większą samodzielność w ocenie wartości informacji. Stąd kierownicy w samorządach, częściej mający poza medyczne wykształcenie bardziej niż inne grupy potrzebują usług konsultingowych.

Badani menedżerowie chętniej sięgają po informację do źródeł drukowanych niż do źródeł elektronicznych. Stąd kolejnym po szkoleniach i kolegach, preferowanym kanałem i nośnikiem informacji jest tradycyjne fachowe czasopismo oraz biuletyny informacyjne. Najbardziej popularnym wśród menedżerów czasopismem jest tygodnik Służba Zdrowia. Jest to magazyn zamieszczający artykuły rozmaitej wagi i wiarygodności, ale reagujący szybko na bieżące wydarzenia. Każde z dwóch, adresowanych do menedżerów, recenzowanych czasopism „Antidotum” i „Zdrowie i Zarządzanie” czytane jest tylko przez ok. 20% respondentów. Popularność „Służby Zdrowia”, można próbować wyjaśniać tym, że pismo to ukazuje się, co tydzień (okresowo nawet częściej) i choć zamieszcza informacje i komentarze o trudnej do oceny rzetelności, to odnoszą się one do ważnych bieżących wydarzeń. Jak dowodzą badania, menedżerowie bardziej cenią sobie szybkość niż dokładność informacji (O'Reilly, 1982; Mintzberg, 1980). „Służba Zdrowia” odpowiadałaby tym oczekiwaniom, a to, że zamieszczane na jej łamach artykuły są krótkie, jest prawdopodobnie dodatkową zaletą tego pisma. Ankieta potwierdziła, że kierownicy niechętnie czytają pełne analizy czy raporty z badań (por. Kieżun 1979). Prawdopodobnie nieznanostwo metod badawczych (w samoocenie ogólnie niska, a szczególnie wśród osób z innym niż medyczne wykształceniem), oraz brak osobistego doświadczenia w prowadzeniu badań powodują, że respondentom trudno jest ocenić wartość doniesień naukowych. Chcieliby więc, aby artykuły zawierały praktyczne zalecenia, wytyczne postępowania, komentarze specjalistów oraz przykłady wdrożeń, które można naśladować. Preferencje te zgodne są z wynikami wcześniej prowadzonych badań (np. Mostowicz 1985). Pomimo braku wiedzy pozwalającej krytycznie ocenić wartość informacji

naukowej zainteresowanie odpowiednimi szkoleniami jest niewielkie. Wśród osób zainteresowanych kursami krytycznej analizy badań naukowych najwięcej jest Dyrektorów Kas Chorych i Dyrektorów Medycznych Szpitali. Osoby te prawdopodobnie częściej niż inni stoją przed problemem samodzielnej oceny wartości dowodów naukowych.

Jak wcześniej powiedziano, nie tylko teoretyczny charakter zamieszczanych w recenzowanych czasopismach prac, ale i ich długość sprawia, że nie są one chętnie czytane. Powodem jest jeszcze raz brak czasu. Menedżerowie zdecydowanie oczekują informacji skrótowej, a tam gdzie jest to możliwe bliskiej praktycznemu zastosowaniu. 32.5% menedżerów (zwłaszcza PN) chętnie czyta artykuły popularne. Prawdopodobnie, dlatego, że posługują się one językiem pozbawionym niezrozumiałego żargonu.

Respondenci nie czytają regularnie raportów publikowanych przez Ministerstwo Zdrowia, COiEOZ, Państwowy Zakład Higieny czy Instytut Leków, ani także innych statystycznych i epidemiologicznych opracowań. Może to być spowodowane niewłaściwą dystrybucją tych materiałów, a także brakiem informacji do nich skierowanej. Nie czytają też czasopism zagranicznych. Nic dziwnego, skoro znajomość języków obcych, także oceniana jest przez respondentów (zwłaszcza starszych wiekiem i PN) nisko. Bariera językowa odcina więc w znacznym stopniu polskich menedżerów od przydatnych zasobów światowych doświadczeń i badań. Tłumaczenia prac zagranicznych bardzo rzadko ukazują się w polskich czasopismach adresowanych do menedżerów.

Ankietowani twierdzą, że pierwszym z wyboru źródłem informacji, do którego zwracają się, kiedy brakuje im wiedzy na dany temat, są książki i czasopisma. Korzystają przy tym z własnych zbiorów, bardzo rzadko z bibliotek. Interesujące byłoby ustalenie, co składa się na prywatne zbiory respondentów i jak aktualne są pozycje, z których korzystają. Wymagałoby to dalszych badań. Brak nawyku korzystania z bibliotek spowodowany jest, omówionym w Rozdz.3, charakterem pracy i specyfiką procesu decyzyjnego. Ale też, nawet gdyby respondenci chcieli skorzystać z zasobów biblioteki, to w większości instytucji byłoby to niemożliwe, gdyż nie mają one zorganizowanych usług biblioteczno-informacyjnych. Tam gdzie biblioteki są (część szpitali), ich usługi oceniane są jako nie satysfakcjonujące. Ankietowani twierdzą przy tym, że chcieliby, aby w ich instytucji istniała dobrze wyposażona biblioteka. Szczególnie powszechne jest to oczekiwanie wśród Pielęgniarek Naczelnych. Prawdopodobnie respondenci myślą w tym przypadku raczej o zapewnieniu dostępu do fachowej literatury swoim podwładnych niż samym sobie, ale i tak, jak pokazuje liczba bibliotek, chęć ta jest wyłącznie życzeniowym myśleniem. Utworzenie biblioteki zależy jednak od decyzji dyrektora, podobnie jak jej wyposażenie i zakres zadań. Jeżeli tych bibliotek

nie ma, można przypuszczać, że w hierarchii priorytetów zajmują one niską pozycję. Wyrażana potrzeba jest więc pustą deklaracją, zgodną z obowiązującą kulturową normą, ale nie przekładającą się na praktyczne działania. Na podstawie wywiadów odnosi się wrażenie, że tak naprawdę większość menedżerów „nie wierzy” w przydatność bibliotek. Prawdopodobnie, dlatego, że obecny ich stan, w instytucjach respondentów, jest zły a także tego, że menedżerowie postrzegają ich rolę bardzo konserwatywnie. Nie przychodzi im zapewne na myśl, że biblioteki własnych instytucji mogłyby dostarczać, tak potrzebną im, informację bieżącą oraz gromadzić materiały przydatne w podejmowaniu decyzji, nie tylko medycznych, ale i menedżerskich. Można więc powiedzieć, że brak świadomości roli, jaką biblioteka (ośrodek informacji) może pełnić w instytucji jest podstawową przeszkodą w zmianie obecnego stanu. Z bibliotek poza własną instytucją, np. z bibliotek uczelni medycznych, respondenci w ogóle nie korzystają. Tylko jedna osoba wśród badanych wymieniła Główną Bibliotekę Lekarską, jako źródło informacji.

Strony WWW oraz usługi internetowe nie są rutynowo używanymi przez ankietowanych źródłami fachowej informacji. Z Internetu korzysta około połowy badanych, z czego większość prawdopodobnie głównie z poczty elektronicznej. Na podstawie wywiadów można przypuszczać, że menedżerowie rzadko szukają w Internecie wiedzy, jeżeli to informacji prawnej oraz pewnych informacji faktograficznych (np. formularzy, terminów, adresów). Badanie potwierdziło oczywiste zróżnicowanie w stopniu korzystania z Internetu w zależności od wieku. Im młodsi menedżerowie tym częściej korzystają z tego kanału. Już nie tak oczywisty jest fakt, że znacznie mniej kobiet używa Internetu, który to wynik może być jednak obciążony błędem. Większość ankietowanych kobiet to pielęgniarki, być może więc to raczej specyfika zawodu niż płeć jest tutaj przyczyną tego zróżnicowania. Także menedżerowie w samorządach rzadziej korzystają z Internetu. Tutaj przyczyną jest to, że nie wszystkie samorządowe wydziały zdrowia mają dobry dostęp do sieci. Analiza odpowiedzi wykazała, że użytkownicy Internetu w mniejszym stopniu odczuwają potrzebę dostępu do tradycyjnych (drukowanych) źródeł fachowej informacji, rzadziej domagają się biblioteki oraz pośredników w odszukiwaniu informacji. Być może pozorna łatwość poruszania się po Internecie oraz obfitość zawartej tam informacji sprawiają, że respondenci odnoszą wrażenie, że mogą obyć się bez tradycyjnych źródeł i że są samowystarczalni w zdobywaniu informacji. Podsumowując, wydaje się jednak, że Internet wciąż nie jest kanałem i źródłem informacji na tyle popularnym wśród menedżerów, aby mógł być podstawowym środkiem rozpowszechniania informacji dla tej grupy. Wszystkie rozwiązania w dziedzinie usług

informacyjnych powinny więc uwzględniać inne równoległe sposoby i środki dostarczania informacji.

Menedżerowie bardzo rzadko sami korzystają z baz publikacji. W czasie wywiadów, często okazywało się, że nawet nie są świadomi ich istnienia. Ci, którzy twierdzą, że przeszukiwali Polską Bibliografię Lekarską lub bazę Medline, to zwykle lekarze. Jest bardzo prawdopodobne, że robili to w związku ze zdobywaniem specjalizacji lub stopnia naukowego. Istotnie więcej jest też lekarzy wśród osób, które przeszukiwały lub zlecały przeszukania baz bibliograficznych, co można tłumaczyć podobnie jak w przypadku Internetu, niższymi umiejętnościami pielęgniarek i osób o innym niż medyczne wykształceniu oraz trudniejszym dostępem tych grupy do elektronicznych źródeł informacji. To, że menedżerowie sami nie korzystają z baz bibliograficznych nie jest zaskoczeniem i wydaje się być zrozumiałe. Charakter pracy, brak czasu nie pozostawiają miejsca na osobiste wnikliwe studiowanie problemu, poczynając od odszukania literatury na dany temat. Jeżeli potrzebne są dowody naukowe lub omówienia zagadnienia mogą je dostarczać podwładni i specjaliści. Co jednak niepokoi to, wykazywana w czasie przeprowadzanych z menedżerami wywiadów nieświadomość istnienia baz fachowego piśmiennictwa, a także fakt, że bardzo niewiele osób zlecało tego rodzaju poszukiwania. Brak wiedzy o istniejących źródłach jak i wynikająca z braku doświadczenia (tylko 2.9% respondentów nie napotyka problemów przeszukując komputerowe bazy, wśród pielęgniarek tylko 1.2%) nieświadomość ich możliwości, może być czynnikiem sprawiającym, że menedżerowie nie korzystają z istniejących usług ani nie wymagają tego od swoich podwładnych.

Dalsze badania powinny wyjaśnić dokładniej, czy i kto odszukuje informację bibliograficzną dla menedżerów. Jeżeli robią to podwładni i współpracownicy, należałoby poświęcić więcej uwagi kwalifikacjom tych osób, potrzebnym, aby takie przeszukiwania skutecznie prowadzić.

Respondenci twierdzą, że w razie wątpliwości szukają potwierdzenia informacji w innych publikowanych źródłach lub u kolegów po fachu. Pierwsze wydaje się być trudne, zważywszy ograniczony dostęp do specjalistycznych publikowanych źródeł (brak bibliotek), a także brak umiejętności korzystania z baz komputerowych. Z kolei, nawyk zwracania się w takim przypadku do kolegów po fachu, choć jest zachowaniem typowym (por. Wakeham, 1993), stwarza niebezpieczeństwo, że informacja uzyskana w ten sposób może być myląca lub przypadkowa. Na to ryzyko w większym stopniu narażone są pielęgniarki oraz osoby o innym niż medyczne wykształceniu, które częściej niż inni szukają potwierdzenia informacji

u swoich kolegów lub specjalistów, oraz, we własnej opinii, nie mają wiedzy umożliwiającej im samodzielną krytyczną analizę doniesień naukowych. Biorąc pod uwagę preferencje (skłonność do konsultacji z osobami, w mniemaniu respondentów lepiej poinformowanymi) wydaje się, że zwłaszcza dla tych osób skutecznym sposobem byłoby upowszechnianie informacji przez tzw. liderów grupowej opinii, osoby cieszące się autorytetem, specjalistów (poprzez wykłady i inne wystąpienia).

Pytanie na temat uczestnictwa w fachowych (naukowych) dyskusjach, organizowanych w instytucji respondentów, kierowane było jedynie do menedżerów w szpitalach. W pozostałych kategoriach instytucji tego rodzaju spotkań nie ma. Ponad połowa badanych (przede wszystkim lekarze) twierdzi, że uczestniczy w takich dyskusjach. Istotnie mniej jest w tej grupie pielęgniarek, które twierdzą, że takich zebrań nie ma. Dowodzi to albo mniejszego zainteresowania tej grupy takim sposobem zdobywania informacji lub tym, że nie uczestniczą one w tego rodzaju spotkaniach z powodu niskiego prestiżu zawodowego i utrwalonego rozdziału środowisk lekarzy i pielęgniarek. E. Rogers (1983) twierdzi, że „ustalone wzory zachowań członków określonego systemu społecznego mogą stanowić barierę dla rozprzestrzeniania się innowacji” a, więc stanowią też barierę dla pewnych zachowań informacyjnych. Powody mniejszego udziału w naukowych spotkaniach pielęgniarek wymagają dalszego wyjaśnienia, na razie można jedynie stwierdzić, że pielęgniarki naczelnie korzystają z tego kanału rozpowszechniania informacji naukowej w mniejszym stopniu niż lekarze.

Analiza wyników badania wykazuje, że użytkowanie i stosunek menedżerów do źródeł informacji nie potwierdza ogólnej tezy, wyrażonej przez D. Nahl w pracy „The user-centered revolution” (1998), a głoszącej, że w dobie ogromnego rozwoju technologii informatycznej użytkownik informacji coraz bardziej się usamodzielnia i coraz mniej potrzebuje pośredników. Opisywany tu użytkownik zasadniczo nie korzysta osobiście z technologii informatycznych dla celów związanych z pracą zawodową, a jeżeli do takich źródeł się kieruje to właśnie za pośrednictwem rozmaitych osób. Wydaje się więc, że projektanci elektronicznych usług informacyjnych dla tej kategorii użytkowników mniej powinni ustalić przede wszystkim, kim są pośrednicy dostarczający informacji menedżerom oraz powinni interesować się zdolnościami i umiejętnościami pośredników potrzebnymi przy przeszukiwaniu źródeł komputerowych. Propagowane od lat „zorientowanie usług informacyjnych” na użytkownika oznacza w tym przypadku wzięcie pod uwagę przede wszystkim faktu, że menedżerowie nie są bezpośrednimi użytkownikami ani tradycyjnych usług informacyjnych (por. Dobrzyńska 1971), ani też internautami czy przeszukiwaczami

komputerowych baz informacji. Preferencje osób dotyczące formatu informacji naukowej są zróżnicowane, i wymagają dostosowania formy komunikatów do oczekiwań poszczególnych grup, jeżeli te mają spełnić swoją informacyjną rolę.

**Cel 3. Identyfikacja przekonań oraz uprzedzeń mających znaczenie dla skuteczności zachowań informacyjnych menedżerów, a także uzyskanie informacji o umiejętnościach badanych osób, istotnych dla korzystania z informacji.**

Analiza przekonań i uprzedzeń menedżerów wyjaśnia niektóre potrzeby i zachowania tej kategorii użytkowników informacji.

Ankietowani menedżerowie uważają, że w polskiej opiece zdrowotnej dość często stosowane bywają procedury i rozwiązania, które nie mają wystarczających podstaw naukowych. Jako główną przyczynę takiego stanu rzeczy podają brak środków finansowych, jako drugą - brak motywacji wśród personelu medycznego do aktualizowania wiedzy i doskonalenia kwalifikacji. Inne proponowane w kafeterii odpowiedzi przyczyny, takie jak: trudny dostęp do wiedzy, brak zaleceń postępowania, brak omówień wyników badań, nie są już dla badanych tak ważne. Najwidoczniej respondenci nie doceniają wagi permanentnej edukacji, ani wagi rozwiązań ułatwiających korzystanie z osiągnięć nauk, dla jakości opieki zdrowotnej. Skądinąd menedżerowie sceptycznie oceniają wpływ badań naukowych na praktykę. Połowa badanych postrzega działalność naukową jako od niej odległą i nie odpowiadającą na jej potrzeby. Większość skarży się też na trudność w śledzeniu postępu wiedzy. Trudność ta wynika nie tylko z rozmiłowania się z realnymi potrzebami, ale powodowana jest przez hermetyczny język badań naukowych oraz trudność zastosowania teoretycznych wniosków w konkretnych uwarunkowaniach. Postrzeganie badań naukowych jest więc jedną z barier w korzystaniu z ich wyników. Bariery są też specyfika pracy kierowników. Jak dowodzą studia poświęcone menedżerom, ekonomika decyzji menedżerskich implikuje skłonność do rozwiązań rutynowych i eliminacji nadmiaru informacji, co w praktyce oznacza ograniczanie do minimum szukania alternatywnych rozwiązań lub nawet ignorowanie pewnych dowodów naukowych (Timmermans, 1993, Banta, 1990, Lomas, 1997). Szczególnie dotyczy to decydentów, którzy unikają faktów, jeżeli nie służą one powziętym przez nich uprzednio zamierzeniom. Istnieją też bariery niezależne od przekonań i charakteru pracy menedżerów. Jak trudność czasowej koordynacji procesu tworzenia polityki zdrowotnej oraz budowania jej naukowego zaplecza (Włodarczyk 1996, s.83-103) w makro skali całego systemu ochrony

zdrowia. Z kolei na poziomie decyzji menedżerskich - trudność zasilania, dynamicznego procesu decyzyjnego, szczegółowymi naukowymi dowodami (Lomas 1994).

W Polsce badania sektora usług zdrowotnych mają stosunkowo niedługą tradycję. Nie jest więc to dziedzina o dobrze ugruntowanych podstawach teoretycznych i ściśle określonym zasięgu. Dyskusje w grupach fokusowych oraz wywiady dowodzą, że menadżerowie są świadomi braków w teoretycznym zapleczu swojej działalności. Potencjalnie przydatna menedżerom informacja pochodzi przy tym z wielu dziedzin wiedzy i obszarów ludzkiej działalności i nie jest uporządkowana w ramach jakiegoś jednego, dającego się ograniczyć, systemu informacji. Sytuacja menedżerów jest nieco podobna do sytuacji naukowców działających w dyscyplinach interdyscyplinarnych i mających do czynienia z problemami o znacznym współczynniku zmienności. Osobom tym znacznie trudniej jest śledzić postęp wiedzy i przynajmniej teoretycznie powinny one w znacznie większym stopniu potrzebować pomocy pośredników (por. Wilson 2000). Podobnie jednak, jak w omówionym wcześniej przypadku umiarkowanego zainteresowania danymi zdrowotnymi, także tutaj, przeświadczenie o tym, że przydatnych naukowych analiz prawdopodobnie nie ma, może generalnie hamować usiłowania, aby tej informacji szukać.

Pomimo pełnego rezerwy stosunku do działalności teoretyków i badaczy zadziwiająca jest wiara ankietowanych w słowo opublikowane. 90% badanych twierdzi, że przeważanie ufa temu, co czyta w fachowych czasopismach. Procent ten jest jeszcze wyższy wśród Pielęgniarek Naczelnych. W świetle licznych studiów, wykazujących, że prace naukowe, nawet te zamieszczane w czołowych recenzowanych czasopismach, bywają obarczone poważnymi błędami i mogą zawierać wnioski nieuprawnione, ta łatwowierność wydaje się niebezpieczna. Jak powiedziano, naukowe zaplecze w dziedzinie usług zdrowotnych jest stosunkowo młode, recenzowane czasopisma naukowe adresowane do menedżerów nieliczne, a najbardziej poczytnym wśród ankietowanych pismem jest magazyn zamieszczający głównie artykuły publicystyczne. Badani nisko przy tym oceniają swoje możliwości krytycznej analizy publikacji. Stosunkowo najlepiej lekarze, co spowodowane jest prawdopodobnie większym, w dziedzinie medycyny niż w toku innych studiów, uwrażliwieniem na konsekwencje nierzetelności badań naukowych. W Polsce nie ma zespołów, które dokonywałyby ewaluacji badań dla potrzeb praktyków, na podobieństwo np. brytyjskiego Centre for Research and Dissemination. Wszystkie te okoliczności sprawiają, że wiedza i opinie menedżerów mogą być często kształtowane przez wypowiedzi nie mające zobiektywizowanych podstaw. Respondenci nie znając wymogów prac naukowych, ani też nie umiając ocenić jakości źródła mogą napotykać trudności w selekcyonowaniu informacji, a także uznawać za wiarygodne

fakty i twierdzenia, które są wyłącznie jednostkowym poglądem lub doświadczeniem. Niedoceniając przez menedżerów problemu jakości informacji oraz brak ostrożności w tym względzie może mieć także niekorzystny wpływ na stosunek do tych problemów podległych im pracowników.

Menedżerowie uważają, że jest ich rolą ułatwianie dostępu do wiedzy swoim podwładnym. Pytani, w jaki sposób robiliby to najchętniej, odpowiadają – wysłalibyśmy pracowników na doksztalające kursy. Jest to, według badanych, najbardziej skuteczny sposób uzupełniania i aktualizacji wiedzy. Sami zresztą najchętniej tak postępują. Wynika to z ich osobistych preferencji, dodatkowych przyzwyczajęń okresu reformy, a także zapewne jest rezultatem tradycyjnego trybu kształcenia profesjonalistów w ochronie zdrowia. Konieczność ustawicznego samokształcenia się, możliwego tylko wtedy, gdy źródła wiedzy są pod ręką w chwili, kiedy pojawiają się wątpliwości, wydaje się być mniej ważna dla badanych niż okresowa (skokowa) aktualizacja wiedzy. Jest to jedno z możliwych (obok powodów finansowych) tłumaczeń, dlaczego tak słaba jest baza biblioteczno-informacyjna w instytucjach ochrony zdrowia. Nie jest to korzystne, gdyż jak dowodzą badania, tradycyjne kursy polegające na wykładach i dostarczeniu uczestnikom materiałów edukacyjnych, mają stosunkowo niewielki wpływ na rzeczywistą zmianę ich zachowań i praktyki (Bero 1998). Inne dowodzą, że istnieje związek pomiędzy tym, czy personel medyczny ma łatwy dostęp do źródeł wiedzy, a pewnymi korzystnymi zmianami w wynikach opieki zdrowotnej, np. zmniejszeniem kosztu i długością pobytu pacjentów w szpitalu (Klein i in. 1994). Fizyczna dostępność zaleceń, przypomnień, zestawień informacji, dobrze funkcjonująca biblioteka z aktualnym księgozbiorem, profesjonalna dyskusja, dobrze przygotowani pośrednicy-pracownicy informacji naukowej, itd. to niektóre z warunków ułatwiających przepływ wiedzy w sferę praktyki. Wyniki intensywnie prowadzonych na świecie badań nad skutecznością metod i kanałów rozpowszechniania fachowej informacji i ich wpływem na zmianę praktyki (Ferguson, 1993, Lomas, 1993, Haines, 1994, Oxman, 1994, Bero, 1998) wydają się nie mieć wpływu na poglądy badanych menedżerów, stawiających przede wszystkim na szkolenia i zaniedbujących informacyjną bazę w swoich instytucjach.

Rozmaitość obszarów przydatnej wiedzy, brak systematycznego jej uporządkowania, skargi na trudności w śledzeniu postępu wiedzy, omówione wcześniej nawyki i preferencje menedżerów w kierunku komunikacji osobistej wydawałyby się wskazywać na to, że powinni oni bardzo potrzebować usług pracowników informacji naukowej. Wyniki ankiety jednak tego nie potwierdzają. Stosunek ankietowanych do bibliotekarzy i pracowników informacji naukowej obfituje przy tym w niekonsekwencje. Z jednej strony respondenci twierdzą, że



potrzebują rozmaitych usług informacyjnych, z drugiej, niechętnie godzą się, aby ktoś za nich selekcjonował informację. Podobne rezultaty przyniosły wcześniejsze badania w środowisku menedżerów. Menedżerowie w przemyśle także nie dowierzali, aby zestawienia i wyciągi informacji mogli kompetentnie robić pracownicy inte (Mostowicz 1985). Ankietowani nisko oceniają swoje umiejętności np. przeszukiwania baz elektronicznych, ale raczej sami podejmują się tego zadania niż zlecają je bibliotekarzowi. Twierdzą, że chcieliby, aby w ich instytucji była biblioteka i serwis bieżącej informacji, ale w ich organizacjach nie ma takich usług. Mało tego, tylko niewielki procent respondentów (6,3%) przeznaczyłby na utrzymanie biblioteki i bibliotekarza środki finansowe. Ankietowani twierdzą, że bibliotekarze są niekompetentni, ale nie widzą potrzeby kształcenia specjalistów w dziedzinie specjalistycznej informacji, gdyż jak mówią: każdy odpowiednio przeszkolony pracownik może takie usługi prowadzić. Próba wyjaśnienia tych wielowarstwowych niekonsekwencji wymaga przywołania rozmaitych uwarunkowań.

Zacząć trzeba od, omówionej w Rozdziale 3, specyfiki decyzji menedżerskich. Podejmowane są one zwykle pod presją wielu ograniczeń. Często trudno jest, dynamicznie rozwijające się, sytuacje problemowe „przełożyć” na konkretne potrzeby informacyjne. Ankietowani twierdzą też, że trudno jest potrzeby te wyjaśnić nie zorientowanej w sytuacji osobie tak, aby potrafiła szukać odpowiednich danych i wiedzy. Nawet w prostych pytaniach dotyczących np. skuteczności określonego postępowania medycznego bardzo ważne są szczególne cechy pacjenta i okoliczności. Szukający literatury przedmiotu lekarz, mając je na uwadze, odrzuci pewne publikacje jako nieadekwatne. Sytuacje i problemy, wobec których stoją menedżerowie często są bardzo skomplikowane, a ponieważ nie ma zwyczaju, aby procesowi decyzyjnemu (spotkaniom, naradom, dyskusjom, planowaniu) towarzyszyła osoba, która w razie potrzeby szuka i dostarcza odpowiednich opracowań, trudność związana z wprowadzaniem jej w meritum sprawy powoduje prawdopodobnie zaniechanie korzystania z jej usług. Jednak tylko obecność takiej osoby w momentach, kiedy problem jest rozważany i analizowany może zmniejszyć barierę braku zrozumienia. Eksperymenty, mające na celu zaangażowanie pracowników informacji (bibliotekarzy) w proces podejmowania decyzji medycznych (Osiope 1985), projekty badawcze, kontraktowanie usług (Paisley 1998), itp. wykazują, że problemy związane z komunikacją ulegają wtedy zmniejszeniu. Wydawałoby się, że zadanie dostarczania fachowej informacji w toku procesu decyzyjnego można powierzyć dowolnemu członkowi zespołu operacyjnego, tak jak to prawdopodobnie dzieje się w rzeczywistości. Pojawia się jednak problem. Rozwój techniki przetwarzania i udostępniania informacji, wbrew pozornej „przyjazności” rozmaitych narzędzi, wymaga coraz głębszej

i bardziej specjalistycznej znajomości zarówno tych narzędzi (programów, baz), jak i sposobów porządkowania informacji. Tylko wtedy bowiem, wyszukiwanie i filtrowanie informacji daje wysokiej jakości rezultaty (Booth, 1996). Wydaje się, że udziałem ankietowanych jest charakteryzujące użytkowników elektronicznych baz informacji złudzenie, że wystarczy zdrowy rozsądek i ogólna umiejętność posługiwania się komputerem, aby robić to skutecznie. Badania dowodzą jednak, że dobrze przygotowani pracownicy informacji/bibliotekarze, wprowadzeni w dany problem osiągają znacznie lepsze efekty w odszukiwaniu i filtrowaniu informacji. Warunkiem jest dobra komunikacja między nimi i osobami, które informacji potrzebują (Kuller i in. 1993). Stąd wykorzystanie specjalistów, pracowników informacji naukowej, wydaje się być teoretycznie lepszym jakościowo rozwiązaniem niż powierzanie tej funkcji osobie nie mającej odpowiedniego przygotowania. Udział takich osób w procesach decyzyjnych, oprócz korzystnego budowanego w ten sposób wzajemnego zrozumienia, ma jeszcze jeden plus. Ghosal & Kim (1986) twierdzą, że: „...informacja otrzymywana na bieżąco w trakcie trwania procesu decyzyjnego, jest wykorzystana z większym prawdopodobieństwem, niż jej zasoby rutynowo gromadzone w instytucji”. W świetle powyższych uwag wydaje się, że obecność wykwalifikowanej osoby, która wprowadzona jest w zagadnienia i na bieżąco dostarcza informacji oraz kieruje do właściwych źródeł, jest być może jeszcze ważniejsza niż posiadanie w instytucji zbiorów książek, czasopism i baz. Badani menedżerowie nie wydają się jednak podzielać tej opinii. Nisko, skądinąd oceniający swoje własne umiejętności, uważają, że sami lepiej odszukają potrzebne im informacje niż pracownik informacji.

Wszystkie badane grupy nisko oceniają kompetencje i przydatność bibliotekarzy. Pewne fakty wskazują na to, że taka opinia może być uprawniona. W Polsce żaden uniwersytecki kierunek informacji naukowej nie daje specjalistycznych kompetencji w dziedzinie informacji w ochronie zdrowia czy medycynie. Taka specjalizacja bibliotekarzy jest oczywistością w wielu krajach zachodnich. Ustalenie rzeczywistych kwalifikacji i niezbędnych kompetencji bibliotekarzy pracujących w instytucjach ochrony zdrowia wymaga dalszych badań. Na razie można jedynie stwierdzić, że ci, bardzo nieliczni w badanych instytucjach, bibliotekarze nie są postrzegani przez ankietowanych menedżerów jako kompetentni profesjonaliści. Nie są też włączani w proces decyzyjny.

Omówione wcześniej niskie umiejętności badanych przydatne przy samodzielnym poszukiwaniu i ocenianiu informacji są poważną barierą dla tych zachowań (por. Newman i in. 2000), zwłaszcza w przypadku pielęgniarek i menedżerów w Samorządach. Jeszcze

bardziej niepokojący jest fakt, że respondenci nie postrzegają tych braków, może z wyjątkiem nieznamości języka, jako przeszkód w korzystaniu z informacji i nie wykazują szczególnie chęci ich doskonalenia. Ale niskie mniemanie o własnych możliwościach, wiedzy, umiejętnościach, samo w sobie może być barierą dla skutecznych zachowań informacyjnych. A. Bandura, twórca teorii społeczno-poznawczej twierdzi, że percepcja własnej samo-skuteczności (przekonanie o tym, że jest się w stanie wykonać zadanie i osiągnąć oczekiwany rezultat) jest koniecznym warunkiem przystąpienia do jego realizacji (Bandura 1977). Niska samoocena przez badanych menedżerów powyższych umiejętności może więc powodować, że badani mając świadomość braku odpowiednich umiejętności (niemożności wyszukania informacji, skorzystania z obcojęzycznych źródeł, oceny wartości doniesień) z góry rezygnują z prób korzystania z pewnych źródeł wiedzy. Nie mając, z kolei, nawyku korzystania z usług pośredników, a także wobec braku odpowiednich ułatwiających im to zadanie usług, zamykają się na całe obszary wiedzy i badań mogących służyć realizowanym przez nich zadaniom. W ten sposób bariera między nauką a praktyką menedżerską utrwala się.

#### **Cel 4. Uzyskanie ogólnego obrazu środowiska informacyjnego ankietowanych menedżerów.**

Badanie potwierdziło przypuszczenia, że środowisko informacyjne menedżerów stwarza liczne bariery w dostępie do profesjonalnej informacji. Przy tym o ile utrzymywanie dobrze wyposażonej biblioteki, zakup książek, czasopism i zatrudnienie fachowca jest zależne od decyzji menedżerów najwyższego szczebla zarządzania, o tyle na uwarunkowania zewnętrzne nie mają już oni wpływu. A te nie sprzyjają ewentualnym działaniom zmierzającym do pozyskania fachowej informacji.

Przed wszystkim reformatorzy polskiej ochrony zdrowia nie uwzględnili w swoich działaniach jakościowej i ilościowej zmiany potrzeb informacyjnych menedżerów, a także nie zadbali o przygotowanie odpowiednich systemów informowania. Informacyjna działalność głównego dostawcy informacji dla menedżerów - Ministerstwa Zdrowia postrzegana jest bardzo źle przez respondentów. Jeżeli plany władz zwierzchnich nie są odpowiednio wcześniej komunikowane i klarowne dla podległych im menedżerów, lub, gdy zmieniają się zbyt często, pojawia się też nieustanna konieczność aktualizowania informacji. Podobnie, jeżeli w systemie dominuje model działalności, którą W. Kieżun (s. 104) nazywa „pracą systemem akcji”, co polega na tym, że priorytetowym działaniem jest zawsze określona

doraźna akcja, a to wydaje się być charakterystyczną cechą polskiej reformy. W takiej sytuacji, przy pewnym stopniu chaosu, może wręcz nastąpić zaniechanie działań zmierzających do pozyskania informacji, jako działań nieskutecznych lub o zbyt krótkotrwałej przydatności (Allen 1996).

Generalnie źle oceniana reforma a także brak systemu informowania spowodowały utratę zaufania do MZ, jako źródła informacji. Jest to dodatkowo niekorzystne, gdyż powstaje dysonans między oczekiwaniami respondentów, że Ministerstwo Zdrowia powinno być ważnym źródłem i kolporterem informacji, a zachwianą wiarą w wiarygodność i sprawność tej instytucji. Wiarygodność źródła informacji jest podstawową cechą skłaniającą do korzystania z niego. Użytkownik informacji nie korzysta, że źródłem, którym nie ufa i nie „przejmuje się” informacją, którą tam znajduje. Reakcją na zmienne i złożone otoczenie może być też postawa selektywnej percepcji, celowego lub mimowolnego zlikwidowania dysonansu poznawczego poprzez ignorowanie informacji sprzecznych z określonymi stereotypami. Stereotypy mogą stać się więc łatwo kryterium selekcji nadmiernych ilości lub sprzecznych informacji (Sikorski, 1999).

Nie jest korzystna także wielość ośrodków dyspozycyjnych (a więc i źródeł informacji bieżącej i danych): MZ, kasy chorych, władze samorządowe, władze wojewódzkie. Prowadzi to do zaburzeń w przepływach informacji oraz jej redundancji (por. Kieżun, 1979). Pozyskiwanie sprzecznych lub niespójnych informacji podważa z kolei jej wiarygodność, a w konsekwencji prowadzi, albo do hamowania zachowań informacyjnych, albo kieruje je na drogi nieformalne. Respondenci słusznie skarżą się na rozproszenie informacji, które nie sprzyja skutecznym zachowaniom informacyjnym (Allen 1996). Potencjalnie przydatna menedżerom wiedza nie jest bowiem ujęta w żaden zorganizowany system informacji, a jej rozproszenie znacznie utrudnia korzystanie z istniejących zasobów wiedzy i danych. Dane gromadzone są przy tym przez wiele instytucji, a informacji skierowanej do odpowiednich źródeł nie ma.

Przeglądy i ewaluacja badań dla potrzeb praktyki, sporządzanie syntetycznych zestawień informacji, opracowywanie zaleceń, a także tworzenia sieci usług oraz kanałów służących ich rozpowszechnianiu to działania zależne są od decyzji na szczeblu centralnym. Analiza wywiadów z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia wykazuje, że choć są oni świadomi konieczności i braków w tym względzie, nie proponują jak dotąd konkretnych rozwiązań. Nieliczne działania i zmiany, np.: przekształcenie COiEOZ w Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia (CSIOZ), pewne kroki w kierunku tworzenia zaleceń i standardów (np. dotyczących technologii medycznych) nie obejmują wszystkich potrzeb

informacyjnych menedżerów. Brakuje też rozwiązań systemowych w sferze obiegu informacji oraz oficjalnej strategii działań centralnych władz zdrowotnych w tej dziedzinie.

Deklarowane preferencje menedżerów dotyczące formatu publikacji, także nie są uwzględniane. Tak pożądane wytyczne, omówienia, wyciągi informacji są rzadkością, w obszarze zarządzania, a regularnie czytane przez menedżerów czasopisma naukowe nie zamieszczają komentarzy do publikowanych artykułów, z wyjątkiem rzadkich polemik.

Jedną z istotnych barier zgłaszanych przez respondentów, jest koszt źródeł informacji i informacyjnych technologii. Ankietowani twierdzą, że nie mają środków na to, aby utrzymywać bibliotekę w instytucji. Twierdzą, że brakuje ich na zakup książek, prenumeratę czasopism, baz danych, komputerów, opłacanie usług internetowych i szkoleń. W odpowiedzi na towarzyszącą ankiecie ofertę COiEOZ bezpłatnego serwisu informacji respondenci, choć bardzo nią zainteresowani, przeważnie nie byli skłonni pokryć niewielkich kosztów związanych z jej odbiorem (połączenie Internetowe oraz oddelegowanie pracownika do odbioru informacji). Nic więc dziwnego, że w instytucjach menedżerów brak jest dobrze wyposażonych bibliotek, a nawet są one z powodu wspomnianych trudności finansowych likwidowane.

Dostępność Internetu choć w niektórych instytucjach dobra, i prawdopodobnie stale poprawiająca się, nie zapewnia dostępu do pewnych kategorii (danych, analiz, opisów wdrożeń, zaleceń). Analiza stron internetowych wykazała, że przydatna menedżerom informacja jest trudna do odszukania, a też zwykle, z powodu nadmiernie uogólnionych treści, dla potrzeb decyzyjnych, bezużyteczna. Jedynie bazy i zbiory publikacji naukowych, aktów prawnych, nieliczne standardy wydają się być potencjalnie przydatne. Wyrażane w wywiadach przekonanie Przedstawicieli Ministerstwa, że Internet jest najskuteczniejszym kanałem dostarczania informacji menedżerom, pozostaje przy tym w sprzeczności z ich preferencjami i możliwościami.

O konieczności nowoczesnego, dostosowanego nie tylko do danej dziedziny ale także do specyficznym potrzeb określonych kategorii użytkowników oraz zmieniających się technicznych możliwości przekazywania informacji pisze się szeroko w specjalistycznej literaturze. Jednak, chociaż liczne prace (m.in.: B. Sosińskiej-Kalaty, W. Pindlowej, M. Kocójowej) podnoszą wagę tego problemu, jak dotąd nie ma w Polsce wyspecjalizowanych programów odpowiednio przygotowujących pracowników informacji medycznej. Brak specjalistycznego programu kształcenia pracowników informacji naukowej w ochronie zdrowia, powoduje, że biblioteki i ośrodki informacji w tym sektorze, których kompetentna obsługa wymaga szczególnych kwalifikacji, są prowadzone przez bibliotekarzy ogólnych. Ich

wiedza, jeżeli nie jest uzupełniona długotrwałym doświadczeniem nie wystarczy zapewne, aby osoby te mogły być partnerami lekarzy, pielęgniarek, menedżerów w poszukiwaniu fachowej informacji. Rzeczywiste kwalifikacje bibliotekarzy pracujących w instytucjach ankietowanych osób, nie są jednak znane i wymagają dalszych badań.

Przedstawiciele Ministerstwa zgadzając się, że w szpitalach i innych większych organizacjach powinny istnieć fachowe biblioteki oraz z tym, że kwalifikacje pracowników informacji w instytucjach opieki zdrowotnej najprawdopodobniej są niewystarczające, nie dają ani propozycji rozwiązania tej sytuacji, ani nie podejmują w tym kierunku żadnych działań wspierających. Podjęto jedynie pewne kroki zmierzające do modernizacji Głównej Biblioteki Lekarskiej w Warszawie oraz elektronicznej Polskiej Bibliografii Lekarskiej, które to źródła informacji, praktycznie zresztą przez menedżerów nie wykorzystywane, pozostają daleko w tyle za podobnymi ośrodkami i bazami na świecie. Poprawie stanu zaplecza informacyjnego w szpitalach mogłyby służyć wymogi związane z ich akredytacją, gdyby nie to, że wydają się bardzo liberalne w tym względzie. Przewodnik akredytacji (Program akredytacji 1998) mówi, że: „w szpitalu powinno być wydzielone miejsce, w którym można zapoznać się z najnowszymi publikacjami z określonych dziedzin medycyny”. To, tak ostrożne sformułowanie wskazuje na niską wagę przywiązywaną do tego zagadnienia. A badania prowadzone w drugiej połowie lat 80-tych przyniosły wyniki wskazujące na istotne powiązania użytkowania informacji naukowej z jakością opieki medycznej (Gruppen i in. 1987, za Hewins 1990).

Ani studia medyczne ani menedżerskie w Polsce nie przygotowują wystarczająco do samodzielnego poszukiwania informacji i jej ewaluacji, a umiejętności te są konieczne, zwłaszcza wobec braku odpowiednich służb i instytucjonalnych rozwiązań wyręczających w tym zadaniu. Brak powyższych umiejętności stwarza istotną barierę dla korzystania z osiągnięć naukowo-badawczych w późniejszej pracy zawodowej. Dotyczy to nie tylko lekarzy i pielęgniarek, ale i innych profesjonalistów w ochronie zdrowia. Niedostateczne umiejętności odszukiwania i korzystania z informacji w przypadku menedżerów są niekorzystne nie tyle dla tego, że nie są oni w stanie korzystać z baz danych i samodzielnie oceniać jakość informacji, ale przede wszystkim, dlatego, że kierownicy nie mają świadomości możliwości nowoczesnych technologii informacyjnych oraz korzyści i problemów, jakie one niosą. Jest to szczególnie ważne przy obecnym tempie rozwoju nauk bio-medycznych i rosnącej lawinowo ilości informacji w dziedzinie ochrony zdrowia. W programach studiów medycznych i pokrewnych w krajach zachodnich, nie bez powodu

znajdują się obowiązkowe zajęcia z wyszukiwania informacji, metod badawczych i krytycznej analizy publikacji naukowych.

#### **4.7 Wnioski płynące z badania ankietowego**

- Potrzeby informacyjne menedżerów oraz ich zachowania kształtuje przede wszystkim środowisko społeczno-ekonomiczne w którym działają. Badani menedżerowie potrzebują w pierwszym rzędzie bieżącej informacji o decyzjach i działaniach władz zdrowotnych. Odzwierciedla to być może bieżącą, wyjątkową, sytuację okresu reformy, i hierarchia potrzeb w czasach bardziej stabilnych może być nieco inna, ale wyniki badania zwracają uwagę na konieczność elastycznego uwzględniania zmian w środowisku i dostosowywania usług informacyjnych zgodnie z tymi zmianami. Zmiany w otoczeniu szczególnie silnie wpływają na potrzeby informacyjne tych osób zarządzających, których decyzje uzależnione są w znacznym stopniu od centralnych lub regionalnych dyrektyw, a więc dyrektorów naczelnych. Menedżerowie w obecnej chwili nie otrzymują potrzebnej im informacji na czas, ani też w formie odpowiadającej ich potrzebom.
- Trzy kategorie informacji wymieniane są przez wszystkie grupy respondentów, jako najbardziej potrzebne: informacja o strategii i działalności władz zdrowotnych, zalecenia postępowania w ochronie zdrowia i analizy skuteczności i kosztów. Hierarchia potrzeb w poszczególnych grupach odzwierciedla specyfikę zadań na poszczególnych szczeblach zarządzania oraz w określonych sektorach. Inne wymieniane kategorie informacji to: informacja prawna, lokalne dane zdrowotne, informacja o rynku usług. Stosunkowo najlepiej zaspokojona jest potrzeba informacji prawnej. Szczegółowe badania potrzeb informacyjnych poszczególnych grup powinny posługiwać się metodą uczestniczącej obserwacji, aby ustalić typowe sytuacje problemowe oraz ukryte motywacje tych potrzeb.
- Menedżerowie podejmując decyzje najchętniej kierują się przykładami zakończonych powodzeniem wdrożeń.
- Menedżerowie potrzebują informacji skierowanej do ośrodków gromadzących informacje, nowości wydawniczych, baz itp. Wolą przy tym być informowani niż

aktywnie informacji szukać. Informacja ta według ankietownych powinna być upowszechniana w formie drukowanego biuletynu, rozsyłanego pocztą.

