

Część 3

Zarządzanie kapitałem ludzkim – perspektywa psycho-społeczna

Wojciech Ciesielski*

Anna Krejner-Nowecka**

3.6

Wprowadzenie do pracy nowych pracowników na przykładzie lekarzy stażystów – wyniki badań pilotażowych

Streszczenie

Celem rozdziału jest poznanie jakości procesu adaptacji nowych pracowników (lekarzy stażystów) w placówkach medycznych poprzez określenie poziomu zadowolenia z całości stażu oraz poszczególnych staży cząstkowych świadczonych przez szpitale. Narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety stworzony w wersji elektronicznej przy użyciu narzędzia „formularze Google” i udostępniony za pośrednictwem mediów społecznościowych (m.in. Facebook, Konsylium24.pl) w grupach zrzeszających lekarzy stażystów z różnych województw. W okresie 49 dni (od 16 marca do 3 maja 2019 r.) zebrano 222 odpowiedzi. Badanie miało charakter pilotażowy, aby określić główne wyznaczniki zarówno stopnia satysfakcji, jak i niezadowolenia z wprowadzania do pracy oraz słabe i mocne strony działania, identyfikację potrzeb i oczekiwań lekarzy stażystów. Wyniki badań empirycznych umożliwiają spojrzenie na podmioty opieki zdrowotnej oczami klienta wewnętrznego, a wnioski z przeprowadzonej analizy ukierunkowują potrzebne

* Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. N. Barlickiego w Łodzi, ORCID: 0000-0002-5566-6745

** Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, ORCID: 0000-0003-2848-1881

zmiany sposobu wprowadzania do pracy lekarzy stażystów w szpitalach. Zastosowano celowy (nieprobabilistyczny) dobór próby¹, koncentrując się na jednostkach mających pewne właściwości ważne dla wybierających, tj. osoby będące w trakcie odbywania stażu podyplomowego w placówkach medycznych w Polsce. W konsekwencji nie jest to dobór statystycznie reprezentatywny i nie można przenosić wyników z badań na całość populacji.

Słowa kluczowe: wprowadzenie na stanowisko, adaptacja pracownicza, lekarz stażysta, staż podyplomowy, poziom satysfakcji, placówki medyczne

Onboarding Medical New Grads in Health Care Organizations. A Pilot Study

Abstract

This article seeks to understand how hospitals address the challenge of medical new grads onboarding. We conducted an e-survey of 222 participants from eleven provinces in Poland to investigate what onboarding activities are common across medical organizations, how new hires feel about onboarding and factors that improve onboarding satisfaction. Our study reveals that both formal and informal techniques are used in practice. We found that supervisor and teams make a difference as to how welcome and connected to an organization newcomers feel.

Keywords: onboarding, medical new grads, newcomer socialization, hospitals

Wprowadzenie

Zmiana podejścia do popytu na pracę wynikająca z czynników kształtujących współczesne środowisko pracy akcentuje zapotrzebowanie na wiedzę i wysoko wykwalifikowanych pracowników. Adaptacja społeczno-zawodowa stanowi integralną część procesu pozyskiwania ludzi do organizacji. Powszechnie wiadomo jednak, że pozyskanie wartościowych kandydatów i wybór najlepszego z nich nie gwarantują ani tego, że po wejściu do organizacji będą oni efektywnie wykonywali pracę, ani też, że pozostaną w jej strukturach przez dłuższy czas. Istotna rola przypada zatem pracodawcom w początko-

¹ Wobec powyższego należy z ostrożnością formułować wnioski wykraczające poza grupę badaną, gdyż nie stanowi ona reprezentatywnej próby całej populacji, zob. szerzej: F. Chybalski, *O uogólnianiu wyników analiz ilościowych w naukach o zarządzaniu*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Łódzkiej. Organizacja i Zarządzanie” 2017, nr 67, s. 5–18.

wym etapie zatrudnienia i ich działaniom określanym mianem: adaptacji, wdrożenia, przystosowania czy onboardingu².

Celem niniejszej publikacji jest przedstawienie sposobu wprowadzania lekarzy stażystów na stanowiska pracy w polskich szpitalach. Część pierwsza dotyczy przesłanek teoretycznych procesu adaptacji pracowniczej. Część druga poświęcona jest organizacji oraz prawnym aspektom stażu podyplomowego lekarza – w celu lepszego zrozumienia zawłości tego etapu kariery lekarskiej, a także problemom i wyzwaniom, przed którymi stają zarówno pracownik, jak i kadra zarządzająca personelem medycznym. Część trzecia zawiera opis metodyki badania oraz analizę wyników ankiety służącej do sondażu opinii lekarzy stażystów odbywających staż podyplomowy w Polsce.

Adaptacja zawodowa – perspektywa teoretyczna

Pierwsze doświadczenia w pracy odgrywają rozstrzygającą rolę nie tylko w karierze danego pracownika w organizacji, ale także w ogólnym wyborze drogi zawodowej. Od procesu oficjalnego wprowadzenia na nowe stanowisko pracy, zwanego często etapem zderzenia, zależy dalsza metamorfoza polegająca na zrozumieniu przez pracownika jego nowej roli i zaadaptowaniu się w danej kulturze organizacyjnej. Zgodnie z ujęciem socjologicznym adaptacja to proces przystosowania się jednostki (lub grupy) do funkcjonowania w zmienionym środowisku społecznym, to całkowita lub częściowa reorientacja psychologiczna jednostki polegająca na przejęciu wartości i norm, sposobów definiowania sytuacji oraz wzorów zachowań obowiązujących w danym środowisku³.

Współcześnie w literaturze przedmiotu wskazuje się, że adaptacja do pracy nie tylko odbywa się w dwóch wymiarach: społecznym (wejście do nowej grupy w miejscu pracy) i zawodowym (przystosowanie do treści i warunków pracy na poziomie stanowiska i całej organizacji), ale także jest procesem dwustronnym, wymagającym wyjścia sobie naprzeciw przez dwie strony – nowego pracownika i organizację⁴.

Oczekiwania pracowników w organizacji dotyczą przydzielania zadań na miarę ich możliwości i aspiracji oraz zapewnienia odpowiednich warunków techniczno-organizacyjnych i społecznych, ułatwiających wykonanie pracy. Z kolei pracodawca oczekuje,

² I. Kubica, *Adaptacja pracownicza w międzynarodowym środowisku pracy*, w: *Zarządzanie zasobami ludzkimi na rynkach międzynarodowych*, A. Poczowski (red.), Wolters Kluwer, Warszawa 2015, s. 119.

³ *System zarządzania zasobami ludzkimi przedsiębiorstwa*, H. Bieniok (red.), Wyd. AE w Katowicach, Katowice 2006, s. 115.

⁴ A. Snell A., *Researching Onboarding Best Practice: Using Research to Connect On-boarding Processes with Employee Satisfaction*, "Strategic HR Review" 2006, vol. 5, no. 6, s. 32–35; J. Woźniak, *Rekrutacja: teoria i praktyka*, WN PWN, Warszawa 2013, s. 292–297.

że nowy pracownik wniesie nie tylko swoje kwalifikacje i doświadczenie, ale również zaangażowanie, rzetelność i sumienność w wykonywaniu zadań zgodnie z obowiązującymi regułami, za ustalone wynagrodzenie⁵.

W literaturze przedmiotu wiele opracowań porusza zagadnienie procesu adaptacji społeczno- zawodowej pracowników⁶, wskaźników przystosowania zawodowego⁷, identyfikacji czynników najsilniej wpływających na jego sprawność⁸, dysfunkcji procesu⁹ czy konsekwencji kulturowych i ekonomicznych dla organizacji¹⁰. Badania T.N. Bauera i współpracowników koncentrują się na określeniu kluczowych czynników i strategii skutecznego onboardingu¹¹. Badania D. Chan i S. Neal wskazują na istotną rolę pracowników wewnętrznych (insiderów) pełniących funkcję mentorów, opiekunów¹². Badając stopień adaptacji pracownika do środowiska pracy, J.E. Karney wskazuje na miarę jego zadowolenia z wykonywanej pracy tak, że większe poczucie przynależności i satysfakcji z wykonywanej pracy oznacza większe prawdopodobieństwo pełnego przystosowania¹³. Z kolei S. Czajka uważa, że lepszym wskaźnikiem adaptacji pracownika jest silne przywiązanie do miejsca pracy lub emocjonalny stan gotowości do pozostania w wykonywanym zawodzie¹⁴. Od specyfiki firmy zależy, czy kładzie szczególny nacisk na adaptację społeczną, zawodową, czy na obydwie wymiary. Każdy z aspektów adaptacyjnych (organizacja–stanowisko–środowisko pracy) obejmuje inny zestaw narzędzi.

Wprowadzenie do organizacji dotyczy zapoznania z polityką firmy, lokalizacją ważnych komórek organizacyjnych, spotkań z przełożonymi i współpracownikami, przepi-

⁵ W. Doniecki, *Dobór, adaptacja, motywowanie i rozwój pracowników*, Difin, Warszawa 2014, s. 25, w: *Zarządzanie zasobami ludzkimi na rynkach międzynarodowych*, op.cit.

⁶ P. Davis, *Adaptacja zawodowa*, Wyd. Petit, Warszawa 2003.

⁷ T.N. Bauer, B. Erdogan, *Organizational Socialization: The Effective Onboarding of New Employees*, w: S. Zedeck, H. Aguins, W. Cascio, K. Leung, S. Parker, J. Zhou (eds.), *APA Handbook of I/O Psychology*, vol. 3, APA Press, Washington DC 2011.

