



Uniwersytet Łódzki
Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny

mgr Michał Banaś

**EFEKTYWNOŚĆ PRACY LEKARZY I PIELEŃNIAREK
W SZPITALACH WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO
W PERSPEKTYWIE STARZEJĄCEGO SIĘ SPOŁECZEŃSTWA
ORAZ
SYTUACJI EPIDEMICZNEJ COVID-19**

Rozprawa doktorska

Rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem
Promotora: dr hab. Izabeli Warwas, prof. UŁ
Promotora pomocniczego: dra n. med. Tomasza Karkowskiego

Łódź, 2022

Spis treści

Wstęp	6
ROZDZIAŁ 1 Zmiany struktury demograficznej w Polsce oraz zagrożenie starzenia się społeczeństwa	17
1.1. Struktura demograficzna Polski	17
1.2. Struktura demograficzna województwa łódzkiego	26
1.3. Perspektywa starzejącego się społeczeństwa w świetle prognoz demograficznych.....	31
1.4. Starość i starzenie się jako kategoria interdyscyplinarna	35
1.5. Stan zdrowia osób starszych w Polsce	42
1.6. Leczenie osób starszych, opieka geriatryczna w Polsce.....	51
ROZDZIAŁ 2 Specyfika zawodów medycznych ze szczególnym uwzględnieniem zawodu lekarza i pielęgniarki	63
2.1. Charakterystyka przedstawicieli zawodów medycznych	63
2.2. Uwarunkowania zawodu lekarza	72
2.3. Uwarunkowania zawodu pielęgniarki i położnej.....	80
2.4. Kadra lekarska w polskim systemie ochrony zdrowia	89
2.5. Kadra pielęgniarska w polskim systemie ochrony zdrowia.....	95
ROZDZIAŁ 3 Efektywność pracy i jej uwarunkowania w sektorze ochrony zdrowia	101
3.1. Uwarunkowania efektywności zarządzania w podmiotach leczniczych.....	101
3.2. Efektywność – próba zdefiniowania pojęcia	108
3.3. Efektywność pracy	119
3.4. Efektywność w ochronie zdrowia	124
ROZDZIAŁ 4 Efektywność pracy lekarzy i pielęgniarek w dobie epidemii SARS-CoV-2 a opieka zdrowotna osób starszych	134
4.1. Epidemia koronawirusa SARS-CoV-2 zagrożeniem dla systemu ochrony zdrowia w Polsce	134
4.2. Ograniczenie w dostępności do usług medycznych dla osób starszych spowodowane wprowadzeniem stanu epidemii.....	139
4.3. Telemedycyna – narzędzie wsparcia w okresie ograniczania dostępności do świadczeń zdrowotnych.....	145

4.4. Zagrożenie niedoborami kadrowymi wśród lekarzy i pielęgniarek w leczeniu osób starszych w dobie epidemii.....	151
4.5. Aktualna sytuacja związana z epidemią COVID-19	157
ROZDZIAŁ 5 Poszukiwanie źródeł efektywności pracy w wymiarze ilościowym	159
5.1. Triangulacja metod, technik badawczych oraz źródeł danych	159
5.2. Realizacja badań ilościowych	161
5.3. Badania ilościowe skierowane do kadry pielęgniarskiej.....	164
5.3.1. Ogólna charakterystyka badanej zbiorowości.....	164
5.3.2. Czynniki wpływające na pracę pielęgniarek i jej efektywność w trakcie epidemii COVID-19.....	166
5.3.3. Ocena sytuacji w systemie ochrony zdrowia	170
5.4. Ocena efektywności i warunków pracy.....	176
5.4.1. Ocena czynników efektywności (kwestionariusz de Waala).....	176
5.4.2. Ocena czynników efektywności własnej pracy.....	179
5.4.3. Stres i wsparcie w pracy	182
5.4.4. Satysfakcja z pracy (kwestionariusz MSQ).....	183
5.5. Czynniki wpływające na opinie na temat efektywności pracy	184
5.5.1. Płeć a opinie ankietowanych osób na temat efektywności.....	186
5.5.2. Wiek a opinie ankietowanych osób na temat efektywności	187
5.5.3. Wykształcenie a opinie ankietowanych osób na temat efektywności	189
5.5.4. Staż pracy a opinie ankietowanych osób na temat efektywności.....	191
5.6. Ocena efektywności i satysfakcja z pracy – ocena relacji.....	194
5.6.1. Efektywność indywidualna a efektywność organizacji.....	194
5.6.2. Synonimy efektywności a ocena efektywności organizacji i indywidualnej.....	195
5.6.3. Opinie na temat efektywności a satysfakcja z pracy	197
ROZDZIAŁ 6 Badania jakościowe wśród przedstawicieli kadry lekarskiej	201
6.1. Istota i znaczenie badań jakościowych.....	201
6.2. Badanie jakościowe – perspektywa efektywności pracy kadry lekarskiej	205
6.2.1. Codzienna praca. Ogólna sytuacja w systemie ochrony zdrowia oraz dostępność kadr medycznych w Polsce.....	206
6.2.2. Ocena motywacji i satysfakcji w życiu zawodowym.....	211
6.2.3. Efektywność pracy w szpitalu z perspektywy kadry lekarskiej.....	215

6.2.4. Wpływ stresu na efektywność pracy	221
6.2.5. Proponowane działania mające na celu wzrost efektywności pracy	225
6.2.6. Wpływ epidemii COVID-19 na kadreę lekarską	226
Zakończenie.....	232
Bibliografia.....	252
Akty prawne.....	277
Spis schematów.....	282
Spis wykresów	282
Spis tabel.....	284
Załącznik nr 1.....	289
Załącznik nr 2.....	298
Karta nr 1	301
Karta nr 2.....	302
Karta nr 3	303
Karta nr 4.....	305

Indeks skrótów

ADL - Activities of Daily Living
AOS - Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna
CAPI - Computer Assisted Web Interview
CBOS - Centrum Badania Opinii Społecznej
CKPPIP - Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych
COG - Całościowa Ocena Geriatryczna
EHIS - Europejska Ankieta Badania Zdrowia
EUROSTAT - Urząd Statystyczny Unii Europejskiej
GUS - Główny Urząd Statystyczny
HIWS - High involvement work system
HPWS - High performance work system
HR - Human resources
IADL - Instrumental Activities of Daily Living
ICD10 - Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób (International Classification of Diseases)
IDI - Individual In-depth Interview
KRN - Krajowy Rejestr Nowotworów
LE - Life Expectancy
LEK - Lekarski Egzamin Państwowy
MoCA - Montreal Cognitive Assessment
MSQ - Minnesota Satisfaction Questionnaire
MZ - Ministerstwo Zdrowia
NFZ - Narodowy Fundusz Zdrowia
NIL - Naczelna Izba Lekarska
NIPiP - Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych
NIZP - Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego
OECD - Organisation for Economic Cooperation and Development
OIL - Okręgowa Izba Lekarska
ONZ - Organizacja Narodów Zjednoczonych
PAPI - Paper nad Pencil Interview
PES - Państwowy Egzamin Specjalizacyjny
PKB - Produkt Krajowy Brutto
POZ - Podstawowa Opieka Zdrowotna
PZH - Państwowy Zakład Higieny
ŚOI - Środki ochrony osobistej
UE - Unia Europejska
WHO - Światowa Organizacja Zdrowia
ZEP - Zarządzanie efektywnością pracy
ZZL - Zarządzanie zasobami ludzkimi

Wstęp

Aby podkreślić jak istotnym elementem życia każdego człowieka jest zdrowie, można by przywołać słowa Leonarda da Vinci, włoskiego renesansowego artysty i uczonego, który twierdził, że: „Doktorzy, którzy zajmują się chorymi, powinni koniecznie zrozumieć, czym jest człowiek, czym jest życie i czym jest zdrowie, i w jaki sposób równowaga i harmonia tych elementów je podtrzymuje” (Krajewska-Kułak, 2015). Faktem jest, że ludzkie życie wydłużyło się dzięki poprawie warunków życia, zmianie nawyków oraz dynamicznemu postępowi w medycynie (Wieczorkowska, 2013). Wydłużenie liczby lat życia rodzi jednak nowe wyzwania wymagające spojrzenia z multidyscyplinarnej perspektywy (Alcañiz, Solé-Auró, 2018). Istotne jest, że kompleksowo zorganizowany system ochrony zdrowia jako dobro ogólnospołeczne to jeden z głównych obowiązków państwa mający na celu zachowanie odpowiedniego poziomu zdrowia społeczeństwa (Latawiec, 2021). Zdrowie społeczne powinno być również interpretowane poza kontekstem medycznym. O stanie zdrowia populacji w ok. 55% decydują czynniki genetyczne, zachowania ludzkie, uwarunkowania środowiskowe czy społeczno-ekonomiczne (Cianciara, 2018). Zdrowie zależy od kwestii środowiskowych (związanych ze zmianami klimatu i energii, zrównoważonego transportu, zrównoważonej produkcji i konsumpcji, zarządzania zasobami naturalnymi), ekonomicznych (np. zamożność społeczeństwa, bezrobocie) oraz społecznych (np. czynniki demograficzne, włączenie społeczne) (Mazur-Wierzbicka, 2017). Należy ponadto przyjąć, że zdrowie i jego ochrona stanowią zagadnienia aktualne, wymagające permanentnych studiów i badań (Tyagi, Singh, 2019). Tworzą one przedmiot zainteresowania wielu nauk, m.in. medycyny, ekonomii, socjologii, psychologii, demografii czy prawa.

Poziom zdrowia obywateli należy interpretować wielowymiarowo, uwzględniając również zmiany demograficzne. Starzenie się społeczeństw stanowi współcześnie jeden z kluczowych wyznaczników polityki ekonomicznej i społecznej (Wiktorowicz, 2016) i jest ogromnym wyzwaniem (Warwas, 2019). Właśnie w okresie starości często występuje wielochorobowość, wielolekowość oraz zwiększenie ryzyka chorób przewlekłych wraz z osłabieniem funkcji poznawczych (Rechel, Doyle, Grundy, McKee, 2009). Wielochorobowość stawia coraz poważniejsze wyzwania dla opiekunów nieformalnych, polityki senioralnej, ale i globalnie dla całego systemu opieki zdrowotnej

(Słabiak, 2021). Ta złożona sytuacja kliniczna osób starszych wymaga podjęcia działań holistycznych (Rubenstein, Josephson, Wieland, 1984), gdyż osoby starsze charakteryzuje obszerny zakres oraz intensywność potrzeb zdrowotnych (Adamczyk, 2017). Problemy zdrowotne w szerszej skali dotyczą bowiem osób starszych¹ i dlatego należy je rozpatrywać w kontekście demograficznym całego kraju. Z danych zaprezentowanych w rozdziale pierwszym wynika, że ludność Polski dynamicznie się starzeje. Perspektywa demograficzna naszego kraju należy do jednej z gorszych w porównaniu do krajów Unii Europejskiej (UE) (Hrynkiewicz, Potrykowska, 2016). W 1990 roku liczba osób w wieku 60/65 lat wynosiła ponad 4 884 tys. W ciągu kolejnego ćwierćwiecza wartość ta wzrosła do poziomu 8 540,5 tys. (GUS, 2021). Uwidacznia się postępujący wzrost procentowego udziału w ogólnej liczbie ludności Polski osób w wieku 60/65 i więcej (Tracz-Drał, 2018). Wśród powodów tej sytuacji jest również wydłużenie średniej długości życia, która jest jednym z objawów starzenia się społeczeństwa (Gołata, Kuropka, 2016). Ponadto prognozy demograficzne wskazują, że w roku 2050 Polska stanie się jednym z państw europejskich z najwyższym współczynnikiem starości (Walkowska, 2017). W strukturze demograficznej jeszcze bardziej będą minować osoby starsze (Trzepacz, Janas, Piech, 2019). Polska od wielu lat klasyfikowana jest w pierwszej trzydziestce krajów demograficznie starych (Libor, 2017). Prognozuje się, że w kolejnych latach całkowita liczba ludności będzie systematycznie spadać, jednak udział osób starszych w populacji kraju wzrośnie z poziomu 21,5% w roku 2013 do ponad 40% w roku 2050. Będzie następować niekorzystna zmiana proporcji w populacji, tj. będziemy mieli do czynienia ze wzrostem liczby ludności w wieku poprodukcyjnym, przy jednoczesnym spadku liczby ludności w wieku produkcyjnym, co skutkować będzie m.in. zmniejszaniem się i starzeniem zasobów pracy (Mazur-Wierzbicka, 2016). Zmiana struktury wiekowej Polski związana jest odraczaniem decyzji o małżeństwie, przesunięciem w czasie postanowienia o rodzicielstwie oraz wydłużeniem wieku rozrodczego (Leśna-Wierszołowicz, 2018). Obecnie na znaczeniu zyskuje zdobycie wykształcenia oraz wejście na rynek pracy (Vollset, 2020). W konsekwencji odnotowuje się negatywne współczynniki dzietności i płodności, które wskazują na utrwalanie się zawężonej zastępowalności pokoleń (Frątczak, Balicki, Nam, 2007). Począwszy od roku 2000, Polska należała do krajów, w których poziom płodności jest definiowany jako najniższy z niskich (*lowest-low*)

¹ Określenie „osoby starsze” autor będzie używał zamiennie z określeniami seniorzy, 60/65, 65 lat i więcej.

(Kurkiewicz, 2008). Nie bez znaczenia jest również migracja międzynarodowa. W ujęciu długoterminowym ma wpływ na populację Polski i znacząco wpływa na proces starzenia się społeczeństwa (Fihel, Janicka, Kloc-Nowak, 2018).

Zmiany demograficzne dotyczą także województwa łódzkiego. Według Piotra Szukalskiego, na tym terenie występują niezwykle frapujące i potencjalnie niebezpieczne trendy ludnościowe: depopulacja i proces starzenia się społeczeństwa oraz zmiany zachodzące w sferze zachowań rozrodczych (Szukalski, 2017). Tożsame zdanie prezentuje Bogusława Urbaniak, wskazując, że województwo łódzkie wyróżnia się spośród pozostałych województw zaawansowanymi procesami starzenia się społeczeństwa (Urbaniak, 2020). W 2020 roku województwo łódzkie zamieszkiwało ponad 2 500 tys. osób, natomiast dziesięć lat później liczba ludności spadła do poziomu 2 400 tys. osób (GUS, 2022). Wynikać to może w znacznym stopniu z odpływu ludności z Łodzi (Szukalski, 2015). Przeważającą liczbę mieszkańców województwa łódzkiego stanowiły osoby starsze w wieku 60 lat i więcej². Należy podkreślić, że województwo łódzkie cechuje się jednocześnie jednym z najniższych wskaźników zdrowotności mieszkańców, co wiąże się z wysokim poziomem umieralności spowodowanym m.in. chorobami cywilizacyjnymi a co gorsza niekorzystne zjawiska demograficzne będą pogłębiać się w przyszłości (Pikała, Maniecka-Bryła, 2013).