- Najchętniej stosowanym sposobem uzyskiwania i potwierdzania informacji jest zasięganie opinii kolegów po fachu.
- Respondenci najchętniej aktualizują swoją wiedzę w trakcie szkoleń. Szczególnie zainteresowani są szkoleniami dotyczącymi monitorowania jakości w opiece zdrowotnej oraz planowania i realizacji programów zdrowotnych. Te ostatnie najbardziej potrzebne są menedżerom w Samorządowych Wydziałach Zdrowia i Pielęgniarkom Naczelnym.
- Analizowana kategoria użytkowników wykazuje zdecydowane preferencje, co do kanałów upowszechniania informacji a także formatu opracowań. Istnieją przy tym pewne różnice między poszczególnymi grupami menedżerów, które powinny być uwzględniane przy projektowaniu systemów usług informacyjnych. Menedżerowie generalnie oczekują informacji w formie krótkiej i dostosowanej do potrzeb zarządzania (wytyczne, instrukcje, zestawienia danych, specjalistyczne komentarze). Ignorowanie tych preferencji przez nadawców informacji naukowej może przyczyniać się do tego, że jej użytkownicy, zgodnie ze swoimi upodobaniami, raczej kierować się będą do źródeł odpowiadających im formą, niż pokonywać trudności związane z jej odszukaniem i przyswojeniem. Informacja ta trafiając do menedżerów poprzez opinie kolegów po fachu, popularne artykuły czy komunikaty upowszechniane przez, dbające o formę, grupy interesu, może być niepełna lub ulegać istotnym zniekształceniom.
- Internet wciąż nie jest wystarczająco powszechnie wykorzystywanym przez badaną kategorię użytkowników kanałem upowszechniania informacji. Wśród badanych menedżerów tylko osoby młode o medycznym wykształceniu regularnie używają Internetu. Ankietowani menedżerowie przedkładają ponad inne, tradycyjne drukowane nośniki informacji oraz komunikacje bezpośrednią (spotkania, konferencje, szkolenia). Dlatego Internet nie powinien być jedynym kanałem dostarczania informacji tej grupie
- Najbardziej skarżą się na braki informacji menedżerowie w instytucjach „nowych” w systemie (Samorządowe Wydziały Zdrowia, Kasy Chorych), co wskazuje na konieczność szczególnej troski o zaspokojenie potrzeb informacyjnych nowo powstających grup



zawodowych i zadaniowych. Na duże trudności w dostępie do informacji narzekają także pielęgniarki naczelne. Wynika to prawdopodobnie z najniższych umiejętności tej podgrupy ankietowanych, ale potwierdzenie tego, oraz ewentualnie wskazanie innych przyczyn, wymaga dalszych badań.

- Potrzeby informacyjne badanych nie są zaspokajane przez odpowiednie służby w ramach ich własnych instytucji, gdyż tylko w nielicznych istnieją biblioteki a jeszcze rzadziej mają one odpowiednią obsługę. Badani nie są zadowoleni z posiadanych bibliotek i źle oceniają kompetencje bibliotekarzy. Brak odpowiednich usług informacyjnych jest jedną z przyczyn poczucia braku informacji, ale też menedżerowie nie podejmują działań, aby te usługi we własnych instytucjach organizować. Preferencje menedżerów, co do źródeł, formatu opracowań wskazują jednak na potrzebę istnienia w badanych instytucjach zbiorów bibliotecznych.
- Badane osoby nie są bezpośrednimi użytkownikami systemów i usług informacyjnych (nie korzystają z baz komputerowych, usług internetowych i bibliotek), nie jest więc konieczne analizowanie ich indywidualnych sposobów przeszukiwania tego typu źródeł..
- Pewne przekonania i nastawienia menedżerów jak również brak określonych umiejętności stanowią istotne przeszkody dla rozpowszechniania fachowej informacji. Jedną z tego rodzaju przeszkód jest przeświadczenie tej kategorii użytkowników, o małej praktycznej użyteczności badań prowadzonych w ośrodkach naukowych. Nastawienie takie może być spowodowane rzeczywistym brakiem, odpowiadających potrzebom badań, może też świadczyć o niedostatecznym lub korzystającym z niewłaściwych kanałów upowszechnianiu wyników badań naukowych, a także o niewłaściwej formie doniesień i opracowań. Takie nastawienie osób zarządzających, nie tylko może powstrzymywać ich samych od szukania uzasadnienia dla decyzji w naukowych analizach, ale prawdopodobnie ma też wpływ na postępowanie ich podwładnych. Nie przywiązując znaczenia do roli nauki, menedżerowie prawdopodobnie nie podejmują też wysiłków, aby swoim pracownikom ułatwić do niej dostęp.
- Menedżerowie nie odczuwają potrzeby korzystania z usług ani kształcenia fachowych specjalistów ds. profesjonalnej informacji. Prawdopodobnie w razie potrzeby przeszukania źródeł informacji, korzystają z pośrednictwa swoich podwładnych, osób

o nie znanych umiejętnościach. Jakość uzyskiwanych w ten sposób informacji zależy więc od kompetencji tych osób.

- Niska samo-ocena znajomości metod badań naukowych a także znajomości języków obcych, pozwala przypuszczać, że większość menedżerów nie jest w stanie dokonać oceny jakości czytanych opracowań, a także nie może korzystać z fachowego piśmiennictwa w językach obcych. Można stwierdzić, że wśród ankietowanych najmniej przygotowane do samodzielnego korzystania z źródeł informacji są pielęgniarki naczelne oraz menedżerowie w Samorządowych Wydziałach Zdrowia. Zarówno, jeżeli ma się na myśli odszukiwanie informacji, jak i jej ocenę, a także możliwość korzystania, że źródeł obcojęzycznych.
- Menedżerowie prawdopodobnie zbyt ufają opublikowanym opiniom, nie zdając sobie w pełni sprawy z czynników warunkujących jakość informacji.
- Badani skarżą się na trudność w nadążaniu za postępem wiedzy. Jedną z przyczyn tych trudności, obok trudnego dostępu do opracowań naukowych, może być także to, że nie dysponując umiejętnościami pozwalającymi im samodzielnie ocenić jakość informacji naukowej, nie podejmują się lektury zbyt „trudnych” dla nich publikacji.
- Przeszkodą dla tworzenia nowoczesnego informacyjnego zaplecza w instytucjach ochrony zdrowia wydaje się być konserwatywne postrzeganie przez menedżerów roli bibliotek, ośrodków informacji i pracowników informacji naukowej.
- Środowisko ankietowanych generalnie nie sprzyja działaniom zmierzającym do odszukiwania fachowej i naukowej informacji, zarówno z powodu rozproszenia informacji, braku ustabilizowanych kanałów jej przepływu, niedostatków infrastruktury informatycznej, a także braku usług ułatwiających dostęp do źródeł oraz krytyczną ocenę informacji.

## ROZDZIAŁ V

### CHARAKTERYSTYKA MENEDŻERÓW W INSTYTUCJACH OCHRONY ZDROWIA W POLSCE JAKO UŻYTKOWNIKÓW INFORMACJI.

*Celem niniejszej pracy jest wskazanie istotnych, dla projektowania systemów informacji, potrzeb, cech i uwarunkowań zachowań informacyjnych menedżerów w ochronie zdrowia w Polsce. Rozdział ten jest podsumowaniem dotychczasowych spostrzeżeń oraz zawiera sugestie dotyczące dalszych niezbędnych do pełnego poznania tej kategorii użytkowników badań. Zaproponowano w nim także nowy uniwersalny model zachowań informacyjnych, uwzględniający zachowania menedżerów.*

#### **5.1 Wnioski i rekomendacje wynikające z zestawienia wyników ogólnopolskiego sondażu ankietowego z obrazem menedżera wyłaniającym się ze studium literatury przedmiotu.**

Wyniki przeprowadzonego badania ankietowego wśród menedżerów w instytucjach ochrony zdrowia w znacznej mierze potwierdziły wcześniejsze rodzime i zagraniczne obserwacje mające bezpośredni związek z zachowaniami informacyjnymi osób zajmujących kierownicze stanowiska. Pojawiły się jednak także pewne nowe spostrzeżenia. Najistotniejsze wnioski, omówione szerzej w następnych paragrafach, można ująć w następujący sposób.

- 1. Menedżerowie nie są bezpośrednimi użytkownikami zorganizowanych systemów informacji;**
- 2. informacje pozyskują od pośredników;**
- 3. potrzeby i zachowania informacyjne menedżerów kształtuje przede wszystkim ich otoczenie zewnętrzne.**

Aby zminimalizować bariery, które stoją na przeszkodzie przepływowi informacji (zwłaszcza informacji naukowej) w sferę menedżerskich decyzji i działań:

- 4. konieczna jest odpowiednia edukacja pośredników oraz samych menedżerów;**
- 5. powinny powstać pewne usługi biorące pod uwagę ich potrzeby i niedostatek umiejętności;**



6. należy dostosować formę informacji, bezpośrednio docierającej do menedżerów, do ich preferencji wynikających z charakteru wykonywanej pracy.

**Ad. 1. Menedżerowie nie są bezpośrednimi użytkownikami zorganizowanych systemów informacji.**

Wyniki badań, w tym także wyniki przeprowadzonego sondażu, wskazują na to, że przeciążenie obowiązkami, brak czasu, różnorodność zadań oraz rozdrobnienie dnia pracy, są nieodłączną cechą pracy menedżerów także w sektorze ochrony zdrowia. Powoduje to, że kierownicy, zwłaszcza kierownicy szczebla najwyższego, nie mają czasu na metodyczne pozyskiwanie informacji poprzez osobiste korzystanie z jej źródeł (ośrodków, bibliotek, baz elektronicznych, Internetu). Pojawia się przy tym zjawisko błędnego koła. Menedżerowie nie korzystają ze źródeł elektronicznych, nie analizują jakości opracowań, nie korzystają z usług i opracowań zagranicznych, gdyż nie mają na to czasu. Nie mają więc okazji do zdobywania odpowiedniej wiedzy i doskonalenia przydatnych do tego umiejętności, a brak wprawy z kolei stanowi podstawową przeszkodę w podejmowaniu się takich zadań. Charakter pracy bardzo silnie determinuje tę sytuację, a fakt, że menedżerowie bardzo rzadko wchodzą w bezpośrednią interakcję z komputerowymi systemami dostarczania informacji oznacza, że ich osobiste preferencje nie mają istotnego znaczenia przy projektowaniu interfejsów programów i mogą być ignorowane. To zachowanie menedżerów, a właściwie jego brak, ma też swój uboczny skutek. Wynikająca z braku doświadczenia niewiedza o źródłach informacji, problemach jej jakości, technicznych możliwościach przetwarzania i przesyłania, może powodować istotną trudność w formułowaniu przez te osoby oczekiwań wobec przydatnych dla nich, choć wykorzystywanych głównie przez pośredników, usług informacyjnych. Dlatego werbalne deklaracje menedżerów nie wydają się najlepszym źródłem informacji o ich potrzebach. Optymalnym sposobem uzyskania tej informacji jest, towarzysząca ich pracy, obserwacja, ujawniająca te momenty procesu decyzyjnego, w których informacja jest potrzebna. Jest to podstawowa rekomendacja dla dalszych szczegółowych badań nad tą kategorią użytkowników.

We wcześniejszych badaniach podnoszono niskie zainteresowanie kierowników informacją naukowo techniczną, co przypisywano brakowi odpowiedzialności za efekt ekonomiczny. Na podstawie wyników przeprowadzonego sondażu można jednak przypuszczać, że ankietowani kierownicy chętnie wykorzystywaliby informację naukową,

gdyby tylko otrzymywali ją w odpowiadającej ich potrzebom skondensowanej formie, a przede wszystkim na czas.

Kierownicy w instytucjach ochrony zdrowia, tak jak i w innych organizacjach, wydają się bardzo cenić szybkość informacji. W pierwszym rzędzie, korzystają więc z własnej wiedzy oraz podręcznie dostępnych źródeł, a następnie kierują się do znanych sobie osób. Są nimi podwładni, specjaliści, koledzy po fachu, znani specjaliści. Sprzyja temu, charakterystyczna dla menedżerów, zespołowość prac przygotowujących decyzje (narady, zebrania), a także preferowany sposób kształcenia się - szkolenia.

Badanie własne wykazało też jednak, że choć menedżerowie najchętniej zdobywają pewne informacje w drodze osobistych kontaktów z „kolegami po fachu”, to pozyskana w ten sposób informacja rzadko jest dla nich argumentem wystarczającym do podjęcia decyzji. Do tego potrzebują menedżerowie większej pewności, a więc informacji pochodzącej ze źródeł o gwarantowanej wiarygodności, zwłaszcza informacji będącej rezultatem zakończonej powodzeniem, działalności wdrożeniowej. Być może to, zwiększona w ostatnich latach, odpowiedzialność kierowników w ochronie zdrowia za równowagę finansową instytucji nasila potrzebę sięgania po argumenty pewne. Na tendencję nasilenia się zachowań informacyjnych w sytuacjach zwiększonej odpowiedzialności zwróciły uwagę wcześniejsze badania (m.in. Mostowicz 1985). Wprawdzie zysk jest i prawdopodobnie zawsze pozostanie, w instytucjach opieki zdrowotnej celem ubocznym, ale jednak konieczność utrzymania korzystnego bilansu ekonomicznego, ograniczenia finansowe oraz proces kontraktowania, bez wątplenia skłaniają menedżerów, w większym niż dotąd stopniu, do korzystania z analiz opłacalności rozwiązań. Z kolei konkurencyjność i rosnące oczekiwania pacjentów powodują konieczność śledzenia rozwoju technologii medycznych. Stąd większe zainteresowanie wynikami badań naukowych i analizami ekonomiczno-organizacyjnymi. Jest jeszcze jeden powód, dla którego menedżerowie w ochronie zdrowia mogą przywiązywać większą, niż kierownicy w innych sektorach, wagę do informacji naukowej. Jest to prawdopodobnie świadomość, że konsekwencje złych decyzji dotyczą spraw zdrowia i życia ludzkiego nawet, jeżeli, decyzje nie dotyczą tych spraw bezpośrednio. Z dużym prawdopodobieństwem można przypuścić, że istnieje zależność między intensywnością poszukiwania informacji, a tym jak blisko decyzje dotyczą problemów bezpośrednio związanych z opieką medyczną. Charakter decyzji i związany z nim ciężar odpowiedzialności byłyby więc kolejnym czynnikiem aktywizujących poszukiwanie informacji. Potwierdzenie tego przypuszczenia wymaga dalszych badań.

Teoretycznie więc wydaje się, że menedżerowie w ochronie zdrowia są (i muszą być) zainteresowani informacją naukową. Praktycznie - z powodu złego stanu bibliotek w instytucjach, niezrozumiałość lub niepraktyczność opracowań naukowych, oraz bariery językowej, nie pozwalającej większości menedżerów korzystać z opracowań obcojęzycznych - dostępność wiedzy naukowej jest bardzo ograniczona. Sceptyczny skądinąd stosunek badanych do przydatności wyników badań naukowych dowodzi więc nie tyle braku potrzeby takiej informacji, ile daje pewien wgląd w rzeczywistość. W rzeczywistości tej, wysokie i liczne bariery dostępności, powodują zaniechanie przez menedżerów wysiłków związanych z odszukaniem przydatnej informacji naukowej.

Trudny jest też dostęp do bieżącej informacji (np. informacji o projektach zmian, procesach legislacyjnych, o sytuacji na rynku usług i aktualnych potrzebach zdrowotnych). Także te kategorie informacji nie są dostarczane menedżerom w sposób systematyczny i z odpowiednim wyprzedzeniem. Nie ma usług specjalizujących w tego rodzaju informacji. Aby je pozyskać kierownicy korzystają więc z kanałów nieformalnych, osobistych kontaktów, gazet i czasopism popularno-informacyjnych. Także więc ta informacja zdobywana jest przez menedżerów w sposób niezorganizowany i nie gwarantujący jej obiektywizmu. Można jednak przypuścić, że gdyby istniał odpowiedni autoryzowany system szybkiego dostarczania tego rodzaju informacji (np. drukowany, a także internetowy, biuletyn) menedżerowie korzystaliby z niego chętnie.

Prawdopodobnie jedynie informacje dotyczące działalności własnej instytucji (dane finansowe, „produkcyjne”, osobowe itp.), dostarczane menedżerom przez bezpośrednich podwładnych, są łatwo dostępne i względnie pewne. Kompletność i wiarygodność innych informacji zależy w znacznej mierze od kompetencji i umiejętności podwładnych, do których menedżerowie zwracają się po informację. To przede wszystkim tryb i wieloaspektowość pracy sprawia, że menedżerowie sami nie poszukują informacji inaczej niż poprzez osobiste kontakty z osobami, które „wiedzą więcej”. Należy przy tym tu zwrócić uwagę na to, że umiejętność delegowania zadań, jest jedną z wysoko cenionych cech dobrego menedżera. A ponieważ informacja, teoretycznie potrzebna menedżerom pochodzi z wielu dziedzin nauki i obszarów działalności, często jest interdyscyplinarna, nieuporządkowana, rozproszona, a jej zebranie jest praco- i czasochłonne, stąd, aby ją zebrać i uporządkować i ocenić, kierownicy przeważnie potrzebują pomocy innych osób. Sami dokonują jedynie integracji płynących do nich strumieni informacji. Można też założyć, że im wyższy szczebel zarządzania, w tym większym stopniu menedżerowie uzależnieni są od rozmaitego rodzaju pośredników w

zdobywaniu informacji i od ich kompetencji. Umiejętności i przygotowanie pośredników umożliwiające im odszukanie i ocenę jakości informacji nie są znane.

## **Ad. 2 Menedżerowie informacje pozyskują od pośredników.**

Można więc powiedzieć, że podstawowym zachowaniem informacyjnym menedżera, w sytuacji, gdy nie wystarcza mu do podjęcia decyzji własna wiedza i podręczny zbiór danych, jest zwracanie się o pomoc do rozmaitego rodzaju „pośredników”. Pośrednicy to najbardziej istotny i newralgiczny element w łańcuchu zachowań informacyjnych menedżerów. To przez nich, w drodze formalnych i nieformalnych kontaktów dociera do menedżerów potrzebna im w zarządzaniu informacja. Kontakty formalne to przede wszystkim kontakty z podwładnymi (są nimi zastępcy, kierownicy działów, osoby odpowiedzialne za poszczególne sfery działalności, w tym pracownicy informacji), ale także ze zwierzchnikami, konsultantami itp. Kontakty nieformalne - to przede wszystkim sieć równych menedżerom profesjonalistów (kierowników, lekarzy, pielęgniarek, kolegów ze studiów i szkoleń). Pośrednicy nie tylko odszukują, ale oceniają i przetwarzają informację. Jej kompletność i jakość zależy więc od ich indywidualnych kompetencji, predyspozycji i umiejętności. A pośredników jest wielu, i im wyższy szczebel zarządzania i tym bardziej rośnie ich liczba.

Sieć kontaktów nieformalnych umyka wszelkiej kontroli, choć może być wykorzystywana bardzo skutecznie w celu upowszechniania pewnych informacji. Kontakty formalne da się ustalić i opisać, ale zadanie sprawdzenia kwalifikacji wszystkich, dostarczających informacje menedżerom, pośredników nie jest już zadaniem łatwym. Tym trudniejszym - takie przygotowanie tych osób, aby odpowiadało ono wymogom współczesnych systemów informowania, tzn., aby byli oni w stanie nie tylko odpowiadać za merytoryczną wartość informacji (co gwarantuje ich specjalistyczne wykształcenie), ale także za profesjonalizm jej wyszukiwania. Każda z tych osób (ordynator oddziału chirurgii, główny księgowy, kierownik działu technicznego itd.) musiałaby bowiem stać jednocześnie kompetentnym pracownikiem informacji naukowej, co wydaje się wizją utopijną.

Dlatego korzystne wydaje się wprowadzenie specyficznego rodzaju pośrednika, swego rodzaju „punktu kontroli kompletności i jakości informacji” - w postaci specjalisty do spraw informacji (asystenta dyrektora ds. informacji). Zadania i rola tej osoby są bardzo dalekie, od proponowanego we wcześniejszych opracowaniach (np. Kieżun, 1979), stanowiska „kwalifikowanego pracownika sekretariatu” - dystrybutora materiałów informacyjnych, czy

roli pracownika informacji naukowo-technicznej, dostarczającego informacji na żądanie. Nie są to także zadania, jakie współcześnie w dużych instytucjach pełni kierownik ds. informatyzacji.

Na rolę „asystenta ds. informacji” składałoby się wiele funkcji. Pierwsza, polegałaby na stałym monitorowaniu procesu decyzyjnego w celu wychwytywania momentów pojawiania się potrzeb informacyjnych, czyli sytuacji, w których informacja jest potrzebna (*funkcja monitorowania potrzeb*). Wymaga to obecności (a i w pewnym stopniu także uczestnictwa) tej osoby w trakcie narad, dyskusji, przygotowywania planów, realizacji projektów. Osoba ta nie może osobiście szukać wszystkich kategorii informacji (to przeważnie pozostaje w gestii specjalistów, np. od finansów, czy spraw technicznych), natomiast powinna mieć pełną wiedzę na temat istniejących źródeł informacji w ochronie zdrowia (łącznie ze źródłami informacji wewnątrz instytucji oraz źródłami obcojęzycznymi) tak, aby mogła w tej mierze służyć radą. Funkcję tę można nazwać *funkcją kierowania do źródeł informacji*. Łączy się z nią *funkcja przeszukiwania lub instruowania w zakresie przeszukiwania* źródeł informacji, wymagająca wysokiej i stale aktualizowanej wiedzy dotyczącej technologii informatycznych, narzędzi wyszukiwawczych, zasad opisu i przetwarzania informacji, problemów jakości źródeł itp. Osoba ta, podobnie jak sam menedżer, nie będzie zdolna ocenić wartości każdej informacji, będzie natomiast w stanie, w razie potrzeby, zwrócić uwagę użytkowników na jej wyznaczniki, dokonać wstępnej selekcji dokumentów i danych (*funkcja wstępnej selekcji informacji*), oraz odesłać do osób, które mogą kompetentnie ocenić wartość opracowań (*funkcja kierowania do ekspertów*). Osoba taka może także, w pewnych sytuacjach, koordynować pozyskiwanie informacji dla określonych decyzji, zmniejszając tym samym obciążenie samego menedżera (*funkcja koordynatora*) oraz porządkować jej zbiory (*funkcja porządkowania zbiorów*). O jeszcze jednej, ważnej *funkcji obserwowania otoczenia organizacji* mówi następny paragraf.

Trzeba zauważyć, że wiele barier informacyjnych, w przypadku tak przygotowanej osoby, ulega znacznemu zmniejszeniu. Źródła informacji są oczywiste, umiejętności przeszukiwania elektronicznych baz informacji - wysokie, wyznaczniki jakości informacji, zwłaszcza jakości źródła - wiadome. A fakt, że osoba ta nie jest obciążona innymi zadaniami, pozwala jej koncentrować się na identyfikowaniu i zaspokajaniu potrzeb informacyjnych menedżerów lub całych zespołów.

Wydawałoby się, najbliższe wymogom tej roli są kompetencje pracowników informacji naukowej (bibliotekarzy naukowych). Pojawia się tu jednak kilka problemów. Pierwszym, jest niskie zaufanie menedżerów do kompetencji pracowników informacji



naukowej (bibliotekarzy), jako pośredników w poszukiwaniu informacji służącej procesom decyzyjnym. Zarówno badanie własne, jak i badania wcześniejsze wykazały, że bibliotekarze i pracownicy informacji nie cieszą się w oczach menedżerów opinią przydatnych w zarządzaniu fachowców. Jako powód tej nieufności wskazywano brak zaangażowania, a więc i niewiedzę, tych osób o istocie problemów, będących przedmiotem procesu decyzyjnego. Na taką opinię rzutuje wiele czynników w tym, w przypadku bibliotekarzy w dziedzinie ochrony zdrowia, bez wątplenia często brak specjalistycznego przygotowania. Poza tym rzeczywiście nie są oni angażowani w prace zespołów projektowych, czy w inne zadania realizowane przez instytucje, co nie pozwala im nabyć odpowiedniego doświadczenia. Rola pracowników informacji naukowo-technicznej jest też, pomimo zachodzących w tej dziedzinie zmian, postrzegana bardzo tradycyjnie i nawet, jeżeli zamiast z półki, „ściągają” informację z Internetu, ich funkcja kojarzy się raczej z archiwizowaniem i udostępnianiem informacji niż z aktywnym uczestnictwem w rozwiązywaniu zadań. Role tę już prędzej pełnią informatycy, czy też, jak to ma miejsce w ochronie zdrowia, lekarze specjalizujący się w informacji. To oni, nie pracownicy informacji naukowej, tworzą np. usługi internetowe w dziedzinie medycyny.

Ogólnie niski prestiż zawodowy pracowników informacji naukowej też nie jest bez znaczenia. Jak mówią badania na pozyskiwanie informacji drogą kontaktów osobistych rzutują silnie osobiste relacje między menedżerem a tym, kto informacji dostarcza. Ważne stają się takie aspekty jak: osobiste zaufanie, autorytet, status społeczny i zawodowy.

Przełamanie niechęci do wykorzystania (przekształcenia) pracowników informacji naukowej w „asystentów ds. informacji”, co wydaje się jednak rozwiązaniem optymalnym, wymagałoby więc dwutorowej edukacji. Menedżerów – aby zwrócić im uwagę na korzyści wynikające z posiadania fachowego kontrolera ds. jakości informacji, oraz pracowników informacji naukowej – w celu poszerzenia ich kompetencji.

Wracając do roli osobistej komunikacji w toku pozyskiwania przez menedżerów informacji, należy zwrócić uwagę na jeszcze dwa aspekty tej sprawy, istotne dla nadawców informacji i projektantów usług. Po pierwsze, preferencje te (w tym także faworyzowanie szkoleń, jako najszybszego i najbardziej efektywnego sposobu aktualizowania wiedzy), powinny być wykorzystywane przez nadawców informacji jako skuteczne kanały upowszechniania informacji wśród tej kategorii użytkowników. Służyć temu mogą zarówno liderzy środowiskowej opinii, jak nauczyciele. Należy jednak mieć na uwadze to, że informacja upowszechniona w ten sposób, wprawdzie łatwo i szybko się rozchodzi, nie ma jednak wagi wystarczającej, aby spowodować zmianę. Dlatego po takim, wstępnym niejako

zaanonsowaniu, informacja powinna być rozpowszechniona w formie pisemnych, w odpowiedni sposób uwiarygodnionych zaleceń, instrukcji itp. Po drugie, ważne wydaje się ułatwianie menedżerom, zgodne z ich preferencjami, osobistych kontaktów. Służyć temu może pogłębiona informacja adresowa, skierowująca do osób o podobnych funkcjach i zadaniach (obejmująca np. informację o osiągnięciach, zrealizowanych projektach itp.), a także do specjalistów i konsultantów.

Reasumując, wydaje się, że część problemów związanych z dostępnością i oceną jakości, otrzymywanej przez menedżerów informacji, rozwiązałby kolejny, ale za to specjalnie do tego przygotowany, pośrednik. Rozwiązanie to wydaje się jednak stosowne przede wszystkim dla kierowników najwyższego szczebla. Zależy też od wielkości i zadań organizacji.

### **Ad. 3 Potrzeby i zachowania informacyjne menedżerów kształtuje przede wszystkim ich zewnętrzne otoczenie.**

Ważnym wnioskiem badań własnych jest spostrzeżenie, że najistotniejsze znaczenie dla kształtowania się potrzeb informacyjnych menedżerów ma środowisko zewnętrzne. To zmiany, zachodzące w makro (kraj) i mezo (region, środowisko lokalne) otoczeniu wymuszają całe sekwencje działań menedżerów, dostosowujących do tych zmian swoje organizacje. Oznacza to konieczność sięgania do informacji to otoczenie opisującej. Jak mówi teoria, zarządzanie jest zawsze zarządzaniem sytuacyjnym. Wymaga, aby kierownicy w sposób ciągły i elastyczny uwzględniali zmiany i trendy występujące w środowisku. Im gwałtowniej i częściej otoczenie się zmienia, tym bardziej rosną, paralelne potrzeby informacyjne menedżerów.

Najistotniejszym, stanowiącym niejako punkt wyjścia i warunek sine qua non wszelkich działań menedżerów, elementem tego otoczenia jest ustawodawstwo, struktura administracyjna, źródła i mechanizmy finansowania. Te aspekty środowiska są dla pewnych innych grup użytkowników informacji, np. naukowców, studentów, mało lub wcale nie istotne. Są one także mniej ważne dla menedżerów w instytucjach niezależnych pod względem finansowym od środków publicznych. Sektor ochrony zdrowia charakteryzuje się wciąż silną centralizacją decyzji natury politycznej i społecznej. Badanie własne wyraźnie wykazało, że dostępność informacji „politycznej” mówiącej o centralnej strategii działań, prawnej i ekonomicznej jest kluczowa dla działalności menedżerów. Bez tej informacji racjonalność decyzji menedżerów jest istotnie skrzepowana. Jej nieprzejrzystość powoduje, że

tracą zaufanie do źródeł tej informacji. Stąd np. niskie zaufanie ankietowanych do Ministerstwa Zdrowia. Z kolei, niejasne zakresy gromadzonej informacji, wielość ośrodków jej przetwarzania wprowadzają chaos informacyjny także zniechęcający do podejmowania działań mających na celu odszukanie informacji. Konsekwencją są zachowania i zjawiska niekorzystne z punktu widzenia skuteczności upowszechniania informacji oraz racjonalności zachowań informacyjnych. Pojawia się frustracja, powstają nieformalne kanały komunikacji, a krążąca takimi kanałami informacja nie dociera do wszystkich i łatwo może być przekłamana. Polscy menedżerowie okresu reformy polegają głównie na kanałach osobistej komunikacji i popularnych źródłach, okresowych szkoleniach nie tylko dlatego, że takie są ich preferencje, ale dlatego że ich otoczenie informacyjne jest chaotyczne i niejasne.

Silne uzależnienie działań menedżerów od zmian w otoczeniu wymaga, aby, zwłaszcza w sytuacji istotnych zmian ustrojowych, administracyjnych, kryzysów ekonomicznych, usługi informacyjne działały wyjątkowo sprawnie. Twórcy systemów informowania powinni zdolność systemu do natychmiastowego reagowania na zmiany zachodzące w otoczeniu traktować jako podstawowy wyznacznik jego jakości. Określanie zakresu informacji opisującej otoczenie powinno następować przede wszystkim przez stałe monitorowanie i analizę prawno-administracyjnego otoczenia (projekty ustaw, plany strategiczne, trendy). Istotne jest także to, aby tam, gdzie jest to możliwe, a przeważnie długość procesu reformatorskiego lub legislacyjnego na to pozwala, usługi takie wyprzedzały nasilenie się potrzeb informacyjnych kierowników, dostarczając informacje naświetlające rozmaite aspekty pojawiających się w związku z planowanymi zmianami, problemów.

Waga informacji o zmianach w otoczeniu dla decyzji menedżerskich jest jeszcze jednym argumentem, ze przydatnością „asystenta ds. informacji”, który zmiany te powinien obserwować w aspekcie powstających w ich wyników potrzeb informacyjnych (*funkcja obserwowania otoczenia organizacji*).

Informacja o otoczeniu i zachodzących w nim zmianach obejmuje jednak nie tylko sprawy polityczne, prawne i ekonomiczne. Środowisko, to także sfera badań naukowych, rozwój technologii i wiedzy społecznej. Zmiany dotyczyć mogą poglądów na to, co uważa się za optymalne postępowanie lekarskie, skuteczną technologię medyczną, korzystną organizację pracy i komunikacji, mówiąc ogólnie są to zmiany we wszystkich, dotyczących pracy menedżerów, obszarach wiedzy. Ta szeroka informacja inte powinna do menedżerów dochodzić w formie skrótowej. Bariera zrozumienia, z wyjątkiem obszarów bezpośrednioj specjalizacji menedżera, jest bowiem wysoka. To zresztą pośrednicy (lekarze, pielęgniarki,

specjaliści) trzymają rękę na pulsie rozwoju nowoczesnych technologii medycznych, technik marketingowych, metod zarządzania personelem itd.

Menedżer powinien jednak regularnie otrzymywać informację sygnałną oraz informację skierującą, dającą mu powierzchowną, ale pełną, orientację w - istotnych w sektorze, którym zarządza - nowościach naukowych. Szczególnie ważna dla menedżerów w ochronie zdrowia jest informacja mówiąca o zaleceniach, standardach postępowania, wynikach ocen technologii medycznych i analizach koszt-efekt wszelkich interwencji.

Otoczenie menedżerów to także otoczenie ich własnej organizacji. Jej infrastruktura informacyjna ma istotne znaczenie dla zachowań, a i nie jest bez wpływu na kształtowania się potrzeb informacyjnych menedżerów. O ile, w przypadku innych użytkowników informacji to nie od nich zależy, czy w instytucji są komputery, biblioteka, Internet, bazy, książki i czasopisma, w przypadku menedżerów (zwłaszcza menedżerów najwyższego szczebla), to oni decydują o tych sprawach. Nie jest to przy tym prosta zależność ekonomiczna, gdzie posiadanie środków finansowych przekłada się wprost na zakup odpowiednich urządzeń, baz i książek. Jak wykazało badanie istotny jest tu także poziom świadomości, hierarchia wartości i wynikające z nich priorytety. Menedżerowie w instytucjach ochrony zdrowia wydają się jednak nie przywiązywać szczególnej wagi do tego, aby to ich własna organizacja pełniła dla nich samych i dla personelu funkcję ośrodka informacji. Świadczy o tym stan bibliotek, brak bibliotekarzy i niska priorytetowość wydatków na „informację”. Kierując się własnymi preferencjami i nawykami w zdobywaniu informacji (poprzez kontakty osobiste i szkolenia) kierownicy prawdopodobnie podobnie postrzegają też potrzeby i zachowania swoich podwładnych. Brak poczucia wagi instytucjonalnych rozwiązań informacyjnych dla jakości opieki zdrowotnej sprawia, że tych rozwiązań nie wprowadzają, zaniedbują lub wręcz likwidują biblioteki, itd. Można więc zastanowić się, czy poczucie braku informacji, trudności śledzenia postępu wiedzy, tak często i głośno wyrażane przez menedżerów, nie jest częściowo rezultatem także ich własnych zaniechań w sferze tworzenia infrastruktury, ułatwiającej pozyskiwanie informacji. Dowodziłoby to tym samym pewnych braków wiedzy kierowników. Sprzyjają takiemu stanowi rzeczy także liberalne zasady akredytacji instytucji opieki zdrowotnej, brak regularnej kontroli jakości, oraz pomijanie w kontraktach menedżerskich wymogu dbania o infrastrukturę informacyjną i dostępność wiedzy. Nie ma więc pewnych mechanizmów, które mogłyby sprzyjać wprowadzaniu rozwiązań ułatwiających obieg i korzystanie z fachowej informacji w organizacji.

Dwa wnioski wydają się najważniejsze. Pierwszy - że usługi informacyjne muszą sprawnie reagować na wszelkie zmiany w otoczeniu kierowników, drugi - że obecne,

szerokie i wewnątrz organizacyjne otoczenie menedżerów w ochronie zdrowia nie sprzyja pozyskiwaniu przez nich fachowej informacji, a sami kierownicy nie mają poczucia wagi infrastruktury informacyjnej dla szeroko pojętej jakości działań w ochronie zdrowia.

#### **Ad. 4. Konieczna jest odpowiednia edukacja menedżerów oraz pośredników.**

Przedstawione dotąd, najbardziej istotne elementy sylwetki menedżera jako użytkownika informacji prowadzą do pewnych wniosków, istotnych dla działań obniżających bariery informacyjne dla tej kategorii użytkowników. Pierwszym warunkiem jest odpowiednia edukacja, która w kontekście rozważań o tym, że menedżerowie zdobywając informację korzystają przede wszystkim z pośrednictwa innych osób, powinna dotyczyć nie tylko ich samych, ale także pośredników.

Jak okazuje się kierownicy nie mają odpowiedniej wiedzy o istniejących źródłach informacji, sposobach jej przetwarzania, technologicznych rozwiązaniach. Efektem tego jest np., wykazana w badaniu, trudność sformułowania oczekiwań wobec komputerowego systemu dostarczania informacji. Badanie własne wykazało, że menedżerowie (szczególnie pewne ich grupy: pielęgniarki, kierownicy w samorządach) sami nisko oceniają własne umiejętności bezpośrednio związane z odszukiwaniem informacji. A ponieważ zazwyczaj, nie robią tego osobiście nie doskonają przydatnych w tym umiejętności. Nie ma powodu wymagać od menedżerów szczególnej w tej mierze wprawy i specjalistycznej wiedzy. Wydaje się natomiast, że konieczna jest dobra orientacja kierowników w problemach przetwarzania i jakości informacji. Pozwoli im to formułować oczekiwania oraz wyrażać problemy decyzyjne w taki sposób, aby możliwa była dobra komunikacja między nimi a pośrednikami ds. informacji i informatykami. Do tego konieczna jest m.in. świadomość ograniczeń systemów (np. problemów słownikowych).

Podobnie wygląda sprawa oceny jakości publikacji, opracowań i danych. Badanie wykazało, że kierownicy dużym zaufaniem darzą słowo pisane, przy czym niewielu z nich ma doświadczenie w pracy naukowej, które zwiększa krytycyzm przy lekturze doniesień naukowych i specjalistycznych analiz. Kierownicy przeważnie nie są więc w stanie dokonać ewaluacji i interpretacji wyników badań naukowych, poza obrębem swojej wąskiej specjalizacji. Wymaga to bowiem specjalistycznej wiedzy, znajomości metod badań naukowych, często szczegółowej wiedzy o specyficznych, wpływających na wyniki analiz, uwarunkowaniach. Nadmierne zaufanie do opublikowanych prac i brak wiedzy o wyznacznikach i gwarancjach ich jakości, może dodatkowo usypiać krytycyzm badanych.

Zadanie oceny jakości opracowań naukowych powinno więc pozostać w rękach specjalistów w danej dziedzinie. Natomiast, tak samo jak w przypadku wiedzy o źródłach i przetwarzaniu informacji, konieczna jest edukacja uwrażliwiająca na problemy jakości danych i opracowań, pułapki wynikające z takiej a nie innej prezentacji wyników, niedostatki metodologii itp.

Dlatego wydaje się, że zarówno zagadnienia informacji naukowej, jak i krytyczna analiza fachowych opracowań powinny być elementem przed- i podyplomowych szkoleń menedżerów w ochronie zdrowia. Przy czym najistotniejsze wydają się tu praktyczne ćwiczenia wykazujące możliwości oraz trudności w korzystaniu z informacji. Wiedza ta, a przede wszystkim pewne nabyte w trakcie szkoleń doświadczenie, pozwolą kierownikom lepiej formułować oczekiwania wobec odpowiednich służb i usług, umożliwią lepsze porozumienie z profesjonalistami w zakresie informacji, a także zwiększą ostrożność kierowników w korzystaniu z informacji.

Kompetencje podwładnych i innych pośredników dostarczających kierownikom informacje mogą niedostatki ich wiedzy i umiejętności kompensować lub potęgować. Dotyczy to zarówno umiejętności identyfikowania i korzystania ze źródeł informacji, jak i krytycznej ewaluacji opracowań. Trudno byłoby jednak sprawdzić i kontrolować wiedzę i umiejętności wszystkich pośredniczących osób, stąd konieczność wprowadzenia omówionego wcześniej „punktu kontroli jakości” w postaci asystenta ds. informacji. Konieczne jest też odpowiednie kształcenie osób pełniących taką funkcję.

Odpowiednia edukacja menedżerów oraz wprowadzenie odpowiednio przygotowanych pośredników nie zniweluje jednak wszystkich barier przeszkadzających menedżerom korzystać z fachowej i naukowej informacji. Dlatego, korzystne wydaje się zorganizowanie określonych specjalistycznych usług.

#### **Ad. 5. Powinny powstać pewne usługi biorące pod uwagę potrzeby i niedostatek umiejętności menedżerów.**

Te niezbędne usługi, ułatwiające kierownikom korzystanie z zasobów fachowej i naukowej informacji, to przede wszystkim działalność polegająca na selekcji i kondensacji danych, dokonywaniu analiz i syntez dostępnego piśmiennictwa fachowego i naukowego z myślą o wykorzystaniu ich przez menedżerów, tłumaczenie opracowań obcojęzycznych, oraz opracowywanie zaleceń i wytycznych postępowania. Działalność taka, stosowana od dawna w informacji biznesowej i w małym zakresie w informacji medycznej (gdzie przejawia się w postaci standardów i wytycznych postępowania lekarskiego, polskich czasopism

publikujących dla lekarzy prace przeglądowe oraz tłumaczenia ważnych prac zagranicznych) nie jest prowadzona dla potrzeb zarządzania i organizacji w opiece zdrowotnej. A tu trudność objęcia wieloaspektowego i wielo-dziedzinowego obszaru badań, przez praktyków, jest szczególnie duża. Doświadczenia i metody wypracowane w informacji przemysłowej i biznesowej, o których pisze m.in. E. Chmielewska-Gorczyca (1993) mogłyby być tu bardzo przydatne.

Badanie własne wykazało, że kierownicy potrzebują rekomendacji i standardów, choć wcześniejsze prace mówiły, że kierownicy niechętnie wykorzystują opracowania analityczno-syntetyczne wykonywane na zewnątrz instytucji. Mowa była w tych pracach jednak raczej o opracowaniach wykonywanych dla potrzeb organizacji przez ekspertów zewnętrznych, a ponieważ menedżerowie mają przeważnie do czynienia z sytuacją, której specyfika w dużej części umyka uogólnieniom, stąd prawdopodobnie zauważona przez innych badaczy, niechęć kierowników do nadmiernie sztywnych i zobiektywizowanych algorytmów postępowania. Nie tego rodzaju jednostkowe zewnętrzne ekspertyzy ma się tu jednak na myśli, ale pewne uniwersalne przeglądy piśmiennictwa (wiedzy) oraz rekomendacje, które mogą stanowić punkt wyjścia do opracowania rozwiązań jednostkowych.

Dlatego korzystne wydaje się stworzenie centralnie usytuowanej i wiarygodnej instytucji przetwarzającej i opracowującej, w oparciu o dane naukowe, rekomendacje, instrukcje, syntetyczne zestawienia informacji, przeznaczone dla menedżerów i polityków zdrowotnych. Ośrodek taki powinien też dokonywać selekcji i tłumaczeń ważnych doniesień zagranicznych. Jedynie odpowiedni charakter (naukowy) i usytuowanie (niezależność) takiej instytucji lub zespołów może zapewnić wiarygodność takim syntetycznym opracowaniom.

Ze względu na to, że menedżerowie przywiązują dużą wagę i chętnie kierują się w swoich decyzjach przykładami funkcjonujących, rodzimych i zagranicznych, rozwiązań korzystne wydaje się gromadzenie, przez tego rodzaju ośrodek, informacji wdrożeniowej, a następnie upowszechnianie przykładów rozwiązań, które zostały ocenione jako korzystne. Dobry realny przykład wydaje się najskuteczniejszym nośnikiem informacji dla tej kategorii użytkowników.

**Ad. 6. Forma informacji bezpośrednio docierającej do menedżerów powinna być dostosowana do preferencji wynikających z charakteru ich pracy.**

Na koniec kilka słów o formie informacji bezpośrednio docierającej do menedżerów. Jak powiedziano wcześniej wszelka informacja dotycząca opracowań naukowych,

syntetycznych, standardów zaleceń powinna mieć charakter sygnałny i skierowujący. Wciąż najlepiej widziane są przez kierowników tradycyjne drukowane biuletyny, które powinny mieć także swoją wersję elektroniczną, rozsyłaną do osób korzystających z Internetu. Internet, w ogóle, nie powinien być jedynym kanałem dostarczania informacji tej grupie. Warto przy tym przypomnieć, że kierownicy wolą otrzymywać informację niż jej szukać. Dlatego, to nie znajdujące się w bibliotece czasopisma ani nie odpowiednia strona WWW, ale elektroniczna (i pocztowa) lista wysyłkowa jest korzystnym rozwiązaniem w przypadku bezpośredniego dostarczania informacji menedżerom.

Z pewnych źródeł informacji ostatecznie menedżerowie korzystają samodzielnie. Wszelkie opracowania, dostarczane menedżerom, czy to przez podwładnych, czy przez zwierzchników, czy formalnych pośredników ds. informacji powinny brać pod uwagę preferencje menedżerów odnośnie do formy prezentacji wyników. Charakter pracy menedżerów, stanowi tu czynnik absolutnie determinujący ich potrzeby dotyczące formy informacji. Informacja wstępna ma być zwięzła, krótka, ale wyczerpująca. Dopiero w następnej fazie, w zależności od przedmiotu i potrzeby informacja może być nawet bardzo szczegółowa. Menedżerowie, co potwierdzają własne i inne badania najchętniej korzystają z opracowań syntetycznych, podsumowań, zestawień faktograficznych i wyciągów treści dokumentów, a także zaleceń i opisów wdrożeń. Jeżeli już czytają oryginalne prace naukowe, (co czynią niechętnie), to chcą, aby były opatrzone krytycznym komentarzem.

