

**Iwona Kowalska-Koprowska, Anna Mokrzycka**

*Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania, Instytut Zdrowia Publicznego  
Uniwersytet Jagielloński*

## ***Uwarunkowania możliwości zatrudnienia absolwentów kierunku „zdrowie publiczne” – badania pożądanych kompetencji***

### ***1. W poszukiwaniu kompetencji warunkujących zatrudnienie absolwentów Zdrowia Publicznego w nowych warunkach na rynku pracy***

Celem podjętych w ramach programu Leonardo<sup>1</sup> badań było uchwycenie dynamiki zmian instytucjonalnych w reformowanym systemie, traktowanych jako czynnik warunkujący sytuację na rynku pracy w sektorze zdrowotnym, ze szczególnym uwzględnieniem zapotrzebowania na fachowych pracowników zdrowia publicznego.

Absolwenci kierunku studiów „zdrowie publiczne” stanowią nową kategorię zawodową na rynku pracy. Analiza problemu w ramach całego projektu obejmowała zatem kilka wątków takich jak między innymi:

- zmiany w funkcjach podstawowych instytucji systemu wynikające z wprowadzanej reformy opieki zdrowotnej i zmian w strukturze świadczeniodawców;
- przekształcenia na rynku pracy w odniesieniu do kategorii zawodowych związanych z systemem opieki zdrowotnej, będących efektem spontanicznej ewolucji (w której na szczególną uwagę zasługuje prywatyzacja);

---

<sup>1</sup> Leonardo da Vinci jest programem badawczym Unii Europejskiej poświęconym m.in. kwestii poprawy zatrudnienia wśród absolwentów „zdrowia publicznego”: PL/00/B/F/PP/140 155 realizowanym przez Wydział Ochrony Zdrowia CMUJ, School of Health and Related Research (the University of Sheffield), Maastricht University, Project Manager: Katarzyna Czekanowska.

– prawdopodobna rozbieżność pomiędzy potrzebami przyszłych pracodawców a umiejętnościami absolwentów studiów wyższych, nabywanymi w procesie kształcenia w ramach programów uniwersyteckich.

Niniejsze opracowanie dotyczy ostatniego wątku.

Założono, że występowanie owej prawdopodobnej rozbieżności, pomniejsza wartość pracowników z punktu widzenia pracodawcy, wobec czego występuje brak określonych umiejętności i związana z tym potrzeba dalszych szkoleń.

Jednym z pierwszych zadań podjętych w ramach programu Leonardo stało się zatem stworzenie listy kompetencji, tak poklasyfikowanej, aby następnie móc ją weryfikować w badaniach focusowych przeprowadzanych z określonymi grupami pracodawców.

Projekt Leonardo jest projektem międzynarodowym, w którym oprócz Instytutu Zdrowia Publicznego CMUJ biorą udział: Wydział Nauk o Ziemi Uniwersytetu w Maastricht oraz Szkoła Zdrowia Publicznego Uniwersytetu w Sheffield.

Tworzenie uniwersalnej listy kompetencji, weryfikowanej we wszystkich trzech ośrodkach następowало w drodze bliskiej współpracy i kompromisu. Po otrzymaniu brytyjskich i holenderskich propozycji polski zespół badawczy przystąpił do dyskusji nad listami kompetencji oraz umiejętności, jakie powinien posiadać absolwent „zdrowia publicznego”, rozpatrywanych pod kątem ich przydatności ze względu na strukturę instytucji potencjalnie zatrudniającej naszych absolwentów.

Szczególна uwaga została zatem zwrócona na uwarunkowania instytucjonalne i ich specyfikę, misje poszczególnych instytucji oraz ich miejsce w infrastrukturze zdrowia publicznego.

Na podstawie tych list opracowana została klasyfikacja kompetencji przy zastosowaniu kryterium weryfikowalności danej umiejętności (możliwości sprawdzenia, w jakim stopniu jest ona posiadana). Posłużyła ona następnie do opracowania listy finalnej, stosowanej w badaniu focusowym.

W tej wstępnej analizie wyodrębnione zostały trzy grupy umiejętności.

Po pierwsze, umiejętności techniczne związane ze zdolnością do wykorzystania i stosowania nowoczesnych nośników informacji, nowoczesnych technik (metod nauczania i prezentacji), zarówno dla potrzeb o charakterze naukowo-badawczym, dydaktycznym, jak i koniecznych w nowoczesnym zarządzaniu, związane z wykorzystaniem sprzętu audio-wizualnego oraz znajomością języków obcych. Są to kompetencje zasadniczo wspólne dla wszystkich kategorii podmiotów i różnego rodzaju zatrudnienia, nie wymagające rozgraniczenia ze względu na charakter wykonywanej pracy. Różnice mogą jedynie dotyczyć stopnia opanowania danej umiejętności.

Następna kategoria wyodrębnionych umiejętności to te, które związane są w dużym stopniu z cechami osobowościowymi, takimi jak: odpowiedzialność, uczciwość, poczucie humoru, kreatywność itd., predestynującymi daną jednostkę do określonego typu zatrudnienia, w większości nie należącymi do umiejętności możliwych do wyuczenia w trakcie realizacji programu kształcenia. Kryterium weryfikowalności może mieć tu charakter subiektywnej oceny pracodawcy. Obiektywizacja tego kryterium jest możliwa przy zastosowaniu odpowiednich testów psychologicznych.

Ostatnią grupę wyodrębnionych kompetencji stanowią umiejętności specyficzne czy też profesjonalne, związane z wykonywaniem określonej roli w instytucji, nabyte w drodze odpowiedniego wykształcenia i charakterystyczne dla danej roli, wyróżniające ją spośród innych, czyli np. umiejętność analizy czy syntezy, wykorzystywania informacji statystycznych, rozpatrywania problemu z różnych punktów widzenia itp.

W tej grupie umiejętności można wyróżnić podkategorie specyficzne dla danych ról. Kryterium sprawdzalności związane jest bezpośrednio z rodzajem uzyskanego wykształcenia (i w związku z tym z możliwością pełnienia danej roli w instytucji), jak i z pewnymi cechami osobowości, które warunkują wybór ścieżki kariery.

Na podstawie dokonanej analizy i kategoryzacji kompetencji została stworzona ostateczna lista, do której dodano specyficzne kompetencje z zakresu zdrowia publicznego. Lista ta była następnie weryfikowana w trakcie badań fokusowych z pracodawcami pochodzącymi z różnych instytucji infrastruktury zdrowia publicznego.

Obliczenie wartości dla poszczególnych kompetencji następowało przy zastosowaniu następujących kodów: (++)=2, (+)=1; (?)=0; (-)=-1, a następnie obliczano średnią dla grup kompetencji jako sumę uzyskanych wyników poszczególnych kompetencji dzieloną przez liczbę kompetencji w danej grupie. Na tej podstawie zostały uszeregowane grupy kompetencji oraz wyróżniające się pojedyncze kompetencje.

