

Dr Zbigniew Kopociński



Dr Krzysztof Kopociński



Prof. dr hab.
Czesław Jeśman

Łódź – UM

WOJSKOWA OPIEKA DUSZPASTERSKA W GARNIZONIE ŻARY, W TYM W 105. KRESOWYM SZPITALU WOJSKOWYM Z PRZYCHODNIĄ W LATACH 1947-2015

Abstract

In the years 1947-2015 in Żary garisson the chaplain's service was performed by 28 officers-priests. They also took care of the staff and patients of the local Garrison Hospital (now 105th Borderlands Military Hospital with an Outpatient Clinic). The first of them cpt. Wiktor Zabiegło arrived on August 31, 1947, the last lt. col. dr. Stanisław Błądek completed duties in early 2015. Among the chaplains were representatives of the land forces, the navy, commando from the Grom unit, front soldiers from World War II and fighting against Ukrainian bandits from UPA, participants in war missions in Syria, Kosovo, Iraq and Afghanistan. In 2015, due to the translocation to Żagań of the last military unit stationed in Żary, it was decided to liquidate the local Military Parish.

Streszczenie

W garnizonie Żary w latach 1947-2015 służbę kapelana pełniło 28 oficerów-księży. Obejmowali oni swą opieką także personel i pacjentów miejscowego Szpitala Garnizonowego (obecnie pod nazwą 105. Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią). Pierwszy z nich kpt. Wiktor Zabiegło przybył w dniu 31 sierpnia 1947 roku, ostatni ppłk dr Stanisław Błądek zakończył obowiązki na początku 2015 roku. Wśród kapelanów byli reprezentanci wojsk lądowych, marynarki wojennej, komandos GROM-u, żołnierze frontowi z czasów II wojny światowej i zwalczający ukraińskich bandytów z UPA, uczestnicy misji wojennych w Syrii, Kosowie, Iraku czy Afganistanie. W 2015 roku, w związku z translokacją do Żagania ostatniej stacjonującej w Żarach jednostki wojskowej, podjęto decyzję o likwidacji miejscowej Parafii Wojskowej.

Powszechnie wiadomo, iż stan psychiczny i nastawienie pacjenta do podjętych przez lekarzy działań diagnostyczno-terapeutycznych mają ogromne znaczenie dla rezultatów leczenia. Chorzy pozytywnie nastrojeni i będący w dobrej kondycji psychicznej

rokują znacznie lepiej niż ci negatywnie odbierający wszelkie starania personelu medycznego. Otwiera się tu ogromne pole do działania zarówno profesjonalnych psychoterapeutów, jak i kapelanów, którzy w różny oczywiście sposób starają się wspomóc siły psychiczne cierpiących ludzi. W przypadku osób głęboko wierzących, bywa iż duchowni odgrywają nawet rolę pierwszoplanową, doświadczony kapłan potrafi wspomóc duchowo ciężko chorego człowieka i zmobilizować do czynnego uczestnictwa w walce o zdrowie. Gdy schorzenie okazuje się silniejsze od współczesnej medycyny, jest człowiekiem niosącym ostatnią posługę, ukojenie i uspokojenie dla wierzących odchodzących z tego świata. Umożliwienie uczestniczenia nawet osób mocno wyniszczonych chorobą we mszy świętej, możliwość odbycia przez nich spowiedzi czy przyjęcia komunii jest niezwykle potrzebna i ważna.

Już w okresie II Rzeczypospolitej istniała dobrze zorganizowana i sprawnie działająca struktura wojskowego duszpasterstwa rzymsko-katolickiego (ale także innych wyznań), obejmująca także swą pieczą istniejące wówczas wojskowe zakłady lecznicze. Na jej czele stał Biskup Polowy Stanisław Gall (1865-1942), który był przełożonym dziesięciu dziekanów - szefów Duszpasterstw DOK (Dowództwo Okręgu Korpusu) podzielonych na trzy rejony duszpasterskie. Proboszczowie wojskowi czyli administratorzy rzymsko-katolickich parafii dzierżyli na swych barkach główne zadania. We wszystkich jednostkach, oddziałach i formacjach zlokalizowanych na podległym im terenie sprawowali faktyczną opiekę religijną nad żołnierzami, jak również rodzinami wojskowymi, osobami cywilnymi zatrudnionymi w instytucjach wojskowych oraz jeńcami wojennymi. W okresie międzywojennym istniało dziesięć wojskowych szpitali okręgowych, każdy z nich posiadał w etacie kapelana (stopień etatowy kapitan). Na liście jego głównych obowiązków można wymienić: otoczenie opieką religijną i duszpasterską całej załogi szpitala oraz pacjentów, udzielanie chrztu dzieciom (których rodzice należeli do parafii wojskowej), władza słuchania spowiedzi oraz udzielanie sakramentu eucharystii, celebracja pogrzebów żołnierzy i ich rodzin. W tym czasie istniał pewien konflikt interesów w polskim kościele, gdyż cywilni biskupi nie pałali wielką chęcią oddelegowywania „swoich" księży do służby wojskowej, co skutkowało poważnymi brakami kadrowymi i wakatami na różnych stanowiskach. W przypadku braku etatowego kapelana w szpitalu jego obowiązki, w miarę swoich skromnych możliwości, musiał sprawować miejscowy proboszcz parafii wojskowej (stopień etatowy podpułkownik), co było dość trudne do właściwego zrealizowania w praktyce[1].

Należy zawsze pamiętać, że po odzyskaniu niepodległości w 1918 roku II Rzeczpospolita była krajem wielonarodowym, posiadającym w swej strukturze demograficz-

[1] Zofia Waszkiewicz: Duszpasterstwo w Siłach Zbrojnych Drugiej Rzeczypospolitej (1918-1939), Toruń, Wydawnictwo Adam Marszałek, 2000, s. 120-131; Andrzej Czesław Żak: Pierwszy Biskup Polowy Wojska Polskiego. Arcybiskup Stanisław Gall (1865-1942), Warszawa, Wydawnictwo Archidiecezji Warszawskiej, 1994, s. 21-35

nej liczebne grupy mniejszości narodowych (Żydzi, Białorusini, Rusini zwani później Ukraińcami, Rosjanie, Niemcy), a co się z tym wiąże znaczącą reprezentacją osób wyznań innych niż rzymsko-katolickie. Dla zaspokojenia ich potrzeb religijnych utworzona była odpowiednia struktura duszpasterstw: mojżeszowego, prawosławnego, ewangelicko-augsburskiego, ewangelicko-reformowanego i unijnego. W ciągu dwudziestu lat istnienia niepodległej Polski wszystkie organizacje wyznaniowe w ramach Wojska Polskiego okrzepły, wykształciły zastęp profesjonalnych i ofiarnych duchownych-oficerów i stanowiły trwałą część armii.

Rezultatem II wojny światowej, w szczególności haniebnych traktatów w Jałcie i Poczdamie, była zgoda naszych „wielkich sojuszników" USA i Wielkiej Brytanii, wydana z pogwałceniem praw legalnego Rządu RP, na pozbawienie Polski (swojego najwierniejszego sojusznika, walczącego na wszystkich frontach od pierwszego do ostatniego dnia II wojny) dużej części terytorium oraz de facto polityczne podporządkowanie, wraz z całą środkową Europą, Stalinowi i sowieckiej Rosji. Powstające od 1943 roku w ZSRR oddziały Wojska Polskiego miały zaświadczać światowej opinii publicznej, że duża część Polaków chce dobrowolnie współpracować z komunistami. Ich struktura wzorowana była na Armii Czerwonej, jednak dla uwiarygodnienia w oczach polskiego społeczeństwa Stalin zgodził się na obecność w szeregach kapelanów (w sowieckim wojsku było to nie do pomyślenia). Szczególnie mocno należy podkreślić, że Polacy przybywający do organizowanej w Sielcach 1. Dywizji Piechoty im. T.Kościuszki to zesłańcy, którzy przebywając na katordze w najdalej położonych łagrach, strojbatach czy więzieniach najdłużej cierpieli niedolę na „nieludzkiej ziemi" i nie zdążyli już do armii gen. W.Andersa. Oni na własnej skórze poznali dogłębnie wszelkie „dobrodziejstwa" władzy radzieckiej i nawet najzdolniejszemu politrukowi byłoby niezwykle ciężko przekonać tych ludzi do systemu tam panującego. Jednak należy pamiętać, że dla tych skrajnie już wyniszczonych ludzi Wojsko Polskie organizowane przez płk. Zygmunta Berlinga (1896-1980) i Związek Patriotów Polskich (ZPP) było jedyną szansą ucieczki, zachowania życia i powrotu do kraju. Bardzo wielu zginęło podczas walk z Niemcami i nigdy nie powróciło do swego rodzinnego domu. Po przemianach społecznych roku 1989 żołnierze ci zaczęli być traktowani bardzo niesprawiedliwie, wręcz skandaliczne były niektóre zachowania wybranych przedstawicieli „elit politycznych". Należy zrozumieć, że każdy polski żołnierz walczący po stronie koalicji antyhitlerowskiej na różnych frontach II wojny światowej jest godzien szacunku. Trudno to zapewne zrozumieć komuś, kto nigdy nie znalazł się w strefie działań wojennych i nie ryzykował utraty własnego życia, dla ludzi w mundurach jest to zapewne oczywiste.