⁸ M. Syper-Jędrzejak, *Dobre praktyki w zakresie adaptacji pracowników na przykładzie wybranych firm regionu łódzkiego*, „Zarządzanie i Finanse” 2013, nr 1, s. 495–508.

⁹ J. Cewińska, *Dysfunkcje w procesie pozyskiwania, wprowadzania do pracy, oceniania i zwalniania pracowników*, w: Z. Janowska (red.), *Dysfunkcje i patologie w sferze zarządzania zasobami ludzkimi*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2007, s. 123–124.

¹⁰ K. Kowalewski, D. Sawicki, *Adaptacja pracownicza w Castoramie Polska SA (przykład „dobrej praktyki”)*, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi” 2014, nr 2, s. 39–51.

¹¹ T.N. Bauer, T. Bodner, B. Erdogan, D.M. Truxillo, J.S. Tucker, *Newcomer Adjustment during Organizational Entry: A Latent Growth Modeling approach to Understanding Newcomer Adaptation*, *Journal of Applied Psychology* 2007, vol. 92, no. 3, s. 707–721.

¹² D. Chan, S. Neal, *Interindividual Differences in Intraindividual Changes in Proactivity during Organizational Socialization: A Meta-analytic Review of Antecedents, Outcomes, and Methods*, *Journal of Applied Psychology* 2000, vol. 85, no. 2, s. 190–210.

¹³ J.E. Karney, *Człowiek i praca. Wybrane zagadnienia z psychologii i pedagogiki pracy*, Międzynarodowa Szkoła Menedżerów, Warszawa 1998, s. 97.

¹⁴ S. Czajka, *Adaptacja społeczno-zawodowa*, IPiSS, Warszawa 1985, s. 35.

sów BHP, omówienia programów wsparcia i wskazania osób do kontaktu w sytuacjach problematycznych¹⁵.

Wprowadzenie na stanowisko polega na zapewnieniu wsparcia opiekuna, który zapozna pracownika z opisem stanowiska, kryteriami oceny efektów pracy, sposobem raportowania czy oczekiwanymi interakcjami z interesariuszami.

Przystosowanie do środowiska pracy oznacza zapoznanie nowych pracowników z szeroko rozumianą kulturą, jaka panuje w organizacji (normy, wartości i oczekiwane zachowania)¹⁶.

Praktyka przedsiębiorstw pokazuje, że procedury adaptacyjne ujmowane są w różne rekomendacje i zalecenia, choćby te dotyczące długości trwania procesu, grup pracowniczych podlegających adaptacji czy sposobu jej przeprowadzania (np. adaptacja kierowana vs adaptacja spontaniczna)¹⁷. Przewaga adaptacji kierowanej polega na szybszym uczeniu się nowej roli zawodowej, mniejszej liczbie popełnianych błędów, krótszym czasie trwania adaptacji, większym poczuciu bezpieczeństwa, a co za tym idzie budowaniu więzi lojalności, identyfikacji z pracą i lepszym stosunkom ze współpracownikami¹⁸.

Zalecenia dotyczące czasu trwania procesu adaptacji wskazują, że nie zawsze działania adaptacyjne muszą obejmować okres od sześciu do 12 miesięcy. Na przykład pracownicy wiedzy, stosujący metodę projektową, pełną sprawność funkcjonowania mogą uzyskać już po dwóch miesiącach od rozpoczęcia pracy¹⁹. Jednak dłuższy czas na to jest potrzebny w sytuacji, kiedy pracownicy uczą się swojej roli z zamiarem uzyskania sprawności wykonywania wszystkich swoich zadań na najwyższym poziomie.

Modelowa adaptacja obejmuje pięć faz. Rozpoczyna się formalnym przyjęciem do pracy, po którym następuje wprowadzenie na stanowisko pracy (pierwszego dnia), potem instruktaż stanowiskowy przez pierwsze tygodnie pracy i wreszcie trzykrotna ocena wyników (po trzech, sześciu i 12 miesiącach), zanim na ostatnim etapie nastąpi podjęcie decyzji o przedłużeniu bądź nie umowy o pracę.

Przebieg procesu adaptacji zależy zarówno od czynników kontekstowych, jak i indywidualnych. Indywidualna zdolność adaptacyjna pracownika to złożony zespół cech fizycznych, intelektualnych i osobowościowych²⁰, od których zwykle zależy tempo

¹⁵ O.C. Tanner, *An Onboarding Checklist for Success*, 2018, https://www.octanner.com/uk/insights/articles/2018/9/14/an_onboarding_checkl.html (dostęp: grudzień 2019).

¹⁶ H. W Lee, *Demonstrating the Importance of Interactional Socialization in Organization*, „Systems Research & Behavioral Science” 2011, no. 28, s. 264–269.

¹⁷ M. Dale, *Skuteczna rekrutacja i selekcja pracowników*, Wolters Kluwer, Warszawa 2013.

¹⁸ A. Ludwiczynski, H. Król, *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, WN PWN, Warszawa 2006.

¹⁹ A.H. Robinson, *A New Hires First Six Months: 10 Key Pitfalls to Avoid*, www.theHRSpecialist.com, August 2012, s. 5 (dostęp: grudzień 2019).

²⁰ Cechy osobowości (ujmowane dwubiegunowo), które wpływają na adaptowalność jednostki do zmian warunków i miejsca pracy, to: emocjonalna stabilność – neurotyczność; ekstrawersja – introwersja;

i stopień przystosowania. Spotykamy osoby, które przysposabiają się bez trudu, w krótkim czasie, lecz także takie, które mają duże trudności z odnalezieniem się w wielu sytuacjach. Adaptacja pracownika jest zmienna w czasie, zatem działania mające na celu jej poprawę nie mogą mieć charakteru akcyjnego, lecz muszą być prowadzone w sposób ciągły. Indywidualne programy adaptacji dotyczące wdrażania jednostek do zespołu powinny się opierać na relacji pracownik–opiekun. Jednak sprawne zarządzanie tym procesem w skali całej organizacji wymaga wsparcia w postaci opracowania i implementacji rozwiązań systemowych (planów adaptacji). Niewłaściwie zaprojektowana czy wdrożona adaptacja społeczno-zawodowa może powodować niepokój nowych członków zespołu z powodu braku poczucia umiejętności wykonywania pracy i obycia ze środowiskiem pracy²¹. Pomimo ciągłego podkreślania znaczenia pracowników w organizacji obszar zagadnień związanych z adaptacją nie jest traktowany z należytą starannością. Co więcej, kierownictwo bardzo często nie widzi związku między brakiem lub wadliwymi procesami wdrożenia a fluktuacją czy problemami z rekrutacją.

Dodatkowym elementem mającym wpływ na procesy adaptacji są zmiany demograficzne. Pojawienie się na rynku pracy osób urodzonych po roku 1980, określanych jako pokolenie milenialsów, Y, Google czy w Polsce – JP2, może oznaczać konieczność uwzględnienia istniejących różnic między poszczególnymi generacjami w procesie zarządzania zasobami ludzkimi. O przedstawicielach pokolenia Y mówi się, że są ambitni, cechuje ich wielozadaniowość oraz są otwarci na nowe wyzwania. Cenią sobie elastyczność godzin i miejsca pracy, oczekują satysfakcjonującej płacy oraz tego, że pracodawca będzie inwestował w ich rozwój zawodowy. Zadania nie ułatwia także wewnętrzne zróżnicowanie w ramach tego pokolenia. Zespół badaczy z firmy konsultingowej Deloitte w raporcie z 2014 r. wskazuje na możliwość wyróżnienia co najmniej sześciu kategorii osób różniących się zasadniczo podejściem do pracy i życia. Po jednej stronie znajdują się ci, dla których praca i kariera stanowią jedną z wartości nadrzędnych, zaś po drugiej stronie ci, dla których wartością jest miłe spędzanie czasu, stabilność zatrudnienia oraz brak stresów w pracy. Najnowszy raport Deloitte *Pierwsze kroki na rynku pracy 2018* pokazuje, że w najmłodszej grupie tego pokolenia podejście do pracy zaczyna się zmieniać, gdyż „zwiększa się liczba młodych osób, które nie mają sprecyzowanych planów na przyszłość”, co dla organizacji stanowić będzie jeszcze bardziej skomplikowane i wielowymiarowe wyzwanie²². Warto mieć na uwadze, że skuteczne planowanie działań z obszaru HR wymaga identyfikacji indywidualnych celów, preferencji i oczekiwań pra-

sumienność – chaotyczność; otwartość na doświadczenie – zamknięcie na doświadczenie; ugodowość – nieustępliwość.

²¹ R. Jurkowski, *Prawne i ekonomiczne aspekty zarządzania ludźmi w firmie*, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2002, s. 115.

²² Deloitte, *Pierwsze kroki na rynku pracy*, 2018.

owników. Patrzenie na pracowników przez pryzmat ich przynależności pokoleniowej może być istotne, ale na pewno nie jest wystarczające.