**Tabela 1**  
Lista kompetencji

Umiejętności / Kompetencje	+ +/ +/ -
<b>Kompetencje ogólne</b>	
Umiejętność posługiwania się sprzętem i oprogramowaniem komputerowym (edytory, internet, e-mail, korzystanie z baz danych) Umiejętność wykorzystania dostępnych, podstawowych technologii prezentacji (rzutnik pisma, tablica, slajdy, prezentacje z użyciem programów komputerowych, fax) Dyspozycyjność Znajomość przynajmniej jednego języka obcego	biegła dobra dostateczna
<b>Kompetencje społeczne (interpersonalne i w grupie). Organizacja własnej pracy i zdolność funkcjonowania w instytucji</b>	
Zdolność dostosowania się do zmian ( np. do zmiany stanowiska pracy, zmian w harmonogramie pracy, strukturze instytucji, itp.) Gotowość podejmowania odpowiedzialności, świadomość konsekwencji własnych działań, silne poczucie zaangażowania Zdolność przekonywania, właściwego argumentowania Kreatywność (umiejętność niekonwencjonalnego myślenia) Samodyscyplina (umiejętność właściwego wykonywania zadań bez nadzoru, dotrzymywania terminów)	

<p>Zdolność do podejmowania niezależnych działań, narzucanie własnego tempa pracy i wiara we własne siły</p> <p>Umiejętność planowania i rozwoju własnej kariery zawodowej (zdobywanie nowych umiejętności zawodowych, rozszerzanie zakresu posiadanych kompetencji, samokształcenie)</p> <p>Autopromocja, umiejętność dostrzegania i wykorzystywania sposobności awansu zawodowego</p> <p>Umiejętność pracy w niesprzyjających okolicznościach, radzenie sobie ze stresem i zdenerwowaniem</p> <p>Umiejętność nawiązywania i podtrzymywania kontaktów oraz współpracy z innymi, w tym umiejętność rozwiązywania konfliktów, skutecznego komunikowania się, dzielenia się wiedzą i doświadczeniem</p>	
<b>Umiejętności przywódcze w instytucji</b>	
<p>Umiejętność negocjowania, mediacji w celu znalezienia właściwych rozwiązań tak ze współpracownikami, jak i z klientami (scenariuszy działań, w których żadna ze stron nie przegrywa)</p> <p>Gotowość podejmowania działań na rzecz realizacji wspólnych celów, umiejętność przyjmowania właściwej roli w zespole, umiejętność efektywnego dzielenia się wiedzą i doświadczeniem przy wykonywaniu wspólnych zadań</p> <p>Zdolność prezentowania i obrony własnego zdania</p> <p>Umiejętność przekazywania wiedzy i informacji klientom z poza instytucji, pokonywanie barier komunikacji (problem różnic wykształcenia, fachowej terminologii)</p> <p>Umiejętność stosowania zasad racjonalnego podziału pracy, delegowania uprawnień oraz/lub realizacji zadań zleconych</p> <p>Umiejętność występowania z nowymi inicjatywami w dziedzinie funkcjonowania instytucji (nowych celów, bardziej efektywnego funkcjonowania) i zjednywania sobie poparcia</p> <p>Umiejętność oceny ryzyka i sporządzania planów awaryjnych</p> <p>Umiejętność przemawiania publicznego, prowadzenia oficjalnych prezentacji i nieformalnych odpraw, a także aktywnego uczestnictwa w spotkaniach</p>	
<b>Umiejętności swoiste – profesjonalne, związane z wykonywaniem określonej roli w instytucji</b>	
<p>Umiejętność analizowania, rozumienia i korzystania z informacji statystycznych (w tym świadomość ich ograniczeń), zwłaszcza tych dotyczących stanu zdrowia</p> <p>Umiejętność planowania pracy zespołu lub budowania i realizacji programu (konstruowanie harmonogramów pracy, budżetów i wykorzystanie dostępnych środków)</p> <p>Umiejętność analizy i syntezy informacji społecznych, ekonomicznych, organizacyjnych i zdrowotnych (epidemiologicznych)</p> <p>Umiejętność formułowania alternatywnych strategii rozwiązywania problemu, ich oceny z punktu widzenia priorytetów zdrowia publicznego i dokonywania najlepszego wyboru – właściwej oceny sytuacji (w zakresie posiadanych kompetencji)</p> <p>Umiejętność postrzegania zagadnień z kilku perspektyw/ punktów widzenia (świadomość możliwości konfliktu interesów różnych grup lub odmiennych stanowisk etycznych i moralnych)</p>	

<p>Umiejętność i gotowość racjonalnego kwestionowania i przeciwwstawiania się istniejącym opiniom, wyobrażeniom i koncepcjom większości lub osób dominujących (i umiejętność przedstawienia właściwej argumentacji)</p> <p>Umiejętność prowadzenia badań naukowych, w tym przygotowania i prowadzenia projektu badawczego pozwalającego pozyskać informacje niezbędne (przydatne do racjonalnego rozwiązywania problemów zdrowia publicznego ( formułowanie hipotez, określanie celów, dobór metod, ustalanie strategii)</p> <p>Umiejętność niekonwencjonalnego myślenia w dziedzinie tworzenia i wdrażania strategii zdrowia publicznego</p> <p>Znajomość podstaw teoretycznych i metodologicznych własnej dyscypliny naukowej</p> <p>Świadomość wielodyscyplinarności zdrowia publicznego, umiejętność wykorzystania różnych dyscyplin, systemów organizacyjnych i informacyjnych, obróbki i odmiennej prezentacji informacji</p> <p>Umiejętność docierania i korzystania z literatury i informacji z wybranej dziedziny zdrowia publicznego, umiejętność recenzowania i oceny literatury/ informacji, orientacja w wynikach najnowszych badań naukowych</p> <p>Współpraca ze środowiskiem naukowym, umiejętność zadawania pytań, świadomość ograniczeń wynikających ze specjalizacji naukowej, korzystanie z wyników (świadomość pojęć plagiatu, poufności)</p>	
<p><b>Kompetencje przywódcze w społeczności lokalnej</b></p>	
<p>Umiejętność i gotowość podejmowania decyzji w warunkach braku dostatecznych informacji o skutkach planowanego działania</p> <p>Umiejętność planowania strategicznego (określenia celów i kierunków działania)</p> <p>Zdolność dotrzymania terminów, konsekwencja w realizacji celów</p> <p>Umiejętność określania priorytetów</p> <p>Umiejętność wykonywania rutynowych i nierutynowych zadań: umiejętność metodycznego postępowania w połączeniu z radzeniem sobie z nieoczekiwanymi zmianami (improvizowanie)</p> <p>Umiejętność realizacji kilku zadań o różnej treści równolegle lub wymagających odmiennej kompetencji (<i>multi-tasking</i>)</p> <p>Umiejętność oceny ryzyka przygotowywanych i podejmowanych decyzji oraz umiejętność i gotowość sporządzania planów awaryjnych</p>	
<p><b>Świadomość społeczno-polityczna i etyka</b></p>	
<p>Dobra orientacja w zakresie politycznych uwarunkowań własnej pracy (uwarunkowania stanu zdrowia, działania systemu zdrowotnego) tak na szczeblu kraju, jak i na szczeblu lokalnym</p> <p>Akceptacja zasad etyki postępowania charakterystycznej dla zdrowia publicznego (zrozumienie aspektów etycznych własnej dyscypliny i kierowanie się zasadami moralnymi, odpowiedzialność za uwarunkowania stanu zdrowia, odpowiedzialność za dostęp do świadczeń zdrowotnych grup społecznie upośledzonych)</p> <p>Zdolność wskazania, określenia i kształtowania wartości istotnych dla „swojej” grupy zawodowej w ramach tych, którzy zajmują się zdrowiem publicznym</p>	