Pojawienie się wśród polskich żołnierzy w ZSRR wojskowych kapelanów było niezwykle ważnym i radosnym wydarzeniem, choć początkowo byli oni traktowani bardzo nieufnie i z ogromnym dystansem, gdyż ex-łagiernicy przyzwyczajeni byli do

prowokacji i iście szatańskich intryg NKWD. Kapelani stawali się prawdziwymi duchowymi przewodnikami swych żołnierzy dopiero po upływie dłuższego czasu, który sprzyjał bliższemu poznaniu i przełamywaniu bariery nieufności, poprzez codzienne rozmowy z żołnierzami i dzielenie wspólnego frontowego losu. Ogromnym problemem był fakt, że przełożeni oddziałów wojskowych organizowanych pod kuratelą ZPP w ZSRR nie uznawali Rządu RP w Londynie i dowództwa Polskich Sił Zbrojnych na Zachodzie, a co się z tym wiąże zwierzchności nad kapelanami ich jednostek Biskupa Polowego Józefa Gawliny (1892-1964). Stanowiło to niezwykle istotną trudność, jednakże ze względu na dobro służących tam żołnierzy, którzy potrzebowali wszak opieki duszpasterskiej, zdecydowano się na pośrednie rozwiązanie: prawnym źródłem jurysdykcji kapelanów wojskowych pozostali biskupi diecezjalni, na terytorium których pełnili posługę kapłańską[2].

W czasie formowania I Armii Wojska Polskiego jej opieka duszpasterska funkcjonowała na zasadzie „prawa obyczaju" z okresu II Rzeczpospolitej, nie ustanowiono żadnych nowych norm prawnych oraz struktury organizacyjnej. Przełożonymi kapelanów byli ich bezpośredni dowódcy oraz dowódca Polskich Sił Zbrojnych w ZSRR. Główny Wydział Duszpasterstwa Wojska Polskiego (GWD WP) powstał dopiero 9 października 1944 roku na mocy rozkazu nr 47 gen. Michała Roli-Żymierskiego, zarządzał nim Generalny Dziekan WP podlegający Naczelnemu Dowódcy. Funkcję tę objął kapelan 1 Dywizji Piechoty im. T.Kościuszki ks. Wilhelm Kubsz (1911-1978), którego z dniem 30 stycznia 1945 roku zmienił ks. Stanisław Warchałowski (zawodowy kapelan armii polskiej z okresu dwudziestolecia międzywojennego, był m.in. kapelanem 2. Szpitala Okręgowego w Chełmie). Do podstawowych obowiązków Generalnego Dziekana WP należał nadzór nad pracą wszystkich podległych duchownych, wnioskowanie w sprawie awansów, odznaczeń, przeniesień czy zwolnień ze służby.

W dniu 24 października 1944 roku ukazał się rozkaz nr 70 Naczelnego Dowódcy WP, w którym w sposób szczegółowy określono strukturę, stopnie wojskowe i etaty duszpasterstwa. W etacie GWD WP wyróżniano trzech księży: dziekan generalny (stopień etatowy: płk/gen. bryg.), jego zastępca (stopień etatowy: płk), kierownik kancelarii (stopień etatowy: mjr) oraz jednego oficera i sześciu szeregowców. W duszpasterstwie armii odpowiednio dwóch księży: dziekan (stopień etatowy: ppłk/płk), wikary (stopień etatowy: kpt.), trzech szeregowców; w korpusie także dwóch księży: dziekan (stopień etatowy: mjr), ksiądz pomocnik (stopień etatowy: kpt.), dwóch szeregowców. Na etacie dywizji tylko jeden ksiądz: proboszcz (stopień etatowy: kpt./mjr), dwóch szeregowców; podobnie w brygadzie: starszy kapelan (stopień etatowy: kpt.), dwóch szeregowców. W pułkach, samodzielnych jednostkach szkolnych i szpitalach również etatowo był tylko jeden kapelan (stopień etatowy: kpt.) i jeden szeregowiec. Z upły-

[2] Janusz Odziemkowski: Służba Duszpasterska Wojska Polskiego 1914-1945, Warszawa, wyd. Bellona, 1998, s. 192-200

wem czasu władze stopniowo redukowały i tak szczupłe etaty duszpasterstw, co miało w konsekwencji służyć praktycznemu wyrugowaniu religii z życia żołnierzy. Należy jednak podkreślić, iż większość kapelanów w trakcie codziennej służby stosowała się głównie do zaleceń swoich przełożonych fachowych, w znacznie mniejszym stopniu wojskowych, czego rezultatem było organizowanie życia wiernych w zgodzie z polską tradycją i zasadami wiary[3].

W lipcu 1944 roku na 42 etaty kapelanów w I Armii Wojska Polskiego, było 33 wakaty. Ogromne braki kadrowe w duszpasterstwie wojskowym wynikały zarówno z niechęci biskupów do oddawania swoich podwładnych w szeregi WP (które wszak nie uznawało zwierzchności Biskupa Polowego Józefa Gawliny), jak i obawy samych księży przed indoktrynacją i sowietyzacją w armii.

W momencie formowania się 8. Polowego Ruchomego Szpitala Chirurgicznego II Armii WP w październiku 1944 roku w etacie placówki nie było kapelana. Należy jednak zauważyć, że jeden z pierwszych rozkazów dziennych zakładu (Roz.Dz. nr 2 z 2 listopada 1944 roku) oficjalnie przewidywał modlitwę poranną żołnierzy w godz. 8.30-8.45. Taki sposób rozpoczynania zajęć był niewątpliwie jawnym nawiązaniem do zasad obowiązujących w WP II RP. Można się jedynie domyślać, że mimo braku „swojego" kapelana potrzeby religijne i duchowe pacjentów oraz personelu były zaspokajane dzięki przychylności i uczynności miejscowych księży w miejscu aktualnego stacjonowania placówki. W 1947 roku, czyli już dwa lata po zakończeniu wojny, w Kronice Szpitala Garnizonowego w Żarach pojawił się opis sposobu celebracji Świąt Wielkanocnych. Ówczesnym komendantem tej placówki był mjr lek. Bronisław Seyda (1912-2008), jeden z trzech najwybitniejszych w historii dowódców tego szpitala, obok ppłk. lek. Teofila Ziemskiego (1914-2004) i płk. lek. Józefa Błaszczyka (1929-2012). W niedzielę Wielkanocną zarządził on przygotowanie specjalnej sali na Oddziale Chirurgicznym, w której cywilny ksiądz dziekan Bilski odprawił nabożeństwo rezurekcyjne, po czym uczestniczył w uroczystym śniadaniu świątecznym dla personelu i pacjentów[4].

Doniosłym wydarzeniem w dziejach duszpasterstwa wojskowego w Żarach było przybycie w dniu 31 sierpnia 1947 roku do 11 Dywizji Piechoty kpt. ks. Wiktora Zabie-

[3] Ibidem, s. 192-200

[4] Archiwum 105. KSzWzP SPZOZ: KSG, s. 11-15, 127; Janusz Odziemkowski: Służba Duszpasterska ...,op. cit., s. 192-200; Krzysztof Kopociński, Zbigniew Kopociński, Czesław Jeśman: Lekarze szpitala wojskowego w Żarach. Żary, wyd. Uniwersytet Medyczny w Łodzi, 2014, s. 52, 352, 456; Zbigniew Kopociński, Krzysztof Kopociński, Czesław Jeśman: Lekarz wojskowy o duszy artysty- płk dr n. med. Teofil Tadeusz Ziemski (1914-2004). Lekarz Wojskowy, 2016, t. 94, nr 2, s. 214-218; Zbigniew Kopociński, Krzysztof Kopociński, Czesław Jeśman: Płk dr med. Bronisław Seyda (1912-2008) - lekarz, oficer, historyk medycyny. W: Wybrane problemy historii medycyny. Pięć perspektyw, pod red. A.Magowska, K.Pękacka-Falkowska, Poznań, Wyd. Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. K.Marcinkowskiego, 2017, s. 309-313

gło. Objął on w zarząd miejscowy Kościół Garnizonowy, a jednocześnie roztoczył swą opiekę nad miejscowym Szpitalem Garnizonowym. Na początku 1945 roku podczas walk o zdobycie Sorau (niemiecka nazwa Żar), a następnie w wyniku działalności różnego rodzaju szabrowników świątynia uległa znacznej dewastacji: mocno uszkodzony dach i instalacja elektryczna, powybijane szyby.

Warto podkreślić, że żarski Kościół Garnizonowy został zorganizowany w zabytkowej świątyni franciszkanów wybudowanej w stylu gotyckim w 1274 roku. W 1549 roku wielki pożar strawił znaczną jej część. Jej restaurację przeprowadził Elias Scheffler dopiero w 1701 roku, rok później funkcjonowała już jako Kościół p.w. św. Piotra i Pawła. Zachodzące w Niemczech przemiany dotyczące życia społecznego i religijnego spowodowały, że w 1873 roku świątynię przejęła miejscowa gmina luterańska. Odkryte w 1969 roku, podczas remontu prezbiterium, archiwalne fotografie (zamurowane w kasetce w ołtarzu) z 1928 roku pięknie ukazują ówczesny wystrój wnętrza. Zabytkowy obiekt o powierzchni zabudowy 600m², kubaturze 7054m³, wysokości 25m, z ceglano-kamiennymi fundamentami, zdewastowany w 1945 roku i wymagający renowacji, stanowił duże wyzwanie dla nowego gospodarza.