Monitorowanie poziomu adaptacji pracowniczej należy prowadzić zróżnicowanymi narzędziami, gdyż nie wszystkie wskaźniki poddają się obserwacji i pomiarowi w tym samym stopniu, np. staż pracy jest wskaźnikiem wymiernym i podlegającym ciągłemu monitorowaniu, podczas gdy poziom satysfakcji wymaga precyzyjnego zdefiniowania i opracowania narzędzi umożliwiających jego ocenę²³. Analiza danych o zatrudnieniu, fluktuacji pracowników oraz ich efektywności jest narzędziem o szerokiej dostępności, jednak rzetelnie zaprojektowane badania sondażowe (ankiety i wywiady) przeprowadzone wśród pracowników i kadry kierowniczej pozostają metodą dostarczającą najwięcej cennych informacji. W literaturze przedmiotu wskazuje się, że brak możliwości zaoferowania pracownikom bezpieczeństwa zatrudnienia powinien skłaniać pracodawców do przejścia od pomiaru ich zadowolenia (z płacy, warunków pracy, relacji, kierownictwa czy kariery) do pomiaru innych czynników prowadzących do wzrostu zaangażowania ludzi. Obecnie głównymi czynnikami najsilniej wpływającymi na sprawność i zaangażowanie osobiste ludzi są możliwość udziału w procesie decyzyjnym, zakres swobody w pracy, gotowość podejmowania ryzyka, współpraca wykraczająca poza zespół roboczy, utożsamianie się ze zmianą i chęć pozostania w organizacji wywołana apetytem na rozwój. Dla młodego pokolenia pracowników ważna jest możliwość przedstawiania swoich pomysłów w toku codziennej działalności, odejście od kultury „postanawiania, przekazywania decyzji i przekonywania” do włączania wszystkich grup w proces decyzyjny i doświadczenia stymulujące inteligencję ludzi²⁴.

Staż podyplomowy lekarza

Staż podyplomowy lekarza jest rodzajem obowiązkowego stażu zawodowego, odbywanego przez lekarzy, w Polsce lub za granicą, po otrzymaniu dyplomu ukończenia kierunku lekarskiego. W rozumieniu ustawodawcy celem stażu jest: „pogłębienie wiedzy teoretycznej oraz poznanie, utrwalenie i przyswojenie praktycznych umiejętności z zakresu zapobiegania, rozpoznawania, leczenia i rehabilitacji najczęściej występujących chorób, postępowania w stanach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia, a także przyswojenie wiedzy z zakresu transfuzjologii, bioetyki, prawa medycznego i orzecznictwa lekarskiego, jako przygotowanie lekarza do samodzielnego wykonywania zawodu”.

²³ H.J. Klein, B. Polin, *Are Organizations on Board with Best Practices Onboarding?*, w: C. Wanberg (ed.), *The Oxford Handbook of Organizational Socialization*, 2012.

²⁴ J. Smythe, *CEO – dyrektor do spraw zaangażowania*, Wolters Kluwers, Kraków 2009, s. 112.

Zgodnie z treścią Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty z dnia 5 grudnia 1996 r.²⁵ „Wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badania stanu zdrowia, rozpoznawania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich” (art. 2.1). Potwierdzeniem wspomnianych kwalifikacji jest Prawo Wykonywania Zawodu Lekarza (PWZ) nadawane przez Okręgową Radę Lekarską (ORL) absolwentom studiów na kierunku lekarskim.

Organizacja stażu

Na początku kariery zawodowej lekarz nie może swobodnie praktykować, ponieważ otrzymuje PWZ ograniczone do miejsca wykonywania stażu. Aby rozpocząć staż podyplomowy, lekarz powinien się zgłosić do Okręgowej Rady Lekarskiej, która jest właściwa ze względu na miejsce jego zamieszkania. Tam zostanie wpisany na listę członków Izby Lekarskiej, otrzyma dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu i odbierze skierowanie do odbycia stażu podyplomowego wraz z kartą stażu podyplomowego i ankietą „Ocena stażu podyplomowego przez lekarza stażystę”.

Ankieta oceny końcowej szkoleń lekarzy stażystów przygotowana jest przez Urząd Marszałkowski i stanowi dla szpitali wymóg formalny. Obejmuje ona ocenę: tematyki szkoleń, wykładowców (w aspekcie znajomości tematyki przedmiotu, umiejętności przekazywania wiedzy, otwartości na dyskusje i pytania uczestników, wykorzystania pomocy naukowych, w tym środków audiowizualnych, punktualności, strony czasowo-organizacyjnej), organizacji szkoleń (w aspekcie lokalizacji, przygotowania sal wykładowych, dostępności informacji przekazywanych przez organizatora szkoleń) oraz punkt zatułowany „uwagi końcowe”.

Podczas stażu podyplomowego lekarz pozostaje w stosunku pracy (na podstawie umowy o pracę w wymiarze pełnego etatu) z podmiotem leczniczym uprawnionym do prowadzenia staży podyplomowych lekarzy na określony czas. Miejsce odbywania stażu podyplomowego wyznacza Okręgowa Rada Lekarska. Uwzględni przy tym w kolejności lekarzy, którzy po pierwsze, mieszkają na terenie działania Okręgowej Rady Lekarskiej, po drugie, ukończyli studia z kolejno najwyższą średnią oceną oraz bierze pod uwagę maksymalną liczbę lekarzy, którzy mogą odbywać staż w danym podmiocie.

Trzynastomiesięczny okres stażu rozpoczyna się dwa razy w roku w terminach: 1 października oraz 1 marca i jest podzielony na staże cząstkowe w dziedzinach:

²⁵ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Dz.U. 1997, nr 28, poz. 152, rozdz. 1, art. 2.1, s. 1.

- chorób wewnętrznych (11 tygodni),
- pediatrii (8 tygodni),
 - w tym neonatologii (2 tygodnie),
- chirurgii ogólnej (6 tygodni),
 - w tym chirurgii urazowej (2 tygodnie),
- położnictwa i ginekologii (7 tygodni),
- psychiatrii (4 tygodnie),
- anestezjologii i intensywnej terapii (3 tygodnie),
- medycyny ratunkowej (3 tygodnie),
- medycyny rodzinnej (6 tygodni).

Staż z chorób wewnętrznych obejmuje szkolenia z zakresu:

- transfuzjologii klinicznej,
 - profilaktyki zakażeń HIV, diagnostyki i leczenia AIDS.
- Ponadto stażysta zobowiązany jest odbyć szkolenia w zakresie:
- orzecznictwa lekarskiego (3 dni),
 - bioetyki (3 dni),
 - prawa medycznego (4 dni).

Staż cząstkowy kończy się złożeniem kolokwium z zakresu wiedzy teoretycznej i umiejętności określonych odpowiednio ramowym programem tego stażu, w terminie przewidzianym w indywidualnym harmonogramie realizacji stażu. Pozytywny wynik kolokwium jest podstawą zaliczenia stażu i dokonania odpowiedniego wpisu w karcie stażu.

Program stażu przewiduje również odbywanie dyżurów medycznych w wymiarze 10 godzin i 5 minut tygodniowo (zwykle dwa dyżury w tygodniu w wymiarze: 5 godzin oraz 5 godzin i 5 minut). Dyżur taki stażysta pełni jako dodatkowy członek zespołu lekarskiego, zespołu ratownictwa medycznego lub pod nadzorem lekarza uprawnionego do samodzielnego wykonywania zawodu. Środki finansowe pokrywające wynagrodzenie oraz wszelkie koszty związane ze szkoleniem lekarza stażysty podmiot leczniczy otrzymuje od właściwego marszałka województwa.

Wysokość zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarza odbywającego staż podyplomowy w okresie od 1 stycznia 2020 r. do 30 czerwca 2020 r., zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z 10 września 2019 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę oraz wysokości minimalnej stawki godzinowej w 2020 r. (Dz.U. poz. 1778), wynosi 2600 PLN brutto (2250 PLN w 2019 r.). Za każdą godzinę dyżuru medycznego pełnionego w porze dziennej oraz nocnej przysługuje wynagrodzenie w wysokości 125% stawki godzinowej zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego. Godzinową stawkę wynagrodzenia zasadniczego stażysty oblicza się, dzieląc miesięczną stawkę wynagrodzenia zasadniczego stażysty przez liczbę godzin pracy przypadających do przepracowania w danym miesiącu. Zaliczenie stażu podyplomowego lekarzy oraz

zdanie Lekarskiego Egzaminu Końcowego uprawnia stażystę do otrzymania nieograniczonego PWZ. W Polsce w Izbach Lekarskich w 2019 r. zarejestrowanych było 6078 lekarzy stażystów²⁶, głównie w Warszawie, Krakowie i Wrocławiu.

Kierownik stażu

Kierownik podmiotu leczniczego, w którym lekarze odbywają staż podyplomowy, w porozumieniu z Okręgową Radą Lekarską (ORL) wyznacza spośród zatrudnionych w tym podmiocie lekarzy specjalistów – koordynatora stażu, do którego obowiązków należy²⁷:

- ustalanie indywidualnych harmonogramów realizacji stażu na podstawie ramowego programu,
- zapoznanie stażystów, przed rozpoczęciem stażu, z ramowym programem i indywidualnym harmonogramem stażu, sposobem jego dokumentowania w karcie stażu oraz obowiązkami i uprawnieniami stażysty,
- kierowanie stażystów do odbycia staży cząstkowych lub części stażu cząstkowego oraz na szkolenia,
- dokonywanie okresowych ocen przebiegu stażu, z udziałem ordynatorów lub innych lekarzy kierujących oddziałem, kierowników innych podmiotów leczniczych, opiekunów stażystów,
- wystawianie stażystom opinii zawodowych, po zapoznaniu się ze stanowiskiem ordynatorów lub innych lekarzy kierujących oddziałem, kierowników innych podmiotów leczniczych i opiekunów, dotyczące w szczególności uzdolnień i predyspozycji zawodowych, umiejętności manualnych, stosunku do pacjentów i współpracowników, zaangażowania w pracę, zdyscyplinowania, zdolności organizacyjnych i umiejętności pracy w zespole,
- organizowanie i przeprowadzanie, co najmniej raz na dwa tygodnie, seminariów dotyczących realizacji programu poszczególnych staży cząstkowych,
- wystawienie opinii oraz zaliczenie stażu po stwierdzeniu jego zrealizowania, poprzez dokonanie odpowiedniego wpisu w karcie stażu.

