

***Evidence based management* – czego menedżerowie mogą się nauczyć od (dobrych) lekarzy**

Nadesłany: 20.02.17 | Zaakceptowany do druku: 05.11.17

Małgorzata Sidor-Rządkowska*

W artykule podjęto zagadnienie trudności związanych z wprowadzeniem zarządzania opartego na dowodach (*evidence based management*, EBMgt) w praktykę współczesnych organizacji. Na podstawie analizy literatury przedmiotu oraz wieloletniego doświadczenia zawodowego – związanego zarówno z pracą na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym, jak i na wydziałach zarządzania kilku uczelni – autorka analizuje analogie między zarządzaniem opartym na dowodach a medycyną opartą na dowodach (*evidence based medicine*, EBM). W artykule przywoływana jest postać prekursora EBM – XIX-wiecznego wiedeńskiego lekarza Ignaca Semmelweisa. Jego losy stanowią swoiste ostrzeżenie, pokazując konsekwencje ignorowania dowodów naukowych w praktyce codziennego działania.

Słowa kluczowe: zarządzanie oparte na dowodach, medycyna oparta na dowodach.

Evidence Based Management: What Managers Can Learn from (Good) Doctors?

Submitted: 20.02.17 | Accepted: 05.11.17

The article presents difficulties connected with implementation of the evidence based management (EBMgt) into contemporary organisations. Based on the analysis of the relevant literature as well as many years of professional experience at the Warsaw Medical University and at departments of management at several other universities, the author analyses analogies between evidence based management and evidence based medicine (EBM). The article mentions Ignac Semmelweis, a 19th century doctor from Vienna who was the precursor of EBM. His life and achievements may be viewed as a kind of warning showing the consequences of ignoring scientific evidence in everyday practice.

Keywords: evidence based management, evidence based medicine.

JEL: O15

* **Małgorzata Sidor-Rządkowska** – dr, Politechnika Warszawska, Wydział Zarządzania.

Adres do korespondencji: Politechnika Warszawska, Wydział Zarządzania, ul. Narbutta 85, 02-524 Warszawa; e-mail: m.sidor.rzadkowska@pw.edu.pl.

1. Wprowadzenie

Na jakiej podstawie powinny być podejmowane decyzje w obszarze zarządzania? Sven Kepes, Andrew A. Bennet, Michael A. McDaniel, odpowiadając na to pytanie, stwierdzają, iż menedżer powinien pracować według pięciostopniowego planu obejmującego następujące kroki (Kepes, Bennet i McDaniel, 2014; Grobelny, 2015):

1. Zadanie pytania skoncentrowanego na problemie.
2. Pozyskanie dowodów/danych empirycznych z badań naukowych związanych z problemem.
3. Ocena pozyskanych dowodów.
4. Opracowanie rozwiązania na podstawie pozyskanych dowodów i podjęcie działania.
5. Ocena efektywności rozwiązania i wprowadzenie ewentualnych korekt.

Przedstawiona powyżej odpowiedź to istota tzw. *evidence based management* – zarządzania opartego na dowodach. Podejście to bardzo powoli toruje sobie drogę w praktyce organizacyjnej. Wciąż zaskakująca duża liczba menedżerów woli opierać się na bliżej nieokreślonych przesłankach, określanych często mianem intuicji. Tendencja ta bywa szczególnie nasiloną w działaniach personalnych, gdzie słowa poety „czucie i wiara silniej mówi do mnie niż mędrca szkiełko i oko” bywają wręcz uznawane za kanon właściwego postępowania. Trudno nie zgodzić się ze stwierdzeniem, iż: „Jest coś niepokojącego w tym, że ludzie, którzy prawdopodobnie nigdy nie wsiedliby do samolotu zbudowanego na podstawie zasad fizyki intuicyjnej, często nie mają problemu, żeby decydować o losie innych jedynie dzięki intuicyjnej wiedzy na temat rekrutacji i selekcji” (Prokopowicz, 2016, s. 18).

Niechęć wielu menedżerów do *evidence based management* jest faktycznie niepokojąca, trudno ją jednak uznać za zjawisko zaskakujące. Koncepcja ta wywodzi się bezpośrednio z *evidence based medicine* (EBM), której wprowadzeniu towarzyszyły ogromne protesty środowiska lekarskiego. Wypowiedzi jego prominentnych przedstawicieli, iż podejście to godzi w sens zawodów medycznych były powszechne (a także obecnie nie należą do rzadkości). Nie zmienia to faktu, iż EBM staje się standardem w rzetelnym postępowaniu lekarskim, a prestiżowy „British Medical Journal” umieścił ją na liście najcenniejszych innowacji minionych 150 lat – obok wprowadzenia znieczulenia ogólnego, opracowania zasad higieny oraz wynalezienia antybiotyków (Szczeklik, 2008).

Truizmem jest stwierdzenie, że medycyna różni się od zarządzania, a obowiązki lekarza są odmienne od obowiązków menedżera. Elementem wspólnym pozostaje jednak konieczność podejmowania racjonalnych decyzji. Warto więc przeanalizować wzajemne związki między *evidence based medicine* a *evidence based management*. Może to dostarczyć wielu wskazówek służących upowszechnieniu zasad zarządzania opartego na dowodach we współczesnych organizacjach.