Opisywany negatywny trend starzejącego się społeczeństwa będzie indukować w kolejnych latach działania ukierunkowane na zagwarantowanie opieki zdrowotnej właśnie osobom starszym. Ich celem powinno być utrzymanie seniorów w jak najlepszej sprawności funkcjonalnej (Sygit, 2019). Niestety, Polaków w wieku 60+ cechuje niski poziom aktywności fizycznej w porównaniu z innymi krajami członkowskimi UE (Kalbarczyk, Mackiewicz-Łyziak, 2019). W miarę starzenia się społeczeństwa wzrastają potrzeby w zakresie zapewnienia gwarancji swobodnego korzystania z usług zdrowotnych, w tym odpowiedniej liczby kadr medycznych (Kłudacz, Piekut, 2014). Już teraz można stwierdzić, że zmiany demograficzne zachodzące w kraju sprawiają, że niektóre dziedziny medycyny stają się poniekąd „medycyną geriatryczną” (Pędich 2006). Dodatkowymi ograniczeniami w możliwości realizacji usług zdrowotnych w Polsce są: zbyt długi okres oczekiwania na wizytę u lekarza oraz trudności w dotarciu do niego,

² Dane GUS wskazują, że w roku 2021 w województwie łódzkim było ponad 415 tys. osób w wieku przedprodukcyjnym (14 lat i mniej). Osób w wieku produkcyjnym (18–59 lat kobiety, 18–64 lat mężczyźni) było natomiast blisko 141 tys. osób. Ostatnią grupę wiekową stanowią osoby w wieku poprodukcyjnym, których liczba znajdowała się na poziomie 601 tys. osób.

spowodowane zbyt dużą odległością miejsca zamieszkania od podmiotu leczniczego albo brakiem środka transportu (Urbaniak, 2020).

Dane liczbowe potwierdzają, że zapotrzebowanie na realizację usług zdrowotnych dla osób starszych wzrasta. W Polsce w 2020 roku udzielono 283,1 mln porad, w tym osobom w wieku 65 lat i więcej – 89,8 mln. Porady udzielone osobom w wieku 65 lat i więcej stanowiły 31,7% ogólnej ich liczby (w roku poprzednim było to 30,3%). Wiąże się to również z zapewnieniem gwarancji finansowania systemu na wyższym aniżeli obecnie poziomie. Postępujący proces starzenia się społeczeństwa oraz następujący postęp w medycynie determinują wzrost kosztów opieki zdrowotnej. Ogół zadań związanych z tym obszarem stanowi wyzwanie organizacyjne i finansowe dla całego systemu opieki zdrowotnej (Karkowski, 2015). Dla przykładu, analizując udział osób starszych w społeczeństwie, należy dostrzec potrzebę tworzenia miejsc pomocy formalnej, takich jak m.in. domy pomocy społecznej, domy dziennego pobytu, ośrodki opieki długoterminowej (Adamczyk, 2017), co generuje koszty inwestycyjne. Ponadto wszelkie usprawnienia finansowania usług zdrowotnych wymagają efektywnego dysponowania środkami pieniężnymi oraz podjęcia działań zmierzających do uszczelnienia całego systemu ochrony zdrowia (Michalik-Marcinkowska, Izdebski, 2021). Dla przykładu, w roku 2020 wydatki na ochronę zdrowia w Europie najwyższe były w Niemczech (11,2 % PKB) oraz Francji (10%). W Polsce udział wydatków na ochronę zdrowia jest jednym z najniższych w UE i wynosi 4,8% (Eurostat, 2020). Problemy związane z odpowiednim poziomem finansowania sektora ochrony zdrowia stanowią istotny czynnik wpływający na dostępność usług zdrowotnych, w szczególności dla osób starszych. W celu realizacji wszystkich celów generujących rozwój medycyny, niezbędne jest zwiększenie wydatków na ochronę zdrowia i lepsza periodyzacja zadań (Jeziorska, 2017). Ponadto kluczowa dla prawidłowego funkcjonowania placówek medycznych jest odpowiednio wykwalifikowana kadra medyczna (Golinowska, Kocot, Sowa, 2013).

W literaturze przedmiotu prezentowane są rosnące zagrożenia związane z brakiem dostępności kadry pielęgniarskiej oraz lekarskiej w Polsce (Przybyłka, 2017). Należy zaakcentować, że jednym z najważniejszych składowych systemu ochrony zdrowia jest wielkość zasobów ludzkich pracujących w sektorze ochrony zdrowia (Kłudacz, 2016). Istotne jest, że proces demograficznego starzenia się społeczeństwa

dotyczy również lekarzy³ i pielęgniarek⁴. Wśród lekarzy najbardziej liczna jest grupa osób najstarszych – 65 lat i więcej. W 2021 roku jej udział w ogólnej liczbie stanowił 25,3% i był o 0,9 punktu procentowego wyższy niż w roku 2019⁵. W grupie zawodowej pielęgniarek obserwowany jest systematyczny wzrost osób starszych. W roku 2020 pielęgniarek w wieku 65 lat i więcej było ponad 6 tys., co stanowiło 15,4% wszystkich osób uprawnionych do wykonywania tego zawodu. Trzeba zaznaczyć, że praca osób w wieku 65 lat i więcej nie jest równie wydajna co w przypadku osób zdecydowanie młodszych, tuż po studiach (Proniewicz, 2017). W perspektywie kolejnych lat wzrośnie odsetek kadry medycznej, która uzyska prawa emerytalne i najprawdopodobniej zaprzestanie świadczenia usług zdrowotnych na rzecz pacjentów. Zagadnienie deficytu kadry medycznej ma kluczowe znaczenie w sytuacji starzejącego się społeczeństwa (Kłudacz, Piekut, 2014). Może wystąpić więc istotny niedobór kadry pielęgniarskiej oraz lekarskiej w polskim systemie ochrony zdrowia (Rój, 2020). Ta niekorzystna tendencja może stanowić realne zagrożenie dla ciągłości realizacji usług zdrowotnych, wpływając na stabilność funkcjonowania całego sektora ochrony zdrowia, szczególnie, że zastępowalność kadr lekarskich oraz pielęgniarskich to proces złożony i wydłużony w czasie (Glin, 2017). Proces edukacji w zawodach medycznych opiera się na wieloletnim kształceniu, ale i praktyce zawodowej koniecznej dla pozyskania niezbędnego doświadczenia medycznego.

Dodatkowym czynnikiem, który w ostatnim czasie spotęgował problem braku personelu medycznego w systemie ochrony zdrowia, była epidemia COVID-19 (Spoorthy, Pratapa, Mahant, 2020). Zarządzający systemami ochrony zdrowia w okresie epidemii COVID-19 byli zmuszeni wprowadzić szereg regulacji prawnych, nowych procedur oraz schematów postępowania w aspekcie funkcjonowania ochrony zdrowia (Peeri, Shrestha, Rahman, Zaki, Tan, Bibi, Baghbanzadeh, Aghamohammadi, Zhang, Haque, 2020). Epidemia jeszcze wyraźniej uwypukliła wszelkie wadliwe mechanizmy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, w szczególności kwestie dotyczące niewystarczających zasobów kadr medycznych lekarzy oraz pielęgniarek w Polsce. Szacuje się, że od początku epidemii do grudnia 2021 roku zakażenie koronawirusem stwierdzono u 81 844 pielęgniarek i 32 872 lekarzy. Oznacza to, że w różnych okresach

³ Określenie „lekarze” będzie stosowane zamiennie z terminem „kadra lekarska”, kadra medyczna.

⁴ Określenie „pielęgniarki” będzie stosowane zamiennie z terminem „kadra pielęgniarska”, „pielęgniarki i położne”.

⁵ Zgodnie z rejestrami Naczelnej Izby Lekarskiej (NIL).

trwania epidemii osoby te były niezdolne do pracy. Systematyczny przyrost zakażeń koronawirusem SARS-CoV-2 stworzył nowe wyzwania dla systemu ochrony zdrowia w kraju i w województwie łódzkim. Co ważne, zagrożenie powikłaniami zdrowotnymi związanymi z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 dotyczyło przede wszystkim osób starszych (Verity, 2020). Wynikało to głównie z powodu fizjologicznych procesów starzenia oraz występowania chorób przewlekłych wpływających na układ odpornościowy organizmu i chorób współistniejących (Sohrabi, Alsafi, O'Neill, 2020, Verity, 2020). Ma to istotne znaczenie z punktu widzenia dynamicznie starzejącego się społeczeństwa Polski, w tym województwa łódzkiego. Epidemia COVID-19 doprowadziła do znaczonego ograniczenia w dostępności do usług zdrowotnych, którymi obejmowani są głównie pacjenci geriatryczni, „wymagający całościowej oceny i opieki specjalistycznej oraz postępowania fizjoterapeutycznego jako nieodłącznych elementów procesu leczniczego” (Bień, Błędowski, Broczek, Derejczyk, Grodzicki, Kędziora-Kornatowska, Kokoszka-Paszkot, 2013). Ograniczona dostępność do podmiotów leczniczych zaburzyła tym samym cykl rehabilitacji i leczenia, który jest kluczowy dla poprawy funkcjonalności organizmu osób starszych (Luk, 2012). Stosowanym narzędziem mającym na celu zwiększenie dostępu do kadr medycznych była telemedycyna. Odgrywała ona kluczową rolę w walce ze skutkami globalnego zagrożenia (Smith, Thomas, Snoswell, Haydon, Mehtotra, Clemensen, Caffery, 2020). Stanowi ona również narzędzie do edukacji pacjentów w zakresie zdrowego trybu życia i, co ważne, prowadzi do redukcji kosztów związanych z utrzymaniem systemu ochrony zdrowia (Zdrojewicz, Głód, Dołowiec, 2014). Jednak wymienione komponenty systemu, takie jak warunki pracy, technologie, narzędzia, czynniki środowiskowe oraz warunki organizacyjne, służą pracownikom ochrony zdrowia do bezpiecznego i efektywnego wykonywania swych zadań i stanowią jedynie element wsparcia (Hoe Gan, Wah Lim, Koh, 2020). Najważniejszym są bowiem zasoby personelu medycznego w opiece zdrowotnej do zwalczania COVID-19 (Black, Bailey, Przewrocka, Dijkstra, Swanton, 2020), ale – co bardziej istotne – do zapewnienia ciągłości funkcjonowania całego systemu ochrony zdrowia.

Odpowiedzią na opisywane problemy może być w ocenie autora systematyczne analizowanie przez zarządzających podmiotami leczniczymi czynników generujących wzrost efektywności pracy personelu medycznego. Zarządzanie w opiece zdrowotnej jest wśród badaczy uznane za kluczowy czynnik decydujący o wysokiej jakości opieki nad pacjentem (Khatri, 2002). Efektywność pracy może warunkować utrzymanie

wystarczającego poziomu dostępności do personelu pielęgniarskiego i lekarskiego w nadchodzących latach. Może także spowolnić niekorzystne trendy, które mają negatywny wpływ na sektor ochrony zdrowia. Konieczne jest poszukiwanie sposobów efektywnego wykorzystania zasobów (Rożman, Zabukovšek, Bobek, Tominc, 2021). Efektywność odgrywa istotną rolę w procesach zarządczych we wszystkich organizacjach, w tym również w podmiotach leczniczych.

Efektywność i efektywność pracy są zagadnieniami niezwykle złożonymi. Na potrzeby badań w niniejszej pracy przyjęto definicję Tadeusza Listwana i współautorów (Listwan, 2005). Efektywność (*effectiveness*) określają oni jako cechę podejmowanych działań, dających pozytywnie oceniany wynik bez względu na to, czy był on zamierzony, czy nie. Jednocześnie, obok złożoności definicyjnej, występuje brak w literaturze spójności, jak efektywność pracy skutecznie zmierzyć (Oh, Hee Sook, 2016). W ostatnich latach opracowano co prawda kilka narzędzi służących ocenie pracy pielęgniarek i lekarzy, jednak nie zmienia to faktu, że pomiar i ocena efektywności pracy personelu medycznego są trudne, a jednocześnie niezbędne do zidentyfikowania obszarów wymagających poprawy, reorganizacji w celu utrzymania jakości świadczenia usług i zapewnienia trwałości stosowanych praktyk (Haron, Ariffin, Idrus, 2019), **co uzasadnia przyjęcie za główny cel ocenę efektywności pracy lekarzy i pielęgniarek na przykładzie wybranych szpitali województwa łódzkiego**. Weryfikację empiryczną efektywności pracy lekarzy i pielęgniarek zrealizowano w oparciu o badania ilościowe (badanie kwestionariuszowe) i badania jakościowe (IDI – *Individual In-depth Interview*). Użyteczna dla pozyskania danych empirycznych okazała się również metoda obserwacji uczestniczącej, będącej procesem badawczym, w którym obserwator przebywa w środowisku społecznym dla celów badań naukowych. Obserwator jest w bezpośrednich bliskich stosunkach z obserwowanymi i współuczestnictwo w ich naturalnym życiu dostarcza mu materiałów badawczych (Konecki, 2000). W rozprawie zastosowano triangulację na poziomie metod i technik badawczych oraz źródeł danych i metod ich analizy. Triangulacja oznacza, że badany temat ujmuje się z co najmniej dwóch różnych punktów widzenia (Flick, 2012) i stanowi sposób potęgowania siły argumentacyjnej wniosków (Konecki, 2019). Co prawda, badania jakościowe i ilościowe zachowały swoją odrębność i w dalszym ciągu rozwijają się niezależnie od siebie, jednak pomimo odrębności obie metody powinno się postrzegać jako komplementarne, a nie konkurencyjne (Flick, 2012).

Za podjęciem zagadnienia efektywności pracy lekarzy i pielęgniarek przemawiają argumenty, których dostarczyła analiza danych statystycznych oraz przegląd badań polskich i międzynarodowych, który dokonano w pierwszym etapie postępowania badawczego. Ważnym komponentem tego przeglądu, odnoszącym się do zasobów kadr medycznych w Polsce, były analizy m.in. długiego okresu edukacji lekarzy i pielęgniarek, dostępności do uczelni wyższych kształcących przyszłe kadry medyczne, skomplikowanego procesu uzyskania specjalizacji czy odpowiednich certyfikatów, które mają stanowić potwierdzenie nabytych umiejętności zawodowych. W procesie *desk research* wykorzystano dostępne zbiory baz Google Scholar, Health Source – Consumer Edition, BazEkon, MEDLINE, Academic Search Ultimate, Scopus, Web of Science oraz PubMed oraz dokonano analizy aktów prawnych, danych z raportów i statystyk udostępnionych przez instytucje publiczne (m.in. Ministerstwo Zdrowia, Centrum e-Zdrowia, portal ezdrowie.gov.pl).