<p>Zdolność dostrzegania różnic pomiędzy zmianami w systemie zdrowotnym wynikającymi z transformacji ustrojowej, oddziałującymi na ogólne kierunki i politykę od tych, które dotyczą incydentalnych, codziennych problemów</p> <p>Umiejętność tworzenia i zastosowania systemów oceny w odniesieniu do strategii zmian</p> <p>Zdolność do zastosowania teorii i koncepcji zmian, rozwijanych w ośrodkach akademickich w praktyce, w rzeczywistych sytuacjach występujących w sferze zdrowia publicznego</p> <p>Zdolność postrzegania i rozumienia społecznych i ekonomicznych czynników warunkujących stan zdrowia</p> <p>Umiejętność identyfikowania procesów politycznych i działań na poziomach centralnych i lokalnych oraz rozumienia ich wpływu na problemy zdrowia i sektora zdrowotnego</p> <p>Umiejętność określania i analizowania zagadnień polityki oraz rozwiązań alternatywnych dotyczących poszczególnych problemów zdrowia publicznego</p> <p>Zdolność wykorzystania mediów do rozpowszechnienia wartości, celów, priorytetów i misji zdrowia publicznego wśród ciał ustawodawczych i wykonawczych, organizacji społecznych innych podmiotów, w celu ułatwienia zmian prowadzonej polityki (zwłaszcza na szczeblu lokalnym)</p> <p>Zdolność mobilizowania społeczności i instytucji przy wspieraniu i pomocy na rzecz decyzji podejmowanych przez samorządy oraz działań związanych z kwestiami zdrowia publicznego</p> <p>Zdolność wysłuchania klienta i działania na rzecz jego dobra, niezależnie od jego poglądów, przekonań, wyglądu, stylu ubierania się itd.</p> <p>Zdolność poszukiwania i pozyskiwania środków finansowych, niezbędnych do realizacji przygotowywanych działań i programów (pozyskiwanie sponsorów)</p> <p>Zdolność (i gotowość) współpracy z przeciwnikami politycznymi lub reprezentantami odmienny światopoglądów w przygotowywaniu i wdrażaniu programów zdrowia publicznego</p>	
<b>Kompetencje w zakresie zdrowia publicznego</b>	
<p>Zdolność postrzegania i rozumienia związków między patologiami społecznymi a problemami, przed którymi stoi zdrowie publiczne</p> <p>Zdolność do przewidywania przyszłych kierunków rozwoju w zakresie zdrowia publicznego</p> <p>Rozumienie i umiejętność poszukiwania informacji na temat stanu zdrowia wyodrębnionej populacji (podstawowe wskaźniki)</p> <p>Rozumienie i umiejętność poszukiwania informacji na temat stanu sanitarnego środowiska i jego wpływu na zdrowie</p> <p>Rozumienie i umiejętność poszukiwania informacji na temat sytuacji ekonomicznej i jej wpływu na zdrowie</p> <p>Rozumienie i umiejętność poszukiwania informacji na temat wpływu szkodliwego wpływu niektórych zachowań na stan zdrowia</p> <p>Rozumienie i umiejętność poszukiwania informacji na temat pozytywnego wpływu niektórych zachowań na stan zdrowia</p> <p>Rozumienie i umiejętność poszukiwania informacji na temat wpływu otoczenia człowieka w miejscu pracy lub nauki na stan zdrowia</p>	

## **2. Przebieg wywiadów zogniskowanych przeprowadzonych w przykładowych grupach potencjalnych pracodawców w Polsce**

Do opisu przebiegu badania wybrano trzy przykładowe grupy fokusowe, w tym pierwszą grupę pilotażową, składającą się ze świadczeniodawców, zaproszonych do udziału w badaniu spośród osób, które ukończyły studia podyplomowe w dziedzinie zdrowia publicznego. Po przeprowadzeniu badania w tej grupie do scenariusza wywiadu zostały wprowadzone pewne zmiany. Dwie pozostałe grupy rekrutowały się z pracodawców sektora administracji samorządowej i świadczeniodawców, reprezentowanych przez administratorów opieki zdrowotnej.

### **2.1. Wyniki badań w grupie pilotażowej**

W badaniu grupy pilotażowej, oprócz moderatora i obserwatorów, wzięła również udział grupa sędziów<sup>2</sup>, której zadaniem była ocena poziomu współpracy i aktywności grupy oraz metody i sposobu prowadzenia spotkania przez moderatora. Sędziowie otrzymali arkusze ocen, na których zamieszczali swoje uwagi i oceny. Arkusze te zostały poddane analizie, stanowiły one istotny materiał przy podejmowaniu decyzji dotyczącej zmian w scenariuszu, poziomu aktywności grupy i jej zaangażowania.

Kryterium selekcyjnym doboru grupy pilotażowej, było miejsce zatrudnienia (grupa „dużych” świadczeniodawców) oraz zajmowane tam stanowisko (stanowiska kierownicze). Przyjęto, że właśnie te osoby mogą w przyszłości decydować o zatrudnieniu potencjalnych kandydatów – absolwentów „zdrowia publicznego”.

Zaproszono ośmiu przedstawicieli instytucji/organizacji z województwa małopolskiego i śląskiego, spośród których sześć osób wzięło udział w badaniu.