2. Kilka uwag terminologicznych

EBM to, jak wskazywano, angielski skrót na oznaczenie *evidence based medicine*. Andrzej Szczeklik (2008) zauważa, że przekłady na język polski, a także na francuski, włoski i inne nie do końca oddają istotę tego terminu. Słowo *evidence* tłumaczy się zwykle jako dowód, w przekładzie tym znika jednak element niepewności kryjący się w słowie angielskim, stanowiący istotę omawianego pojęcia. Obok „dowodu” pojawiają się więc inne sformułowania: medycyna oparta na faktach, medycyna oparta na przesłankach naukowych itp. Używanie tych sformułowań pogłębia jednak zasygnalizowane trudności, prowadząc do niekończących się dyskusji na temat wzajemnych relacji pojęć takich jak „dowód”, „przesłanka”, „fakt”. Na marginesie warto zauważyć, iż wydana rok temu, jedna z niewielu na polskim rynku książek poświęconych problematyce EBM zatytułowana została „Medycyna oparta na dowodach naukowych”. Takie sformułowanie wywołuje kolejne wątpliwości dające się sprowadzić do pytania: Czy istnieją dowody nienaukowe?

W odniesieniu do zarządzania problemy terminologiczne zdają się jeszcze większe. Do zasygnalizowanych powyżej trudności dochodzą jeszcze te dotyczące skrótu EBM. Akronim ten został niejako zarezerwowany dla medycyny – w odniesieniu do zarządzania stosowany bywa więc skrót EBMgt. Upowszechnia się on powoli, nie bez pewnych oporów. Autorka prezentowanego artykułu przeprowadziła anonimowy sondaż wśród stu dwudziestu słuchaczy studiów MBA (osób mających minimum trzyletni staż na stanowiskach menedżerskich). Sondaż ten wykazał, iż znacznej części menedżerów skrót EBMgt kojarzy się ze.... związkiem chemicznym. Ten nieco humorystyczny wynik staje się jednak niepokojący, gdy uświadomimy sobie, że za nieznaną koncepcją wspomnianego skrótu kryje się zazwyczaj także nieznaną koncepcję wśród osób mających już duże doświadczenie w dziedzinie zarządzania.

W prezentowanym artykule używane są (głównie ze względów stylistycznych) wszystkie formy omawianych wyrażeń, z wyraźną preferencją dla *evidence based medicine* oraz *evidence based management* jako najlepiej oddających istotę analizowanych pojęć.

3. *Evidence based medicine* jako zasada postępowania lekarskiego

Za ojca podejścia *evidence-based* uważa się Ignaca Semmelweisa, praktykującego w XIX wieku węgierskiego lekarza niemieckiego pochodzenia (Żurawski, Stryła i Szczepański, 2010; Radziwiłł, 2015). W latach czterdziestych XIX wieku skorelował on wysoką śmiertelność kobiet i niemowląt na oddziale położniczym z jednoczesną pracą lekarzy w prosektorium przy dokonywaniu sekcji zwłok. Na tej podstawie wysnuł wniosek, iż istnieje jakiś czynnik zakaźny przenoszony właśnie przez wspomnianą grupę lekarzy.

Wprowadził więc bezwzględny obowiązek dezynfekcji rąk przez wszystkie osoby wychodzące z prosektorium. To proste działanie sześciokrotnie zmniejszyło śmiertelność położową na kierowanym przez Semmelweisa oddziale (Radziwiłł, 2015).

I. Semmelweis urodził się w lipcu 1818 roku w Budzie na Węgrzech. W roku 1837 rozpoczął studia prawnicze w Wiedniu. Rok później został namówiony przez znajomych studentów medycyny do udziału w sekcji zwłok. Wywarło to na nim tak wielkie wrażenie, iż podjął decyzję o zmianie kierunku kształcenia. W roku 1844, w wieku 26 lat, Semmelweis uzyskał tytuł doktora medycyny, natomiast w roku 1845 – tytuł specjalisty chirurgii i położnictwa i rozpoczął pracę w klinice położniczej w Wiedniu. Była to wówczas największa na świecie placówka tego typu – rocznie przyjmowano około ośmiu tysięcy kobiet. Na oddziale I kształceni byli wyłącznie lekarze, natomiast na oddziale II – wyłącznie położne. Śmiertelność na pierwszym oddziale była wielokrotnie wyższa niż ta na oddziale drugim, sięgając w niektórych miesiącach 30%. Zwiększona śmiertelność dotyczyła również noworodków, w których stwierdzano, niezależnie od płci, objawy podobne do objawów obserwowanych u zmarłych kobiet (Żurawski, Stryła i Szczepański, 2010). Młody lekarz za wszelką cenę starał się znaleźć przyczynę tych tragedii. Samotnie analizował zarówno czynniki zewnętrzne, np. atmosferyczne, jak i czynniki wewnątrzszpitalne, takie jak m.in. wentylacja, rodzaj pościeli czy dieta położnic. Analizował także przypadki kobiet, u których objawy gorączki położowej praktycznie nie występowały. Były to kobiety po tzw. porodach ulicznych oraz kobiety zagrożone porodem przedwczesnym, które nie były objęte badaniami ginekologicznymi (Starczewska-Wojnar, 2016, s. 218). Momentem przełomowym dla prac Semmelweisa stała się śmierć (w wieku 44 lat) profesora medycyny sądowej Jakoba Kolletschki, który został przypadkowo ukłuty w palec nożem używanym wcześniej do sekcji zwłok. Semmelweis zauważył podobieństwa pomiędzy, jak wtedy określano, zatruciem „jadem trupim” a gorączką położową u kobiet i dzieci (Żurawski, Stryła i Szczepański, 2010). Skłoniło go to do wprowadzenia zasady dezynfekcji rąk.