W kolejnym etapie postępowania badawczego przeprowadzono badania własne, przy użyciu metod ilościowych oraz jakościowych. Realizacja badania ilościowego odbyła się w wieloprofilowych szpitalach województwa łódzkiego. Przyjęty cel badawczy przełożył się na kryterium doboru próby badawczej – pielęgniarek zatrudnionych w wybranych szpitalach województwa łódzkiego. Kadra pielęgniarska zaliczana jest do najbardziej licznego personelu medycznego, który pracuje w szpitalach. Jednocześnie ich praca bazuje na niemal nieustannym kontakcie z pacjentami, co tożsamo jest mnogością wykonywanych czynności zawodowych. Uzasadnia to zastosowanie badania ilościowego w aspekcie skali zasobów kadrowych oraz charakteru wykonywanej pracy. Informacje uzyskano dzięki zastosowaniu narzędzia badawczego – kwestionariusza ankiety (załącznik 1). Kwestionariusz zawierał 35 pytań zamkniętych i otwartych oraz pytania metryczne. Proces badawczy składał się z następujących etapów:

- 1) przygotowanie narzędzia badawczego;
- 2) dobór próby, pilotaż oraz realizacja badań kwestionariuszowych;
- 3) analiza wyników badań empirycznych.

Próba badawcza obejmowała 361 respondentów, dobranych w sposób celowy. W celu oceny związku korelacyjnego (zależności) pomiędzy zmiennymi kategoryjnymi wykorzystano np.: test chi-kwadrat (χ^2), współczynnik korelacji rang Spearmana, test Manna-Whitneya, czy też test Kruskala-Wallisa.

Do weryfikacji empirycznej efektywności pracy lekarzy wykorzystano metodę jakościową w postaci IDI. O wyborze metody przesądziła jej charakterystyka. Wywiady

są często stosowane jako uzupełnienie innych metod badawczych oraz mają na celu pogłębienie wiedzy o badanym zjawisku. Mogą być łączone z innymi technikami zbierania danych po to, aby uzyskać wielostronny obraz danego zjawiska. Umożliwiają dotarcie do motywacyjnych lub emocjonalnych zachowań badanych osób. Stanowią doskonały sposób na poznanie interpretacji, opinii lub punktu widzenia rozmówców. Pozwalają uzyskać materiał dokumentujący doświadczenia uczestników, ich wiedzę, pomysły oraz wrażenia. Wywiad dostarcza danych subiektywnych – wywołanych przez badacza i odbieranych przez rozmówcę. Nie należy uznawać tego za wadę wywiadu, a wręcz przeciwnie – trzeba dostrzegać w tym jego immanentną właściwość (Glinka, 2021). W badaniu jakościowym założono celowy dobór próby. Rozmówcami byli lekarze zatrudnieni w szpitalach województwa łódzkiego. Wymogiem postawionym w badaniu było co najmniej dziesięcioletnie doświadczenie w pracy zawodowej oraz uzyskany tytuł specjalisty z wybranych obszarów medycyny, takich jak: choroby wewnętrzne, chirurgia ogólna, ortopedia, neurologia lub choroby zakaźne. Wywiad prowadzono w oparciu o listę poszukiwanych informacji zawartą w jego scenariuszu (załącznik nr 2) oraz cztery karty prezentujące wybrane wyniki badań. Karta nr 1 dotyczyła braków personelu pielęgniarskiego w szpitalach, karta numer 2 – czynników wpływających na decyzję o ewentualnym odejściu z zawodu, numer 3 – elementów zarządzania i organizacji pracy, które wpływają na poprawę efektywności pracy pielęgniarki, natomiast karta numer 4 ilustrowała poziom wsparcia medycznego w pracy ze strony poszczególnych przedstawicieli zawodów medycznych.

Jak wspomniano powyżej, głównym celem pracy była ocena efektywności pracy lekarzy i pielęgniarek na przykładzie wybranych szpitali województwa łódzkiego. Przyjęto również cele szczegółowe:

- 1) *Systematyzacja wiedzy dotyczącej procesu starzenia się ludności w województwie łódzkim na tle sytuacji ogólnokrajowej z uwzględnieniem aspektów dostępności do usług zdrowotnych dla osób starszych;*
- 2) *Identyfikacja luki dostępności zasobów kadry pielęgniarskiej i lekarskiej w Polsce z wyróżnieniem województwa łódzkiego;*
- 3) *Identyfikacja czynników efektywności pracy personelu pielęgniarskiego oraz lekarskiego;*
- 4) *Krytyczna ocena skutków epidemii SARS-CoV-2 dla aktywnych uczestników procesu leczenia pacjentów tj. lekarzy oraz kadry pielęgniarskiej.*

W rozprawie przyjęto w związku z tym następujące pytania badawcze:

- 1) *Jak postępujący proces starzenia się społeczeństwa w województwie łódzkim wpływa na dostępność do usług zdrowotnych w szpitalach województwa łódzkiego?*
- 2) *Jak dużym zagrożeniem dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia są niedobory kadry pielęgniarskiej w województwie łódzkim w najbliższej przyszłości? Z czego to zagrożenie wynika?*
- 3) *Jak lekarze postrzegają sytuację kadrową personelu medycznego w szpitalach województwa łódzkiego i czy w ich opinii braki kadrowe stanowią istotne zagrożenie dla funkcjonowania szpitali?*
- 4) *Jak definiowana jest efektywność przez pielęgniarki i lekarzy?*
- 5) *Jak lekarze i pielęgniarki postrzegają czynniki kształtujące efektywność pracy personelu medycznego i placówek medycznych?*
- 6) *Jakie konsekwencje niesie za sobą epidemia COVID-19 dla systemu ochrony zdrowia? Jak epidemia COVID-19 wpłynęła na charakter pracy personelu pielęgniarskiego i lekarskiego w szpitalach województwa łódzkiego?*

Postawione pytania badawcze oraz cele rozprawy wpłynęły na jej strukturę. Rozprawa ma charakter teoretyczno-empiryczny. Składa się z sześciu rozdziałów, wstępu i zakończenia. Pierwsze cztery rozdziały mają charakter teoretyczny, a piąty i szósty – empiryczny i przedstawiają wyniki ilościowych oraz jakościowych badań własnych.

W pierwszym rozdziale przedstawiono procesy demograficzne występujące w Polsce oraz w województwie łódzkim w oparciu o dane statystyczne i prognozy wraz z konsekwencjami starzenia się społeczeństwa.

W drugim rozdziale zostały omówione zasadnicze problemy związane ze złożonością procesu kształcenia studentów medycyny kierunków lekarskiego, pielęgniarstwa oraz położnictwa w Polsce oraz postępującym starzeniem się lekarzy i pielęgniarek.

Rozdział trzeci poświęcono zdefiniowaniu pojęcia efektywności, w tym efektywności pracy i usystematyzowaniu wiedzy w tym zakresie. W rozdziale tym podjęto ponadto próbę scharakteryzowania i ukazania specyfiki efektywności pracy personelu medycznego.

Rozdział czwarty stanowi uzupełnienie poprzednich rozdziałów o czynnik nieprzewidywalny, a wpływający bez wątpienia na funkcjonowanie systemu ochrony

zdrowia, tj. epidemii COVID-19. Węzłowe problemy zarysowane w poprzednich rozdziałach teoretycznych uległy wzmocnieniu i eksplikacji.

Rozdział piąty i szósty obejmują przedstawienie metodologii badań oraz wyników badań własnych.

Całość rozprawy zwieńczono omówieniem wyników i zakończeniem.

ROZDZIAŁ 1 Zmiany struktury demograficznej w Polsce oraz zagadnienie starzenia się społeczeństwa

1.1. Struktura demograficzna Polski

W okresie powojennym liczba ludności Polski zmieniała się na przestrzeni lat w równym tempie, a jej dynamiczny wzrost zapoczątkowany został dopiero w roku 1950 i trwał do roku 1990. Wówczas liczba osób w kraju ukształtowała się na poziomie ponad 38 mln. Poniżej w tabeli 1 zostały zaprezentowane dane historyczne ilustrujące zmianę liczby ludności Polski na przestrzeni ponad 70 lat.

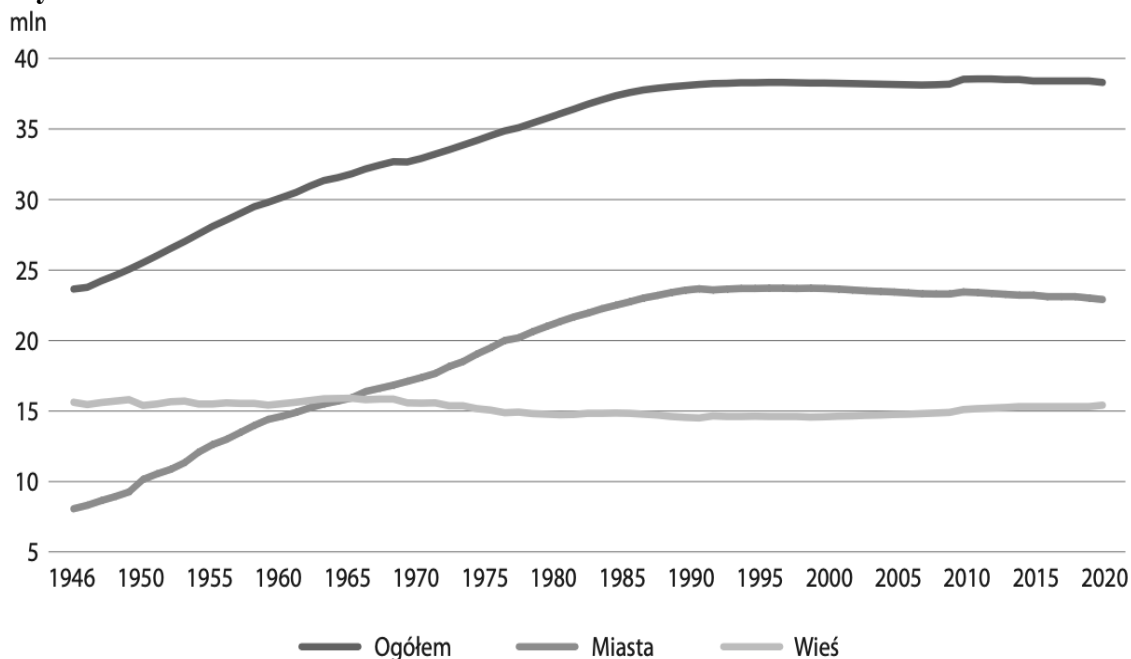
Tabela 1. Ludność Polski ogółem w tysiącach w latach 1950–2021

Wyszczególnienie	1950	1955	1960	1965	1970	1975
Ludność ogółem	25 035	27 550	29 795	31 551	32 658	34 185
Wyszczególnienie	1980	1985	1990	1995	1997	1998
Ludność	35 735	37 341	38 073	38 284	38 290	38 277
Wyszczególnienie	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Ludność	38 263	38 254	38 242	38 219	38 191	38 174
Wyszczególnienie	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Ludność	38 157	38 125	38 116	38 136	38 167	38 530
Wyszczególnienie	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ludność	38 538	38 533	38 496	38 479	38 437	38 433
Wyszczególnienie	2017	2018	2019	2020	2021	
Ludność	38 434	38 411	38 383	38 265	38 162	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego, <https://stat.gov.pl>, (dostęp: 8.01.2022).

Z danych zawartych w tabeli 1 wynika, że różnica pomiędzy liczbą ludności w roku 1950 i 2021 wynosiła ponad 13 mln osób (13 127 tys.). Na koniec czerwca 2021 roku ludność Polski ogółem to 38 162 tys. osób. Oznacza to spadek w stosunku do roku 2020 o przeszło 103 tys. osób. Efekt zmniejszającej się liczby ludności kraju jest obserwowany, począwszy od roku 2012. To wynik m.in. malejącego wskaźnika dzietności kobiet. Do jego najważniejszych powodów można zaliczyć: zmienne postawy i ewolucje systemu wartości wśród młodzieży, rosnące znaczenie kobiet na rynku pracy, odrzucanie decyzji o małżeństwie, przesunięcie w czasie postanowienia o rodzicielstwie oraz wydłużenie wieku rozrodczego (Leśna-Wierszołowicz, 2018). Podobne zjawiska były charakterystyczne dla okresu pomiędzy końcem roku 1998 a 2018, kiedy liczba ludności Polski zmniejszyła się jedynie o 256 tys., tj. o 0,7% (Szukalski, 2019). Sytuację demograficzną w kraju, a w szczególności ubytek rzeczywisty ludności, ilustruje wykres nr 1. Warty podkreślenia jest fakt, że najwyższy dotychczasowy ubytek ludności miał miejsce w 2020 roku i wynosił 118 tys. osób.

Wykres 1. Ludność Polski w latach 1946–2020

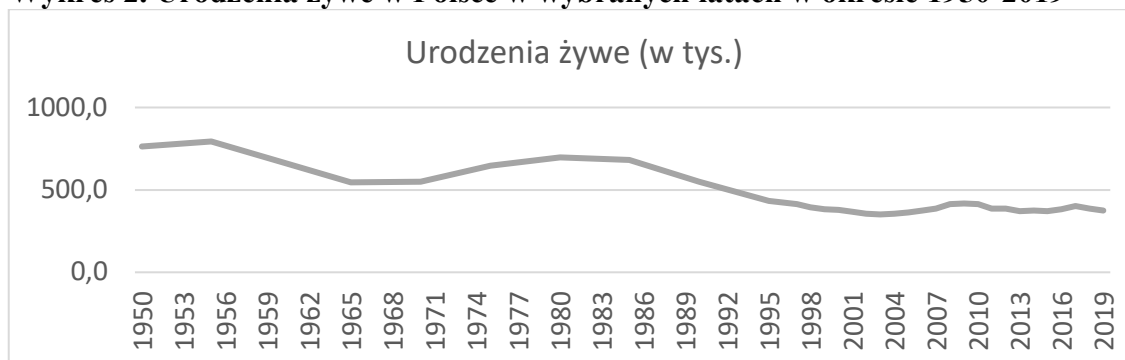


Źródło: *Sytuacja demograficzna Polski do 2020 r. Zgony i umieralność, GUS 2021, (dostęp: 7.01.2022).*

Powyższy wykres ilustruje fakt, że od roku 2000 systematycznie maleje liczba mieszkańców miast, a wzrasta liczba ludności na terenach wiejskich. Ma to związek z procesem migracji na obszary gmin podmiejskich położonych blisko dużych ośrodków miejskich. Szerszej analizy związanej z tym obszarem autor dokona w dalszej części pracy.

Nawiązując do wymienionego powyżej aspektu dzietności kobiet, na wykresie nr 2 zaprezentowano linię urodzeń żywych w Polsce w ciągu niemal 70 lat. Urodzenia są bowiem jednym z najważniejszych elementów wpływających na strukturę ludności kraju.

Wykres 2. Urodzenia żywe w Polsce w wybranych latach w okresie 1950-2019



Źródło: *Opracowanie własne na podstawie danych GUS, <https://stat.gov.pl>, (dostęp: 7.01.2022).*

Z danych wynika, że na początku lat 80. odnotowany został wyż demograficzny. Po tym okresie zaobserwować można ujemny trend narodzin, który trwał do roku 2003. Obecnie liczba urodzeń utrzymuje się na względnie stałym poziomie. Tabela 2. zawiera

dane szczegółowe odnośnie do liczby urodzeń żywych z podziałem na tereny miejskie oraz wiejskie.