Kpt. ks. Zabiegło, ze względu na bardzo skromne możliwości finansowe, skupił się przede wszystkim na zabezpieczeniu kościoła przed dalszym niszczeniem. W tym celu zorganizował naprawę dachu świątyni i instalacji elektrycznej oraz oszklenie wszystkich okien, co zabrało dwa lata. Czas trwania tego remontu może wydawać się dość długi, lecz trzeba pamiętać, że ks. W.Zabiegło był sam i nie posiadał zastępcy, a przecież musiał sprawować normalne obowiązki kapelana: odprawiać msze święte, udzielać sakramentu chrztu etc., więc z całą pewnością nie mógł narzekać na brak pracy[5].

Obecność w Żarach tego wojskowego kapelana wywarła także wpływ na możliwość rozwoju opieki duszpasterskiej w miejscowym Szpitalu Garnizonowym. W budynku nr 7, nad Izbą Przyjęć, zorganizowano małą kaplicę szpitalną, której elementy wyposażenia zostały zarekwirowane z kaplicy żarskiego Cmentarza Ewangelickiego (ławki i niewielki ołtarz). Personel i pacjenci mieli tam możliwość, co dwa tygodnie, uczestniczyć we mszy świętej. W przypadkach pilnych (in articulo vel periculo mortis) pracownicy szpitala mogli wezwać kapelana za pośrednictwem komendy miasta[6].

Sytuacja diametralnie zmieniła się na przełomie lat 1940./1950., czyli najbardziej ponurym i krwawym okresie stalinowskiego terroru w Polsce. Więzienia i areszty zapełniły się byłymi żołnierzami Armii Krajowej czy Polskich Sił Zbrojnych na Zachodzie. Obóz władzy bezwzględnie zwalczał także wszelkie instytucje kościelne, brutalnie prześladowani byli księża i wierni, zdarzały się przypadki mordów politycznych.

[5] Archiwum Parafii Wojskowej w Żarach: Kronika Kościoła Garnizonowego w Żarach (1961-1978), s. 1-5, 19; Archiwum 105. KSzWzP SPZOZ: KSG, s. 163

[6] Archiwum 105. KSzWzP SPZOZ: KSG, s. 163

Symbolem dramatu tego czasu było internowanie w 1953 roku Prymasa Polski Stefana kardynała Wyszyńskiego (1901-1981).

„Cum tacent, clamant" – przez cały ten okres w materiałach archiwalnych 105. Wojskowego Szpitala Garnizonowego brak jest najmniejszej wzmianki o posłudze kapłańskiej czy nabożeństwach świątecznych w placówce. Nie oznacza to oczywiście, że kapelani garnizonu całkowicie zaprzestali swej działalności duszpasterskiej. Musieli jednak ją prowadzić bardzo ostrożnie, także w wojskowym zakładzie leczniczym, w sposób najmniej rzucający się w oczy władzom bezpieczeństwa i ich tajnym współpracownikom. W tym najtrudniejszym okresie duchowni służyli w stolicy polskich Łużyc średnio 2-3 lata, po czym przenoszono ich do innych garnizonów, często bardzo odległych. Warto szczególnie podkreślić, że w latach 1951-1952 posługę kapłańską w mieście pełnił mjr ks. Franciszek Wojtyło. Był to frontowy kapelan 9. Brygady Artylerii Przeciwpancernej II Armii WP, który zasłynął w 1945 roku w walkach pod miejscowością Niesky, gdy na czele sześciu żołnierzy powstrzymywał atak przeważających sił niemieckich. Bezpośrednio po zakończeniu wojny uczestniczył w walkach z ukraińskimi bandytami z OUN-UPA (Organizacja Ukraińskich Nacjonalistów-Ukraińska Powstańcza Armia), którzy dokonali okrutnego ludobójstwa ludności polskiej na południowo-wschodnich kresach RP. Była to osoba dysponująca niezbędną odwagą i hartem ducha, by stawić czoła złu w tym niezwykle trudnym okresie polskiej historii[7].

Dopiero lata 1970. przyniosły pewną normalizację stosunków na linii Państwo-Kościół. Ówcześni kapłani idąc śladem swych poprzedników, poza działalnością duszpasterską starali się w administrowanym Kościele Garnizonowym prowadzić także zaawansowane prace remontowo-budowlane. W tym czasie doskonale rozwijała się współpraca parafii ze szpitalem wojskowym, co było w dużej mierze osobistą zasługą ówczesnego komendanta 105. Wojskowego Szpitala Garnizonowego płk. lek. Józefa Błaszczyka. W wyniku podjętych przez niego decyzji pracownicy żarskiej lecznicy w 1972 roku dokonali remontu tarasu przed świątynią, zaś w latach 1974-1975 uczestniczyli w remoncie jej sufitu i montażu witraży. Spektakularnym sukcesem ekipy z wojskowej placówki była restauracja, tynkowanie i zabezpieczenie przed wilgocią kapliczki Matki Boskiej Częstochowskiej, co miało miejsce w czerwcu 1975 roku. W 1983 roku ówczesny kapelan mjr ks. Janusz Bąk dziękował fachowcom żarskiej lecznicy wojskowej za położenie w całej nawie głównej pięknej marmurowej posadzki, co było możliwe (jak podkreślał duchowny) tylko dzięki wsparciu komendanta szpi-

[7] Archiwum Parafii Wojskowej w Żarach: Kronika Kościoła Garnizonowego w Żarach (1961-1978), s. 1-5, 19; Janusz Odziemkowski: Służba Duszpasterska ...,op. cit., s. 198; Zbigniew Kopociński, Krzysztof Kopociński, Czesław Jeśman: Niezłomny kapelan sanatorium dla dzieci w Sobótce - ks. kpt. Józef Bełch (1909-1993), Forum Bibliotek Medycznych, 2016, r. 9, nr 1 (17), s. 492-497; http://www.ordynariat.opoka.org.pl/index.php./2015-04-16-11-57-34/proboszcz-kapelan-garnizon-rzeszow(dostęp 17.09.2017)

tala. Ukoronowaniem i zakończeniem prac remontowych było zawieszenie głównego żyrandola w kościele, co w lipcu 1985 roku wykonali szpitalni elektrycy. W grudniu 1986 roku ówczesny kapelan ks. Stanisław Rozpądek napisał w kronice znamienne słowa: „Komendant Szpitala - płk Błaszczyk przychylnie i mądrze dowodzi w sponsorowaniu kościoła”[8].

Warto zauważyć, iż mimo niezbyt sprzyjającej sytuacji politycznej kadra i pracownicy 105. Szpitala Wojskowego z Przychodnią starali się w rozmaity sposób wspierać Parafię Wojskową w Żarach. Większość kapelanów doceniała ich wysiłek i rewanżowała się, służąc pomocą i radą w bieżącej pracy szpitala oraz uświetniając swą obecnością wydarzenia szczególne w życiu placówki. Dobrym przykładem tego typu aktywności było uroczyste poświęcenie nowo otwartego Oddziału Okulistycznego, czego dokonał w dniu 17 listopada 1986 roku ks. Stanisław Rozpądek, po czym w Kościele Garnizonowym odprawił mszę świętą dla całego personelu.

Przemiany ustrojowe rozpoczęte w roku 1989 legły u podstaw nowego ułożenia stosunków na linii Państwo-Kościół, czego skutkiem były odpowiednie zmiany w Wojsku Polskim. Pion polityczny armii w dniu 1 stycznia 1990 roku przekształcono w aparat wychowawczy, którego jednym z zadań była partnerska współpraca z duchowieństwem. Wytyczne Szefa Głównego Zarządu Wychowawczego WP nr 10 z dnia 1 marca 1990 roku nakazywały utworzenie kaplic w szpitalach wojskowych, co było powrotem do modelu istniejącego w II RP i jeszcze w końcówce lat 1940. Warto podkreślić, że uroczyste otwarcie kaplicy szpitalnej 105. Szpitala Wojskowego z Przychodnią nastąpiło już w dniu 20 kwietnia 1990 roku. Od tego czasu miały miejsce liczne uroczystości religijne, co było wyrazem powrotu pewnej normalności. Piękną mszę świętą w intencji pracowników, lekarzy i służby medycznej Oddziału Otolaryngologii w dniu 24 kwietnia 2002 roku o godz. 12.30 w kaplicy szpitalnej odprawił ks. Waldemar Rawiński[9].

Każdego dnia kapelani otaczają opieką religijną i duszpasterską całą załogę szpitala oraz pacjentów, udzielają chrztu dzieciom, słuchają spowiedzi, udzielają sakramentu eucharystii. Nigdy nie brakuje ich, gdy organizowane są w placówce spotkania opłatkowe czy Wielkanocne. Są obecni również podczas tych najsmutniejszych uroczystości, gdy żegnani są na zawsze pracownicy zakładu. W Żarach wciąż pamiętany jest dzień 26 września 2012 roku, gdy ówczesny kapelan mjr ks. Tadeusz Gryglicki szedł na czele wielkiego konduktu żałobnego, a następnie poprowadził ceremonię pogrzebową byłego komendanta żarskiej lecznicy wojskowej płk. lek. Józefa Błaszczyka.

