

Sektorowa Rada ds. Kompetencji
w sektorze Zdrowie Psychiczne

Raport z ogólnopolskiego badania **potrzeb kompetencyjnych** w sektorze zdrowia psychicznego

Edycja 2025/2026

ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa: e-mail: radasektorowa@psychiatria.org.pl | <https://www.rada-zdrowie-psychiczne.org/>



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



**Raport z ogólnopolskiego badania potrzeb kompetencyjnych w sektorze zdrowia psychicznego.
Edycja 2025/2026**

Autor raportu:

dr Natalia Krygowska-Nowak
Związek Pracodawców Firm Innowacyjnych, Doradczych i Rozwojowych „INDORO”
Uniwersytet Jagielloński
Sektorowa Rada ds. Kompetencji Zdrowie Psychiczne



Sektorowa Rada
ds. Kompetencji
Zdrowie Psychiczne

Współpraca merytoryczna:

Członkowie Grupy Roboczej ds. monitoringu i identyfikacji potrzeb kwalifikacyjno-zawodowych w sektorze zdrowie psychiczne:

Joanna Szyman (liderka grupy), Grupa NEO Hospital, Centrum CBT

Elżbieta Ziąbska, Centrum Nauki i Biznesu „Żak”

Barbara Remberk, Instytut Psychiatrii i Neurologii

Jakub Kryński, Szpital Nowowiejski, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne

Danuta Pisarek, Polskie Towarzystwo Psychoterapii Psychodynamicznej

Arkadiusz Bilejczyk, Mental Path Group

Anna Zajenkowska, Uniwersytet Vizja, Centrum Terapii Dialog

Małgorzata Zgiet, Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek i Pielęgniarzy Psychiatrycznych

Wojciech Drabko, Związek Pracodawców Firm Innowacyjnych, Doradczych i Rozwojowych „INDORO”

Warszawa, marzec 2026

Spis treści

1. Główne wnioski.....	4
2. Nota metodologiczna.....	6
3. Charakterystyka próby badawczej.....	8
4. Samoocena osób pracujących z pacjentem lub klientem.....	14
4.1 Wiedza — samoocena pracowników vs. ocena zewnętrzna.....	14
4.2 Umiejętności — samoocena pracowników vs. ocena zewnętrzna.....	15
4.3 Kompetencje społeczne — samoocena pracowników vs. ocena zewnętrzna.....	16
4.4 Ranking największych rozbieżności — TOP 15	18
4.5 Profile potrzeb według zawodu — wybrane obserwacje	20
5. Samoocena kadry zarządzającej	22
5.1 Wiedza zarządcza.....	22
5.2 Umiejętności zarządcze	23
5.3 Kompetencje społeczne — kadra zarządzająca.....	24
6. Bariery i preferencje szkoleniowe	25
6.1 Bariery w dostępie do szkoleń.....	25
6.2 Preferowane formy szkoleń.....	27
6.3 Dostępny czas na rozwój kompetencji	28
6.4 Kluczowe czynniki decyzyjne przy wyborze szkoleń.....	29
7. Spis tabel.....	31
8. Załączniki.....	32

1. Główne wnioski

Badanie przeprowadzono wśród 1 620 osób pracujących w sektorze zdrowia psychicznego – 1 385 osób pracujących z pacjentem/klientem oraz 160 managerów oceniło własne potrzeby szkoleniowe, ponadto 235 osób (managerów, superwizorów i ekspertów) wypowiedziało się na temat potrzeb szkoleniowych pracowników sektora. Poniżej przedstawiono pięć kluczowych wniosków wskazujących na systemowe luki kompetencyjne i priorytety szkoleniowe.

Wniosek 1 — Wszystkie 34 obszary kompetencji zostały uznane jako kluczowe dla realizacji zadań zawodowych w sektorze zdrowia psychicznego i wszystkie te obszary wymagają wzmocnienia ale z istotnie zróżnicowanym priorytetem

Sektor zdrowia psychicznego ma rozległe, systemowe deficyty kompetencyjne, nieograniczone do pojedynczych obszarów. Jednocześnie dane ujawniają wyraźną hierarchię: rozpiętość między najniżej ocenianym obszarem (narzędzia cyfrowe, 21%) a najwyżej (zaburzenia współwystępujące/kryzys samobójczy, 58–63%) wynosi ponad 40 pp.

Szczególnie istotny jest fakt, że ocena zewnętrzna (N=235) podnosi ten wskaźnik dla *każdego* z 34 obszarów — w żadnym przypadku zewnętrzni oceniający nie ocenili potrzeb niżej niż sami pracownicy. Mediana luki wynosi 22–25 pp., co może sugerować systemowe niedoszacowanie własnych potrzeb przez kadrę kliniczną.

Wniosek 2 – We wszystkich obszarach kompetencji zewnętrzni oceniający wskazują wyższe potrzeby niż sami pracownicy

Największe rozbieżności występują w kompetencjach relacyjnych i interpersonalnych: praca środowiskowa (+31,9 pp), komunikacja z rodziną (+31,9 pp), praca z rodziną pacjenta (+30,4 pp), rozpoznawanie granic kompetencji (+30,4 pp), interwencja kryzysowa (+29 pp). Obszary te są najtrudniejsze do samooceny bez zewnętrznej obserwacji i superwizji.

Wniosek 3 — Luka w diagnozowaniu zaburzeń osobowości (ICD-11) i wiedzy w zakresie zaburzeń współwystępujących

Diagnoza zaburzeń osobowości (ICD-11) i zaburzenia współwystępujące (ASD, PTSD, uzależnienia) są wskazywane jako priorytety zarówno przez samych pracowników (odpowiednio 62,7% i 57,9%), jak i przez zewnętrznych oceniających (72,9% i 76,3%). To jedyne obszary, w których obie perspektywy są zgodne co do rangi priorytetu. Stanowi to podstawę do projektowania skonsolidowanego programu szkoleniowego dla szerokiego grona specjalistów.

Wniosek 4 — Zawody „pierwszego kontaktu” są najbardziej niedoszkolone

Pielęgniarki psychiatryczne i terapeuci zajęciowi wykazują najwyższe wskaźniki potrzeb szkoleniowych w najtrudniejszych obszarach (kryzys samobójczy, praca z pacjentem agresywnym).

Wniosek 5 — Wypalenie i superwizja: kadry sektora alarmują

Zapobieganie wypaleniu zawodowemu i radzenie sobie ze stresem zawodowym znalazły się w TOP 3 potrzeb kompetencji społecznych wśród wszystkich badanych grup zawodowych. Wypalenie wskazuje 52,2% pracowników klinicznych i 55,6% menedżerów. Odsetek odpowiedzi „nie dotyczy” zbliżony jest

do zera. Dane wskazują, że brak systemowych rozwiązań w zakresie superwizji i wsparcia dobrostanu zawodowego jest jednym z głównych zagrożeń dla jakości opieki i retencji kadr.

Wniosek 6 — Kadra zarządzająca ma odrębne, specyficzne potrzeby w zakresie wzmocnienia kompetencji

Menedżerowie oceniali własne potrzeby w zakresie kompetencji zarządczych. Jako priorytetowe do wzmocnienia wskazywali umiejętności cyfrowe dotyczące nowych technologii/AI: 63,1%, umiejętności zarządzania sytuacjami kryzysowymi i znajomość regulacji prawnych: 55%.

Wniosek 7 — Trenerzy i superwizorzy wskazują najwyższe potrzeby spośród zewnętrznych oceniających

Trenerzy i superwizorzy (N=50) oceniają potrzeby pracowników konsekwentnie najwyżej: standardy diagnostyczne - 82%, ICD-11 - 83%, zaburzenia współwystępujące - 88%, superwizja - 90%. Ich specjalistyczna perspektywa wynika z bezpośredniej obserwacji pracy klinicznej w superwizji i może być najbardziej miarodajną oceną rzeczywistych kompetencji pracowników.

Wniosek 8 — Koszt i czas dostępu to główne bariery udziału w działaniach wzmocniających kompetencje

Ponad 67% pracowników klinicznych wskazuje zbyt wysokie koszty szkoleń jako główną barierę, a 48% - przeciążenie pracą. Niemal 49% deklaruje dostępność do 8 godzin miesięcznie na rozwój. Dane jednoznacznie wskazują, że nawet dobrze zaprojektowane programy szkoleniowe nie osiągną zakładanych efektów bez systemowego finansowania i elastycznych formatów czasowych.

2. Nota metodologiczna

Badanie przeprowadzone zostało przez Sektorową Radę ds. Kompetencji w sektorze Zdrowie Psychiczne w ramach projektu FERS. Ankiety poprzedzały wywiady (IDI, N=5) z ekspertami sektora.

Tabela 1. Informacje na temat badania

Parametr	Wartość
Technika badawcza	IDI oraz ankieta online (CAWI)
Narzędzie	Scenariusz rozmowy, kwestionariusz ustrukturyzowany — Microsoft Forms
Termin realizacji	Styczeń-marzec 2026
Populacja docelowa	Osoby pracujące w sektorze zdrowia psychicznego w Polsce
Liczebność próby (N)	1 620 osób w badaniu ankietowym
Dobór próby	Celowy, nielosowy (metoda „kuli śnieżnej”)
Skala oceny kompetencji	5-stopniowa + w pytaniach dot. samooceny kompetencji pracowników opcja "nie dotyczy" / "trudno powiedzieć"
Definicja "dużej potrzeby" kształcenia	Łączny % odpowiedzi 4 + 5 (duża + bardzo duża/priorytet)

Źródło: Opracowanie własne.

2.1 Struktura respondentów według roli

Kwestionariusz zawierał trzy moduły kompetencyjne kierowane do różnych grup respondentów. Rozróżnienie to jest kluczowe dla interpretacji wszystkich wyników w raporcie.

Tabela 2. Struktura respondentów według roli

Rola	N	%	Moduł
Osoby pracujące z pacjentem/klientem	1 385	85,5%	SAMOOCENA własnych potrzeb: "na ile dana kompetencja wymaga wzmocnienia, aby Pan/Pani lepiej wykonywał/a swoją pracę?"
Kadra zarządzająca / koordynator	160	9,9%	SAMOOCENA własnych potrzeb ZARZĄDCZYCH: "na ile dana kompetencja wymaga wzmocnienia, aby Pan/Pani lepiej wykonywał/a swoją pracę?" OCENA ZEWNĘTRZNA kompetencji osób pracujących z pacjentem: "na ile dana kompetencja wymaga wzmocnienia wśród osób pracujących w sektorze zdrowia psychicznego"
Trener / superwizor	50	3,1%	OCENA ZEWNĘTRZNA kompetencji osób pracujących z pacjentem: "na ile dana kompetencja wymaga wzmocnienia wśród osób pracujących w sektorze zdrowia psychicznego"
Ekspert / analityk / pracownik nauk.	25	1,5%	OCENA ZEWNĘTRZNA kompetencji osób pracujących z pacjentem: "na ile dana kompetencja wymaga wzmocnienia wśród osób pracujących w sektorze zdrowia psychicznego"
łącznie	1 620	100%	

Badanie zostało zaprojektowane tak, aby uchwycić trzy odrębne perspektywy poznawcze. Osoby pracujące z pacjentem lub klientem oceniali wyłącznie siebie – własne potrzeby w zakresie kompetencji. Kadra zarządzająca również dokonywała samooceny, lecz w odniesieniu do kompetencji zarządczych – nie jest to więc ocena pracowników, lecz odrębny moduł dotyczący potrzeb tej grupy. Dopiero trzecia perspektywa – kadry zarządzającej, trenerów i ekspertów łącznie – przynosiła zewnętrzny ogląd obserwatora: jak te osoby oceniają potrzeby kompetencyjne pracowników sektora. Zestawienie samooceny pracowników z zewnętrzną percepcją ich potrzeb stanowi centralny wymiar analityczny niniejszego raportu.