Tabela 2. Urodzenia żywe w Polsce w wybranych latach w okresie 1955-2020

Zakres	1955	1980	1990	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Urodzenia żywe (w tys.)												
Ogółem	793,8	695,8	547,7	378,3	364,4	413,3	369,3	382,3	402,0	388,2	375,0	355,3
Miasta	339,2	383,4	292,5	208,3	211,2	241,9	217,4	226,3	236,1	228,7	220,3	208,1
Wieś	454,6	312,4	255,2	170,0	153,2	171,4	151,9	156,0	165,8	159,5	154,7	147,2
Współczynnik - urodzenia żywe na 1000 ludności												
Ogółem	29,1	19,5	14,3	9,9	9,6	10,7	9,6	9,9	10,5	10,1	9,8	9,3
Miasta	28,6	18,5	12,4	8,9	9,0	10,3	9,4	9,8	10,2	9,9	9,6	9,0
Wieś	29,5	21,1	17,5	11,6	10,4	11,4	10,0	10,2	10,8	10,4	10,1	9,6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, <https://stat.gov.pl>, (dostęp 7.01.2022).

Z danych GUS wynika, że po roku 1989 systematycznie następował spadek liczby urodzeń w kraju. W roku 1980 ukształtował się na poziomie 695,8 tys. Od tego czasu liczba ta ulegała stopniowej redukcji do najniższego poziomu, wynoszącego 351,1 tys., w roku 2003. Wzrost liczby urodzeń następował do roku 2009 i był pochodną bardzo liczebnych roczników z lat 80. Po tym okresie odnotowany został zauważalny spadek liczby urodzeń, który trwał do roku 2015. Rok 2020 przyniósł ponad 355 tys. urodzeń żywych. Oznacza to kolejny spadek, począwszy od roku 2017, kiedy to uwidocznił się minimalny ich wzrost w stosunku do lat ubiegłych. Wspomniany powyżej współczynnik dzietności stanowi ważny element struktury demograficznej kraju. Na tle innych krajów UE perspektywa demograficzna Polski należy do jednej z gorszych (Hryniewicz, Potrykowska, 2016). Wpływ na spadek liczby urodzeń ma opóźnienie decyzji o małżeństwie oraz macierzyństwie. Ważniejsze niż rodzicielstwo jest zdobycie wykształcenia i wejście na rynek pracy (Vollset, 2020). Współczynniki dzietności i płodności wskazują na utrwalanie się zawężonej zastępowalności pokoleń (Frątczak, Balicki, Nam, 2007). Poniżej przedstawione zostały dane z zakresu dzietności kobiet z wybranych okresów, począwszy od roku 1955.

Tabela 3. Dzietność kobiet w Polsce w wybranych latach w okresie 1955-2020

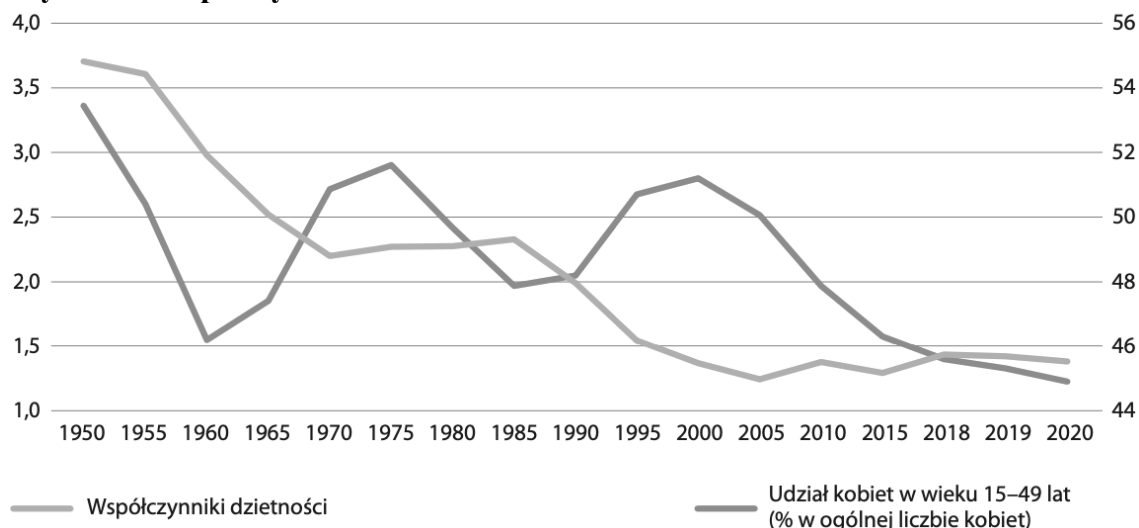
Wyszczególnienie	1955	1980	1990	2000	2005	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Ogółem	3,61	2,28	1,99	1,37	1,24	1,38	1,29	1,36	1,45	1,44	1,42	1,38
Miasta	3,18	1,93	1,72	1,2	1,15	1,29	1,24	1,33	1,42	1,42	1,38	1,37
Wieś	4,02	2,91	2,58	1,65	1,40	1,51	1,35	1,39	1,49	1,45	1,39	1,38

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, <https://stat.gov.pl>, (dostęp: 10.01.2022).

W roku 1955 współczynnik dzietności kobiet wynosił ogółem 3,61 z czego 4,02 na obszarach wiejskich oraz 3,18 w miastach. Po 2000 roku Polska ze współczynnikiem dzietności równym 1,37 należała do grupy państw, w których poziom płodności jest określany jako najniższy z niskich (*lowest-low*) (Kurkiewicz, 2008). Analizując

urodzenia w Polsce, można zauważyć w niektórych latach niewielki wzrost opisywanego wskaźnika na terenach wiejskich. Jednak rok 2000 pokazał, że współczynnik dzietności zarówno na obszarach wiejskich i miejskich uległ zmniejszeniu. Tendencję tę prezentuje wykres nr 3.

Wykres 3. Współczynniki dzietności w latach 1990–2020



Źródło: *Sytuacja demograficzna Polski do 2020 r. Zgony i umieralność, GUS 2021, (dostęp: 7.01.2022).*

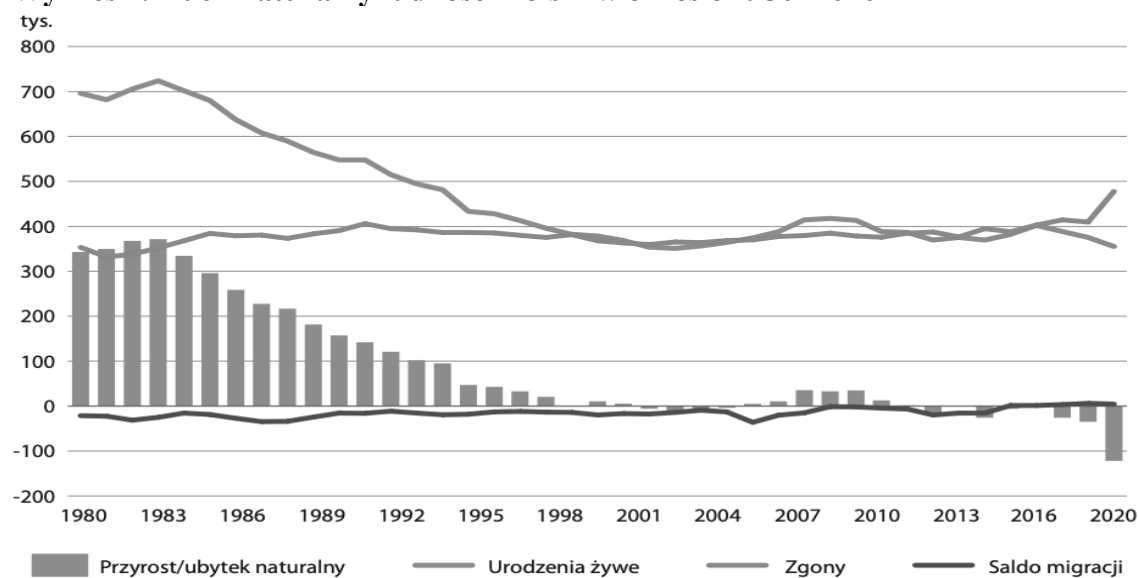
Uwzględniając liczebność miast w Polsce, można zauważyć, że nieznacznie większe wartości współczynnika dzietności wystąpiły w grupie miejscowości 100–200-tysięcznych niż w tych powyżej 200 tys. mieszkańców (Wróbel, 2015).

Kolejny aspekt wpływający na kształt struktury demograficznej kraju to liczba zgonów. W roku 2020 wyniosła w Polsce ponad 477 tys. osób. Umieralność systematycznie rosła, z widocznymi niewielkimi wahaniami w poszczególnych latach, jednak właśnie rok 2020 przyniósł dynamiczny wzrost umieralności. Było to spowodowane epidemią SARS-CoV-2, której autor poświęca odrębny rozdział niniejszej rozprawy. Zmienność poziomu umieralności ma ponadto charakter okresowy. Najwięcej zgonów w naszej strefie klimatycznej odnotowuje się zimą (od grudnia do marca). Minimum umieralności przypada w miesiącach letnich (od czerwca do września) (Marti-Soler, 2014). Większą liczbę zgonów odnotowywano na terenach miejskich – wynosiła ona 12,8‰. Na wsi wskaźnik ten równał się 11,9‰ w roku 2020. Można również zaobserwować, że w ciągu ostatniego ćwierćwiecza przy wzroście populacji osób w wieku 60 lat i więcej i, co za tym idzie – liczby zgonów, zmniejszyło się ich natężenie. Wynika to z obniżenia umieralności u osób poniżej 60. roku życia. Współczynnik zgonów w tym okresie uległ redukcji niemal o 14 pkt prom. (z ponad 50‰ w roku 1990 do 37‰ w roku 2014). U osób starszych linia umieralności została przesunięta w górę.

Świadczyć to może o poprawie stanu zdrowia ludności. W celu zobrazowania opisywanego zagadnienia należy podkreślić, że jeszcze w latach 90. wśród osób zmarłych największy odsetek dotyczył tych w wieku 80–84 lata. Już po roku 2000 granica ta systematycznie rosła i ukształtowała się na poziomie 85 lat i więcej. Wyjaśnienia tego może dostarczyć z jednej strony rozwój medycyny (m.in. nowoczesna wczesna diagnostyka, postęp technologiczny, nowe terapie lekowe), zaś z drugiej strony wpływ na tę sytuację mają zmiany trybu życia na bardziej prozdrowotny, w tym m.in. zmiana sposobu odżywiania, ograniczenie palenia tytoniu (GUS, 2008).

Prezentując sytuację demograficzną naszego kraju, należy również omówić znaczenie wskaźnika umieralności niemowląt. Analiza umieralności ma istotne znaczenie w ocenie skali zgonów możliwych do uniknięcia (Genowska, Polak, Szafraniec, 2017). W roku 2020 wskaźnik umieralności utrzymał się na poziomie 3,6‰ na 1000 osób. W poprzednich latach sięgał poziomu 4,1‰ (2015–2017) lub 4,2‰ (2018). Dla porównania w roku 1990 wskaźnik ten wynosił 19,4‰ (Bank Danych Lokalnych GUS, 2022). Konsekwencją kombinacji liczby urodzeń oraz zgonów jest ujemny przyrost naturalny, odnotowywany w Polsce od roku 2013 (wykres 4).

Wykres 4. Ruch naturalny ludności Polski w okresie 1950–2020



Źródło: *Sytuacja demograficzna Polski do 2020 r. Zgony i umieralność*, GUS, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/sytuacja-demograficzna-polski-do-2020-roku-zgony-i-umieralnosc,40,1.html> (dostęp: 7.01.2022).

W 2019 roku ujemny przyrost naturalny osiągnął zdecydowanie największą skalę, bowiem wyniósł blisko -35 tys. (34,8 tys.). Dla porównania, w 2018 roku wartość była mniejsza i wyniosła -26 tys. To ogromna różnica w stosunku do roku 2017, kiedy wartość ta była na poziomie -0,9 tys. Warto podkreślić, że istnieje ogromna różnica w roku

2019 pomiędzy terenami miejskimi (-32,9 tys.) a wiejskimi (-1,9 tys.). Oznacza to, że gdyby nie zjawisko migracji ludności z obszarów wiejskich do miast, to uległyby one wyludnieniu (GUS, 2020). Spadek przyrostu naturalnego w roku 2020 stanowi potwierdzenie, że Polska weszła w fazę kryzysu demograficznego. Ilustruje to wykres 4., na którym zobrazowane zostały negatywne trendy w zakresie czynników kształtujących zmiany liczby i struktury ludności (GUS, 2021).

Kolejny element, który kształtuje strukturę demograficzną kraju, to miejsce zamieszkania. Liczba mieszkańców terenów miejskich oraz wiejskich zmieniała się, począwszy od roku 1950 (tabele 4. i 5.).

Tabela 4. Liczba ludności w Polsce zamieszkującej obszary miejskie w wybranych latach w okresie 1950–2021, w tysiącach (stan na dzień 1.01.2021)

Wyszczególnienie				1950	1955	1960	1965	1970	1975
Ludność ogółem				9 243	12 067	14 401	15 681	17 088	19 030
1980	1985	1990	1995	1997	1998	1999	2000	2001	2002
20 979	22 486	23 546	23 675	23 696	23 682	23 701	23 670	23 627	23 571
2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
23 514	23 470	23 424	23 369	23 317	23 288	23 278	23 429	23 386	23 336
2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
23 258	23 216	23 166	23 129	23 109	23 067	23 033	22 905	22 928	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, <https://stat.gov.pl>, (dostęp: 1.08.2021).

Tabela 5. Liczba ludności w Polsce zamieszkującej obszary wiejskie w wybranych latach w okresie 1950–2021, w tysiącach (stan na dzień 1.01.2021)

Wyszczególnienie				1950	1955	1960	1965	1970	1975
Ludność ogółem				15 792	15 483	15 394	15 870	15 570	15 155
1980	1985	1990	1995	1997	1998	1999	2000	2001	2002
14 756	14 855	14 527	14 609	14 594	14 595	14 562	14 584	14 615	14 648
2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
14 677	14 704	14 733	14 756	14 799	14 848	14 889	15 101	15 153	15 197
2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
15 238	15 262	15 271	15 304	15 324	15 344	15 350	15 359	15 336	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, <https://stat.gov.pl>, (dostęp: 1.08.2021).

W roku 2021 większość ludności kraju, bo 60%, zamieszkiwała tereny miejskie (22 928 tys.). Obszary wiejskie, zgodnie z wyliczeniami GUS, zamieszkiwało 15 336 tys., co stanowi 40% ogólnej liczby ludności. Na podstawie danych przedstawionych w tabelach można stwierdzić, że do roku 2020 napływ ludności do miast systematycznie narastał, przy czym Dzieciuchowicz zaznaczył, że po roku 1990 „proces redystrybucji przestrzennej ludności Polski odznaczał się m.in. wzrostem koncentracji mieszkańców regionów miejskich, depopulacją na obszarze Polski Środkowej i regionów przygranicznych, intensyfikacją przemieszczeń z wielkich miast do ich stref podmiejskich oraz odpływem migracyjnym za granicę” (Dzieciuchowicz, 2016). Z tabeli 5. wynika ponadto, że na obszarach wiejskich nie odnotowano znaczących różnic

w analizowanym czasie. Należy podkreślić systematyczny odpływ ludności z obszarów miejskich na tereny wiejskie. Przyczyny tego zjawiska można łączyć z wybuchem epidemii SARS-CoV-2, podczas której potrzeba posiadania przestrzeni życiowej w społeczeństwie okazywała się zdecydowania większa i trudniejsza do osiągnięcia na terenach wielkomiejskich.