Symbolicznym wyrazem doceniania przez władze kościelne osiągnięć i stopnia poświęcenia dla ojczyzny pracowników służby zdrowia jest tablica pamiątkowa, którą

[8] Archiwum Parafii Wojskowej: Kronika Kościoła Garnizonowego w Żarach (1961-1978), s. 29-49; Kronika Kościoła Garnizonowego Żary (1981-1987), strony nienumerowane

[9] Archiwum Parafii Wojskowej: Kronika Kościoła Garnizonowego Żary (1981-1987), strony nienumerowane; Kronika Parafii Wojskowej Żary (1999-2005), s. 123

zawieszono we wnętrzu Kościoła Garnizonowego w 2007 roku a honorująca lekarzy wojskowych z 3. Szpitala Okręgowego w Grodnie i 9. Szpitala Okręgowego w Brześciu nad Bugiem, którzy zostali zamordowani na „na nieludzkiej ziemi" (jej pomysłodawcami, projektantami i fundatorami byli Krzysztof i Zbigniew Kopocińscy).

Parafia wojskowa w Żarach była wielokrotnie wizytowana przez Generalnego Dziekana WP płk. ks. Juliana Humeńskiego (1911-1994), który bardzo dobrze oceniał jej pracę, podobnie jak jego następca płk ks. Florian Klewiado (1935-2003). Kilkakrotnie przebywał także w Żarach Biskup Polowy WP gen. dyw. Tadeusz Płoski (1956-2010). W żarskiej lecznicy wojskowej odwiedzał oddziały szpitalne, odbywał spotkania z lekarzami i personelem oraz udzielał swego pasterskiego błogosławieństwa. Jeszcze niecałe trzy miesiące przed swoją śmiercią w katastrofie lotniczej pod Smoleńskiem, Jego Ekscelencja dokonał 29 stycznia 2010 roku uroczystego poświęcenia nowo otwartego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.

Kaplica 105. Kresowego Szpitala Wojskowego z Przychodnią usytuowana jest w podziemiach budynku nr 4, posiada podstawowy sprzęt i niezbędne umeblowanie oraz elementy wystroju religijnego, zawsze utrzymana w należytej czystości i porządku przez personel szpitala. Nabożeństwa odbywają się tu tylko sporadycznie, co związane jest ze specyfiką pracy szpitala i przekrojem leczonych pacjentów (duża część osób starszych, z kłopotami w samodzielnym poruszaniu się itp.)

W latach 1947-2015 swą posługę duchową w Parafii Garnizonowej w Żarach pełniło łącznie 28 kapelanów, w stopniu wojskowym od kapitana do podpułkownika. Wśród kapelanów byli reprezentanci wojsk lądowych, marynarki wojennej, komandos GROM-u, żołnierze frontowi z czasów II wojny światowej i walczący z bandami UPA, uczestnicy misji wojennych w Syrii, Kosowie, Iraku czy Afganistanie[10].

Ostatnim w historii kapelanem żarskiej Parafii Wojskowej był ppłk ks. dr Stanisław Błądek. Udzielił on swego znacznego wsparcia żarskiej lecznicy wojskowej podczas organizacji obchodów jubileuszu jej 70-lecia w 2014 roku. Uczestniczył w koncelebracji wspaniałej rocznicowej mszy świętej w dniu 3 października 2014 roku, którą poprowadził Jego Eminencja Henryk kardynał Gulbinowicz wraz z ks. bp. Stefanem Regmuntem. Obecność w żarskim Kościele Garnizonowym pw. Podwyższenia Krzyża Świętego jednego z najdostojniejszych żyjących polskich kapłanów, wielkiego syna Kresów Wschodnich, była olbrzymim wyróżnieniem i wyrazem szacunku dla wszystkich pokoleń tworzących szpital wojskowy[11].

[10] Archiwum Parafii Wojskowej: Kronika Kościoła Garnizonowego w Żarach (1961-1978), s. 1-5; Kronika Kościoła Garnizonowego Żary (1981-1987), strony nienumerowane; Kronika Parafii Wojskowej Żary (1999-2005), s. 1-195; Kronika Parafii Wojskowej Żary (2005-2013), strony nienumerowane; Księga Pamiątkowa Probostwa Garnizonu Żary (1953-1972), s. 1-21

[11] Krzysztof Kopociński: 105 Kresowy Szpital Wojskowy-duma Ziemi Lubuskiej. 70-lecie 105 Szpitala Wojskowego w Żarach. Skalpel, 2014, nr 6, s. 16-20

Niestety wiosną 2015 roku garnizon w Żarach opuściła ostatnia stacjonująca tu jednostka czyli Rejonowa Wojskowa Komisja Lekarska, którą translokowano do pobliskiego Żagania. Zmiany te legły u podstaw decyzji o likwidacji Parafii Wojskowej w Żarach. Kościół Garnizonowy został przekazany Archidiecezji Zielonogórsko-Gorzowskiej, jego obecnym proboszczem jest ks. Krzysztof Burzyński. Należy podkreślić, że nowy kapłan znakomicie kontynuuje dzieło swych poprzedników i z pełnym zaangażowaniem sprawuje również funkcję kapelana 105. Kresowego Szpitala Wojskowego. Cieszy fakt, że wypracowany przez lata model współpracy duszpasterstwa wojskowego z żarską lecznicą jest twórczo rozwijany przez cywilnego już księdza[12].

W ciągu kilku dziesięcioleci posługę kapłańską w Parafii Wojskowej w Żarach pełniło prawie trzydziestu księży. Część z nich była tu bardzo krótko, inni spędzili znacznie dłuższy czas. Niektórzy bardzo mocno zżyli się z tym garnizonem i załogą szpitala wojskowego, inni trzymali się raczej na dystans. Jednych darzono większym szacunkiem i uznaniem, innych znów mniejszym. Należy jednak podkreślić, że każdy z nich zostawił w Żarach część swojego życia, serca, duszy i zdrowia, toteż pozostają w życzliwej pamięci załogi 105. Kresowego Szpitala Wojskowego z Przychodnią.

Stopień wojskowy, imię i nazwisko	Okres posługi w żarskim garnizonie
Ks. Kpt. Wiktor Zabiegło	31.08.1947-1948
Ks. Kpt. Wiktor Kłosowicz	1948-1949
Ks. Kpt. Franciszek Frankowski	1949-1951
Ks. Mjr Franciszek Wojtyło	1951-1952
Ks. Ppłk Stanisław Kałuża	1952-1954
Ks. Kpt. Józef Samsonowicz	1954-1958
Ks. Mjr Jan Gałęza	1958-1960
Ks. Ppłk Piotr Kulej	1961-1967
Ks. Kpt. Kazimierz Dynarski	1967-1969
Ks. Ppłk Tadeusz Janczak	1969-1972
Ks. Kpt. January Chorążewicz	1972-1978
Ks. Kpt. Włodzimierz Kula	1978-1980
Ks. Ppłk Tadeusz Skotnicki	1980-1981
Ks. Mjr Janusz Bąk	1981-1986
Ks. Stanisław Rozpądek	1986-1987
Ks. Ppłk Zygmunt Potakiewicz	1987-1992
Ks. Mjr Tadeusz Pałuska	1992-1995
Ks. Kpt.Wiesław Błażejewicz	1995(VI-IX)
Ks. Kpt. Krzysztof Karpiński	1995-1999
Ks. Mjr dr Tadeusz Bieniek	1999-2001
Ks. Mjr Waldemar Rawiński	15.07.2001-31.12.2004

[12] Krzysztof Kopociński, Zbigniew Kopociński, Czesław Jeśman: 70-lecie Rejonowej Wojskowej Komisji Lekarskiej w Żaganiu- zarys historii powstania i rozwoju. *Lekarz Wojskowy*, 2015 T. 93 nr 3 s. 262-268

p.o. Ks. Mjr Władysław Jasica	01.01.2005-27.02.2005
Ks. Kmdr. Por. Czesław Olszak	13.03.2005-17.03.2006
Ks. Mjr Piotr Łuński	18.03.2006-09.2010
Ks. Ppłk Andrzej Jakubiak	1.10.2010-31.07.2011
Ks. Kmdr. Ppor. Sławomir Szelągowski	01.08.2011-06.09.2012
Ks. Mjr. Tadeusz Stanisław Gryglicki	07.09.2012-30.06.2013
Ks. Ppłk dr Stanisław Błądek	01.07.2013-2015

Tabela nr 55. Kapelani Parafii Wojskowej w Żarach w latach 1947-2015

Źródło: Archiwum Parafii Wojskowej: Kronika Kościoła Garnizonowego w Żarach (1961-1978), s. 1-5; Kronika Kościoła Garnizonowego Żary (1981-1987), strony nienumerowane; Kronika Parafii Wojskowej Żary (1999-2005), s. 1-195; Kronika Parafii Wojskowej Żary (2005-2013), strony nienumerowane; Księga Pamiątkowa Probostwa Garnizonu Żary (1953-1972), s. 1-21



Ryc. 1 Mjr ks. Franciszek Wojtyło z ministrantami, Żary, 1951-1952, (źródło: Archiwum Parafii Wojskowej w Żarach: Kronika Kościoła Garnizonowego w Żarach, s. 2)



Ryc. 2 Pierwsza wigilia w Szpitalu Garnizonowym w Żarach, 24 grudzień 1946 rok, udostępnione dzięki uprzejmości B.Klimkiewicz-Muras



Ryc. 3 Kaplica w 105. Kresowym Szpitalu Wojskowym z Przychodnią w Żarach, piwnica budynku nr 4, 2013 rok, archiwum autorów



Ryc. 4 Tablica poświęcona polskim lekarzom wojskowym z 3. Szpitala Okręgowego w Grodnie i 9. Szpitala Okręgowego w Brześciu nad Bugiem zamordowanym w ramach Zbrodni Katyńskiej w 1940 roku, Kościół Garnizonowy w Żarach, 2007 rok, archiwum autorów



Ryc. 5 Uroczystości jubileuszu 70-lecia żarskiej lecznicy wojskowej, stoją od lewej: dr n. med. Zbigniew Kopociński, J.E. ks. bp Stefan Regmunt, Jego Eminencja Henryk Kardynał Gulbinowicz, dr n. med. Krzysztof Kopociński, mjr. ks. Władysław Jasica, Żary, 3.10.2014, archiwum autorów






Mgr Anna Królak Mgr Patrycja Kurowska Mgr Dorota Ubysz Dr Wojciech Giermaziak

Warszawa – GBL

WYKORZYSTANIE KONCEPCJI ZARZĄDZANIA PROCESOWEGO W POPRAWIE EFEKTYWNOŚCI FUNKCJONOWANIA PUBLICZNYCH PLACÓWEK OCHRONY ZDROWIA

Abstract

Health care institutions can be managed in a variety of ways. One of them, the concept of process management is discussed in this review. The ways in which new solutions should be implemented, as well as the problems that can be encountered during their implementation are discussed. The importance of process indicators and examples of the benefits that process management can bring to healthcare organizations are highlighted.