Koordynator nadzoruje przebieg stażu nie więcej niż 10 stażystów jednocześnie. Za wykonywanie wymienionych czynności koordynator otrzymuje, ze środków finansowych przekazanych na ten cel przez marszałka województwa, wynagrodzenie miesięczne

²⁶ Zestawienie ilościowe wg rodzaju prawa wykonywania zawodu (PWZ) Zestawienie nr 7, https://nil.org.pl/uploaded_files/1574855484_zapazdziernik-2019-zestawienie-nr-07.pdf

²⁷ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2013 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentystry, Dz.U. 2014, poz. 474, § 7, s. 5.

w wysokości 117 PLN – w przypadku nadzorowania stażu jednego stażysty i dodatkowo w wysokości 70 PLN – za nadzorowanie stażu każdego następnego stażysty.

Opiekun stażu

Lekarz stażysta może wykonywać zawód tylko i wyłącznie w miejscu, gdzie odbywa staż – pod nadzorem lekarza specjalisty w określonej dziedzinie medycyny, który pracuje w zawodzie co najmniej pięć lat (tzw. opiekuna). Opiekun stażu może nadzorować wykonywanie zawodu podczas stażu cząstkowego lub jego części przez jednego stażystę, a w sytuacji szczególnie uzasadnionej, za zgodą koordynatora, przez dwóch stażystów.

Opiekun jest odpowiedzialny za realizację przez stażystę programu stażu cząstkowego lub części stażu cząstkowego, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, przepisami prawa oraz zasadami etyki i deontologii lekarskiej.

Opiekun w szpitalu w szczególności²⁸:

- zaznajamia stażystę z organizacją szpitala,
- sprawdza w ciągu pierwszego miesiąca odbywania stażu cząstkowego umiejętności stażysty w zakresie postępowania w stanach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia,
- prowadzi wspólnie ze stażystą od trzech do pięciu pacjentów, konsultuje i akceptuje proponowane przez stażystę badania diagnostyczne i ich interpretację, rozpoznanie choroby, sposób leczenia w szpitalu (zastosowanie leków, zabiegów operacyjnych i innych zabiegów lekarskich, pielęgnacji), rehabilitacji oraz leczenia poszpitalnego,
- bezpośrednio nadzoruje wykonywanie przez stażystę zabiegów diagnostycznych i leczniczych, których technikę powinien opanować w stopniu umożliwiającym samodzielne ich wykonywanie,
- wykonuje wspólnie ze stażystą zabiegi operacyjne oraz nadzoruje stosowane metody diagnozowania albo leczenia stwarzające podwyższone ryzyko dla pacjenta,
- bezpośrednio bierze udział w udzielaniu przez stażystę pomocy lekarskiej w nagłych przypadkach,
- nadzoruje prowadzenie przez stażystę historii choroby pacjenta i innej dokumentacji medycznej,
- konsultuje proponowane przez stażystę epikryzy, w tym również sporządzane po badaniu pośmiertnym pacjenta,
- zaznajamia stażystę z przepisami z zakresu orzecznictwa lekarskiego,

²⁸ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2013 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentystry, Dz.U. 2014, poz. 474, § 9, s. 6.

- konsultuje przygotowane przez stażystę opisy przypadków, prace pogładowe i inne opracowania,
- ustala harmonogram dyżurów medycznych stażysty i potwierdza ich realizację,
- przeprowadza sprawdziany z wiedzy teoretycznej i nabytych przez stażystę umiejętności praktycznych, określonych programem,
- przekazuje koordynatorowi stanowiska dotyczące oceny stażu cząstkowego.

Co do zasady stażysta wykonuje zawód pod nadzorem opiekuna, czynności podejmuje na jego zlecenie lub po zasięgnięciu jego opinii, zatem to raczej opiekun stażysty jest osobą prowadzącą leczenie pacjenta i to on powinien zadbać, aby leczenie to odbywało się zgodnie z aktualną wiedzą i sztuką medyczną. Rozporządzenie ministra zdrowia z 26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentystry nie przewiduje wynagrodzenia dla lekarza pełniącego funkcję opiekuna stażu.

Badanie pilotażowe satysfakcji lekarzy stażystów z wprowadzenia na stanowisko pracy

Droga lekarza stażysty przez staż podyplomowy, choć stosunkowo krótka, jest zwykle pierwszym, wymagającym doświadczeniem zawodowym młodego adepta medycyny. Liczne formalności związane z ukończeniem studiów, przystąpieniem do Okręgowej Izby Lekarskiej, rejestracją w Systemie Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych oraz złożonym procesem zawarcia stosunku o pracę z podmiotem leczniczym nie sprzyjają bezstresowemu rozpoczęciu kariery zawodowej. Sytuacji tej nie poprawia fakt, że okres stażu podzielony jest na staże cząstkowe oraz szkolenia, trwające od kilku dni do kilku tygodni, co skutkuje wielokrotnymi zmianami zespołu, środowiska oraz organizacji pracy.

Prawidłowo wykształcone procesy adaptacji pracowników w placówkach medycznych wydają się być kluczowym narzędziem umożliwiającym spokojne i efektywne wprowadzanie stażystów na kolejne stanowiska pracy, a tym samym osiąganie wysokiej produktywności oraz satysfakcji, jak i utrzymanie odpowiedniej jakości stażu.

Metodyka badań i próba badawcza

Próbie badawczą stanowiła jednorodna grupa absolwentów uniwersytetów medycznych, którzy ukończyli studia na wydziałach lekarskich, zdali Lekarski Egzamin Końcowy (LEK) i odbywali staże podyplomowe w szpitalach na terenie Polski. Narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety stworzony w wersji elektronicznej przy użyciu narzędzia „formularze Google” zawierający 18 pytań, z których część stanowiły

pytania zamknięte wielokrotnego wyboru. Kwestionariusz został podzielony na trzy sekcje: część ogólną dotyczącą danych demograficznych, miejsca stażu i dalszych perspektyw zawodowych; część dotyczącą stażu „ocenianego najlepiej do tej pory” i część dotyczącą „stażu ocenianego najgorzej do tej pory”. Kwestionariusz udostępniono za pośrednictwem mediów społecznościowych (m.in. Facebook, Konsylium24.pl), ankietę przeprowadzono w grupach zrzeszających lekarzy stażystów z różnych województw. Rozpowszechnienie informacji o badaniu i zaproszenie użytkowników do udziału w nim odbyło się poprzez media społecznościowe oraz kontakt bezpośredni z jednym z autorów. Badania reprezentują nurt jakościowy (dane prezentowane na skali nominalnej) i z tego powodu brak możliwości przeprowadzenia skomplikowanej analizy statystycznej²⁹. W okresie 49 dni (od 16 marca do 3 maja 2019 r.) zebrano 222 ankiety. W badaniu udział wzięło 149 kobiet (67%) i 73 mężczyzn (33%). Tak zdecydowana przewaga kobiet nad mężczyznami wśród respondentów wynika z faktu, że zarówno więcej kobiet studiuje, jak i więcej jest obecnie absolwentek wydziałów lekarskich uczelni medycznych (w wieku do 25. r.ż. w 2019 r. studiowało 1269 kobiet i 795 mężczyzn)³⁰. Na 16 województw odpowiedzi udzielili respondenci z 11, spośród których najliczniej reprezentowane są trzy województwa: łódzkie, mazowieckie i dolnośląskie (73% respondentów).

Ośrodkami, w których odbywała staż najliczniejsza grupa respondentów (75%), były szpitale wieloprofilowe (kliniczne i wojewódzkie). Zdecydowana większość respondentów znała szpitale, w których odbywała staże. Dla 93 respondentów (42%) był to ośrodek polecony przez znajomych lekarzy/lekarzy stażystów. Dla 155 osób (70%) był miejscem znanym z zajęć na studiach, praktyk wakacyjnych lub odbywanych dyżurów. Natomiast dla 102 osób (46%) był to całkiem nowy, nieznanymi ośrodek.

Powód wyboru ośrodka

Pytanie o powód wyboru ośrodka było pytaniem wielokrotnego wyboru, każdy respondent mógł zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź. Głównymi czynnikami decydującymi o wyborze miejsca stażu były „odległość od miejsca zamieszkania” – wskazały go 144 osoby (65% respondentów) oraz „stosunek do stażystów i dobra atmosfera pracy” – 117 (52,7%). Aspekty takie, jak elastyczny czas pracy, renoma ośrodka czy chęć poznania go pod kątem dalszej kariery zawodowej (specjalizacja/doktorat) miały drugorzędne znaczenie. Tylko 35,6% respondentów wskazało na „chęć poznania ośrodka, z którym wiązało nadzieje na przyszłe zatrudnienie” (tabela 3.6.1).

²⁹ *Podstawy metodologii badań w naukach o zarządzaniu*, W. Czakon (red.), Wolters Kluwer, Warszawa 2015.

³⁰ *Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentystów wg wieku, płci i tytułu zawodowego (Zestawienie nr 3)*, https://nil.org.pl/uploaded_files/1574855440_zapazdziernik-2019-zestawienie-nr-03.pdf (dostęp: styczeń 2020).