Zarówno indywidualni jak i instytucjonalni pośrednicy, a także projektanci systemów informacji powinny koniecznie brać pod uwagę preferencje poszczególnych grup menedżerów (a badanie własne wykazało tu pewne zróżnicowanie), dotyczące formy prezentacji danych i wyników badań naukowych. Ignorowanie tych preferencji może powodować, że zgodnie ze swoimi przyzwyczajeniami, menedżerowie będą kierować się do źródeł odpowiadających im formą i trybem dostarczania informacji, bez względu na ich jakość i wiarygodność.



## 5.2 Dalsza modyfikacja ogólnego modelu zachowań informacyjnych uwzględniająca zachowania menedżerów

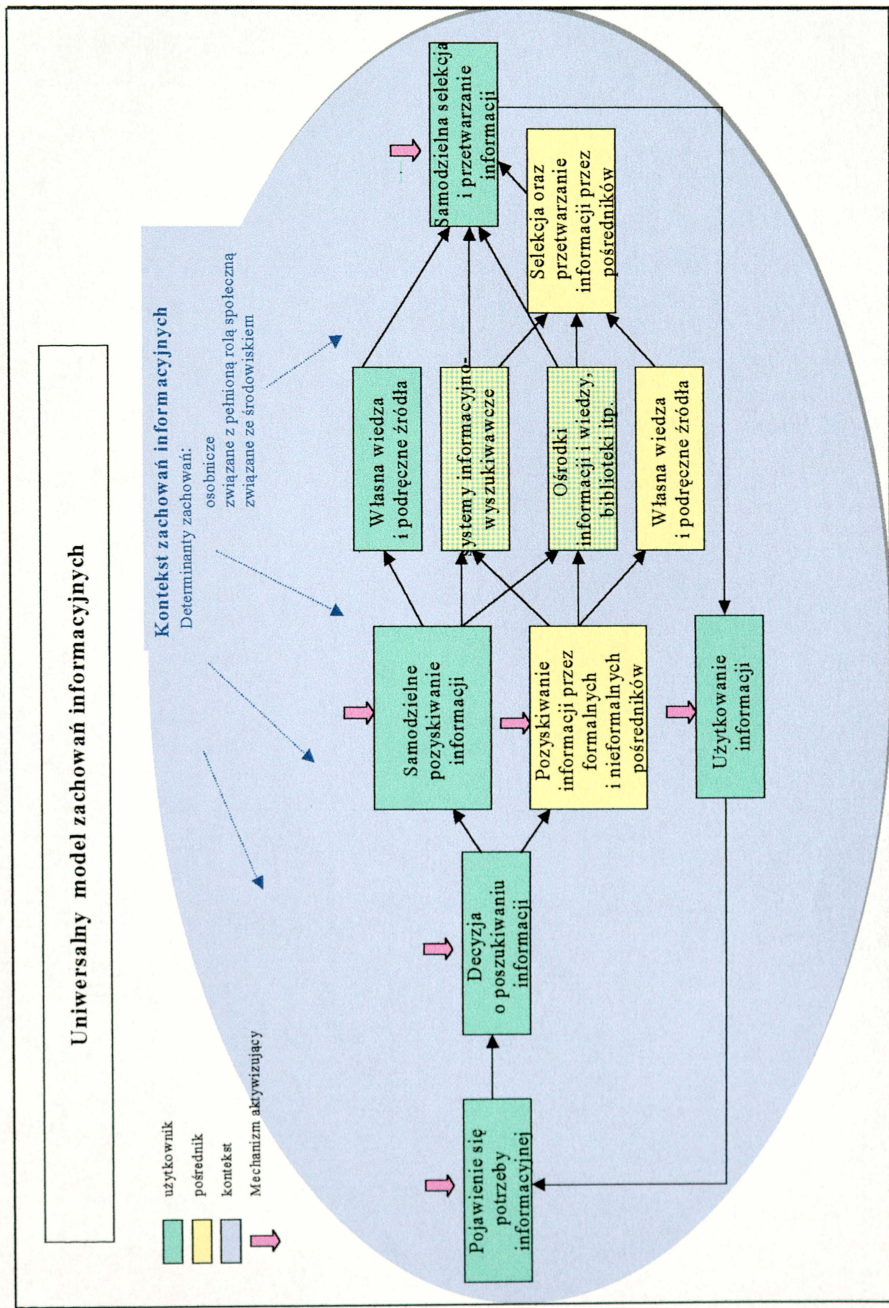
Ogólny schemat zachowań informacyjnych Wilsona (Ryc.3), wykorzystany do porządkowania danych dotyczących zachowań informacyjnych menedżerów, wydaje się, w świetle dotychczasowej analizy, nie wystarczać. Prezentuje on bowiem jedynie rzeczywistość, w której użytkownik informacji sam poszukuje informacji. Nie jest to, jak dowiedziono, typowe zachowanie analizowanej tu kategorii użytkowników. Można też założyć, że nie jest to jedyna kategoria użytkowników, która nie wchodzi w bezpośrednią interakcję z systemami dostarczania informacji. Należy przy tym zauważyć, że sam T. Wilson, w swojej pracy z 1981 roku zwrócił uwagę na inne drogi pozyskiwania informacji, nazywając je strategiami. Wymienione przez T. Wilsona podstawowe cztery strategie to:

1. strategia naturalna, polegająca na wykorzystaniu własnej wiedzy i źródeł informacji w najbliższym otoczeniu (w tym osób), niezależnie od systemów informacyjnych;
2. strategia polegająca na współpracy użytkownika z profesjonalnymi pracownikami obsługującymi system informacyjny lub korzystanie z pośredniczących urządzeń technicznych,
3. strategia wykorzystania instytucjonalnych usług informacyjnych, odszukujących informację na zlecenie i w imieniu użytkownika, oraz;
4. wyszukiwanie informacji przez komputerowe systemy wyszukiwawcze.

Drogi, którymi przebiega poszukiwanie informacji zostały przez T. Wilsona przedstawione wcześniej na osobnym schemacie (Wilson 1981) ale nie znalazły już odbicia w opracowanym przez niego w roku 1996 ogólnym modelu zachowań. Podjęto więc próbę zintegrowania koncepcji rozmaitych strategii poszukiwania informacji i ogólnego modelu zachowań informacyjnych tak, aby uwzględniając rozmaite drogi pozyskiwania informacji, stał się rzeczywiście modelem ogólnym. Założono przy tym, że podstawowym rozróżnieniem, od którego zależą wszelkie dalsze kroki w studiach nad użytkownikiem jest to, czy jest on bezpośrednim użytkownikiem zorganizowanych systemów dostarczania informacji, czy też nie, a jeżeli jest, to jakiego typu są to systemy.

Proponowany nowy uniwersalny model zachowań informacyjnych (Ryc.5) zakłada więc, że użytkownik informacji decydując się szukać informacji robi to sam lub/i korzysta w tym celu z pośredników. Wybiera przy tym jedną z dwóch lub obie wymienione strategie. W pełni

Ryc. 5 Uniwersalny model zachowań informacyjnych.



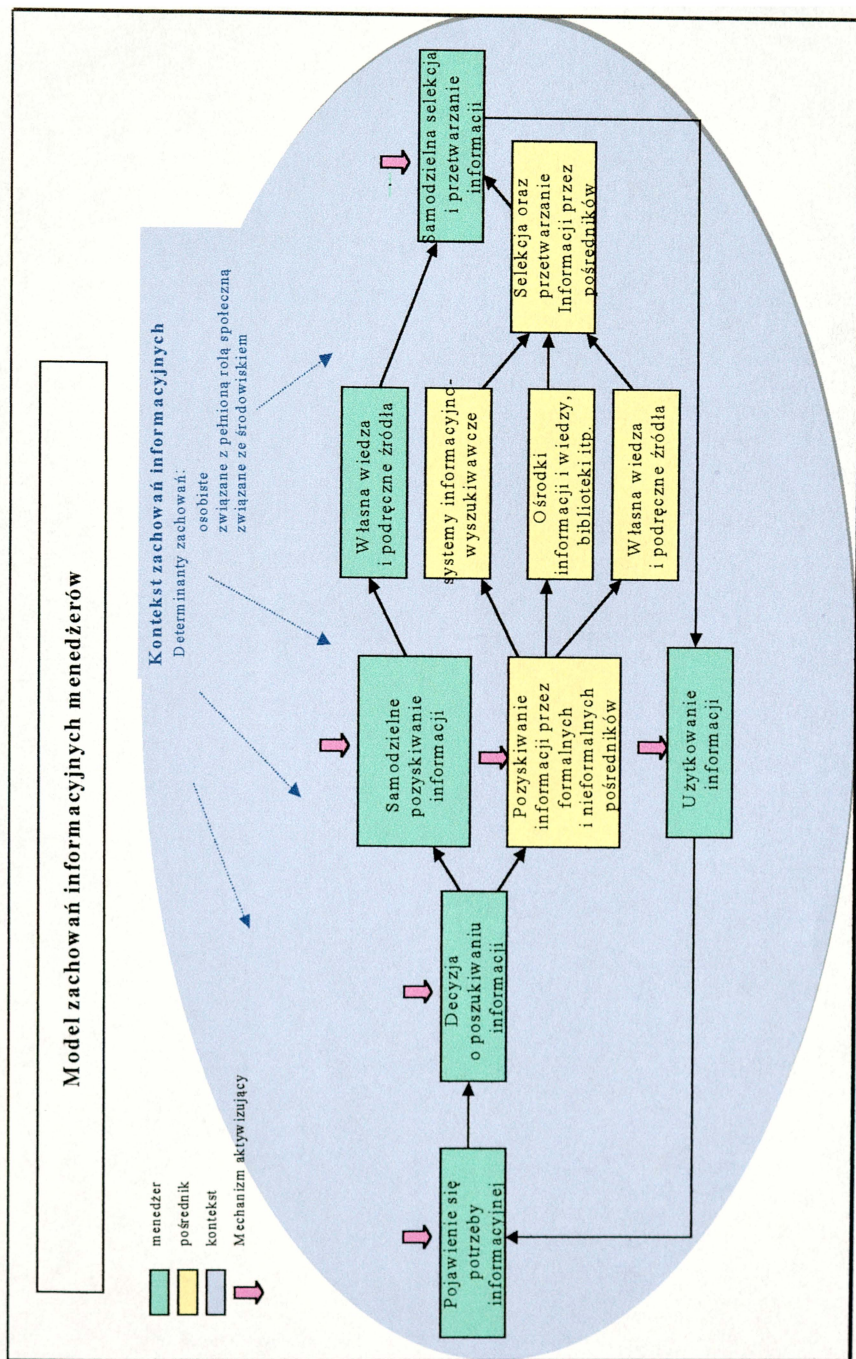
samodzielny użytkownik korzysta z własnej wiedzy, znanych mu podręcznych źródeł i sam wchodzi w interakcję z systemami wyszukiwawczymi oraz instytucjami gromadzącymi informację (korzysta z katalogu, bazy danych, wyszukiwarek internetowych). Sam selekcjonuje i przetwarza uzyskaną informację, a następnie ją użytkuje. Zwykle jednak użytkownik korzysta z usług pośredników (pracowników informacji, podwładnych, współpracowników), wykorzystując efekty ich pracy na poszczególnych etapach: poszukiwania, przetwarzania i wykorzystywania informacji. Użytkownik może też zdać się prawie zupełnie na pośredników, i usamodzielnia się dopiero na etapie intelektualnego przetwarzania pozyskanej informacji. Powiedziano „prawie”, dlatego, że nie można nigdy wykluczyć zasobów własnej wiedzy, a ekonomika zachowań informacyjnych podyktuje samodzielne sięgnięcie do łatwo dostępnych źródeł.

### **5.3. Model zachowań informacyjnych menedżerów**

W świetle badań własnych i literatury przedmiotu można stwierdzić, że do ostatniej kategorii osób szukających fachowej informacji nieomal wyłącznie za pośrednictwem innych osób wydają się należeć menedżerowie. W nowym „uniwersalnym modelu zachowań informacyjnych” ta kategoria użytkowników znajduje doskonale swoje miejsce (Ryc.6). Jeżeli nie znajdują oni odpowiedzi na nurtujące ich problemy we własnych zasobach wiedzy lub w podręcznych zasobach informacji zwracają się po informację do innych osób. Osoby, z których pomocy korzysta menedżer zdobywając informację ogólnie nazwano pośrednikami. Trzeba przy tym podkreślić, że chodzi tu o wszystkie osoby, które pośredniczą w pozyskiwaniu informacji przez menedżera. Są wśród nich jego podwładni i zwierzchnicy, koledzy i eksperci, osoby zajmujące się profesjonalnie informacją i osoby zupełnie nie zorientowane w jej problemach. To dopiero te osoby ewentualnie angażują się w systematyczne działania informacyjne zmierzające do odszukania potrzebnych kierownikom danych lub wiedzy.

Kierowanie się do pośredników jest więc najczęstszym i typowym zachowaniem informacyjnym menedżerów, podczas gdy samodzielne korzystanie ze zorganizowanych systemów dostarczania informacji (ośrodków, bibliotek, archiwów) oraz bezpośrednia interakcja z systemami informacyjno-wyszukiwawczymi (bazami, Internetem) jest zachowaniem marginalnym i sporadycznym. Można przy tym założyć, że decyzja o

Ryc. 6. Model zachowań informacyjnych menedżerów.



zwróceniu się do pośredników wymaga już pewnej szczególnej motywacji, która nie pozwala poprzestać na tym, co się wie lub na tym, co jest najłatwiej dostępne. Uruchomienie strategii pozyskiwania informacji przez pośredników aktywowane jest zatem przez pewne czynniki, takie jak np. wysoki stopień niewiedzy, waga problemu, wysoki stopień ryzyka, itd.

Są to spostrzeżenia o tyle ważne dla projektantów systemów informowania kierowników, że choć bez wątplenia menedżerowie są użytkownikami informacji i to użytkują ją bardzo intensywnie, znaczna część ogólnych zachowań informacyjnych ich nie dotyczy. W związku z tym także pewne czynniki determinujące te zachowania lub je utrudniające, a także niektóre mechanizmy wpływające na poszukiwanie informacji (takie jak np. umiejętność przeszukiwania baz danych, poczucie samo-skuteczności w odszukiwaniu informacji) przestają być istotne. Umiejętności menedżerów, ich kognitywne predyspozycje i preferencje nie mają większego znaczenia dla projektowania np. interfejsów programów komputerowych, konstrukcji języków wyszukiwawczych, ale także dla organizacji tradycyjnych usług bibliotecznych. To pośrednicy pełnią rolę swego rodzaju „interfejsów”, dlatego najistotniejsze staje się usprawnienie komunikacji między tego rodzaju użytkownikami a pośrednikami. Wspólny język, znajomość problemu przez obie strony stają się najważniejsze. Cechy usług informacyjnych powinny natomiast odpowiadać preferencjom korzystających z nich bezpośrednio pośredników.

Trzeba dodać, że cykliczny proces pozyskiwania informacji od momentu powstania potrzeby (sytuacji problemowej) przez kolejne etapy procesu decyzyjnego i precyzowania potrzeb, nie jest, jak sugeruje zaproponowany model, zdyscyplinowany i logiczny. Droga wiodąca do zebrania pełnej potrzebnej do podjęcia decyzji informacji obfituje w ślepe uliczki rozstaje i pętle, pełna jest nieoczekiwanych zwrotów, zaniechanych prób zdobycia informacji oraz pozyskiwania informacji nigdy później nie wykorzystywanych. Taka jest bowiem dynamika podejmowania decyzji oraz silny wpływ, niezależnej od menedżerów, sytuacji zewnętrznej. Równolegle toczy się wiele sekwencji poszukiwania rozmaitej informacji, które to procesy wiążą się ze sobą, zasilają wzajemnie aż znajdą ostateczne zwięźczenie w postaci, podejmowanej osobiście przez menedżera, decyzji. Bez wątplenia jest to więc proces odmienny i o wiele mniej przewidywalny od analogicznej sytuacji zdobywania informacji przez np. naukowca, czy praktyka w wąskiej specjalności. Sekwencja zachowań informacyjnych odzwierciedla więc raczej administracyjną wizję zarządzania H. Simona, niż klasyczny racjonalny model podejmowania decyzji (por. Rozdz.2).

## 5.4 Podsumowanie

Celem pracy była charakterystyka menedżerów w sektorze ochrony zdrowia, jako użytkowników informacji. Ten ogólny cel - poznanie charakterystycznych, wynikających z pełnienia kierowniczej funkcji, zachowań informacyjnych menedżerów oraz identyfikacja ich najważniejszych potrzeb informacyjnych został osiągnięty. Szczególnie cenne dla poznania czynników warunkujących zachowania menedżerów okazało się zestawienie wyników badań i prac prowadzonych w ramach nauk o zarządzaniu z pracami dotyczącymi użytkowników informacji w ogóle. Pierwsze - dały wgląd w charakter i specyfikę pracy kierowników, drugie - w reguły i czynniki rządzące zachowaniami ludzi szukających informacji, bez względu na to, do realizacji jakich celów jej potrzebują. Badanie własne, tak jak zakładano, przyniosło wiedzę o specyficznych uwarunkowaniach zachowań i potrzebach informacyjnych menedżerów w instytucjach ochrony zdrowia w Polsce. Założone cele badania, jakimi było zidentyfikowanie najważniejszych potrzeb informacyjnych menedżerów, ich preferencji oraz barier w dostępie do informacji, zostały osiągnięte w stopniu pozwalającym na wypunktowanie istotnych spraw oraz zorientowanie się w upodobaniach i trudnościach, jakie napotykają kierownicy w instytucjach opieki zdrowotnej, szukając informacji, przede wszystkim informacji naukowej. Obraz wyłaniający się z badania własnego jest, ze względu na przyjętą w nim metodę badawczą, obrazem ogólnym. Wartości zmiennych i średnie statystyczne pozwalają zorientować się w rozmiarach problemów, wyodrębnić ich istotne wątki i aspekty. Obraz ten wymaga jednak dalszego pogłębienia. Między innymi, szczegółowego poznania typowych dla poszczególnych grup menedżerów sytuacji problemowych oraz rozszyfrowania obiegów informacji w instytucji i poza nią. Wymaga to innych, niż zastosowane w tej pracy, metod badawczych. Najkorzystniejszą wydaje się uczestnicząca obserwacja oraz jakościowa analiza uzyskanych w wyniku obserwacji danych. Wnioski i rekomendacje płynące z niniejszej analizy uzupełniają lukę, która istniała w dotychczasowych opracowaniach dotyczących systemów informacji w sektorze ochrony zdrowia, które to opracowania pomijały analizę zachowań użytkowników tych systemów. Wnioski te przyczynią się być może do lepszego dostosowania do trybu pracy, potrzeb i preferencji menedżerów, tak potrzebnych im, systemów dostarczania informacji.

Niniejsza praca przyniosła także pewne uboczne rezultaty. Analiza zachowań i potrzeb dyrektorów i kierowników, przywiodła do ogólnych wniosków w sferze teorii zachowań

informacyjnych. Model zachowań informacyjnych, którym posługiwano się przy opisie użytkowników okazał się nie być wystarczająco uniwersalny. Menedżerowie „nie pasowali” do zaproponowanego przez T. Wilsona (1996) ogólnego, schematu zachowań informacyjnych. A jest to na tyle liczna kategoria użytkowników, że nie może być traktowana jako kategoria wyjątkowa, tym bardziej, że można przypuszczać, iż podobnie zachowujące się osoby znajdują się także w innych zbiorowościach i grupach. Opracowano więc nowy uniwersalny model zachowań informacyjnych, bazując na wcześniej wypracowanych założeniach i koncepcjach i uwzględniając wnioski płynące z niniejszego opracowania. Proponowany model obejmuje szerszy wachlarz zachowań i w inny sposób przedstawia ich sekwencję i uwarunkowania. Oddaje on zachowania rozmaitych kategorii użytkowników, i co ważne obrazuje różne strategie poszukiwania informacji. Zachowania menedżerów bardzo dobrze wpisują się w nowy model. Nie oznacza to jednak, że jest to model pełny i ostateczny. Być może będzie jednak stanowił lepszy punkt wyjścia dla dalszych badań nad użytkownikami informacji.

## 5.5 Uwagi końcowe

Przy okazji analizy zachowań informacyjnych menedżerów nasuwają się uwagi, nie związane już bezpośrednio z sylwetką menedżera, ale dotyczące ogólnie podejścia w badaniach nad użytkownikami informacji. Analiza ta daje bowiem asumpt do myślenia, że teza o stopniowym i nieuchronnym usamodzielnianiu się użytkowników informacji, głoszona przez wielu teoretyków informatologii, być może nie w pełni oddaje rzeczywistość. Menedżerowie są bowiem przykładem użytkowników, którzy nie tylko nie usamodzielniają się, ale wręcz coraz bardziej uzależniają od innych osób w procesie zdobywania informacji. Takich kategorii i grup użytkowników jest zapewne więcej. Teza o stopniowym usamodzielnianiu się, jest być może nieprawdziwa w odniesieniu do wszystkich użytkowników profesjonalnej informacji. Rozwój technologii informatycznych zwiększa wprawdzie fizyczną dostępność informacji, ale nie niweluje barier w dostępności intelektualnej. W przybierającym morzu informacji coraz większą trudność sprawia odszukanie tej rzeczywiście odpowiadającej potrzebom i ocena jej wartości. Czas i umiejętności potrzebne do odpowiedniej selekcji mogą powodować, że przytłoczeni nadmiarem rozmaitej jakości informacji użytkownicy, coraz mniej chętnie będą podejmować się tego zadania.

Przełom w badaniach nad użytkownikiem, od tradycyjnego podejścia w kierunku podejścia alternatywnego, który opisuje B. Derwin (1986) a później potwierdza E. Hewins (1991), M. Dembowska (1991), P. Ingwersen (1995), D. Nahl (1998) owocuje głównie spostrzeżeniami dotyczącymi końcowych użytkowników systemów, a nie końcowych użytkowników informacji, czyli osób, które bezpośrednio wykorzystują informację w swojej pracy. Celem prowadzonych już od lat 70-tych, także w Polsce, badań, jest przede wszystkim zminimalizowanie barier użytkowania oraz dostosowywanie komputerowych systemów informacyjnych do predyspozycji użytkowników końcowych. Do tych prac należą prace z pogranicza lingwistyki i informatyki, prace zajmujące się poznaniem intelektualnych i psychologicznych aspektów korzystania ze źródeł elektronicznych, pamięcią, stylami uczenia się oraz nawykami użytkowników. Ta, wymuszona rozwojem technologii, zmiana w podejściu do myślenia o użytkowniku i działalności informacyjnonaukowej, polega przy tym nie tylko na skupieniu uwagi badaczy na predyspozycjach i możliwościach poznawczych osób korzystających z systemów, ale także na zaniedbywaniu prac dotyczących problemów porządkowania i opisu informacji, organizacji usług, kwalifikacji pracowników informacji.



Zagadnienia dostosowywania usług do trybu pracy użytkowników, charakteru danych i dokumentów, specyficznej problematyki dziedziny schodzą na plan dalszy. Projektowanie systemów informacji podporządkowane zostało przede wszystkim myśli o tym, czy komputerowa komunikacja między źródłem a użytkownikiem przebiega łatwo i przyjemnie. Powstające w ostatnich dziesięcioleciach teorie i modele także służą przede wszystkim temu celowi i głównie dotyczą etapu przeszukiwania elektronicznych źródeł informacji.

Trend ten nie wydaje się jednak jedynie słuszny, uwzględnia bowiem tylko pewne kategorie użytkowników informacji: użytkowników bibliotek, naukowców, specjalistów i hobbystów w wąskich dziedzinach, znających doskonale obszar swoich zainteresowań, którym technologia informatyczna ułatwia bezpośredni dostęp do wiadomych im skądinąd źródeł i znajomego obszaru wiedzy. Takie postrzeganie użytkownika pozostawia poza kręgiem zainteresowań informatologów te grupy osób, które nie korzystają i nie będą osobiście korzystały z komputerowych systemów, z racji specyficznych potrzeb, ograniczeń, trybu pracy, lub które korzystają z informacji bardzo zróżnicowanej, o rozmytych granicach, nie dającej się łatwo odszukać.

Założenie, że użytkownik informacji jest lub musi zostać użytkownikiem komputerowych systemów, hamuje więc rozwój badań i projektowanie rozwiązań, które służą osobom o innych zachowaniach informacyjnych, dla których, nie interfejs programu jest sprawą najistotniejszą, ale np. system pośredników, odpowiednia organizacja usług informacyjnych czy jakość zawartej w bazach informacji.

Zauważenie specyficznych potrzeb tego rodzaju osób jest podejściem, jak najbardziej zorientowanym na użytkownika, którego wagę tak podkreślają współcześni teoretycy informacji naukowej. Wciąż bezwzględnie konieczne jest określenie i uwzględnienie jego potrzeb, wynikających z zawodowych, ale także z „życiowych” sytuacji. Następnym jednak krokiem, po ustaleniu, czy jest on czy nie (i w jakim stopniu) użytkownikiem zorganizowanych i skomputeryzowanych systemów dostarczania informacji, w centrum uwagi badaczy powinny znaleźć się już różne problemy. W przypadku użytkowników nie korzystających osobiście z komputerowych baz, katalogów, zasobów internetowych to nie, ich psycho-intelektualne możliwości oraz umiejętności, ale problemy interakcji z profesjonalnymi pośrednikami powinny stać się centrum zainteresowań.

Wydaje się też, że w systemach informacji, odpowiadających na potrzeby tego rodzaju użytkowników, bardziej istotne jest logiczne uporządkowanie zbiorów, ich kompletność, wyrazista specjalizacja, precyzyjny opis zawartości i formalnych cech dokumentów, niż cechy, które wysuwają się na plan pierwszy współczesnych systemów tzn.

interdyscyplinarność, łatwość obsługi, umożliwiająca dyskurs elektroniczna „inteligencja”. Wprawdzie B. Derwin (1983) słusznie zauważyła, że użytkownik nie jest pustym pojemnikiem, do którego wrzuca się kawałki informacji, ale mówiąc o tym, że aktywnie współtworzy on informację w trakcie jej poszukiwania, miała na myśli osobę, która jest równocześnie i użytkownikiem systemu i użytkownikiem informacji. Jeżeli nie jest to ta sama osoba i jeżeli między informację a rzeczywistego jej użytkownika wchodzi, nawet bardzo profesjonalny, pośrednik, wszelka „twórczość” w trakcie jej poszukiwania może łatwo zakłócić lub skrzywić w niepożądanym kierunku jej sens. Ten sens informacji nadaje dopiero osoba, która wykorzystuje ją do rozwiązania problemu lub poszerzenia własnej wiedzy. Przy takim założeniu, bardzo ważne staje się natomiast, aby dostarczona użytkownikowi informacja była odpowiednia, kompletna i wysokiej jakości. To więc zawartość systemu (źródła) oraz odpowiednie przygotowanie profesjonalnych pośredników, zezwalające na zastosowanie wyrafinowanych narzędzi wyszukiwawczych, stają się więc cechami najbardziej istotnymi dla takich kategorii użytkowników.

Zadania tak postrzeganych pośredników (pracowników informacji) zdecydowanie poszerzają się. Wymagają już nie tylko wiedzy o źródłach i umiejętności stosowania narzędzi wyszukiwawczych, przesiewających informację filtrów, ale głębszego zrozumienia potrzeb informacyjnych i zależnej od tego umiejętności oceny jej odpowiedniości. A w pewnych przypadkach, jak np. w przypadku współpracy z menedżerami, także umiejętności pracy w interdyscyplinarnych zespołach zadaniowych. Stąd konieczne jest specyficzne kształcenie tego rodzaju osób. Problem ten tak jak i konieczność poszerzenia i nowego zdefiniowania roli pracowników informacji naukowej jest w ostatnich latach ważnym przedmiotem rozważań i prac koncepcyjnych teoretyków informacji naukowej. Analizy te nie znajdują jednak dostatecznego wyrazu w dostosowaniu programów edukacyjnych do potrzeb użytkowników i rynku, czego dowodem choćby brak specjalizacji w informacji naukowej w ochronie zdrowia (medycynie). Można też zadać pytanie, czy, zakładając rosnącą rolę profesjonalnych pośredników w odszukiwaniu i filtrowaniu informacji, prace teoretyczne w dziedzinie informatologii nie powinny, w większym niż obecnie stopniu, dotyczyć problemów porządkowania zasobów informacji i wiedzy oraz merytorycznego opisu dokumentów? Funkcjonujące w dziedzinie ochrony zdrowia w Polsce słowniki elektronicznych systemów wyszukiwawczych, a także streszczenia publikacji w bazach bibliograficznych pozostawiają wiele do życzenia. A bez tego nawet najlepiej przygotowany i wprowadzony w zagadnienia pośrednik nie będzie w stanie dokonać wyczerpującego przeszukania i wstępnej ewaluacji informacji pod kątem jej jakości, relewancji i przydatności.

## BIBLIOGRAFIA

- Algermissen, V. Biomedical librarians in a patient care setting at the University of Missouri-Kansas City School of Medicine. *Bulletin of the Medical Library Association*, 1974, 62, 354-358.
- Allen, T.J. Information needs and uses. *Annual Review of Information Science and Technology*, 1969, 4, 1-29.
- Allen, B.L. Cognitive research in information science: Implications for design. *Annual Review of Information Science and Technology*, 1991, 26, 3-37.
- Allen, B.L. *Toward a User-Centered Approach to Information Systems*. San Diego: Academic Press 1996.
- Altman, L.K. Bringing the news to the public: The role of the media. *Annals New York Academy of Science*, 1993, 703, 200-209.
- Aronson, E., Wilson, T.D., Akert, R.M. *Psychologia społeczna. Serce i umysł*. Poznań: Zysk i S-ka 1997.
- Ashin, E.R. Library service to dental practitioners. *Bulletin of the Medical Library Association*, 1983, 71, 400-402.
- Ball, M.J., Hannah, K.J., Jelger, U.G., Peterson, H. *Nursing informatics. Where caring and technology meet*. New York: Springer-Verlag 1988.
- Ballard, E.C., Important considerations about nursing intelligence and information systems. *Nursing Informatics*, 1997, 44-49.
- Ball, M.J., Simborg, D.W., Albright, J.W., Douglas, J.V. *Systemy zarządzania informacją w opiece zdrowotnej. Praktyczny przewodnik*. Warszawa: Springer PWN 1997.
- Bandura, A. *Social Learning Theory*. Engelwood Cliffs. NJ: Prentice Hall 1977.
- Bandura, A. *Social Foundations of Thought and Action*, Engelwood Cliffs. NJ: Prentice Hall 1986.
- Barker, C. *Health Technology Assessment : A Guide for Managers. A Report by the Yorkshire Collaborating Centre for Health Services Research*. Leeds: Nuffield Institute for Health 1996.
- Barrie, A.R., Ward, A.M. Questioning behaviour in general practice: a practice study. *British Medical Journal*, 1997, 315 (7121), 1512-5.
- Barry, C.A. Critical issues in evaluating the impact of IT on information activity in academic research: developing a qualitative research solution. *Library and Information Science Research*, 1995, 17, 107-134.
- Bartkowiak, G. *Psychologia zarządzania*. Poznań: Akademia Ekonomiczna w Poznaniu 1999.

Batorowska, H., Czubała, B. Wybrane zagadnienia nauki o informacji naukowej i technologii informacyjnej. Kraków: Wydawnictwo Naukowe WSP 1996.

Belkin, N.J. Cognitive models and information transfer. *Social Science Information Studies*, 1984, 4 (2/3), 111-129.

Belkin, N.J., Oddy, R.N., Brooks, H.M. ASK for information retrieval. *Journal of Documentation*, 1982 38, 2, 61-71.

Bell, J. *Doing Your Research Project*. 2<sup>nd</sup> ed. London: Blackwell's 1998.

Bernatowicz, K. *Marketing w informacji naukowo-technicznej. Zarys metod badań*. Warszawa: IINTE 1984.

Bernatowicz, K. Socjologiczny aspekt motywacji korzystania z INTE w świetle badań sondażowych. *Prace IINTE*, nr 21. Warszawa: Centrum INTE 1979.

Bero, L.A., Grilli, R., Grimshaw, J.M., Harvey, E., Oxman, A.D., Thomson, M.A. Getting research findings into practice. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *British Medical Journal*, 1998, 317, 465- 468.

Bock, J. *Soziologie und Bibliothek. Zur theoretischen Bestimmung des Begriffs "soziologische Benutzerforschung in Bibliotheken*. Munchen. Verlag Dokumentation, 1972, s.21-32.

Bookbinder, M. Research dissemination: The practitioners' perspective. In: *Disseminating Research Changing Practice*. Dunn E.V., Morton P.G., Stewart M., Tucliver F, Bass M. J. (eds.). *Research methods for Primary Care*. Vol.6. London: Sage Publication 1994, 186-198.

Booth, A. In search of evidence: informing effective practice. *Journal of Clinical Effectiveness*, 1996, 1, 25-29.

Booth, A. *Disseminating information on clinical effectiveness (DICE)*. Literature review. Review of good practice & data collection instrument. Primary Report to Steering Group. Sheffield: School of Health and Related Research 1996.

Boynton, A.C., Gales, L.M., Blackburn, R.S. Managerial search activity. The impact of perceived role uncertainty and role threat. *Journal of Management*, 1993, 19, 725-747.

Bradley, J. Methodological issues and practices in qualitative research. *Library Quarterly*, 1993, 63 (4), 431-449.

Brown, C.M. Information seeking behavior of scientists in the electronic information age: astronomers, chemists, mathematicians, and physicists. *Journal of American Society for Information Science*, 1999, 50 (10).

Brown, R.D., Prentice, D.G. Assessing decisions making risk and information needs in evaluation. *Evaluation Review* 1987, 11 (3), 371-381.

- Bugalska, B. Badanie potrzeb informacyjnych naukowców w eksperymentalnej obsłudze informacyjnej procesu badawczego. *Zagadnienia Informacji Naukowej*, 1985, 2, 27-38.
- Bunch, C. Developing a hospital information strategy: a clinician's view. *British Medical Journal*, 1992, 304, 1033-1036.
- Burt, P.V. Kinnucan, M.T. Information models and modelling techniques for information systems. *Annual Review of Information Science and Technology* 1999, 25, 175-208.
- Carpinello, S.E. Newman, D.L. Jatulis, L.L. Health decision makers' perception of program evaluation. Relationship to purpose and information needs. *Evaluation and the Health Professions*, 1992, 15 (4), 405-419.
- Chantler, C. Management and information. *British Medical Journal*, 1992, 304, 632-635.
- Chmielewska-Gorczyca, E. Język wyszukiwawczy a potrzeby informacyjne użytkowników. *Zagadnienia Informacji Naukowej*, 1991, 1, 3-39.
- Chmielewska-Gorczyca, E. Procesy informacyjne w działalności dla biznesu. *Zagadnienia Informacji Naukowej* 1993, 2(62), 25-42.
- Chmielewska-Gorczyca, E., Sosińska-Kalata, B. Informacja naukowa z elementami naukoznawstwa. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne 1991.
- Christensen, D.B., Bush, P. Drug prescribing: patterns, problems and proposals. *Social Science and Medicine*, 1981, 15A, 346.
- Ciesielska, E., Stępień, E. Zastosowanie teorii zbiorów przybliżonych w badaniach użytkowników bibliotek. *Zagadnienia Informacji Naukowej*, 1998, 1, 23-35.
- Claman, G.G. Clinical medical librarians: what they do and why. *Bulletin of Medical Library Association*, 1978, 66, 454-456.
- Conducting Research in the Practice Setting *Research Methods for Primary Care*. Vol.5. Bass M. J. et. al. (eds.). Newbury Park: Sage Publications 1993.
- Covell, D.G., Gwen, C., Uman, R.N., Manning, P.R. Information needs in office practice. Are they being met? *Annals of International Medicine*, 1985, 103, 596-599.
- Crane, D. Information needs and uses. *Annual Review of Information Science and Technology*, 1971, 6, 3-39.
- Crawford, S. Information needs and uses. *Annual Review of Information Science and Technology*, 1978, 13, 61-81.
- Cullen, R. The medical specialist: information gateway or gatekeeper for the family practitioner. *Bulletin of the Medical Library Association*, 1997, 85 (4), 348-354.

- Curtis, K.L., Weller, A.C., Hurd, J.M. Information-seeking behavior of health science faculty: the impact of new information technologies. *Bulletin of Medical Library Association*, 1997, 85 (4), 402-410.
- Cybulski, R. Zastosowanie metod marketingowych w bibliotekarstwie. *Bibliotekarz*, 1992, 7/8, 6-9.
- Czarnecki, M. *Procesy decyzyjne w przedsiębiorstwie*. Warszawa: PTE 1982.
- Czyżewicz, A., Wyczańska, K. Informacja naukowa w zakresie ekonomii. *Zagadnienia Informacji Naukowej*, 1980, 1, 47-69.
- Daniecka, B. Wyniki socjologicznego badania wśród menedżerów opieki zdrowotnej. *Antidotum*, 1994, 1, 36-42.
- Dąbrowiecki, S., Tanowicz, E., Malukiewicz-Wiśniewska, G. *Jak wyszukiwać i krytycznie oceniać naukowe publikacje*. Bydgoszcz: Wydawnictwo AM w Bydgoszczy 1996.
- Dembowska, M. *Dokumentacja i informacja naukowa. Zarys problematyki i kierunku rozwoju*, Warszawa: SBP 1965.
- Dembowska, M.: *Nauka o informacji naukowej. (Informatologia). Organizacja i problematyka badań w Polsce*. Warszawa: IINTE, 1991.
- Dervin, B. An overview of sense-making: concepts, methods, and results to date. Presentation at International Communication Association Annual Meeting. Dallas, Texas 1983.
- Dervin, B. Information needs and uses, *Annual Review of Information Science and Technology*, 1986, 21, 3-33.
- Dervin, B., Nilan, M. Information needs and uses. *Annual Review of Information Science and Technology*, 1986, 21, 3-33.
- Desbartes, P. The media and the research. In: *Disseminating Research /Changing Practice*. Dunn, E.V., Morton, P.G., Stewart, M., Tucliver, F., Bass, M. J. (eds.). *Research methods for Primary Care*. Vol.6. London: Sage Publications 1994 76-86.
- Dobrowolska, A. Bariery funkcjonowania informacji naukowej w szkole wyższej. W: *Bariery w dziedzinie informacyjnej. Materiały konferencyjne, Jadwisin 4-5 XI 1984*. Zielona Góra: Tow. Nauk. Organiz. i Kier. 1984, 193-207.
- Dobrzyńska, A. Potrzeby informacyjne kadry kierowniczej przedsiębiorstwa przemysłowego i ich zaspokajanie w latach 1966-1968. PSP nr 7. Warszawa: IINTE 1971.
- Downar-Zapolska, A., Jazdon, A. Badanie potrzeb informacyjnych pracowników naukowych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. *Zagadnienia Informacji Naukowej*, 1983, 2, 25-51.
- Doskonalenie procesu zarządzania szpitalem w warunkach polskich. Kraków: Szkoła Zdrowia Publicznego AM I UJ w Krakowie 1993.

- Drummond, M.F. Economic evaluation and the rational diffusion and use of health technology. *Health Policy*, 1987 7, 309-324.
- Ellis, D. Modeling the information-seeking patterns of academic researchers: A grounded theory approach. *Library Quarterly*, 1993, 63 (4), 469-486.
- Ellis, D. A behavioural approach to information retrieval system design. *Journal of Documentation*, 1989, 45 (3), 71-212.
- Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *Journal of American Medical Association*, 1992, 268 (17) , 2420-2425.
- Fazzone, N., De Simone, M.G. MEDLARS utilization profile in New England. *Bulletin of Medical Library Association*, 1984, 72, 6-11.
- Feldman, M. S. March, J.G. Information in organization as signal and symbol. *Administrative Science Quarterly* 1981, 26 (2), 171-186.
- Ferguson, J.H. NIH Consensus Conferences: dissemination and impact. *Annals of New York Academy of Science*, 1993, 703, 180-198.
- Flakiewicz, W., Wawrzyniak, B. *Zasady i metody podejmowania decyzji kierowniczych*. Warszawa: PWE 1978.
- Florance, V. Medical knowledge for clinical problem solving: structural analysis of clinical questions, *Bulletin of Medical Library Association*. 1992, 80, 140-149.
- Ford, N., Miller, D., Booth, O' Rourke, A., Ralph, J., Turnock, E. Information retrieval for evidence-based decision making. *Journal of Documentation*, 1999, 55 (4), 385-401.
- Forsythe, D.E., Buchanan, B.G., Osheroff, J.A., Miller, R.A.: Expanding the concept of medical information: an observational study of physicians' information needs. *Computers and Biomedical Research*, 1992, 25, 181-200.
- Fowler, F.J. *Survey Research Methods*. 2<sup>nd</sup> ed. Applied Social Research Methods Series. Vol.1. Newbury Park: Sage Publications 1993.
- Frankfort-Nachmias, C., Nachmias D. *Metody badawcze w naukach społecznych*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka 2001.
- Gaslikova, I. Information seeking in context and the development of information systems. *Information Research*, 1999, 5, n.1. [www.shef.ac.uk/~is/publications/infres/paper67.html](http://www.shef.ac.uk/~is/publications/infres/paper67.html).
- Galczyński, J. Pertynencja jako wspólny cel użytkowników i pracowników informacji. *Praktyka i Teoria Informacji Naukowej i Technicznej*, 1996, 4 (3) , 14-20.
- Garnysz, Cz., Przygocka, J., Wojciechowska, B. Użytkownicy informacji w politechnikach. Kategorie użytkowników i analiza ich potrzeb. *Aktualne Problemy Informacji i Dokumentacji*, 1981, 1, 14-18.

- Gilliland, S.W. Schmitt, N. Information redundancy and decision behavior. A process tracking investigation. *Organizational Behavior and Human Decision Process*. 1993, 54 (2) ,157-180.
- Gilliland, S.W. Schmitt, N. Wood, L. Cost benefit determinants of decision process and accuracy. *Organizational Behavior and Human Decision Process*. 1993, 52 (2) , 308-330.
- Glitz, B. The focus group technique in library research: an introduction, *Bulletin of The Medical Library Association*, 1997, 85(4), 385-389.
- Gorman, P.N. Information needs of physicians. *Journal of the American Society for Information Science*, 1985, 46, 729-736.
- Gorman, P.N., Ash, J., Wykoff, L. Can primary care physicians' questions be answered using the medical journal literature? *Bulletin of Medical Library Association*, 1994, 82, 40-146.
- Gorman, P.N., Helfand, M. Information seeking in primary care: How physicians choose which clinical questions to pursue and which to leave unanswered. *Medical Decision Making*, 1995, 15, 113-119.
- Gray, J.A.M. *Evidence-Based Healthcare. How to Make Health Policy and Management Decision*. New York: Churchill Livingstone 1997.
- Greenberg, B., Breedlove, R., Berger W. MEDLINE demand profiles: an analysis of request for clinical research information. *Bulletin of Medical Library Association*, 1977, 65, 23-30.
- Greenberg, B., et al. Evaluation of clinical medical librarian program at the Yale Medical Library. *Bulletin of Medical Library Association*, 1978, 66, 319-326.
- Griffin, R.W. *Podstawy zarządzania organizacjami*. Warszawa: PWN 1996.
- Ghosal, S., Kim, S.K. Building effective intelligence systems for competitive advantage. *Sloan Management Review*, 1986, 49-58.
- Głowacka, E. Problematyka badań użytkowników bibliotek uniwersyteckich – nowa koncepcja na tle dotychczasowego stanu badań. *Roczniki Biblioteczne*, 1992, 1/2, 3-17.
- Gassert, C.A., Structured analysis: methodology for developing a model for defining nursing information system requirements. "Advances in Nursing Science" 1990 v. 13, 2 s. 53-62.
- Grosser, K. Human networks in organizational information processing. *Annual Review of Information Science and Technology*, 1991, 26, 349-403.
- Grzecznowska, A. Małe i średnie przedsiębiorstwa przemysłowe jako użytkownicy informacji, *Praktyka i Teoria Informacji Naukowej i Technicznej*, 1996, 4 (1), 16 –22.
- Grzecznowska, A., Mostowicz, E. Badanie potrzeb informacyjnych małych i średnich przedsiębiorstw oraz analiza procesów użytkowania informacji w tych przedsiębiorstwach. Warszawa: IINTE 1994.