2.2 Ograniczenia metodologiczne

- ▶ Dobór metodą „kuli śnieżnej” może powodować nadreprezentację środowisk aktywnych sieciowo i zrzeszonych.
- ▶ Dane mają charakter deklaratywny – odzwierciedlają percepcję potrzeb, nie obiektywny pomiar kompetencji.
- ▶ Rozbieżność między samooceną a oceną zewnętrzną może wynikać zarówno z rzeczywistych luk, jak i z różnic w standardach oceny oraz odmiennych perspektyw obserwacji.
- ▶ Zewnętrzni oceniający (N=235) są grupą heterogeniczną – menedżerowie, superwizorzy i eksperci mają różną perspektywę. Analiza podgrup pokazuje, że trenerzy i eksperci oceniają potrzeby wyraźnie wyżej niż menedżerowie.
- ▶ Grupy o małej liczebności (N<30) należy traktować orientacyjnie.

3. Charakterystyka próby badawczej

3.1 Struktura zawodowa osób pracujących z pacjentem lub klientem

Osoby pracujące z pacjentem/klientem (N=1 385) stanowią 85,5% całej próby. W grupie tej dominuje psychoterapeuta (61%) i psycholog (49,7%). Respondenci mogli wskazywać wiele zawodów jednocześnie, co odzwierciedla typowa dla sektora wieloetatowość i multidyscyplinarność.

Tabela 3. Osoby pracujące z pacjentem/klientem – struktura zawodowa

Zawod	N	% próby
Psychoterapeuta	845	61%
Psycholog	689	49,7%
Psychoterapeuta dzieci i młodzieży	206	14,9%
Lekarz psychiatra	104	7,5%
Specjalista psychoterapii uzależnień	77	5,6%
Pielęgniarka psychiatryczna	70	5,1%
Psycholog kliniczny	67	4,8%
Terapeuta zajęciowy	59	4,3%
Terapeuta środowiskowy	40	2,9%
Lekarz psychiatra dzieci i młodzieży	37	2,7%
Socjoterapeutka	20	1,4%
Asystent zdrowienia / pracownik socjalny	18	1,3%

Źródło: Opracowanie własne, osoby pracujące z pacjentem/klientem (N=1385)

Możliwość wskazania wielu zawodów jednocześnie. Odsetki nie sumują się do 100%.

Ponad dwie trzecie badanych (71%) przeprowadza diagnozę psychoterapeutyczną, 53,6% – psychologiczną, a jedynie 14,9% – psychiatryczną. Na pytanie o status zawodowy w obszarze psychoterapii, niewiele ponad 60% respondentów przyznało, że są w trakcie szkolenia, 16,7% to certyfikowani psychoterapeuci, 1,4% superwizorzy, a 21,7% respondentów oznajmiło, że nie jest psychoterapeutą.

3.2 Typ podmiotu zatrudnienia

Respondenci pracują w różnorodnych kontekstach organizacyjnych – często jednocześnie w kilku typach podmiotów, co wydaje się być normą w sektorze zdrowia psychicznego.

Tabela 4. Typ podmiotu zatrudnienia

Typ podmiotu	N	%
Podmiot leczniczy (publiczny)	783	56,5%
JDG / spółka (jednoosobowa działalność gospodarcza)	634	45,8%
Podmiot leczniczy (prywatny)	503	36,3%
NGO / fundacja / stowarzyszenie	151	10,9%
Inne (szkoła, PPP)	~25	~1,8%

Źródło: Opracowanie własne, pracownicy i kadra zarządzająca (N=1545).

Możliwość wielokrotnego wyboru. Odsetki nie sumują się do 100%.

Dominującym profilem zatrudnienia jest wieloletowość i hybrydowość – tylko 364 osoby (26,3%) pracują wyłącznie w podmiocie publicznym, a 271 (19,6%) wyłącznie prywatnie. Blisko połowa respondentów (45,8%) prowadzi jednoosobową działalność gospodarczą, co oznacza, że są faktycznie samozatrudnione przynajmniej częściowo. Ma to bezpośrednie przełożenie na politykę szkoleniową: osoby prowadzące JDG samodzielnie pokrywają koszty kształcenia, bez pracodawcy, który mógłby je refundować – co przekonująco wyjaśnia dominację kosztu jako bariery numer jeden, wskazywanej przez 67,4% pracowników nie będących kadrą zarządzającą.

3.3 Staż pracy

Rozkład stażu zawodowego wśród osób pracujących z pacjentem/klientem odzwierciedla dynamikę, która w ostatnich latach kształtuje cały sektor zdrowia psychicznego w Polsce.

Tabela 5. Staż pracy – Osoby pracujące z pacjentem/klientem



Źródło: Opracowanie własne, osoby pracujące z pacjentem/klientem (N=1385)

Dominacja grupy o stażu 2-5 lat (27,9%) oraz znaczący udział osób z doświadczeniem poniżej 2 lat (11%) oznaczają, że niemal czterech na dziesięciu respondentów (38,9%) znajduje się we wczesnej fazie kariery zawodowej. Jest to wynik bezpośrednio związany z dynamicznym rozwojem sektora – rosnącym zapotrzebowaniem społecznym na usługi zdrowia psychicznego, ekspansją sieci centrów zdrowia psychicznego oraz stopniową profesjonalizacją zawodów terapeutycznych – co w ostatnich latach przyciągnęło do sektora dużą liczbę nowych specjalistów¹.

Jednocześnie grupy o dłuższym stażu pozostają dobrze reprezentowane: osoby z doświadczeniem 11-20 lat stanowią 24,1% próby, a z doświadczeniem powyżej 20 lat – 16,3%. Łącznie niemal co czwarty

¹ Zob. np. World Health Organization, *Mental Health Workforce Report*, Geneva 2022; European Federation of Psychologists' Associations, *Psychology Education and Training in Europe*, Brussels 2023.

respondent przepracował w sektorze ponad dekadę, co zapewnia próbie zróżnicowanie perspektyw i pozwala na wnioskowanie o potrzebach kompetencyjnych zarówno na początku, jak i w zaawansowanej fazie kariery. Z perspektywy interpretacji wyników badania struktura stażu ma istotne znaczenie. Przewaga młodszych stażem pracowników może prowadzić do zawyżenia ogólnych wskaźników potrzeb szkoleniowych — osoby z krótszym doświadczeniem konsekwentnie zgłaszają wyższe potrzeby niemal we wszystkich obszarach kompetencji.

Tabela 6. Staż pracy — Kadra zarządzająca



Źródło: Opracowanie własne, kadra zarządzająca (N=160)

Struktury stażowe obu grup przyjmują niemal odwrócony rozkład. Wśród osób pracujących z pacjentem/klientem dominują przedstawiciele grup o krótszym stażu – 27,9% stanowią osoby z doświadczeniem 2-5 lat, a łącznie blisko 40% nie przekracza 6 lat pracy w sektorze. Natomiast ponad połowa (54,4%) kadry zarządzającej legitymuje się stażem przekraczającym 20 lat, grupa o stażu poniżej 2 lat jest reprezentowana w niewielkim stopniu.

Rozbieżność ta ma istotne znaczenie dla interpretacji wyników – oceny potrzeb kompetencyjnych pracowników formułowane przez kadrę zarządzającą pochodzą od osób z przeciętnie kilkukrotnie dłuższym doświadczeniem zawodowym. Może to stanowić jedno z wyjaśnień systematycznie wyższych wskazań dotyczących potrzeb kompetencyjnych w ocenie zewnętrznej względem samooceny pracowników.

3.4 Rozkład geograficzny i obszar pracy

Rozkład geograficzny próby odzwierciedla koncentrację zasobów systemu zdrowia psychicznego w największych ośrodkach miejskich kraju.

Tabela 7. Rozkład geograficzny próby

Województwo	N osoby pracujące z pacjentem/klientem	%
mazowieckie	360	26%
małopolskie	301	21,7%
śląskie	151	10,9%
pomorskie	71	5,1%
pozostałe	502	36,2%

Źródło: Opracowanie własne, osoby pracujące z pacjentem/klientem (N=1385)

Dwa województwa – mazowieckie (26%) i małopolskie (21,7%) – skupiają łącznie niemal połowę wszystkich respondentów, co jest bezpośrednią konsekwencją koncentracji placówek, uczelni

kształcących specjalistów oraz prywatnych praktyk w Warszawie i Krakowie. Województwo śląskie (10,9%) i pomorskie (5,1%) dopełniają obraz silnej nadreprezentacji dużych aglomeracji. Kategoria „pozostałe województwa” obejmuje łącznie 36,2% respondentów rozproszonych po dwunastu województwach, co oznacza, że większość z nich jest reprezentowana jednostkowo w skali kilkunastu do kilkudziesięciu osób.

3.5 Klienci i pacjenci

Zdecydowana większość respondentów pracuje z osobami dorosłymi (89%), co jest zgodne ze strukturą zawodową próby zdominowanej przez psychoterapeutów i psychologów prowadzących praktykę.

Tabela 8. Pacjenci i klienci pracowników sektora

Klienci / pacjenci	N	%
Dorośli	1 233	89%
Młodzież	626	45,2%
Dzieci	348	25,1%
Rodziny	246	17,8%
Grupa terapeutyczna / społeczność	188	13,6%
Pary	170	12,3%
Opiekunowie	95	6,9%

Źródło: Opracowanie własne, osoby pracujące z pacjentem/klientem (N=1385)

Możliwość wielokrotnego wyboru, wyniki nie sumują się do 100%.