Tabela 3.6.1.

Motywy wyboru miejsca odbywania stażu podyplomowego

<i>Pyt. Czym kierował/a się Pan/Pani przy wyborze miejsca odbywania stażu podyplomowego?</i>			
Kategorie odpowiedzi	Liczba wskazań	Udział procentowy liczony od liczby ankiet (222)	Udział procentowy liczony od liczby wskazań (486)
Odległość od miejsca zamieszkania	144	64,9	29,63
Podejście do stażystów i dobra atmosfera	117	52,7	24,07
Duża elastyczność odbywania stażu	84	37,8	17,29
Chęć poznania ośrodka pod kątem kontynuowania w nim zatrudnienia	79	35,6	16,26
Renoma ośrodka	44	19,8	9,05
Inne	18	8,1	3,70
Suma	486		100

Źródło: opracowanie własne.

Na uwagę zasługuje grupa respondentów (8,1%), którzy wskazali inne powody wyboru miejsca odbywania stażu podyplomowego, wymieniając m.in. niechęć do szpitali klinicznych będącą wynikiem negatywnych doświadczeń ze studiów, wysokie progi punktowe do interesujących ich szpitali oraz chęć odbywania stażu w konkretnym szpitalu lub u konkretnego lekarza z nadzieją, że będzie on jak najbardziej efektywny.

Koordinator stażu

Nad prawidłowością przebiegu stażu czuwa koordinator stażu, do obowiązków którego należy m.in. ustalanie indywidualnych harmonogramów realizacji stażu na podstawie ramowego programu oraz zapoznanie stażystów, przed rozpoczęciem stażu, z ramowym programem i indywidualnym harmonogramem stażu, sposobem jego dokumentowania w karcie stażu oraz obowiązkami i uprawnieniami stażysty.

W zdecydowanej większości szpitali spotkanie z koordynatorem stażu odbyło się pierwszego dnia lub w pierwszym tygodniu zatrudnienia. Istnieją jednak miejsca, w których takie spotkanie nie odbyło się wcale lub odbyło się między pierwszym a piątym tygodniem pracy (tabela 3.6.2).

Uwagę zwraca fakt, że 11 respondentów (5%) nie miało spotkania z koordynatorem stażu, natomiast u siedmiu osób (3%) takie spotkanie odbyło się w pierwszym miesiącu, a nie jak prawidłowo powinno być – w pierwszym dniu pracy. W pierwszym dniu pracy koordinator spotkał się ze 174 respondentami (78%). Zatem jedna piąta stażystów nie było prawidłowo wprowadzonych do pracy.

Tabela 3.6.2.

Spotkanie z koordynatorem stażu

<i>Pyt. Po jakim czasie od momentu rozpoczęcia zatrudnienia odbyło się spotkanie z koordynatorem stażu?</i>		
	Liczba wskazań	Udział procentowy liczony od liczby ankiet (222)
W pierwszym dniu pracy	174	78,4
W pierwszym tygodniu pracy	30	13,5
W pierwszym miesiącu pracy	7	3,0
Nie odbyło się takie spotkanie	11	5,0

Źródło: opracowanie własne.

Ankietowani zostali poproszeni o ocenę spotkania z koordynatorem według numerycznej skali dziesięciopunktowej – od 1 do 10, gdzie 1 jest wartością najniższą, a 10 wartością najwyższą. Zero oznaczało spotkanie bezwartościowe, a 10 spotkanie, które rozwiało wszelkie wątpliwości stażysty odnośnie do przebiegu stażu i związanych z nim formalności. Respondenci w zróżnicowany sposób oceniali spotkanie, jednak oceny wyższe lub równe 5 stanowiły zdecydowaną większość, bo aż 84,2% wszystkich ocen. Najczęściej wskazywaną wartością (dominanta) była ocena najwyższa – 10.

Ankietowani zostali poproszeni również o scharakteryzowanie koordynatora stażu z perspektywy czasu (ok. 6 miesięcy). Zdecydowana większość respondentów pozytywnie oceniła koordynatora. Najbardziej docenianymi cechami były wyrozumiałość, pomocność oraz dostępność dla stażysty. Niewielka liczba respondentów wskazała na cechy negatywne takie jak problemowość, brak zrozumienia i konfliktowość, ale też w kategorii „inne” wymieniono brak zainteresowania stażystami lub niekompetencję w zakresie obowiązków koordynatora. Zainteresowanie wzbudza określenie „wyrozumiałość”, które może się odnosić zarówno do zrozumienia „trudnej sytuacji stażysty”, jak również oznaczać „pobłażliwość”.

Najlepiej i najgorzej oceniany staż

Staż cząstkowy z chorób wewnętrznych, trwający 11 tygodni, został oceniony jako najlepszy przez 41,9% ankietowanych, tym samym zdecydowanie wyróżniając się na tle innych dziedzin. Dominanta poziomu zadowolenia wynosi 7–8 pkt w dziesięciopunktowej skali.

Pośród staży ocenianych jako najgorsze rozbieżności były mniejsze, ale najwięcej respondentów (27%) wskazało staż z ginekologii i położnictwa, trwający 7 tygodni, oraz staż z anestezjologii i intensywnej terapii, trwający 3 tygodnie. Dominanta poziomu zadowolenia ze stażu na oddziale ginekologii i położnictwa wynosi 1–2 w skali dziesięciopunktowej.

Sposób wprowadzenia lekarzy stażystów do zespołu

Zróźnicowanie jest widoczne również w aspekcie wprowadzania nowego pracownika do zespołu lekarskiego. Około 52,5% lekarzy stażystów wskazuje, że pozostawali anonimowi przez większą część stażu na oddziałach ocenianych jako „najgorszy staż”, a tylko 10,83% na oddziałach ocenianych jako „najlepszy”, pomimo że sami stażyści wykazywali dużą aktywność w przedstawianiu się zespołowi, do którego zostali skierowani (tabela 3.6.3).

Tabela 3.6.3.

Sposób wprowadzania lekarzy stażystów do zespołu

Kategorie odpowiedzi	Liczba wskazań	Udział procentowy liczony od liczby ankiet (222)	Liczba wskazań	Udział procentowy liczony od liczby ankiet (222)
	Staż najlepszy		Staż najgorszy	
Pierwszego dnia opiekun stażu przedstawia nowych stażystów całemu zespołowi	82	36,9	26	11,7
Zwykle sam/a staram się o to, żeby przedstawić się zespołowi, z którym pracuję	94	42,3	67	30,2
Członkowie zespołu, widząc nową osobę, indywidualnie witają się i przedstawiają	75	33,8	21	9,5
Na tym oddziale stażyści zwykle pozostają osobami anonimowymi przez większą część stażu	22	9,9	126	56,8
Suma	273	100	240	100

Źródło: opracowanie własne.

Podczas „najgorszego stażu” z inicjatywą samodzielnego przedstawienia się wyszło 30,2% respondentów, a „najlepszego stażu” – 42,3%. Na „najgorzej ocenianych” oddziałach tylko niespełna 10% lekarzy i opiekunów stażystów wykazywało inicjatywę wprowadzenia stażysty do zespołu, w porównaniu z 33,8% na najlepiej ocenianych stażach.

Relacja stażysta–opiekun

Na stażach „najlepszych” (w opinii respondentów) 49,5% ankietowanych miało jednego opiekuna przez cały okres trwania stażu, natomiast 44% nie miało konkretnego opiekuna i współpracowało z wieloma lekarzami w zależności od potrzeb. Zatem można wnioskować, że nie sama obecność opiekuna decydowała w sposób zasadniczy o pozytywnej ocenie stażu. Jeśli chodzi o „najgorszy staż”, to jeden opiekun przez cały

czas trwania stażu był tylko u 26% stażystów, zaś 64% współpracowało z wieloma lekarzami (tabela 3.6.4).

Tabela 3.6.4.

Współpraca (relacja) stażysta–opiekun

	Najlepszy staż		Najgorszy staż	
	liczba	%	liczba	%
Miałem/am jednego opiekuna przez cały czas trwania stażu	110	49,5	57	25,7
Opiekun wielokrotnie się zmieniał	6	2,7	9	4,1
Nie miałem/am konkretnego opiekuna stażu, współpracowałem/am z wieloma lekarzami, zależnie od potrzeb	98	44,1	142	64,0
Inne	8	3,6	14	6,3

Źródło: opracowanie własne.

Choć zarówno na najgorzej, jak i najlepiej ocenianym oddziale obowiązki zwykle nie były jasno określone lub były zmienne, to jednak staż z określonymi obowiązkami 75% ankietowanych uznało za najlepszy. Natomiast, jeśli nie było przydzielonych obowiązków, 67% oceniało, że był to ich najgorszy staż (tabela 3.6.5).

Tabela 3.6.5.

Czy rozpoczynając staż na tym oddziale został/a Pan/Pani zapoznany/a z zakresem obowiązków lekarza stażysty?

Kategorie odpowiedzi	Liczba wskazań	Udział procentowy liczony od liczby ankiet (222)	Częstości	
			Staż najlepszy	Staż najgorszy
Nie miałem/am żadnych obowiązków i nie wykazywałem/am inicjatywy z własnej woli	2	0,9	59	26,6
Nie miałem/am jasno określonych obowiązków, ale sam/a angażowałem/am się w pomoc lekarzom przy ich obowiązkach	51	23	93	41,9
W trakcie trwania stażu moje obowiązki były zmienne, uzależnione od aktualnej sytuacji na oddziale i miały realny wpływ na pracę oddziału	121	54,5	54	24,3
Pierwszego dnia stażu poznałem/am swój zakres obowiązków, które były zgodne z programem stażu podyplomowego	48	21,6	16	7,2
Suma	222	100	222	100

Źródło: opracowanie własne.