Celem badania było uzyskanie opinii na temat potrzebnych profesjonalnych kompetencji i umiejętności, jakimi powinien dysponować absolwent kierunku „zdrowie publiczne”, jako pracownik zatrudniony przez świadczeniodawcę, oraz ocena i weryfikacja listy profesjonalnych kompetencji potrzebnych w pracy w jednostkach udzielających świadczeń zdrowotnych.

Badanie odbyło się zasadniczo zgodnie z ustalonym scenariuszem.

W pierwszej części przeprowadzono wstępną dyskusję, która dotyczyła reformy systemu zdrowotnego. Okazało się to powodem odejścia od zasadniczego celu spotkania i przedłużyło czas jego trwania. Dyskusja w grupie pilotażowej zaczynała się od pytania „rozgrzewającego”: „Co Państwo sądzą na temat wdrażanej reformy?”. Uzupełniały je następujące pytania: „Jak reforma wpływa (przekształca, zmienia) misję, zadania, funkcję, zakres odpowiedzialności Państwa instytucji?”, „Czy zmiany (wpływ reformy) uwidaczniają się w zakresie spraw dotyczących zdrowia publicznego w Waszej instytucji?”, „Czy w związku z tym widzielibyście przydatność absolwentów kierunku „zdrowie publiczne”

---

<sup>2</sup> Grupa sędziów rekrutowała się także spośród absolwentów studiów podyplomowych, którzy reprezentowali inne instytucje infrastruktury zdrowia publicznego.

w tej instytucji?”. W następnych grupach zrezygnowano z tych pytań ze względu na wydłużenie czasu badań.

W wyniku badania pilotażowego następująco sprecyzowano opis celu badania przedstawiany jego uczestnikom:

- 1) uzyskanie opinii na temat kompetencji i umiejętności potrzebnych zdaniem uczestników w sytuacji potencjalnego zatrudnienia absolwenta „zdrowia publicznego” w instytucjach reprezentowanych przez uczestników spotkania;
- 2) weryfikacja i uzupełnienie przedstawionych przez nas list tychże kompetencji i umiejętności;
- 3) zapoznanie się ze stanowiskiem osób uczestniczących w badaniu wynikającym z wiedzy, doświadczenia i znajomości realiów, wymogów stawianych w ich instytucjach osobom, które potencjalnie mogłyby zostać zatrudnione.

Zmieniono także w scenariuszu badania następnych grup czas przeprowadzania zadania z metaforą samochodu (obraz pojazdu jako odzwierciedlenie kompetentnego pracownika i prośba o umiejscowienie na rysunku konkretnych umiejętności), które to zadanie okazało się dobrą formą rozgrzania grupy. W związku z tym zamiast przeprowadzania go pod koniec spotkania przeniesiono tę część na początek, zaraz po przedstawieniu celu badania i wstępnej dyskusji.

Zasadnicza część badania toczyła się już zgodnie z założeniami scenariusza, a więc została zaprezentowana lista kompetencji do oceny (uczestników poproszono o indywidualną jej ocenę), a następnie miała miejsce wspólna dyskusja.

W wyniku badań pilotażowych wprowadzono następujące zmiany w sposobie prowadzenia badań:

1. Zmiana kolejności zadań: wprowadzenie ćwiczenia z metaforą samochodu jako zadania rozgrzewającego w celu zwiększenia zainteresowania i integracji grupy.
2. Skrócenie części wstępnej w celu ograniczenia dyskusji nie związanych bezpośrednio z celem badania.
3. Wprowadzenie zasady określenia celu w formie pisemnej: plansza z widocznym, dużym napisem w celu dyscyplinowania grupy i koncentrowania dyskusji na tym problemie.
4. Zmiana zasad oceny poszczególnych kompetencji: poszerzenie skali ocen o dwa znaki:
  - a) ++ jako kompetencje bardzo potrzebne, niezbędne;
  - b) jeden znak + jako kompetencje ważne;
  - c) znak ? jako odpowiednik „nie wiem, nie mam zdania, być może” oraz
  - d) znak – jako zdecydowane określenie kompetencji niepotrzebnych.

W odniesieniu do kwestii merytorycznych wyniki wywiadu dotyczyły między innymi wypracowania definicji zdrowia publicznego jako rezultatu wypowiedzi uczestników spotkania. Główne elementy określające obszar zdrowia publicznego to zdaniem badanych: promocja zdrowia i zapobieganie chorobom, edukacja zdrowotna społeczeństwa oraz organizacja opieki zdrowotnej.

Ponadto – jako rezultat ćwiczenia grupowego z metaforą samochodu – ustalone zostały kompetencje pracownika. Wśród nich najistotniejsze znaczenie przypisano: umiejętno-



ści kierowania pracą zespołu, szybkości reagowania, umiejętności oceny sytuacji oraz ryzyka, świadomości własnych możliwości i możliwości innych, odpowiedniemu „zabezpieczeniu” na wypadek sytuacji awaryjnych. W rezultacie spontanicznych wypowiedzi uczestników spotkania okazało się, że do pożądanых cech, kompetencji i umiejętności pracowników należą także: sumienność, profesjonalizm, umiejętność komunikowania się z innymi, znajomość warunków rynku, szybkość reagowania w sytuacjach awaryjnych.

Poza spontanicznymi wypowiedziami całej grupy oraz pojedynczych jej członków, dającymi jakościowy wynik przeprowadzonego badania, „wartość” poszczególnych kompetencji w ocenie biorących udział w badaniu została oszacowana zgodnie z uzyskanymi w trakcie oceny listy „punktami”.

Ranking grup kompetencji w grupie pilotażowej wykazał, że najbardziej cenione są kompetencje społeczne (interpersonalne i w grupie) oraz organizacja własnej pracy i zdolność funkcjonowania w instytucji, a także umiejętności przywódcze w instytucji. W odniesieniu do znajomości języka obcego zdecydowana większość uznała, że najbardziej pożądana jest dobra znajomość (niekoniecznie biegła).

Poniżej przedstawiono wnioski dotyczące oceny zaproponowanej listy i uwagi przekazane przez uczestników badania pilotażowego.

1. Wszyscy uczestnicy spotkania byli zgodni, że lista jest za długa („zbyt długa, zbyt szczegółowa, brak czasu na tak drobiazgową analizę, niektóre z kompetencji wydają się być bardzo do siebie zbliżone”).

2. Badani uważali, że jako pracodawcy nie mieliby czasu na wypełnienie tak skonstruowanego kwestionariusza, stąd propozycja skrócenia listy oraz połączenia pewnych kompetencji.

3. Bardzo dobry był odbiór „merytoryczny” listy: opinie dotyczące precyzji sformułowań, agregowania poszczególnych kompetencji. Stwierdzono, iż każdy pracodawca życzyłby sobie, aby potencjalny pracownik posiadał większość z opisanych umiejętności, ale jednocześnie zdawano sobie sprawę z faktu, że byłby to pracownik idealny, a więc w praktyce nieosiągalny.