Obserwacje Semmelweisa zostały przyjęte w ówczesnym środowisku medycznym z mieszaniną sceptycyzmu i oburzenia. Doświadczeni lekarze, w tym zwłaszcza profesorowie medycyny, na czele z bezpośrednim przełożonym Semmelweisa Johannem Kleinem, nie mogli pogodzić się z obowiązkiem odkażania rąk oraz twierdzeniem, iż ignorując ten obowiązek, stają się winni śmierci wielu położnic i dzieci. Ignac Semmelweis pracował niestrudzenie. W 1861 roku opublikował 600-stronicowe dzieło zatytułowane „Die Ätiologie, der Begriff und die Prophylaxe des Kindbettfiebers” (Etiologia, definicja i profilaktyka gorączki położowej). Książka ta została niemal całkowicie zignorowana przez ówczesny świat medyczny. Semmelweis nie umiał pogodzić się z faktem, iż szansa ocalenia tysięcy kobiet i dzieci pozostaje niewykorzystana. Targające nim uczucia gniewu i bezsilności znaj-

dowały wyraz w coraz bardziej gwałtownym zachowaniu. Zostało to uznane za objaw choroby psychicznej. W 1865 roku I. Semmelweis został przymocowany w zakładzie dla obłąkanych (Landes – Innen – Anstalt) w Wiedniu. Dwa tygodnie później zmarł w niewyjaśnionych okolicznościach w wieku 47 lat. Po śmierci został niemal całkowicie zapomniany (Żuławski, Stryła i Szczepański, 2010).

Termin *evidence based medicine* pojawił się dopiero pod koniec XX wieku na kanadyjskim Uniwersytecie McMastera w Hamilton. Obowiązki Dyrektora Programu Szkolenia Specjalistycznego z Chorób Wewnętrznych na tym uniwersytecie objął wówczas Gordon H. Guyatt. Jego najważniejszym celem, jak opisuje to w pierwszym rozdziale wydanej w Polsce książki „Podstawy EBM”, stało się wykształcenie u słuchaczy odpowiedniej postawy. Postawa ta polega na podejmowaniu każdej decyzji klinicznej na podstawie znajomości i zrozumienia piśmiennictwa medycznego (albo wiedzy, że danych naukowych na określony temat nie ma). Brzmi to zaskakująco, ale takie podejście wymagało poważnych zmian w programie kształcenia lekarzy. Gordon H. Guyatt (2008, s. 19) wspomina: „(...) zaproponowałem dla tego nowego podejścia określenie »medycyna naukowa«. Osoby już wcześniej wrogo nastawione były oburzone i zaniepokojone sugestią, że dotychczasowa ich praktyka była »nienaukowa«. Moja druga próba nazwania naszej filozofii praktykowania medycyny – *evidence based medicine* – okazała się chwytliwa”.

Akceptacja nazwy przez członków Wydziału Medycyny Wewnętrznej umożliwiła opracowanie materiałów dla lekarzy rozpoczynających rezydenturę. W materiałach tych (opublikowanych jesienią 1990 roku) zadebiutował termin EBM, a poświęcony mu fragment brzmiał następująco: „Rezydentów naucza się postawy »oświeconego sceptycyzmu« w odniesieniu do stosowania metod diagnostycznych, terapeutycznych i oceny rokowania w codziennym postępowaniu z pacjentami. Takie podejście nazywa się »*evidence-based medicine*« (...). Celem jest uświadomienie, na jakich danych naukowych opiera się czyjaś praktyka, na ile dane te są wiarygodne i jakie wnioski można z nich wyciągnąć. Stosowanie tej strategii wymaga jasnego sformułowania odpowiednich pytań, dokładnego przeszukania piśmiennictwa odnoszącego się do tych pytań, krytycznej oceny danych i możliwości ich odniesienia do określonej sytuacji klinicznej oraz wyważonego zastosowania wyciągniętych wniosków do rozwiązania problemu klinicznego” (Guyatt, 2008, s. 19).

4. Siedem (?) alternatyw dla podejścia *evidence based management*

W roku 1999 ukazał się głośny artykuł Davida Isaacs i Dominica Fitzgeralda zatytułowany „Seven alternatives to evidence based medicine”. Autorzy tego artykułu charakteryzują podejścia do uprawiania zawodu prezentowane przez lekarzy odrzucających zasady EBM. Te podejścia to *eminence based medicine*, *vehemence based medicine*, *eloquence based medicine*, *providence*

based medicine, diffidence based medicine, nervousness based medicine oraz *confidence based medicine*. Poniżej przedstawiono próbę dokonania podobnego zabiegu w stosunku do zarządzania, posługując się terminologią stosowaną przez Isaacs i Fitzgeralda.

Eminence based management – zarządzanie oparte na zasługach. Im menedżer bardziej zasłużony i wyżej stojący w hierarchii organizacyjnej, tym mniejszą wagę przypisuje czemuś tak banalnemu jak przesłanki naukowe. Wierzy wyłącznie we własne doświadczenie, które obiektywny obserwator skłonny byłby zdefiniować jako „powtarzanie tych samych błędów przez wiele lat z coraz większym przekonaniem”.

Vehemence based management – zarządzanie oparte na gwałtowności i porywczoci wypowiedzi. Bywa to bardzo skuteczna metoda niedopuszczania do głosu bardziej subtelnych współpracowników oraz przekonywania podwładnych o swych menedżerskich umiejętnościach.

Eloquence based management – zarządzanie oparte na elokwencji. Erudycji wypowiedzi towarzyszy zwykle dbałość o wygląd zewnętrzny – całoroczna opalenizna, ekskluzywny garnitur, krawat z najdroższego jedwabiu bywają bardzo skutecznymi substytutami przesłanek naukowych.