Analizując działania podejmowane przez pracownika prowadzące do adaptacji, wyróżniamy adaptację czynną – kiedy czynności podejmowane są w sposób świadomy, mający na celu pokonanie napotkanych trudności, i prowadzą do lepszego odnalezienia się w nowej sytuacji oraz adaptację bierną – kiedy pomimo odczuwanego dyskomfortu osoba zatrudniona nie podejmuje czynności prowadzących do poprawy sytuacji. Na stażu ocenionym jako „najgorszy” 41,9% respondentów pomimo braku jasno określonych obowiązków wykazywało samodzielnie inicjatywę i próbowało pomóc lekarzom przy ich obowiązkach, zaś 26,6% ankietowanych przyjęło postawę bierną. W przypadku stażu „najlepszego” adaptację czynną przejawiało 23%, a bierną jedynie 0,9% ankietowanych.

Negatywna ocena stażu była również związana z rozczarowaniem wynikającym z zakresu obowiązków (52,3%), które były poniżej kompetencji (43,7%) i nie pogłębiały wiedzy lekarza stażysty (77%).

Z kolei zadowolenie ze stażu wynikało w głównej mierze z obowiązków adekwatnych do kompetencji, które pogłębiały wiedzę ankietowanych. Wskazania „zakres obowiązków przerastający kompetencje stażysty” były zgłaszane rzadko, ich odsetek nieznacznie się różnił w obu grupach (5,9% vs 4,1%) (tabela 3.6.6).

Tabela 3.6.6.

Jak ocenia Pan/Pani swoje obowiązki na tym oddziale?

Kategorie odpowiedzi	Liczba wskazań	Udział procentowy liczony od liczby ankiet (222)	Udział procentowy liczony od liczby wskazań (338)	Liczba wskazań	Udział procentowy liczony od liczby ankiet (222)	Udział procentowy liczony od liczby wskazań (431)
		Najlepszy staż			Najgorszy staż	
Czuję się rozczarowany/a zakresem swoich obowiązków	6	2,7	1,78	116	52,3	26,90
Czuję, że niewiele wyniosłem/am z tego stażu	8	3,6	2,37	171	77	39,68
Czuję, że pogłębiłem/am swoją wiedzę	118	53,2	34,91	6	2,7	1,39
Były poniżej moich kompetencji	18	8,1	5,32	97	43,7	22,51
Były adekwatne do moich kompetencji	179	80,6	52,96	28	12,6	6,50
Zdecydowanie przerastały moje kompetencje	9	4,1	2,66	13	5,9	3,02
Suma	338		100	431		100

Źródło: opracowanie własne.

Uwagę zwraca fakt, że tylko 53,2% respondentów stwierdziło, iż pogłębili oni swoją wiedzę w oddziałach, które określili jako najlepszy staż. Na najlepiej ocenionych stażach 80,6% respondentów uznało, że obowiązki na tym oddziale były adekwatne do ich kompetencji, w przeciwieństwie do oddziałów uznanych za najgorsze, na których aż 77% stwierdziło, że niewiele zyskali z odbycia tego stażu.

Tabela 3.6.7.

Jak ocenia Pan/Pani swoje obowiązki na tym oddziale?

Kategorie odpowiedzi	Liczba wskazań	Udział procentowy liczony od liczby ankiet (222)	Udział procentowy liczony od liczby wskazań (748)	Liczba wskazań	Udział procentowy liczony od liczby ankiet (222)	Udział procentowy liczony od liczby wskazań (268)
Czułem/am się częścią zespołu lekarskiego	158	71,2	21,12	11	5,0	4,10
Dbano o ergonomię mojej pracy	52	23,4	6,95	9	4,1	3,36
Czułem/am się swobodnie, pytając opiekuna o rzeczy, których nie wiem	183	82,4	24,47	35	15,8	13,06
Opiekun wykazywał zrozumienie dla sytuacji losowych, które miały wpływ na przebieg mojego stażu	140	63,1	18,72	31	14,0	11,57
Czułem/am się w pewnym stopniu osobą decyzyjną	100	45	13,37	0	0	0
Czułem/am odpowiedzialność za decyzje, które podejmowałem/am w związku z procesem diagnostyki i leczenia pacjentów	101	45,5	13,50	0	0	0
Żadne z powyższych	11	5	1,47	154	69,4	57,46
Inne	3	1,4	0,4	28	12,6	10,45
Suma	748		100	268		100

Źródło: opracowanie własne.

Swobodna relacja z opiekunem, która stwarzała możliwość poszerzenia swojej wiedzy poprzez uzyskiwanie odpowiedzi na nurtujące stażystów pytania (82,4%),

dobra integracja z zespołem lekarskim (71,2%), wyrozumiałość ze strony przełożonego (63,1%), współpodejmowanie decyzji diagnostyczno-terapeutycznych (45%) powodujące poczucie odpowiedzialności (45,5%) oraz ergonomia pracy (23,4%) to aspekty, które w sposób jednoznaczny różnicowały najlepszy i najgorszy staż. Elementy takie jak decyzyjność i odpowiedzialność dosłownie nie istniały na najgorzej ocenianych oddziałach, a w ogromnej części (69,4%) żaden z powyższych aspektów nie był na nich realizowany (tabela 3.6.7).

Rozbieżności pomiędzy stażami (najlepszy–najgorszy) są widoczne zarówno w zakresie relacji stażysta–opiekun, jak i wprowadzania stażysty w nowe obowiązki, wykorzystania wiedzy i kompetencji młodego lekarza oraz w zakresie ergonomii pracy. Nawet tak istotne aspekty jak dostęp do podstawowych narzędzi pracy, tj. komputera, biurka, systemu ewidencji pacjentów, historii choroby pacjentów czy chociażby miejsca do odpoczynku oraz zaplecza socjalnego był niedostateczny podczas najgorzej ocenianych stażów.

Na szczególną uwagę zasługują wyniki dotyczące braku dostępu do dokumentacji medycznej (historie chorób pacjentów i systemu ewidencji medycznej), wskazane przez odpowiednio 55,4% i 40,5% respondentów na stażach ocenionych jako „najgorszy”. W sytuacji, kiedy ustawowym celem stażu podyplomowego jest „pogłębienie wiedzy teoretycznej oraz poznanie, utrwalenie i przyswojenie praktycznych umiejętności z zakresu zapobiegania, rozpoznawania, leczenia i rehabilitacji najczęściej występujących chorób, postępowania w stanach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia (...) jako przygotowanie lekarza do samodzielnego wykonywania zawodu”, nasuwa się pytanie o możliwość stania się pełnowartościowym i wydajnym pracownikiem po tak zorganizowanym programie adaptacyjnym.

Negatywna ocena stażu wynika w pewnym stopniu z faktu, że najgorzej oceniany był staż z tej dziedziny medycyny, która przez ankietowanych nigdy nie była uważana za interesującą (64%) lub byli oni rozczarowani atrakcyjnością pracy w danej specjalizacji (29,3%). W przypadku stażu ocenianego jako najlepszy aż 50% ankietowanych zostało pozytywnie zaskoczonych daną specjalizacją, a jedynie 38,3% osób już wcześniej uważało ją za atrakcyjną.

Zdecydowana różnica w podejściu do stażystów zauważalna jest również w kontekście postrzegania ich jako przyszłych pracowników (specjalizantów) danego oddziału. Po stażu ocenianym jako najlepszy 72% respondentów było zachęcanych do pozostania w oddziale, a po „najgorszym” tylko 15%.

Ankietowanym również zadano pytanie dotyczące chęci kontynuowania zatrudnienia (specjalizacja) w ośrodku, w którym aktualnie odbywają staż. Tylko 28,8% wyraziło taką chęć, 40,1% nie planowało wiązać swojej przyszłości z aktualnym ośrodkiem stażowym, a 31,1% respondentów nie podjęło jeszcze decyzji („nie wiem”).

Ponadto na pytanie, czy staż w obecnym ośrodku przyczynił się do zmiany planów na przyszłość, około połowa respondentów (47,3%) przyznała, że po stażu nie będą chcieli podjąć wcześniej planowanej specjalizacji (sprzed odbycia stażu).

Przyczyny weryfikacji planów na przyszłość pokazano w tabeli 3.6.8.

Tabela 3.6.8.

Powody zmiany planów zawodowych po odbyciu stażu podyplomowego

<i>Pyt. Czy w trakcie stażu zmieniły się Pana/i perspektywy zawodowe (planowana specjalizacja). Jeśli tak, jakie były tego powody?</i>			
Kategorie odpowiedzi	Liczba wskazań	Udział procentowy liczony od liczby osób, które zmieniły plany (105)	Udział procentowy liczony od liczby wskazań (317)
Dostępność miejsca specjalizacyjnego	52	49,52	16,40
Dobra atmosfera na oddziale, na który planują się zdecydować	49	46,66	15,46
Pozytywne opinie innych o oddziale, na który planują się zdecydować	33	31,43	10,41
Aspekty finansowe	31	29,52	9,78
Zakres obowiązków na oddziale, z którego rezygnuję	28	26,66	8,83
Niesprzyjająca atmosfera na oddziale, z którego rezygnuję	25	23,81	7,89
Zakres obowiązków na oddziale, na który planują się zdecydować	25	23,81	7,89
Tryb pracy kolidujący z planami rodzinnymi i pozazawodowymi	22	20,95	6,94
Tryb pracy promujący życie rodzinne i plany pozazawodowe	20	19,05	6,31
Negatywne opinie rezydentów o oddziale, z którego rezygnuję	19	18,10	6,00
Zmiana miejsca zamieszkania	10	9,52	3,15
Inne	3	2,86	0,94
Suma	317		100

Źródło: opracowanie własne.