Okazało się, że opracowanie profilu pracownika – w oparciu o załączoną ocenę listy umiejętności – nie jest łatwym zadaniem. Biorąc bowiem pod uwagę podane wcześniej problemy podnoszone przez uczestników (brak czasu, obszerność listy, trudności z identyfikacją ról możliwych do pełnienia przez absolwentów „zdrowia publicznego” w tych instytucjach) efektem byłby zbyt idealistyczny „portret” potencjalnego absolwenta. Badani niechętnie korzystali jednak z możliwości skracania listy, krytykując jednocześnie jej zbyt rozbudowaną zawartość. Na prośbę moderatora wyróżnili dziesięć podstawowych umiejętności jako te, które z punktu widzenia ich instytucji byłyby niezbędne. Są to:

1. Zdolność dostosowania się do zmiany stanowiska pracy, zmian w harmonogramie pracy, strukturze instytucji.

2. Gotowość odejmowania odpowiedzialności, świadomość konsekwencji własnych działań, silne poczucie zaangażowania.

3. Umiejętność pracy w niesprzyjających okolicznościach, radzenie sobie ze stresem i zdenerwowaniem.

4. Umiejętność negocjowania, mediacji w celu znalezienia właściwych rozwiązań tak ze współpracownikami jak i z klientami.
5. Gotowość podejmowania działań na rzecz realizacji wspólnych celów, umiejętność przyjmowania właściwej roli w zespole, umiejętność efektywnego dzielenia się wiedzą i doświadczeniem przy wykonywaniu wspólnych działań.
6. Umiejętność oceny ryzyka i sporządzania planów awaryjnych.
7. Znajomość podstaw teoretycznych i metodologicznych własnej dyscypliny naukowej.
8. Umiejętność określania priorytetów.
9. Znajomość rynkowych wymogów w otoczeniu instytucji, umiejętność znajdowania nowych możliwości rozwoju instytucji i aktywne zainteresowanie sposobem jej zarządzania.
10. Rozumienie i umiejętność poszukiwania informacji na temat zdrowia wyodrębnionej populacji.

## 2.2. Wyniki badania prowadzonego w „mieszanej” grupie różnego rodzaju świadczeniodawców reprezentowanych przez osoby na stanowiskach kierowniczych

Kolejną grupą świadczeniodawców poddaną badaniu była grupa zróżnicowanych jednostek wybrana celowo. Osoby poproszone o wzięcie udziału w naszym badaniu zostały wybrane spośród około 30 wstępnie wytypowanych osób zatrudnionych na stanowiskach kierowniczych w różnego rodzaju jednostkach udzielających świadczeń zdrowotnych (wykorzystano bazę danych posiadanych przez Instytut: wykaz imienny świadczeniodawców, listę szpitali). Kryterium doboru w przypadku tej grupy świadczeniodawców było, podobnie jak w grupie pilotażowej, miejsce zatrudnienia – duże jednostki opieki zdrowotnej oraz zajmowane tam stanowisko kierownicze. Uznano, że są to potencjalnie osoby mogące podejmować decyzję o zatrudnieniu przyszłych absolwentów „zdrowia publicznego”.

Spośród dziewięciu zaproszonych osób w badaniu wzięło udział osiem: pięć kobiet i trzech mężczyzn. Średnia wieku w grupie wynosiła w przybliżeniu 40 lat.

Badanie odbyło się zasadniczo zgodnie ze scenariuszem zmienionym po przeprowadzeniu badań pilotażowych. Zadaniem „rozgrzewającym” było porównywanie rysunku samochodu z kompetencjami absolwenta „zdrowia publicznego”, zrezygnowano natomiast z dyskusji wstępnej na temat reformy systemu zdrowotnego.

Badanym postawiono następujące pytania wprowadzające:

1. Czym dla Państwa jest zdrowie publiczne? Jakie jest Państwa rozumienie tego pojęcia?
2. Czy w związku z tym, co już Państwo powiedzieliście, widzielibyście przydatność absolwentów „zdrowia publicznego” w Państwa instytucji?

Podsumowując wypowiedzi uczestników dotyczące pytania pierwszego, należy zauważyć, że wypracowanie definicji zdrowia publicznego w przypadku tej grupy nie było

tak oczywiste, jak miało to miejsce w grupie pilotażowej. Powodem z pewnością był fakt, iż uczestnicy grupy pilotażowej byli słuchaczami studiów podyplomowych w Instytucie Zdrowia Publicznego, a więc zdefiniowanie obszaru wchodzącego w zakres tego pojęcia nie stanowiło problemu. Uczestnicy drugiej grupy – nie mający takiego przygotowania – początkowo nie potrafili precyzyjnie określić, co rozumieją pod tym pojęciem i o jakie obszary wiedzy chodzi. Ogromną rolę w wypracowaniu przez tę grupę definicji miał moderator, który poprzez zadawanie dodatkowych pytań i wyjaśnianie pewnych zagadnień przybliżył grupie znaczenie pojęcia. W ten sposób została stworzona wspólna definicja, w której do obszaru zdrowia publicznego zaliczono: promocję zdrowia i zapobieganie chorobom, edukację zdrowotną społeczeństwa oraz organizację opieki zdrowotnej, podkreślono także znaczenie analizy epidemiologicznej, kwestie rozwoju człowieka od dziecka aż do śmierci, poprawę jakości i długości życia, znaczenie wpływu środowiska na życie człowieka.

Jako rezultat ćwiczenia grupowego z metaforą samochodu wymienione zostały następujące kompetencje pracownika: umiejętność kierowania pracą zespołu, szybkość reagowania, umiejętność oceny sytuacji oraz ryzyka, świadomość własnych możliwości i możliwości innych, odpowiednie zaplecze i zdolność radzenia sobie w sytuacjach awaryjnych – wnioski bardzo podobne do wyników ćwiczenia w grupie pierwszej.

Natomiast ze spontanicznych wypowiedzi uczestników dyskusji wynika, że preferowane profesjonalne kompetencje absolwentów „zdrowia publicznego”, jako pracowników instytucji lub organizacji, to: zdolność pozyskiwania zasobów, podejmowanie ryzyka, umiejętność samodzielnego podejmowania decyzji, znajomość przepisów, polityki w dziedzinie zdrowia, możliwość wywierania wpływu (nacisku), profesjonalizm, poczucie odpowiedzialności.