Wysoki odsetek pracy z młodzieżą (45,2%) oraz dziećmi (25,1%) wskazuje jednocześnie, że znaczna część sektora obsługuje populację w wieku rozwojowym – co ma bezpośrednie przełożenie na profil potrzeb kompetencyjnych, w tym wysokie wskaźniki dla psychopatologii dzieci i młodzieży oraz psychoterapii dzieci i młodzieży. Warto odnotować, że możliwość wielokrotnego wyboru sprawia, iż odsetki nie sumują się do 100% – wielu respondentów pracuje równolegle z kilkoma grupami klientów, co jest typowe dla sektora zdrowia psychicznego i dodatkowo potwierdza złożoność i wielowymiarowość codziennej praktyki zawodowej. Relatywnie niski odsetek pracy z opiekunami (6,9%) może sugerować, że ta forma wsparcia pozostaje nie w pełni rozwinięta systemowo, mimo że jej znaczenie kliniczne (szczególnie w kontekście pracy z dziećmi i osobami z poważnymi zaburzeniami psychicznymi) jest dobrze udokumentowane w literaturze przedmiotu²

3.6 Potrzeby szkoleniowe a staż — wzorzec malejący

² Znaczenie włączenia rodziny i opiekunów w proces terapeutyczny jest szeroko udokumentowane zarówno w obszarze psychiatrii dzieci i młodzieży, jak i w leczeniu poważnych zaburzeń psychicznych u dorosłych. Zob. np.: Pharoah F. et al., *Family intervention for schizophrenia*, Cochrane Database of Systematic Reviews, 2010; Carr A., *The evidence base for family therapy and systemic interventions for child-focused problems*, Journal of Family Therapy, 2014; a w kontekście polskim np.: Namysłowska I. (red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży*, PZWL, Warszawa 2012; Bryńska A., Szalas N., Srebnicki T., *Psychoterapia dzieci i młodzieży w praktyce*, Warszawa 2022.

Analiza kompetencji według stażu zawodowego ujawnia wyraźny wzorzec: im krótszy staż, tym wyższa potrzeba wzmocnienia kompetencji w obszarach interwencyjnych i klinicznych. Różnica między grupami skrajnymi wynosi 15-25 pp.

Tabela 9. Analiza wybranych potrzeb kompetencyjnych według stażu

Kompetencja	<2 lata	2-5 lat	6-10 lat	11-20 lat	>20 lat
ICD-11 / diagnoza zab. osob.	65%	68,5%	57,9%	64,3%	54,4%
Zaburzenia współwystępujące	64,8%	61,5%	59,4%	52,1%	53,8%
Kryzys samobójczy	75,7%	57,7%	59,2%	56%	51,8%
Pacjent agresywny / zagrożenie	69,8%	63,6%	53,2%	48,3%	44,7%
Wypalenie zawodowe	54%	55,4%	54,7%	48,5%	47,7%
Super wizja / autorefleksja	51,7%	50,3%	49,5%	46,4%	42,1%
Interwencja kryzysowa	43,8%	41,9%	39,5%	31,7%	31,7%
Praca z rodziną pacjenta	39,7%	34%	31,2%	26,4%	29,4%

Źródło: Opracowanie własne, osoby pracujące z pacjentem/klientem (N=1385)

Analiza potrzeb według stażu ujawnia wyraźne zróżnicowanie wzorców. Osoby z najkrótszym doświadczeniem zawodowym (poniżej 2 lat) wykazują istotnie wyższe potrzeby w obszarach interwencji kryzysowej – wskaźnik dla kryzysu samobójczego wynosi 75,7%, dla pracy z pacjentem pobudzonym lub agresywnym 69,8%. Może to świadczyć o konfrontacji z tymi sytuacjami bez wystarczającego przygotowania w ramach kształcenia wstępnego.

Odm inną dynamikę prezentują potrzeby w zakresie zapobiegania wypaleniu zawodowemu oraz rozwijania praktyki refleksyjnej i superwizji – utrzymują się one na zbliżonym poziomie niezależnie od stażu (47–55%), co nadaje im charakter strukturalny i trwały. Nie są to potrzeby typowe wyłącznie dla początku kariery, lecz stale odnawiające się wyzwanie towarzyszące pracy w całym jej przebiegu. Praktycy wyrażają się wprost:

PRAKTYK

„Widzimy dużą potrzebę szkoleń w zakresie prewencji wypalenia zawodowego w pracy psychoterapeuty”

3.7 Potrzeby szkoleniowe a sektor zatrudnienia

Porównanie pracowników według typu podmiotu ujawnia pewne różnice. Sektor publiczny i NGO wykazują wyższe potrzeby interwencyjne niż pracownicy JDG i podmiotów prywatnych.

Tabela 10. Wybrane potrzeby szkoleniowe a sektor zatrudnienia

Kompetencja	Publiczny (N=364)	JDG (N=634)	NGO (N=152)	Prywatny (N=271)
ICD-11	65,1%	59,2%	61,8%	61,7%
Zaburzenia współwystęp.	64,3%	54,4%	61,1%	60,9%
Kryzys samobójczy	65,2%	51,9%	69,5%	61,9%
Pacjent agresywny	62,6%	47%	71,3%	57,3%
Wypalenie zawodowe	62,7%	45,9%	56,6%	46,2%
Superwizja	53,8%	42,5%	48,7%	48,5%
Interwencja kryzysowa	47%	31,5%	39,7%	34,6%
Praca z rodzina	37%	26,2%	42,3%	31,3%
Regulacje prawne	59,6%	57,3%	54,7%	55,3%

Źródło: Opracowanie własne, osoby pracujące z pacjentem/klientem (N=1385)

Osoby pracujące wyłącznie w publicznych podmiotach leczniczych wykazują najwyższe wskaźniki w obszarach klinicznych – kryzys samobójczy (65,2%), praca z pacjentem pobudzonym lub agresywnym (62,6%) oraz zapobieganie wypaleniu zawodowemu (62,7%). Wynik ten jest spójny z charakterystyką sektora publicznego: ograniczona kontrola nad doborem i obciążeniem przypadkami oraz częstsze niż w innych segmentach stykanie się z osobami w ostrych stanach klinicznych przekładają się na wyżej odczuwaną potrzebę wzmocnienia kompetencji interwencyjnych.

Osoby prowadzące jednoosobową działalność gospodarczą prezentują wyraźnie niższe wskazania w tych samych obszarach – kryzys samobójczy (51,9%), agresja (47%). Różnicę tę można interpretować jako efekt selekcji: praktycy prowadzący prywatną praktykę częściej realizują planową psychoterapię ambulatoryjną z pacjentami o mniejszym nasileniu objawów, rzadziej konfrontując się z sytuacjami wymagającymi interwencji kryzysowej.

Szczególną uwagę zwraca profil organizacji pozarządowych, które stanowią wyróżnik w całej próbie – odnotowują najwyższe wskazania zarówno w zakresie pracy z pacjentem agresywnym (71,3%), jak i kryzysu samobójczego (69,5%), przewyższając nawet sektor publiczny. Organizacje pozarządowe często obejmują wsparciem grupy o szczególnie złożonych potrzebach (osoby uzależnione, doświadczające bezdomności czy uchodźców) przy jednocześnie ograniczonych zasobach instytucjonalnego wsparcia dla samych pracowników.

4. Samoocena osób pracujących z pacjentem/klientem

Poniższe wyniki odzwierciedlają subiektywną ocenę własnych potrzeb kompetencyjnych dokonaną przez osoby pracujące bezpośrednio z pacjentem lub klientem. Respondenci oceniali, w jakim stopniu poszczególne obszary wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych wymagają wzmocnienia lub uzupełnienia w kontekście ich codziennej pracy. Wskaźnik potrzeby obliczono jako odsetek wskazań „duża potrzeba wzmocnienia” oraz „bardzo duża potrzeba wzmocnienia (priorytet)” z wyłączeniem odpowiedzi „nie dotyczy”.

Każdy z prezentowanych wykresów zestawia samoocenę osób pracujących z pacjentem/klientem z oceną zewnętrzną formułowaną przez kadre zarządzającą, trenerów i superwizorów oraz ekspertów sektora (N=235), co pozwala uchwycić rozbieżność między tym, jak pracownicy postrzegają własne potrzeby, a tym, jak oceniają je osoby na stanowiskach menadżerskich oraz obserwujące sektor z zewnętrznej perspektywy.

4.1 Wiedza — samoocena pracowników vs. ocena zewnętrzna

Tabela 11. Odsetek wskazań dużej lub b. dużej potrzeby wzmocnienia wiedzy — samoocena osób pracujących z pacjentem/klientem vs. ocena zewnętrzna kadry zarządzającej, superwizorów i ekspertów

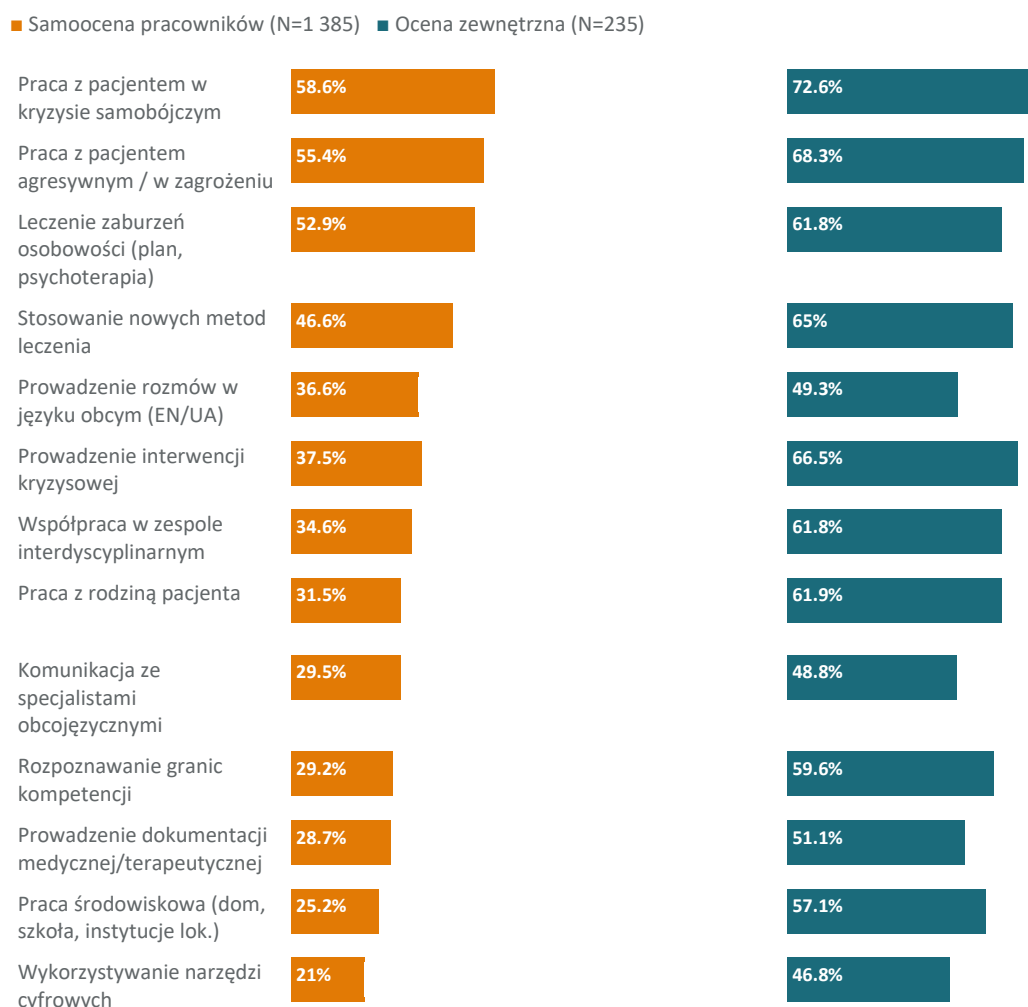


Źródło: Opracowanie własne, osoby pracujące z pacjentem/klientem (N=1385) oraz kadra zarządzająca, superwizorzy i eksperci (N=235). Wartości: % valid (bez ND/trudno powiedzieć). Skala 1–5; wartości 4+5 łącznie.