Dotychczas zaprezentowano strukturę demograficzną kraju oraz charakter zmian, jakie zaistniały przez ponad 70 lat. W swoich rozważaniach autor miał na celu wykazać, że liczba ludności Polski systematycznie spada, a tym samym wpływa to na strukturę społeczną. Zmiany te zachodzą w szczególności w grupie osób starszych⁶. Należy bowiem wspomnieć, że Polska od wielu lat znajduje się w pierwszej trzydziestce krajów demograficznie starych (Libor, 2017). Demograficzne starzenie nie dotyczy jedynie Polski. Starzenie jest procesem globalnym o różnym poziomie zaawansowania. W znacznym stopniu dotyczy obszarów wysokorozwiniętych (Europa, Ameryka Północna poza częścią łańską, Australia i Nowa Zelandia, Japonia). Z kolei niższy wskaźnik starzenia odnotować można m.in. w Afryce, Azji (bez Japonii) oraz w Ameryce Łacińskiej (Janiszewska, 2017).

W ciągu ostatnich lat rośnie w Polsce liczba osób w wieku 60 lat i więcej (tabela 6.).

Tabela 6. Stan i struktura ludności Polski według wieku powyżej 60 lat w latach

Wyszczególnienie	1990	2000	2010	2020
w tysiącach				
60/65 lat i więcej	4884,0	5660,0	6455,6	8540,5
65 lat i więcej	3887,0	4725,8	5190,4	7119,9

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, <https://stat.gov.pl>, (dostęp: 1.08.2021).

Z tabeli wynika, że w roku 1990 w Polsce było ponad 4 884 tys. osób w wieku 60/65 lat i więcej⁷. W ciągu 30 lat liczba osób z tej kategorii wiekowej wzrosła do poziomu 8 540 tys. Osób w wieku 65 lat i więcej w 2020 roku było ponad 7 119 tys. Oznacza to, że w strukturze demograficznej kraju zdecydowanie i systematycznie przybywa osób starszych. Potwierdzenia tego trendu można upatrywać również w danych z roku 2020. Grupa wiekowa 65 lat i więcej w opisywanym okresie zwiększyła się z 3 887 tys. osób do wielkości ponad 7 100 tys., co stanowi 18,6% ogółu ludności Polski. Zauważalny jest wyraźny, długofalowy, postępujący wzrost procentowego udziału

⁶ Przeglądu definicji terminu „starsi” oraz starość” Autor dokonuje w podrozdziale „1.4. Starzenie się ludności w wymiarze demograficznym”.

⁷ Wiek poprodukcyjny, w którym osoby zazwyczaj kończą pracę zawodową, tj. dla mężczyzn – 65 lat i więcej, dla kobiet – 60 lat i więcej (Źródło: stat.gov.pl, dostęp: 2.01.2022).

w ogólnej liczbie ludności Polski osób w wieku 60/65 i więcej (Tracz-Dral, 2018). To zjawisko ilustruje zestawienie procentowe w okresie wieloletnim przedstawione w tabeli 7.

Tabela 7. Ludność Polski według kategorii wieku w wybranych latach w okresie 1950–2020 (w procentach)

Wyszczególnienie	1950	1955	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2020
przedprodukcyjnym (0–17 lat)	35,1	36,1	37,4	33,0	28,8	29,0	24,4	18,8	18,2
produkcyjnym (18–59/64 lata)	57,8	56,7	54,6	56,1	59,4	58,2	60,8	64,4	59,5
<i>mobilny (18–44 lata)</i>	41,7	39,3	37,1	39,4	40,9	40,1	39,8	40,0	37,1
<i>niemobilny (45–59/64 lata)</i>	16,2	17,4	17,5	16,7	18,4	18,1	21,0	24,4	22,4
poprodukcyjnym (60/65 lat i więcej)	7,0	7,2	8,0	10,9	11,8	12,8	14,8	16,8	22,3
<i>65 lat i więcej</i>	5,3	5,5	5,9	8,4	10,0	10,2	12,4	13,5	18,6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, <https://stat.gov.pl>, (dostęp: 2.01.2022).

W roku 1950 grupa wiekowa 60/65+ (wiek poprodukcyjny) stanowiła 7% ogólnej liczby osób w kraju. Jednak już w kolejnych dziesięcioleciach systematycznie wzrastała. Dynamiczny wzrost obserwowany jest od roku 2010, kiedy to z 16,8% wskaźnik ten wzrósł do 22,3% w roku 2020. Ta różnica pokazuje istotne zmiany w strukturze demograficznej kraju oraz może sugerować potrzebę wypracowania nowych mechanizmów mających na celu złagodzenie wznoszącego trendu. Dlatego dokonując analizy powyższych liczb, należy zadać pytanie o przyczyny wzrostu odsetka osób w wieku poprodukcyjnym w Polsce. Z pewnością jednym z powodów takiej sytuacji jest zwiększający się wskaźnik trwania życia (przyrost odsetka osób w zaawansowanym wieku). Wydłużenie średniej długości życia jest jednym z głównych objawów starzenia się społeczeństwa (Gołata, Kuropka, 2016). Miernik ten nazywany jest także oczekiwaną długością życia – Life Expectancy (LE) (Ojrzyńska, 2013). Kiedy do tego dołączyć niski wskaźnik dzietności, kształtuje się obraz starzejącego społeczeństwa. Osoby starsze wypierają w strukturze demograficznej dzieci oraz młodzież. Analizując wskaźnik przeciętnego trwania życia, można zauważyć, że w roku 1950 w Polsce wynosił on dla mężczyzn 56,1, a dla kobiet 61,7. W roku 2018 dla mężczyzn wskaźnik ten wynosił już 73,8, a dla kobiet 81,7. Poprawa warunków życia, skuteczne metody leczenia, wzrost poziomu jakości życia to niektóre czynniki, jakie doprowadziły w ciągu ostatnich 70 lat do znacznego wzrostu tej wartości. Można podkreślić, że pośrednio na trwanie życia mają wpływ cztery grupy czynników: czynniki biologiczne (przede wszystkim genetyczne), środowiskowe (ekonomiczne, społeczne, kulturowe, fizyczne), zachowania i styl życia oraz system organizacji opieki zdrowotnej (Wysocki, Sadowska, Car, 2005).

Jednym z kolejnych elementów mających wpływ na strukturę demograficzną jest migracja międzynarodowa. Bezpośrednio oddziałuje na wielkość, strukturę wiekową

oraz pośrednio na ogólną liczbę przyszłych porodów. Migracja międzynarodowa ma zatem wpływ długoterminowy na populację Polski i znacząco wpływa na proces starzenia się społeczeństwa (Fihel, Janicka, Kloc-Nowak, 2018). Z danych GUS wynika, że największy wzrost emigracji na pobyt stały dało się zaobserwować w 2006 roku (49,9 tys. – o ponad 28,1 tys. osób więcej w porównaniu do 2005 r.). W latach 2004–2005, korzystając z możliwości przemieszczania się w ramach UE, emigrowały głównie osoby młode, znające języki obce, dla których emigracja łączyła się z szansą na wysoko płatną pracę. Kolejny wzrost liczby emigrantów wystąpił w latach 2011–2013 (o 14,7 tys. osób więcej w stosunku do 2010 r.). Po roku 2013 liczba emigrantów ulegała zmniejszeniu, a po 2015 roku osiąga znacznie niższe wartości niż w okresach wcześniejszych (GUS, 2022).

Jak zaprezentowano w tej części pracy, z dostępnych danych wynika, że maleje liczba ludności kraju. W ciągu ostatnich 72 lat różnica stanu ludności wyniosła ponad 13 mln osób. Wskaźnik dzietności w kraju jest określany jako niski, co spowodowane jest m.in. odroczeniem decyzji o małżeństwie, przesunięciem czasowym postanowienia o posiadaniu potomstwa czy też biologicznym wydłużeniem wieku rozrodczego. Obserwowany jest systematyczny spadek liczby urodzeń. Oznacza to, że osoby starsze wypierają w strukturze demograficznej dzieci oraz młodzież. Od wielu lat w Polsce rośnie liczba osób w wieku 60 lat i więcej. Wynika to ze wzrostu wskaźnika przeciętnego trwania życia, który uzależniony jest od poprawy jego jakości oraz warunków. U osób starszych linia umieralności została przesunięta w górę, głównie dzięki rozwojowi medycyny oraz promocji prozdrowotnych zachowań sprzyjających dobremu stanowi zdrowia. Alarmujący jest opisywany w tej części dysertacji wskaźnik przyrostu naturalnego. Jego ujemna wartość stanowi potwierdzenie, że Polska znajduje się w okresie kryzysu demograficznego.

Reasumując – z powyższych rozważań jednoznacznie wyłania się obraz starzejącego się społeczeństwa. Dynamika obserwowanych zmian była znaczna, a ostatnie lata pokazują jej dalszy wzrost. Dodatkowo prognozy wskazują, że w roku 2050 Polska stanie się jednym z krajów europejskich z najwyższym współczynnikiem starości (Walkowska, 2017)⁸. Starzenie niesie szereg zmian, które zachodzą w obszarze

⁸ Autor dokonał szerszego opisu prognoz demograficznych dla Polski oraz województwa łódzkiego w części 1.3. oraz 1.4.

gospodarczym, społecznym, emerytalnym, ale co ważne z perspektywy niniejszej dysertacji – zdrowotnym.

Mając obraz struktury demograficznej całego kraju, z uwagi na teren badań autor dokona charakterystyki struktury demograficznej województwa łódzkiego.

1.2. Struktura demograficzna województwa łódzkiego

Województwo łódzkie zaliczane jest do regionów Polski, gdzie obserwuje się systematyczny spadek liczby ludności. Depopulacja jest jednym z głównym problemom omawianego regionu. Bezpośrednio ma negatywny wpływ na jego wzrost demograficzny a także na rozwój społeczno-ekonomiczny (Dzieciuchowicz, 2019). Z danych GUS wynika, że w na koniec czerwca 2021 województwo łódzkie liczyło 2 426 806 osób. W ostatnich latach liczba ludności województwa łódzkiego systematycznie malała (tabela 8.).

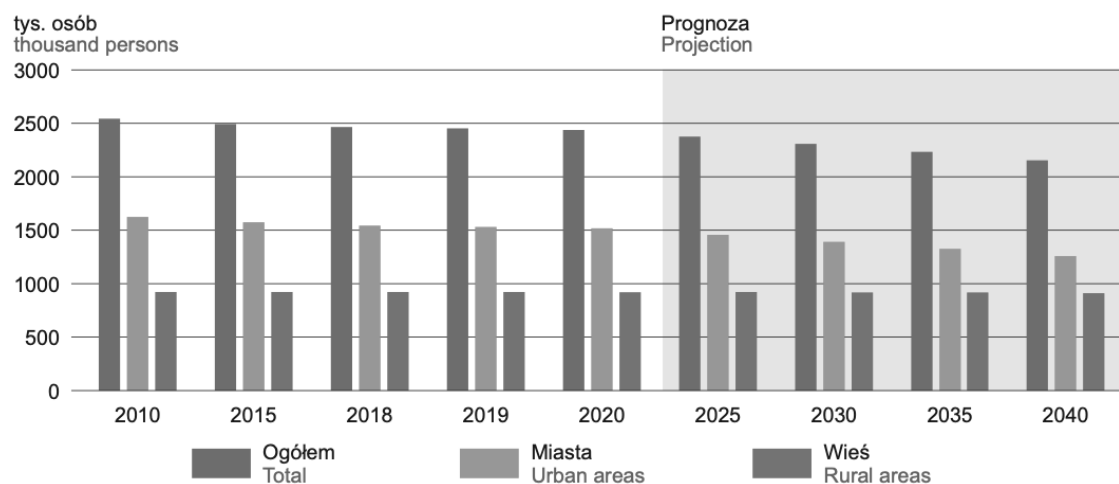
Tabela 8. Ludność województwa łódzkiego w wybranych latach

Wyszczególnienie	2010	2015	2017	2021 (30.VI)
Ogółem	2 542 436	2 493 603	2 476 315	2 426 806
na 1 km ²	140	137	136	134
mężczyźni	1 212 182	1 188 118	1 179 869	1 156 002
kobiety	1 330 254	1 305 485	1 296 446	1 270 804
na 100 mężczyzn	110	110	110	109,9
Miasta	1 625 159	1 572 862	1 553 425	1 508 597
w % ogółu ludności	63,9	63,1	62,7	62,2
Wieś	917 277	920 741	922 890	918 209
w % ogółu ludności	36,1	36,9	37,3	37,8

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, <https://stat.gov.pl>, (dostęp: 3.01.2022).

W ciągu 11 lat ubyło ponad 115 tys. osób spośród ludności województwa łódzkiego. GUS dokonał szerszej analizy, z której wynika, że w roku 1995 liczba osób zmniejszyła się ona do poziomu 2 437,9 tys. (GUS, 2021). Stanowi to 6,4% ludności Polski. W ciągu 26 lat liczba osób w województwie łódzkim zmniejszyła się o 260,9 tys. Ponadto w Łódzkiem więcej jest kobiet niż mężczyzn – w 2021 roku 1 270 804 tych pierwszych oraz 1 156 002 tych drugich. Zdecydowana większość, bo ponad 62,2% ogółu ludności, zamieszkuje tereny miejskie. Wykres 5. prezentuje dokładne zestawienie ludności województwa łódzkiego według miejsca zamieszkania.

Wykres 5. Ludność województwa łódzkiego według miejsca zamieszkania w latach 2010 – 2020



Źródło: Raport, *Ludność – województwo łódzkie*, Urząd Statystyczny w Łodzi, (dostęp: 11.01.2022).

Powyższe zestawienie zawiera również prognozę na kolejne lata. Wynika z niej, że do roku 2040 opisywana tendencja się utrzyma. Wraz ze spadkiem ogólnej liczby ludności województwa łódzkiego utrzyma się wzrost liczby ludności zamieszkującej na obszarach wiejskich województwa. Również z danych GUS wynika, że ubytek osób, podobnie jak w całym kraju, dotyczy regionów miejskich, zurbanizowanych (GUS, 2019). W roku 2018 liczba ludności miejskiej w województwie łódzkim spadła o 0,7% w porównaniu do roku 2017 kształtując się na poziomie 1 542,7 tys. osób. Stan na koniec roku 2018 wskazuje wzrost o 0,1% mieszkańców wsi w stosunku do roku 2017. Daje to liczbę blisko 923,6 tys. osób, które preferują zamieszkiwanie terenów wiejskich województwa łódzkiego. Należy podkreślić, że migracja ludności głównie z terenów wiejskich do miast i z małych miasteczek do dużych aglomeracji stanowi jeden z najważniejszych czynników ekonomicznych w procesach demograficznych (Pastuszka, 2017).