Z listy zaś przedstawionej do oceny uczestnicy wyróżnili jako najważniejsze następujące kompetencje:

1. Gotowość podejmowania odpowiedzialności, świadomość konsekwencji własnych działań, silne poczucie zaangażowania;
2. Zdolność przekonywania, właściwego argumentowania.
3. Umiejętność pracy w niesprzyjających okolicznościach, radzenie sobie ze stresem i zdenerwowaniem.
4. Umiejętność nawiązywania i podtrzymywania kontaktów z innymi, w tym umiejętność rozwiązywania konfliktów, skutecznego komunikowania się, dzielenia się wiedzą i doświadczeniem.
5. Umiejętność negocjowania, mediacji w celu znalezienia właściwych rozwiązań tak ze współpracownikami, jak i z klientami.
6. Zdolność prezentowania własnego zdania.
7. Umiejętność występowania z nowymi inicjatywami w dziedzinie funkcjonowania instytucji (nowych celów, bardziej efektywnego funkcjonowania) i zjednywania sobie poparcia.
8. Umiejętność oceny ryzyka i sporządzania planów awaryjnych.
9. Umiejętność określania priorytetów.

10. Znajomość rynkowych wymogów w otoczeniu instytucji, umiejętność znajdowania nowych możliwości rozwoju instytucji i aktywne zainteresowanie sposobem jej zarządzania.

Dodać należy, że pojawiły się nowe, zaproponowane przez uczestników kompetencje:

- umiejętność tworzenia grup nacisku,
- kompetencje związane z etyką zawodową: znajomość praw pacjentów,
- dobra organizacja czasu pracy (własnego i innych),
- dbałość o warunki pracy i płacy w zarządzanej jednostce,
- elastyczność.

Większość uczestników stwierdziła, że pracownik nie jest potrzebna biegła znajomość języków obcych, nie musi też współpracować ze środowiskiem naukowym. Podkreślono konieczność interdyscyplinarnego wykształcenia przyszłego menedżera jako organizatora pracy lekarzy, konieczność znajomości przepisów, zasad finansowania oraz polityki państwa w dziedzinie ochrony zdrowia. Potencjalny pracownik, który byłby wysoko oceniany przez osoby uczestniczące w wywiadzie, to sprawny i wszechstronnie wykształcony menedżer (lub osoba mogąca w przyszłości taką funkcję pełnić), charakteryzujący się poczuciem odpowiedzialności, profesjonalizmem, znajomością prawa i realiów polityki zdrowotnej oraz posiadający szeroką wiedzę z dziedziny zdrowia publicznego. Na prośbę moderatora, aby uczestnicy wyróżnili dziesięć podstawowych umiejętności jako te, które z punktu widzenia ich instytucji byłyby niezbędne, większość podkreślała szczególną przydatność umiejętności wyszczególnionych przez grupę w „pierwszej dziesiątce” kompetencji najistotniejszych.

Dla wszystkich uczestników szczególne znaczenie posiadają kompetencje zamieszczone w II kategorii umiejętności, określone jako kompetencje społeczne (interpersonalne i w grupie), w tym organizacja własnej pracy i zdolność funkcjonowania w instytucji. Wśród tych kompetencji szczególnie często zwracano uwagę na gotowość podejmowania odpowiedzialności, silne poczucie zaangażowania, zdolność przekonywania i argumentacji, współpracy z otoczeniem, rozwiązywania konfliktów. Kompetencje te wskazywano jako stanowiące podstawę „dobrej oceny” pracownika w ogóle, natomiast w odniesieniu do umiejętności bardziej specyficznych w dyskusji oceniono wysoko kompetencje związane z wiedzą z zakresu zdrowia publicznego. Jej najistotniejsze elementy to:

1. Akceptacja zasad etyki sfery zdrowia publicznego (zrozumienie aspektów etycznych własnej dyscypliny i kierowanie się zasadami moralnymi, odpowiedzialność za uwarunkowania stanu zdrowia, odpowiedzialność za dostęp do świadczeń zdrowotnych grup społecznie upośledzonych).
2. Rozumienie i umiejętność poszukiwania informacji na temat szkodliwego wpływu niektórych zachowań na stan zdrowia.
3. Rozumienie i umiejętność poszukiwania informacji na temat pozytywnego wpływu niektórych zachowań na stan zdrowia.

### 2.3. Wyniki badania przeprowadzonego w grupie złożonej z przedstawicieli administracji samorządowej

Podstawowym celem badania przeprowadzonego w grupie administracji samorządowej było uzyskanie opinii na temat potrzebnych, profesjonalnych kompetencji, jakimi powinien dysponować absolwent „zdrowia publicznego” jako potencjalny pracownik administracji samorządowej. Osoby uczestniczące w badaniu były pracownikami zatrudnionymi w administracji samorządowej na poziomie powiatowym i gminnym – w wydziałach polityki społecznej i zdrowia. W badaniu wzięło udział 7 z 8 zaproszonych osób. Wśród uczestniczących w badaniu ekspertów większość to były kobiety (pięć) w wieku od 25 do 45 lat. Pozostali to mężczyźni w wieku około 35 lat.

Po wprowadzeniu i przedstawieniu celu spotkania moderator zadał pierwsze pytania: „Kim jest kompetentny pracownik?” oraz „Czym jest zdrowie publiczne?”.

Zdaniem respondentów kompetentny pracownik posiada podstawową wiedzę z zakresu ekonomii i prawa, jest kreatywny oraz posiada umiejętność przekonywania do swoich pomysłów oraz jest elastyczny. Zostało podkreślone, że idealny pracownik to tzw. oficer zdrowia, scharakteryzowany jako osoba odpowiedzialna, kompetentna, posiadająca rozległą wiedzę, medialna. Pojawiły się już na samym początku spotkania uwagi dotyczące specyfiki pracy samorządowca oraz uzależnienie posiadania odpowiednich kompetencji od zajmowanego w danej instytucji stanowiska.

Następnie moderator zaproponował obecnym zabawę – opisanie i narysowanie poszczególnych części samochodu w sposób symboliczny – jako poszczególnych kompetencji pracownika. W wyniku tego ćwiczenia sformułowano pierwszą spontaniczną listę umiejętności, uporządkowanych w następujący sposób:

- *Silnik* – zdrowie psychiczne i fizyczne, wytrwałość, siła;
- *Hamulec* – dobre wycucie sytuacji, intuicja, dyplomacja;
- *Kierownica* – przywództwo, *leadership*, kierowanie;
- *Światła przednie* – charyzma, umiejętność przekonywania;
- *Światła tylne* – koniecznie koloru zielonego, symbolizuje odporność psychiczną, umiejętność radzenia sobie ze stresem, asertywność;
- *W bagażniku* dobry pracownik powinien mieć wiedzę i umiejętność sprawnego komunikowania się;
- *Antena* – doświadczenie, umiejętność odbioru istotnych informacji;
- *Okna* – umiejętność obserwacji i oceny, realizm, poszukiwanie nowych kierunków;
- *Karoseria* – odporność na niepowodzenia;
- *Bak* – motywacja, wynagrodzenie adekwatne do pracy, podatność na naukę, otwartość, kreatywność.