Spośród trzynastu badanych obszarów wiedzy najwyższy wskaźnik potrzeby odnotowano dla diagnozy zaburzeń osobowości w perspektywie ICD-11 (62,7%) – jest to jedyny obszar, w którym ponad trzy piąte respondentów wskazało dużą lub bardzo dużą potrzebę wzmocnienia. Warto odnotować, że jest to zarazem obszar o relatywnie niskiej rozbieżności z oceną zewnętrzną (+10,2 pp.), co sugeruje, że osoby pracujące z pacjentem/klientem mają stosunkowo trafną świadomość tej luki. Na przeciwległym biegunie znalazła się znajomość organizacji systemu ochrony zdrowia psychicznego, w tym zasad funkcjonowania NFZ i centrów zdrowia psychicznego (33,1%). Wynik ten może odzwierciedlać niskie poczucie wpływu na kwestie systemowe wśród pracowników niebędących menadżerami, a niekoniecznie faktycznie mniejsze potrzeby w tym zakresie – różnica ta wymaga ostrożnej interpretacji.

4.2 Umiejętności — samoocena pracowników vs. ocena zewnętrzna

Tabela 12. Odsetek wskazań dużej lub b. dużej potrzeby wzmocnienia umiejętności – samoocena osób pracujących z pacjentem/klientem vs. ocena zewnętrzna kadry zarządzającej, superwizorów i ekspertów



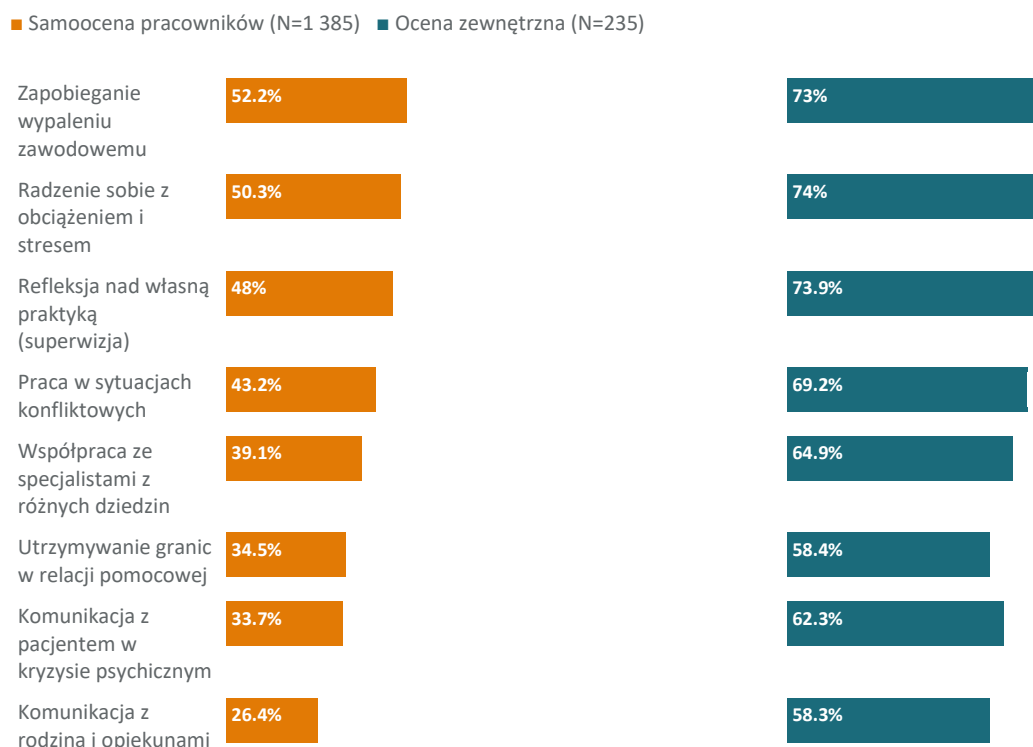
Źródło: Opracowanie własne, osoby pracujące z pacjentem/klientem (N=1385) oraz kadra zarządzająca, superwizorzy i eksperci (N=235). Wartości: % valid (bez ND/trudno powiedzieć). Skala 1–5; wartości 4+5 łącznie.

Wśród trzynastu badanych obszarów umiejętności najwyższe wskaźniki potrzeby odnotowano dla pracy z pacjentem w kryzysie samobójczym (58,6%) oraz pracy z pacjentem pobudzonym lub agresywnym (55,4%). Wyniki te, choć wysokie, pozostają wyraźnie poniżej ocen formułowanych przez zewnętrznych obserwatorów – odpowiednio 72,6% i 68,3% – co wskazuje, że skala tych potrzeb jest przez samych pracowników niedoszacowana. Najniższy wskaźnik w tej kategorii uzyskało wykorzystywanie narzędzi

cyfrowych (21%), podczas gdy ocena zewnętrzna wyniosła 46,8%. Rozbieżność przekraczająca 25 pp. sugeruje, że osoby pracujące z pacjentem/klientem postrzegają swoje kompetencje cyfrowe jako wystarczające, podczas gdy kadra zarządzająca, trenerzy i eksperci identyfikują w tym obszarze istotne deficyty wymagające systemowego adresowania.

4.3 Kompetencje społeczne — samoocena pracowników vs. ocena zewnętrzna

Tabela 13. Odsetek wskazań dużej lub b. dużej potrzeby wzmocnienia kompetencji społecznych – samoocena osób pracujących z pacjentem/klientem vs. ocena zewnętrzna kadry zarządzającej, superwizorów i ekspertów



Źródło: Opracowanie własne, osoby pracujące z pacjentem/klientem (N=1385) oraz kadra zarządzająca, superwizorzy i eksperci (N=235). Wartości: % valid (bez ND/trudno powiedzieć). Skala 1–5; wartości 4+5 łącznie.

Obszar kompetencji społecznych przynosi szczególnie istotne obserwacje analityczne. Zapobieganie wypaleniu zawodowemu (52,2%) oraz radzenie sobie z obciążeniem psychicznym i stresem zawodowym (50,3%) plasują się wprawdzie w górnej połowie wskaźników samooceny, jednak zewnętrzni obserwatorzy oceniają te potrzeby o ponad 20 pp. wyżej – odpowiednio 73% i 74%. Skala tej rozbieżności sugeruje, że osoby pracujące z pacjentem/klientem systematycznie minimalizują wagę własnych potrzeb w zakresie dobrostanu zawodowego, co może być zarówno przejawem mechanizmów obronnych charakterystycznych dla profesji pomocowych, jak i kulturowej normy deprecjonowania własnych potrzeb w tej grupie zawodowej.

MENEDŻER

„W sektorze zdrowia psychicznego wypalenie nie jest wyłącznie problemem jednostki, ale bezpośrednio przekłada się na jakość opieki, bezpieczeństwo pacjenta oraz efektywność organizacji. Dlatego kompetencje związane z radzeniem sobie ze stresem i zapobieganiem wypaleniu powinny być traktowane nie jako „miękki dodatek”, ale jako kluczowy komponent kompetencji zawodowych – na równi z kompetencjami klinicznymi”

Przyglądając się wynikom badania Joanna Szyman, prezeska zarządu Grupy NEO Hospital, prezeska zarządu Centrum CBT oraz członkini Sektorowej Rady ds. Kompetencji Zdrowie Psychiczne, zauważyła:

KOMENTARZ EKSPERCKI – Joanna Szyman	<p><i>„Ta rozbieżność jest jednym z najbardziej krytycznych sygnałów zarządczych w całym raporcie. Pokazuje nie tylko skalę problemu wypalenia, ale przede wszystkim jego „niewidzialność” na poziomie indywidualnym. W praktyce oznacza to, że system opiera się na specjalistach, którzy funkcjonują poniżej swojego realnego dobrostanu – i jednocześnie nie zgłaszają tego jako potrzeby rozwojowej.</i></p> <p><i>Z perspektywy zarządzania jest to ryzyko systemowe. Organizacje, które bazują wyłącznie na deklaracyjnych potrzebach pracowników, mogą istotnie niedoszacowywać skali problemu, a tym samym nie wdrażać adekwatnych działań prewencyjnych. Różnica ponad 20 p.p. między samooceną a oceną zewnętrzną wskazuje, że potrzebujemy odejścia od modelu „dobrowolnego korzystania ze wsparcia” na rzecz bardziej strukturalnych rozwiązań – w tym obowiązkowych elementów superwizji, pracy nad obciążeniem psychicznym i higieną pracy.</i></p> <p><i>Warto też podkreślić, że w sektorze zdrowia psychicznego wypalenie nie jest wyłącznie problemem jednostki, ale bezpośrednio przekłada się na jakość opieki, bezpieczeństwo pacjenta oraz efektywność organizacji. Dlatego kompetencje związane z radzeniem sobie ze stresem i zapobieganiem wypaleniu powinny być traktowane nie jako „miękki dodatek”, ale jako kluczowy komponent kompetencji zawodowych – na równi z kompetencjami klinicznymi”</i></p>
--	--

Duża część osób pracujących z pacjentami lub klientami jest świadoma swoich potrzeb w zakresie wsparcia własnego dobrostanu psychicznego. W środowisku pracowników pojawiają się sugestie:

PRAKTYK	<p><i>„Superwizje powinny być standardem finansowanym przez jednostkę utrzymującą instytucję w wymiarze co najmniej 4 rocznie, a superwizje grupowe pracy z pacjentami – cotygodniowe”</i></p>
----------------	--

Głos praktyków jest wspierany przez trenerów i superwizorów, ale nie tylko. Patrząc na ocenę zewnętrzną kompetencji osób pracujących z pacjentami lub klientami szczególnie wymowne są wskaźniki dla obszarów dobrostanu zawodowego – radzenie sobie ze stresem (74%), refleksja i superwizja (73,9%) oraz zapobieganie wypaleniu (73%). Trenerzy próbując wzmocnić swój przekaz rekomendowali wprost:

TRENER	<p><i>„Superwizje pracy, superwizja zespołu jako standard”</i></p>
---------------	--

Szczególną uwagę zwraca komunikacja z rodziną i opiekunami pacjenta – najniższy wynik samooceny w całej kategorii kompetencji społecznych (26,4%), przy jednej z największych rozbieżności z perspektywą zewnętrzną wynoszącą +31,9 pp. Obszar ten można uznać za przykład najgłębszej luki percepcyjnej w całym badaniu: pracownicy nie identyfikują go jako priorytetu, podczas gdy kadra zarządzająca, trenerzy i eksperci wskazują go wśród wyzwań kompetencyjnych sektora.