Liczba ludności różni się w poszczególnych powiatach województwa. I tak w roku 2018 odnotowany został wzrost w powiecie łódzkim wschodnim, pabianickim, piotrkowskim, zgierskim oraz brzezińskim. Z danych przedstawionych przez GUS wynika, że pod względem liczby ludności łódzkie można zaliczyć do grupy średnich województw. W skali kraju zajmuje 6. miejsce w kolejności za województwami: mazowieckim, śląskim, wielkopolskim, małopolskim oraz dolnośląskim. Zdecydowanym liderem jest województwo mazowieckie liczące w 2021 roku ponad 5 425,0 tys. osób. Dokładne dane porównawcze ze stycznia 2021 roku zawiera tabela 9.

Tabela 9. Powierzchnia oraz ludność według województw Polski w 2021 (stan na dzień 1.01.2021)

Województwa	Powierzchnia		Ludność		Lokata według	
	w ha	w km ²	ogółem	na 1 km ²	powierzchni w ha	liczby ludności
Dolnośląskie	1 994 670	19 947	2 891 321	145	7	5
Kujawsko-pomorskie	1 797 134	17 971	2 061 942	115	10	10
Lubelskie	2 512 246	25 123	2 095 258	83	3	9
Lubuskie	1 398 793	13 988	1 007 145	72	13	15
Łódzkie	1 821 895	18 219	2 437 970	134	9	6
Małopolskie	1 518 279	15 183	3 410 441	225	12	4
Mazowieckie	3 555 847	35 559	5 425 028	153	1	1
Opolskie	941 187	9 412	976 774	104	16	16
Podkarpackie	1 784 576	17 846	2 121 229	119	11	8
Podlaskie	2 018 702	20 187	1 173 286	58	6	14
Pomorskie	1 832 368	18 323	2 346 671	128	8	7
Śląskie	1 233 309	12 333	4 492 330	364	14	2
Świętokrzyskie	1 171 050	11 710	1 224 626	105	15	13
Warmińsko-mazurskie	2 417 347	24 173	1 416 495	59	4	12
Wielkopolskie	2 982 650	29 826	3 496 450	117	2	3
Zachodniopomorskie	2 290 472	22 905	1 688 047	74	5	11

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, <https://stat.gov.pl>, (dostęp: 3.08.2021).

Jednocześnie region łódzki wyróżnia się indywidualnymi cechami rozwoju demograficznego oraz specyficzną strukturą przestrzenną ludności (Dzieciuchowicz, 2019). Gdy opisuje się sytuację całego województwa łódzkiego, priorytetem jest przedstawienie sytuacji w stolicy województwa, tj. w Łodzi. Jedną z głównych przyczyn malejącej liczby osób w województwie łódzkim jest odpływ ludności z Łodzi (Szukalski, 2015). Prognozuje się, że miasto to w nadchodzących latach będzie charakteryzować się największym tempem ubytku mieszkańców. Liczba mieszkańców zmniejszy się o 31,3% (Kałuża-Kopias, 2017). Omawiając demografię województwa łódzkiego, autor przedstawi wybrane wskaźniki ilustrujące strukturę ludności. Są to: gęstość zaludnienia, struktura płci, wiek ludności z wyszczególnieniem wieku produkcyjnego, poprodukcyjnego oraz wskaźnik narodzin i zgonów.

Gęstość zaludnienia to jeden z czynników mających wpływ na rozwój demograficzny regionu. Województwo łódzkie należy do regionów o równomiernym rozmieszczeniu ludności. Większość ludności – blisko 2/3 – zamieszkuje w 44 miastach województwa. Gęstość zaludnienia na 1 km² w województwie łódzkim wynosi 134 osób (2020). Dla porównania w Polsce współczynnik ten wynosi 122 osób na 1 km². Gęstość zaludnienia powierzchni zabudowanej i zurbanizowanej w 2018 roku wynosiła 2289 osób na km². Do największych miast w województwie w skali malejącej należą (2015 r.): Łódź (701 tys.), Piotrków Trybunalski (75,2 tys.), Pabianice (66,9 tys.), Tomaszów Mazowiecki (64,0 tys.), Bełchatów (58,7 tys.), Zgierz (57,2 tys.), Skierniewice

(48,4 tys.), Radomsko (47,2 tys.), Kutno (45,6 tys.), oraz Zduńska Wola (43,0 tys.) (GUS, 2019).

Struktura płci województwa nie ulega dynamicznym zmianom. Na koniec 2020 roku w województwie łódzkim, o czym wspomniano powyżej, przeważały kobiety, które stanowiły 52,3% całkowitej liczby mieszkańców łódzkiego. Współczynnik feminizacji województwa łódzkiego jest wyższy niż średnia krajowa. Wynosi bowiem 110 w stosunku do liczby 107 w skali kraju. Z danych GUS wynika również, że długość życia kobiet jest większa od mężczyzn. Prowadzi to do feminizacji starości. Co prawda większa liczba kobiet niż mężczyzn, określana jest jako starzenie pozytywne, gdyż kobiety żyją dłużej od mężczyzn (Kula, Wójcik, 2017), jednak znaczna część kobiet pozostanie samotna, bez żyjących małżonków, często zamieszkujących pojedynczo.

W aspekcie przyszłości demograficznej niepokój budzi nie tylko postępujący spadek liczby ludności miast, ale ogólne pogorszenie struktury demograficznej zarówno na terenach miejskich, jak i wiejskich (Obrębalski, 2017). Zarysowuje się wyraźna dysproporcja pomiędzy obszarami miejskimi a wiejskimi. Różnica jest istotna, wynosząca odpowiednio 115 dla miast oraz 102 dla obszarów wiejskich. Jednak dla tematyki niniejszej rozprawy jednym z najważniejszych czynników wpływających na strukturę demograficzną jest liczba osób w wieku produkcyjnym oraz poprodukcyjnym. Tabela 10. prezentuje dokładne dane ilościowe odnośnie do struktury ludności województwa łódzkiego z uwzględnieniem wieku przedprodukcyjnego, produkcyjnego oraz poprodukcyjnego.

Tabela 10. Ludność w województwie łódzkim według płci i wieku oraz miejsca zamieszkania w 2021

Wyszczególnienie	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Miasta			Wieś		
				razem	mężczyźni	kobiety	razem	mężczyźni	kobiety
Wiek przedprodukcyjny	415 245	213 149	202 096	243 706	124 928	118 778	171 539	88 221	83 318
Wiek produkcyjny	140 975	748 361	661 397	856 675	448 515	408 160	553 083	299 846	253 237
Wiek poprodukcyjny	601 803	194 492	407 311	408 216	127 505	280 711	193 587	66 987	126 600
65 lat i więcej - mężczyźni	194 492	194 492	--	127 505	127 505	--	66 987	66 987	--
60 lat i więcej - kobiety	407 311	--	407 311	280 711	--	280 711	126 600	--	126 600
65 lat i więcej	506 664	194 492	312 172	343 034	127 505	215 529	163 630	66 987	96 643

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, <https://stat.gov.pl>, (dostęp: 7.01.2022).

Według danych GUS w roku 2021 w województwie łódzkim było ponad 415 tys. osób w wieku przedprodukcyjnym (14 lat i mniej). W wieku produkcyjnym (18–59 lat kobiety, 18–64 lat mężczyźni) było 140 975 osób. Ostatnią grupę stanowią osoby w wieku poprodukcyjnym, których liczba sytuowała się na poziomie 601 803 osób.

Opisywane proporcje świadczą o znacznej dynamice procesu starzenia się demograficznego w województwie łódzkim. Przeważająca liczba mieszkańców to osoby starsze, głównie w kategoriach wiekowych 60 lat i więcej. W każdej z tych grup wiekowych dominująca liczba zamieszkuje obszary miejskie.

W 2020 roku współczynnik umieralności w województwie łódzkim był wysoki. Wynosił on 14,6 na 1000 mieszkańców wobec 12,4 w skali całego kraju, z czego 13,5 u mężczyzn i 11,8 u kobiet. Dla porównania w całym kraju przyjmował wartości analogicznie 11,2 i 9,8 (Ciabiada-Bryła, Pikala, Burzyńska, Drygas, Maniecka-Bryła, 2020). Dokładne dane odnośnie do stanu ludności, ruchu naturalnego oraz migracji na czerwiec 2021 roku zawiera tabela 11.

Tabela 11. Ludność, ruch naturalny oraz migracje ludności województwa łódzkiego na dzień 30.06.2021

Województwo	Ludność	Małżeństwa	Urodzenia żywe	Zgony		Przyrost naturalny
				ogółem	w tym niemowląt	
Łódzkie	2 426 806	3 529	9 767	19 829	39	-10 062
Migracje wewnętrzne			Migracje zagraniczne			
napływ	odpływ	saldo	imigracja	emigracja	saldo	
10 864	11 999	- 1 135	207	174	33	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, <https://stat.gov.pl>, (dostęp: 24.06.2022).

Do końca czerwca 2021 roku w województwie łódzkim odnotowanych zostało 9767 urodzeń żywych. Zgonów było natomiast o niemal 10 tys. więcej (19 829). Statystyki zgonów są istotnym wskaźnikiem, gdyż wykorzystywane są w celu usprawnienia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia na poziomie ogólnokrajowym oraz lokalnym (Mazur, Malinowska-Cieślik, Oblacińska, 2017). W pewnej mierze liczba zgonów spowodowana była epidemią COVID-19. Przyrost naturalny do połowy roku 2021 był więc ujemny, na poziomie -10 062 osób. Podobnie ujemną wartość ma ogólne saldo migracji (-1135). Te elementy wskazują na malejącą liczbę ludności województwa łódzkiego.

Podsumowując, należy podkreślić, że województwo łódzkie charakteryzuje się systematycznym zmniejszaniem liczby ludności, gdyż na przestrzeni ostatniego ćwierćwiecza ubyło ponad 260 tys. osób. Podobnie niepokojący trend odnotować można w stolicy województwa. Następuje widoczna depopulacja miasta Łodzi oraz całego województwa łódzkiego, w szczególności terenów zurbanizowanych. Autor wskazał, że łódzkie można zaliczyć do grupy średnich województw, jednak jego pozycja w skali kraju może ulec negatywnej zmianie. Korzyścią dla województwa jest niewątpliwie jego równomierne rozmieszczenie pod względem ludności zamieszkującej. Przyczynia się to

do rozwoju demograficznego całego opisywanego regionu. Autor podkreślił również stosunkowo wysoki wskaźnik feminizacji województwa. Przeważająca liczba kobiet oraz większa niż u mężczyzn długość życia prowadzi do zjawiska feminizacji starości. Pomimo że przewaga kobiet określana jest w literaturze jako starzenie pozytywne, to należy podkreślić, że zdecydowana większość kobiet pozostała, bądź pozostanie samotna, bez żyjących małżonków co ma wpływ na strukturę demograficzną województwa. Należy ponownie wspomnieć, że malejąca liczba urodzeń, rosnąca liczba zgonów, wydłużenie życia, zmiany dotyczące migracji z terenów miejskich do wiejskich, ale i odkładanie czasowe decyzji o macierzyństwie ze strony kobiet finalnie powodują ujemny przyrost naturalny.

Postępujący proces starzenia się społeczeństwa już wpływa na każdą sferę życia społecznego, a przeanalizowanie prognoz demograficznych dopełni obraz. Dzięki znajomości prognoz demograficznych łatwiejsze wydaje się opracowanie skutecznych mechanizmów mających na celu odwrócenie tego niekorzystnego trendu.

1.3. Perspektywa starzejącego się społeczeństwa w świetle prognoz demograficznych

Z przedstawionych wcześniej danych dotyczących sytuacji demograficznej w Polsce oraz województwie łódzkim wynika, że społeczeństwo się starzeje. Trend ten w najbliższych latach będzie się utrzymywał, a struktura populacji w istotnym stopniu zostanie jeszcze bardziej obciążona osobami starszymi (Trzepacz, Janas, Piech, 2019).

GUS opublikował prognozy ludności do roku 2050 (GUS 2014). Publikacja zawiera założenia oraz analizę trendów zmian zachodzących w procesach demograficznych, kierunków i rozmiarów ruchów migracyjnych. Przyjęta perspektywa zakłada, że do roku 2050 nastąpi wyraźne zmniejszenie liczby dzieci (w wieku 0–14) oraz osób dorosłych (w wieku 15–59). Co ważne, nastąpi wzrost liczby osób w wieku co najmniej i powyżej 60 lat (tabela 12).

Tabela 12. Prognoza ludności Polski oraz województwa łódzkiego w wybranych latach w okresie 2013–2050 (w tysiącach)

Wyszczególnienie	2013	2014	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Ogółem										
Polska	38 495,7	38 461,8	38 419,0	38 137,8	37 741,5	37 185,1	36 476,8	35 668,2	34 817,4	33 950,6
Łódzkie	2 513,1	2 502,4	2 491,3	2 434,1	2 373,7	2 306,4	2 231,6	2 153,0	2 074,9	1 999,1
Mężczyźni										
Łódzkie	1 197,7	1 192,6	1 187,3	1 160,7	1 132,7	1 101,2	1 066,8	1 032,0	999,0	967,6
Kobiety										
Łódzkie	1 315,4	1 309,8	1 304,0	1 273,4	1 241,0	1 205,2	1 164,9	1 121,0	1 075,9	1 031,5

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, <https://stat.gov.pl>, (dostęp: 28.05.2020).

Z danych wynika, że ludność Polski ulegnie redukcji o blisko 4,2 mln osób do roku 2050, a więc w ciągu kolejnych 30 lat. Podobnie zmniejszeniu ulegnie ludność województwa łódzkiego. Szacuje się, że spadek osiągnie poziom pół miliona osób. Dane prognostyczne z wyszczególnieniem tradycyjnych ekonomicznych grup wieku w kraju oraz łódzkiego obrazuje długofalową zmianę ludności (tabela 13).

Tabela 13. Prognoza ludności Polski oraz województwa łódzkiego według tradycyjnych ekonomicznych grup wieku w wybranych latach w okresie 2013–2050 (w tysiącach)

Województwa	Wiek	2013	2014	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Polska	Ogółem	38 496	38 462	38 419	38 138	37 741	37 185	36 477	35 668	34 817	33 951
	0-14	5 771	5 751	5 728	5 659	5 227	4 856	4 536	4 302	4 198	4 120
	15-64	27 052	26 845	26 620	25 285	24 325	23 683	23 024	21 937	20 418	18 733
	65+	5 673	5 865	6 071	7 194	8 189	8 646	8 917	9 429	10 201	11 097
	80+	1 483	1 522	1 560	1 684	1 680	2 206	2 869	3 373	3 473	3 537
Łódzkie	Ogółem	2 513	2 502	2 491	2 434	2 374	2 306	2 232	2 153	2 075	1 999
	0-14	351	349	347	340	310	284	262	246	238	231
	15-64	1 746	1 726	1 705	1 586	1 501	1 446	1 388	1 304	1 196	1 084
	65+	416	427	439	508	563	576	581	602	640	684
	80+	111	112	114	115	113	152	193	219	218	218

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, <https://stat.gov.pl>, (dostęp: 28.05.2020).