Providence based management – zarządzanie oparte na zrzędzeniach opatrności. Menedżerowie uprawiający ten styl kierowania zdają się sądzić, iż los zarówno firmy, jak i pracowników jest zdeterminowany wyrokami siły wyższej.

Diffidence based management – zarządzanie oparte na braku zaufania we własne siły. Menedżerowie tego rodzaju nie są zdolni do podejmowania decyzji. Paradoksalnie, bywa to lepsze niż rozpoczynanie działań jedynie po to, aby podnieść poziom samooceny.

Nervousness based management – zarządzanie oparte na strachu przed niepowodzeniem. Charakteryzuje się podejmowaniem całego szeregu zbędnych działań. Służą one zabezpieczeniu przed różnymi, zwykle wyimaginowanymi niebezpieczeństwami i stanowią rodzaj polisy ubezpieczeniowej mającej chronić własną pozycję zawodową.

Confidence based management – zarządzanie oparte na niezachwianej pewności siebie. Jak zauważają Isaacs i Fitzgerald (1999), w medycynie tendencję do takich zachowań przejawiają chirurdzy. W zarządzaniu trudno byłoby wskazać określoną specjalizację – wspomniana przypadłość dotyka menedżerów zajmujących się różnymi obszarami funkcjonalnymi, ze szczególnym uwzględnieniem osób znajdujących się na szczycie hierarchii organizacyjnej.

Przedstawioną koncepcję można byłoby łatwo rozbudowywać, dopisując do powyższej listy podejścia takie jak *emotion based management, intuition based management, self based management, change based management, randomness based management*. Powstałoby wówczas nie siedem, lecz dwanaście alternatyw. Na tym jednak możliwości się nie kończą – listę dałoby się poszerzać niemal w nieskończoność. Cel prezentowanej typologii jest jed-

nak zupełnie inny – chodzi o wskazanie, iż dla *evidence based management* nie istnieje żadna rozsądna alternatywa. Zarządzanie oparte na dowodach powinno stać się praktyką postępowania wszystkich osób zarządzających współczesnymi organizacjami.

5. Istota *evidence based management*

Zarządzanie oparte na dowodach (*evidence based management*, EBMgt) może zostać najkrócej określone jako „praktyka i filozofia zarządzania wynikająca z rozpoznania, że metoda naukowa oferuje wyjątkowe w porównaniu z innymi perspektywami poznawczymi narzędzia zrozumienia i przewidywania rzeczywistości, również organizacyjnej. Podejście to opiera się na trzech fundamentach, którymi są: myślenie krytyczne, wiedza naukowa oraz praktyka eksperymentalna” (Prokopowicz, 2016, s. 43–44). Przyjrzyjmy się tym zagadnieniom nieco bliżej:

Myślenie krytyczne. Kluczowa jest tutaj weryfikacja stosowanych oraz zamierzonych działań organizacyjnych pod kątem ich trafności, rzetelności i użyteczności. Wymaga to (oprócz znajomości wymienionych pojęć) umiejętności oparcia się chęci stosowania nasuwających się, intuicyjnych rozwiązań czy też automatycznego wykorzystania metod, które sprawdziły się w innych przedsiębiorstwach. Takie podejście pozwala właściwie badać kluczową dla praktyki zarządzania kategorię – efektywność osób i organizacji. Zauważmy przy okazji, że wymaga to jednoznacznego określenia jaka efektywność – zadaniowa, kontekstualna czy kontrproduktywna – ma być przedmiotem badania (Prokopowicz, 2016).

Wiedza naukowa. Postulat oparcia decyzji menedżerskich na wiedzy naukowej pociąga za sobą pytanie: Jakiego rodzaju badania naukowe uważane są za najbardziej rzetelne i wiarygodne? Próba odpowiedzi na to pytanie oznacza konieczność wskazania hierarchii dowodów. Na szczycie tej hierarchii znajdują się metaanalizy – oparte na metodach statystycznych analizy wieloletnich badań poświęconych określonemu zagadnieniu. Dół tej hierarchii stanowią opinie osób mających jednostkowe doświadczenia w danym obszarze. Opinie takie są zwykle interesujące, jednak mało wartościowe. Z tego, że ktoś podjął kiedyś dobrą decyzję, np. w obszarze rekrutacji, pytając kandydata o przedmioty niezbędne do przetrwania na bezludnej wyspie, nie wynika bowiem, że kwestia ta powinna być poruszana w trakcie każdego wywiadu selekcyjnego.

Praktyka eksperymentalna. Tak jak nie istnieje „uśredniony” pacjent, tak nie istnieje „uśredniona” organizacja. W podejściu *evidence based* każde przedsiębiorstwo traktowane jest jako nieukończony prototyp, a najbardziej nawet rekomendowane rozwiązania są kwestionowane, jeżeli nie odpowiadają specyfice firmy. Oznacza to konieczność krytycznego spojrzenia także na benchmarking. Naśladowanie najlepszych praktyk uważane jest powszechnie za kanon postępowania menedżerskiego. Problem polega na tym, że czę-

sto przybiera ono formę przypadkową i bezrefleksyjną. Podejście *evidence based* wymaga natomiast, aby przed wdrożeniem benchmarkingu zadać sobie następujące pytania (Pfeffer i Sutton, 2008):

- Czy istnieją mocne logiczne przesłanki wskazujące na to, że o sukcesie firmy, na której chcemy się wzorować, przesądziła praktyka, którą zamierzamy skopiować?
- Czy uwarunkowania wewnętrzne naszej firmy (strategia, zatrudniony personel, struktura organizacyjna, lokalizacja itp.) są zbliżone do uwarunkowań firmy, którą chcemy naśladować? Jeżeli nie, to czy i w jaki sposób zamierzamy zmodyfikować przejmowane rozwiązania?
- Co powoduje, że dana praktyka wpływa na poprawę wyników? Jaki jest logiczny związek pomiędzy tą praktyką a osiąganymi rezultatami?
- Jakie są minusy wdrożenia danej praktyki, nawet jeśli z przeprowadzonych analiz wynika, iż jej naśladowanie będzie właściwą decyzją?