Grupa określiła również prawdopodobną markę samochodu – „na pewno nie syrenka, być może »polonez Benz« z dużą ilością koni mechanicznych pod maską”.

Jednym z najistotniejszych rezultatów badania było wypracowanie definicji zdrowia publicznego. Według osób biorących udział w badaniu zdrowie publiczne to stan zdrowia społeczeństwa mierzony różnymi wskaźnikami, a także system opieki zdrowotnej, system

polityki zdrowotnej państwa oraz zdrowie ogółu społeczeństwa, stan zdrowia społeczeństwa i poziom świadomości zdrowotnej oraz współpraca z innymi instytucjami na poziomie administracji samorządowej. Zdrowie publiczne zostało także określone jako ogólne warunki, stosunki pracy, umiejętne działania z zakresu promocji zdrowia, zaangażowanie samorządu w planowanie i rozwiązywanie problemów starzejącej się populacji i niepełnosprawnych.

Korzystając z zaproponowanej listy, osoby badane zaliczyły do kompetencji najbardziej pożądaných w ich instytucjach, takie jak: umiejętności przywódcze w grupie, kompetencje społeczne (interpersonalne w grupie), organizacja własnej pracy i zdolność funkcjonowania w instytucji oraz świadomość społeczno-polityczna i etyka. Na dalszych miejscach, co może się wydać zastanawiające, znalazły się kompetencje z zakresu zdrowia publicznego oraz umiejętności swoiste – profesjonalne, związane z wykonywaniem określonej roli w instytucji. Jako jedne z ostatnich zostały sklasyfikowane kompetencje przywódcze w społeczności lokalnej (może to być skutek poglądów o apolityczności pracowników samorządowych) oraz kompetencje ogólne, czyli np. umiejętność posługiwania się sprzętem i oprogramowaniem komputerowym czy znajomość języka obcego, co może oznaczać, że tego typu umiejętności są już osiągalne na niższym poziomie wykształcenia.

W wyniku zastosowania metod ilościowych zostało wyodrębnionych dziesięć najważniejszych kompetencji absolwenta „zdrowia publicznego” zatrudnionego w administracji samorządowej. Lista ta przedstawiała się następująco:

1. Umiejętność pracy w niesprzyjających okolicznościach, radzenie sobie ze stresem i zdenerwowaniem.
2. Zdolność poszukiwania i pozyskiwania środków finansowych, niezbędnych do realizacji przygotowywanych działań i programów.
3. Umiejętność planowania strategicznego (określanie celów i kierunków działania).
4. Zdolność przekonywania, właściwego argumentowania.
5. Kreatywność (umiejętność niekonwencjonalnego myślenia).
6. Dobra orientacja w zakresie politycznych uwarunkowań własnej pracy (uwarunkowania stanu zdrowia, działania systemu zdrowotnego), tak na szczeblu kraju jak i na szczeblu lokalnym.
7. Umiejętność planowania pracy zespołu lub budowania i realizacji programu (konstruowanie harmonogramów pracy, budżetów i wykorzystywanie dostępnych środków).
8. Gotowość podejmowania odpowiedzialności, świadomość konsekwencji własnych działań, silne poczucie zaangażowania.
9. Umiejętność negocjowania, mediacji w celu znalezienia właściwych rozwiązań tak ze współpracownikami, jak i klientami (scenariuszy działań, w których żadna ze stron nie przegrywa).
10. Zdolność wykorzystywania mediów do rozpowszechniania wartości, celów, priorytetów i misji zdrowia publicznego wśród ciał ustawodawczych i wykonawczych,

organizacji społecznych innych podmiotów, w celu ułatwienia zmian prowadzonej polityki (zwłaszcza na szczeblu lokalnym).

Wskazanie na pierwszym miejscu umiejętności pracy w niesprzyjających okolicznościach może oznaczać, że praca w administracji samorządowej, stanowiącej część władzy publicznej narażonej na zmiany natury politycznej, a także tempo pracy oraz kwestie związane z podejmowaniem decyzji, jest pracą wymagającą pewnej odporności na stres. Ciekawe jest, że dopiero na szóstym miejscu respondenci wskazali umiejętność dobrej orientacji w zakresie politycznych uwarunkowań własnej pracy (uwarunkowania stanu zdrowia, działania systemu zdrowotnego), tak na szczeblu kraju jak i na szczeblu lokalnym. Oznacza to, że kompetencje bardziej ogólne (punkty 2–5) mają dla nich większe znaczenie niż te specyficzne związane ze zdrowiem publicznym oraz politycznymi aspektami i uwarunkowaniami własnej instytucji.

Pożądane kompetencje absolwentów zdrowia publicznego jako pracowników instytucji administracji samorządowej zostały też określone w rezultacie spontanicznych wypowiedzi uczestników spotkania. Na pierwszym miejscu plasuje się tu asertywność – jako nadrzędna cecha we współpracy z samorządem – a także wiedza z zakresu promocji zdrowia, posiadanie wiedzy medycznej i z dziedziny zarządzania, umiejętność komunikowania się, negocjacji i przekonywania, umiejętność analizy, oceny i wyciągania wniosków. Natomiast dodatkowe kompetencje wyróżnione przez uczestników spotkania to: elastyczność oraz charyzma, wytrzymałość na stres, umiejętność bycia arbitrem w sporze pomiędzy służbą zdrowia a społeczeństwem.

W opinii badanych lista kompetencji, przedstawionych im do weryfikacji, chociaż wyczerpuje zakres kompetencji absolwenta, to jednak nie uwzględnia faktu, jakie stanowisko będzie on zajmował w samorządzie. Inne bowiem są wymagania w stosunku do osób pełniących funkcje kierownicze, a inne w stosunku do tych, które wykonują czynności administracyjne. Proponuje się zatem, aby posegregować te kompetencje w zależności od zajmowanej funkcji w strukturze organizacyjnej, np. kierownik/naczelnik wydziału/pracownik ds. promocji czy profilaktyki.

\*

Ostatnim etapem badań było opracowanie przez partnerów z Anglii ostatecznej listy kompetencji, która została skonfrontowana z polską wersją listy. Na podstawie obu tych wersji przygotowany został kolejny kwestionariusz kompetencji uwzględniający specyfikę zarówno polskiego rynku pracy, jak i wymogi stawiane absolwentom „zdrowia publicznego” w Anglii i Holandii. Ze względu na perspektywę przystąpienia Polski do Unii i oczekiwane ujednoczenie wymogów wobec pracowników, posiada to istotne znaczenie dla zwiększenia szans zatrudnienia absolwentów tego kierunku.