- Getting Research Findings into Practice. Haines, A., Donald, A. (eds.). London: British Medical Journal Books 1998.
- Haines, A., Jones, R. Implementing findings of research. *British Medical Journal*, 1994, 308, 1488- 1492.
- Hall, D.E. How municipalities learn. A report prepared for US AID Poland. (maszynopis). 1998.
- Harmonogram realizacji Narodowego Programu zdrowia na lata 1996-2005. MZiOS i Międzynarodowy Zespół Koordynujący NPZ. Warszawa: Departament Polityki Zdrowotnej i Przekształceń Systemowych MZiOS 1997.
- Haynes, R.B. Some problems in applying evidence in clinical practice. *Annals of New York Academy of Sciences*, 1993, 703, 210-225.
- Hayward, J. Promoting clinical effectiveness. *British Medical Journal*, 1996, 312, (15 June),1491-1492.
- Health Services Research Methods. A Guide to Best Practice. Black, N., Brazier, J., Fitzpatrick, R., Reeves, B.(eds.). London: BMJ Books 1998.
- Health Status of Polish Population. W: Monitoring Office of the National Health Programme. Wojtyniak, B., Chanska, M., Goryński, P. (red.). Warszawa: National Institute of Hygiene 1998.
- Heginbotham, C. Jam tomorrow? *Health Service Journal*, 1992, 5 March, 24-25.
- Hensher, M., Fulop, N. The influence of health needs assessment on health care decision-making in London health authorities. *Journal of Healthcare Services Research Policy*, 1999, 4 (2), 90-95.
- Hepworth, M. Investigating methods for understanding user requirements for information products. *Information Research*, 1998, 4 (2), 1998.
- Herbert, C.P. Dissemination of research results prior to peer-reviewed publication. In: *Disseminating Research /Changing Practice*. Dunn E.V., Morton P.G., Stewart M., Tucliver F., Bass M.J. (eds.). Research methods for Primary Care. Vol.6. London: Sage Publications 1994 127-136.
- Herner, S. Herner, M. Information needs and uses in science and technology. *Annual Review of Information Science and Technology*, 1967, 2, 1-34.
- Hewins, E.T. Information need and use studies. *Annual Review of Information Science and Technology*, 1990, 25, 145-172.
- Hiam, A. Dyrektor zarządzający: narzędzia i metody wspomagające podejmowanie decyzji. Warszawa: ABC 1999.

- Hjorland, B. Theory and metatheory of information science: A new interpretation. *Journal of Documentation*, 1998, 54 (5), 606-621.
- Hulland, J.S., Kleinmuntz, D.N. Factors influencing the use of internal summary evaluations versus external information in choice. *Journal of Behavioral Decision Making*. 1994, 7 (2), 79-102.
- Indulski, A.J., Boczkowski, A., Kubica R. Problematyka zdrowia publicznego w opiniach dyrektorów stacji sanitarno-epidemiologicznych. Identyfikacja obszarów problemowych i diagnoza sytuacji, *Zdrowie Publiczne*, 1998, 9, 341-345.
- Ingwersen, P. Psychological aspects of information retrieval. *Social Science Information Studies*, 1984, 4, 83-89.
- Ingwersen, P. Information and Information Science. In: *Encyclopaedia of Information and Information Science*. Kent, A. (ed.). New York Vol.56, supl.19, 1995, 137-174.
- Jacobson, B. Translating research into practice- from rhetoric to reality. In: *Resource Allocation Health Needs: from Research to Policy. Proceedings of a Conference*. Gilman, E. et.al. (eds.). London: HMSO 1994, 80-81.
- Jalloh, B. Information dissemination for better health in Africa with particular reference to Namibia. *Journal of Documentation*, 1998, 54 (2), 244-249.
- Jarecka, H. Wprowadzenie do problematyki badań potrzeb użytkowników informacji. *Przegląd Biblioteczny*, 1973, 1/2 65-70.
- Jasłowski, J. Wspieranie zarządzania placówkami ochrony zdrowia za pomocą systemu informacyjnego. *Zdrowie i Zarządzanie*, 2000, 2, (6) , 58-65.
- Jędrzejowicz, P. Komputerowe wspomaganie zarządzania. Gdynia: Wydawnictwo WSM 1998.
- Johnson, L.C., Macrae, C.N. Changing social stereotypes: The case of the information seeker. *European Journal of Social Psychology*, 1994, 24, p581-592.
- Kadłubowski, H. Procesy informacyjno-decyzyjne w zarządzaniu przedsiębiorstwem. Warszawa: Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych 1982.
- Kaluzny, A.D. Harris, R.P., Strecher V.J., Stearns S., Qaqish B., Leininger, L. Prevention and early detection activities in primary care: new directions for implementation. *Cancer Detection and Prevention*, 1991, 15 (6), 459-464.
- Kamiński, S. Nauka i metoda. Pojęcie nauki i klasyfikacja nauk. Lublin: Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego 1992.
- Karski, J.B. Teoria organizacji i zachowania w promocji zdrowia. Warszawa: COiEOZ 1996.
- Kassirer, J.P. Dissemination of medical information: A journal's role. *Annales of New York Academy of Science*, 1993, 703, p173- 179.

- Kautsch, M., Klich J., Stylo W., Nuckowska M., Więckiewicz M. Funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej w zreformowanym systemie - raport z badań. Warszawa: CSIOZ 2001.
- Katz, J. What counts as evidence in health information? In: Promoting Health. Knowledge and Practice. Katz J., Peberdy A. (eds.). Houndmills: MacMillan Press Ltd. 1997, 213-231.
- Katzer, J., Fletcher, P.T. The information environment of managers. Annual Review of Information Science and Technology, 1992, 27, p227-263.
- Keen, P.G.W. Every manager's guide to information technology. A glossary of key terms and concepts for today's business leader. Boston: Harvard Business School Press 1995.
- Kieżun, W. Organizacja pracy własnej dyrektora. Wyd. III. Warszawa: PWE 1979.
- Kircz, J. Modularity: The next form of scientific information presentation? Journal of Documentation, 1998, 54 (2), 210-234.
- Kitson, A., Ahmed, L.B., Harvey, G., Seers, K., Thompson, D.R. From research to practice: one organizational model for promoting research-based practice. Journal of Advanced Nursing, 1996, 23, 430- 440.
- Klein, M.S., Ross, F.V., Adams, D.L., Gilbert, C.M. Effect of online literature searching on length of stay and patient care costs. Academic Medicine, 1994, 69, 489-495.
- Kleszcz, H. Regionalne Forum Promocji Zdrowia w Tarnowskich Górach. Najlepsza inwestycja. Służba Zdrowia, 1999, 65/66, 12-13.
- Klich, J. Podstawowe problemy zarządzania szpitalem. W: Zdrowie publiczne. Tom I. Wydanie II poprawione. Czupryna, A. I in. (red.). Kraków: Vesalius, 2000, 321-336.
- Klich, J. Kautsch, M., Campbell P. Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Kraków: Vesalius, 1998.
- Kocowski, T. Potrzeby człowieka. Koncepcja systemowa. Wyd.2, Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich, 1982.
- Kocowski, T. Potrzeby informacyjne człowieka. W: Potrzeby użytkowników informacji. Materiały konferencyjne, Kołobrzeg 26-27 września 1985r. Kołobrzeg 1985 s.3-30.
- Komnata, W., Komnata, K. Specificity of medical system modeling – experiences based on „Medical Information Management” and „Hospital Information Management” projects. In: Computers in Medicine. Łódź: 1997, 200-204.
- Konieczna, D. Rola nieformalnych procesów w systemie komunikacji naukowej. Prace IINTE nr 44, Warszawa: IINTE 1982.
- Kootz, H., O'Donnell C., Weihrich H.: Management. McGraw-Hill 1984, 12-13.
- Koronkiewicz, A., Nowacki, W., Romanow H. Kierunki rozwoju polityki zdrowotnej oraz projekt koordynacji przepisów polskich w ochronie zdrowia z uregulowaniami Unii Europejskiej. Warszawa: COiEOZ 1999.

- Kozierkiewicz, A. Znaczenie wybranych wskaźników dla podejmowania decyzji w ochronie zdrowia. *Zdrowie Publiczne*, 2000, supl.1, s.7-20.
- Królikowska, A. Ankieta form obsługi informacyjnej użytkowników przeprowadzona w Instytucie Podstawowych Problemów Techniki PAN. *Zagadnienia Informacji Naukowej*, 1978, 2, 125-137.
- Kulikowski, J.L. Perspektywy rozwoju informacji naukowej na tle rozwoju nowoczesnych technik informacyjnych. *Praktyka i Teoria Informacji Naukowej i Technicznej*, 1993, 3/4, 12-17.
- Kuhlthau, C.C. Inside the search process: information seeking from users's perspective. *Journal of the American Society for Information Science*, 1991, 42, 361-371.
- Kuller, A.B., Wessel, C.B., Ginn, D.S., Martin, T.P. Quality filtering of the medical literature by librarians and physicians. *Bulletin of the Medical Library Association*, 1993, 81, 38-43.
- Kunicki, M. O powszechnej informacji naukowo-technicznej. *Aktualne Problemy Informacji i Dokumentacji*. 1958, 2, 14-38.
- Lasota, J.Z. Uwagi o pracy dyrektorów przedsiębiorstw. *Organizacja Samorząd Zarządzanie*, 1960, 8, 57-62.
- Leligdowicz, A., Derlińska, T. Grochowska, J. Malicka, E. Badanie potrzeb użytkowników medycznej informacji naukowej. *Zagadnienia Informacji Naukowej*, 1976, 28 (1), 99-130.
- Leligdowicz, A. Badania nad czynnikami kształtującymi poziom podstawowej opieki zdrowotnej. Warszawa: Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego 1973 (praca habilitacyjna).
- Levy, P., Foster, A. Communicating effectively in the networked organization: Using electronic mail in academic libraries. *Journal of Documentation*, 1998, 54 (5), 566-583.
- Lindquist, E.A. What do decision models tell us about information use? *Knowledge in Society*, 1988, 1(2), 86-111.
- Lipsett, L.F., Schultz, C. The role of annotated bibliographies in information dissemination. *Bulletin of medical Library Association*, 1984, 72, 180-186.
- Lipetz, B.-A. Information needs and uses. *Annual Review of Information Science and Technology*, 1970, 5, 3-32.
- Lin, N., Garvey, W.D. Information needs and uses. *Annual Review of Information Science and Technology*, 1972, 7, 5-37.
- Lomas, J. Words without action? The production, dissemination, and impact of consensus recommendations. *Annual Review of Public Health*, 1991, 12, 41-65.

4-5.XI.1984r. Zielona Góra: Tow. Nauk. Organiz. i Kier. 1984, 85-106.

Mintzberg, H. The manager's job. Folklore and fact. Harvard Business Review, 1975, 55, 4.

Mintzberg, H. The nature of managerial work. New York: Harper & Row 1973.

Misiek, J. Program metodologii nauk empirycznych. Kraków: Uniwersytet Jagielloński 1979.

Monitoring oczekiwanych efektów i korzyści zdrowotnych wynikających z realizacji Narodowego Programu Zdrowia na lata 1996-2005. Raport za 1998 r. Goryński P., Wojtyniak B. (red.). Warszawa: MZiOS i PZH 1999.

Mostowicz, E. Metody i techniki badania potrzeb informacyjnych inżynierów zatrudnionych w przemyśle. Warszawa: IINTE, 1984.

Mostowicz, E. Marketing w działalności bibliotek i ośrodków informacji. Przegląd Biblioteczny, 1992, 1/4, 35-44.

Mostowicz, E. Zapotrzebowanie na informację i obsługę informacyjną dyrektorów przedsiębiorstw przemysłowych. Aktualne Problemy Informacji i Dokumentacji, 1994, 30 (5), 14-21.

Mote, L.J.B. Reasons for the variations in the information needs of scientists. Journal of Documentation, 1962, 18, 169-175.

Nagel, E. Struktura nauki. Zagadnienia logiki wyjaśnień naukowych. Warszawa: PWN 1970.

Nahl, D. The user-centered revolution: 1970-1995. In: Encyclopaedia of Library and Information Science. Kent, A. (ed.). New York, vol.62, supl.25, 1998 313-371.

Narodowy Program Zdrowia 1996-2005. Międzyresortowy Zespół Koordynacyjny Narodowego Programu Zdrowia. Warszawa: MZiOS 1996.

Neufeld, V.R., Woodsworth, A. A survey of physician self-education patterns in Toronto. Part II: use of journals and personal filing system. Canadian Library Journal, 1972, 29, 104-109.

Newman, K., Pyne, T., Leigh, S., Rounce, K., Cowling, A. Personal and organizational competencies requisite for the adoption and implementation of evidence-based healthcare. Health Services Management Research, 2000, 13, 97-110.

Nicholas, D. Analiza potrzeb informacyjnych w dobie internetu. Zagadnienia Informatyki Naukowej 2000, 2 (76), s.21-29.

Nicholas, D. Ocena potrzeb informacyjnych w dobie internetu. Idee, metody, środki. Warszawa, SBP, 2001.

Niedźwiedzka, B. Ochrona zdrowia w oparciu o rzetelne analizy i badania naukowe. Zdrowie i Zarządzanie, 1999, 1 (2), 51-60.

- Niedźwiedzka, B. Ochrona zdrowia oparta na rzetelnych analizach i wynikach badań naukowych. W: Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia. tom.1. Wyd. II poprawione. Czupryna A. (red.) i in. Kraków: Vesalius 2000, 265-286.
- Niedźwiedzka, B. Naukowe podstawy decyzji w ochronie zdrowia. W: Informacja w zdrowiu publicznym. Franaszek. P. (red.). Kraków: Wydawnictwo UJ 2001 9-24.
- Niedźwiedzka, B. Potrzeby informacyjne menedżerów w samorządowych wydziałach ds. zdrowia i w kasach chorych związane z realizacją Narodowego Programu Zdrowia. Zdrowie Publiczne, 2001, 111 (4), 227-232.
- Niedźwiedzka, B. Potrzeby informacyjne menedżerów w instytucjach opieki zdrowotnej w Polsce oraz przeszkody na jakie napotykają szukając naukowej informacji. Zdrowie i Zarządzanie, 2001, 3-4, 63-72.
- Niedźwiedzka, B. Poszukujący informacji, czy też unikający tego zadania użytkownik. Praktyka i Teoria Informacji Naukowej i Technicznej, 2001, 1-2, 24-31.
- Niedźwiedzka, B. Raport z badania potrzeb i zachowań informacyjnych osób zajmujących kierownicze stanowiska w wybranych instytucjach opieki zdrowotnej w Polsce. Instytut Zdrowia Publicznego 2001. (*materiał niepublikowany*)
- Niedźwiedzka, B. Modyfikacja modelu zachowań informacyjnych T.D. Wilsona w świetle wyników badania zachowań informacyjnych menedżerów. Zagadnienia Informacji Naukowej, 2002, 1 (79), 22-33.
- Norton, P.G. et al. Guidelines for dissemination of new information discovered by researchers. In: Disseminating Research /Changing Practice. Dunn E.V., et al. (eds.). Research Methods for Primary Care. Vol.6. London: Sage Pub.1994, 87-94.
- Nowak, S. Metodologia badań socjologicznych. Warszawa: PWN 1970.
- Osheroff, J.A., Forsythe, D.E., Buchanan, B.G., Bankowitz, R.A., Blumenfeld, B.H., Miller, R.A. Physicians' information needs: analysis of questions asked during clinical teaching. Annals of Internal Medicine, 1991, 114, 576-581.
- Overtreit, J. Evidence – based medicine: evaluation informed management. Goteborg, Sweden. Health Review- On line July 1998. [www.enigma.co.nz/hcro\\_articles/9807/vol2no9\\_001.htm](http://www.enigma.co.nz/hcro_articles/9807/vol2no9_001.htm).
- Organ, D.W., Bateman, T. Organizational Behaviour. An Applied Psychological Approach. 3<sup>rd</sup>.ed. Homewood, Ill: BPI 1986.
- Osiobe, S.A. Use of information resources by health professionals: a review of the literature. Social Science and Medicine, 1985, 21 (9), 965-973.
- Oxman, A.D. No magic bullets. A systematic review of 102 trials interventions to help health care professionals deliver services more effectively or efficiently. Canadian Medical Association Journal, 1995, 153, 1423-1431.

- Paisley, S. Intelligent purchasing in Trent: information for decision-making in the region's health authorities. *Health Libraries Review*, 1998, 15, 87-95.
- Paisley, W.J. Information needs and uses. *Annual Review of Information Science and Technology*, 1968, 3, 1-30.
- Peay, M.Y., Peay, E.R. Differences among practitioners in patterns of preference for information sources in the adoption of new drugs. *Social Science and Medicine*, 1984, 18, 1019-1025.
- Pettinger, R. *Introduction to Organizational Behavior*. Macmillan Press 1996, 39-40.
- Pieter, J. *Ogólna metodologia pracy naukowej*. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich 1967.
- Pieter, J. *Praca naukowa*. Katowice: Wydawnictwo „Śląsk” 1960.
- Pindlowa, W. *Kształcenie studentów jako użytkowników informacji naukowej. Z pogranicza informatologii i pedagogiki*. Kraków UJ 1984.
- Pindlowa, W. *Metodyka kształcenia użytkowników informacji naukowej pracujących zawodowo*. Warszawa: CINTE 1983.
- Pomykalski, A. Niektóre aspekty analizy potrzeb informacyjnych w środowisku naukowo-badawczym. *Aktualne Problemy Informacji i Dokumentacji*, 1976, 2, 29-32.
- Pomykalski, A. *System informacji w badaniach naukowych*, Warszawa: PWE 1980, 67-71.
- Pope, C., Mays, N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health service research. *British Medical Journal*, 1995, 311, 42-45.
- Prevention Effectiveness. A Guide to Decision Analysis and Economic Evaluation*. Haddix et al. (eds.). New York: Oxford University Press 1996.
- Problemy wspomaganie decyzji*. Leńkiewicz, Z. (red.). Szczecin: Wydawnictwo Naukowe U.Ś. 1991.
- Problemy współpracy na rzecz zdrowia . Materiały Konferencji Krajowej*, Warszawa 23-24 września. 1999. Warszawa: COiEOZ 1999.
- Program akredytacji szpitali*. Kraków: Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia 1998, 19, 38.
- Promoting Clinical Effectiveness. A framework for action in and through the NHS*. NHS Executive 1996.
- Promoting Health. Knowledge and Practice*. Houndmills: Macmillan Press Ltd. 1997.
- Próchnicka, M. *Informacja a umysł*. Kraków: Universitas, 1991.

- Próchnicka, M. Modelowanie użytkownika systemów informacyjnych. *Zagadnienia Informatyki naukowej*, 2000, 2 (76), 31-36.
- Przelaskowski, W. *Problemy informacji naukowej*. Warszawa: Prace OIN PAN 1979, 147-152.
- Raferty, J., Gibson, G. Banking on Knowledge. *Health Service Journal*, 1994, 10 Feb., 28-30.
- Ratajewski, J. Wybrane problemy metodologiczne informologii nauki (informacji naukowej) . Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 1994.
- Rediker, K.J. Mitchell, T.R., Beach, I.R., Beard, D.W. The effects of strong belief structures on information =processing evaluation and choice. *Journal of Behavioral Decision Making*, 1993, 6(2), 113-132.
- Remerowa, K. Problemy metodologiczne informacji naukowej w naukach społecznych. *Aktualne Problemy Informatyki i Dokumentacji*, 1972, 3, 3-8.
- Reneker, M.H. A qualitative study of information seeking among members of Academic community: Methodological issues and problems. *Library Quarterly*, 1993, 63 (4), 487 –507.
- Reasearching Health Care. Designs, Dilemmas, Disciplines. Daly, J., McDonald, I., Willis, E. (eds.). London: Tavistock/Routledge 1992.
- Richardson, W.S., Wilson, M.C. On question, background and foreground. *Clinical Epidemiology and Biostatistics*, 1997, 6/7.
- Roberts, N. Social considerations towards a definition of information science. *Journal of Documentation*, 1976, 32, 249-57.
- Robertson, R.D. Small group decision making. The uncertain role of information in reducing uncertainty. *Political Behavior*, 1980, 2 (2), 163-188.
- Rogers, E.M. *Diffusion of Innovations*. New York: Free Press 1995.
- Rupiński, G. *Organizacja, metody i technika pracy dyrektora*. Wyd. II. Warszawa-Łódź: TNOiK 1961.
- Sackett, D., Richardson, W.S., Rosenberg, W., Haynes, R.B. *Evidence – Based Medicine. How to Practice and Teach EBM*. New York: Churchill Livingstone 1997.
- Saracevic, T. Modeling interaction in information retrieval (IR): a review and proposal. In: S. Hardin.ed. 59<sup>th</sup> Annual Meeting of the American Society for information Science. Silver Spring, MD. American Society for Information Science 1996, 3-9)
- Schultheis, R., Sumner, M., Bock, D. *Management Information Systems. The Managers View*. 2<sup>nd</sup> ed. Boston: Irwin, 1992.



- Shelstad, K.R., Clevenger, F.W. Information retrieval patterns and needs among practicing general surgeons: a statewide experience. *Bulletin of the Medical Library Association*, 1996, 84 (4), 490-496.
- Shortel, S.M, Kaluzny, A.D. *Podstawy zarządzania opieką zdrowotną*. Kraków: Vesalius, 2001.
- Shorten, A., Wallace, M.C., Crookes, P.A. Developing information literacy: a key to evidence-based nursing. *International Nursing Review*, 2001, 48, 86-92.
- Sikorski, Cz. *Zachowania ludzi w organizacji*. Warszawa: PWN 1999.
- Siniarska-Czaplicka, J. Analiza potrzeb użytkowników informacji naukowo-technicznej i ekonomicznej. *Przegląd Biblioteczny*, 1973, 1/2, 97-107.
- Skwarnicka, Z. Potrzeby informacyjne doktorantów. *Zagadnienia Informacji Naukowej*, 1973, 2, 99-122.
- Skwarnicka, Z. Potrzeby informacyjne doktorantów. *Zagadnienia Informacji Naukowej*, 1974, 1, 126-136.
- Slocum, J. W. Decision-making: an interdisciplinary focus. In: G.R. Ungson, D.N. Braunstein (Eds.) *Decision-making: An Interdisciplinary Inquiry* (pp. 288-292). Boston: Kent Publishing 1982.
- Słownik terminologiczny informacji naukowej. Dembowska, M. (red.). Wrocław: Zakład Narod. im. Ossolińskich 1979.
- Smith, L., Preston, H. Information management and technology strategy in healthcare: local timescales and national requirements. *Information Research*, 2000, 5, 3-8.
- Smith, R. What clinical information do doctors need? *British Medical Journal*, 1996, 313, 1062-1068.
- Sobielga, J. Psychologiczne aspekty barier informacyjnych- badania wśród studentów. *Praktyka i Teoria Informacji Naukowej i Technicznej*, 1997, 5 (4), 13-18.
- Sobielga, J. Problemy pomiaru efektywności użytkowania informacji w kształceniu akademickim. *Zagadnienia Informacji Naukowej*, 1998, 1, 37-55.
- Sobielga, J. Psychologiczne uwarunkowania zachowań informacyjnych. *Zagadnienia Informacji Naukowej*, 1999, 2, 96-102.
- Sobkowiak, B. Procesy komunikowania się w organizacji. W: *Współczesne systemy komunikowania*. Dobek-Ostrowska, B. (red.). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego 1998, 22-40.
- Sordylowa, B. *Informacja naukowa w Polsce. Problemy teoretyczne, źródła, organizacja*. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich 1987.

- Sosińska-Kalata, B. Modele organizacji wiedzy w systemach wyszukiwania informacji. Warszawa: Wydawnictwo SBP 1999.
- Spink, A., Grreisdorf, H., Bateman, J. From highly relevant to not relevant: examining different regions of relevance. *Information Processing and Management*, 1998, 34 (5), 599-621.
- Staniszewski, Z. O niektórych potrzebach informacyjnych projektantów inwestycji. Wyniki badania. *Aktualne Problemy Informacji i Dokumentacji*, 1987, 4, 21-25.
- Staniszewski, Z. Potrzeby informacyjne projektantów inwestycji budowlanych. *Aktualne Problemy Informacji i Dokumentacji*, 1989, 4, 15-19.
- Stewart, R. More art than science? *Health Service Journal*, 1998, 26 March, 28-29.
- Stinson, E.R., Mueller, D.A. Survey of health professionals' information habits and needs. *Journal of the American Medical Association*, 1980, 243, 140-43.
- Strasser, T.C. The information needs of practicing physicians in North New York State. *Bulletin of the Medical Library Association*, 1978, 66, 200-209.
- Stinson, E.R., Mueller, D.A. Survey of health professionals' information habits and needs conducted through personal interviews. *Journal of American Medical Association*, 1980, 243, 140-143.
- Streatfield, D. Moving towards the information user. Some research and its implications. *Social Science Information Studies*, 1983, vol. 3, 223-240.
- Sutton, B. The rationale for qualitative research: a review of principles and theoretical foundations. *Library Quarterly*, 1993, 63 (4), 411-430.
- Sutton, B. Qualitative research methods in library and information science. *Encyclopaedia of Library and Information Science*, 1998, vol.62, suppl. 25, 263-284.
- Szczechura, K. Użytkownicy informacji. Zarys problematyki. W: *Informacja naukowa w Polsce. Tradycja i współczesność*. Ścibor, E. (red.). Olsztyn: WSP 1998, 107-138.
- Szczechura, K. Uczniowie jako potencjalni użytkownicy informacji naukowej. Wrocław: Uniwersytet Wrocławski 1988. (Praca doktorska).
- Szpitalne systemy informatyczne. Kozierekiewicz, A. (red.). Kraków: Vesalius 1999.
- Sztumski, J. Wstęp do metod i technik badań społecznych. Katowice: Wyd. Śląsk 1999.
- Szwalbe, J. Badania potrzeb użytkowników informacji. Zarys problematyki i metodyki badań. *Prace IINTE nr 45*. Warszawa: IINTE 1982.
- Szwalbe, J. Badania potrzeb użytkowników informacji w Polsce w latach 1976-1982. *Prace IINTE nr 59*. Warszawa: IINTE 1986.

Szwalbe, J. Wybrane zagadnienia metodologii badania potrzeb użytkowników INTE w świetle literatury zagranicznej. *Przegląd Biblioteczny*, 1980, 1, 31-39.

Ścibor E. Przegląd metod badawczych stosowanych w nauce o informacji. W: *Metodologia bibliotekoznawstwa i nauki o informacji naukowej*. Materiały z sesji naukowej zorganizowanej przez Instytut Bibliotekoznawstwa i Informacji naukowej oraz Bibliotekę Główną UAM. 17-18 XII 1974 r. Kubiak, S. (red.). Poznań: UAM 1976, 97-101.

Świgoń, M. Bariery informacyjne, które napotykają studenci podczas samodzielnego wyszukiwania i wykorzystywania informacji. *Praktyka i Teoria Informacji Naukowej i Technicznej*, 1995, 1, 19-25.

Taylor, R.S. Information use environments. *Progress in Communication Sciences*, 1991, 10, 217-255.

Tezy polityki państwowej w dziedzinie informacji naukowej. *Bibliotekarz*, 1994, 11/12, 23-26.

Thomas, W. Ankiety pocztowe w badaniach marketingowych i socjologicznych. Warszawa: PWN, 1999.

Timmermans, M.L. The impact of task complexity on information use in multi attribute decision making. *Journal of Behavioral Decision Making*, 1993, 3, 95-11.

Tittenbrun, K. Konsekwencje niejednolitej i niespójnej terminologii jako bariery działalności informacyjnej. W: *bariery w dziedzinie informacyjnej*. Materiały konferencyjne Jadwisin, 4-5.XI.1984r. Zielona Góra: Tow. Nauk. Organiz. i Kier. 1984, 3-20.

Tittenbrun, K. Podstawowe źródła leksykograficzne z zakresu informacji naukowej. Warszawa: IINTE 1979.

Tittenbrun, K. Prace nad słownictwem informacji naukowej. W: *Informacja naukowa w Polsce. Tradycja i współczesność*. Ścibor, E. (red.). Olsztyn: WSP 1998, 237-249.

Transformacja systemu ochrony zdrowia w Polsce. Warszawa: MziOS, 1998.

Trautsołt, T. Badanie potrzeb użytkowników informacji. Przegląd metod i technik stosowanych za granicą. Warszawa: CIINTE 1969, Pr. Stud. Przycz. nr 5/69.

Trąbka, W. i in. Szpitalne systemy informatyczne. Kraków: Vesalius 1999.

Trąbka, W., Stalmach L. Systemy informatyczne w opiece zdrowotnej. *Zdrowie i Zarządzanie*, 1999, 1 (6), 8-11.

Trąbka, W. Komputerowy rekord pacjenta, jako podstawa zintegrowanego systemu informatycznego. *Zdrowie i Zarządzanie*, 1999, 1 (6), 28-30.

Turczyńska, E. Perspektywy badań użytkowników systemu informacyjnego Biblioteki Akademii Medycznej w Lublinie. *Zagadnienia Informacji Naukowej*, 1997, 2, 89-97.

- Urquhart, C.J., Hepworth, J.B. Comparing and using assessment of the value of information to clinical decision-making. *Bulletin of Medical Library Association*, 1996, 84 (4), 482-489.
- Urquhart, C.J., Crane, S. Nurses' information seeking skills and perceptions of information sources: assessment using vignettes. *Journal of Information Science*, 1994, 20, 237-246.
- Urquhart, C.: Personal knowledge: a clinical perspective from the value and evince projects in health library and information services. *Journal of Documentation*, 1998, 54 (4), 420-442.
- Van de Water, H.P.A., Van Herten, L.M. Health Policies on Target? Review of Health Target and Priority-Setting in European Countries. Leiden: TNO Prevention and Health 1998.
- Wakeham, M. Nurses – their information needs and use of libraries. The views of some librarians. *Health Libraries Review*, 1993, 10, 85-94.
- Wakeham, M., Houghton, J., Beard S. The information needs and information seeking behaviour of nurses. BLR&D report 6078, 1992. British Library Document Supply Centre.
- Welch, N. Informed decision making. *The British Journal of Healthcare Computing*, 1993, 10, 15-17.
- Weiss, C.H., Bucuvalas, M.J. Social science research and decision-making. New York: Columbia University Press, 1980.
- Wersig, G. Informationssoziologie, Hinweise zu einem informationswissenschaftlichen Teilbereich. Frankfurt a. Main: Atheneum Fischer Taschenbuch, Verlag 1973
- Wersig, G. Windel, G. Plagemann S. Benutzerforschung in Aufburch, Stand und Perspektiven von Theorie, Methodik der Benutzerforschung in Information und Dokumentation, Forschungsbericht ID 82-009-Information und Dokumentation, Berlin 1982, Freie Universitat.
- Wilson, T.D. The investigation of information use and users needs as a basis for programmes. *International Forum on Information and Documentation*, 1977, 2 (4), 25-29.
- Wilson, T.D. On user studies and information needs. *Journal of Documentation*, 1981, 37 (1), 3-15.
- Wilson, T.D., Walsh, Ch. Information behaviour: an interdisciplinary perspective. A report to the British Library Research and Innovation Centre. British Library Research and Innovation Report 10. Sheffield: University of Sheffield. Department of Information Studies 1996.
- Wilson, T.D. Models in information behaviour research. *Journal of Documentation*, 1999, 55 (3), 249-270.
- Wilson, T.D. Human information behavior. *Informing Science*, 2000, 3, 49-55.
- Wilson, T.D., Streatfield, D.R. Structured observation in the investigation of information needs. *Social Science Information Studies*, 1981, 1, 173-84.
- Włodarczyk, C. Uwagi o racjonalnej polityce zdrowotnej. *Antidotum* 1993, 2, 60-66.

- Włodarczyk, W.C. Naukowe wsparcie polityki zdrowotnej. W: Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym. Kraków, Vesalius 1996, 83-104.
- Włodarczyk, W.C. Reforma opieki zdrowotnej w Polsce. Kraków: Vesalius 1998.
- Wojciechowski, J. Marketing w bibliotece. Warszawa: 1993.
- Wolska-Lipiec, K., Kisilowska, M. Nursing information system in Poland. Referat. Streszczenie W: Nursing: a new era for action. Congress of the International Council of Nurses, Copenhagen, 10-15 June, 2001. Kopenhaga 2001 (mat. niepublikowany).
- Wonder, R., et al. Determination of continuing medical education needs of clinicians from a literature study. Part II: questionnaire results. Bulletin of Medical Library Association, 1977, 65, 338-341.
- Woodsworth, A., Neufeld, V.R. A survey of physician self-education patterns in Toronto. Part I: use of libraries. Canadian Library Journal, 1972, 29, 38-44.
- Woolfe, S.H., Benson, D.A. The medical information needs of internists and pediatricians. Bulletin of the Medical Library Association, 1989, 77(4), 372-380.
- Woźniak, J. O tak zwanych potrzebach informacyjnych. Zagadnienia Informacji Naukowej, 1989, 1, 39-59.
- Woźniak, J. Potrzeby informacyjne Przegląd literatury . Zagadnienia Informacji Naukowej, 1988, 2, 107-122.
- Woźniak, J. Kognitywizm w informacji. Zagadnienia informacji Naukowej, 1997, 2, 3-16.
- Wróblewska, S. O metodach badań potrzeb informacyjnych pracowników naukowych. Aktualne Problemy Informacji i Dokumentacji, 1978, 1, 16-20.
- Współczesne systemy komunikowania. Dobek-Ostrowska, B. (red.). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego 1998.
- Wyatt, J. Computer-based knowledge systems. The Lancet, 1991, 338, 1431-1435.
- Wyatt, J. Use and sources of medical knowledge. The Lancet, 1991, 338, 1368-1372.
- Wyczańska, K. Badanie potrzeb pracowników w zakresie informacji naukowej na terenie PAN. Biuletyn ODiIN PAN, 1967, 2, 82-90.
- Wyczańska, K. Potrzeby środowiska historycznego w zakresie informacji naukowej. Kwartalnik Historyczny, 1973, 2, 301-310.
- Wyczańska, K. Z badań nad użytkownikami informacji naukowej w zakresie nauk społecznych. VIII Zjazd Bibliotekarzy Polskich. Poznań: 1980.

Wyczańska, K. Pracownik naukowy w naukach społecznych i humanistycznych jako użytkownik informacji. W: Optymalizacja organizacji informacji naukowej jako organicznej części nauki. Materiały z II Kolokwium Ośrodka Informacji Naukowej PAN i Centrum Informacji i Dokumentacji Naukowo-Społecznej Akademii Nauk NRD, Poznań, 24-28.11.1974. Warszawa: OIN PAN 1976, 246-252.

Wykorzystanie systemów wspomaganie decyzji w zarządzaniu. Nowakowski, A. (red.). Szczecin: Wydawnictwo Naukowe U.S. 1991.

Wysocki, A. Potrzeby użytkowników informacji naukowej Ogólna charakterystyka stanu badań . Biuletyn ODiIN PAN, 1967, 2, 61-81.

Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Kautsch, M., Whitfield, M., Klich, J. (red.). Kraków: Wydawnictwo UJ 2001.

Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku. Podstawowe założenia polityki zdrowia dla wszystkich w Regionie Europejskim WHO. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych 1999.

Żeglicka, H. Użytkownicy informacji naukowej technicznej i ekonomicznej. W: Poradnik pracownika informacji naukowej, technicznej i ekonomicznej. Warszawa: IINTE, 1977, 335-347.

## Akty prawne

Ustawa z dnia 8 marca 1990r. o samorządzie terytorialnym (tekst ujednociony: Dz.U.1996r. nr 13, poz.74, z późniejszymi zmianami.

Ustawa z dnia 22 marca 1990 r. o terenowych organach rządowej administracji ogólnej. Dz.U. nr 21, poz.123, art.30, z późniejszymi zmianami.

Ustawa z dnia 17 maja 1990 r. o podziale zadań i kompetencji określonych w ustawach szczegółowych pomiędzy organy gminy a organy administracji rządowej oraz zmianie niektórych ustaw ( Dz.U. Nr 34, poz. 198, z późniejszymi zmianami.

Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. Dz.U. nr 91, poz.408, z późniejszymi zmianami.

Ustawa z dnia 29 czerwca 1995 o statystyce publicznej. Dz.U. nr 88, poz. 439, 1996, z późniejszymi zmianami.

Ustawa o zawodzie lekarza z dnia 5 grudnia 1996. Dz.U. 1996 r., nr 28, poz.152 z późniejszymi zmianami.

Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 5 lipca 1996. Dz.U. 1996, nr 91, poz. 410.

Narodowy Program Zdrowia. Uchwała Rady Ministrów z dnia 3 września 1996 r.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998r. W sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych. Dz.U. 1998, nr.164, poz. 1193.

Ustawa z dnia 6 lutego 1997r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Dz.U. nr 28, poz.153, zmiany: Dz. nr 75, poz.468; z 1998r. Nr 117, poz. 756

Ustawa z dnia 13 października 1998 r. O systemie ubezpieczeń społecznych. Dz.U. z 1998 r. Nr 137 poz. 887.

Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie obowiązków sprawozdawczych w zakresie ochrony zdrowia oraz działalności Państwowej Inspekcji Sanitarnej. MP, nr 78, poz. 748.

Ustawa o samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Dz. U. Nr.162, 1998, poz.1115.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 15 I 1999 w sprawie ustalenia zakresu niezbędnych danych gromadzonych przez świadczeniodawców oraz w systemach informatycznych kas Chorych. Dz.U. nr 7, 1999.



# ANEKSY



## **Terminologia**

# Terminologia

## *Informacja*

W rozprawie przyjęto cybernetyczną definicję informacji zamieszczoną w Słowniku terminologicznym informacji naukowej (STIN, 1979), która mówi, że jest to „każdy czynnik zmniejszający stopień niewiedzy o badanym zjawisku, umożliwiający człowiekowi (...) polepszenie znajomości otoczenia i w sprawniejszy sposób przeprowadzenie celowego działania”. Definicja ta wydaje się przydatna z dwóch powodów. Po pierwsze uwypukla związek informacji z celową działalnością człowieka, po drugie, pozwala rozumieć informację szeroko, nie tylko jako określone komunikaty ale także jako zorganizowaną działalność informacyjną służącą ich pozyskiwaniu, gromadzeniu przetwarzaniu i udostępnianiu. Działalność ta, to także czynnik umniejszający stopień niewiedzy. Takie szerokie rozumienie terminu „informacja” konieczne jest także z tego powodu, że potrzeby informacyjne nie tylko są potrzebami uzyskania konkretnych danych lub informacji przetworzonej (np. komunikatu o stanie wiedzy na dany temat), ale także potrzebami określonych usług informacyjnych i infrastruktury służącej komunikacji.

Aby uniknąć wchodzenia, w wielokrotnie omówione<sup>1</sup> kontrowersje terminologiczne, a także ominąć, charakteryzujące się często brakiem poprawności logicznej, „szyldy” w rodzaju informacja inte, proponuje się objąć komunikaty potrzebne określonej kategorii użytkowników terminem „*potrzebna informacja*”. Pod terminem tym, w zależności od kategorii lub grupy użytkowników, będą mieściły się określone kategorie potrzebnej informacji.

## *Użytkownik informacji*

Użytkownik informacji to osoba lub zespół osób korzystających z informacji (STIN 1979, s.119). Użytkownikiem informacji może więc być osoba ale także instytucja, jako konsument

---

<sup>1</sup> Stanowiska dotyczące zakresu terminu informacja naukowa omawia m. in M. Dembowska (1991, s.116- ), B. Sordylowa, (1987, s.15-).

pewnych typów informacji, która wtedy nie służy jednostkowemu poszerzaniu i aktualizowaniu posiadanej wiedzy, ale umożliwia działalność całej organizacji lub grupy. Użytkownik informacji może, ale nie musi być tożsamy z użytkownikiem końcowym zorganizowanego systemu informacji.

### ***Potrzeby informacyjne.***

Jest wiele nieporozumień i niejasności w stosowaniu tego pojęcia, wynikających zarówno z nieprecyzyjności definiowania jak i pewnej lekkomyślności językowej. Pierwsze, bardziej istotne nieporozumienie polega na stosowaniu jednego terminu „potrzeba informacyjna” na określenie zarówno tego, co powoduje powstanie w człowieku potrzeby uzupełnienia luki w swojej wiedzy, jak i tego, co tę potrzebę zaspokaja. W literaturze przedmiotu często te dwa znaczenia nie są rozgraniczone, co spowodowane jest naturalnym dążeniem języka do uproszczeń, kosztem precyzyjności terminów i prowadzi do pozornego lub rzeczywistego nakładania się pól badawczych. Lekkomyślność w używaniu terminu z kolei sprawia, że wiele badań dotyczących tak naprawdę, czytelnictwa (użytkowania tego, co znajduje się w systemie informacji), zachowań informacyjnych (sposobów identyfikowania i pozyskiwania informacji) lub użytkowania informacji nosi tytuł badania potrzeb informacyjnych. Trzeba przy tym zaznaczyć, że brak precyzji występuje tu zarówno w języku polskim jak i w angielskim. W tym pierwszym “information need” bywa często używane na określenie “information use”, “information used”, a przede wszystkim “information behaviour” (Hevins 1990, s.149).

W języku polskim, termin “potrzeba informacyjna” oznaczać może więc zarówno potrzebę rozumianą jako sytuację, stan, wywołujący poczucie braku informacji (np. konieczność sporządzenia raportu finansowego, konieczność skontaktowania się z określoną instytucją, konieczność postawienia diagnozy choroby), które z kolei stwarza konieczność sięgnięcia po informację, jak i to, co tę potrzebę zaspokaja (np. zestawienie danych finansowych, spis adresów, opis i wyjaśnienie objawów chorobowych). Słownik terminologiczny informacji naukowej (1979) nie wyjaśnia tego terminu. Potrzeby informacyjne to według tego Słownika – potrzeby użytkowników informacji, z kolei J. Woźniak (1989) proponuje, aby nazwę potrzeba informacyjna „potraktować jako skrótowo-zastępcze wyrażenie sensu frazy „informacja dla zaspokojenia potrzeby”.

W tej pracy tej przyjęto, rozróżnienie pojęcia „**potrzeba informacyjna**” (lub potrzeba informacji) od pojęcia „**potrzebnej informacji**”.

**Potrzeba informacyjna** to sytuacja, w której realizując jakiś cel, rozważając możliwe działania lub rozwiązując problem człowiek napotyka na brak wiedzy uniemożliwiający podjęcie dalszych, uzasadnionych kroków. Sytuację tę B. Dervin (1983) nazywa „luką w wiedzy” (knowledge gap), N.J. Belkin (1984) sytuacją w której osoba spostrzega, że coś jest nie w porządku z jej wiedzą i chce to wyjaśnić (anomalous state of knowledge), a G. Wersig i G. Windel (1985) nazywają ten stan zaniepokojeniem, zakłopotaniem związanym z obiektem występującym w świecie. Bez uzupełnienia braku nie jest możliwe zrozumienie sytuacji i podjęcie dalszych sensownych kroków. Pojawienie się potrzeby informacyjnej jest zwykle związane z realizacją jakiegoś celu, nawet jeżeli tym celem ma być jedynie zrozumienie sytuacji. Potrzeba informacyjna jest więc zawsze potrzebą wtórną wobec takich potrzeb człowieka jak np. realizacja zadania, zaspokojenie głodu, napisanie eseju, osiągnięcie zysku. Takie rozumienie potrzeby informacji ma swoje korzenie w psychologii poznawczej, której wyniki badań nad procesami i zachowaniami kognitywnymi przeniesiono następnie na teren teorii nauki o komunikacji. M. Próchnicka, przywołuje definicję T. Kocowskiego powstałą w ramach tej ostatniej dziedziny, który za **„potrzebę człowieka realizującego dowolny cel uważa każdy niezbędny lub sprzyjający warunek tego celu, dający się określić obiektywnie”** (Kocowski 1982, s.64). Jeżeli warunkiem jest informacja to jest to potrzeba informacyjna. Autorka zwraca uwagę na rozróżnienie pierwotnych potrzeb informacyjnych (które są bezpośrednim warunkiem realizacji celu) i wtórnych (które służą zaspokojeniu innej potrzeby, która dopiero wiedzie do realizacji celu).