Streszczenie

Zarządzanie placówkami ochrony zdrowia może realizować się na różne sposoby. W niniejszej pracy przybliżono jeden z nich – koncepcję zarządzania procesowego. Omówiono sposób, w jaki należy wprowadzać nowe rozwiązania, a także problemy, z którymi można się spotkać podczas ich wdrażania. Podkreślono szczególną rolę wskaźników wykorzystywanych do pomiaru procesów oraz wskazano przykłady korzyści, jakie może przynieść zarządzanie procesowe placówkom służby zdrowia.

Wstęp

„Nieznajomość celu sprawia, że instytucja dryfuje niczym statek bez sternika”[1]. Ale czy zarządzanie nastawione wyłącznie na realizację wytyczonych celów można nazwać skutecznym?

Spopularyzowana przez Petera Druckera w latach 50. i 60. XX wieku koncepcja zarządzania przez cele staje się już przestarzała [1, 2]. Jednak jego idea dała podwaliny

[1] Parafraza wypowiedzi Małgorzaty Tadrały, Szefa Konsultingu Gospodarczego KBJ S.A. Czy nowoczesne aplikacje i controllerzy zastąpią specjalistów HR – rozmowa z Małgorzatą Tadrałą. Controlling i Rachunkowość Zarządcza 11/2013.

pod nowoczesne systemy zarządzania – dziś wiemy, że istotną rolę pełni sam proces dążenia do osiągnięcia pełnej efektywności. Wymaga to użycia dobrze skonstruowanego systemu mierników, które umożliwią bieżącą kontrolę nad składowymi tego procesu. Takie działanie jest skuteczniejsze od tradycyjnego zarządzania, które opiera się wyłącznie na realizacji celów w oparciu o strukturę organizacji. Kierowanie się koncepcją zarządzania tradycyjnego prowadzi bowiem do powstawania tzw. silosów funkcjonalnych [3]. Poszczególne piony organizacji (np. dział zaopatrzenia, dystrybucji) realizują wyłącznie swoje cele, a pracownicy tych działów, choć doskonale wyspecjalizowani w danej dziedzinie, nie mają świadomości procesu, w którym uczestniczą – ograniczeni są przecież grubymi ścianami silosów [3]. W efekcie kierownictwo wyższego szczebla, zamiast skupiać się na najistotniejszych dla działania instytucji kwestiach, jest zmuszone do rozwiązywania problemów podległego sobie poziomu. Pracownicy, którzy mogliby te problemy rozwiązać już na etapie niższego szczebla, postrzegają siebie jako jedynie „wykonawców i dostawców informacji" i nie poczuwają się do odpowiedzialności za ostateczne wyniki organizacji [4]. Na domiar złego każdy z silosów konkuruje z pozostałymi o zasoby, co potęguje podziały [3].

Istotą zarządzania procesowego natomiast, jak wcześniej wspomniano, są procesy. Podlegają one planowaniu, monitorowaniu, ocenianiu, doskonaleniu – zgodnie z ideą, jeśli instytucja zatroszczy się tylko o sprawny system, to cel osiągnie się sam. Decyzje w organizacji podejmuje się na podstawie analizy procesów, oceny wyników i relacji między procesami [3]. Pracownicy lepiej rozumieją filozofię procesu i chętniej działają przy współtworzeniu takiego mechanizmu – odległy bowiem dla wielu z nich „cel" może jawić się niejako abstrakcyjnie. Koncepcja procesowa pozwala też na praktyczne wykorzystanie zjawiska sprzężenia zwrotnego: uczestnik, oczekując terminowości i odpowiedniej jakości, jednocześnie oferuje pożądaną jakość w ustalonym terminie [3, 5].

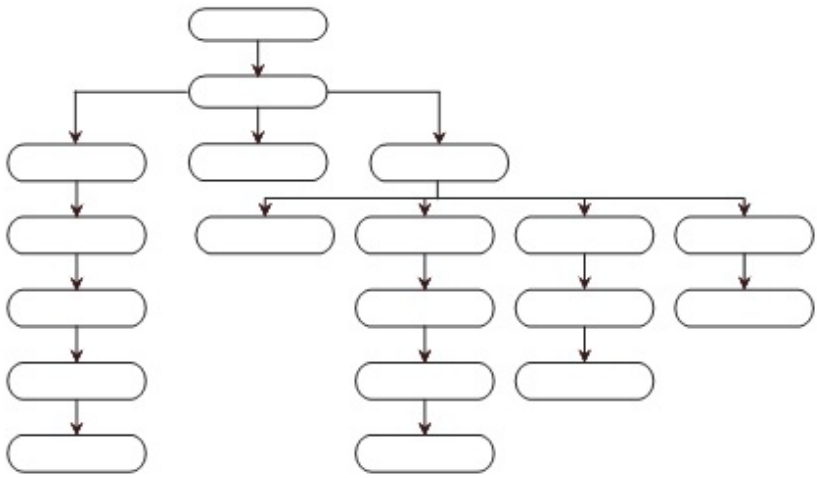
Zarządzanie placówkami opieki zdrowotnej może zatem realizować się na dwa wiodące sposoby:

1. koncepcja funkcjonalna (tradycyjna, hierarchiczna, „silosowa")
2. koncepcja procesowa.

Poza nimi wyróżnia się także systemy mieszane (macierzowe), a także struktury sieciowe. Z reguły traktuje się jednak te formy jako przejściowe w kierunku osiągnięcia koncepcji docelowej, czyli procesowej [6].

Przedstawione niżej ilustracje schematycznie obrazują różne koncepcje zarządzania. Tradycyjna, „silosowa" struktura organizacyjna (rys. 1) sprawdza się w przypadku niewielkich organizacji – a do takich z pewnością nie należą duże placówki ochrony zdrowia, takie jak szpitale kliniczne [7]. W takim klasycznym ujęciu obrazuje się jedynie „kto komu podlega" i w jakiej jednostce pracuje, nie uwzględnia się zaś tego, co najważniejsze: produktów (czyli świadczonych w placówce usług medycznych),

metod wytwarzania tych produktów (tj. zaangażowanych zasobów ludzkich i sprzętowych) czy w końcu – pacjentów [5].