Najważniejszym czynnikiem wpływającym na decyzje o zmianie planów zawodowych (wybór specjalizacji) była dostępność miejsca specjalizacyjnego. Istotne były też: dobra atmosfera na oddziale, pozytywne opinie innych o oddziale oraz aspekty finansowe. Większość wcześniejszych badań analizuje decyzje potencjalnych kandydatów jako indywidualne, pomijając znacznie wpływ społecznego. W przeprowadzonych badaniach pilotażowych odzwierciedlenie znajdują obserwacje G. Van Hoye i F. Lievens

wskazujące silny wpływ „polecania” na atrakcyjność miejsca pracy³¹. Z negatywnych czynników wpływających na zmianę planów zawodowych wymieniano niesprzyjającą atmosferę, zakres obowiązków na oddziale, tryb pracy kolidujący z planami rodzinnymi oraz negatywne opinie rezydentów (osób robiących specjalizację).

Duże znaczenie dla respondentów miała możliwość pogodzenia w przyszłości życia rodzinnego i zawodowego (*work-life balance*). W numerycznej skali dziesięciopunktowej – od 1 do 10, gdzie 1 jest wartością najniższą, a 10 wartością najwyższą oraz zero oznacza brak jakiegokolwiek znaczenia, najwyższa wartość (10) była najczęściej wskazywana przez respondentów. Na uwagę zasługuje brak różnic ze względu na płeć. Zarówno mężczyźni (64,4%), jak i kobiety (74,5%) przywiązują wagę do możliwości pogodzenia w przyszłości pracy zawodowej z życiem rodzinnym.

Podsumowanie

Problem adaptacji pracowniczej w przypadku lekarzy stażystów należy rozpatrywać na dwóch płaszczyznach. Po pierwsze, lekarze stażyści są zatrudniani przez szpitale – organizacje o złożonej strukturze organizacyjnej, wynikającej z liczby oddziałów szpitalnych, poradni oraz rozpiętości specjalności medycznych. Ponadto z prowadzenia działalności leczniczej wynika wiele przepisów oraz ograniczeń dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy. Zapoznanie stażystów z tymi zasadami powinno być zrealizowane przez koordynatora stażu.

Po drugie, stażyści są pracownikami mniejszej jednostki organizacyjnej, jaką jest oddział szpitalny. Oddziały tego samego szpitala, formalnie różniące się jedynie profilem działalności, potrafią rządzić się odmiennymi zasadami i organizacją pracy, co dotyczy również zwyczajów i relacji w poszczególnych zespołach lekarskich. R. Lewandowski zauważa, że kultura organizacyjna wielu polskich szpitali jest pokłosiem wieloletniego funkcjonowania systemu ordynatorskiego, tj. zhierarchizowanego systemu organizacji pracy, w którym stanowisko ordynatora skupia w sobie władzę medyczną i administracyjną³².

Wprowadzenie stażysty do pracy na każdym z oddziałów powinno być realizowane przez opiekunów stażu na tych oddziałach. Wydaje się, że jeśli lekarz specjalista (opiekun) ma większą samodzielność i odpowiedzialność, to działa sprawniej.

³¹ G. Van Hove, F. Lievens, *Social Influences on Organizational Attractiveness: Investigating if and When Word of Mouth Matters*, „Journal of Applied Social Psychology” 2007, vol. 37, s. 2024–2047.

³² R. Lewandowski, *Uwarunkowania kształtowania struktury organizacyjnej ukierunkowanej na procesy w polskich szpitalach*, w: *Problemy i wyzwania w zarządzaniu organizacjami publicznymi*, A. Adamik, M. Matejun, A. Zakrzewska-Bielawska (red.), Monografie Politechniki Łódzkiej, Łódź 2010, s. 104–121.

W znakomitej większości stażyści zostali wprowadzeni w strukturę szpitala, spoczywające na nich obowiązki oraz formalne aspekty odbywania stażu przedstawiono im podczas spotkania z koordynatorem, które odbyło się w pierwszym dniu lub tygodniu zatrudnienia. Pozytywnie oceniane spotkanie było dobrym załącznikiem dalszej adaptacji na poszczególnych oddziałach (staże cząstkowe). Również z perspektywy czasu relacja koordynator–stażysta pozostaje bardzo wartościowa.

Mniej optymistycznie rysuje się sytuacja dotycząca adaptacji stażystów na konkretnych oddziałach. Podczas wielu tygodni stażów cząstkowych na wielu z nich stażyści pozostawali anonimowi. Również relacja opiekun–stażysta została zawiązana w niewielkim odsetku przypadków. Zdecydowana mniejszość stażystów poznała swój zakres obowiązków pierwszego dnia stażu, a bardzo często nie mieli oni żadnych obowiązków lub były one zmienne. Wiele osób w sposób czynny starało się przystosować do nowego środowiska, próbując przedstawić się nowemu zespołowi, zaangażować w pracę oddziału i usprawnić obsługę chorych. Niestety, znakomite grono stażystów wykazało postawę bierną, wykorzystując brak zainteresowania ze strony kadry lekarskiej. Brak działań adaptacyjnych ze strony pracodawcy nie sprzyjał zainteresowaniu stażystów pracą na danym oddziale i pozwalał przebrnąć przez pozornie nieinteresujący staż w sposób anonimowy, z wykazywaniem przy tym niezbędnego minimum zaangażowania w swoje obowiązki. W realny sposób przekłada się to na stopień adaptacji – pełny osiągnął jedynie niewielki odsetek stażystów, a większość nie wykonywała swoich zadań należycie i nie odczuwała satysfakcji.

Wśród respondentów zauważyć można skutki braku adaptacji takie jak niezadowolony, postawa pasywna, brak poczucia komfortu w pracy, przerzucanie odpowiedzialności, frustracja i niechęć do dalszego zatrudnienia w danej jednostce. Na braku adaptacji stażystów tracą również pozostali członkowie zespołu lekarskiego. Skuteczne wprowadzenie stażysty na stanowisko pracy mogłoby podnieść jakość realizacji zadań, usprawnić działania zespołu, zaoszczędzić czas, skrócić kolejki pacjentów oczekujących na świadczenia. Nie można pominąć faktu, że staż podyplomowy lekarza stażysty służyć miał pogłębianiu wiedzy teoretycznej oraz praktycznej nauce udzielania świadczeń zdrowotnych.

Duże braki zaobserwowano również przy określaniu powierzonych zadań. Na niektórych oddziałach obowiązki były dość jasno określone, adekwatne do kompetencji stażysty i pogłębiały jego wiedzę, ale niestety inni młodzi lekarze byli rozczarowali zakresem swoich zadań, które były nieadekwatne do ich oczekiwań i nie pozwalały realizować założeń stażu.

Dostęp do narzędzi pracy, zaplecza socjalnego oraz zapoznanie z warunkami techniczno-organizacyjnymi zostały ocenione stosunkowo dobrze. Prawdopodobnie wynika

to z faktu, że duża część ankietowanych odbywa staż w ośrodku, który mieli okazję poznać już przed rozpoczęciem stażu podyplomowego (podczas studiów, praktyk, dyżurów).

Warunki ekonomiczne dotyczące poziomu i zasad wynagrodzenia nie są zależne od pracodawcy, określa je ustawodawca, zatem nie były rozpatrywane pod kątem adaptacji pracowniczej.

W zakresie warunków społecznych zauważa się dużą różnorodność zachowań. Relacje z przełożonymi, współpracownikami, poczucie integracji z zespołem i atmosfera pracy to bardzo istotne aspekty, które skłoniły wielu respondentów do zmiany planów zawodowych. Połowa ankietowanych została pozytywnie zaskoczona, dzięki czemu zmieniła ona podejście do danej dziedziny medycyny. Młodzi lekarze bardzo wysoko cenią sobie możliwość pogodzenia pracy zawodowej i życia prywatnego (*work-life balance*), co może zostać osiągnięte przy dobrej adaptacji do stanowiska pracy, poprzez usprawnienie jej organizacji.

W większości przypadków adaptacja na nowym stanowisku pracy jest spontaniczna, nieprogramowana, a lekarz stażysta pozostawiony jest własnemu losowi. Nie istnieją zakładowe, a tym bardziej indywidualne programy adaptacji. Nie istnieją również dobrze rozwinięte mierniki przystosowania. Ankieta oceny końcowej szkoleń lekarzy stażystów przygotowana przez Urząd Marszałkowski spełnia wymóg formalny, lecz nie bada relacji i adaptacji na poziomie zespołu. Kadra kierownicza szpitali zdecydowanie częściej skupia się na mierzeniu satysfakcji pacjentów niż personelu. Takie zaniedbanie sytuacji pracowników dziwi tym bardziej że powszechnie znany jest problem niedoborów kadry lekarskiej, a dobra atmosfera pracy (obok dostępności miejsc specjalizacyjnych) to główny czynnik sprzyjający kontynuowaniu zatrudnienia po stażu.