Podobnie rozumie pojęcie potrzeby informacyjnej także T. Wilson (1981). Nie jest ona według tego autora naturalną, niejako wrodzonym brakiem ale pojawia się i jest przeważnie związana z realizacją innych potrzeb: poznawczych, emocjonalnych. Wyjątkiem może wydawać się sytuacja, w której informacja służy wyłącznie intelektualnej zabawie, przyjemności lub, jak w przypadku zdawania egzaminu z określonego zakresu wiedzy, nie znajduje natychmiastowego realnego zastosowania, jednak nawet w tym przypadku można mówić o zaspokojeniu celu jakim jest przyjemne zapełnienie czasu, wytworzenie pożądanego wizerunku siebie w oczach innych itp. Potrzeba sama w sobie jest odczuciem subiektywnym, nie jest więc możliwa do zaobserwowania. Sytuacje powodujące powstanie potrzeby informacyjnej mogą być obserwowane lub być przedmiotem dedukcji na podstawie np. wywiadów, analizy zakresów zadań i obowiązków, zachowań lub sytuacji zewnętrznej itp.

*Potrzebna informacja* – to informacja (komunikaty) zaspokajająca potrzebę informacyjną.

### *Zachowania informacyjne*

Zachowania informacyjne, to różnorodne działania, które podejmuje jednostka w celu określenia swoich potrzeb, szukania oraz użytkowania i przekazywania informacji (Wilson 1999). Zachodzą one także na etapie identyfikacji potrzeb informacyjnych. Badając zachowania informacyjne pytamy o to: w jaki sposób użytkownik formułuje swoje potrzeby, jak poszukuje informacji; jak ją selekcjonuje, czy i kim się wyręcza w tym zadaniu; jak przeszukuje konkretne źródła informacji oraz, podobnie jak w wypadku potrzeb, także o to, jakie czynniki wewnętrzne i zewnętrzne wpływają na te procesy. Zachowania informacyjne (ang. information behaviour) są terminem szerszym niż termin zachowania związane z poszukiwaniem informacji (ang. information-seeking behaviour). Ten ostatni odnosi się do działań związanych z pozyskiwaniem informacji, podczas gdy zachowania informacyjne dotyczą także np. identyfikacji potrzeb lub budowaniu nieformalnych kanałów przepływu informacji. Terminem jeszcze węższym są zachowania związane z przeszukiwaniem określonego systemu informacyjno-wyszukiwawczego (ang. information searching behaviour). (STIN nie uwzględnia terminu zachowania informacyjne).

### *Otoczenie informacyjne*

Przez otoczenie informacyjne, rozumiemy środowisko, w jakim funkcjonuje użytkownik informacji (por. Próchnicka, 1991, s.27). Środowisko to obejmuje środowisko społeczne oraz jego struktury organizacyjne, w tym także struktury służące pozyskiwaniu i przekazywaniu informacji. Środowisko to „produkuje” informacje, które docierają do odbiorcy także niezależnie od jego aktywności w tym względzie. W zależności od zasięgu możemy mówić o: makro otoczeniu (system społeczno-polityczno-ekonomiczny kraju, system ochrony zdrowia w Polsce), mezzo-otoczeniu (np. środowisku regionu, społeczności lokalnej, miasta) i mikro środowisku pojedynczej organizacji. W środowisku każdego szczebla funkcjonują formalne i nieformalne kanały przepływu informacji.

## *Bariery informacyjne*

Tradycyjnie rozumie się pod tym terminem przeszkody utrudniające lub uniemożliwiające korzystanie z informacji bądź rozpowszechnianie informacji, takie jak np. bariera językowa, ekonomiczna, techniczna, ideologiczna (STIN 1979, s.28). Można jednak mówić także o czynnikach hamujących powstanie samej potrzeby informacyjnej. Podział, zakresy i typologia barier nie są ujednolicone. K. Tittenbrun (1984) jako najważniejsze bariery wymienia: barierę nieświadomości, barierę łączności, barierę niepełnej informacji, barierę erudycji, barierę językową (międzyjęzykową i terminologiczną). K. Migoń (1984) traktując bariery informacyjne szerzej, jako bariery w procesie komunikacji, wymienia: barierę historyczną, wiedzy fachowej, semantyczną, językową, biopsychiczną techniczno-komunikacyjną polityczną, administracyjno-organizacyjną. A. Dobrowolska (1984) dodaje do tego: m.in. barierę tradycyjnego sposobu myślenia, niską motywację do pracy, niską kulturę informacyjną, bariery kadrowe, bariery zasięgu, bariery ekonomiczne.

Z kolei A. Pomykalski (1980) dodaje bariery będące rezultatem subiektywizacji informacji. Bariery te zależne są nie tylko od erudycji i umiejętności użytkownika, ale także od subiektywnego odczucia stopnia nowości informacji, powtarzalności komunikatów itp.

Bariery informacyjne mogą być natury subiektywnej (wynikają wtedy z osobniczych cech użytkownika), mogą być związane z pełnionymi przez niego rolą i funkcjami lub związane są z jego otoczeniem.

## *Menedżer*

Termin menedżer w języku polskim pozbył się wprawdzie nie tak dawnej ideologicznej konotacji<sup>2</sup> ale wciąż jeszcze w pewnych kontekstach brzmi sztucznie lub pretensjonalnie. Dlaczego więc posłużono się w tej pracy terminem menedżer a nie kierownik? Termin kierownik wydaje się bowiem nie obejmować wszystkich możliwych szczebli i stanowisk kierowniczych oraz stosowany bywa zwykle na określenie średnich szczebli zarządzania. O prezesach, dyrektorach, ale także o pracownikach nadzoru nie mówi się zazwyczaj kierownicy, podczas gdy są oni menedżerami, to znaczy „zwierzchnikami zespołów ludzi,

---

<sup>2</sup> Encyklopedia organizacji i zarządzania z 1981 (Warszawa, PWE, s.253) tak definiuje hasło menedżeryzm: „system sprawowania naczelnego kierownictwa w przedsiębiorstwie kapitalistycznym przez zawodowego kierownika (menedżera) oraz towarzysząca temu systemowi teoria zarządzania i ideologia. Kierowanie przedsiębiorstwem jest wielostronną umiejętnością praktyczną, niezbędną zwłaszcza w warunkach niepewności i stałej zmienności otoczenia, w którym działa przedsiębiorstwo kapitalistyczne”.

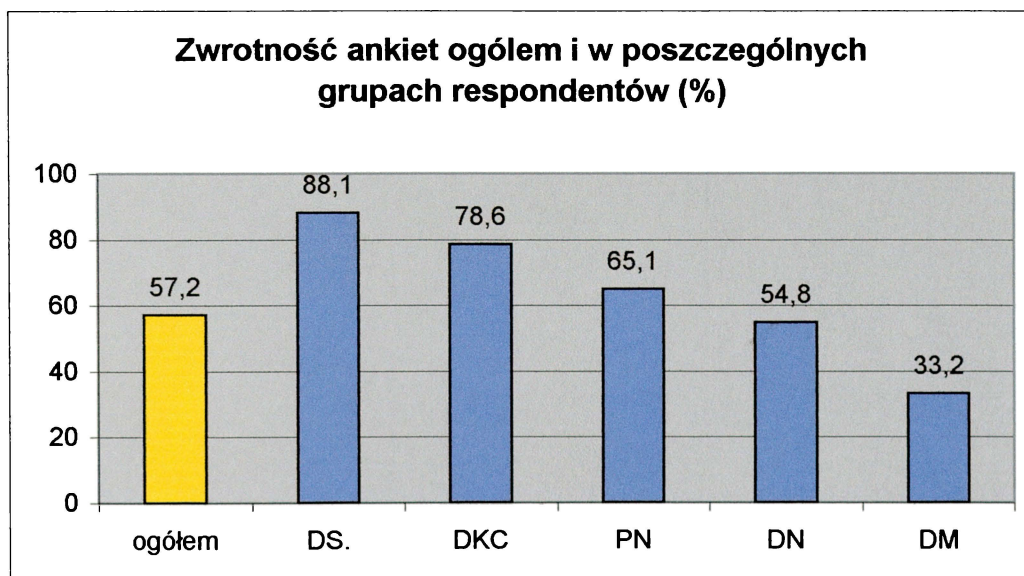
**których rola sprowadza się do spowodowania osiągnięcia przez zespół założonych celów** (Encyklopedia biznesu. Red. W. Pomykało, W-wa 1995). Termin menedżer jest więc terminem bardziej pojemnym, pozwalającym objąć wszystkie szczeble zarządzania: szczebel najwyższy (prezesi, wiceprezesi, naczelni dyrektorzy), szczebel średni (zastępcy dyrektorów, kierownicy dużych działów, główni inżynierowie, główni ekonomiści i główni księgowi) i szczebel najniższy (czyli, pracownicy nadzoru, kierownicy zespołów, działów). Definicja z 1981 roku zwraca uwagę na profesjonalizm związany z „byciem” menedżerem. Menedżer to nie tyle stanowisko ile funkcja i związane z tym określone umiejętności. Przedmiotem tej pracy są osoby sprawujące funkcje kierownicze w sektorze ochrony zdrowia bez względu na szczebel zarządzania czy specyficzny segment tego sektora, dlatego termin menedżer wydaje się być i bardziej odpowiedni i funkcjonalny. Niekiedy bywa jednak stosowany zamiennie z terminem kierownicy.

## **Wykresy i tabele wyników badania ankietowego**



**Ryc. 1 Zwrotność ankiet ogółem i w poszczególnych grupach respondentów.**

	Liczba wysłanych ankiet	liczba zwróconych ankiet	%uzyskanych odpowiedzi
<b>ogółem</b>	1426	815	57,2
<b>DN</b>	392	215	54,8
<b>DM</b>	392	130	33,2
<b>PN</b>	392	255	65,1
<b>DKC</b>	56	44	78,6
<b>DS.</b>	194	171	88,1



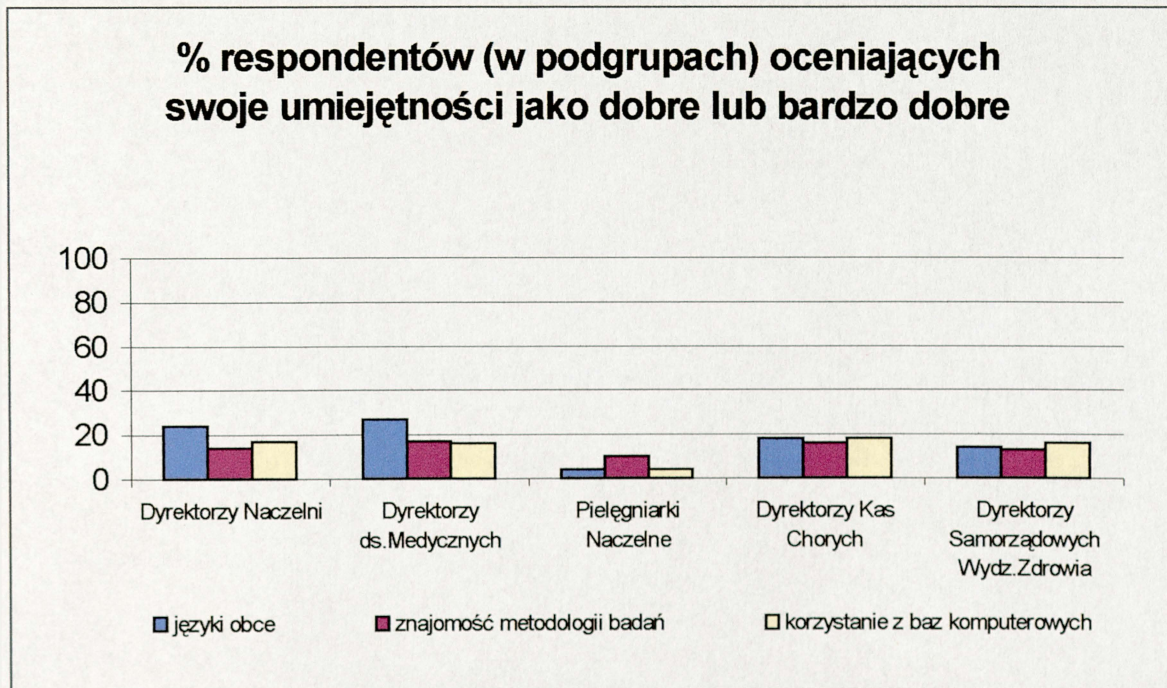
**Ryc.2 Wartości indywidualnych zmiennych niezależnych w podgrupach.**

Zmienna	Uszczegółowienie zmiennej	Dyrektorzy Naczelni %	Dyrektorzy Medyczni %	Pielęgniarki Naczelne %	Dyrektorzy Kas Chorych %	Dyrektorzy w Samorządach .
Płeć	Mężczyźni	71	69	0	55	47
	kobiety	29	31	100	45	53
Wiek	(średnia)	45	45	44	43	43
Wykształcenie	medyczne/pielęgniarskie	74	100	100	64	36
Doświadczenie na kierowniczym stanowisku w opiece zdrowotnej	(średnia, w latach)	8	7	10	7	6
Znajomość metod badań naukowych	Brak lub słaba	46	56	46	45	53
	średnia	40	28	43	39	34
	Dobra lub bardzo dobra	14	16	1	16	13
Znajomość języków obcych	Brak lub słaba	44	40	79	52	61
	średnia	31	33	17	30	25
	Dobra lub bardzo dobra	24	27	4	18	14
Umiejętność korzystania z komputerowych baz danych	Brak lub słaba	56	58	81	46	57
	średnia	27	26	15	36	27
	Dobra lub bardzo dobra	17	16	4	18	16
Szkolenie menedżerskie	Tak	74	47	64	71	35
	Nie	26	53	36	29	65
Korzystanie z Internetu	Tak	60	56	23	68	36
	Nie	40	44	77	32	64

Ryc. 3

**Samooceena umiejętności przez poszczególne grupy respondentów. % respondentów w poszczególnych grupach oceniających swoje umiejętności jako dobre lub bardzo dobre .**

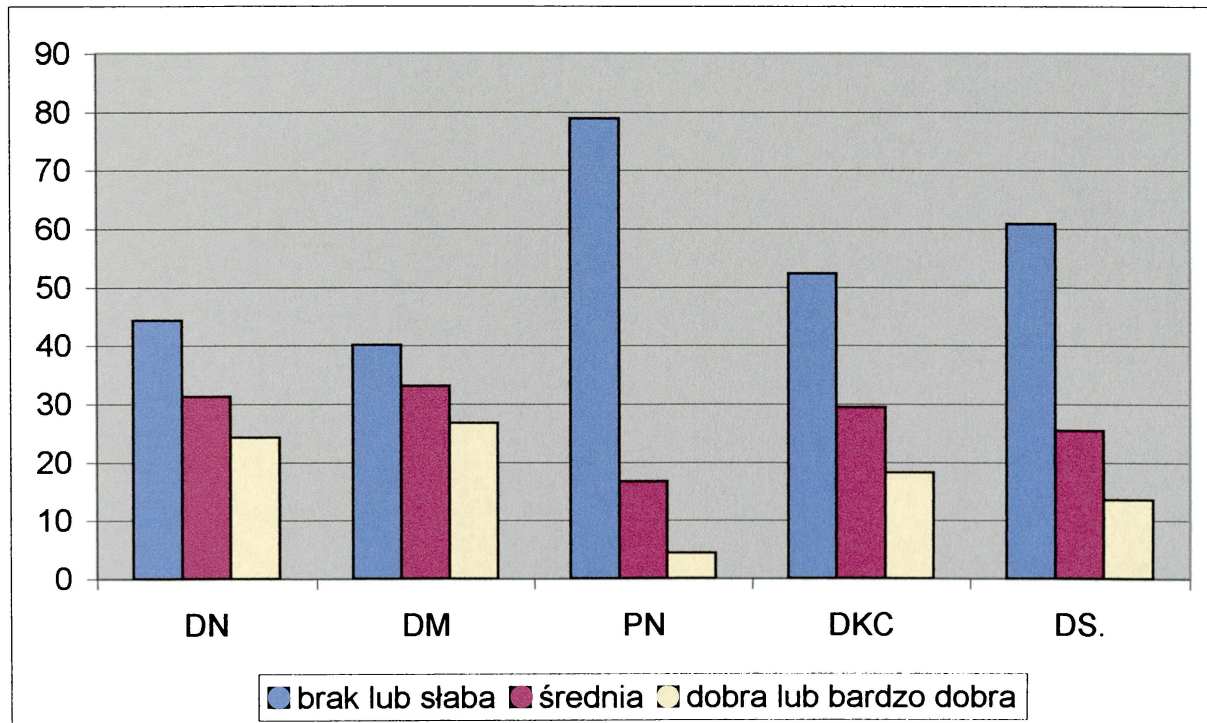
	Dobra Znajomość języków obcych (%)	Dobra znajomość metodologii badań (%)	Dobra umiejętność korzystania z baz komp. (%)
Dyrektorzy Naczelni	24	14	17
Dyrektorzy ds. Medycznych	27	17	16
Pielęgniarki Naczelne	4	10	4
Dyrektorzy Kas Chorych	18	16	18
Dyrektorzy Samorządowych Wydz. Zdrowia	14	13	16
Łączna liczba odpowiedzi	814 (brak -1)	813 (brak -2)	813 (brak -2)



Ryc. 4

**Samocena znajomości języka obcego (% respondentów w grupach)**

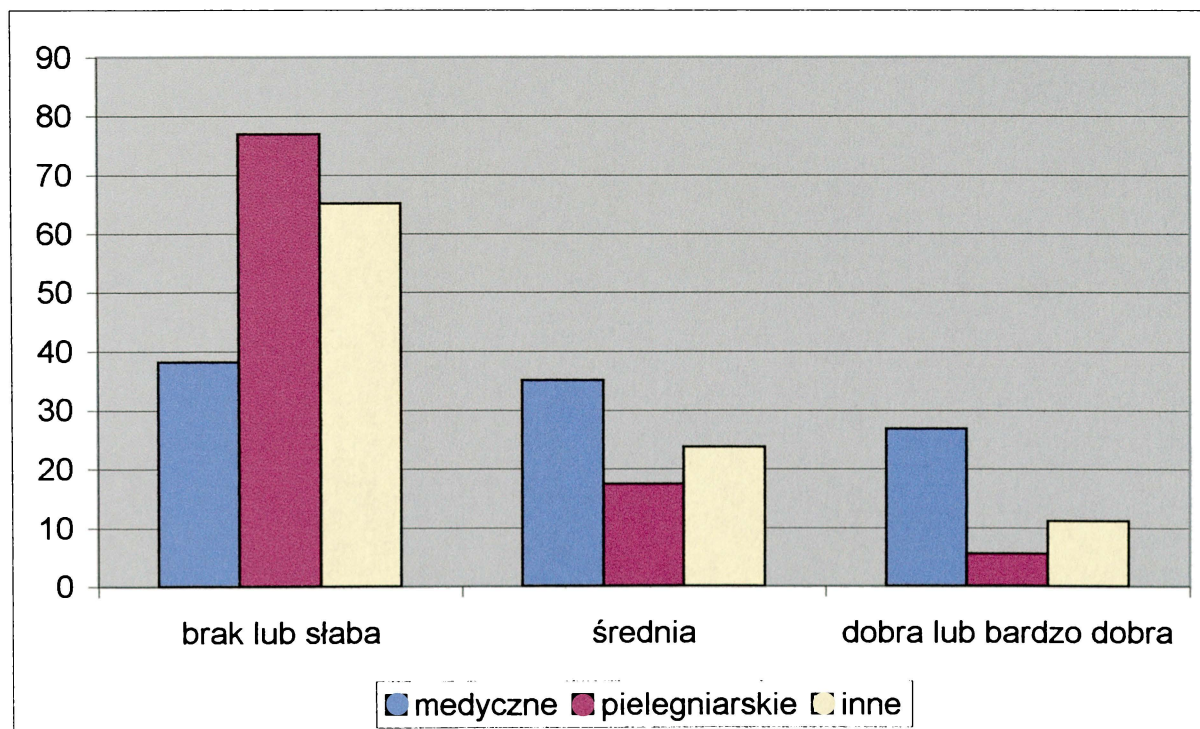
Stopień znajomości	DN	DM	PN	DKC	DS.
brak lub słaby	44,4	40,1	78,9	52,3	60,9
średni	31,3	33,1	16,7	29,5	25,5
Dobry lub bardzo dobry	24,3	26,8	4,4	18,2	13,6
Łączna liczba odpowiedzi – 814 (brak –1)					



Ryc. 5.

**Samoocena znajomości języka obcego a wykształcenie (% respondentów w grupach zawodowych)**

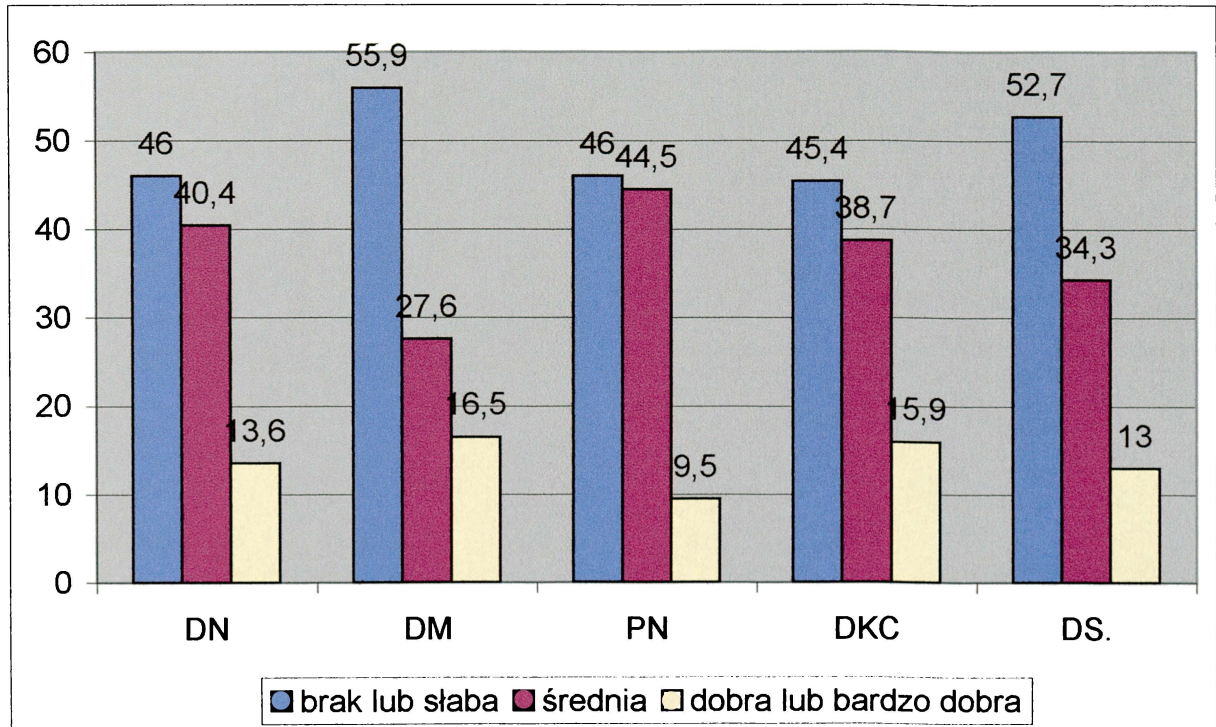
Stopień znajomości języka	wykształcenie medyczne	wykształcenie pielęgniarские	inne
brak lub słaby	38,1	76,9	65,1
średni	35	17,5	23,8
dobry lub bardzo dobry	26,9	5,6	11,1
Łączna liczba odpowiedzi – 814 (brak –1)			



Ryc. 7

**Samocena znajomości metod badań naukowych (% respondentów w grupach)**

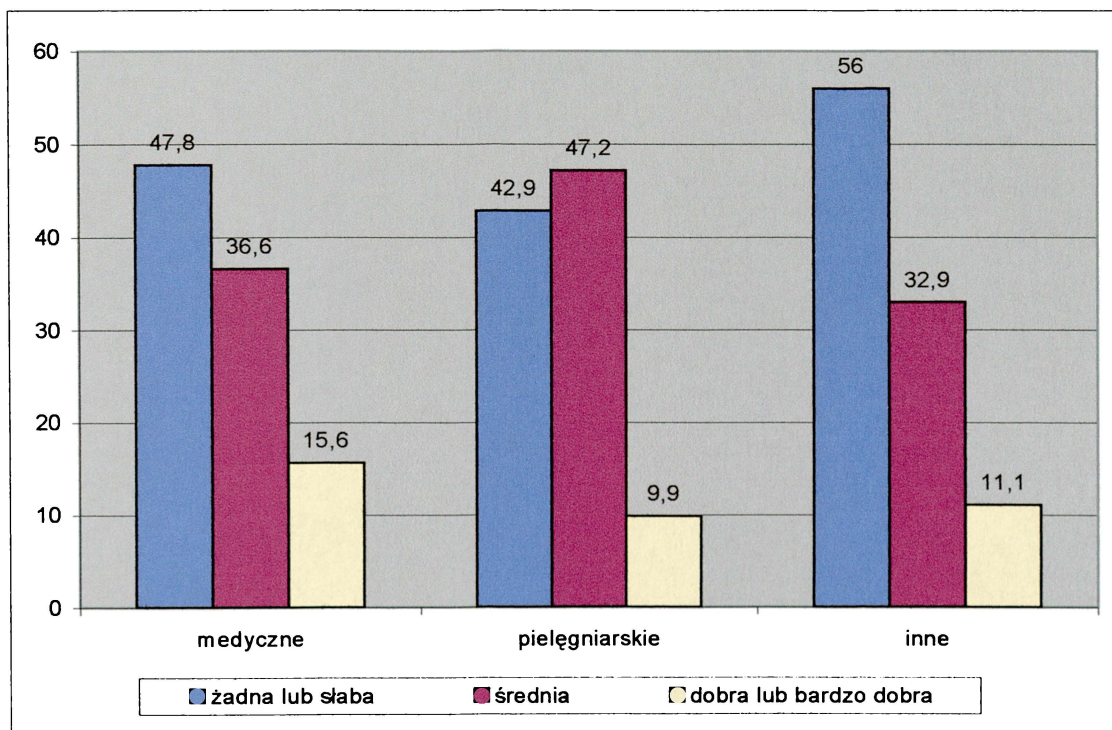
	DN	DM	PN	DKC	DS.
<b>brak lub słaba</b>	46	55,9	46	45,4	52,7
<b>Średnia</b>	40,4	27,6	44,5	38,7	34,3
<b>dobra lub bardzo dobra</b>	13,6	16,5	9,5	15,9	13
Łączna liczba odpowiedzi – 813 (brak –2)					



**Ryc. 8**

**Samocena znajomość metod badawczych w zależności od wykształcenia**  
(% odpowiedzi w grupach zawodowych)

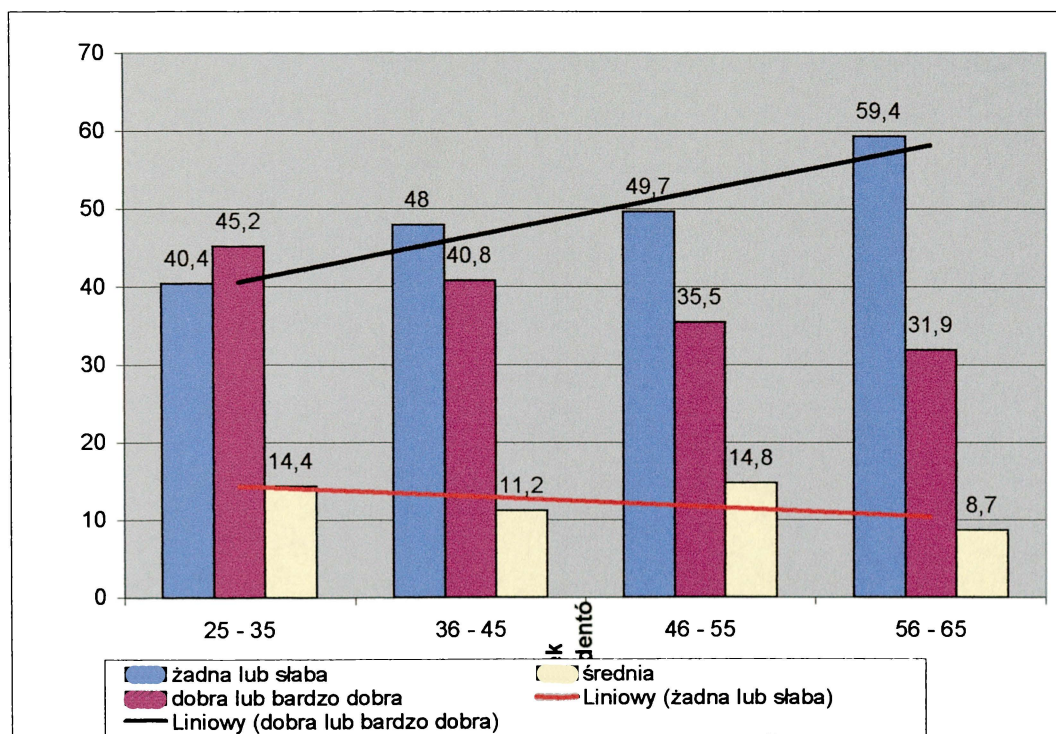
	<b>medyczne</b>	<b>pielęgniarskie</b>	<b>inne</b>
<b>żadna lub słaba</b>	47,81	42,86	55,98
<b>Średnia</b>	36,56	47,22	32,91
<b>dobra lub bardzo dobra</b>	15,63	9,92	11,11
Łączna liczba odpowiedzi – 813 (brak –2)			



Ryc. 9

Znajomość metod badawczych w zależności od wieku (% respondentów w grupach wiekowych)

	25 - 35	36 - 45	46 - 55	56 - 65
<b>Brak lub słaba</b>	40,4	48	49,7	59,4
<b>Średnia</b>	45,2	40,8	35,5	31,8
<b>Dobra lub bardzo dobra</b>	14,4	11,2	14,8	8,7
Łączna liczba odpowiedzi – 813 (brak –2)				

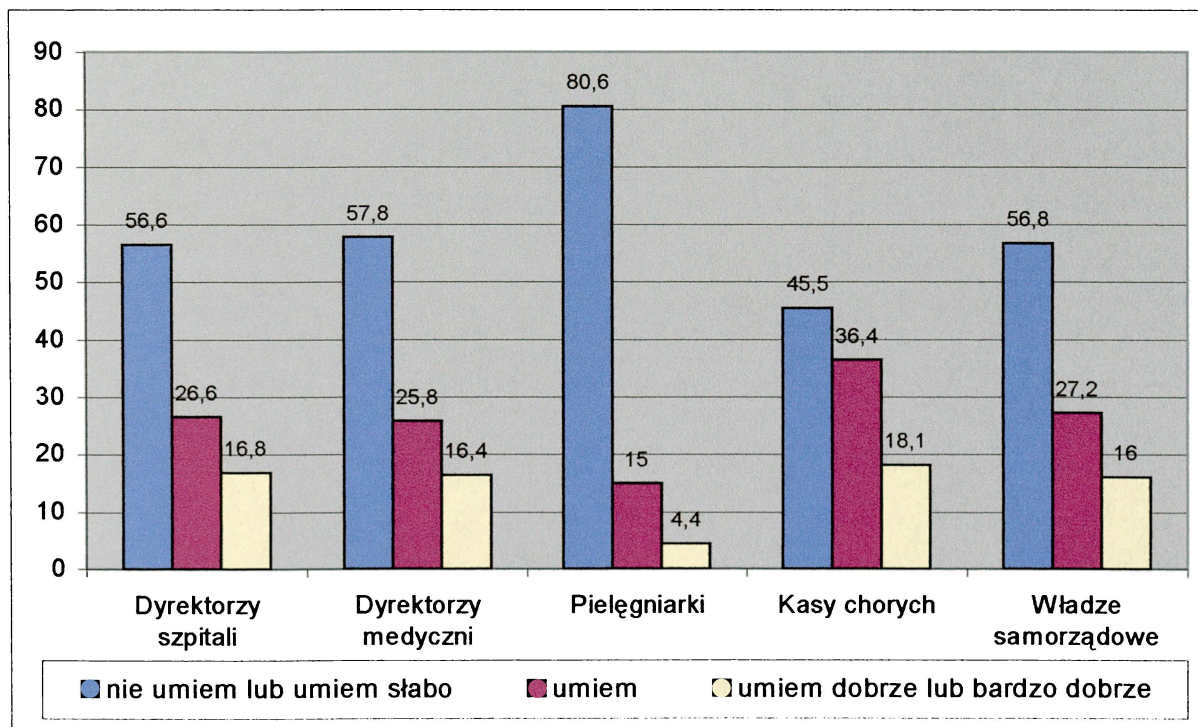




Ryc. 10

**Samoocena umiejętności korzystania z baz komputerowych (% respondentów w podgrupach)**

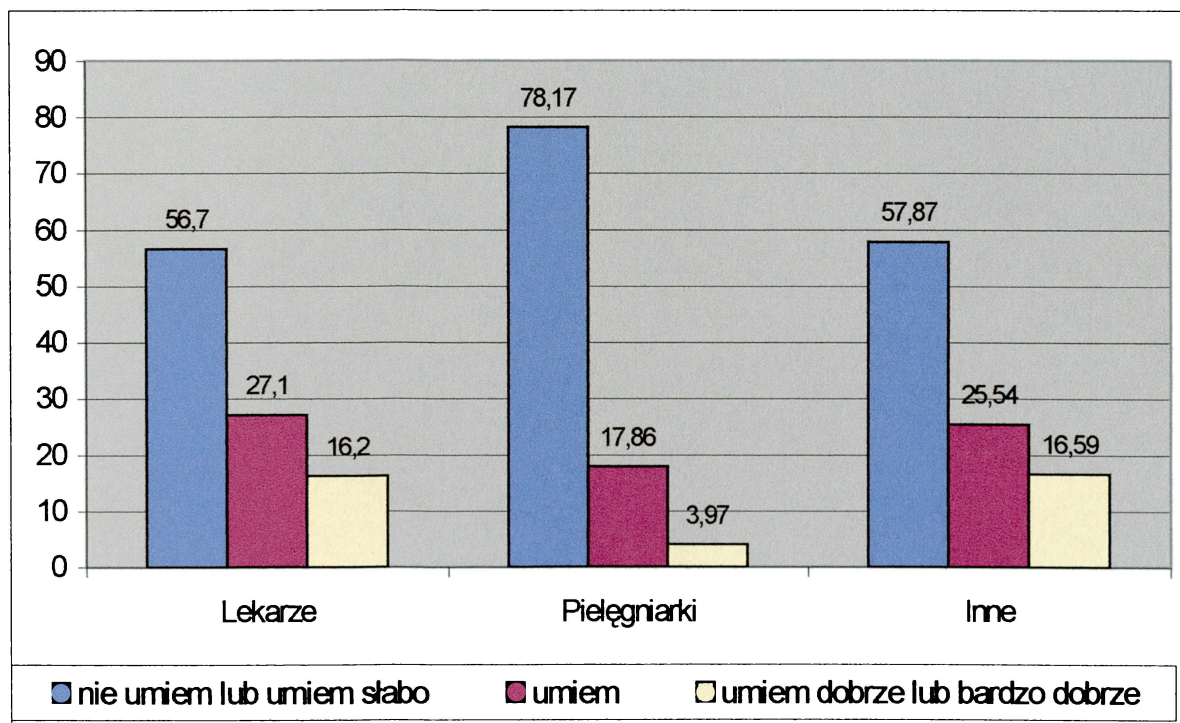
	DN	DM	PN	DKC	DS
<b>nie umiem lub umiem słabo</b>	56,6	57,8	80,6	45,5	56,8
<b>umiem</b>	26,6	25,8	15	36,4	27,2
<b>umiem dobrze lub bardzo dobrze</b>	16,8	16,4	4,4	18,1	16,0
Łączna liczba odpowiedzi – 813 (brak –2)					



Ryc. 11

**Zależność korzystanie z baz komputerowych od wykształcenia (% respondentów w grupach zawodowych)**

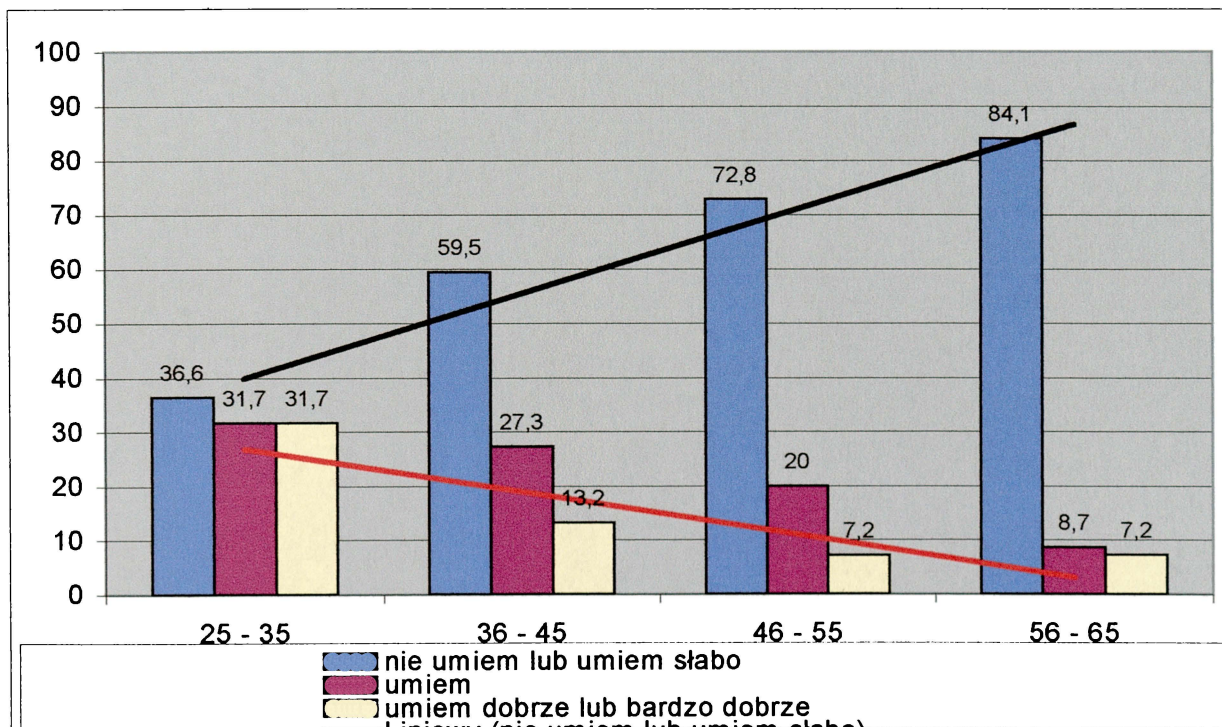
	Lekarze	Pielęgniarki	Inne
<b>nie umiem lub umiem słabo</b>	56,7	78,2	57,9
<b>umiem</b>	27,1	17,9	25,5
<b>umiem dobrze lub bardzo dobrze</b>	16,2	4	16,6
Łączna liczba odpowiedzi – 813 (brak –2)			



Ryc. 12

Korzystanie z baz danych a wiek (% respondentów w grupach wiekowych)

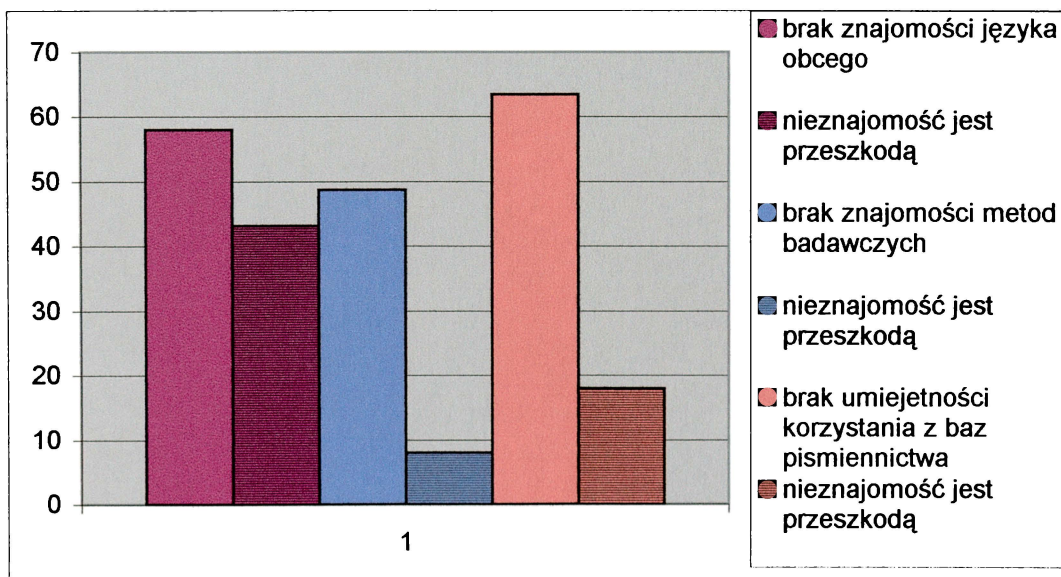
	25 - 35	36 - 45	46 - 55	56 - 65
<b>nie umiem lub umiem słabo</b>	36,6	59,5	72,8	84,1
<b>umiem</b>	31,7	27,3	20	8,7
<b>umiem dobrze lub bardzo dobrze</b>	31,7	13,2	7,2	7,2
Łączna liczba odpowiedzi – 813 (brak –2)				



Ryc. 13

**Porównanie procentowego udziału w ankietowanej grupie osób, które uważają, że brakuje im poszczególnych umiejętności i wiedzy oraz osób, dla których brak tych umiejętności stanowi przeszkodę w korzystaniu z publikacji naukowych (dla całej ankietowanej grupy)**

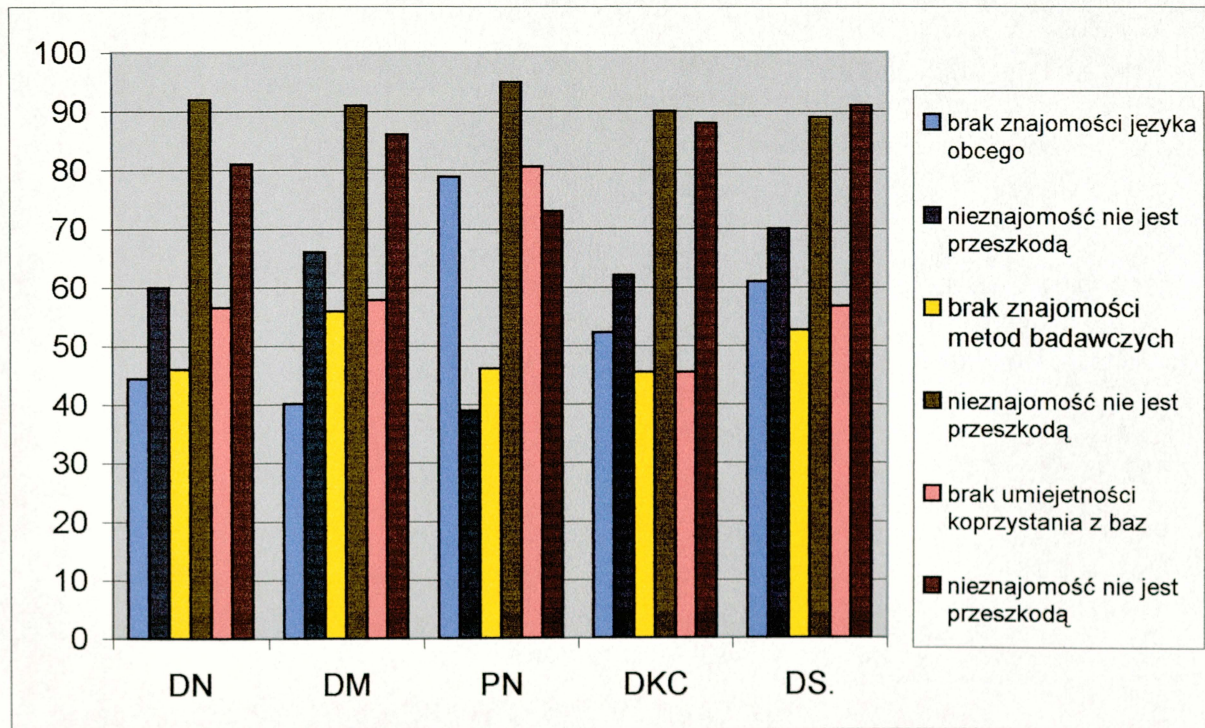
brak znajomości języka obcego	nieznajomość jest przeszkodą	brak znajomości metod badawczych	nieznajomość jest przeszkodą		
58 (%)	43,2 (%)	48,7 (%)	8 (%)		



Ryc. 14

Porównanie (w grupach respondentów) procentowego udziału osób, które uważają, że ich umiejętności i wiedza są małe lub żadne oraz osób, dla których brak tych umiejętności nie stanowi przeszkody w korzystaniu z publikacji naukowych.