MENEDŻER	<p><i>„Bez pracy z rodziną i opiekunami nie ma skutecznej terapii, szczególnie w modelu środowiskowym i pracy z dziećmi i młodzieżą.”</i></p>
-----------------	---

Ekspertka Joanna Szyman zwraca uwagę na systemowy wymiar stwierdzonej luki kompetencyjnej i jej konsekwencje dla jakości opieki nad dziećmi i młodzieżą:

**KOMENTARZ
EKSPERCKI –
Joanna
Szyman**

„Ten wynik jest szczególnie istotny w kontekście kierunku, w jakim rozwija się cały system ochrony zdrowia psychicznego – czyli przejścia w stronę modelu środowiskowego oraz rosnącej roli pracy z rodziną, zwłaszcza w obszarze dzieci i młodzieży. Tak duża rozbieżność między samooceną a oceną zewnętrzną pokazuje, że mamy do czynienia nie tylko z luką kompetencyjną, ale przede wszystkim z luką świadomości roli tej kompetencji.

W praktyce klinicznej komunikacja z rodziną i opiekunami nie jest dodatkiem do procesu terapeutycznego – jest jego integralną częścią, a w wielu przypadkach warunkiem skuteczności leczenia. Dotyczy to szczególnie pracy z dziećmi i młodzieżą, gdzie system rodzinny jest kluczowym kontekstem funkcjonowania pacjenta. Niedoszacowanie znaczenia tej kompetencji przez pracowników może prowadzić do fragmentarycznego podejścia do terapii i ograniczenia efektów leczenia.

Z perspektywy zarządzania systemem oznacza to konieczność redefinicji standardów pracy – od modelu skoncentrowanego wyłącznie na pacjencie do modelu obejmującego cały system relacji. Wymaga to nie tylko rozwoju kompetencji komunikacyjnych, ale również zmiany paradygmatu kształcenia i organizacji pracy: włączenia rodziny jako partnera procesu terapeutycznego, rozwijania kompetencji pracy systemowej oraz budowania spójnych ścieżek współpracy między specjalistami.

To również obszar o dużym znaczeniu dla jakości usług i zaufania społecznego. Sposób komunikacji z rodziną często decyduje o tym, czy proces leczenia będzie kontynuowany, czy przerwany. Dlatego kompetencje w tym zakresie powinny być traktowane jako jeden z kluczowych priorytetów rozwojowych sektora”

Perspektywa zewnętrzna – sformułowana przez kadrę zarządzającą, trenerów, superwizorów i ekspertów sektora – konsekwentnie przewyższa samoocenę pracowników we wszystkich badanych obszarach. Za bezwzględne priorytety zewnętrznicy oceniający uznają zaburzenia współwystępujące (76,3%) oraz pracę z pacjentem w kryzysie samobójczym (72,6%), plasując je wyżej niż jakakolwiek pozycja w samoocenie pracowników.

Wewnątrz grupy zewnętrznych oceniających widoczne jest dalsze zróżnicowanie. Trenerzy i superwizorzy (N=50), jako osoby bezpośrednio obserwujące pracę kliniczną w ramach superwizji, formułują oceny najwyższe spośród wszystkich podgrup – wskaźniki dla standardów diagnostycznych osiągają u nich poziom 80-82%, a dla diagnozy zaburzeń osobowości w perspektywie ICD-11 – 83,3%. Ich perspektywa, zakorzeniona w codziennym wglądzie w praktykę zawodową, zasługuje na szczególną uwagę.

4.4 Ranking największych rozbieżności — TOP 15

Tabela poniżej zestawia 15 obszarów o największej różnicy między samooceną pracowników a oceną zewnętrzną.

Tabela 14. Obszary kompetencji gdzie występują największe rozbieżności między samooceną pracowników a oceną zewnętrzną kadry zarządzającej, superwizorów i ekspertów

#	Obszar kompetencji	Samoocena pracownicy	Ocena zewnętrzna	Różnica
1	Praca środowiskowa (dom, szkoła, instytucje lok.)	25.2%	57.1%	+31.9%
2	Komunikacja z rodziną i opiekunami	26.4%	58.3%	+31.9%
3	Praca z rodziną pacjenta	31.5%	61.9%	+30.4%
4	Rozpoznawanie granic kompetencji	29.2%	59.6%	+30.4%
5	Prowadzenie interwencji kryzysowej	37.5%	66.5%	+29%
6	Komunikacja z pacjentem w kryzysie psychicznym	33.7%	62.3%	+28.6%
7	Współpraca w zespole interdyscyplinarnym	34.6%	61.8%	+27.2%
8	Podejścia psychoterapeutyczne / kierowanie pac.	34.8%	61.6%	+26.8%
9	Standardy diagnozy psychologicznej	39.7%	66.4%	+26.7%
10	Praca w sytuacjach konfliktowych	43.2%	69.2%	+26%
11	Refleksja nad własną praktyką (superwizja)	48%	73.9%	+25.9%
12	Odpowiedzialność zawodowa i etyka	35.5%	61.3%	+25.8%
13	Wykorzystywanie narzędzi cyfrowych	21%	46.8%	+25.8%
14	Współpraca ze specjalistami z różnych dziedzin	39.1%	64.9%	+25.8%
15	Standardy diagnozy psychiatrycznej	42.8%	67.1%	+24.3%

Źródło: Opracowanie własne, osoby pracujące z pacjentem/klientem (N=1385) oraz kadra zarządzająca, superwizorzy i eksperci (N=235). Wartości: % valid (bez ND/trudno powiedzieć). Skala 1–5; wartości 4+5 łącznie.

Ciemnopomarańczowe = różnica ≥ 25 pp (bardzo wysoka); jasnopomarańczowe = 15–24 pp (wysoka). Wszystkie pozycje mają rozbieżność ≥ 12 pp.

Szczególną kategorię stanowią cztery obszary, w których rozbieżność między samooceną a oceną zewnętrzną przekracza 30 pp.: praca środowiskowa, komunikacja z rodziną i opiekunami, praca z rodziną pacjenta oraz rozpoznawanie granic własnych kompetencji. Wspólną cechą tych obszarów jest ich trudna obserwowalność z perspektywy samego pracownika – są to kompetencje, których deficyty ujawniają się przede wszystkim w oczach zewnętrznego obserwatora. Oznacza to, że pracownicy mogą systematycznie nie dostrzegać luk w tych obszarach, co czyni superwizję i ustrukturyzowaną zewnętrzną informację zwrotną warunkiem koniecznym (a nie jedynie pożądanym uzupełnieniem) procesu ich kształcenia.

Istotną jest również obserwacja o charakterze ogólnym: nie istnieje ani jeden obszar spośród 34 badanych, w którym pracownicy przeszacowaliby własne potrzeby względem oceny zewnętrznej. Nawet tam, gdzie samoocena jest wyraźna i wysoka – diagnoza zaburzeń osobowości ICD-11 (62,7%), kryzys samobójczy (58,6%) – zewnątrzni oceniający wskazują te potrzeby jeszcze wyżej.

4.5 Profile potrzeb według zawodu — wybrane obserwacje

Analiza danych w podziale na poszczególne zawody ujawnia wzorce, które w ujęciu zagregowanym pozostają niewidoczne. Poniżej przedstawiono wybrane obserwacje dla grup o największym znaczeniu analitycznym lub szczególnie nieoczekiwanym profilu potrzeb.

Psychoterapeuci (N=845) stanowią najliczniejszą grupę spośród wszystkich zawodów objętych badaniem. Ich profil potrzeb w obszarze wiedzy zdominowany jest przez: diagnozę zaburzeń osobowości w ICD-11 (59%), zaburzenia współwystępujące (57%) i regulacje prawne (57%). Ten ostatni wynik — wysoki i równorzędny z potrzebami stricte klinicznymi — odzwierciedla niepewność środowiska co do statusu zawodowego w obliczu oczekiwanej regulacji ustawowej. W obszarze umiejętności pierwszą pozycję zajmuje praca z pacjentem w kryzysie samobójczym (54%), co w grupie prowadzącej systematyczną psychoterapię wskazuje na realną potrzebę niezbędną w codziennej pracy. W kompetencjach społecznych dominuje potrzeba wzmocnienia umiejętności w zakresie zapobiegania wypaleniu (47%) i radzenia sobie ze stresem (45%).

Psycholodzy (N=689) na pierwszym miejscu w obszarze wiedzy stawiają na potrzebę wzmocnienia kompetencji w zakresie diagnozy zaburzeń osobowości w perspektywie ICD-11 (64%), a kolejne pozycje zajmują zaburzenia współwystępujące i regulacje prawne dotyczące wykonywania zawodu (po 57%). W obszarze umiejętności psychologowie chcą się kształcić w obszarze pracy z pacjentem w kryzysie samobójczym (59%) oraz pracy z pacjentem agresywnym lub w stanie zagrożenia (57%). W kompetencjach społecznych czołowe miejsca zajmują zapobieganie wypaleniu (49%) i radzenie sobie ze stresem (46%). Profil tej grupy nie wyróżnia się skrajnymi wartościami, lecz jego równomiernie wysoki poziom we wszystkich trzech obszarach sugeruje, że psycholodzy odczuwają potrzeby wzrostu kompetencji klinicznych, prawnych i dotyczących własnego dobrostanu.

Wśród lekarzy psychiatrów (N=104) na pierwszym miejscu potrzeb kompetencji społecznych uplasowała się superwizja i refleksja nad własną praktyką (47%), wyprzedzając zapobieganie wypaleniu (46%) i pracę z pacjentem w kryzysie samobójczym (43%). Dla zawodu medycznego, w którego ścieżce kształcenia kultura superwizji nie jest systemowo zakorzeniona, wynik ten stanowi czytelny sygnał o odczuwanej luce.

Psychiatrzy dziecięcy (N=37) przynoszą obserwację jeszcze bardziej nieoczekiwaną: praca w sytuacjach konfliktowych zajmuje pierwszą pozycję (68%), wyprzedzając wszystkie obszary kliniczne. Sugeruje to, że codzienna praktyka tej grupy w znacznej mierze rozgrywa się w przestrzeni napiętych relacji instytucjonalnych z rodzicami, szkołami i systemem sądowym, a nie wyłącznie w gabinecie klinicznym.