Szczególnie ważne jest ostatnie z wymienionych pytań. Zarządzanie oparte na dowodach nie pozostawia miejsca na jedynie słuszne rozwiązania. Tak jak każde, najlepsze nawet lekarstwo ma skutki uboczne, tak każde wdrożenie nowych procedur, metod i narzędzi zarządzania pociąga za sobą określone zagrożenia. Trzeba je starannie przeanalizować, pamiętając o zasadzie *primum non nocere* od wieków towarzyszącej rzetelnemu postępowaniu lekarskiemu. Warto przy okazji zauważyć, iż traktowanie jej dosłownie sparaliżowałoby wszelkie działania. Zasada ta stanowi postulat, aby działanie podejmować jedynie wówczas, gdy oczekiwane korzyści przeważają nad zagrożeniami.

6. Jak sprawić, aby menedżerowie stosowali *evidence based management* w praktyce?

Doświadczenia związane z wdrożeniem *evidence based medicine* wykazują, iż akceptacja słuszności działań opartych na dowodach nie wystarcza do ich podjęcia. Konieczne jest wdrożenie szeregu inicjatyw ułatwiających menedżerom stosowanie zasad EBMgt w praktyce. Wśród najważniejszych wskazać należy trzy.

Pomoc w dostępie do informacji. Problem stanowi przy tym nie niedobór, lecz nadmiar informacji. Danych jest zbyt wiele – najlepszy nawet specjalista nie jest w stanie przeanalizować ich samodzielnie. I tak na przykład „tylko w medycynie ogólnej pojawia się na świecie średnio 19 artykułów dziennie (przez 365 dni w roku!), podczas gdy przeciętny lekarz może sobie pozwolić na niewiele więcej niż godzinę tygodniowo na ich przyswajanie” (Radziwiłł, 2015, s. 119).

Środowisko lekarskie przywiązuje więc dużą wagę do opracowania strukturalnych streszczeń badań pierwotnych i wtórnych wybranych ze względu na prawidłową metodologię i przydatność kliniczną. Ze streszczeń tych można korzystać na bieżąco, aby śledzić wyniki ukazujących się badań. Można

także przeszukiwać bazę danych zawierających te streszczenia w celu znalezienia odpowiedzi na konkretne pytania. Przykładem takiej bazy danych jest Medycyna Praktyczna (streszczenia.mp.pl) obejmująca prezentowane w języku polskim aktualne zagadnienia z większości dziedzin medycyny. Dostęp do bazy jest bezpłatny.

Opracowanie podobnej bazy w odniesieniu do zagadnień dotyczących zarządzania wydaje się bardzo potrzebne. Jej funkcjonowanie umożliwiłoby menedżerowi szybkie znalezienie wiarygodnych danych dotyczących nurtującego go problemu, zdecydowanie zwiększając prawdopodobieństwo, iż ostateczna decyzja podjęta zostanie zgodnie z zasadami *evidence based management*.

Przełamywanie niechęci menedżerów do korzystania z fachowej literatury. Przyczyn tej niechęci jest wiele. Wśród najistotniejszych warto wymienić:

- Sposób kształcenia menedżerów. Wykorzystywanie metod naukowych w pracy zawodowej nie stanowi, niestety, powszechnego elementu edukacji menedżerskiej. Zjawisko to występuje nawet w programach studiów MBA. Najczęściej stosowaną metodą dydaktyczną są tutaj studia przypadków. Ich omawianie odbywa się zwykle w sposób „lekki, łatwy i przyjemny”, rzadko towarzyszą mu chociażby pytania typu: „Na ile można uogólniać wnioski płynące z danego case’u?”, „Czy decyzje dotyczące sposobu postępowania w opisanej sytuacji byłyby takie same, gdyby zmieniły się niektóre parametry?”. Koncepcja *evidence based management* ma naprawdę małą siłę przebicia w sytuacji, gdy wymaganie znajomości najważniejszych pozycji literatury przedmiotu czy wprowadzenie chociażby podstaw wnioskowania statystycznego spotyka się z żywą niechęcią nie tylko słuchaczy, ale także osób odpowiadających za realizację programu.
- Fakt, iż większość artykułów w czołowych czasopismach to prace nauczycieli akademickich tworzone dla innych nauczycieli akademickich. A.R. Brinner i D. Rosseau (za: Grobelny, 2015), analizując to zjawisko w odniesieniu do artykułów z obszaru psychologii zarządzania, wskazują, iż odsetek autorów, którzy publikowali prace z tej dziedziny i równocześnie byli praktykami spadł w ciągu ostatnich dwudziestu lat z 36% do 4%. Jak zauważa Jarosław Grobelny (2015): „Za odcinanie się tych dwóch środowisk obwiniać można politykę czasopism, niechętnych wobec autorów spoza społeczności akademickiej, politykę przedsiębiorstw, przeciwnych dzieleniu się swoimi danymi w ogólnodostępnych źródłach, czy wreszcie problemy we współpracy między dwiema omawianymi społecznościami, np. brak pytań ze strony biznesu do ośrodków naukowych na temat napotykaných problemów zarządzanych”.