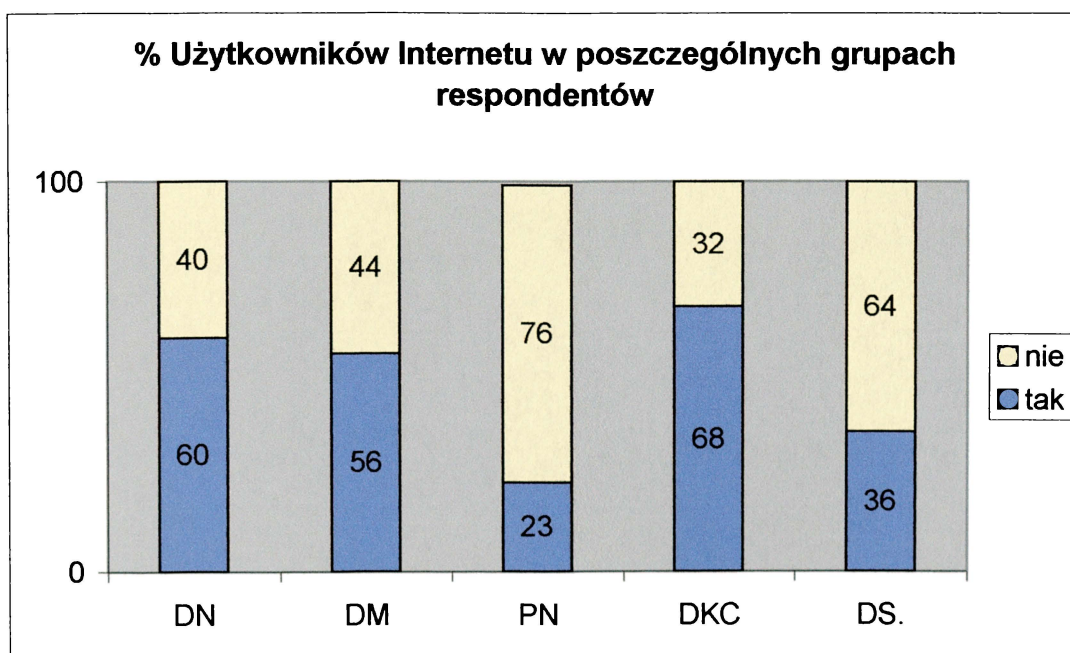
	brak znajomości języka obcego	nieznajomość nie jest przeszkodą	brak znajomości metod badawczych	nieznajomość nie jest przeszkodą	brak umiejętności korzystania z baz	nieznajomość nie jest przeszkodą
DN	44,4	60,4	46	92,4	56,5	81,1
DM	40,1	66,4	55,9	90,6	57,8	85,9
PN	78,9	39,2	46,1	94,9	80,6	73,3
DKC	52,3	61,9	45,5	88,8	45,5	88,1
DS.	60,9	69,6	52,7	88,8	56,8	90,6



Ryc. 15

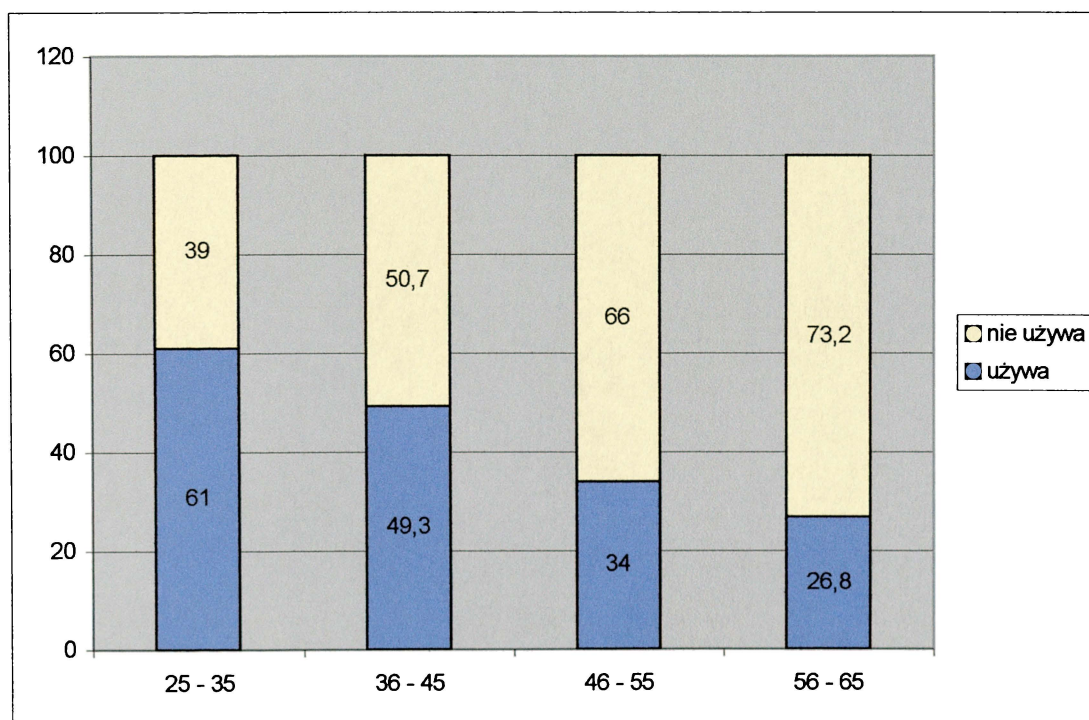
Użytkowanie Internetu (% respondentów w grupach)

	DN	DM	PN	DKC	DS.
Tak	60,0	55,8	23,1	68,2	35,7
Nie	40,0	44,2	76,9	31,8	64,3
Łączna liczba odpowiedzi – 813 (brak – 2)					



**Ryc. 16****Wykres zależności użytkowania Internetu od wieku**

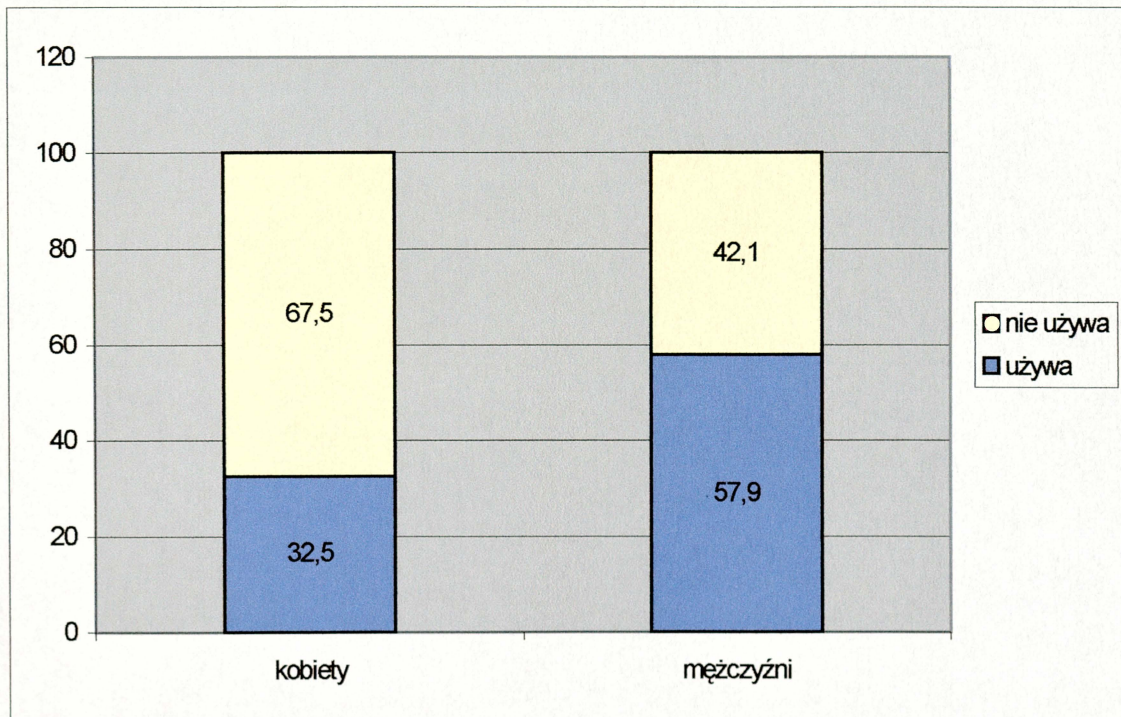
<b>Przedział wieku</b>	<b>używa</b>	<b>nie używa</b>
25 - 35	61,0	39,0
36 - 45	49,3	50,7
46 - 55	34,0	66,0
56 - 65	26,8	73,2



Ryc. 17

Użytkownicy Internetu wg płci (% ogółu respondentów)

	Używa	Nie używa
Kobiety	32,5	67,5
mężczyźni	57,9	42,1





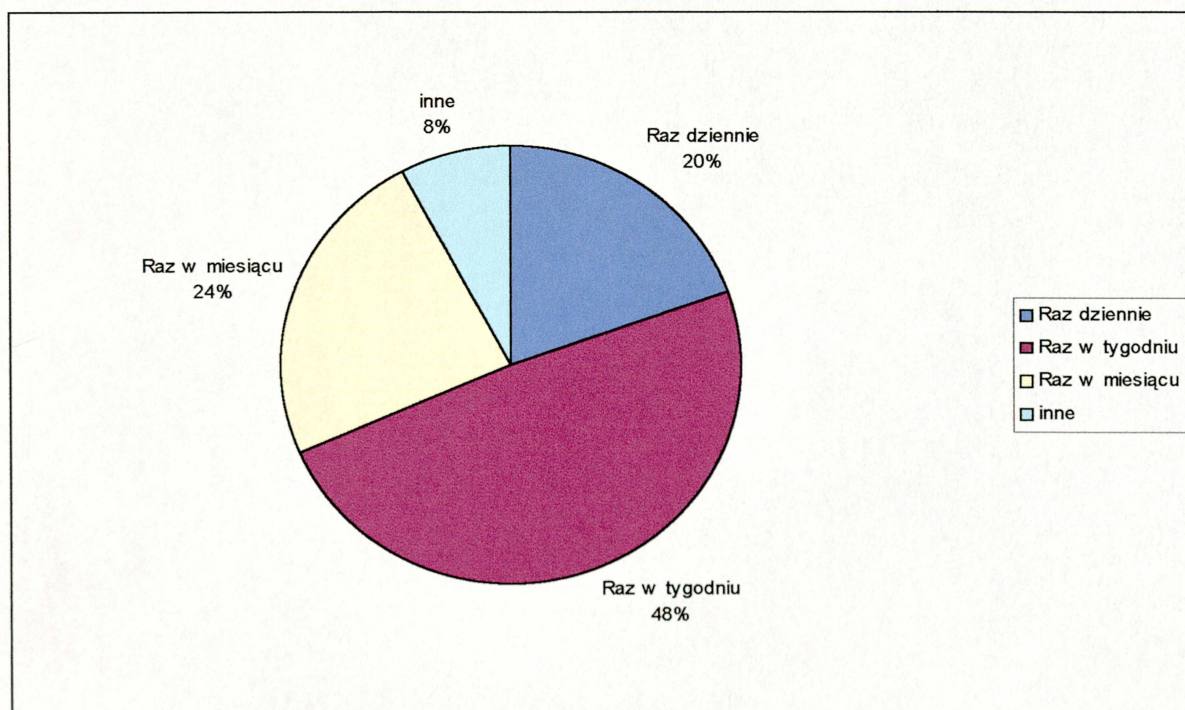
**Ryc. 18****Zmienne związane z rolą zawodową respondentów**

Zmienna	Uszczegółowienie zmiennej	DN %	DM %	PN %	DKC %	DS
Liczba godzin spędzanych w pracy	(średnia, w godzinach)	52	52	45	52	47
Liczba godzin przeznaczonych na samokształcenie	(średnia, w godzinach)	4	3	3	3	3
Publikowanie na łamach fachowych czasopism	Tak	22	22	12	19	9
	Nie	78	78	88	81	91

Ryc. 19

Częstość pojawiania się potrzeby szukania naukowej informacji ułatwiającej podjęcie decyzji (%odpowiedzi w całej ankietowanej grupie)

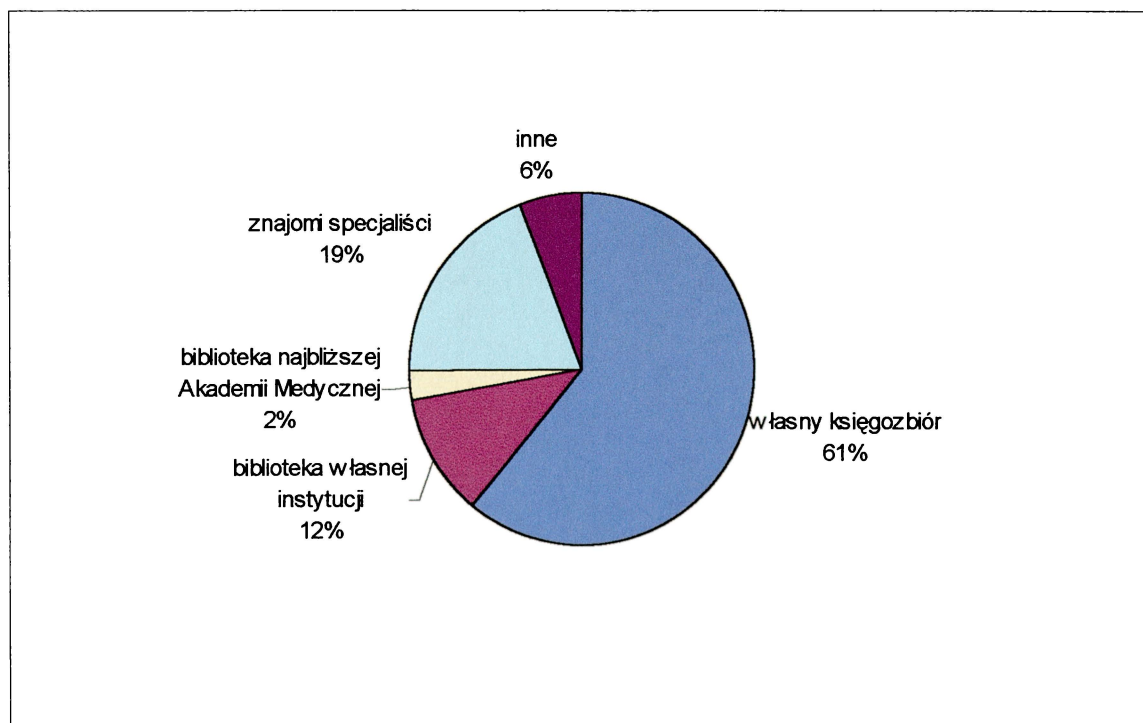
częstotliwość	% respondentów
raz dziennie	19.8
raz w tygodniu	48.5
raz w miesiącu	23.8
inne	7.9
łącznie liczba odpowiedzi - 815	



Ryc. 20

Do jakich źródeł informacji respondenci kierują się w pierwszym rzędzie wobec braku własnej wiedzy (respondenci mogli wybrać tylko 1 odpowiedź)

źródło	% respondentów w całej ankiowanej grupie
własny księgozbiór	60,78
biblioteka własnej instytucji	11,57
biblioteka najbliższej Akademii Medycznej	2,31
znajomi specjaliści	19,49
inne	5,85
łącznie liczba odpowiedzi – 812 (brak 3)	

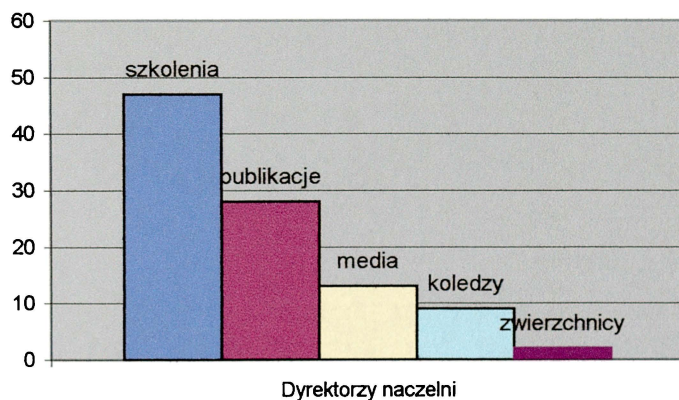


Ryc.21

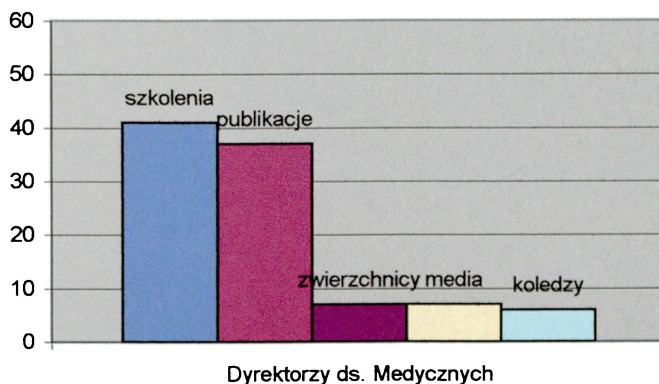
Najczęściej wymieniane przez respondentów źródła informacji o nowych rozwiązaniach w opiece zdrowotnej (% respondentów w poszczególnych grupach)

	a/ DN	b/ DM	c/ PN	d/ DKC	e/ DS.
szkolenia	47	41	53	41	34
publikacje	28	37	25	34	30
media	13	7	11	14	24
koledzy	9	7	6	7	8
zwierzchnicy	2	6	5	2	2
Łączna liczba odpowiedzi - 812 (brak -3)					

a/ Dyrektorzy Naczelni

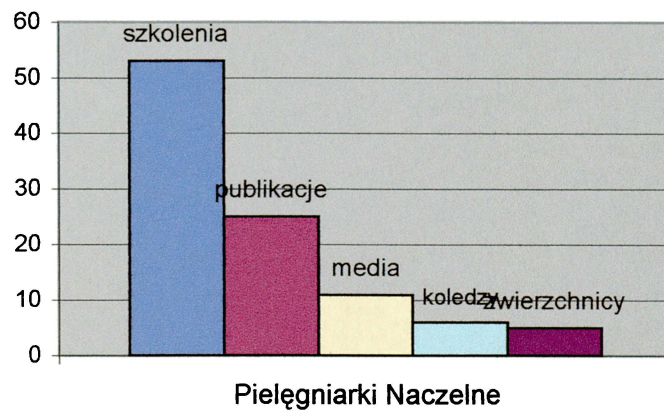


b/ Dyrektorzy ds. Medycznych

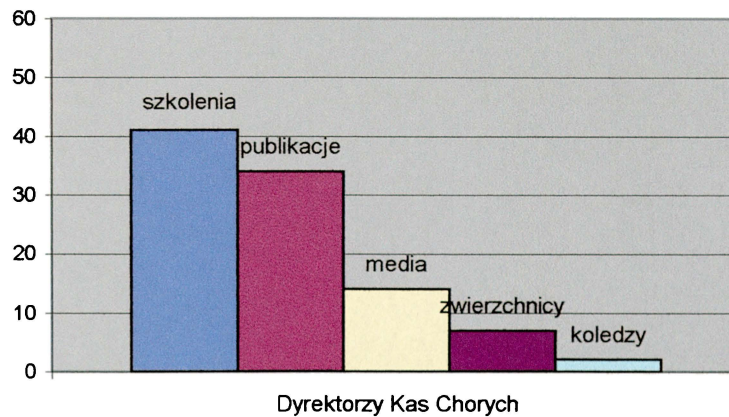


## Ryc.21 c.d.

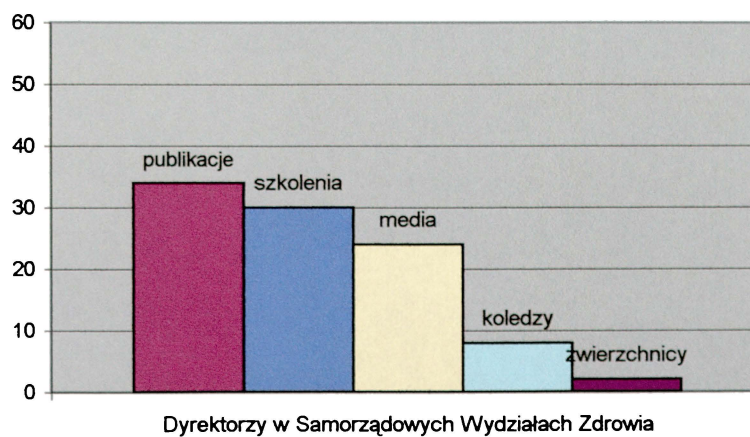
### c/ Pielęgniarki Naczelne



### d/ Dyrektorzy Kas Chorych



### e/ Dyrektorzy Samorządowych Wydziałów Zdrowia

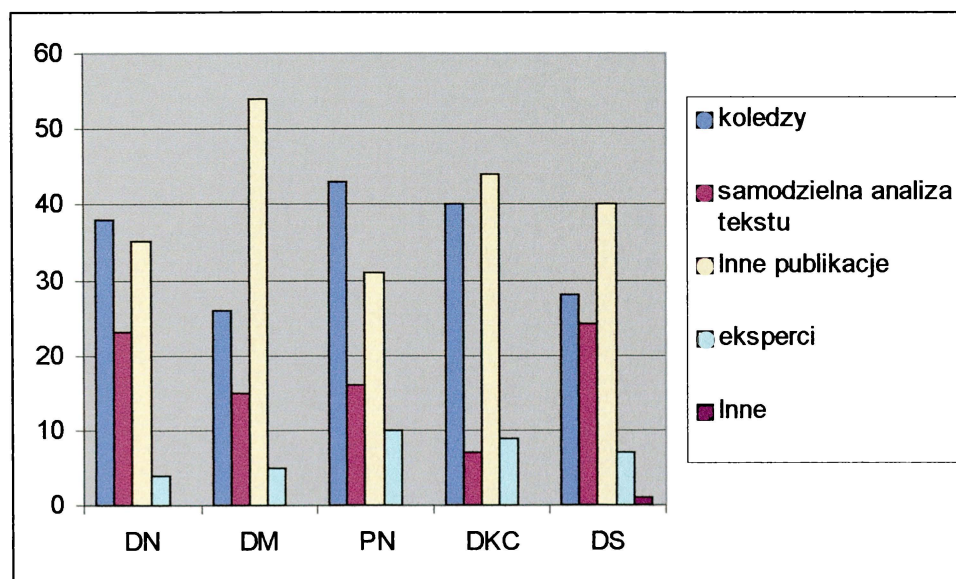


Ryc. 22

## Źródła i sposoby weryfikacji pozyskanej informacji. (% respondentów w grupach)

	DN	DM	PN	DKC	DS
koledzy	38	26	43	40	28
samodzielna analiza tekstu	23	15	16	7	24
inne publikacje	35	54	31	44	40
eksperti	4	5	10	9	7
Inne	0	0	0	0	1

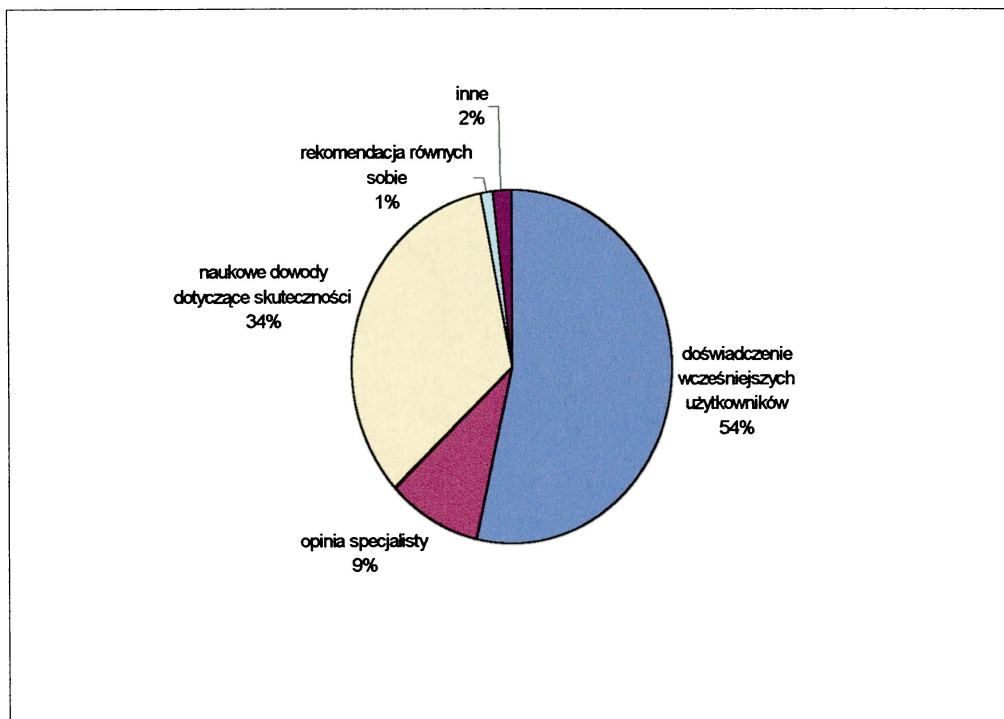
Łączna liczba odpowiedzi - 791 (brak - 33, są to prawdopodobnie osoby, które nie odczuwają potrzeby weryfikacji informacji)



Ryc. 23

Jakie argumenty przemawiają najsilniej za wdrożeniem innowacji lub (% odpowiedzi twierdzących w całej ankietowanej grupie)

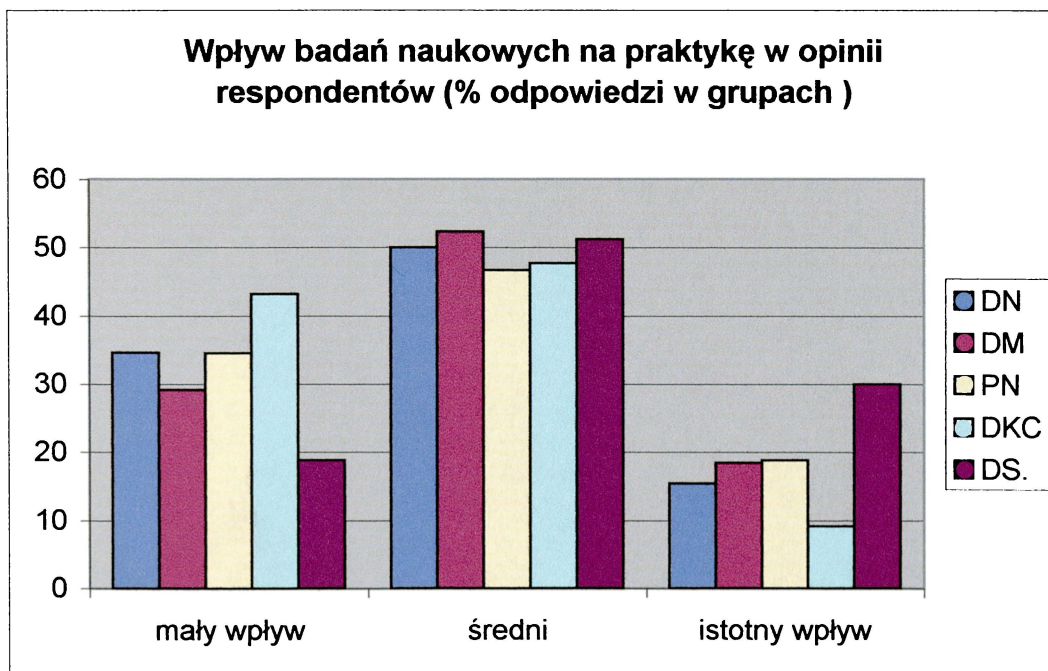
	% odpowiedzi twierdzących
informacja o wcześniejszych wdrożeniach	53,7
opinia autorytetów	9,4
naukowe dowody dotyczące skuteczności	33,8
rekomendacja równych sobie	1,1
inne	2,1
łączna liczba odpowiedzi 814 (brak 1)	



Ryc. 24.

**Wpływ badań naukowych na praktykę w opinii respondentów (% respondentów w grupach)**

	<b>DN</b>	<b>DM</b>	<b>PN</b>	<b>DKC</b>	<b>DS.</b>
mały	34,6	29,2	34,5	43,2	18,8
średni	50	52,3	46,7	47,7	51,2
istotny	15,4	18,5	18,8	9,1	30
Łączna liczba odpowiedzi – 812 (brak - 3)					

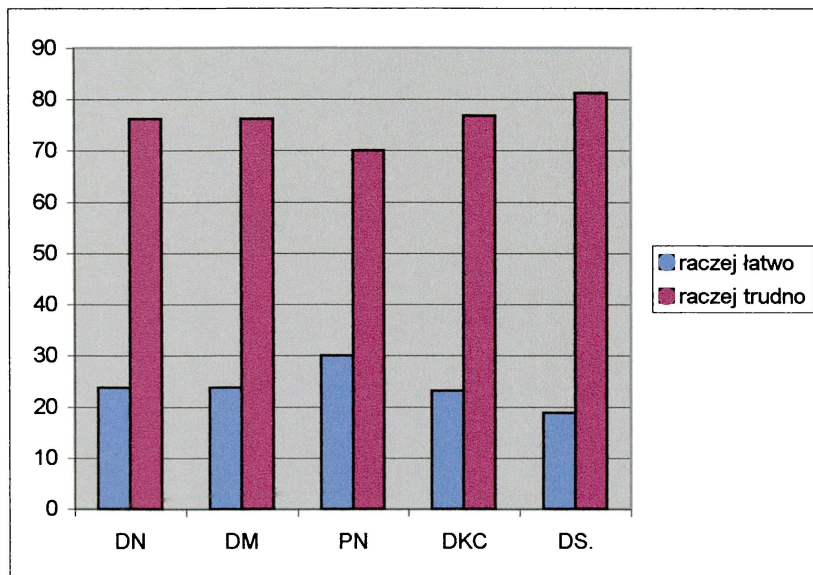




Ryc. 25

Opinia respondentów dotycząca łatwości śledzenia postępu nauk przydatnych w ich pracy zawodowej (% odpowiedzi w grupach respondentów)

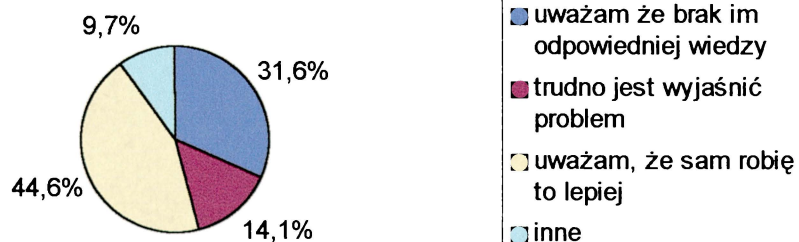
	DN	DM	PN	DKC	DS.
raczej łatwo	23,8	23,8	30	23,2	18,8
raczej trudno	76,2	76,2	70	76,8	81,2
Łączna liczba odpowiedzi – 809 (brak – 6)					



**Ryc.26.****Korzystanie przez ankietowanych z usług bibliotekarzy (% odpowiedzi twierdzących w całej ankietowanej grupie)**

<b>odpowiedź</b>	<b>% odpowiedzi</b>
korzystam	48,4
nie korzystam,	51,6
gdyż uważam że bibliotekarzom brak odpowiedniej wiedzy	(31,6)
ponieważ trudno jest wyjaśnić problem	(14,1)
ponieważ uważam, że sam robię to lepiej	(44,6)
inne	(9,7)
Łączna liczba odpowiedzi – 808 (brak – 7)	

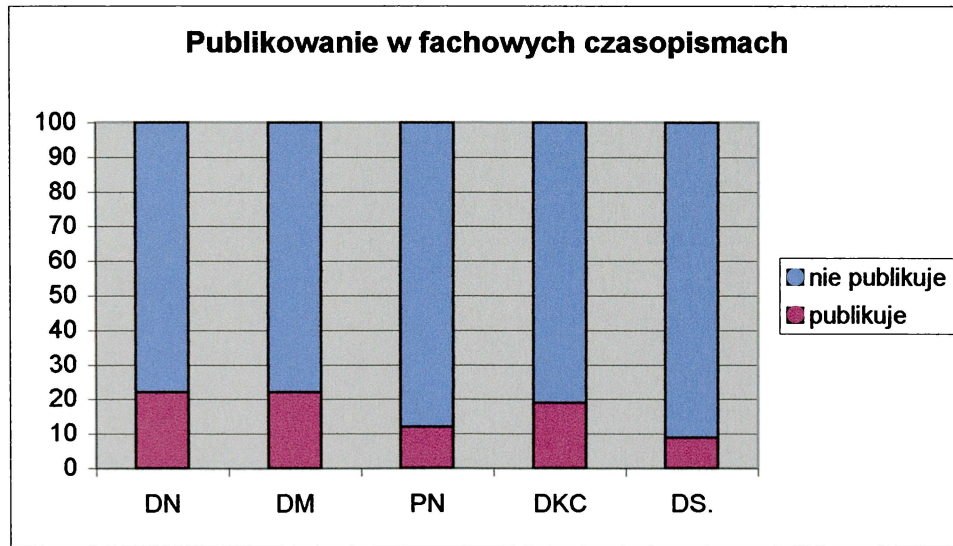
**Nie korzystam z usług bibliotekarzy, gdyż...  
(procentowy udział poszczególnych odpowiedzi  
w grupie menedżerów, którzy nie korzystają z  
takich usług)**



Ryc. 27

**Publikowanie w fachowych czasopismach (% respondentów w grupach)**

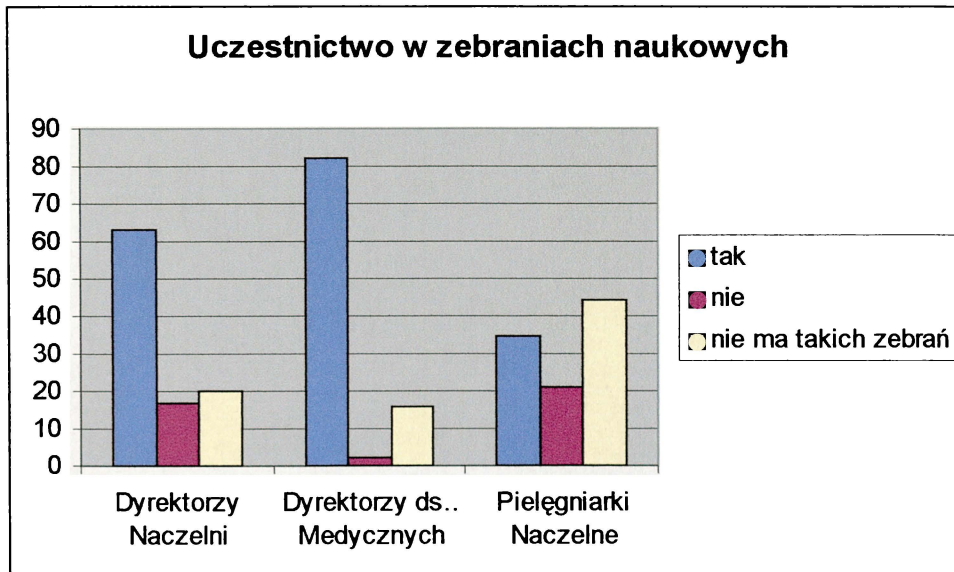
	DN	DM	PN	DKC	DS.
publikuje	22	22	12	19	9
nie publikuje	78	78	88	81	91
Łączna liczba odpowiedzi – 811 (brak –5)					



Ryc.28.

**Uczestnictwo w zebraniach naukowych. Odpowiedzi udzielali tylko menedżerowie w szpitalach (% odpowiedzi w grupach)**

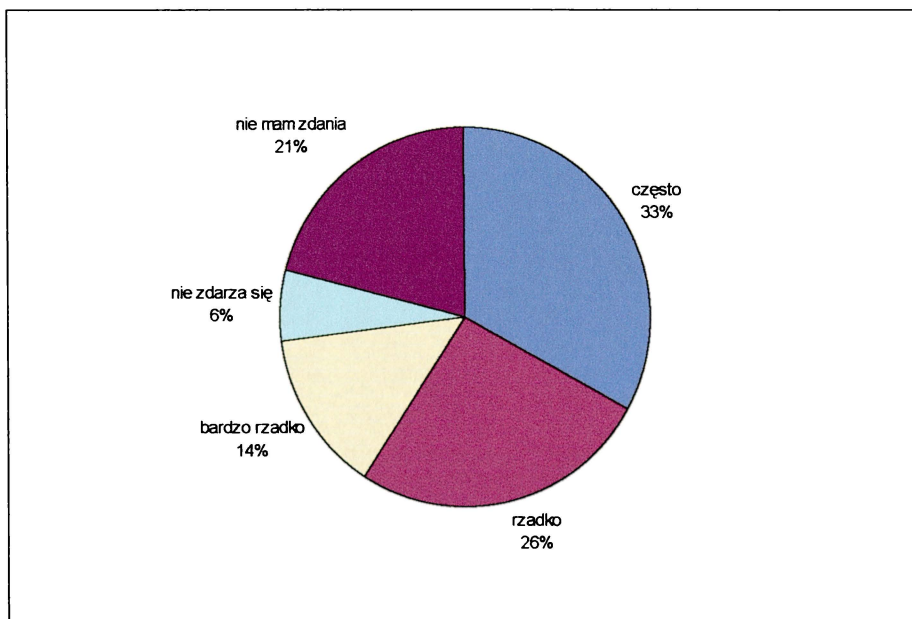
	<b>tak</b>	<b>nie</b>	<b>nie ma takich zebrań</b>
<b>Dyrektorzy Naczelni</b>	63	17	20
<b>Dyrektorzy ds. Medycznych</b>	82	2	16
<b>Pielęgniarki Naczelne</b>	35	21	44
Łączna liczba odpowiedzi - 593			



**Ryc. 29**

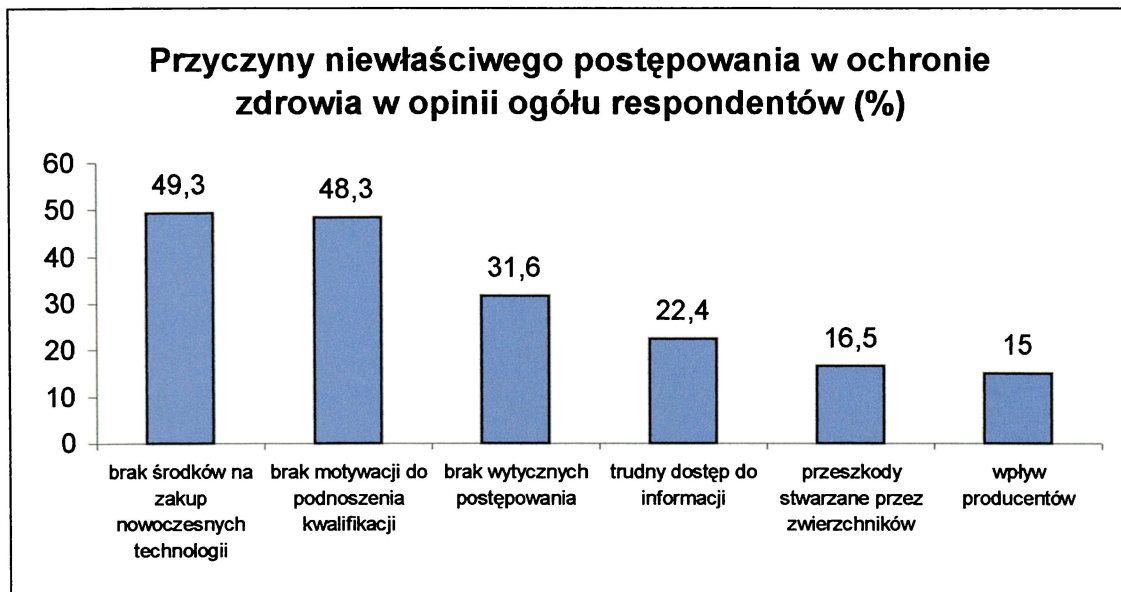
**Jak często w ochronie zdrowia w Polsce stosuje się postępowanie niezgodne z obecnym stanem wiedzy, przestarzałe lub o wątpliwej skuteczności (% respondentów w całej grupie)**

	<b>% respondentów w całej ankiowanej grupie</b>
często	33,01
rzadko	25,97
bardzo rzadko	13,83
nie zdarza się	6,19
nie mam zdania	21,00
Łączna liczba odpowiedzi 813 (brak – 2)	



### Ryc.30

Przyczyny niewłaściwego postępowania w ochronie zdrowia w opinii respondentów (% odpowiedzi w całej ankietowanej grupie)

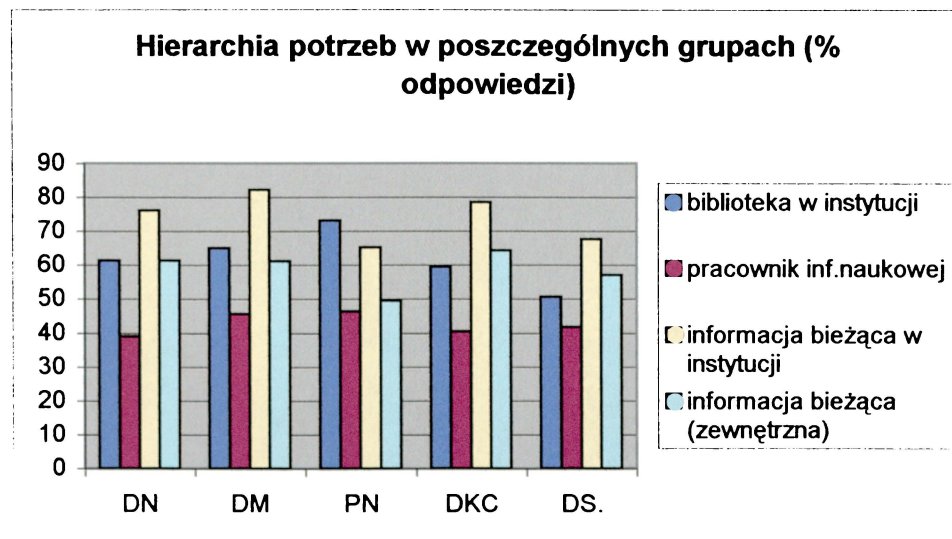
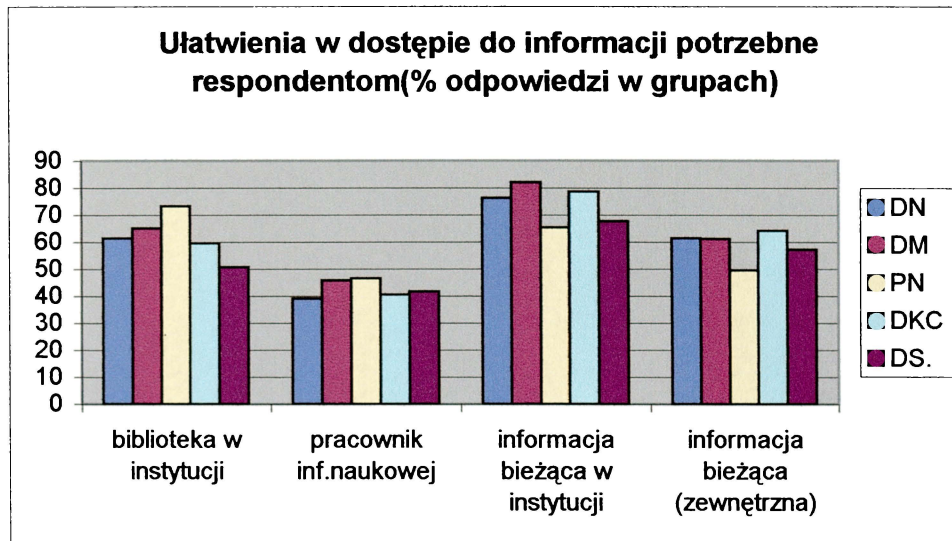


Ryc. 31.