Lista wypracowana w polskich badaniach, podobnie jak wnioski dotyczące technicznej strony badania, stanowiły podstawę do opracowania metody prowadzenia wywiadu zogniskowanego w Anglii. W stosunku do badania polskiego pojawiła się jednak konieczność wprowadzenia istotnych zmian ze względu na wewnętrzną specyfikę rynku świad-

czeń zdrowotnych oraz zasadniczo odmienne wnioski dotyczące identyfikacji potencjalnych pracodawców. Strona angielska skoncentrowała się na wskazaniu tych kompetencji i umiejętności, które mogłyby zostać wskazane przez uczestników wywiadu jako te, które uważają za konieczne bez względu na specyfikę podmiotu stanowiącego potencjalnego pracodawcę.

#### 4. Podsumowanie

Przeprowadzona analiza instytucji sfery zdrowia publicznego w Polsce już w trakcie wstępnego procesu identyfikacji grupy podmiotów należących do tej sfery wykazała, iż nie jest to grupa jednolita. Dokonano inwentaryzacji rynku pracy w kontekście definiowania – określenia tej grupy w oparciu o istniejące uregulowania i zawarte tam definicje, tak podmiotowe, jak i przedmiotowe. Następnie – zgodnie z powyższymi definicjami – wskazano konkretne jednostki oraz oszacowano grupy podmiotów – potencjalnych pracodawców, pod kątem ich możliwości zatrudniania i określenia wielkości opisywanej grupy.

Po przeprowadzeniu analizy instytucji sfery zdrowia publicznego w Polsce i wskazaniu poszczególnych grup podmiotów (w tym opracowaniu zostały opisane przykładowe grupy świadczeniodawców i administracji samorządowej) kolejnym zagadnieniem istotnym dla zbadania „chłonności” absolwentów „zdrowia publicznego” przez te jednostki było poszukiwanie formalnych wymogów kwalifikacyjnych stawianych im przez potencjalnych pracodawców. Przeprowadzono więc przegląd obowiązujących przepisów pod kątem prawnych wymogów stosowanych przy zatrudnieniu, a także uprawnień absolwentów tego kierunku wynikających bezpośrednio lub pośrednio z uregulowań dotyczących zatrudnienia w sektorze opieki zdrowotnej. Kolejną kwestią o zasadniczym znaczeniu było wyselekcjonowanie tych kompetencji, które przez potencjalnych pracodawców są oceniane jako niezbędne, najbardziej pożądane i których brak może zdecydowanie obniżyć szansę zatrudnienia absolwenta „zdrowia publicznego”. Kompetencje w tym badaniu rozumiane były jako kategoria obejmująca zarówno wiedzę (*knowledge*), umiejętność (*skills*), jak i postawę (*attitude*). Wszystkie z tych elementów, jakkolwiek w różnym stopniu, stanowią część procesu kształcenia i w związku z tym powinny podlegać modyfikacjom w programach nauczania odpowiednio do wymogów stawianych przez zmieniający się rynek pracy.

Porównując oczekiwania dotyczące kompetencji absolwentów zdrowia publicznego pod kątem ewentualnych rozbieżności związanych z reprezentowaniem różnych grup pracodawców należy wskazać na zdecydowane wyróżnianie kompetencji przydatnych w dobie reformowania systemu, a więc w niesprzyjających okolicznościach. Stąd wskazanie przez przedstawicieli świadczeniodawców przede wszystkim na: umiejętność pracy w niesprzyjających okolicznościach, radzenie sobie ze stresem i zdenerwowaniem, zdolność poszukiwania i pozyskiwania środków finansowych, niezbędnych do realizacji przygotowywanych działań i programów. W grupie przedstawicieli administracji samorządowej natomiast szczególny nacisk został położony na przykład na umiejętność planowania strategicznego (określanie celów i kierunków działania), co wyraźnie sugeruje inny obszar działania tych podmiotów. Niewątpliwie można też wyróżnić wiele kompetencji o charakterze umiejętności wspólnych dla różnych grup potencjalnych pracodawców, tu znajduje



się wiele z kompetencji zamieszczonych w tabeli w kategorii kompetencji ogólnych. Można zatem sformułować wniosek, że istnieje trzon kompetencji pożądaných dla absolwentów „zdrowia publicznego”, które to kompetencje powinny być uwzględnione w realizowanych programach kształcenia, gdyż w stopniu najistotniejszym zwiększają możliwości zatrudnienia absolwentów poprzez rozszerzenie grupy potencjalnych pracodawców. Podkreślić należy, że określenie potencjalnych pracodawców nie zostało ograniczone jedynie do ich identyfikacji i opisu jednostek wchodzących w skład tej grupy, ale obejmowało także analizę, czy też prognozę dotyczącą ich rozwoju, zmian na rynku pracodawców, a nawet prawdopodobny scenariusz prywatyzacji. W kontekście poszerzania rynku pracy w perspektywie członkostwa Polski w Unii Europejskiej istotnego znaczenia nabiera kwestia dostosowania programów nauczania na kierunku „zdrowie publiczne” w celu zwiększenia szans absolwentów tych studiów. Stąd konieczność konfrontowania wyników badań przeprowadzanych w Polsce ze stanowiskiem partnerów angielskich i holenderskich, a więc z uwzględnieniem pewnych naturalnych różnic kulturowych, rynkowych i ekonomicznych.

### *Literatura*

- Sommer A. (2000): *Toward a better educated public health workforce*. AJPB, 90, s. 1194–1195.
- Wright, K. Rowitz, A. Merkle, W. M. Reid, G. Herzog Robinson, D. Weber, D. Carmichael, T. R. Balderson, E. Baker (2000): *Competency development in public health leadership*, AJPB 90, s. 1202–1207.
- Maison D. (2001): *Zogniskowane wywiady grupowe. Jakościowa metoda badań marketingowych*, PWN, Warszawa.

### *Conditions of public health graduates employment possibilities – research on needed competences*

Changes of the health system reform strongly influenced the job market in the field of health care. On one hand the new market mechanisms may eliminate people who are not qualified enough but on the other hand the important question may arise: what does it mean for the employer: a “qualified, competent and skilled employee”? and another one: “how to educate and train them to satisfy the employer”?

In this paper we describe the part of the Leonardo project focused on the research aimed on the perspectives of the Public Health graduates employment increase. In this light there was conducted a competences and skills research including the following elements: 1) the elaboration of the list of competences (this part of the research was conducted by the three projects partners independently to some point and then the common list was prepared), 2) verification of the competences list by the participant of focus groups in Poland and England, 3) collecting the results and elaboration of the final list – the questionnaire for the future employers assesment. The paper focuses on the second stage mentioned above, we describe the focus groups research results including the list of competences presentation.