Warto zauważyć, że środowisko lekarskie poradziło sobie z tym problemem – ogromna większość tekstów zamieszczonych w naukowych czasopismach medycznych to artykuły pisane przez lekarzy dla lekarzy.

Redakcje czasopism z obszaru zarządzania są zwykle niechętne wobec artykułów opracowywanych w sposób dostępny dla przeciętnego menedżera. W wielu z nich „naukowy” oznacza „pisany trudnym językiem”. To z jednej strony zniechęca praktyków do lektury, zaś z drugiej strony powoduje, iż tylko nieliczne osoby pełniące funkcje kierownicze czują się na siłach sprostać wyzwaniu, jakim jest napisanie artykułu dla naukowego czasopisma z dziedziny zarządzania.

Zerwanie z wiarą w magiczną moc doświadczenia. Przekonanie, iż każdy kolejny rok zatrudnienia na stanowisku kierowniczym zwiększa kompetencje menedżerskie bywa powszechne. Gdy obserwuje się sposób działania zawansowanych stażem menedżerów, na myśl niekiedy przychodzą słowa: „Niektórzy popełniają przez dwadzieścia lat te same błędy i nazywają to doświadczeniem zawodowym”. Nawet gdy skutki nie są tak dramatyczne, powielanie wypracowanych przez lata sposobów działania zwykle nie jest zjawiskiem korzystnym. Może grozić rutyną, wypaleniem zawodowym, schematycznym podejściem do ludzi i zadań.

Doświadczeni menedżerowie mają też skłonność do przenoszenia sposobów działania, które sprawdziły się w jednej organizacji, do kolejnego miejsca swej pracy. Prowadzi to do absurdalnych sytuacji. Jedną z nich opisują Jeffrey Pfeffer i Robert J. Sutton (2008). Przykład dotyczy małej firmy produkującej oprogramowanie komputerowe. Zatrudniony w niej przewodniczący komisji ds. wynagrodzeń zalecił stosowanie rozwiązań płacowych, z których korzystał w swoim poprzednim miejscu pracy. Fakt, iż jego poprzednia i obecna firma różniły się zdecydowanie pod względem wielkości, rodzaju sprzedawanego oprogramowania, kanałów dystrybucji oraz rynków docelowych, zdawał się nie przeszkadzać ani jemu, ani pozostałym członkom komisji. Zgodzić się należy z poglądem wyrażonym przez wspomnianych autorów, iż jedną z przyczyn niechęci doświadczonych menedżerów wobec zarządzania opartego na dowodach jest obawa, że podejście to osłabi ich władzę i prestiż. Można w tym miejscu przytoczyć uwagę wygłoszoną przez Jamesa Barksdale w czasach, gdy był prezesem firmy Netscape: „Jeśli decyzja ma opierać się na faktach, to wszystkie przedstawione fakty – o ile odnoszą się do meritum sprawy – liczą się w równym stopniu. Jeśli decyzja ma opierać się na opiniach, to moja opinia liczy się o wiele bardziej niż inne”.

Komentując te słowa, Jeffrey i Sutton (2008) piszą: „(...) fakty i dowody są wielkimi »niwelatorami« hierarchii. Poleganie na sprawdzonych, a zatem udowodnionych, praktykach zmienia układ sił, dane liczą się bardziej niż formalne zwierzchnictwo, reputacja i intuicja. Oznacza to, że liderzy zajmujący wysokie stanowiska (...) mogą w pewnej mierze utracić swój dotychczasowy status, gdyż ich intuicja będzie musiała ustąpić miejsca, przynajmniej od czasu do czasu, sądom odwołującym się do danych dostępnych dla każdego wykształconego pracownika. Wniosek płynie z tego taki: liderzy

muszą dokonać fundamentalnego wyboru, czy chcą, by zawsze przyznawać im rację, czy wolą przewodzić organizacjom, które rzeczywiście osiągają dobre wyniki”.

7. Evidence based management – panaceum na problemy zarządzania?

Czy perfekcyjne opanowanie zasad EBMgt zagwarantuje menedżerom podejmowanie wyłącznie trafnych decyzji? Oczywiście nie, podobnie jak rozpowszechnianie zasad *evidence based medicine* nie wyeliminowało błędów w medycynie. Na przykład, mimo opracowania tysięcy opartych na EBM wskazań, wytycznych, przewodników i standardów, odsetek błędów diagnostycznych w szpitalnych izbach przyjęć waha się w zależności od specjalizacji od 2% do 12%. Główną przyczyną tych błędów są błędy kognitywne (błędy metodologii myślenia lekarskiego) (Budziński i Rachoń, 2015).

Jacek Mrukowicz, lekarz pediatra, dyrektor Polskiego Instytutu Evidence Based Medicine w Krakowie, pisze: „Fakt, iż słowo *evidence* (dane, przesłanki, dowody) jest eksponowane w nazwie EBM, nie oznacza, że dowody (*evidence*) wystarczają do podjęcia decyzji. Nawet najbardziej wiarygodne dowody nigdy nie »podejmą« decyzji za lekarza, stanowią one jednak niezbędny element w tym procesie. Ignorowanie wiarygodnych dowodów może spowodować opóźnienie wprowadzenia do praktyki skutecznych metod rozpoznawania lub leczenia chorób, albo stosowanie metod nieprzynoszących korzyści lub wręcz szkodliwych” (Mrukowicz, 2015, s. 39).