**Ułatwienia w dostępie do informacji potrzebne respondentom (% odpowiedzi)**

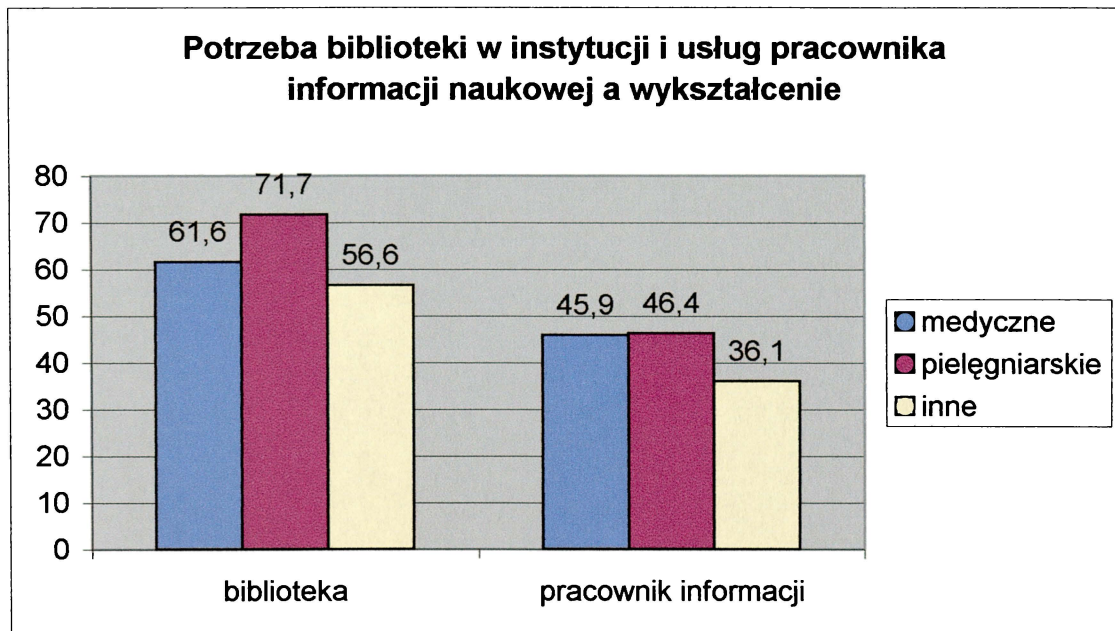
(uwaga: respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź, dlatego odpowiedzi nie sumują się do 100%)

	DN	DM	PN	DKC	DS.
biblioteka w instytucji	61,4	65,1	73,2	59,5	50,6
pracownik inf. naukowej	39	45,7	46,4	40,5	41,7
informacja bieżąca w instytucji	76,2	82,2	65,3	78,6	67,6
informacja bieżąca (zewnętrzna)	61,4	61,2	49,6	64,3	57,1



Ryc. 32

Potrzeba biblioteki w instytucji oraz zapotrzebowanie na usługi pracownika informacji naukowej a wykształcenie respondentów (%)



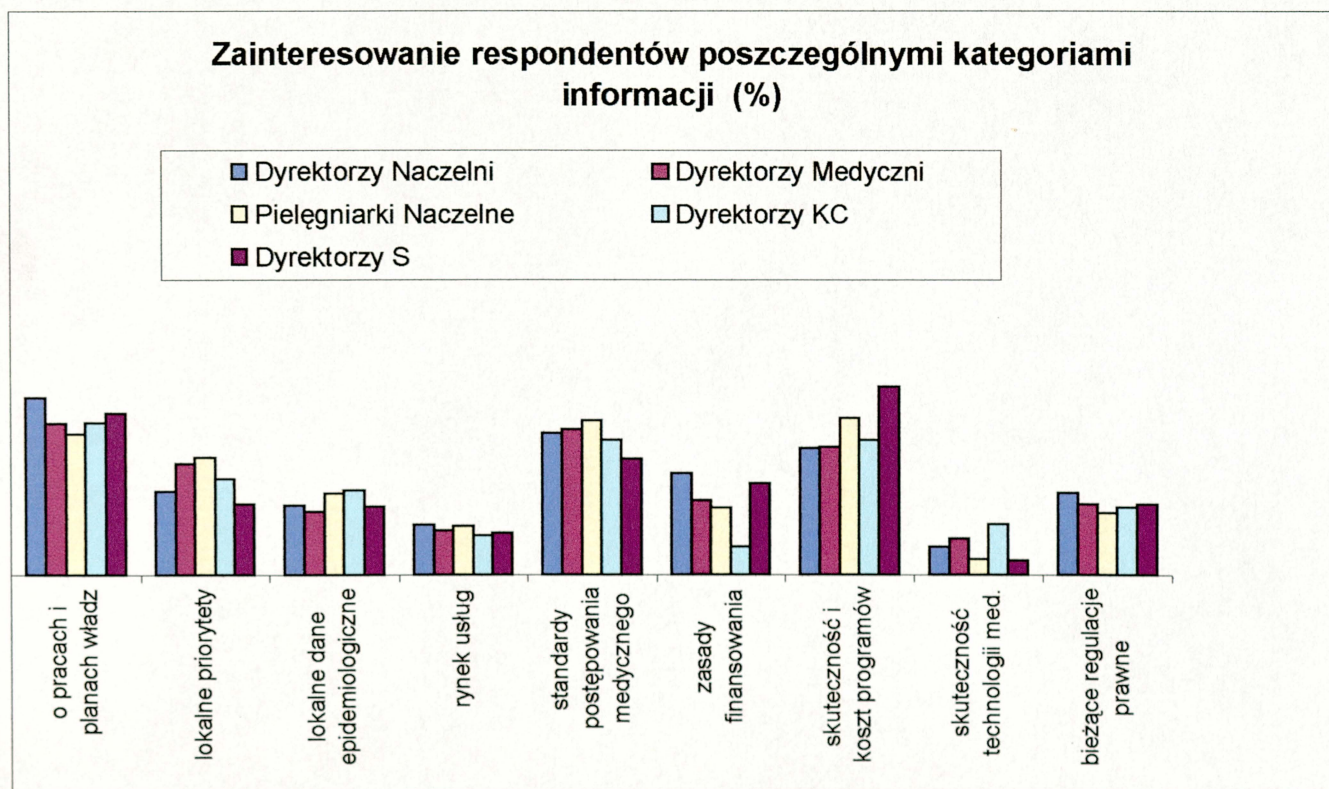


### Ryc.33

#### Zainteresowanie respondentów poszczególnymi kategoriami informacji (% odpowiedzi w grupach).

Uwaga: respondenci mogli wybrać 4 odpowiedzi z kafeterii 10 propozycji, dlatego odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Kategorie informacji	DN	DM	PN	DKC	DS
o pracach i planach władz	71,4	61,2	56,9	61,4	65,3
lokalne priorytety	33,8	45	47,5	38,6	28,8
lokalne dane epidemiologiczne	28,2	25,6	32,9	34,1	27,7
rynek usług	20,2	17,8	20	15,9	17,1
standardy postępowania medycznego	57,3	58,9	62,4	54,6	47,1
zasady finansowania	40,9	30,2	27,1	11,4	37,1
skuteczność i koszt programów	51,2	51,9	63,5	54,6	75,9
skuteczność technologii med.	11,3	14,7	6,3	20,5	5,9
bieżące regulacje prawne	33,3	28,7	25,1	27,3	28,8

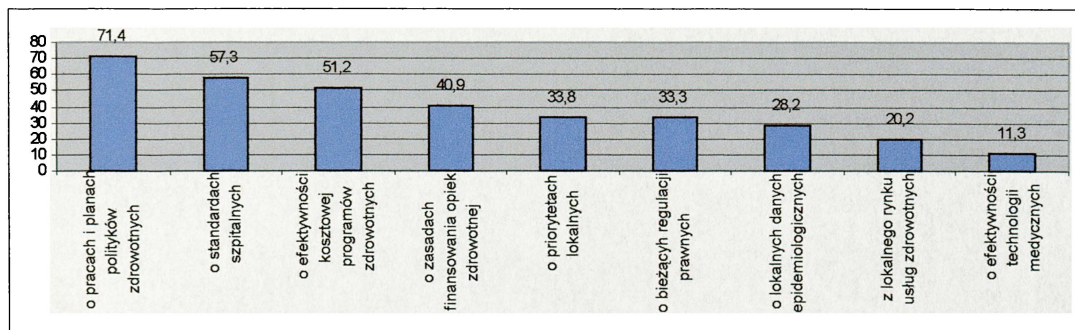


Ryc. 34

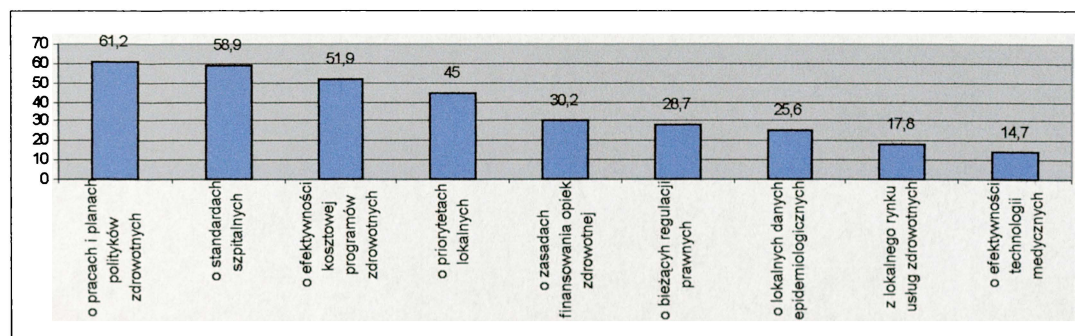
## Hierarchia potrzebnych kategorii informacji w poszczególnych grupach respondentów (% odpowiedzi)

Uwaga: respondenci mogli wybrać 4 odpowiedzi z kafeterii 10 propozycji, dlatego odpowiedzi nie sumują się do 100%.

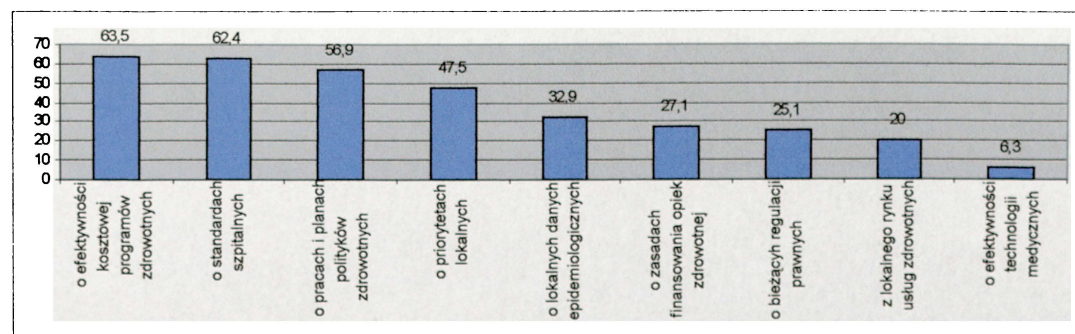
### Dyrektorzy Naczelni szpitali



### Dyrektorzy ds. Medycznych szpitali

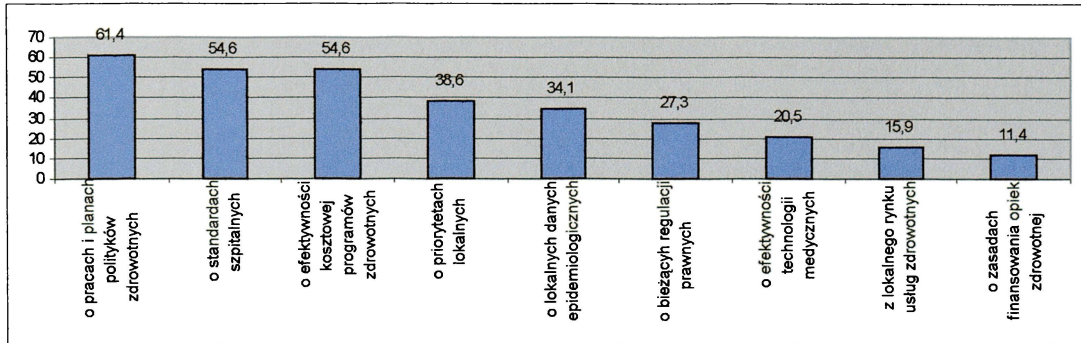


### Pielęgniarki Naczelne w szpitalach

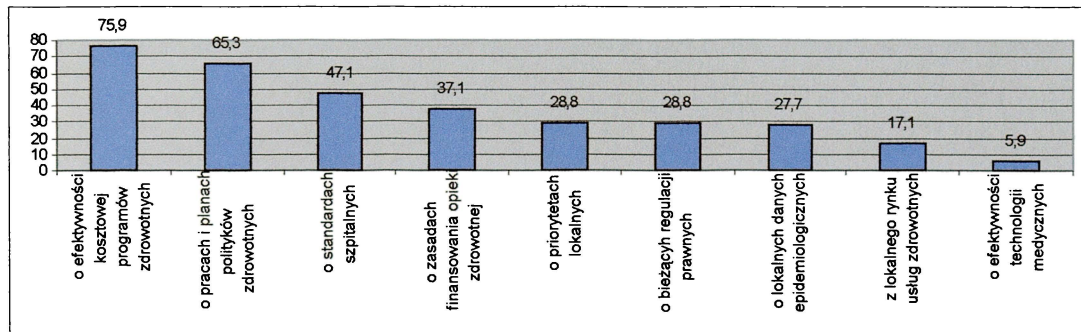


## Ryc.34 c.d.

### Dyrektorzy Kas Chorych



### Dyrektorzy Wydziałów Zdrowia władz samorządowych



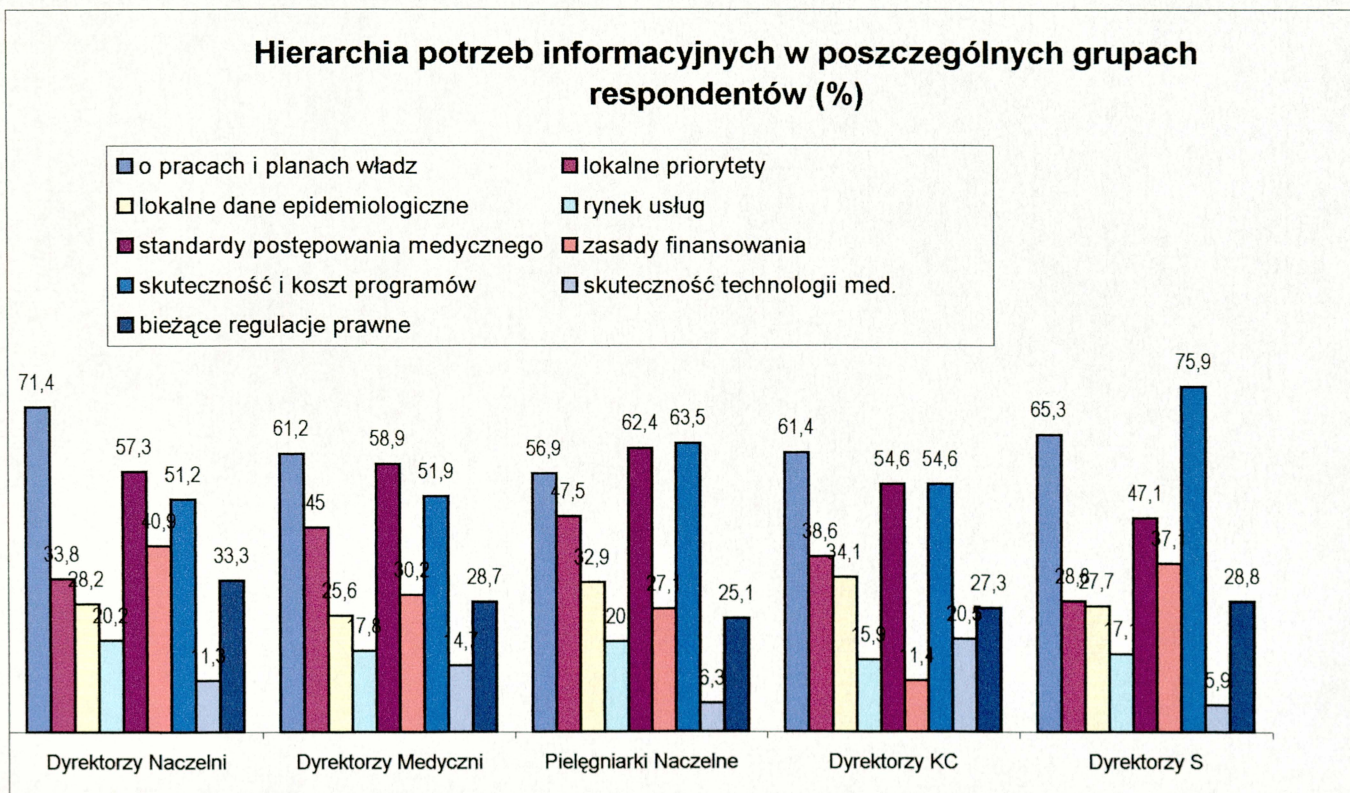
### Zestawienie wyników

Kategorie informacji	DN	DM	PN	DKC	DS
o pracach i planach władz zdrowotnych	<b>71.4%</b> <b>152</b>	<b>61.2%</b> <b>79</b>	<b>56.9%</b> <b>145</b>	<b>61.4%</b> <b>27</b>	<b>65.3%</b> <b>111</b>
o priorytetach lokalnych	33.8% 72	<b>45.0%</b> <b>58</b>	<b>47.5%</b> <b>121</b>	<b>38.6%</b> <b>17</b>	28.8% 49
lokalne dane epidemiologiczne	28.2% 60	25.6% 33	32.9% 84	34.1% 15	27.7% 47
Inf. o lokalnym rynku usług zdrowotnych	20.2% 43	17.8% 23	20.0% 51	15.9% 7	17.1% 29
standardy postępowania medycznego	<b>57.3%</b> <b>122</b>	<b>58.9%</b> <b>76</b>	<b>62.4%</b> <b>159</b>	<b>54.6%</b> <b>24</b>	<b>47.1%</b> <b>80</b>
zasady finansowania opieki zdrowotnej	<b>40.9%</b> <b>87</b>	30.2% 39	27.1% 69	11.4% 5	<b>37.1%</b> <b>63</b>
analizy skuteczności kosztowej programów zdrowotnych	<b>51.2%</b> <b>109</b>	<b>51.9%</b> <b>67</b>	<b>63.5%</b> <b>162</b>	<b>54.6%</b> <b>24</b>	<b>75.9%</b> <b>129</b>
analizy skuteczności technologii medycznych	11.3% 24	14.7% 19	6.3% 16	20.5% 9	5.9% 10
bieżące regulacje prawne	33.3% 71	28.7% 37	25.1% 64	27.3% 12	28.8% 49
Łączna liczba odpowiedzi 811 (brak —4)					

Ryc.34bis

**Hierarchia potrzebnych kategorii informacji w poszczególnych grupach respondentów (% odpowiedzi)**

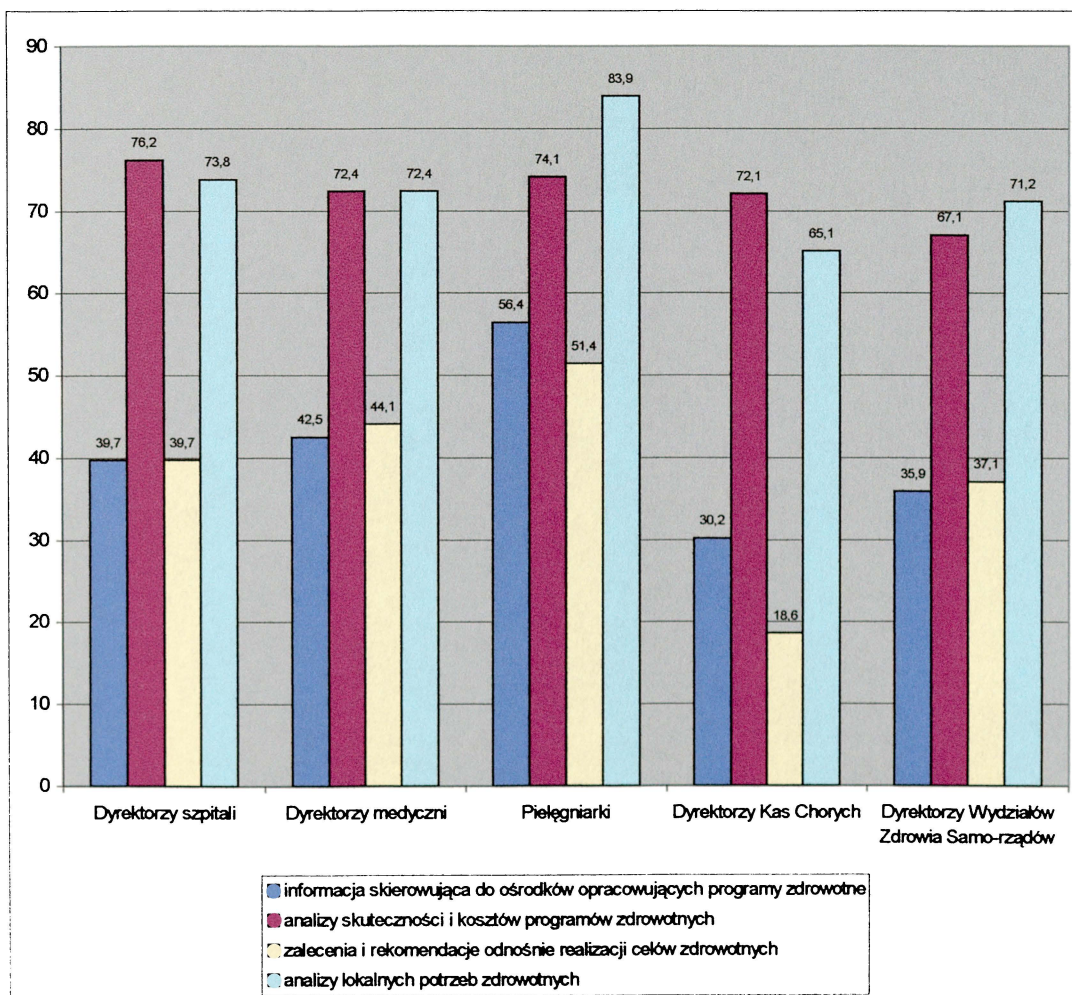
Uwaga: respondenci mogli wybrać 4 odpowiedzi z kafeterii 10 propozycji, dlatego odpowiedzi nie sumują się do 100%.



Ryc. 35

**Hierarchia potrzeby informacyjnych związanych z realizacją celów NPZ (% odpowiedzi w grupach)** Uwaga: respondenci mogli wskazać więcej niż jedną odpowiedź, dlatego odpowiedzi nie sumują się do 100%.

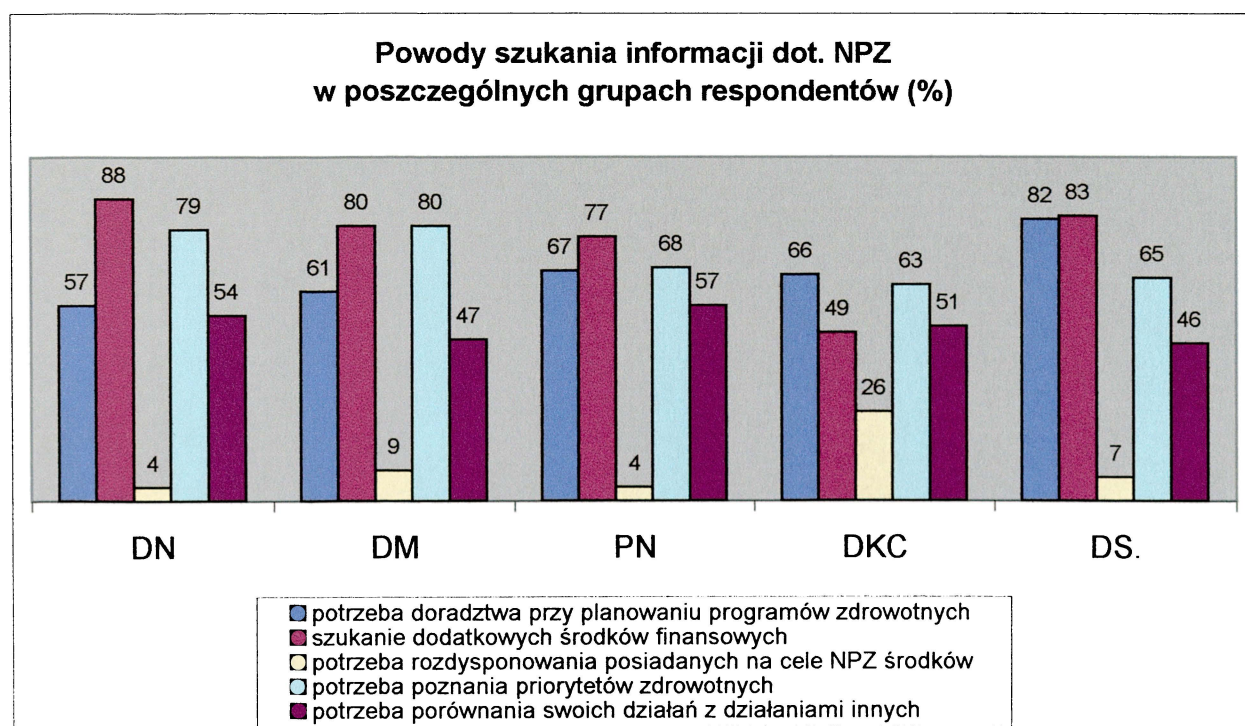
Hierarchia potrzeby informacyjnych związanych z realizacją celów NPZ w grupach	DN	DM	PN	DKC	DS
informacja skierująca do ośrodków opracowujących programy zdrowotne	39,7	42,5	56,4	30,2	35,9
analizy skuteczności i kosztów programów zdrowotnych	76,2	72,4	74,1	72,1	67,1
zalecenia i rekomendacje odnośnie realizacji celów zdrowotnych	39,7	44,1	51,4	18,6	37,1
analizy lokalnych potrzeb zdrowotnych	73,8	72,4	83,9	65,1	71,2
Łączna liczba odpowiedzi – 810 (brak 5)					



Ryc. 36

**Powody szukania informacji dotyczącej realizacji celów NPZ (% odpowiedzi w****grupach).** Uwaga: respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź, dlatego odpowiedzi nie sumują się do 100%.

<b>Powody szukania informacji dot. realizacji celów NPZ % odpowiedzi twierdzących w grupach</b>	<b>DN</b>	<b>DM</b>	<b>PN</b>	<b>DKC</b>	<b>DS.</b>
potrzeba doradztwa przy planowaniu programów zdrowotnych	57	61	67	66	82
szukanie dodatkowych środków finansowych	88	80	77	49	83
potrzeba rozdysponowania posiadanych na cele NPZ środków	4	9	4	26	7
potrzeba poznania priorytetów zdrowotnych	79	80	68	63	65
potrzeba porównania swoich działań z działaniami innych	54	47	57	51	46
Łączna liczba odpowiedzi – 811 (brak – 4)					

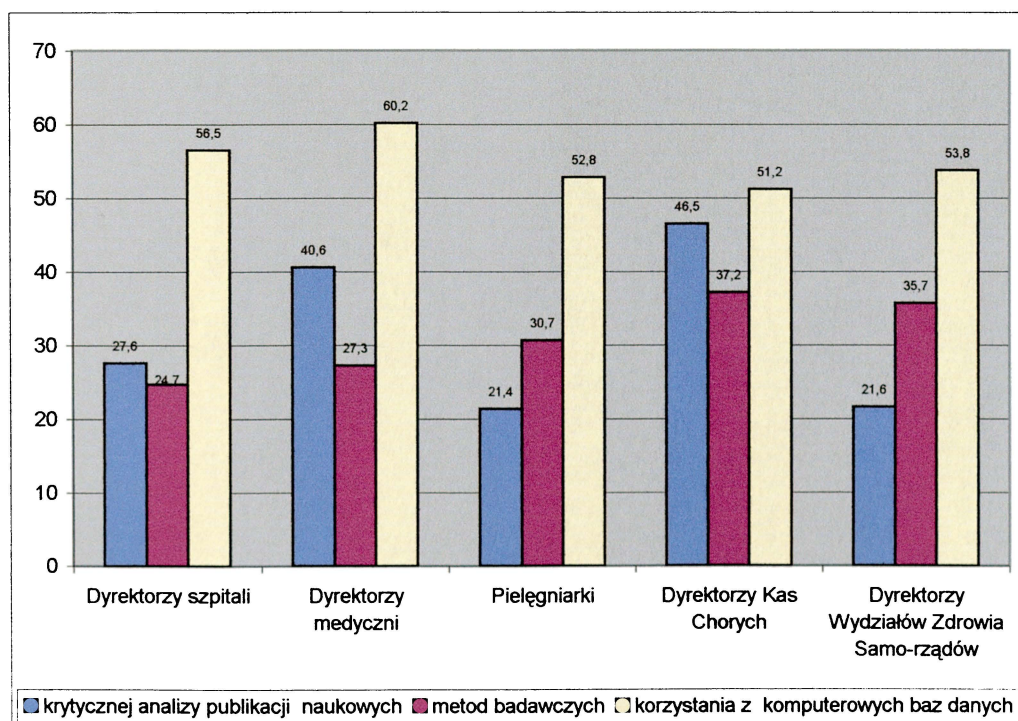


Ryc. 37

**Potrzeba szkoleń w opinii respondentów (% odpowiedzi w poszczególnych grupach)**

*Uwaga: Respondenci mogli wskazać dowolną liczbę odpowiedzi, dlatego nie sumują się one do 100%*

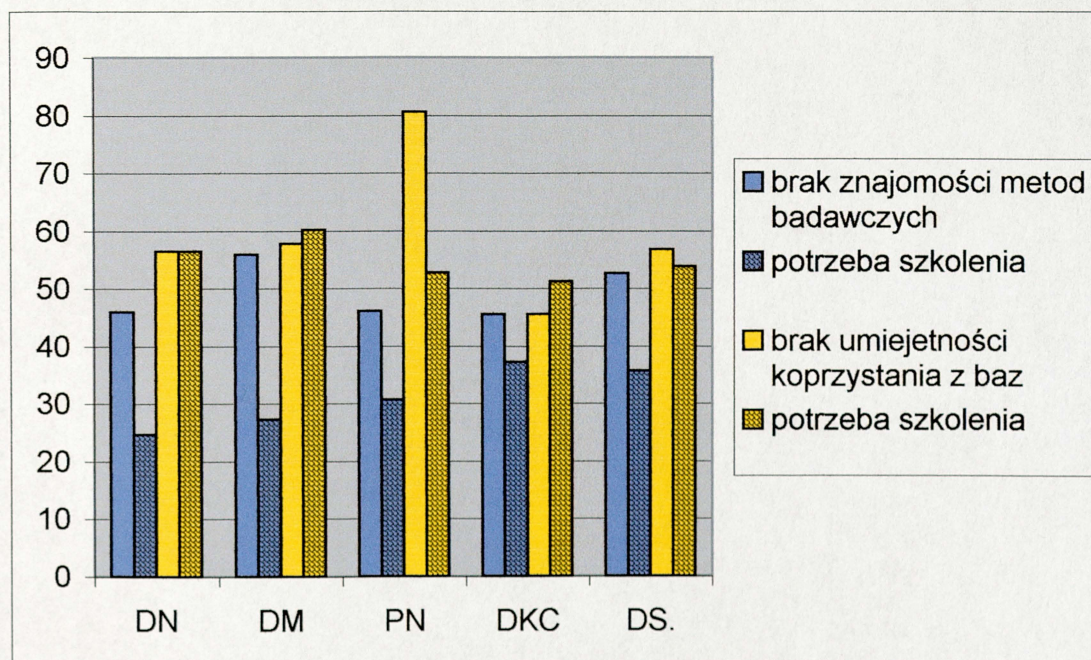
Rodzaj szkolenia	DN	DM	PN	DKC	DS
krytyczna analiza publikacji naukowych	27,6	40,6	21,4	46,5	21,6
metody badawcze	24,7	27,3	30,7	37,2	35,7
korzystanie z baz komputerowych	56,5	60,2	52,8	51,2	53,8
Łączna liczba odpowiedzi - 813 (brak -2)					



Ryc. 38

Zestawienie procentowego udziału osób w poszczególnych grupach, które nisko oceniają swoje umiejętności oraz osób deklarujących potrzebę odpowiedniego szkolenia

	brak znajomości metod badawczych (%)	potrzeba szkolenia (%)	brak umiejętności korzystania z baz (%)	potrzeba szkolenia (%)
DN	46	24,7	56,5	56,5
DM	55,9	27,3	57,8	60,2
PN	46,1	30,7	80,6	52,8
DKC	45,5	37,2	45,5	51,2
DS	52,7	35,7	56,8	53,8

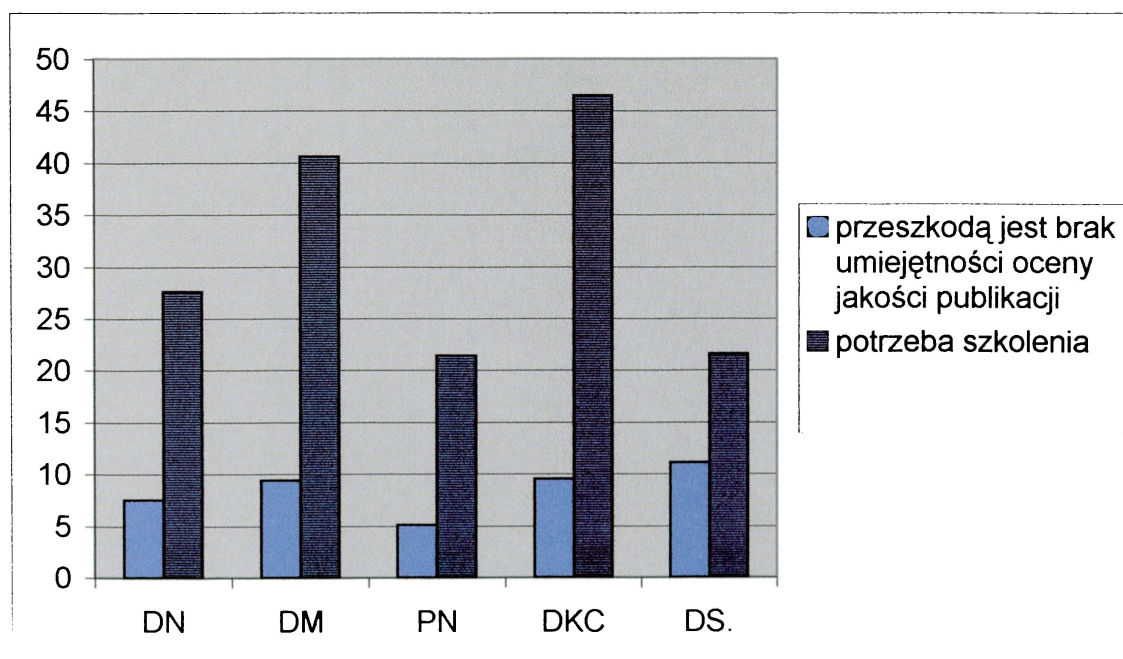




Ryc. 39

Zestawienie procentowego udziału osób w poszczególnych grupach, które twierdzą, że przeszkodą w korzystaniu z publikacji naukowych jest brak umiejętności oceny wartości publikacji oraz osób deklarujących potrzebę odpowiedniego szkolenia

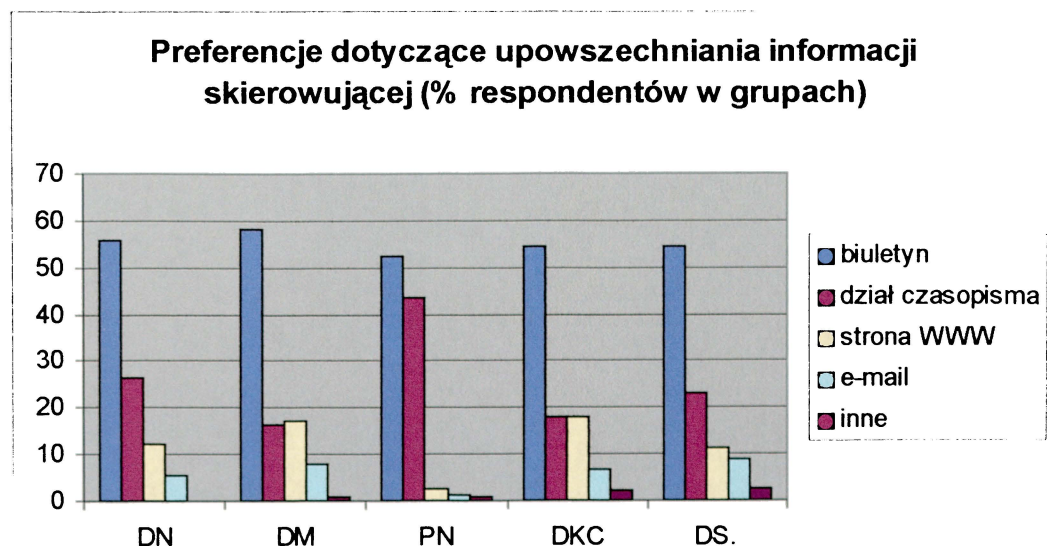
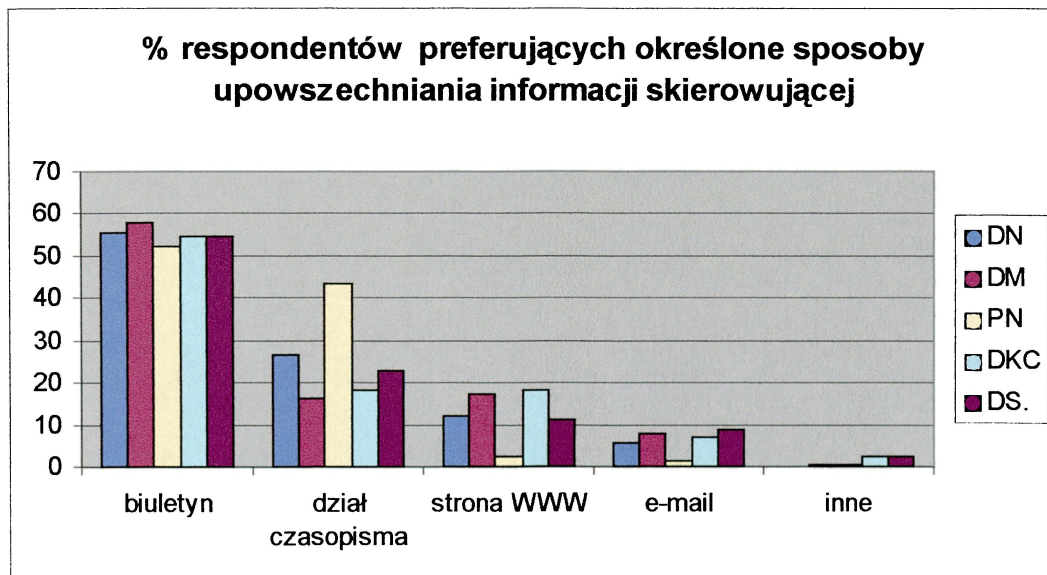
	przeszkodą jest brak umiejętności oceny jakości publikacji (%)	potrzeba szkolenia (%)
DN	7,5	27,6
DM	9,4	40,6
PN	5,1	21,4
DKC	9,5	46,5
DS	11,1	21,6
łączna liczba odpowiedzi - 810 (brak - 5)		



Ryc. 40

**Preferencje dotyczące sposobu upowszechniania informacji skierowującej (% respondentów w grupach)**

	DN	DM	PN	DKC	DS.
biuletyn	55,6	58,1	52,2	54,5	54,7
dział czasopisma	26,6	16,3	43,5	18,2	22,9
strona WWW	12,2	17,1	2,4	18,2	11,2
e-mail	5,6	7,8	1,2	6,8	8,8
inne	0	0,7	0,7	2,3	2,4
Łączna liczba odpowiedzi - 812 (brak - 3)					

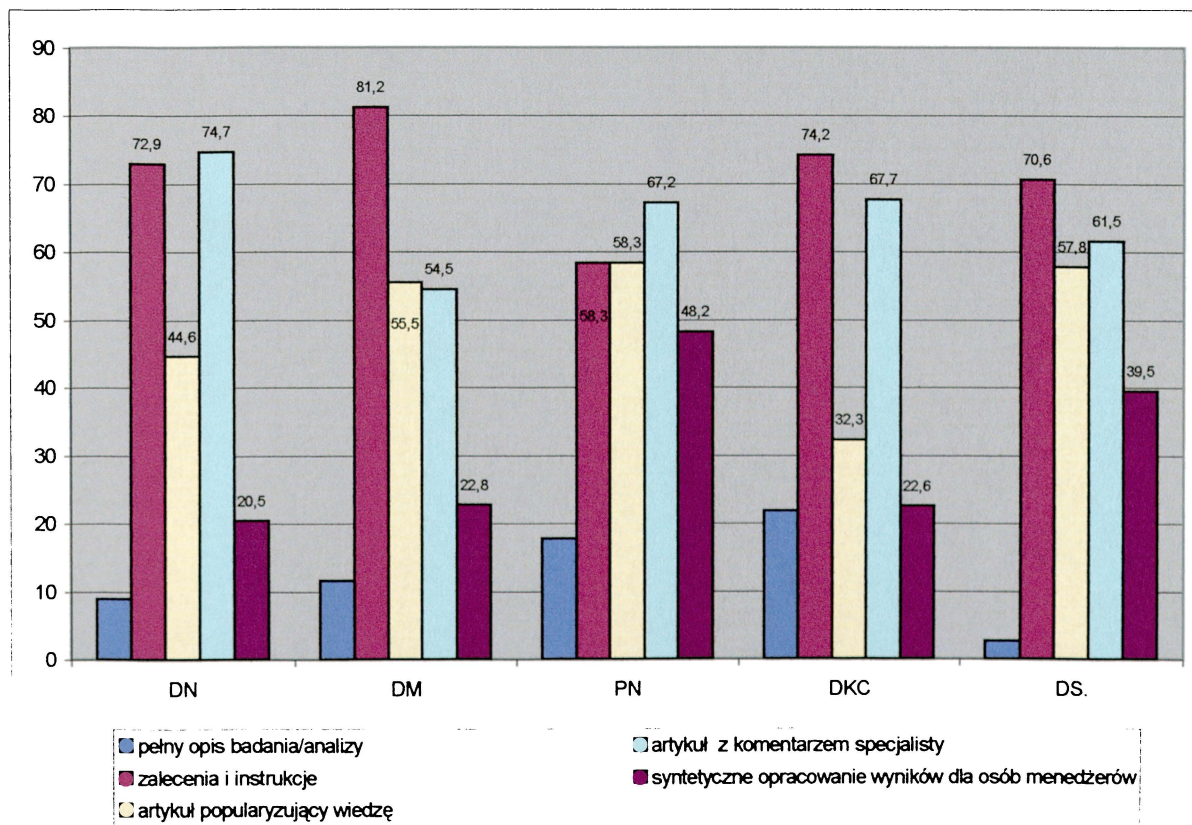


**Ryc. 41**

**Preferowana forma publikacji naukowych (% odpowiedzi w grupach)**

*Uwaga: Respondenci mogli wybrać więcej niż jedną odpowiedź, dlatego nie sumują się do 100%*

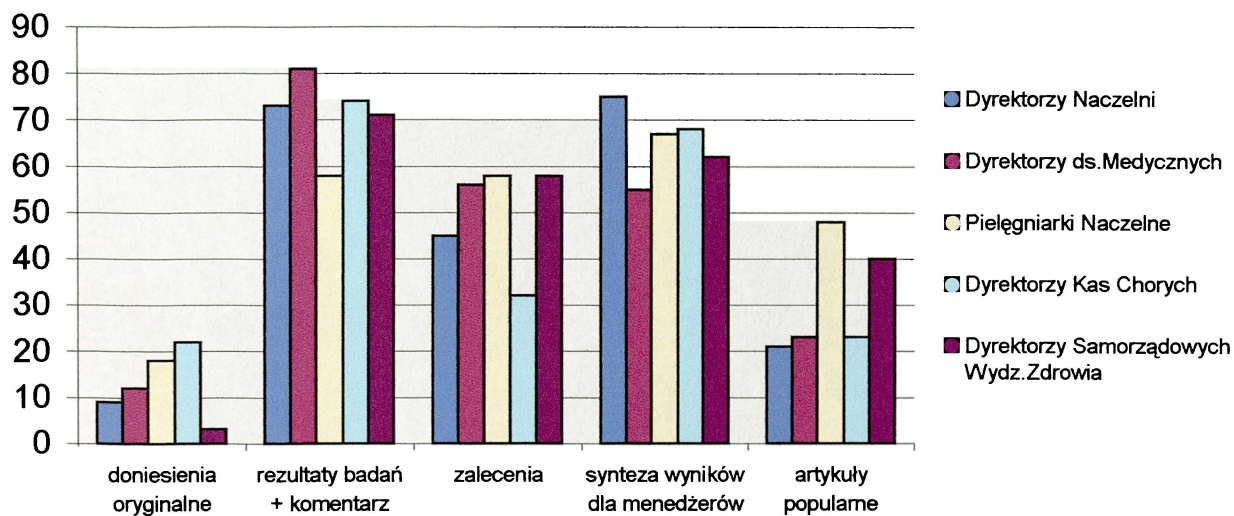
Forma publikacji	DN	DM	PN	DKC	DS
pełny opis badania/analizy, bez komentarza	9,0	11,7	17,8	21,9	2,7
artykuł z komentarzem specjalisty	72,9	81,2	58,3	74,2	70,6
zalecenia i instrukcje	44,6	55,5	58,3	32,3	57,8
syntetyczne opracowanie wyników dla menedżerów	74,7	54,5	67,2	67,7	61,5
artykuł popularyzujący wiedzę	20,5	22,8	48,2	22,6	39,5
Łączna liczba odpowiedzi - 809 (brak - 6)					



Ryc. 41bis

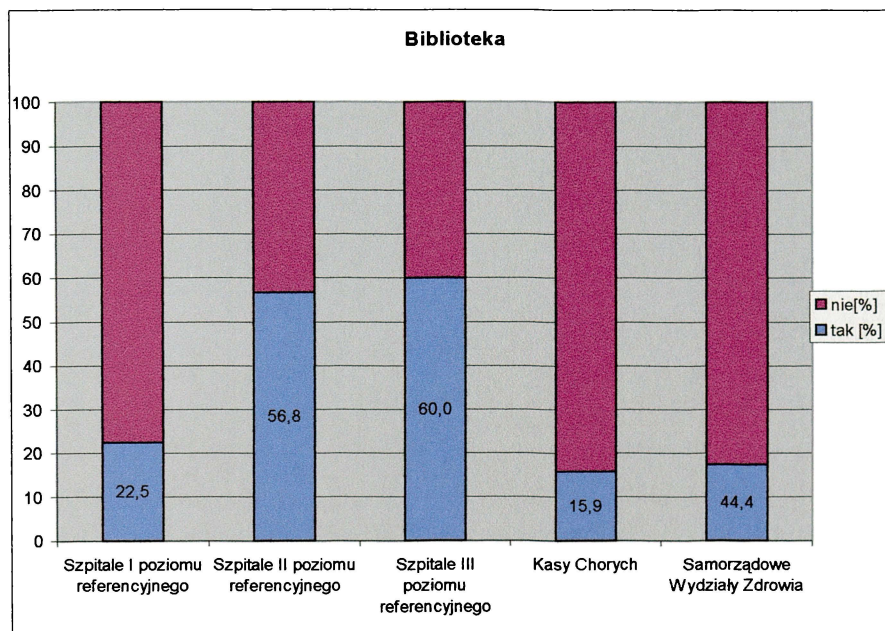
Preferowany format publikacji naukowych (% odpowiedzi w grupach)

### Preferencje dotyczące typu publikacji (% respondentów w podgrupach)



Ryc. 42.