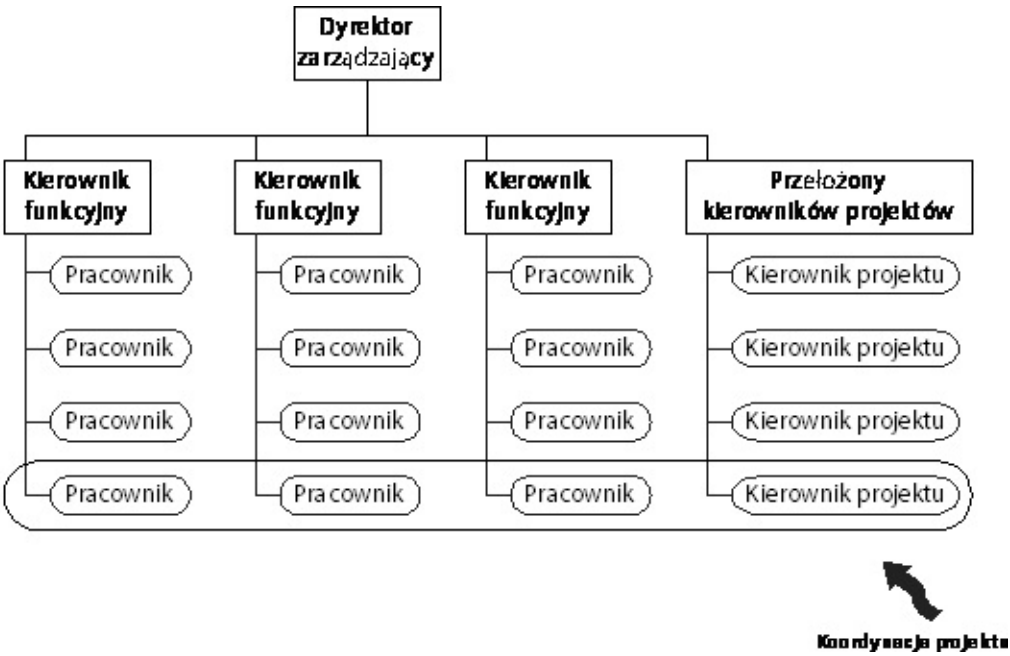


Rysunek 1. Tradycyjna struktura organizacyjna. Opracowanie własne

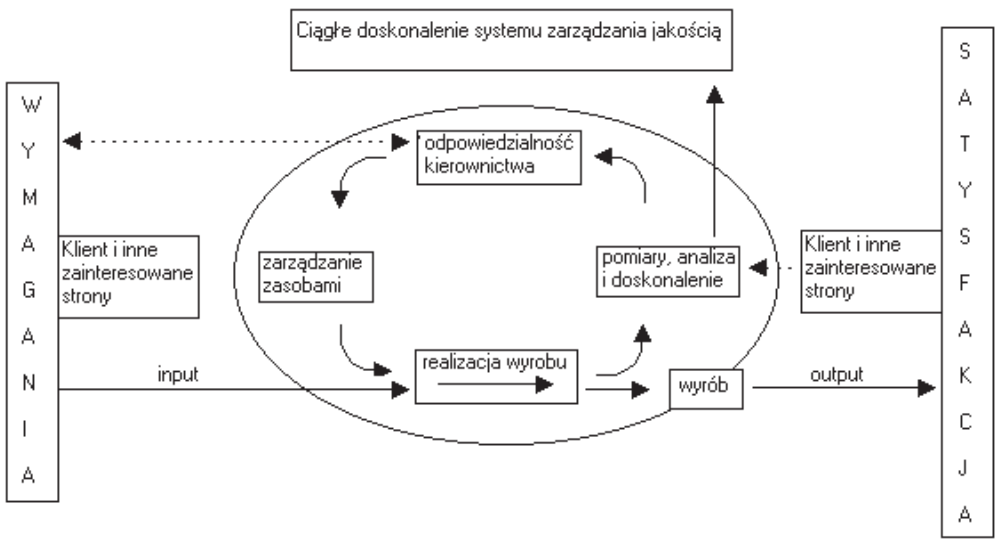
W organizacji macierzowej (rys. 2.) na poziomie naczelnego kierownictwa zostają połączone dwa wymiary koordynacji: projektowe i organizacyjne. W porównaniu z koncepcją funkcjonalną ogranicza to liczbę szczebli hierarchicznych, ale wadą staje się konieczność uzgadniania decyzji między kierownikami funkcji a kierownikami zadań i w efekcie wydłużony czas realizacji procesu. Strukturę macierzową można stosować w małych i średnich firmach, lecz należy pamiętać, że jest to rozwiązanie doraźne, gdyż po zrealizowaniu projektu stanowiska kierowników projektów ulegają automatycznej likwidacji [6].

Podejście procesowe (rys. 3) dzieli organizację na obszary tematyczne, które są ustawiane „w poprzek" struktury organizacyjnej. Każdy z takich obszarów ma zdefiniowane elementy „wejścia" (input) oraz „wyjścia" (output) [8]. Rozpatrując ten schemat całościowo, w kontekście opieki zdrowotnej punktem wejściowym będzie pacjent w potrzebie, a punktem wyjściowym – rzecz jasna – pacjent usatysfakcjonowany.

Jak można zaobserwować na powyższym schemacie, w logikę takiej koncepcji wkomponowane jest ciągłe doskonalenie systemu zarządzania jakością. Jego podstawę stanowi Koło Deminga (rys. 4). W cyklu tym należy postępować zgodnie z kolejnymi etapami [11]:



Rysunek 2. Struktura macierzowa organizacji [9]



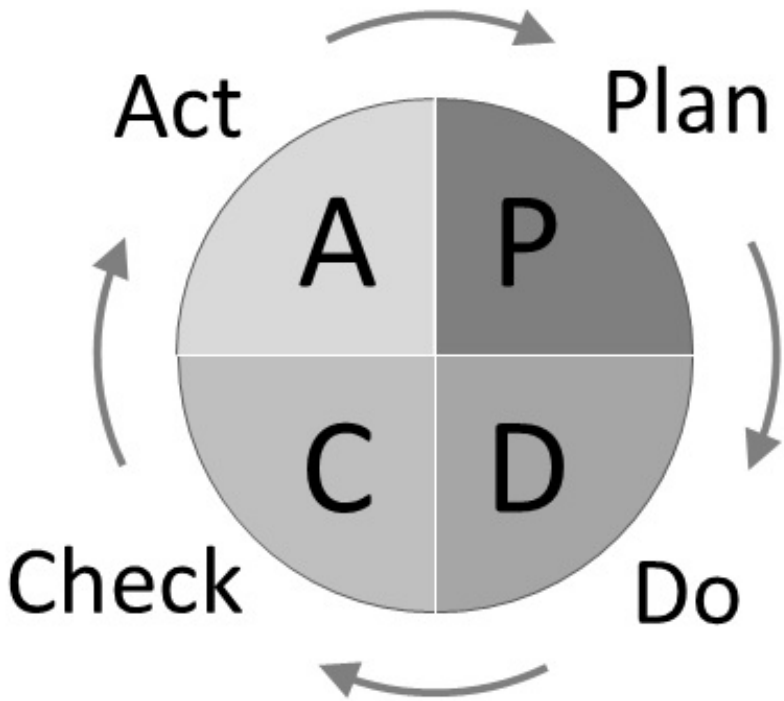
Rysunek 3. Model podejścia procesowego wg normy ISO 9000:2000 [10]

Plan – zaplanuj – zaplanować procesy niezbędne do dostarczenia wyników zgodnych z polityką instytucji tak, aby zadowolić odbiorcę (w naszym przypadku: pacjenta).

Do – wykonaj – zaplanowane procesy należy wykonać tak, by osiągnąć standardy zgodne z polityką podmiotu leczniczego.

Check – sprawdź – procesy składające się na oferowaną usługę należy monitorować i mierzyć. Jeśli wykonany proces okazał się sprawdzony, cykl zamyka się na następnym kroku – działania.

Act – działaj. Sprawnie działające procesy należy wystandaryzować. Natomiast jeśli nie osiągnięto zamierzonego efektu, ponownie przystępuje się do etapu planowania i szuka nowych rozwiązań. Takie działania prowadzą do ciągłego doskonalenia procesów [11].



Rysunek 4. Cykl Deminga [12].

Zmiany koncepcji zarządczej mogą początkowo rodzić problemy (przykłady takich trudności zostaną przybliżone w niniejszym opracowaniu), ale w ostatecznym rozrachunku prowadzą do podniesienia efektywności funkcjonowania [6].

Jak wprowadzić koncepcję zarządzania procesowego do publicznych placówek ochrony zdrowia?

Służba zdrowia, mimo że od lat poddawana reformom, mającym na celu poprawę efektywności funkcjonowania, rzadko korzystała z nowoczesnych metod zarządzania [5].

Proces przekształcania szpitali w podmioty działające zgodnie z prawami rynku rozpoczęła Ustawa z 2011 r. o działalności leczniczej[2], zastępująca ustawę o zakładach opieki zdrowotnej z 1991 roku[3]. Ustawa z 2011 roku znacząco ograniczyła interwencję państwa w utrzymaniu funkcjonowania szpitali, które zostały zmuszone do wyrównania deficytów finansowych pod groźbą przekształcenia w spółkę prawa handlowego – kapitałową [13]. Był to kierunek transformacji zgodny z zaleceniami Komisji Europejskiej.

Dalsze zmiany ogłosił Narodowy Fundusz Zdrowia, premiując przy kontraktowaniu świadczeń szpitale, które posiadają certyfikaty akredytacji. Dodatkowo wdrażanie systemów zarządzania jakością, jakimi są np. normy ISO 9001, 14001 pozwoliło na uzyskanie dodatkowych punktów w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Stosowanie takich systemów nierozerwalnie wiązało się z koniecznością wprowadzania zmian [13].

W prawidłowym podejściu do zarządzania taką zmianą etapem początkowym powinna być identyfikacja procesów realizowanych przez placówkę (głównych i drugorzędnych), a także określenie sieci interakcji między nimi. Gdy jednostka ma już dokumentację systemu jakości ISO 9001, warto włączyć w pracę pełnomocnika ds. ISO [5].

W fazie wstępnej analizuje się też system zarządzania dokumentami i zasoby informatyczne placówki – to daje sposobność zaplanowania funkcjonalnej architektury IT [5]. Informatyzacja jest bowiem niezwykle istotnym aspektem rozwoju organizacji medycznej. W sektorze ochrony zdrowia daje się wyróżnić cztery główne jej obszary [14]:

– rejestr Usług Medycznych, umożliwiający wymianę informacji między NFZ a placówkami medycznymi;

– systemy wspomagające funkcjonowanie laboratoriów, gabinetów lekarskich, aptek itp.;

2 Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654.

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

– działalność finansowo-księgowa, logistyczna itp.;

– bezpośrednie wspieranie procesów diagnostycznych, dydaktycznych, wymiana informacji.

Szpitalny System Informatyczny (SSI) powinien kompleksowo obsługiwać całą działalność szpitala. Wdrażanie takich systemów jak ESKULAP, KS-MEDIS czy InfoMedica jest ukierunkowane na zarządzanie procesowe w służbie zdrowia [14]. Należy pamiętać, że wdrożenie SSI wymaga uprzedniego przygotowania organizacyjnego, przeprowadzenia identyfikacji potrzeb i najważniejszych procesów [14]. Oczywiście, niekoniecznie trzeba przez to rozumieć całkowitą wymianę oprogramowania (zwłaszcza, gdy zainwestowano znaczne środki w już posiadany system), ale przed reorganizacją systemową powinno się zaplanować, w jaki sposób efektywnie wykorzystać posiadane zasoby informatyczne [5].