Wystarczy zastąpić słowo „lekarz” słowem „menedżer”, a pojęcie „choroba” pojęciem „problem” aby otrzymać zasadę, która powinna stać się fundamentem postępowania osób zarządzających organizacjami.

Traktowanie *evidence based management* jako „złotego środka” na problemy zarządzania byłby błędem podobnym do tego, jaki w ostatnich 10–15 latach popełniła część środowiska lekarskiego. Na fali entuzjazmu wobec EBM pojawiła się tendencja opracowywania schematów postępowania jako jedynych wyznaczników postępowania lekarza. Takie działanie może prowadzić do skutków odwrotnych od zamierzonych – pogorszenia jakości opieki medycznej. Niebezpieczeństwo to zostało dostrzeżone; powstała nawet grupa „odrodzeniowa” (Evidence Based Medicine Renaissance Group), która stawia sobie zadanie zapobiegania wynaturzeniom idei EBM (Szamotulska, 2015, s. 76).

Postulowanie utworzenia Evidence Management Renaissance Group byłoby działaniem co najmniej przedwczesnym. Warto jednak pamiętać, iż mody w zarządzaniu rozpowszechniają się wyjątkowo szybko – być może już niebawem czeka nas „moda na dowody” i związane z nią niebezpieczeństwo wypaczenia idei EBMgt; trzeba w tej kwestii zachować daleko idącą ostrożność.

8. Podsumowanie

Wdrażając *evidence based management*, warto odwoływać się do innych dyscyplin, w tym zwłaszcza do historycznych i współczesnych źródeł praktyki lekarskiej. Szczególnie poruszającym przykładem jest opisywana w prezentowanym artykule historia Ignaca Semmelweisa, człowieka nazywanego ojcem współczesnej antyseptyki. Za życia uparte dążenie Semmelweisa do prawdy wzbudzało skrajnie niechętnie reakcje otoczenia. Louis Ferdinand Céline tak opisuje wspomniane reakcje: „Dookoła jego nazwiska huczy nienawistna fala. Słowa, które się wypowiada na określenie jego postawy, nie osłaniają już zupełnie nienawiści, jaką wzbudza. (...) ci oficjalni uczeni nie byli tylko głupi. Byli jednocześnie zakłamanymi i hałaśliwymi, a przede wszystkim bestialcami i źli. Źli dla Semmelweisa, którego zdrowie załamało się wśród tych niewiarygodnych cierpień. Odtąd nie mógł się pokazać w szpitalu, nie będąc obrzuconym obelgami (...). Nigdy jeszcze sumienie ludzkie nie okryło się bardziej bezwzględna hańbą, nie upadło niżej, jak w czasie tych miesięcy 1846 roku w nienawiści do Semmelweisa” (za: Bela, 2016, s. 234).

Dzieje życia wybitnego badacza, który zmarł tragicznie w wieku 47 lat, dwa tygodnie po zamknięciu w szpitalu psychiatrycznym, powinny być znane nie tylko każdemu pracownikowi służby zdrowia, lecz wszystkim zainteresowanym rozwojem nauki. Z perspektywy czasu fakt, iż argumenty logiczne i statystyczne podawane przez I. Semmelweisa okazały się niewystarczające do wprowadzenia prostych zasad, które uchroniłyby od śmierci setki tysięcy osób, wydaje się wręcz niewiarygodny. Trudno jednak uciec od pytania: „Czy w XXI wieku, w którym zagrożenie zakażeniami jatrogennymi jest nadal bardzo wysokie, jednoznaczne argumenty logiczne i statystyczne okazałyby się wystarczające do zmian procedur medycznych, jeśli by czynnik biologiczny pozostał nadal niepoznany?” (Żurawski, Stryła i Szczepański, 2010).

Warto również podkreślić, iż medycyna uczy nie tylko sposobu wprowadzania praktyki opartej na dowodach, ale także – co może najistotniejsze – pokory wobec tego podejścia. Ograniczenia diagnostyczne, choroby rzadkie, nietypowa reakcja pacjenta na rutynowe leczenie – to tylko kilka przykładów sytuacji, w których doświadczenie indywidualnego lekarza może okazać się cenniejsze niż rekomendacje wynikające z tysięcy wzorcowo przeprowadzonych eksperymentów. Czy oznacza to, że można ignorować ich znaczenie? Oczywiście nie, odstępstwo od zasad wypracowanych przez naukę powinno być bowiem zawsze wynikiem świadomej decyzji, a nie ignorancji. Zasada ta dotyczy w równej mierze medycyny, jak i zarządzania.

Bibliografia

- Bela, Z. (2016). Życie i dzieło F. I. Semmelweisa w ujęciu L.F. Céline. W: W. Korpalska i W. Ślusarczyk (red.), *Czystość i brud. Higiena w XIX wieku. Wokół przełomu bakteriologicznego*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Collegium Medicum im. L. Rydygiera.