Psycholodzy kliniczni (N=67) odnotowali najwyższy w całej próbie wskaźnik potrzeby w zakresie diagnozy zaburzeń osobowości w perspektywie ICD-11 (76%) — wynik szczególnie znaczący dla grupy, której rola zawodowa jest diagnostyce bezpośrednio przypisana. Wysoka pozycja farmakoterapii (51%) w profilu tej grupy wskazuje na realną, choć systemowo niedocenianą potrzebę: psycholodzy kliniczni nie przepisują leków, jednak wyraźnie odczuwają niedobór wiedzy niezbędnej do efektywnej współpracy z psychiatrą.

Pielęgniarki psychiatryczne (N=70) i terapeuci zajęciowi (N=59) tworzą kategorię zawodów pierwszego kontaktu, których profil potrzeb jest alarmujący. Pielęgniarki psychiatryczne uzyskały jedne z najwyższych wskaźników w całej próbie dla pracy z pacjentem w kryzysie samobójczym (77%), radzenia sobie ze stresem (74%), zapobiegania wypaleniu (74%) oraz pracy z pacjentem agresywnym (67%). Terapeuci zajęciowi przekraczają te wartości w obszarach interwencyjnych — praca z pacjentem agresywnym (80%), kryzys samobójczy (78%), wypalenie (75%) — i jako jedyna grupa uzyskują wskaźniki powyżej 42% we wszystkich ośmiu kompetencjach społecznych jednocześnie. Obie grupy pracują w bezpośrednim i długotrwałym kontakcie z pacjentami w najtrudniejszych stanach klinicznych, a

jednocześnie są historycznie niedoreprezentowane w ofertach szkoleniowych, które koncentrują się na psychologach i psychoterapeutach.

Specjaliści psychoterapii uzależnień (N=77) potwierdzają kliniczną intuicję: diagnoza zaburzeń osobowości w ICD-11 zajmuje u nich pierwszą pozycję (66%), odzwierciedlając powszechność zaburzeń osobowości jako rozpoznania współwystępującego w populacji osób uzależnionych.

Socjoterapeuci (N=20) i terapeuci środowiskowi (N=40) sygnalizują potrzebę pogłębienia rozumienia złożonych obrazów klinicznych, z którymi stykają się w codziennej pracy, mimo że formalnie nie pełnią roli diagnostycznej ani terapeutycznej w wąskim znaczeniu.

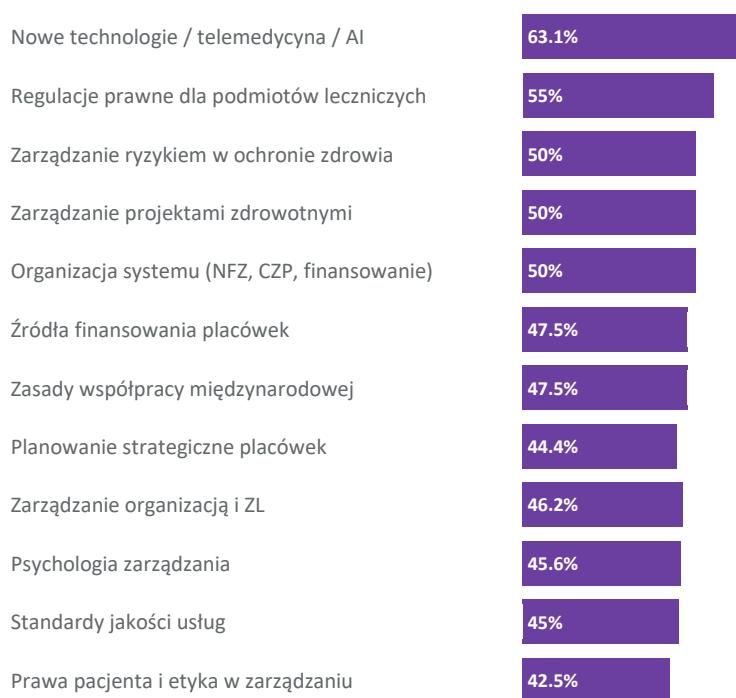
Na poziomie ponad grupowym dane ujawniają trzy wzorce o charakterze systemowym. Po pierwsze, pielęgniarki psychiatryczne i terapeuci zajęciowi wykazują najwyższe potrzeby szkoleniowe w najtrudniejszych obszarach klinicznych przy jednoczesnym historycznym niedoreprezentowaniu w ofercie szkoleniowej sektora. Po drugie, wypalenie zawodowe i radzenie sobie ze stresem znalazły się w pierwszej trójce kompetencji społecznych we wszystkich trzynastu analizowanych zawodach, co nadaje tym potrzebom charakter systemowy, niezależny od specyfiki roli zawodowej. Po trzecie, diagnoza zaburzeń osobowości w perspektywie ICD-11 pojawia się w czołówce rankingów u psychologów, psychologów klinicznych, psychoterapeutów, terapeutów środowiskowych, specjalistów psychoterapii uzależnień i socjoterapeutów, co wskazuje na potrzebę stworzenia programu szkoleniowego o szerokim, interdyscyplinarnym zasięgu i bezpośrednim przełożeniu na praktykę kliniczną.

5. Samoocena kadry zarządzającej

Poniższy rozdział przedstawia wyniki samooceny potrzeb kompetencyjnych kadry zarządzającej placówkami i zespołami w sektorze zdrowia psychicznego. Moduł ten dotyczy wyłącznie kompetencji zarządczych – wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych niezbędnych do skutecznego kierowania organizacją, zespołem lub koordynacji usług i nie powinien być interpretowany jako ocena potrzeb osób pracujących z pacjentem/klientem. Stanowi odrębną perspektywę analityczną, uzupełniającą obraz sektora o wymiar przywódczy i organizacyjny. Warto mieć na uwadze, że kadra zarządzająca charakteryzuje się znacznie dłuższym stażem zawodowym niż pozostałe grupy respondentów (ponad połowa legitymuje się doświadczeniem przekraczającym 20 lat) co może wpływać na sposób, w jaki ocenia własne potrzeby rozwojowe.

5.1 Wiedza zarządcza

Tabela 15. Odsetek wskazań dużej lub b. dużej potrzeby wzmocnienia wiedzy zarządczej — samoocena kadry zarządzającej



Źródło: Opracowanie własne, kadra zarządzająca (N=160).

Profil potrzeb wiedzy zarządczej kadry kierowniczej wyraźnie odzwierciedla wyzwania, przed którymi stoi sektor zdrowia psychicznego w Polsce. Na pierwszym miejscu znalazły się nowe technologie, telemedycyna i zastosowania sztucznej inteligencji (63,1%). Wynik ten wskazuje, że kadra zarządzająca dostrzega dynamiczny charakter zmian technologicznych i odczuwa presję nadążania za nimi. Wysokie wskaźniki dla regulacji prawnych dotyczących funkcjonowania podmiotów leczniczych (55%) oraz zarządzania ryzykiem, projektami i organizacją systemu (po 50%) tworzą spójny obraz grupy, która odczuwa potrzebę lepszego zakorzenienia w wiedzy formalno-prawnej i systemowej, niezbędnej do sprawnego funkcjonowania w złożonym otoczeniu regulacyjnym NFZ i reformy psychiatrycznej. Najniższe wskaźniki odnotowano dla praw pacjenta i etyki w zarządzaniu (42,5%) oraz standardów jakości usług (45%), choć i te wartości pozostają na poziomie wskazującym na realną potrzebę wzmocnienia.

5.2 Umiejętności zarządcze

Tabela 16. Odsetek wskazań dużej lub b. dużej potrzeby wzmocnienia umiejętności zarządczych — samoocena kadry zarządzającej



Źródło: Opracowanie własne, kadra zarządzająca (N=160).

W obszarze umiejętności zarządczych wskazywano przede wszystkim na potrzeby wzmocnienia kompetencji w obszarze obsługi narzędzi cyfrowych w zarządzaniu placówką (56,9%) oraz zarządzania sytuacjami kryzysowymi (55%). Zestawienie tych dwóch wyników jest wymowne – kadra kierownicza odczuwa równocześnie presję cyfryzacji procesów zarządczych i konieczność przygotowania na sytuacje nadzwyczajne, co dobrze oddaje realia funkcjonowania placówek zdrowia psychicznego w ostatnich latach. Oczekiwania względem potrzeb szkoleniowych dobitnie podkreślają wypowiedzi badanych:

MENEDŻER

„Kompetencje cyfrowe przestają być wsparciem zarządzania, a stają się jego rdzeniem – bez nich nie da się dziś ani skalować usług, ani skutecznie reagować na sytuacje kryzysowe w ochronie zdrowia psychicznego.”

MENEDŻER

„Adaptacja do ciągle zmieniającej się sytuacji rynkowej, wynikającej z tego jak ten rynek zmienia się pod wpływem AI oraz z powodu wysypu tanich i złej jakości usług po zamieszczeniu z ustawami o zawodzie psychologa i psychoterapeuty”

MENEDŻER

„W obliczu aktualnej sytuacji geopolitycznej — szkolenia personelu w zakresie interwencji kryzysowych”

Zarządzanie zmianą i wdrażanie innowacji (46,2%) oraz współpraca z instytucjami zewnętrznymi i rozwiązywanie konfliktów (po 45%) tworzą środkową część rankingu, wskazując na potrzeby organizacji szkoleń w zakresie kompetencji relacyjnych i adaptacyjnych. Najniższe wskaźniki (choć wciąż przekraczające 40%) odnotowano dla zarządzania zasobami ludzkimi oraz zarządzania relacjami z pacjentami i rodzinami (po 41,2%), co może sugerować, że kadra zarządzająca ocenia swoje umiejętności w tych obszarach jako relatywnie bardziej ugruntowane.

5.3 Kompetencje społeczne – kadra zarządzająca

Tabela 17. Odsetek wskazań dużej lub b. dużej potrzeby wzmocnienia kompetencji społecznych – samoocena kadry zarządzającej

Zapobieganie wypaleniu zawodowemu	55.6%
Radzenie sobie z obciążeniem / stresem	51.9%
Komunikacja w sytuacjach trudnych i kryzysowych	46.9%
Prowadzenie mediacji / sytuacje konfliktowe	46.9%
Budowanie partnerstw	46.9%
Utrzymywanie standardów etycznych	43.1%
Przywództwo i budowanie zespołów	39.4%
Współpraca międzyinstytucjonalna	36.2%

Źródło: Opracowanie własne, kadra zarządzająca (N=160).