W fazie przygotowawczej należy dodatkowo określić mocne i słabe strony organizacji, przeanalizować możliwe scenariusze zmian oraz opracować strategię działania [14]. Dopiero zastosowanie się do opisanych wskazówek stanowi wyraz całościowego podejścia do zarządzania zmianami [13]. Sztandarowy, trójetapowy model wprowadzania zmian stworzył Kurt Lewin [15]:

1. Rozmrożenie – doprowadzenie do sytuacji, w której potrzeba zmian staje się oczywista dla organizacji, a przede wszystkim jej członków. Etap ten opiera się na stworzeniu w ludziach poczucia chęci zmian.

2. Zmiana – przejście z obecnego stanu do nowego, pożądanego. W etapie tym zmiany są propagowane, zaplanowane projekty realizowane, a głosy sprzeciwu wobec zmian eliminowane.

3. Zamrożenie – stabilizacja i integracja transformacji oraz jej instytucjonalizacja i ocena. Organizacja musi rozwijać nowe praktyki działania, politykę postępowania i kształtować nowe postawy wśród członków.

Problemy związane z wdrażaniem koncepcji zarządzania procesowego

Problem 1. Niekompletne wdrażanie rozwiązań

E. Dąbrowska w swej rozprawie doktorskiej przedstawiła próbę optymalizacji funkcjonowania szpitala na przykładzie Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu [8]. W 2008 roku jednostka ta wprowadziła system zarządzania jakością zgodny z wymaganiami normy ISO 9001, co implikowało konieczność wdrożenia procesowej koncepcji zarządzania. Spełnianie tego wymagania szpital rozpoczął od opracowania graficznej mapy procesów. Rozwiązanie to okazało się niewystarczające. Dodatkowo, zgodnie z Komunikatem Ministra Finansów z 2009 roku[4], jednostki sek-

[4] Komunikat Nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych.

tora finansów publicznych musiały wdrożyć system zarządzania ryzykiem. W takiej sytuacji omawiany poznański Szpital w 2010 roku opracował kompleksowe narzędzie: „Procesowe Zarządzanie Szpitalem. Parametryczne Sterowanie Procesami". Zmodyfikowano mapę procesów, a obok niej wprowadzono narzędzie zarządzania ryzykiem, które mogłoby zagrażać procesom [8].

Omówiony przykład doskonale obrazuje najczęstszą przyczynę początkowej nieskuteczności modelu zarządzania procesowego: zaraz po wprowadzeniu normy ISO 9001 szpital zastosował i rozwinął tylko kilka wybranych elementów. Jak twierdzą J. Jeston i J. Nelis, koncepcja powinna zadziałać, gdy zostanie wprowadzona kompleksowo, zaś jej wybiórcza realizacja prawdopodobnie nie przyniesie rezultatów [16]. Zasada naczelna reengineeringu (restrukturyzacji) opiera się na postępowaniu „wszystko albo nic", wskazując, że restrukturyzacji nie da się realizować małymi krokami [6].

Problem 2. Nieład organizacyjny

Mechanizm wdrażania zmian powinien być dobrze przemyślany, a najlepiej – wystandaryzowany. W przeciwnym razie tworzą się rozwiązania pozorne, które nasilają paraliż organizacyjny. Przykładami nieudolnej organizacji mogą być [13]:

- brak przekazania obszernej wiedzy nt. wprowadzonych zmian i ich funkcjonalności przez menedżerów procesu. Jedynie fragmentaryczne pojęcie o działaniach nie pozwala pracownikowi poznać istoty wprowadzonych zmian, a wówczas trudno oczekiwać zaangażowania z jego strony;
- wprowadzanie zmian bezużytecznych lub niemożność wykazania korzyści. Menedżerowie powinni umieć znaleźć korzyści i wpleść je umiejętnie w zaprojektowane zmiany. Wprowadzanie zmiany, do której jedynym bodźcem staje się presja zewnętrzna, najczęściej kończy się fiaskiem;
- jeśli menedżerowie sądzą, że mają „patent na rację" i nie konfrontują swoich poglądów z opiniami pracowników, wprowadzona zmiana może być nieskuteczna [13]. Dopiero doświadczenie współuczestnictwa, przez nadanie menedżerskiego poczucia perspektywy, pozwala pracownikowi wziąć na siebie odpowiedzialność za maksymalną wydajność [1];
- brak wdrożonego modelu testowego. Każda zmiana powinna być wprowadzona zgodnie ze znaną i sprawdzoną metodologią – w przeciwnym razie pracownicy nie przystosują się do niej.

Wymienione powyżej przykłady nieprzemyślanej organizacji nasilają biurokratyczne absurdy, a co za tym idzie – powodują narastanie poziomu frustracji wśród pracowników i spadek zaufania do organizacji. I tutaj, kiedy do głosu dochodzi czynnik ludzki, mogą narodzić się kolejne trudności.

Problem 3. Czynnik ludzki

Tak pożądane w reengineeringu wprowadzanie zmian zwykle wywołuje opór wśród pracowników instytucji [17]. Wśród wynikających z nastawienia personelu źródeł oporu wobec zmian wymienia się [13]:

- niechęć do rygorystycznych procedur (aby uniknąć zbytniego reżimu organizacyjnego sugeruje się pozostawienie pewnego marginesu swobody w interpretacji diagnostycznej i działaniach terapeutycznych);
- utożsamianie zmian z pogłębieniem biurokratyzacji – z jednej strony należy taką nadgorliwość uzasadnić troską o bezpieczeństwo pacjenta oraz wymogami płatnika czy wymogami prawnymi, z drugiej strony często winni są sami pracownicy, wykazujący brak dyscypliny, który trzeba korygować restrykcyjnymi mechanizmami monitorowania;
- niechęć do uczenia się i konieczności dostosowywania do zmieniających zasad – sytuacja, w której pracownicy nie chcą uczestniczyć w szkoleniach czy zmieniać wypracowanego przez lata schematu postępowania, stanowi poważną barierę w usprawnianiu funkcjonowania organizacji;
- atmosferę nadzoru zamiast atmosfery współpracy – gdy kierownictwo różnych szczebli organizacyjnych wzbudza negatywne emocje, wszelkie (nawet przemyślane) ruchy organizacyjne wywołują obawy ze strony pracowników i prowokują działania sabotażowe. Gwarantem sukcesu może być jedynie kooperacja całego zespołu kierowniczego przy tworzeniu odpowiedniej atmosfery oraz jasnym formułowaniu wartości organizacji [13].

Kto bierze udział w zarządzaniu procesowym? Jak „mierzyć" proces?

Każdy z uczestników procesu ma określoną rolę do spełnienia, co przedstawiono w tab. 1. Operując zaprojektowanymi wskaźnikami, uczestnicy ci poddają ocenie i pomiarowi wszystkie procesy [3]. Wskaźnik stanowi bowiem ilościową miarę tego, w jakim stopniu dany standard (proces) jest realizowany [18]. Przy projektowaniu wskaźnika powinno się określić: nazwę wskaźnika, jego przeznaczenie i wiarygodność, a także sposób pozyskiwania danych. Ponadto wyznacza się osoby odpowiedzialne za zbieranie danych i sporządzanie raportów z uwzględnieniem, dla kogo sporządza się te raporty, w jakiej częstotliwości i w jakiej formie (liczbowo, graficznie itp.). Ustala się również datę ważności wskaźnika i szacunkowy koszt związany ze zbieraniem danych [19].

Uczestnicy procesu	Zadanie/odpowiedzialność
Właściciel procesu	Nadzór przebiegu i jakości efektów końcowych procesu
Menedżer	Opracowanie strategii rozwoju placówki z uwzględnieniem obowiązujących uwarunkowań prawnych. Inicjacja procesu
Projektant	Projektowanie i poprawki: uwzględnienie w procesie rozwoju usług nowych trendów, prowadzenie symulacji
Analityk	Odpowiada za zgodność ze wzorcami, np. proces utrzymania i aktualizacji polityki jakości w świetle obowiązujących norm i standardów. Analizuje dane historyczne, na podstawie których może proponować zmiany w modelu procesu
Administrator	Zapewnienie automatyzacji zadań, organizacja przepływów informacyjnych, ocena wykorzystania zasobów IT
Wykonawca	Pracownik bezpośrednio przypisany do realizacji zadania, np. świadczenia medycznego, odpowiedzialny za dbałość o jakość wykonania, współpracuje z innymi uczestnikami procesu
Klient – pacjent	Korzystanie z efektów i ocena jakości dostarczonej usługi

Tabela 1: Role uczestników w zarządzaniu procesowym. Opracowanie na podstawie [19]

Obowiązek określenia mierzalnych celów, ustanowionych dla poszczególnych procesów nakłada norma ISO 9001. Przykładowymi celami, możliwymi do zastosowania w placówce medycznej mogą zatem być [20]:

– Wprowadzenie w roku.... nowej usługi, do realizacji w czasie nie dłuższym niż…

– Wadliwość danego procesu osiągnie mniej niż… % w ciągu… lat.

Miernikami jakości świadczeń, ułatwiającymi kontrolę nad takimi celami są np. [19]:

– współczynnik zapadalności na zakażenia szpitalne,

– czas hospitalizacji,

– wykorzystanie aparatury,

– czas od zgłoszenia się pacjenta na Izbę Przyjęć do przyjęcia na oddział.