- Budziński, R. (red.). (2005). *Medycyna oparta na dowodach naukowych. EBM – evidence based medicine*. Pelplin: Wydawnictwo Bernardinum.
- Budziński, R. i Rachoń, N. (2015). Modele myślenia i wnioskowania lekarskiego. W: R. Budziński (red.), *Medycyna oparta na dowodach naukowych. EBM-Evidence Based Medicine* (s. 13–36). Pelplin: Wydawnictwo Bernardinum.
- Chirkowska-Smolak, T. i Grobelny, J. (2014). Wykorzystanie metod doboru personelu oraz przekonania profesjonalistów na temat ich wartości prognostycznej. *Zarządzanie Zasobami Ludzkimi*, (1), 125–142.
- Gajewski, P., Jaeschke, R. i Brożek, J. (red.). (2008). *Podstawy EBM czyli medycyny opartej na danych naukowych dla lekarzy i studentów medycyny*. Kraków: Medycyna Praktyczna.
- Gould, I.M. (2010). Alexander Gordon, Puerperal Sepsis, and Modern Theories of Infection Control – Semmelweis in Perspective. *Lancet Infect Dis*, (10), 275–278.
- Grobelny, J. (2015). Zarządzanie oparte na dowodach – opis założeń i zastosowanie w procesach zarządzania zasobami ludzkimi. *Ekonomia i Zarządzanie*, 19(3), 9–17.
- Grol, R. i Grimshaw, J. (2003). From Best Evidence to Best Practice: Effective Implementation of Change in Patients' Care. *The Lancet*, 362(11), 1225–1230.
- Guyatt, G.H. (2008). Historia EBM. W: P. Gajewski, R. Jaeschke i J. Brożek (red.), *Podstawy EBM czyli medycyny opartej na danych naukowych dla lekarzy i studentów medycyny* (s. 17–23). Kraków: Medycyna Praktyczna.
- Ingram, T. (2006). Nauka dla praktyki rekrutacji i selekcji. *Zarządzanie Zasobami Ludzkimi*, (2), 9–21.
- Isaacs, D. i Fitzgerald, D. (1999). Seven Alternatives to Evidence Based Medicine. *British Medical Journal*, 319, 18–25.
- Kepes, S., Bennet, A. i McDaniel, M. (2014). Evidence-Based Management and the Trustworthiness of Our Cumulative Scientific Knowledge. *Academy of Management Learning & Education*, 13, 446–466.
- Korpalska, W. i Ślusarczyk, W. (red.) (2016). *Czystość i brud. Higiena w XIX wieku. Wokół przełomu bakteriologicznego*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Collegium Medicum im. L. Rydygiera.
- Lane, H.J., Blum, N. i Fee, E. (2010). Oliver Wendell Holmes (1809–1894) and Ignaz Philip Semmelweis (1818–1865). Preventing the Transmission of Puerperal Fever. *Am. J. Public Health*, 100(6), 1008–1009.
- La Rochele, P. i Julien, A.-S. (2013). How Dramatic Were the Effects of Handwashing on Maternal Mortality Observed by Ignaz Semmelweis? *J R Soc Med.*, 106(11), 459–460.
- Mrukowicz, J. (2015). Podstawy evidence based medicine (EBM), czyli o sztuce podejmowania trafnych decyzji w opiece nad pacjentami. W: R. Budziński (red.), *Medycyna oparta na dowodach naukowych. EBM-Evidence Based Medicine* (s. 37–66). Pelplin: Wydawnictwo Bernardinum.
- Pfeffer, J. i Sutton, R. (2006). *Hard Facts, Dangerous Half Truths and Total Nonsense: Profiting from Evidence-based Management*. Boston: Harvard Business School Press.
- Pfeffer, J. i Sutton, R. (2008). Zarządzanie oparte na dowodach. *Harvard Business Review Polska*, (9), 79–94.
- Prokopowicz, P. (2016). *Rekrutacja i selekcja oparta na dowodach. 33 zasady skutecznego naboru pracowników*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Radziwiłł, K. (2015). Medycyna oparta na faktach – integracja indywidualnej wiedzy i umiejętności klinicznych z najlepszymi dowodami zewnętrznymi. W: R. Budziński (red.), *Medycyna oparta na dowodach naukowych. EBM-Evidence Based Medicine* (s. 115–128). Pelplin: Wydawnictwo Bernardinum.
- Rousseau, D. (2006). Is There Such a Thing as „Evidence-Based Management”? *Academy of Management Review*, 31, 256–269.
- Rousseau, D.M. (2012). *Envisioning Evidence-Based Management*. Oxford: Oxford University Press.

- Rousseau, D.M. i Barends, E.G.R. (2011). Becoming an Evidence-Based HR Practitioner. *Human Resource Management Journal*, 21(3), 221–235.
- Shaw, L. i Shaw, R.A. (2016). The Pre-Anschluss Vienna School of Medicine – The Surgeons: Ignaz Semmelweis (1818–865), Theodor Billroth (1829–1894) and Robert Bárány (1876–1936). *Journal of Medical Biography*, 24(1), 11–22.
- Starczewska-Wojnar, A. (2016). Wdrożenie odkryć antyseptyki w walce z gorączką połogową w rejencji opolskiej w XIX wieku. W: W. Korpalska i W. Ślusarczyk (red.), *Czystość i brud. Higiena w XIX wieku. Wokół przełomu bakteriologicznego*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Collegium Medicum im. L. Rydygiera.
- Szamotulska, K. (2015). Evidence Based Medicine jako paradygmat prawdy naukowej w medycynie praktycznej. W: R. Budziński (red.), *Medycyna oparta na dowodach naukowych. EBM-Evidence Based Medicine* (s. 67–80). Pelplin: Wydawnictwo Bernardinum.
- Szczeklik, A. (2008). Przedmowa. W: P. Gajewski, R. Jaeschke i J. Brożek (red.), *Podstawy EBM czyli medycyny opartej na danych naukowych dla lekarzy i studentów medycyny* (s. 11–12). Kraków: Medycyna Praktyczna.
- Żurawski, P., Stryła, W. i Szczepański, P. (2010). Ignac Semmelweis (1818–1865) – pro memoria. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 91(2), 173–177.