Kompetencje społeczne kadry zarządzającej ujawniają wzorzec zbliżony do obserwowanego wśród osób pracujących z pacjentami lub klientami – na czele rankingu niezmiennie plasują się: zapobieganie wypaleniu zawodowemu (55,6%) i radzenie sobie z obciążeniem psychicznym oraz stresem (51,9%). Wynik ten jest szczególnie znaczący w kontekście roli, jaką pełni kadra kierownicza – osoby zarządzające zespołami w warunkach chronicznego przeciążenia systemu są jednocześnie odpowiedzialne za dobrostan swoich pracowników i same zmagają się z podobnymi wyzwaniami. Komunikacja w sytuacjach trudnych i kryzysowych, prowadzenie mediacji oraz budowanie partnerstw uzyskały zbliżone wskaźniki (po 46,9%), tworząc spójny obraz potrzeb w zakresie kompetencji relacyjnych niezbędnych w złożonym środowisku instytucjonalnym. Najniższe wskaźniki odnotowano dla współpracy międzyinstytucjonalnej (36,2%) i przywództwa oraz budowania zespołów (39,4%) – obszarów, które kadra zarządzająca ocenia jako relatywnie najmniej wymagające wzmocnienia, choć różnica względem pozostałych pozycji rankingu pozostaje niewielka.

6. Bariery i preferencje szkoleniowe

Skuteczność jakiegokolwiek programu rozwoju kompetencji zależy nie tylko od trafności zidentyfikowanych potrzeb, ale również od realistycznego uwzględnienia warunków, w jakich pracownicy sektora mogą z tego programu korzystać. Niniejszy rozdział przedstawia wyniki dotyczące barier utrudniających udział w szkoleniach, preferowanych form kształcenia oraz dostępnego czasu – traktując te dane jako niezbędny kontekst dla formułowania rekomendacji wdrożeniowych.

6.1 Bariery w dostępie do szkoleń

Dla osób pracujących z pacjentem/klientem dominującą barierą pozostaje koszt szkoleń (67,4%).

Tabela 18. Czynniki utrudniające udział pracowników w szkoleniach

Bariera	Osoby pracujące z pacjentem/klientem	%	Kadra zarządzająca, superwizorzy i eksperci	%
Zbyt wysokie koszty szkoleń	933	67,4%	76	47,5%
Duże obciążenie pracą z pacjentami	665	48%	97	60,6%
Nieregularny czas pracy / dyżury	444	32,1%	29	18,1%
Niedopasowanie tematyki szkoleń	294	21,2%	58	36,2%
Niska jakość dostępnych szkoleń	209	15,1%	34	21,2%
Brak jasnych standardów rozwoju	200	14,4%	20	12,5%
Niepełna regulacyjna	168	12,1%	—	—
Brak superwizji lub mentoringu w ofercie	103	7,4%	—	—

Źródło: Opracowanie własne, (N=1620). Możliwość wielokrotnego wyboru (max 3).

Osoby prowadzące jednoosobową działalność gospodarczą (N=634) wskazują koszty najczęściej spośród wszystkich segmentów (68%), co jest bezpośrednią konsekwencją braku pracodawcy mogącego pokryć lub refundować wydatki na kształcenie – całość tego ciężaru spoczywa na nich samych. W sektorze publicznym odsetek ten jest nieznacznie niższy (64%), jednak wciąż bardzo wysoki, co sugeruje, że budżety szkoleniowe placówek publicznych są niewystarczające lub trudno dostępne dla szeregowych pracowników.

PRAKTYK

„Koszty jakościowych szkoleń, specjalizacji bywają zaporowe – to dla mnie podstawowy problem. Zależy mi na tym, aby być profesjonalistką w swoim zawodzie i realnie pomagać Pacjentom. Odczuwam potrzebę pogłębiania wiedzy i doświadczenia pod okiem specjalistów-pasjonatów posiadających rzeczywiste, wieloletnie doświadczenie zawodowe”

Wiele głosów wskazuje również na to, że udział w kosztownych szkoleniach, ma niewielki wpływ na późniejsze zarobki:

TRENER

„Psycholodzy i psychoterapeuci w dużej mierze finansują rozwój zawodowy ze środków własnych, często realizując szkolenia poza godzinami pracy, przy ograniczonym przełożeniu na wzrost wynagrodzeń”

Bariery różnią się także w zależności od stażu pracy.

Tabela 19. Analiza barier według stażu zawodowego

Staż	Bariera #1	%	Bariera #2	%	Bariera #3	%
< 2 lata	Koszt	79%	Nieregularny czas	38%	Obciążenie praca	33%
2-5 lat	Koszt	73%	Obciążenie praca	45%	Nieregularny czas	36%
6-10 lat	Koszt	67%	Obciążenie praca	48%	Nieregularny czas	29%
11-20 lat	Koszt	66%	Obciążenie praca	50%	Nieregularny czas	29%
> 20 lat	Obciążenie praca	60%	Koszt	53%	Nieregularny czas	31%

Źródło: Opracowanie własne, osoby pracujące z pacjentem/klientem (N=1385).

Analiza barier według stażu zawodowego ujawnia wyraźną ewolucję wraz z długością doświadczenia. Koszt szkoleń pozostaje barierą dominującą we wszystkich grupach z jednym wyjątkiem – wśród osób z doświadczeniem przekraczającym 20 lat na pierwsze miejsce wysuwa się obciążenie pracą (60%), wyprzedzając koszt (53%). Sugeruje to, że seniorzy zawodowi są w swojej karierze na etapie, w którym ograniczenia finansowe schodzą na dalszy plan, natomiast deficyt czasu staje się główną barierą uczestnictwa w kształceniu. Na przeciwnym biegunie znajdują się osoby z najkrótszym stażem (poniżej 2 lat) dla których koszt osiąga najwyższy poziom w całej próbie (79%). Jest to wynik zrozumiały w kontekście niższych wynagrodzeń na początku kariery zawodowej oraz braku ugruntowanej pozycji pozwalającej na negocjowanie wsparcia szkoleniowego od pracodawcy.

Osoby pracujące z pacjentem/klientem zwracały uwagę, że barierą jest termin organizowanych szkoleń – ze względu na duże obciążenie obowiązkami, bywa to niemożliwe w standardowych godzinach pracy. Odbywanie szkoleń w godzinach przeznaczonych na odpoczynek wpływa natomiast negatywnie na poczucie dobrostanu. Jak komentuje jeden z praktyków:

PRAKTYK

„Często szkolenia odbywają się w weekendy, co jest dodatkowym obciążeniem - zamiast odpoczynku, kolejne godziny intensywnej pracy intelektualnej. Praca wymagająca”

Komentarz ekspercki Joanny Szyman wskazuje na dynamiczny, zależny od etapu kariery charakter barier w dostępie do kształcenia oraz podkreśla potrzebę systemowego włączenia rozwoju kompetencji w czas pracy i codzienne funkcjonowanie organizacji:

**KOMENTARZ
EKSPERCKI –
Joanna
Szyman**

„Wyniki te pokazują, że bariery w dostępie do kształcenia mają charakter dynamiczny i zależny od etapu kariery zawodowej – od barier finansowych na początku ścieżki zawodowej po bariery czasowe wśród najbardziej doświadczonych specjalistów. Niezależnie jednak od stażu, wspólnym mianownikiem pozostaje ograniczona dostępność szkoleń w czasie pracy, co prowadzi do przenoszenia aktywności rozwojowej na czas prywatny.

Z perspektywy zarządzania oznacza to konieczność odejścia od modelu, w którym rozwój kompetencji odbywa się kosztem dobrostanu pracowników. Brak systemowych

rozwiązań umożliwiających udział w szkoleniach w godzinach pracy oraz wysokie koszty kształcenia nie tylko ograniczają dostęp do rozwoju, ale również zwiększają ryzyko przeciężenia i wypalenia zawodowego.

W praktyce oznacza to potrzebę budowania bardziej elastycznych i dostępnych modeli kształcenia oraz integrowania rozwoju kompetencji z codziennym funkcjonowaniem organizacji”

6.2 Preferowane formy szkoleń

Szkolenia stacjonarne są najpopularniejsza forma dla osób pracujących z pacjentem/klientem (41,1%), jednak forma mieszana (36,8%) zyskuje szerokie grono zwolenników. Kadra zarządzająca odwraca ten ranking na korzyść formy mieszanej (44,4%).

Tabela 20. Preferowane formy szkoleń

Forma szkoleń	Osoby pracujące z pacjentem/klientem	%	Kadra zarządzająca	%
Szkolenia stacjonarne	569	41,1%	60	37,5%
Forma mieszana (blended)	510	36,8%	71	44,4%
Szkolenia online (na żywo)	164	11,8%	18	11,2%
E-learning (asynchronicznie)	142	10,3%	11	6,9%

Źródło: Opracowanie własne, osoby pracujące z pacjentem/klientem (N=1385) oraz kadra zarządzająca (N=160).

Szkolenia stacjonarne pozostają najczęściej wskazywaną formą wśród osób pracujących z pacjentem/klientem (41,1%), jednak forma mieszana (łącząca elementy stacjonarne i zdalne) uzyskuje zbliżony wynik (36,8%) i stanowi realną alternatywę, nie marginalną preferencję. Kadra zarządzająca odwraca tę hierarchię: forma mieszana jest jej pierwszym wyborem (44,4%), co jest spójne z wcześniej zidentyfikowanym ograniczeniem czasowym tej grupy – elastyczność organizacyjna szkoleń typu „blended” lepiej odpowiada na potrzeby osób o napiętym i nieprzewidywalnym harmonogramie.

MENEDŻER

„Wyniki te jasno pokazują, że sektor wchodzi w etap przejścia od tradycyjnych modeli kształcenia do bardziej elastycznych rozwiązań hybrydowych. Modele blended learning i e-learning nie są już alternatywą, lecz koniecznością – pozwalają łączyć jakość pracy warsztatowej z dostępnością i efektywnością czasową, co jest kluczowe przy rosnącym obciążeniu specjalistów i kadry zarządzającej”

Tabela 21. Preferowane formy szkoleń według sektora i stażu

Segment	Stacjonarne	Mieszana	Online (na żywo)	E-learning
Publiczny (N=364)	40,9%	36%	12,4%	10,7%
JDG (N=634)	40,4%	37,4%	12,3%	9,9%
NGO (N=152)	48%	31,6%	11,2%	9,2%
Prywatny (N=271)	34,3%	43,2%	12,9%	9,6%
Staż < 2 lata (N=152)	41,4%	34,2%	16,4%	7,9%

Staż 2-5 lat (N=387)	43,9%	37%	10,3%	8,8%
Staż 6-10 lat (N=287)	40,4%	37,6%	11,8%	10,1%
Staż 11-20 lat (N=334)	39,5%	39,5%	10,2%	10,8%
Staż > 20 lat (N=225)	39,1%	33,3%	13,8%	13,8%

Źródło: Opracowanie własne, osoby pracujące z pacjentem/klientem (N=1385)

Organizacje pozarządowe najsilniej preferują szkolenia stacjonarne (48%) – wyraźnie powyżej średniej dla całej próby. Może to odzwierciedlać ograniczony dostęp do odpowiedniego zaplecza technicznego i warunków pracy zdalnej, ale również specyfikę pracy zespołowej w NGO, w której bezpośredni kontakt ma większą wartość kulturową i organizacyjną. Na przeciwnym biegunie plasuje się sektor prywatny, który najsilniej skłania się ku formule mieszanej (43,2%), co jest spójne z wyższą autonomią tych pracowników w organizacji własnego czasu i miejsca pracy.