Biblioteki w poszczególnych typach macierzystych instytucji ankietowanych (%).



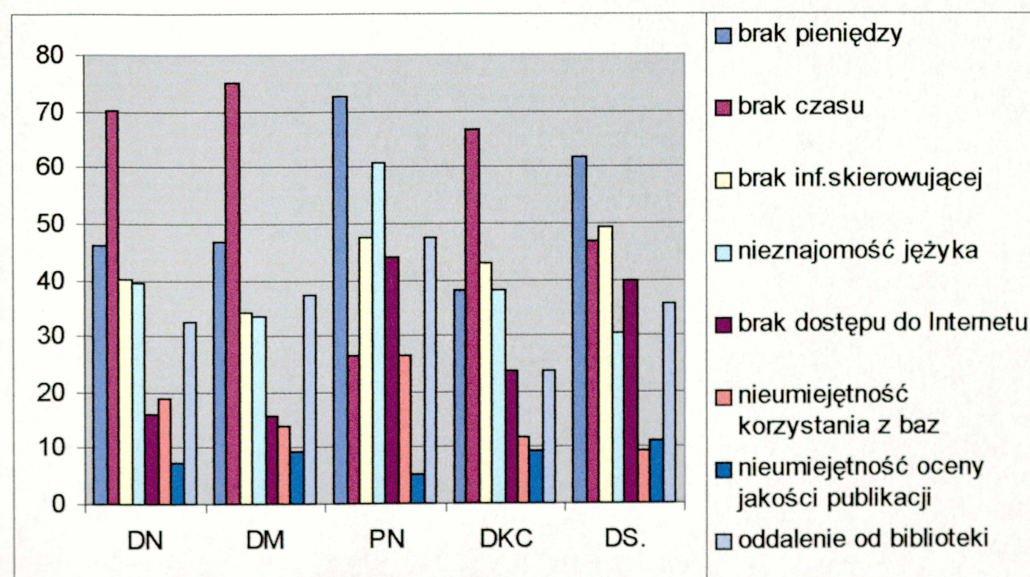
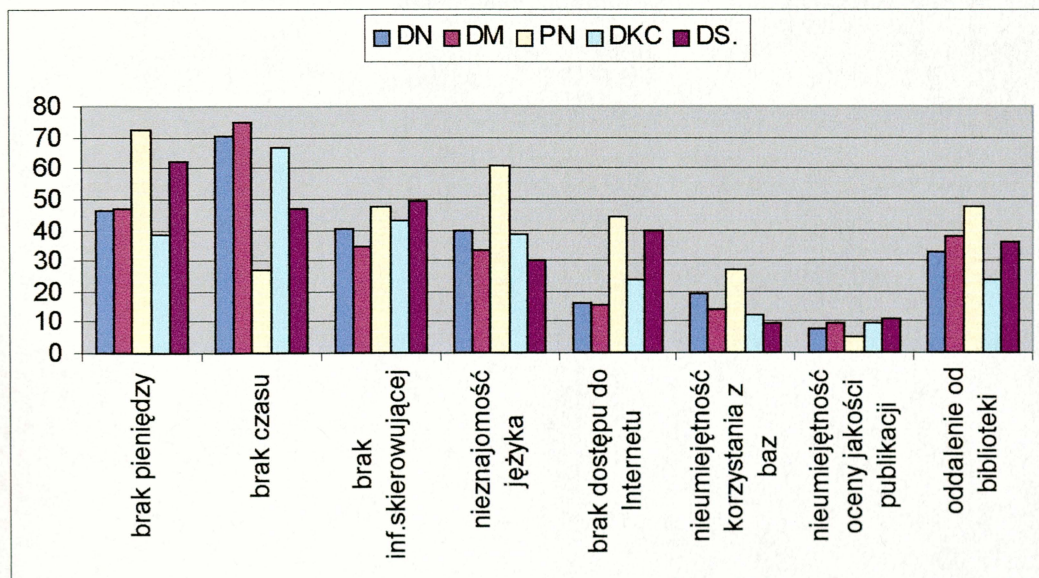
Ryc.43

### Najczęściej wymieniane przez respondentów przeszkody w korzystaniu z opracowań

**naukowych (% odpowiedzi)** (Respondenci mogli wybrać cztery przeszkody dlatego odpowiedzi nie sumują się do 100%)

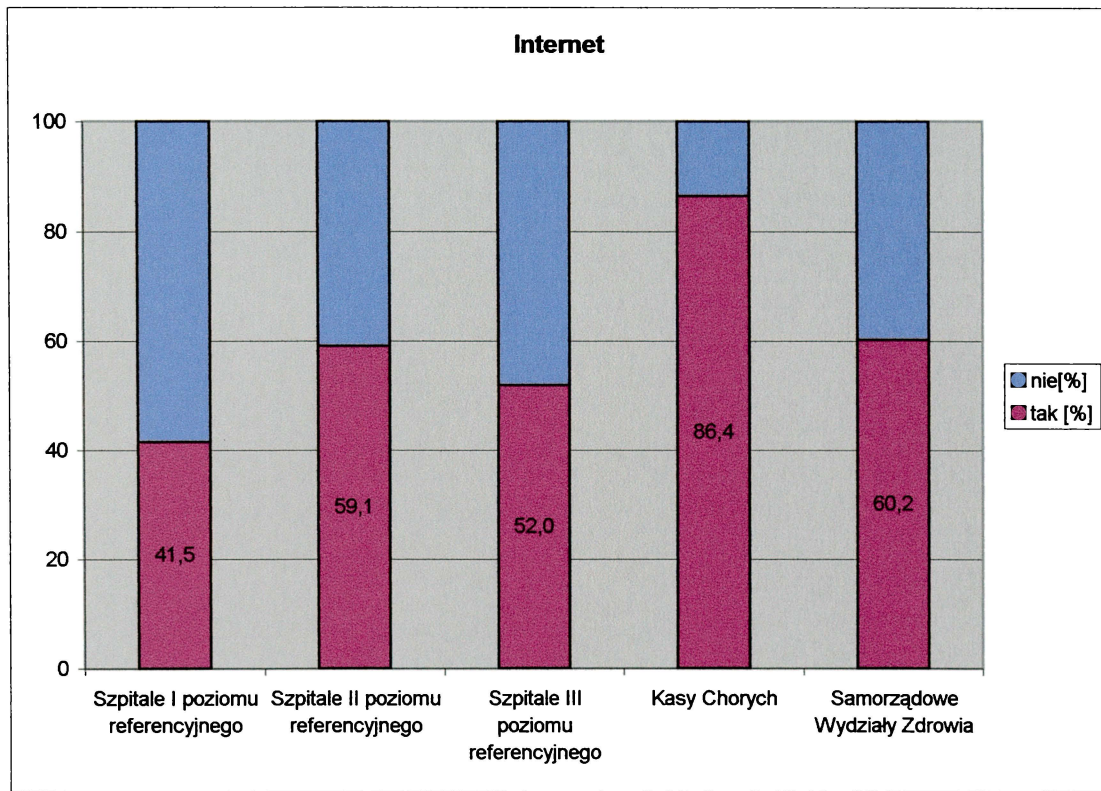
	Brak pieniędzy	Brak czasu	Brak inf. skierowującej	Nieznajomość języka	Brak Internetu	Nieumiejętność korzystania z baz	Nieumiejętność oceny jakości publikacji	Oddalenie od bibliotek
<b>DN</b>	46,2	70,3	40,1	39,6	16,0	18,9	7,5	32,5
<b>DM</b>	46,9	75,0	34,3	33,6	15,6	14,1	9,4	37,5
<b>PN</b>	72,5	26,6	47,4	60,8	43,9	26,7	5,1	47,4
<b>DKC</b>	38,1	66,6	42,9	38,1	23,8	11,9	9,5	23,8
<b>DS</b>	61,9	46,8	49,1	30,4	39,8	9,4	11,1	35,7

Łączna liczba odpowiedzi – 810 (brak - 5)



Ryc. 44

Internet w poszczególnych typach instytucji, w których zatrudnieni są respondenci (%)

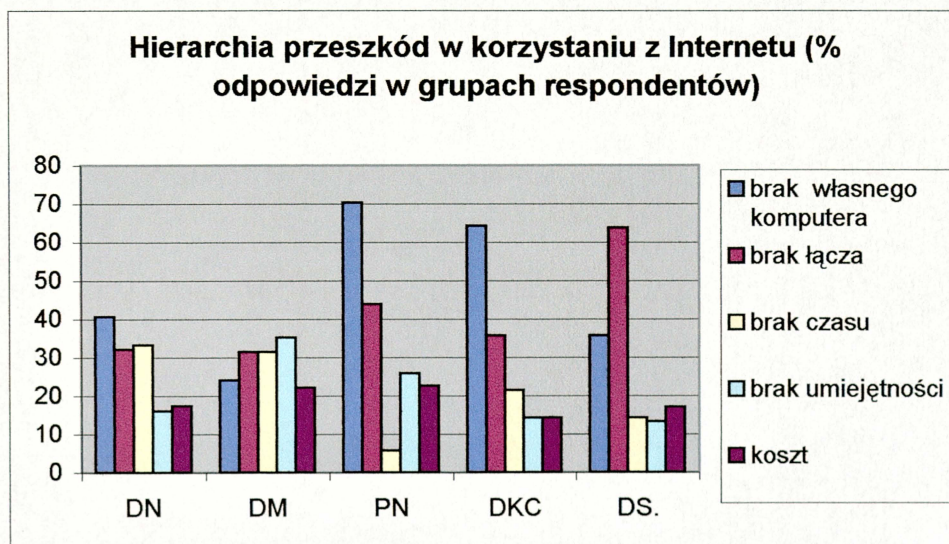


Ryc. 45

**Przeszkody w korzystaniu z Internetu (% odpowiedzi).**

*Respondenci mogli podać dowolną ilość przeszkód, stąd odpowiedzi nie sumują się do 100%*

	DN	DM	PN	DKC	DS.
<b>brak własnego komputera</b>	40,7	24,1	70,4	64,3	35,8
<b>brak łącza</b>	32,1	31,5	43,9	35,7	63,8
<b>brak czasu</b>	33,3	31,5	5,8	21,4	14,3
<b>brak umiejętności</b>	16,1	35,2	25,9	14,3	13,3
<b>koszt</b>	17,3	22,2	22,7	14,3	17,1

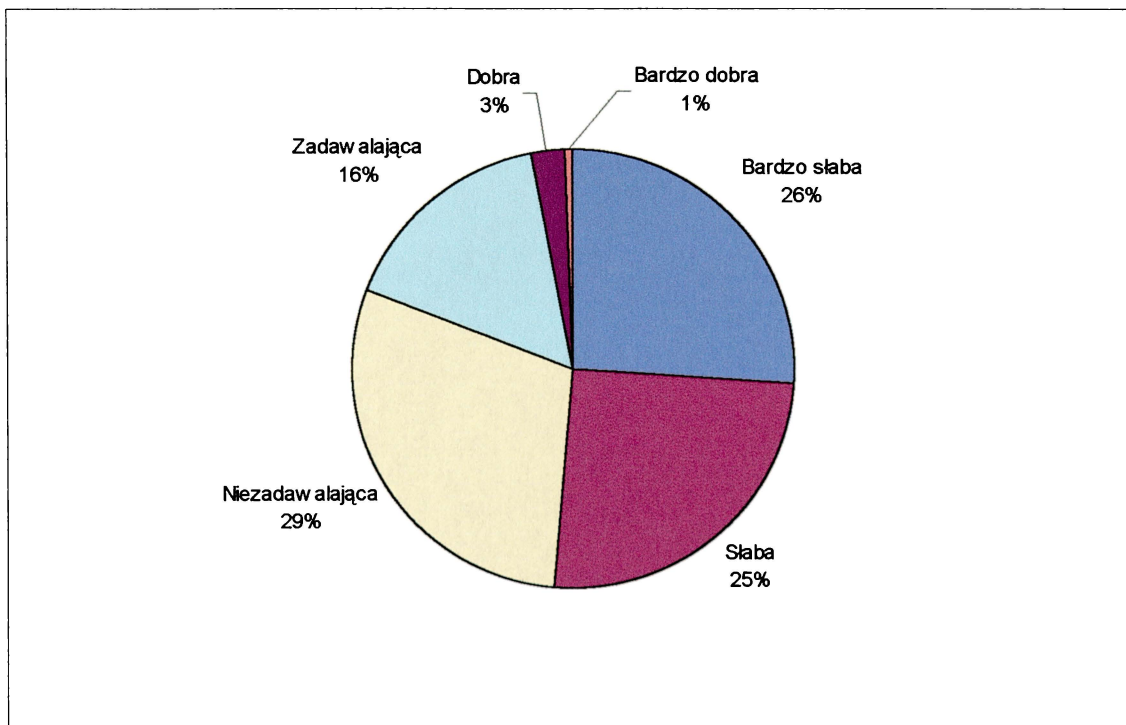




Ryc. 46

Ocena informacyjnej działalności Ministerstwa Zdrowia (% respondentów)

ocena	% respondentów
Bardzo słaba	26.3
Słaba	25.2
Niezadowolająca	29.1
Zadowolająca	16.1
Dobra	2.5
Bardzo dobra	0.6
Łączna liczba odpowiedzi 815	



**Problemy oraz pytania pomocnicze  
do dyskusji zogniskowanych**

# Problemy oraz pytania pomocnicze do dyskusji zogniskowanych

## *I. Informacja potrzeba menedżerom*

Jakiego rodzaju informacja jest potrzebna, aby sprawnie zarządzać i aby mieć gwarancję, że usługi świadczone przez instytucję są zgodne z aktualną wiedzą i właściwe. Czy według uczestników dyskusji podległy personel kieruje się w swoim postępowaniu aktualnym stanem wiedzy? Czy stosowane są procedury (rozwiązania) przestarzałe lub o wątpliwej skuteczności. Skąd wiadomo, że są niewłaściwe? Dlaczego są stosowane? Co najskuteczniej taki stan rzeczy by zmieniło? Czy standardy i wytyczne są potrzebne? W jakich obszarach?

## *II. Forma informacji. Wiarygodności i przydatność.*

Kto powinien tworzyć informację dla potrzeb osób zarządzających. Kto powinien ją upowszechniać? Co jest gwarancją wiarygodności informacji? Czy informacja przetworzona (w postaci np. wytycznych, zestawień, streszczeń itp.) jest przydatna dla menedżerów, czy też i tak zawsze trzeba sięgnąć do pierwotnego źródła danych/twierdzeń. Czy istnieją oczywiste autorytety w sprawach związanych z zarządzaniem? Czy mając w ręce opracowanie wiecie Państwo/chcecie wiedzieć, jaką metodą zostały zebrane dane/przeprowadzona analiza, czy jesteście w stanie ocenić jakość badania? Jakie osoby są najczęściej wykorzystywanym źródłem informacji? Czy ufacie dowodom naukowym, czy szukacie odpowiedzi w środowisku naukowym. Jeżeli nie to dlaczego? Czy przydatna jest informacja o rozwiązaniach organizacyjnych stosowanych w bliźniaczych instytucjach? Czy wiedza o badaniach prowadzonych za granicą lub stosowanych tam rozwiązaniach jest przydatna?

## *III. Kanały upowszechniania informacji.*

Czy dyrektor powinien informację (naukową, fachową) otrzymywać bezpośrednio, czy też możliwe jest wyřeczanie się innymi pośredniczącymi osobami. Jeżeli tak to kto to mógłby być i jakie powinien posiadać umiejętności i środki? Czy czujecie się Państwo odcięci od pewnych źródeł informacji? Czy czujecie się w tym odosobnieni? Czy są ludzie i grupy lepiej poinformowane? Jakie? Co jest tego przyczyną? Czy korzystacie z biblioteki naukowej, baz piśmiennictwa (np. Polskiej Bibliografii medycznej lub innych)? Czy internet jest przydatny w zarządzaniu? A Bazy na CD? Jakie? Czy lekarze (pielęgniarki) w Państwa instytucji sięgają do piśmiennictwa naukowego? Jaki mają do niego dostęp? Czy wierzycie Państwo, że łatwiejszy dostęp do informacji zmieniłby korzystnie postępowanie medyczne, czy też nie ma to znaczenia.

## *IV. Kultura organizacji i infrastruktura informacyjna.*

W jaki sposób sprawdzasz zasadność wniosku o zakup nowej aparatury medycznej, wprowadzenie procedury, usługi, wyeliminowanie itp. Czy prowadzone są w jednostce zebrania/dyskusje naukowe. Kto bierze w nich udział? Czy pracownicy wysyłani są na szkolenia, konferencje?

Czy jest w instytucji biblioteka (co w niej jest?). Czy jest w niej zatrudniony pracownik, czy taka osoba jest potrzebna, wykorzystywana? Czy potrzebne są do prowadzenia biblioteki (ośrodka informacji) określone kwalifikacje? Czy w instytucji jest dostęp do Internetu?

#### ***V. Bariery informacyjne.***

Co jest najczęstszą przeszkodą na drodze do uzyskania potrzebnej informacji:

Jakie źródła informacji są najtrudniej dostępne? Czy uważacie Państwo, że geograficzne położenie (odległość od ośrodka akademickiego, centrum decyzyjnego) wpływa na łatwość uzyskania informacji. W jakiej sferze działań najbardziej brakuje wyników badań naukowych.

#### ***VI. Pytania dotyczące informacji dot. Narodowego Programu Zdrowia.***

Czy znasz cele zdrowotne Narodowego Programu Zdrowia i czy przekładają się one na Twoje decyzje  
Jaka informacja potrzebna jest aby realizować NPZ? Czy jest dostępna?

#### ***VII Pytania techniczne dotyczące ankiety.***

Kogo w instytucji pytać o sprawy związane z potrzebami i korzystaniem z informacji?

Jakie zastosować bodźce, żeby dostać odpowiedzi na ankietę? Czy ma znaczenie wysłanie na nazwisko dyrektora, czy wskazane jest poparcie MZ, IZP. Jakich argumentów użyć w liście przewodnim? Czy nadanie listem poleconym ma znaczenie?

## **Pytania do wywiadów**

# Pytania do wywiadów

1. Czy potrzebuje Pan/Pani informacji dotyczącej Narodowego Programu Zdrowia?
2. Dlaczego szuka Pan/Pani takiej informacji?
3. Czy i skąd otrzymuje Pan/Pani przydatne materiały dotyczące realizowania celów zdrowotnych?
4. Czy według Pana/Pani programy promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej mają wpływ na stan zdrowia społeczeństwa?
5. Jaką informację w odniesieniu do NPZ chciałby Pan/Pani regularnie otrzymywać?
6. Czy Pana/Pani instytucja wdrożyła programy lub rozwiązania zainspirowane przez cele i zadania zawarte w NPZ?
7. Co decydowało o tym, że zostały wybrane te a nie inne programy?
8. Gdzie, w razie potrzeby zwróciłby się Pan/Pani o informację odnośnie do realizowania celów NPZ ?
9. Czym kierowałby się Pan/Pani przy wyborze programu zdrowotnego?
10. W jaki sposób najchętniej dowiadywałby się Pan/Pani o sposobach realizacji NPZ?
11. Czy uczestniczył Pan/Pani w konferencji/szkoleniu dotyczącym realizacji celów NPZ?
12. Czy informacja dotycząca NPZ i sposobów realizacji jego celów jest łatwo dostępna?
13. W jakich czasopiśmie spodziewałby się Pan/Pani znaleźć publikacje na temat NPZ i sposobów jego realizacji czy są one dostępne w Twojej instytucji?
14. Jak oceniasz swoją wiedzę co do zagrożeń zdrowotnych osób objętych opieką Twojej instytucji?
15. Co najbardziej przeszkadza w realizacji celów NPZ?
16. W jaki sposób sprawdziłby Pan/Pani zasadność wniosku o wdrożenie programu zdrowotnego?
17. Co najskuteczniej zachęca Pana/Panią do wprowadzania innowacyjnych rozwiązań w Twojej instytucji?
18. Bez jakich czasopism, książek, opracowań nie wyobraża sobie Pan/Pani pełnienia swojej funkcji?
19. W jaki sposób dowiaduje się Pan/Pani o nowościach wydawniczych?
20. Czy uważa Pan/Pani, że pracownikom potrzebny jest dostęp do obcojęzycznych czasopism naukowych i baz piśmiennictwa naukowego?
21. Czy w Pana/Pani instytucji jest biblioteka naukowa?
22. Czy uważa Pan/Pani, że pracownicy sami powinni kupować potrzebne im czasopisma i książki?

23. Czy dostępność fachowej literatury ma według Pana/Pani wpływ na jakość świadczonych usług zdrowotnych?
24. Do jakich baz piśmiennictwa mają dostęp pracownicy w Pan/Pani instytucji
25. Czy dla potrzeb pracy zawodowej korzystał Pan/Pani sam lub zlecał przeszukanie baz piśmiennictwa. Jakich?
26. Czy w Pana/Pani instytucji jest zatrudniony bibliotekarz/pracownik informacji naukowej?
27. Jeżeli szuka Pan/Pani danych pochodzących z badań naukowych, to pierwszy krok kieruje Pan/Pani do.....
28. Czy zleca Pan/Pani odszukanie potrzebnych publikacji, komu?
29. Jeżeli nie korzysta Pan/Pani z usług bibliotekarzy to dlaczego?
30. Czy inicjuje Pan/Pani zebrania i dyskusje naukowe w swojej instytucji?
31. Jakiej informacji brakuje Panu/Pani dla skutecznego sprawowania swojej funkcji?
32. Co najbardziej utrudnia Panu/Pani dostęp do wiarygodnej, wynikającej z naukowych badań i analiz informacji?
33. Czy według Pana/Pani personel medyczny stosuje postępowanie o nie udowodnionej skuteczności lub przestarzałe?
34. Jeżeli odpowiedział Pan/Pani twierdząco, czym jest to głównie spowodowane?
35. W jakich szkoleniach chciałby Pan/Pani uczestniczyć?
36. Czy odległość od biblioteki medycznej ma wpływ na to, w jakim stopniu Pan/Pani z niej korzysta?
37. Do jakich baz informacji chciałby Pan/Pani mieć dostęp nie odchodząc od swojego biurka?
38. Czy szukając oszczędności w swojej instytucji likwidowałby Pan/Pani etat bibliotekarza i ograniczał/a wydatki na książki i czasopisma?
39. Jaka forma publikacji naukowych najbardziej Panu/Pani odpowiada?
40. Czy badania prowadzone w ośrodkach naukowo-badawczych mają według Pana/Pani wpływ na praktykę?
41. W jaki sposób najczęściej dowiaduje się Pan/Pani o nowych wynikach badań naukowych?
42. Jeżeli chciałby Pan/Pani wpłynąć na zmianę postępowania podległego personelu, jaką metodę uważa Pan/Pani za najskuteczniejszą?
43. Załóżmy, że dysponuje Pan/Pani pieniędzmi i może je Pan/Pani przeznaczyć na ułatwienie pracownikom dostępu do informacji. Na co by je Pan przeznaczył?
44. Czy włączenie baz piśmiennictwa naukowego, zaleceń postępowania itp. w szpitalny komputerowy system informatyczny uważa Pan/Pani za potrzebne?
45. Zajmowane stanowisko.....
46. Rodzaj instytucji.....

## **Formularz ankiety**



SYMBOL OPER.			NUMER ANKI		

## Potrzeby informacyjne osób zajmujących kierownicze stanowiska w ochronie zdrowia.

Sondaż prowadzony przez Instytut Zdrowia Publicznego CM UJ

Szanowni Państwo,

Instytut Zdrowia Publicznego prowadzi pierwsze ogólnopolskie badanie potrzeb informacyjnych kadry kierowniczej w ochronie zdrowia. Państwa odpowiedzi i uwagi będą cenną wskazówką dla tworzonego dla menedżerów systemu informacji. Jaki, i czy odpowiadający potrzebom, będzie ten system zależy od Państwa. Dlatego bardzo prosimy o poświęcenie uwagi i czasu potrzebnego na to, aby odpowiedzi były pełne i dały prawdziwy obraz Państwa potrzeb i oczekiwań.

Ankieta jest całkowicie poufna (numer ankiety służy jedynie kontroli zwrotności), a zebrane informacje i dane posłużą wyłącznie celom zbiorczego opracowania.

Bardzo dziękujemy Państwu za współpracę.

Pytania dotyczące ankiety prosimy kierować do Barbary Niedźwiedzkiej. Zakład Informacji Naukowej IZP (31-531 Kraków, ul. Grzegorzewska 20), tel. (12) 422-32-22, Fax.(12) 421-74-47

### Jak wypełniać ankietę:

- Wybrane pola prosimy zakreślić:
- Prosimy o przestrzeganie instrukcji zamieszczonej przy poszczególnych pytaniach.
- Zakreślając większą ilość odpowiedzi prosimy wybierać te najbardziej istotne.
- Tam gdzie występuje skala 0-5 prosimy zakreślić kółkiem najbliższą Pana/Pani odczuciom liczbę, jak w przedstawionym przykładzie:

niedostępna      łatwo dostępna  
0      1      2      ↔      3      4      5

W niektórych pytaniach strzałka pokazuje przejście do kolejnego pytania ↓

- Prosimy o udzielanie odpowiedzi w kolejności w jakiej następują.
- Bardzo prosimy o wypełnianie pól "inne...." jeżeli żadna z proponowanych odpowiedzi nie jest odpowiednia.
- Będziemy wdzięczni za wszelkie uwagi i komentarze.





## Część II

15. Jak często zdarzają się sytuacje, kiedy aby podjąć decyzję zawodową powinna Pani/Pan sięgnąć do publikacji na dany temat? (proszę wybrać jedną, najbliższą prawdzie odpowiedź)

- a/ co najmniej raz na dzień     b/ raz na tydzień     c/ raz w miesiącu     d/ inne.....

16. Gdzie kieruje się Pani/Pan wtedy w pierwszym rzędzie? (proszę wybrać 1 odpowiedź)

- a/ do własnego księgozbioru  
 b/ do biblioteki we własnej instytucji  
 c/ do biblioteki najbliższej Akademii Medycznej  
 d/ do znajomych specjalistów  
 e/ inne.....

17. Proszę wymienić tytuły czasopism fachowych i opracowań, które czyta Pani/Pan regularnie:

a/ czasopisma fachowe:.....

b/ inne opracowania. (np. dokumenty instytucji rządowych lub opracowania organizacji pozarządowych).....

18. W jaki sposób chciałby Pani/Pan dowiadywać się o fachowych nowościach wydawniczych? (1 odpowiedź)

- a/ specjalny biuletyn o nowościach wydawniczych dla menedżerów, wysyłany pocztą  
 b/ informacja na łamach czasopisma przeznaczonego dla kadry kierowniczej  
 c/ na specjalnej, przeznaczonej do tego internetowej stronie www  
 d/ informacja przesyłana pocztą elektroniczną  
 e/ inne, proszę podać jak.....

19. Czy zleciłaby Pani/Pan bibliotekarzowi poszukanie publikacji/opracowań, na poparcie Pani/Pana decyzji ?

- a/ tak (proszę przejść do pytania nr 21)     b/ nie



20. Jeżeli odpowiedział Pan/i nie, to dlatego, że (1 najistotniejszy powód)

- a/ zwykle brak bibliotekarzom odpowiedniej wiedzy  
 b/ przeważnie byłoby mi trudno wyjaśnić, czego szukam  
 c/ uważam, że sam(a) robię to najskuteczniej  
 d/ inne, proszę podać dlaczego.....

21. Czy uważa Pani/Pan, że aktualizacja własnej wiedzy to prywatna sprawa pracowników?

- a/ tak     b/ nie, pracodawca powinien im to ułatwić     c/ nie mam zdania

22. Czy w Pani/Pana instytucji jest biblioteka naukowa? (Można wybrać tylko 1 odpowiedź)

- a/ tak  
 b/ nie, została zlikwidowana  
 c/ nie, nigdy nie było  
 d/ nie, ale będzie utworzona

23. Jeżeli biblioteka istnieje lub istniała, to w jakim stopniu zaspokaja/zaspokajała Pani/Pana potrzeby informacyjne?

Nie zaspokaja    0    1    2    ↔    3    4    5    w pełni

24. Czy w Pani/Pana instytucji jest zatrudniony bibliotekarz/pracownik informacji naukowej? (1 odpowiedź)

- a/ jest  
 b/ nie, był ale został zredukowany  
 c/ nie, nigdy nie było  
 d/ nie, ale ma być zatrudniony

25. Czy w Pani/Pana instytucji pracownicy mają dostęp do internetu?  a/ tak  b/ nie

26. Czy potrzebuje Pani/Pan w swojej instytucji ułatwień w dostępie do publikacji i analiz, np.: (można wybrać dowolną liczbę odpowiedzi)

- a/ biblioteka z aktualnym zbiorem książek, czasopism, opracowań, baz  1.tak  2.nie  
b/ pracownik (zespół) odszukujący analizujący i dokonujący zestawień piśmiennictwa  1.tak  2.nie  
c/ własny serwis informacji bieżącej (prawo, rozporządzenia MZ itp.)  1.tak  2.nie  
d/ zewnętrzny serwis informacji bieżącej  1.tak  2.nie

27. Czy bibliotekę i/lub serwis informacyjny powinien prowadzić specjalista w dziedzinie informacji naukowej?

- a/ tak  b/ nie, może to być odpowiednio przeszkolony pracownik  c/ .nie mam zdania

28. Czy korzysta Pani/Pan z internetu?  a/ tak  b/ nie

29. Jeżeli nie korzysta Pani/Pan z internetu, to jakie są najważniejsze przeszkody? (dowolna liczba odpowiedzi)

- a/ brak własnego komputera  
 b/ brak łącza internetowego  
 c/ brak czasu na to aby samemu przeglądać strony internetowe  
 d/ brak potrzebnych umiejętności  
 e/ koszty eksploatacji

30. Jeżeli korzysta Pani/Pan z internetu, to czego najczęściej Pani/Pan poszukuje?

31. Czy byłaby Pani/Pan zainteresowany stałym uzyskiwaniem bieżących materiałów (prawnych, administracyjnych, statystycznych) z Ministerstwa Zdrowia przez internet, w ramach projektu "Extranet w Ochronie Zdrowia"?

- a/ tak  b/ nie  c/ .nie mam zdania

32. Czy byłaby Pani/Pan gotów ponieść koszty takiego przedsięwzięcia (koszt komputera i oprogramowania, roczna opłata za połączenie sztywnym łączem, zatrudnienie lub oddelegowanie osobę do tych zadań)

- a/ tak  b/ nie  c/ nie mam zdania

33. Czy kiedykolwiek dla potrzeb pracy zawodowej korzystała Pani/Pan sam lub zlecał/a przeszukanie elektronicznych baz piśmiennictwa naukowego? (można zakreślić równocześnie odpowiedzi 1 i 2)

- |                                 |  |   |                                |
|---------------------------------|--|---|--------------------------------|
| a/ Polska Bibliografia Lekarska | <input type="checkbox"/> 1.tak, sam przeszukiwałem | <input type="checkbox"/> 2.tak, zlecałem przeszukanie | <input type="checkbox"/> 3.nie |
| b/ Medline                      | <input type="checkbox"/> 1.tak, sam przeszukiwałem | <input type="checkbox"/> 2.tak, zlecałem przeszukanie | <input type="checkbox"/> 3.nie |
| c/ Embase                       | <input type="checkbox"/> 1.tak, sam przeszukiwałem | <input type="checkbox"/> 2.tak, zlecałem przeszukanie | <input type="checkbox"/> 3.nie |
| d/ Current Contents             | <input type="checkbox"/> 1.tak, sam przeszukiwałem | <input type="checkbox"/> 2.tak, zlecałem przeszukanie | <input type="checkbox"/> 3.nie |
| e/ Cochrane Library             | <input type="checkbox"/> 1.tak, sam przeszukiwałem | <input type="checkbox"/> 2.tak, zlecałem przeszukanie | <input type="checkbox"/> 3.nie |
| f/ HealthStar                   | <input type="checkbox"/> 1.tak, sam przeszukiwałem | <input type="checkbox"/> 2.tak, zlecałem przeszukanie | <input type="checkbox"/> 3.nie |

34. Czy uczestniczy Pani/Pan w zebraniach i dyskusjach naukowych w swojej instytucji?

- a/ tak  b/ nie  c/ nie ma takich zebrań

35. Jakiej informacji brakuje Pani/Panu najbardziej do pełnienia Pani/Pana funkcji?

(Proszę zaznaczyć maksymalnie 4 odpowiedzi)

- a/ o pracach i planach władz zdrowotnych  f/ zasad finansowania opieki zdrowotnej  
 b/ o lokalnych priorytetach zdrowotnych  g/ o skuteczności i kosztach programów zdrowotnych  
 c/ lokalnych danych epidemiologicznych  h/ o skuteczności technologii medycznych i leków  
 d/ o lokalnym rynku usług zdrowotnych  i/ aktualnych aktów prawnych i projektów ustaw  
 e/ standardów postępowania medycznego  j/ inne, proszę podać.....

36. Co najbardziej utrudnia Pani/Panu korzystanie z opracowań naukowych ?(Proszę zaznaczyć maksymalnie 4 odpowiedzi)

- a/ brak pieniędzy na zakup książek, czasopism, baz  f/ nieumiejętność korzystania z baz komputerowych  
 b/ brak czasu  h/ nieumiejętność oceny wiarygodności wyników  
 c/ brak aktualnej informacji o nowościach wydawniczych  i/ oddalenie od dobrej biblioteki naukowej  
 d/ słaba znajomość języków obcych  j/ inne.....  
 e/ brak dostępu do internetu

37. Czytając publikacje w fachowych czasopismach: (proszę zaznaczyć 1 odpowiedź)

- a/ przeważnie ufam temu co czytam  b/ przeważnie nie ufam temu co czytam

38. Proszę powiedzieć w jaki sposób weryfikuje Pani/Pan przeczytane informacje najczęściej?

(można wybrać tylko 1 odpowiedź)

- a/ rozmawiam na ten temat z kolegami po fachu  
 b/ sam analizuję metodę i wnioskowanie zawarte w artykule  
 c/ szukam potwierdzenia wniosków w innych publikacjach  
 d/ pytam o zdanie eksperta  
 e/ inne.....

39. Czy według Pani/Pana w ochronie zdrowia w Polsce stosuje się postępowanie niezgodne z obecną wiedzą (przestarzałe lub o wątpliwej skuteczności)?

- a/ często  b/ rzadko  c/ bardzo rzadko  d/ nie zdarza się to  e/ nie mam zdania  
↓ ↓ ↓ Jeżeli zaznaczona została odpowiedź d/ lub e/, proszę przejść do pytania nr 40

40. Jak Pani/Pan sądzi, czym jest to głównie spowodowane? (proszę zaznaczyć maksymalnie 3 odpowiedzi)

- a/ brakiem aktualnych wytycznych postępowania,  
 b/ trudnym dostępem do rzetelnej informacji  
 c/ pracownicy nie są motywowani aby aktualizować swoją wiedzę  
 d/ wpływem firm produkujących leki, sprzęt  
 e/ brakiem środków na nowoczesną aparaturę i procedury  
 f/ blokowaniem przez zwierzchników możliwości kształcenia personelu  
 g/ inne, proszę podać .....

41. Czy chciałaby Pani/Pan uczestniczyć w szkoleniu dotyczącym: (można zakreślić dowolną liczbę odpowiedzi)

- a/ krytycznej analizy publikacji naukowych  1.tak  2.nie  
b/ metod badawczych  1.tak  2.nie  
c/ korzystania z komputerowych baz danych  1.tak  2.nie  
d/ planowania programów zdrowotnych  1.tak  2.nie  
e/ monitorowania jakości świadczonych usług  1.tak  2.nie

42. Czy jest informacja, do której chciałaby Pani/Pan mieć bezpośredni dostęp komputerowy, nie korzystając z pośredników?

- a/ tak  b/ nie  c/ nie mam zdania  
(Jeżeli odpowiedź jest "nie" lub "nie mam zdania" proszę przejść do pytania nr 44)

43. Jakiego rodzaju są to informacje?

.....

44. Czy kiedykolwiek prowadziła Pani/Pan badania naukowe lub uczestniczyła w tego rodzaju pracach?

- a/ tak  b/ nie

45. Czytając naukowy artykuł najczęściej chciałby Pani/Pan : (proszę wybrać maksymalnie 3 odpowiedzi)

- a/ aby był w nim pełny opis badania/analizy, bez komentarza  
 b/ aby artykułowi towarzyszył krytyczny komentarz specjalisty  
 c/ aby wnioski z badań były podane jako konkretne zalecenia i instrukcje  
 d/ aby były to syntetyczne opracowanie wyników specjalnie napisane dla osób zarządzających  
 e/ aby był to artykuł popularyzujący wiedzę



55. Ile godzin w tygodniu poświęca Pani/Pan pracy zawodowej  
 a/ mniej niż 40    b/ 40-45    c/ 46-55    d/ powyżej 55

56. Ile lat zajmuje Pani/Pan kierownicze stanowisko w sektorze ochrony zdrowia?  
 a/ 1-5    b/ 6-10    c/ 11-15    d/ ponad 15

57. Posiadany stopień naukowy    a/ nie mam    b/ specjalizacja II stopnia    c/ doktorat    d/ habilitacja

58. Wiek:    a/ 25-35    b/ 36-45    c/ 46-55    d/ 56-65

59. Płeć:    a/ mężczyzna    b/ kobieta

60. Ukończone studia:  
 a/ medyczne/stomatologiczne    b/ pielęgniarские    c/ ekonomiczne    d/ prawo    e/ inne.....

61. Studia/kursy podyplomowe :  
a/ zarządzanie w opiece zdrowotnej    1.tak    2.nie  
b/ promocja zdrowia i/lub edukacja zdrowotna    1.tak    2.nie  
c/ inne, jakie.....

62. Znajomość:

a/ metodologii badań naukowych

1.nie znam    2.znam słabo    3.znam    4.znam dobrze    5.znam b. dobrze

b/ języka zachodniego

1.nie znam    2.znam słabo    3.znam    4.znam dobrze    5.znam biegle

c/ korzystania z baz komputerowych

1.nie umiem    2.radzę sobie    3.umiem    4.umiem dobrze    5.umiem b. dobrze

63. Ilość godzin w tygodniu poświęconych na samokształcenie

a/ mniej niż 1 godzina    b/ 1-2 godzin    c/ 3-5 godzin    d/ ponad 5 godzin

64. Województwo:.....

---

Bardzo dziękujemy za wypełnienie ankiety i prosimy o odesłanie jej na adres:  
Zakład Informacji Naukowej Instytutu Zdrowia Publicznego CM UJ, 31-531 Kraków, ul. Grzegórzecka 20



**Pytania do wywiadu z przedstawicielami  
Ministerstwa Zdrowia**

# Pytania do wywiadu z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia

1. Jakie aktualne dokumenty mówią o kierunkach polityki zdrowotnej państwa?
2. Kto i w jaki sposób informuje o celach polityki zdrowotnej i sposobach ich realizacji?
3. Jak należy ocenić działalność informacyjną Ministerstwa Zdrowia?
4. Jakie struktury (ew. stanowiska, funkcje) istnieją (lub mają być powołane), aby informować o kierunkach polityki zdrowotnej, prowadzonych przez MZ działaniach, programach itp.?
5. Czy według Pana dla potrzeb realizowania NPZ powinien istnieć specjalny system informowania np. strona internetowa, specjalne czasopismo, specjalny centralny ośrodek?
6. Czy powołana w 1995 Komisja Wspólna ds. Przeciwdziałania Zagrożeniom Zdrowia, prowadzi działalność informacyjną?
7. Czy zostanie powołany Krajowy Ośrodek Promocji Zdrowia. Jakiego byłoby jego zadanie. Gdzie jest jego miejsce w łańcuchu informowania o sposobach realizacji celów zdrowotnych?
8. Czy MZ lub inne centralne instytucje inicjuje teraz lub finansują prace nad systemami informowania w opiece zdrowotnej, a także prace wspomagające np. tworzenie baz, słowników itp.?
9. Czy MZ ma konkretne plany i projekty służące rozpowszechnianiu informacji naukowej w systemie ochrony zdrowia? Jakiego rodzaju informacji dotyczą? Czy myśli się o informacji celowanej do osób zarządzających?
10. Czy MZ zleca badania naukowe dotyczące np. przebiegu i efektów programów zdrowotnych i kampanii zdrowotnych. Czy prowadzone są badania dotyczące skuteczności działań informacyjnych?
11. Czy MZ ma plany i propozycje odnośnie poprawy tzw. ustawicznej edukacji profesjonalistów w opiece zdrowotnej?
12. Czy Ministerstwo podejmuje działania ułatwiające profesjonalistom w dziedzinie ochrony zdrowia (lekarzom, pielęgniarkom, menedżerom) dostęp do informacji naukowej?
13. W czyjej gestii jest usprawnienie działalności Głównej Biblioteki Lekarskiej i unowocześnienie bazy zawartości czasopism medycznych – Polskiej Bibliografii Lekarskiej? Czy są takie projekty?