Z danych wynika, że wzrost liczby ludności nastąpi w kategoriach wiekowych 65+ oraz 80+. W pozostałych grupach wieku według prognozy nastąpi spadek. Zjawisko to dotyczy zarówno całego kraju, jak i województwa łódzkiego. Jak wspomniano, największy przyrost odnotować można dla kategorii wiekowej 65+ – w skali kraju z poziomu 7 194 tys. osób w roku 2020 do prognozowanych na połowę XXI w. 11 097 tys. osób i analogicznie z 508 tys. na 684 tys. w województwie łódzkim. Bardziej szczegółowe dane, w podziale na wiek przedprodukcyjny, produkcyjny, mobilny, niemobilny oraz poprodukcyjny zawarte są w tabeli 14.

Tabela 14. Prognoza ludności Polski oraz województwa łódzkiego według ekonomicznych grup wieku w wybranych latach w okresie 2013–2050 (w tysiącach)

Wyszczególnienie	Wiek	2013	2014	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Polska	Ogółem	38 496	38 462	38 419	38 138	37 741	37 185	36 477	35 668	34 817	33 951
	Przedprodukcyjny	6 995	6 931	6 876	6 733	6 500	5 931	5 568	5 262	5 079	4 963
	Produkcyjny	24 548	24 489	24 410	23 820	23 093	22 895	22 569	22 005	20 669	19 048
	Mobilny	15 338	15 268	15 165	14 219	12 942	11 762	10 725	10 041	9 657	9 331
	Niemobilny	9 210	9 221	9 245	9 601	10 151	11 133	11 844	11 964	11 012	9 717
	Poprodukcyjny	6 952	7 042	7 133	7 585	8 148	8 359	8 340	8 401	9 070	9 939
	Ogółem	2 513	2 502	2 491	2 434	2 374	2 306	2 232	2 153	2 075	1 999
Łódzkie	Przedprodukcyjny	426	421	417	405	387	348	323	302	289	279
	Produkcyjny	1 578	1 568	1 558	1 493	1 426	1 399	1 364	1 313	1 216	1 105
	Mobilny	962	954	944	870	779	701	635	587	558	533
	Niemobilny	616	614	613	622	646	698	729	726	658	573
	Poprodukcyjny	509	513	516	536	561	559	544	537	571	615
	Ogółem	2 513	2 502	2 491	2 434	2 374	2 306	2 232	2 153	2 075	1 999

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, <https://stat.gov.pl>, (dostęp: 28.05.2020).

Tabela 14. stanowi kolejny dowód na to, że największy przyrost ludności prognozowany jest wśród osób w wieku poprodukcyjnym. Dynamika przyrostu osób w tej kategorii wieku prognozowana jest w kolejnych okresach pięcioletnich. Na koniec roku 2050 liczba osób w wieku poprodukcyjnym będzie wynosić 9 939 tys. osób. Dla

porównania – w 2013 roku liczba ta wynosiła 6 952 tys. osób. Oznacza to, że rynek pracy musi być przygotowany na zdecydowany odpływ pracowników i niską zastępowalność tego zasobu pracy. Potwierdzają to również dane z tabeli, gdyż prognoza dla grupy osób w wieku przedprodukcyjnym, także w kolejnych latach, jest niższa od stanu obecnego. Tym samym ten negatywny trend będzie mocniej odczuwalny na rynku pracy.

Dane GUS ilustrują, że w dużej mierze przybędzie w społeczeństwie osób w wieku 60/65 lat i więcej zarówno w ujęciu krajowym, jak i wojewódzkim. Zgodnie z szacunkami przygotowanymi przez GUS, nastąpi przyrost odsetka osób starszych w przybliżeniu o 19% (19,3% w miastach, 18,7% na terenach wiejskich – GUS, 2021). Według prognozy, udział osób starszych w populacji kraju z poziomu 21,5% w roku 2013 zwiększy się do ponad 40% w roku 2050. Zagadnienie dotyczy około 5,4 mln osób w Polsce, które w roku 2050 osiągną opisywany wiek. Wynika z tego, że w Polsce intensyfikuje się proces starzenia się populacji osób w wieku poprodukcyjnym (Richert-Każmierska, 2017).

Wzrost odsetka osób starszych zauważalny będzie również w Łodzi. Poziom zaawansowania starzenia się ludności mierzony indeksem starości demograficznej jednoznacznie wskazuje, że proces ten dotyczy głównie dzielnicy Bałuty – wartość wskaźnika ponad 186. W świetle spisu powszechnego z 2011 roku, odsetek mieszkańców w wieku 65 lat i więcej wynosił w tej dzielnicy ponad 20%. W innych częściach miasta indeks wynosi więcej niż 100, co oznacza, że wszędzie udział ludności starej przekraczał udział dzieci do 14. roku życia (Janiszewska, Dmochowska-Dudek, 2017).

Oczywiście wraz ze wzrostem liczby osób, które będzie można zaliczyć do subpopulacji osób starszych, wydłużeniu ulegnie również wskaźnik trwania życia. Dane z prognozy GUS potwierdzają, że do 2050 roku wystąpi spadek liczby dzieci oraz osób w przedziale wiekowym 15–64, zaś jak to kilkakrotnie zostało podkreślone powyżej, nastąpi dynamiczny wzrost liczby osób starszych. Poniższe zestawienie obrazuje najdokładniej, że we wszystkich grupach wiekowych poza osobami 60/65+ w roku 2050 nastąpi regres. Tabela 15. zawiera informacje dotyczące zmian stanów ludności w perspektywie kolejnych 30 lat.

Tabela 15. Zmiany stanów ludności województwa łódzkiego w wybranych latach w okresie 2013–2050

Zakres	2014	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Ogółem	-10 686	-11 096	-57 233	-60 381	-67 319	-74 736	-78 632	-78 090	-75 789
0-2	-2 634	-2 590	-3 549	-4 904	-5 255	-2 717	-749	-1 033	-2 760
3-6	-96	-2 258	-15 282	-4 419	-7 263	-6 026	-2 602	-781	-2 061
7-12	2 074	4 129	7 336	-20 605	-7 030	-10 470	-8 874	-3 966	-1 354
13-15	-1 603	-1 483	3 020	2 726	-10 335	-3 138	-5 556	-4 233	-1 709
16-18	-3 759	-3 134	-7 055	11 213	-9 633	-5 481	-4 128	-5 433	-3 171
18	-1 134	-1 201	-3 421	2 464	-655	-3 041	-1 108	-1 881	-1 233
19-24	-6 191	-7 072	-33 365	-10 669	15 645	-16 124	-10 650	-8 691	-10 220
przedprodukcyjny*	-4 884	-4 135	-12 109	-18 453	-38 861	-24 791	-20 801	-13 565	-9 822
produkcyjny	-9 549	-10 577	-65 143	-66 801	-26 303	-35 070	-50 964	-97 911	-110 272
<i>mobilny</i>	-7 750	-9 464	-74 203	-90 813	-78 123	-66 127	-48 148	-29 110	-25 259
<i>niemobilny</i>	-1 799	-1 113	9 060	24 012	51 820	31 057	-2 816	-68 801	-85 013
poprodukcyjny	3 747	3 616	20 019	24 873	-2 155	-14 875	-6 867	33 386	44 305
0-14	-1 750	-1 956	-7 790	-29 889	-25 957	-21 313	-15 990	-8 434	-7 169
15-59	-22 933	-24 616	-107 016	-46 218	-50 495	-79 464	-102 322	-110 429	-86 056
60+	13 997	15 476	57 573	15 726	9 133	26 041	39 680	40 773	17 436
15-64	-19 898	-21 327	-118 230	-84 964	-54 973	-58 090	-84 022	-107 888	-112 338
65+	10 962	12 187	68 787	54 472	13 611	4 667	21 380	38 232	43 718
75+	249	-171	-3 224	46 887	53 725	37 869	1 915	-1 324	21 357
80+	1 775	1 450	1 517	-1 855	38 300	40 934	26 495	-1 469	540
85+	2 380	2 344	5 914	757	154	27 022	26 831	16 143	-1 751
kobiety 15-49	-5 655	-5 436	-29 720	-31 570	-46 074	-50 005	-38 237	-30 490	-19 245

Źródło: Prognoza ludności na lata 2014-2050, GUS, <https://stat.gov.pl>, (dostęp: 28.05.2020).

Z powyższego zestawienia można odczytać, że dodatnie zmiany stanów ludności występują głównie w grupach powyżej lat 60. Dane dla grupy poprodukcyjnej a tym samym dla osób 65 lat i więcej są niekorzystne (wiek poprodukcyjny: 44 305, wiek 65+: 17 436 czy też 75+: 21 357).

Proces starzenia się społeczeństwa to trend nieunikniony. Wzrost liczby osób starszych w wieku 60+ czy też 65+ lat, ale w dużej mierze osób w wieku 80 i więcej, świadczy o obecnym i przyszłym negatywnym zjawisku starzenia się społeczeństwa. Wraz z nasilaniem się jego skali pojawią się wyzwania demograficzno-społeczne, z którymi będzie trzeba sobie poradzić. Wyższego tempa procesu starzenia się społeczeństwa doświadczą obszary obecnie cechujące się relatywnie niskim zaawansowaniem starości (Majdzińska, 2017). Będzie to stanowiło wyzwania dla instytucji publicznych odpowiedzialnych za kształtowanie polityki społecznej w kraju, ale i w poszczególnych jego regionach. Starzenie się ludności, pomimo że jest zjawiskiem globalnym, w znacznym stopniu ujawnia się właśnie w lokalnych jednostkach terytorialnych oraz wyznacza ich władzom konkretne zadania w tym zakresie (Richert-Każmierska, 2018), a negatywne trendy demograficzne stanowią jedno z zagrożeń lokalnego rozwoju regionów Polski (Gerejczyk, Pilewicz, 2017). Zgodnie z prognozami wystąpi konieczność wypracowania mechanizmów podtrzymania aktywności dla seniorów, organizacji ich życia społecznego oraz ograniczania wykluczenia społecznego.

Podsumowując, należy podkreślić, że zjawisko starzenia się społeczeństwa to nie tylko problem teraźniejszości. Progresa dalszych zmian i pogłębienie tego zjawiska to kwestia kolejnych dziesięcioleci. Struktura populacji w dalszym ciągu będzie obciążana głównie osobami starszymi. Do 2050 roku nastąpi wyraźne zmniejszenie liczby dzieci, ale również osób dorosłych, głównie w wieku produkcyjnym, co będzie miało istotne przełożenie na aspekty społeczno-gospodarcze Polski. Konsekwencją będzie konieczność zreformowania rynku pracy i jego dostosowanie do nowych realiów funkcjonowania związanych z brakiem zastępowalności zasobów pracy. W Polsce intensyfikuje się bowiem proces starzenia osób w wieku poprodukcyjnym. Oznacza to znaczny wzrost liczby ludności w przedziałach wiekowych 65+ oraz 80+. Populacja kraju ulegnie, zgodnie z przedstawionymi prognozami, zmniejszeniu o ponad 4 mln osób.

Opisywany prognozowany do roku 2050 wzrost liczby osób starszych oznacza konieczność zmian instytucjonalnych. W odniesieniu do tematyki niniejszej dysertacji należy przewidzieć zagrożenia związane z zapewnieniem ciągłości opieki medycznej dla tej grupy wiekowej. Mowa nie tylko o dostępności do usług pielęgnacyjno-opiekuńczych, ale o szeroko rozumianym dostępie do usług medycznych, kadry pielęgniarskiej i lekarskiej, jak również wystarczającej liczby miejsc w podmiotach leczniczych, gdzie prowadzone jest leczenie osób starszych.

1.4. Starość i starzenie się jako kategoria interdyscyplinarna

Zagadnienia starości oraz starzenia się rozpatrywane są w literaturze na gruncie wielu nauk – demografii, socjologii, ekonomii, gerontologii, medycyny, polityki społecznej. Starość jest elementem na stałe wpisanym w życie człowieka, zaś procesy starzenia mają wpływ na wiele wskaźników społecznych, ekonomicznych czy zdrowotnych. Analizując zapisy w literaturze dotyczącej procesów starzenia, dostrzega się przeświadczenie, że trudno jednoznacznie ustalić, czym jest starość, jakie są etapy starości oraz jak ten proces przebiega (Markowska-Plebankiewicz, 2017). Starość uważa się za pojęcie niejednorodne, trudne do zdefiniowania z powodu braku bezspornych wyznaczników i okresu ich ujawniania się w ocenie starości (Gałuszka, Probiez, 2020). Ma to uzasadnienie szczególnie w odniesieniu do określenia przez różnych autorów progu wieku starości. Przykładowo Radosław Murkowski uważa, że stały próg starości w społeczeństwach, gdzie ludzie żyją dłużej, będzie zawsze generować znaczny odsetek ludzi starych i w związku z tym granica starości powinna ulegać zmianie wraz z wydłużaniem się ludzkiego życia (Murkowski, 2020). Różnice kulturowe, rasowe, styl