Analiza według stażu przynosi obserwację istotną z perspektywy projektowania oferty szkoleniowej. Osoby z najkrótszym doświadczeniem zawodowym (poniżej 2 lat) częściej niż pozostałe grupy wskazują szkolenia online na żywo (16,4% wobec średniej 11,8%), co odzwierciedla cyfrową natywność tej generacji oraz praktyczną konieczność godzenia kształcenia z początkiem kariery zawodowej. Z kolei osoby z doświadczeniem przekraczającym 20 lat wyróżniają się relatywnie wysokim odsetkiem wskazań dla e-learningu asynchronicznego (13,8%) – formy, która pozwala na naukę w dowolnym czasie i tempie, co jest szczególnie cenne dla grupy najbardziej ograniczonej dostępnością czasową.

6.3 Dostępny czas na rozwój kompetencji

Deklarowany czas dostępny na rozwój kompetencji potwierdza i pogłębia obraz sektora wyłaniający się z analizy barier.

Tabela 22. Dostępny czas na rozwój kompetencji – analiza wg roli zawodowej

Czas miesięcznie	Osoby pracujące z pacjentem/klientem	%	Kadra zarządzająca	%
Do 8 godzin	674	48,7%	93	58,1%
8-24 godzin	521	37,6%	45	28,1%
Powyżej 24 godzin	154	11,1%	15	9,4%
Obecnie brak możliwości	36	2,6%	7	4,4%

Źródło: Opracowanie własne, osoby pracujące z pacjentem/klientem (N=1385) oraz kadra zarządzająca (N=160).

Niemal połowa osób pracujących z pacjentem/klientem (48,7%) może przeznaczyć na kształcenie nie więcej niż 8 godzin miesięcznie, czyli przeciętnie mniej niż dwie godziny tygodniowo. Dalsze 37,6% dysponuje przedziałem 8–24 godzin, a jedynie 11,1% deklaruje możliwość poświęcenia powyżej 24 godzin miesięcznie. Dane te mają bezpośrednie przełożenie na projektowanie oferty szkoleniowej: programy zakładające wielodniowe zjazdy lub intensywne bloki szkoleniowe będą strukturalnie niedostępne dla dominującej części grupy docelowej. Odpowiedzią na tę realność powinny być krótsze, modułowe formy kształcenia, możliwe do realizacji w jednostkach nieprzekraczających jednego dnia.

Kadra zarządzająca jest pod względem czasowym jeszcze bardziej ograniczona – 58,1% deklaruje dostępność do 8 godzin miesięcznie, a 4,4% wskazuje, że obecnie w ogóle nie ma możliwości uczestnictwa w szkoleniach. Zestawienie tego wyniku z wcześniej zidentyfikowaną barierą obciążenia pracą tworzy spójny obraz grupy, której potrzeby kompetencyjne są wyraźne, lecz okno czasowe na ich zaspokojenie jest wyjątkowo wąskie.

Tabela 23. Dostępny czas na rozwój kompetencji – analiza wg typu podmiotu

Czas miesięcznie	Publiczny	JDG	NGO	Prywatny
Do 8 h	46,2%	51,4%	48,7%	45,8%
8-24 h	37,9%	35,5%	39,5%	40,2%
Powyżej 24 h	12,4%	10,9%	10,5%	10%
Brak możliwości	3,6%	2,2%	1,3%	4,1%

Źródło: Opracowanie własne, osoby pracujące z pacjentem/klientem (N=1385) oraz kadra zarządzająca (N=160).

Analiza według reprezentowanego typu podmiotu nie ujawnia dużych różnic, jednak widoczna jest pewna gradacja: pracownicy JDG częściej deklarują dostępność do 8 godzin (51,4%), podczas gdy pracownicy sektora prywatnego i publicznego częściej wskazuje przedział 8–24 godzin. Może to odzwierciedlać specyfikę samozatrudnienia – osoby prowadzące własną praktykę mają co prawda elastyczność w organizacji czasu, jednak każda godzina poświęcona na szkolenie oznacza bezpośrednią utratę przychodu, co w praktyce silnie ogranicza faktyczną dostępność czasową.

6.4 Kluczowe czynniki decyzyjne przy wyborze szkoleń

Respondenci wskazywali (max 3 odpowiedzi) czynniki najważniejsze przy decyzji o udziale w szkoleniu.

Tabela 24. Najważniejsze czynniki decydujące o udziale w szkoleniu

Czynnik	Osoby pracujące z pacjentem/klientem	%	Kadra zarządzająca	%
Finansowanie / refundacja kosztów	756	54,6%	83	51,9%
Praktyczny charakter (warsztaty, case studies)	502	36,2%	40	25%
Elastyczne terminy (popołudnia, weekendy)	493	35,6%	48	30%
Dostosowanie do specyfiki roli zawodowej	431	31,1%	48	30%
Szkolenia prowadzone przez praktyków	413	29,8%	51	31,9%
Możliwość udziału online	367	26,5%	37	23,1%
Możliwość certyfikatu	247	17,8%	—	—
Szkolenia w godzinach pracy	—	—	54	33,8%

Źródło: Opracowanie własne, osoby pracujące z pacjentem/klientem (N=1385) oraz kadra zarządzająca (N=160).

Finansowanie lub refundacja kosztów uczestnictwa zajmuje pierwszą pozycję w obu grupach, wskazuje je 54,6% osób pracujących z pacjentem/klientem oraz 51,9% kadry zarządzającej. Wynik ten jest spójny z wcześniejszą analizą barier i stanowi jej lustrzane odbicie: koszt jest barierą numer jeden, a jego eliminacja warunkiem numer jeden skutecznej dostępności szkoleń. Bez systemowego rozwiązania kwestii finansowania nawet najlepiej zaprojektowana oferta programowa pozostanie poza zasięgiem znaczącej części sektora.

Dalsze pozycje rankingu różnicują obie grupy w sposób analitycznie istotny. Osoby pracujące z pacjentem/klientem kładą wyraźny nacisk na praktyczny charakter szkoleń w formie warsztatów i

studiów przypadku (36,2%) oraz elastyczność terminów (35,6%), co odzwierciedla zarówno potrzebę bezpośredniego przełożenia kształcenia na codzienną praktykę, jak i trudności z wygospodarowaniem czasu w ramach standardowych godzin pracy. Co wielokrotnie pojawia się w wypowiedziach osób pracujących z pacjentem/klientem:

PRAKTYK

„Chciałabym mieć pewność, że po danym szkoleniu będę miała konkretne umiejętności pracy, a nie kolejną dawkę wiedzy teoretycznej”

PRAKTYK

„Kłopotem jest duża ilość szkoleń, które mają poziom podstawowy — kierowanych do osób nieporuszających się w świecie pracy ze zdrowiem psychicznym. Brakuje szkoleń pogłębionych, zaawansowanych, kierowanych do praktyków”

Kadra zarządzająca jako drugi najważniejszy czynnik wskazuje realizację szkoleń w godzinach pracy (33,8%) – preferencja, która nie pojawia się w ogóle wśród osób pracujących z pacjentem lub klientem, dla menadżerów stanowi warunek dostępności. Szkolenia prowadzone przez praktyków z doświadczeniem w sektorze zdrowia psychicznego są cenione przez obie grupy w zbliżonym stopniu (29,8% i 31,9%), co wskazuje na wspólny mianownik: wiarygodność i osadzenie w realiach sektora są uniwersalnym kryterium jakości, niezależnym od pełnionej roli zawodowej.

7. Spis tabel

Tabela 1. Informacje na temat badania.....	6
Tabela 2. Struktura respondentów według roli.....	6
Tabela 3. Osoby pracujące z pacjentem/klientem – struktura zawodowa	8
Tabela 4. Typ podmiotu zatrudnienia.....	9
Tabela 5. Staż pracy — Osoby pracujące z pacjentem/klientem.....	9
Tabela 6. Staż pracy — Kadra zarządzająca	10
Tabela 7. Rozkład geograficzny próby	10
Tabela 8. Pacjenci i klienci pracowników sektora.....	11
Tabela 9. Analiza wybranych potrzeb kompetencyjnych według stażu	12
Tabela 10. Wybrane potrzeby szkoleniowe a sektor zatrudnienia.....	12
Tabela 11. Odsetek wskazań dużej lub b. dużej potrzeby wzmocnienia wiedzy — samoocena osób pracujących z pacjentem/klientem vs. ocena zewnętrzna kadry zarządzającej, superwizorów i ekspertów	14
Tabela 12. Odsetek wskazań dużej lub b. dużej potrzeby wzmocnienia umiejętności — samoocena osób pracujących z pacjentem/klientem vs. ocena zewnętrzna kadry zarządzającej, superwizorów i ekspertów	15
Tabela 13. Odsetek wskazań dużej lub b. dużej potrzeby wzmocnienia kompetencji społecznych — samoocena osób pracujących z pacjentem/klientem vs. ocena zewnętrzna kadry zarządzającej, superwizorów i ekspertów	16
Tabela 14. Obszary kompetencji gdzie występują największe rozbieżności między samooceną pracowników a oceną zewnętrzną kadry zarządzającej, superwizorów i ekspertów	19
Tabela 15. Odsetek wskazań dużej lub b. dużej potrzeby wzmocnienia wiedzy zarządczej — samoocena kadry zarządzającej.....	22
Tabela 16. Odsetek wskazań dużej lub b. dużej potrzeby wzmocnienia umiejętności zarządczych — samoocena kadry zarządzającej	23
Tabela 17. Odsetek wskazań dużej lub b. dużej potrzeby wzmocnienia kompetencji społecznych — samoocena kadry zarządzającej	24
Tabela 18. Czynniki utrudniające udział pracowników w szkoleniach	25
Tabela 19. Analiza barier według stażu zawodowego.....	26
Tabela 20. Preferowane formy szkoleń	27
Tabela 21. Preferowane formy szkoleń według sektora i stażu	27
Tabela 22. Dostępny czas na rozwój kompetencji – analiza wg roli zawodowej.....	28
Tabela 23. Dostępny czas na rozwój kompetencji – analiza wg typu podmiotu	29
Tabela 24. Najważniejsze czynniki decydujące o udziale w szkoleniu.....	29

8. Załączniki

- A. Samoocena kompetencji osób pracujących z pacjentem/klientem
- B. Samoocena kompetencji kadry zarządzającej
- C. Ocena kompetencji osób pracujących z pacjentem/klientem (perspektywa kadry zarządzającej, superwizorów i ekspertów)