Dobrze rozwinięte programy adaptacyjne pracowników zdecydowanie poprawiają funkcjonowanie organizacji, co w publicznym sektorze ochrony zdrowia mogłoby przełożyć się na poprawę jakości i skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia. W związku z tym powinny zostać podjęte działania mające na celu opracowanie programów informacyjnych, szkoleniowych i integracyjnych usprawniających wprowadzanie nowych pracowników na stanowiska pracy w jednostkach ochrony zdrowia. Koncentracja na wprowadzeniu do zespołu lekarzy stażystów wydaje się bardziej istotna niż wprowadzenie do organizacji.

Przeprowadzone powyżej analizy i wyciągnięte na tej podstawie wnioski z powodu niewielkiej liczby przypadków badawczych należy traktować jako wstępne, ale pomocne w projektowaniu i prowadzeniu dalszych badań z tego zakresu w celu usprawnienia zarządzania instytucją (diagnoza obszarów źle i dobrze zarządzanych) oraz budowania stałej i systematycznej praktyki oceny procesu adaptacji lekarzy stażystów w szpitalach. Analizując wyniki badań pilotażowych, należy mieć na uwadze ich ograniczenia wynikające z bardziej jakościowego podejścia i uwzględniania tylko jednej grupy respondentów,

tj. lekarzy stażystów. W przyszłości planowana jest kontynuacja badań na reprezentatywnej próbie pozwalającej na dokonywanie analiz ilościowych oraz uwzględnienie w badaniach jakościowych opinii innych stron, np. opiekunów stażu oraz przedstawicieli organu nadzorującego (Urząd Marszałkowski).

Bibliografia

- Baldwin B., *An Onboarding Program for the CT Department*, "Radiology Management" 2016, vol. 38, no. 1, s. 26–29.
- Bauer T.N., Erdogan B., *Organizational Socialization: The Effective Onboarding of New Employees*, w: *Maintaining, Expanding, and Contracting the Organization*, S. Zedeck, H. Aguins, W. Cascio, K. Leung, S. Parker, J. Zhou (eds.), "APA Handbook of Industrial and Organizational Psychology" 2011, vol. 3.
- Bauer T.N., Bodner T., Erdogan B., Truxillo D.M., Tucker J.S., *Newcomer Adjustment during Organizational Entry: A Latent Growth Modeling Approach to Understanding Newcomer Adaptation*, "Journal of Applied Psychology" 2007, vol. 92, no. 3, s. 707–721.
- Cewińska J., *Dysfunkcje w procesie pozyskiwania, wprowadzania do pracy, oceniania i zwalniania pracowników*, w: *Dysfunkcje i patologie w sferze zarządzania zasobami ludzkimi*, Z. Janowska (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2007, s. 123–124.
- Chan D, Neal S., *Interindividual Differences in Intraindividual Changes in Proactivity during Organizational Socialization: A Meta-analytic Review of Antecedents, Outcomes, and Methods*, "Journal of Applied Psychology" 2000, vol. 85, no. 2, s. 190–210.
- Chybalski F., *O uogólnianiu wyników analiz ilościowych w naukach o zarządzaniu*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Łódzkiej. Organizacja i Zarządzanie” 2017, nr 67, s. 5–18.
- Czajka S., *Adaptacja społeczno-zawodowa*, IPISS, Warszawa 1985, s. 35.
- Czarnik H., *Adaptacja młodych pracowników*, CRZZ, Warszawa 1980.
- Dale M., *Skuteczna rekrutacja i selekcja pracowników*, Wolters Kluwer, Warszawa 2013
- Davis P., *Adaptacja zawodowa*, Wydawnictwo „Petit”, Warszawa 2003.
- Deloitte, *Pierwsze kroki na rynku pracy*, 2018, <https://www2.deloitte.com/pl/pl/pages/human-capital/articles/hr-pierwsze-kroki-na-ryнку-placy-2018-kadry.html> (dostęp: luty 2020).
- Doniecki W., *Dobór, adaptacja, motywowanie i rozwój pracowników*, Difin, Warszawa 2014, s. 25, w: *Zarządzanie zasobami ludzkimi na rynkach międzynarodowych*, A. Poczowski (red.), Wolters Kluwer, Warszawa 2015.
- Ellis A.M., Bauer T.N., Mansfield L.R., Erdogan B., Truxillo D.M., Simon L.S., *Navigating Uncharted Waters: Newcomer Socialization through the Lens of Stress Theory*, "Journal of Management" 2015, vol. 41, no. 1, s. 203–235.
- Frankfort-Nachmias Ch., Nachmias D., *Metody badawcze w naukach społecznych*, Wyd. Zysk i S-ka, Poznań 2001.
- Garcia M.G., Watt J.L., Falder-Saeed K., Lewis, B., Patton, L., *Orienting and Onboarding Clinical Nurse Specialists: A Process Improvement Project*, "Clinical Nurse Specialist" 2017, vol. 31, no. 3, s. 163–168.
- Jurkowski R., *Prawne i ekonomiczne aspekty zarządzania ludźmi w firmie*, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2002.

- Karney J.E., *Człowiek i praca. Wybrane zagadnienia z psychologii i pedagogiki pracy*, Międzynarodowa Szkoła Menedżerów, Warszawa 1998.
- Klein H.J., Polin B., *Are Organizations on Board with Best Practices Onboarding?*, w: *The Oxford Handbook of Organizational Socialization*, C. Wanberg (ed.), 2012.
- Kowalewski K., Sawicki D., *Adaptacja pracownicza w Castoramie Polska SA (przykład „dobrej praktyki”), „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi”* 2014, nr 2.
- Kubica I., *Adaptacja pracownicza w międzynarodowym środowisku pracy*, w: *Zarządzanie zasobami ludzkimi na rynkach międzynarodowych*, A. Poczowski (red.), Wolters Kluwer, Warszawa 2015.
- Langley T.M., Dority J., Fraser J.F., Hatton K.W., *A Comprehensive Onboarding and Orientation Plan for Neurocritical Care Advanced Practice Providers*, “Journal of Neuroscience Nursing” 2018, vol. 50, no. 3, s. 157–160.
- Lee H.W., *Demonstrating the Importance of Interactional Socialization in Organization*, “Systems Research & Behavioral Science” 2011, no. 28, s. 264–269.
- Lewandowski R., *Uwarunkowania kształtowania struktury organizacyjnej ukierunkowanej na procesy w polskich szpitalach*, w: *Problemy i wyzwania w zarządzaniu organizacjami publicznymi*, A. Adamik, M. Matejun, A. Zakrzewska-Bielawska (red.), Monografie Politechniki Łódzkiej, Łódź 2010, s. 104–121.
- Ludwiczynski A., Król H., *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, WN PWN, Warszawa 2006.
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2013 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentystry, Dz.U. 2014, poz. 474, §7 i §9, s. 5–6.
- Pawlak Z., *Zarządzanie zasobami ludzkimi w przedsiębiorstwie*, Poltext, Warszawa 2011.
- Podstawy metodologii badań w naukach o zarządzaniu*, W. Czakon (red.), Wolters Kluwer, Warszawa 2015.
- Robinson A.H., *A New Hires First Six Months: 10 Key Pitfalls to Avoid*, www.theHRSpecialist.com, August 2012, s. 5, (dostęp: grudzień 2019).
- Skarbek W., *Wybrane zagadnienia metodologii nauk społecznych*, Naukowe Wydawnictwo Piotrkowskie, Piotrków Trybunalski 2013.
- Smythe J., *CEO – dyrektor do spraw zaangażowania*, Wolters Kluwer, Kraków 2009.
- Snell A., *Researching Onboarding Best Practice: Using Research to Connect On-boarding Processes with Employee Satisfaction*, “Strategic HR Review” 2006, vol. 5, no. 6, s. 32–35.
- Syper-Jędrzejak M., *Dobre praktyki w zakresie adaptacji pracowników na przykładzie wybranych firm regionu łódzkiego*, „Zarządzanie i Finanse” 2013, nr 1.
- System zarządzania zasobami ludzkimi przedsiębiorstwa*, H. Bieniok (red.), Wyd. AE w Katowicach, Katowice 2006.
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, Dz.U. 1997, nr 28, poz. 152, rozdz. 1, art. 2.1
- Tanner O.C., *An Onboarding Checklist for Success*, 2018, https://www.octanner.com/uk/insights/articles/2018/9/14/an_onboarding_checkl.html (dostęp: grudzień 2019).
- Van Hoya G., Lievens F., *Social Influences on Organizational Attractiveness: Investigating if and When Word of Mouth Matters*, “Journal of Applied Social Psychology” 2007, no. 37, s. 2024–2047.
- Wytyczne do wdrażania standardów zarządzania satysfakcją w urzędach administracji państwowej; https://dsc.kprm.gov.pl/sites/default/files/pliki/zal_3.pdf (dostęp: styczeń 2019).

Zestawienie ilościowe wg rodzaju prawa wykonywania zawodu (PWZ) (Zestawienie nr 7); https://nil.org.pl/uploaded_files/1574855484_za-pazdziernik-2019-zestawienie-nr-07.pdf (dostęp: styczeń 2020).

Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentystów wg wieku, płci i tytułu zawodowego (Zestawienie nr 3); https://nil.org.pl/uploaded_files/1574855440_za-pazdziernik-2019-zestawienie-nr-03.pdf (dostęp: styczeń 2020).

Żarczyńska-Dobiesz A., *Adaptacja nowego pracownika do pracy w przedsiębiorstwie*, Wolters Kluwer, Kraków 2008.