Takie wskaźniki są obiektywne i pozwalają moralnie zdystansować się do wiedzy, którą formują. Należy jednak zdawać sobie sprawę z niedoskonałości tego narzędzia: poza błędami wynikającymi z „mierzenia dla samego mierzenia" i bezcelowości pomiaru, nie wszystko da się zmierzyć. Wskazane wówczas jest uzupełnianie danych

o komentarz dotyczący czynników niemierzalnych. Wskaźnik powinien zatem nie tylko mierzyć, ale również pozostawiać swobodę oceny poziomu osiągnięcia danego celu [19].

W wymiarze europejskim przykładem miernika sprawności w ochronie zdrowia może być projekt Komisji Europejskiej – *European Community Health Indicators Monitoring* (ECHIM). Prowadzenie monitoringu mierników jakości powinno dążyć do zacierania różnic między poszczególnymi krajami członkowskimi oraz wskazywać kierunki działań ku poprawie jakości i bezpieczeństwa świadczonych usług [21].

Jakie korzyści przynosi wykorzystanie procesowej koncepcji zarządczej?

Przykładem efektywnego wykorzystania nowego modelu zarządzania może być restrukturyzacja dokonana w amerykańskiej służbie zdrowia, dzięki której zwiększono szybkość działania, obniżono koszty własne oraz poprawiono jakość obsługi pacjentów. Dzięki zastosowaniu programów nastawionych na proces, takich jak mapy leczenia i pobytu pacjentów, udało się w lepszym stopniu wykorzystać środki pochodzące z funduszy ubezpieczeniowych oraz przeznaczone przez rząd na ochronę zdrowia [6].

Innym, rodzimym przykładem organizacji zgodnej z nową koncepcją, jest utworzenie zintegrowanego systemu opieki nad pacjentem w kilku oddziałach (pomocy doraźnej, dermatologii i neurologii) CSK MSWiA: jeden lekarz bądź zespół lekarzy odpowiadał za pacjentów zarówno na etapie izby przyjęć, jak i lecznictwa szpitalnego i opieki poszpitalnej. Pozwoliło to uzyskać nie tylko dodatni wynik finansowy, ale także znaczny wzrost zadowolenia wśród pacjentów [6].

Podsumowanie

Coraz częściej obserwowaną tendencją wśród polskich pacjentów jest skłanianie się ku niekonwencjonalnym praktykom terapeutycznym. Można to rozpatrywać jako wyraz społecznego braku zaufania wobec systemu opieki zdrowotnej; w ten sposób pacjenci manifestują swój niepokój dotyczący organizacji leczenia. Z myślą o pacjentach przede wszystkim, wskazane byłoby zatem wdrożenie odpowiednich rozwiązań systemowych w polskim szpitalnictwie.

Warunkiem powodzenia nieuchronnych reform w polskim szpitalnictwie jest poprawa zarządzania przez opracowanie wystandaryzowanego klucza otwierającego drogę nowemu porządkowi. Wskazuje się, że poprawa jest możliwa dzięki wykorzystaniu wiedzy zatrudnionych pracowników: menedżerów, lekarzy, pielęgniarek i położnych – sukces zależy przecież od ludzi [13]. Współczesne metody zarządzania oferują zaś mnogość narzędzi, technologii i metodologii, których zastosowanie ułatwia poprawę efektywności pracy [5].

Do zarządzania szpitalami należy wprowadzić skuteczne mechanizmy rynkowe – między klasyczną definicją procesu a definicją procesu w kontekście medycznym

zachodzi głęboka zbieżność uzasadniająca wykorzystanie tej koncepcji nie tylko na płaszczyźnie administracyjnej i finansowej, ale również – a raczej przede wszystkim – także na polu klinicznym [5, 13].

Należy jednak pamiętać o tym, żeby nową metodę wdrażać tak, by nie przyjęła ona znamion rewolucji, a ewolucji. Powinna być ukierunkowana na wspieranie istniejących działań i wykorzystanie już posiadanych zasobów [5].

W zarządzaniu procesowym należy pokładać duże nadzieje osiągnięcia trwałych i korzystnych efektów – zarówno z punktu widzenia placówki, jej personelu, jak i pacjentów.

Bibliografia

Drucker Peter Ferdinard: Praktyka zarządzania, Rzeczpospolita, Warszawa: New Media, Seria „Klasyka biznesu", t. 4, 2010.

Zaleśna Aleksandra: Zarządzanie procesami biznesowymi: ograniczenia modelu babki piaskowej i znaczenie procesów zarządczych i ustalania kierunku [w:] Harasim W. (red.) Człowiek i organizacja – dylematy współczesnego zarządzania. Warszawa: Wyższa Szkoła Promocji, 2014. [dostęp 26.09.2017]. Dostępny online: http://www.wsp.pl/file/1237_389503258.pdf.

Dobrowolska Anna: Zarządzanie procesami – zarządzanie tradycyjne a zarządzanie procesowe. Politechnika Wrocławska. Prezentacja. [dostęp 26.09.2017]. Dostępny online: http://www.ioz.pwr.wroc.pl/Pracownicy/Dobrowolska/2012-ZP-wyklad/W3-12-ZP-idea_ZP.pdf.

Rummler Geary A.: Podnoszenie efektywności organizacji. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, 2000.

Szelągowski Marek, Lipiński Cezary: Zarządzanie procesowe w placówkach służby zdrowia. Służ Zdr. 2010; (84-92): 3985-3993.

Durlik Marek: Zarządzanie w służbie zdrowia. Organizacja procesowa i zarządzanie wiedzą. Warszawa: Wydawnictwo Placet, 2008.

Bogusz Andrzej: Czy pracujemy w matrixie? [w:] Organizacja horyzontalna. Portal wiedzy o zarządzaniu procesami biznesowymi [dostęp 26.09.2017]. Dostępny online: http://organizacjahoryzontalna.pl/czy-pracujemy-w-matrixie/.

Dąbrowska Eliza: Optymalizacja poziomu jakości świadczeń zdrowotnych w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej na przykładzie Szpitala Klinicznego im. Heliodora Święcickiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Rozprawa doktorska, Poznań: Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu Wydział Nauk i Zdrowiu, 2012.

Wojewódzki Tadeusz: Zarządzanie treścią jako wyznacznik kultury projektowej nowoczesnej organizacji [w:] Zacher L.W. (red.) Zarządzanie problemami w nowoczesnej organizacji. Warszawa, 2007.

Kachniewska Magdalena: Kwalimetria jako narzędzie zarządzania przedsiębiorstwem turystycznym [dostęp 26.09.2017] Dostępny online: http://hotelink.republika.pl/kwal/kwal.htm.

Wiśniewska Małgorzata Z. Instrumenty wspierające jakość usług medycznych [w]: Jakość usług medycznych: instrumenty i modele. Wyd. I, Warszawa: CeDeWu, 2016.

Dobrowolski Krzysztof: PDCA – planuj, wykonuj, sprawdzaj, działaj! [dostęp 26.09.2017]. Dostępny online: http://kdobrowolski.pl/pdca-planuj-wykonuj-sprawdzaj-dzialaj-cykl-deminga-ciagle-doskonalenie/.

Dąbrowska Eliza, Sielska Jolanta, Zdanowska Joanna: Change management in health care – overcoming mental and organisational barriers. Pielęg Pol. 2014; (4): 337-342.

Olszak Celina M., Batko Kornelia: Szpitalne systemy informatyczne w zarządzaniu procesowym organizacją medyczną. Roczniki Kolegium Analiz Ekonomicznych. 2013; (29): 701-717.

Mrówka Rafał: Przywództwo w procesie planowania i wdrażania zmiany organizacyjnej, Warszawa: Szkoła Główna Handlowa w Warszawie. 2001, 14-15 [za:] Dąbrowska E.liza, Sielska Jolanta, Zdanowska Joanna. Change management in health care – overcoming mental and organisational barriers. Pielęg Pol. 2014; (4): 337-342.

Jeston John, Nelis Johan: Management by Process. A Roadmap to Sustainable Business Process Management, Oxford: Elsevier, 2008.

Rosiek Ireneusz Łukasz: Rola kontroli zarządczej w zarządzaniu jednostką samorządu terytorialnego – analiza na przykładzie gmin województwa kujawsko-pomorskiego. Rozprawa doktorska, Poznań: Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu, 2012.

Definicja wskaźnika jakości [dostęp 26.09.2017]. Dostępny online: http://www2.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=b3&ms=278&ml=pl&mi=278&mx=0&mt=&my=59&ma=075.

Lisiecka Krystyna: Pomiar procesów w organizacji ochrony zdrowia. [w:] Kierunki doskonalenia usług w ochronie zdrowia. Lisiecka-Biełanowicz M., Samoliński B., Warczyński P. (red.) Warszawa: Ministerstwo Zdrowia – Departament Organizacji Ochrony Zdrowia, 2010.

Moduł III. Systemy zarządzania jakością. Struktura norm ISO serii 9000. Wymagania normy ISO 9001. Orientacja procesowa. Audyt jako narzędzie diagnozy i doskonalenia. Certyfikacja i akredytacja. Part-financed by the European Union (European Development Fund and European Neighborhood and Partnership Instrument) within the BSR QUICK Project.

Trela Arkadiusz: Wskaźniki i mierniki jakości w podmiotach leczniczych i ich zastosowanie [w:] Zarządzanie jakością w działalności leczniczej. Nowe wymagania systemów zarządzania – normy ISO i standardy akredytacyjne. Warszawa: Wydawnictwo Wiedza i Praktyka, 2016.