życia czy inne czynniki społeczne mają duży wpływ na starzenie się. Współcześnie człowiek stary postrzegany jest jako osoba schorowana, niedołączona, uboga, zaniedbana przez rodzinę (Łacheta, 2014). Z drugiej strony osoby starsze często prowadzą aktywny tryb życia. Niewątpliwie starość jest naturalnym etapem życia człowieka, w konsekwencji prowadzącym do śmierci (Wieczorkowska, 2018). Dlatego też analizując przegląd definicji starości, należy zwrócić uwagę na liczne rozbieżności. Rafał Iwański wskazuje, że starość jest procesem wybitnie zróżnicowanym, ulegającym wpływom czynników ekonomicznych, psychologicznych, socjologicznych, prawno-socjalnych oraz biologicznych (Iwański, 2019). Emilia Garncarek (2005) uważa, że „starość można nazwać społecznym przeznaczeniem, ponieważ to od społeczeństwa zależy, kto zostanie uznany za człowieka starego, w jaki sposób postrzega się starość i jak się ją definiuje”. Próbę przedstawienia uniwersalnej definicji starości podejmuje Adam A. Zych. Określa starość jako: nieunikniony efekt starzenia się, w którym procesy biologiczne, psychiczne i społeczne zaczynają oddziaływać względem siebie synergetycznie, prowadząc do naruszenia równowagi biologicznej i psychicznej bez możliwości przeciwdziałania temu, czyli jest to końcowy okres procesu starzenia się. Starość, jako okres życia następujący po wieku dojrzałym, jest pojęciem statycznym, natomiast starzenie się, jako proces, zjawiskiem dynamicznym (Zych, 2001). Anna Rudnik z kolei lokuje starość w obszarze kondycji biologicznej, która implikuje określoną pozycję społeczną, generuje szereg działań i postaw (Rudnik, 2016). Zgodnie z przedstawionymi powyżej definicjami, starość jest nie do uniknięcia a sam proces starzenia się może postępować z dużą dynamiką, co ma szczególne znaczenie w kontekście starzenia się społeczeństwa jako ogółu. Dlatego autor we wcześniejszej części pracy przedstawił zmieniającą się na przestrzeni ostatnich lat strukturę wiekową ludności Polski, jak również prognozę demograficzną na kolejne 30 lat. Wynika z niej, że starość oraz proces starzenia będzie towarzyszył Polakom w następnych okresach w coraz to większym wymiarze. Próby zdefiniowania terminu dokonał Jerzy Piotrowski. Opisuje, że starzenie jest zjawiskiem kulturowym, wywołanym na podłożu biologicznym, związanym z osłabieniem sił (inwolucją). Nie ma żadnego obiektywnego czy przyrodniczego progu starości. Wiązanie początku starości z wiekiem chronologicznym 70, 65, 55 lat jest czysto umowne, konwencjonalne i upowszechniło się wraz z systemem ubezpieczeń społecznych (Piotrowski, 1992). Biologowie i lekarze określają natomiast starość jako okres życia po wieku dojrzałym. Nacechowany obniżeniem funkcji życiowych oraz licznymi zmianami w poszczególnych układach

i narządach (Szarota 2004). Starość może być ujmowana jako okres życia niesamodzielnego, uzależnionego od innych osób lub jako czas samotności i braku wystarczających środków do życia (Pakos, 2017). Przytaczając ponownie określenie Zycha, że „starość to nieunikniony efekt starzenia się”, należy dokonać szerszego zdefiniowania procesu starzenia się. Starzenie się ludzi jest zespołem zmian zachodzących w strukturze i funkcjonowaniu organizmu oraz w procesach przystosowawczych jednostki. Starość może być następstwem kumulowania się chorób i urazów ciała bądź naturalnych procesów starzenia się komórek i tkanek (Bromley, 1969). Według T.B.L. Kirkwooda, starzenie się jest procesem postępującego upośledzenia funkcji życiowych organizmu oraz utratą zdolności adaptacyjnych do zmian środowiskowych wraz ze zwiększającym się prawdopodobieństwem zgonu (Kirkwood 1996). Kolejna definicja określa starzenie jako złożony proces przemian, charakterystyczny dla wszystkich organizmów żywych, będący naturalnym, schyłkowym etapem cyklu życia (Kijak, Szarota, 2013). Starzenie się to nie tylko zmiany biologiczne, ale również psychiczne, mające oddziaływanie na całe społeczeństwo. Starzenie traktowane jest jako proces powstawania i pogłębiania się pewnych cech występujących u człowieka, a starość – w powszechnym i uproszczonym ujęciu – jest zespołem tych cech (Czekanowski 2012). Analizy udziału osób starszych w ogólnej liczbie ludności jako jeden z pierwszych dokonał Edward Rosset, zaznaczając, że występuje:

- 1) brak oznak starości demograficznej, gdy udział ludzi powyżej 60 lat w ogólnej liczbie ludności wynosi poniżej 8%;
- 2) wczesna faza przejściowa pomiędzy stanem młodości i starości demograficznej, gdy udział ludzi powyżej 60 lat wynosi 8–10%;
- 3) późna faza przejściowa pomiędzy stanem młodości i starości demograficznej, gdy udział ludzi powyżej 60 lat wynosi 10–12%;
- 4) stan starości demograficznej, gdy udział ludzi powyżej 60 lat stanowi 12% i więcej (Rosset 1959).

Podział dokonany przez Edwarda Rosseta, pomimo że stworzony w latach 50. ubiegłego wieku, uznawany jest w literaturze za aktualny. W kolejnych latach podjęto próbę kilku modyfikacji, jednak skala podziału nie różniła się znacząco od wartości przedstawionych przez Rosseta. Przykładowo odmienne stanowisko odnośnie do progu starości demograficznej zaprezentowała Organizacja Narodów Zjednoczonych (ONZ). Zgodnie z danymi, udział ludzi powyżej 60. lat musi stanowić zaledwie 7% i więcej (ONZ, 2005). Ważnym elementem starości jest periodyzacja życia. Poszczególne fazy mają wpływ na

jakość życia osoby starej, jej zdrowie nie tylko fizyczne, ale i psychiczne. Próby opisu okresów życia podjął się Józef Kocemba, który jako gerontolog oraz geriatra dokonał następującego podziału:

- 1) I – Okres poznawania świata i przygotowań do pełnienia ról biologicznych, społecznych i zawodowych – pierwsze 30 lat życia jednostki;
- 2) II – Okres twórczy, dzielony na dwa 15-letnie podokresy – wieku średniego (30–45 lat) i wieku dojrzałego (45–60 lat);
- 3) III – Okres starości, także dzielony na piętnastoletnie odcinki – tzw. III wieku – *young old* (60–75 lat) oraz podokres starości dojrzałej (*old old*: 75–90 lat);
- 4) IV – Okres długowieczności – powyżej 90 lat aż do końca życia, które, jak się okazuje, u człowieka może sięgnąć granicy 110–120 lat (*oldest old, long life*) (Kocemba, 2000).

Zofia Szarota w swojej klasyfikacji ukierunkowanej na wyznaczenie progu rozpoczęcia starości wyróżnia wiek:

- 1) metrykalny – informuje, ile osoba ma lat na podstawie danych urzędowych (data urodzenia); za próg starości uznaje się 60. lub 65. rok życia;
- 2) biologiczny – starość wyznaczana jest przez procesy degeneracyjne opisywane przez biologię i medycynę;
- 3) psychiczny – subiektywne odczucie każdego człowieka, to, na ile lat się czuje, jak staro się czuje;
- 4) społeczny – starość określana jest przez zmianę ról społecznych, np. przejście z roli pracownika do roli emeryta;
- 5) prawny – w tym wymiarze określa się, w jakim wieku osoba uzyskuje prawo do przejścia na emeryturę i korzystania z różnego rodzaju świadczeń przysługujących seniorom (np.: ulgi w przejazdach, zwolnienie z opłat za przejazd lub abonament radiowo-telewizyjny);
- 6) ekonomiczny – starość charakteryzowana jest jako przejście z wieku produkcyjnego do postprodukcyjnego, czyli utrata lub możliwość rezygnacji z funkcji wytwarzania dóbr i usług na rynku pracy;
- 7) socjalny – informuje, kiedy osoba może zacząć korzystać ze świadczeń socjalnych przysługujących osobom starym (Szarota, 2010).

Inny podział opisany przez Elżbietę Trafiałek, uwzględniający wpływ różnych czynników, zarówno fizycznych jak i społecznych, klasyfikuje progi starości:

- 1) próg kalendarzowy wyznacza osiągnięcie wieku emerytalnego;

- 2) próg biologiczny wiąże się z funkcjonalną sprawnością organizmu;
- 3) próg prawny jest utożsamiany z ustawowym przymusem rezygnacji z aktywności zawodowej;
- 4) próg ekonomiczny ma związek ze spadkiem dochodów;
- 5) próg społeczny jest związany z utratą prestiżu i ról społecznych;
- 6) próg technologiczny jest wyznaczony występowaniem lęku przed nowoczesnymi urządzeniami (Trafiałek, 2003).

Autorzy podejmują próbę oszacowania etapów samej starości. Zostały one wydzielone na różne sposoby. Anna Grzywna rozróżnia wczesny oraz późny okres starzenia:

- 1) wczesne starzenie się (65.–75. lub 80. r.ż.), nazywane okresem „złotej jesieni”. Jest to okres, w którym seniorzy mają dużo wolnego czasu, nie muszą pracować, ich dzieci są już dorosłe i samodzielne. Wtedy możliwa jest realizacja swych marzeń, a także wykonywanie czynności, na które wcześniej nie było czasu;
- 2) późne starzenie się (po 80. r.ż.). Seniorzy w tym okresie stają się mniej sprawni ruchowo, mogą potrzebować opieki innych osób, stają się zależni od innych członków rodziny albo znajdują się w domu opieki dla osób starszych. Jeżeli senior jest sprawny umysłowo, w dalszym ciągu może w sposób aktywny uczestniczyć w życiu rodziny czy społeczności, w której żyje na co dzień (Grzywna, 2013).

Podobne ujęcie podziału etapów starości prezentuje Światowa Organizacja Zdrowia (WHO):

- 1) starość wczesna, III wiek, *young old*: 60–75 lat;
- 2) starość dojrzała, *old old*: 75–90 lat;
- 3) długowieczność (wiek sędziwy, *oldest old, long life*) (Moschis, 1992).

Guillaumé Daignan wyodrębnił szczególne cechy zachowań ludzkich, które przyporządkowane zostały do etapów starości:

- 1) wiek żalów, gdzie dominują troski, niepokoje, zły nastrój (57–63 lat);
- 2) wiek ułomności z przewagą niewyrozumiałości (64–70 lat);
- 3) wiek skąpstwa z dominacją zazdrości i zawiści (71–77 lat);
- 4) wiek nieufności, z takimi cechami, jak gadulstwo, podejrzliwość (78–84 lata);
- 5) wiek obojętności z upodobaniem do pochlebstw (85–91 lat);
- 6) wiek beztroski z upodobaniem do pochwał (92–98 lat);
- 7) wiek nieczułości (99–105 lat) (Minois, 1995).

Michael Salomon, Gary Bamossy i Søren Askegaard podzielili seniorów na cztery grupy:

- 1) starsi konsumenci – osoby w wieku 55–64 lata;
- 2) relatywnie starsi konsumenci – osoby w wieku 65–74 lata;
- 3) starzy konsumenci – osoby w wieku 75–84 lata;
- 4) bardzo starzy konsumenci – seniorzy w wieku 85+ (Solomon, Bamossy, Askegaard, 2001).

W literaturze gerontologicznej w Stanach Zjednoczonych osoby starsze przyporządkowane zostały do trzech grup:

- 1) młodych starych – osoby w wieku 65–74 lata;
- 2) starych-starych – osoby w wieku 75–84 lata;
- 3) najstarszych starych – osoby w wieku 85 lat i więcej (Cornet, 2015).

Dla porównania, w publikacjach anglosaskich w odniesieniu do starości stosuje się podział na:

- 1) młodych-starych – osoby wieku od 60–69 lat;
- 2) starych w średnim wieku – osoby w wieku od 70 do 79 lat;
- 3) starych-starych – osoby między 80. a 89. rokiem życia;
- 4) sędziwych starych – osoby po ukończeniu 90. roku życia (Stuart-Hamilton, 2006).

Powyższy przegląd definicji starości stanowi potwierdzenie mnogości metod interpretacji tego pojęcia przez autorów na przestrzeni lat. Zatem ciągle aktualne jest przytoczone powyżej stwierdzenie Marioli Markowskiej-Plebankiewicz, że trudno jednoznacznie określić, czym jest starość, jak podzielić ją na etapy czy precyzyjnie wskazać, jak omawiany proces starości przebiega. Interpretacja starości oparta jest głównie o kategorię wieku, jednak istnieje liczna grupa czynników, które to postrzeganie mogą wielowymiarowo zmieniać. Czynniki zdrowotne, społeczne, rodzinne, kulturowe, materialne to zaledwie wybrane elementy, które decydują o przebiegu starości oraz jej jakości.

Wszystkie przedstawione powyżej koncepcje tworzone w nurcie gerontologii nie budzą tyle kontrowersji co biologiczne teorie starzenia się. Istnieje znaczna liczba teorii o podłożu biologicznym czy medycznym podejmujących próbę zdefiniowania przyczyn starzenia się oraz konsekwencji związanych z tym procesem. Poniżej w tabeli 16. przedstawione zostało zestawienie najbardziej znanych teorii przygotowane przez Zofię Szarotę w roku 2004.

Tabela 16. Biologiczne teorie starzenia się

Lp.	Teoria	Wykładnia
1	Energetyczna (M. Rubner 1902)	Organizm stanowi układ fizykochemiczny, zdolny do wyprodukowania stałej określonej ilości energii przypadającej na każdy kilogram ciała; po jej zużyciu ustroj starzeje się i umiera; długość życia organizmu jest odwrotnie proporcjonalna do szybkości przemiany materii; zmniejszenie energii dzielenia się komórki powoduje jej naturalną śmierć.
2	Witalistyczna (S.W. Żurkowski 1934)	Z biegiem lat siła życiowa – źródło i przyczyna życia – wyczerpuje się.
3	Cytologiczno-histologiczna (G.R. Minot, M.P. Krenke, A.W. Nagorny)	Różnicujące się i stopniowo specjalizujące komórki gromadzą w sobie szkodliwe produkty upośledzające z czasem funkcje całego organizmu.
4	Niedożywienia komórek tkankowych (M.S. Mublmann, R. Peret)	Odwoluje się do procesu starzenia się komórek, które zmniejszając swą powierzchnię wchłaniania tlenu i substancji odżywczych, głodują.
5	Samozatrucia się (A.A. Bogomolec 1938)	Produktami własnej przemiany materii, zmiany w tkance łącznej, zaburzenia fizykochemiczne w starzejących się tkankach.
6	Samozatrucia się organizmu (I.I. Miecznikow)	Wydalinami flory bakteryjnej w jelicie grubym; starość jest chorobą, którą trzeba leczyć.
7	Hormonalina (CH. Brown- Sequard, S.A. Woronow, E. Steinach)	Powodem starzenia jest regresja struktury i zanik funkcji wewnątrzwydzielniczych gruczołów płciowych.
8	Neurogenna (D. Kotsovsky, E. Greppi, J. Meites, C. Finch)	Przyczyną starzenia się jest wyczerpywanie się i stopniowa degeneracja układu nerwowego.
9	Fizykochemiczna (S. Weiss, L. Ruzicka, A.F. Butenand)	Łączy starość ze zmianami zachodzącymi w miarę upływu lat w plazmie komórkowej.
10	Biomorfotyczna (M. Burger 1965)	Biochemicznie jednostka starzeje się dzień po dniu od momentu poczęcia; zmiany zachodzące w trakcie starzenia się są nieodwracalne; ontogenetyczna jednokierunkowość życia – dzieci będą starcami.
11	Biomorfotyczna (M. Biurger 1965)	Starość regulowana jest gospodarką hormonalną organizmu, za pomocą terapii hormonalnej można zwolnić i osłabić procesy starzenia się
12	Ewolucyjna (szkoła A. Weissmanna)	Komórka musi albo się podzielić na dwie potomne, albo zwyrodnieć i obumrzeć; w miarę różnicowania się do coraz bardziej specjalistycznych funkcji w ustrojach wielokomórkowych – komórki tracą zdolność do mitozy.
13	Biochemiczna (L. Binet)	Stopniowy spadek odporności organizmu, słabsze przeciwciała, częstsze choroby, poziom hormonu grasicy – tymosyny zmniejsza się między 25. a 45. r.ż.
14	Genetyczno-immunologiczne i stochastyczne (F. Szilard, M. Burnet, R. Cherry, L. Cherry)	Rozwijający się i zaprogramowany, kontrolowany przez geny proces zmian ilościowych, uruchamiany przez zaburzenia bądź uszkodzenia aparatu genetycznego, program genetyczny kończy się po ustaniu zdolności do reprodukcji.
15	Koncepcja kumulacji stresów (H.H. Selye)	Wynik sumy, komunikacji skutków wszystkich stresów.

Źródło: Szarota Z., *Gerontologia społeczna i oświatowa, WNAP, Kraków 2004.*

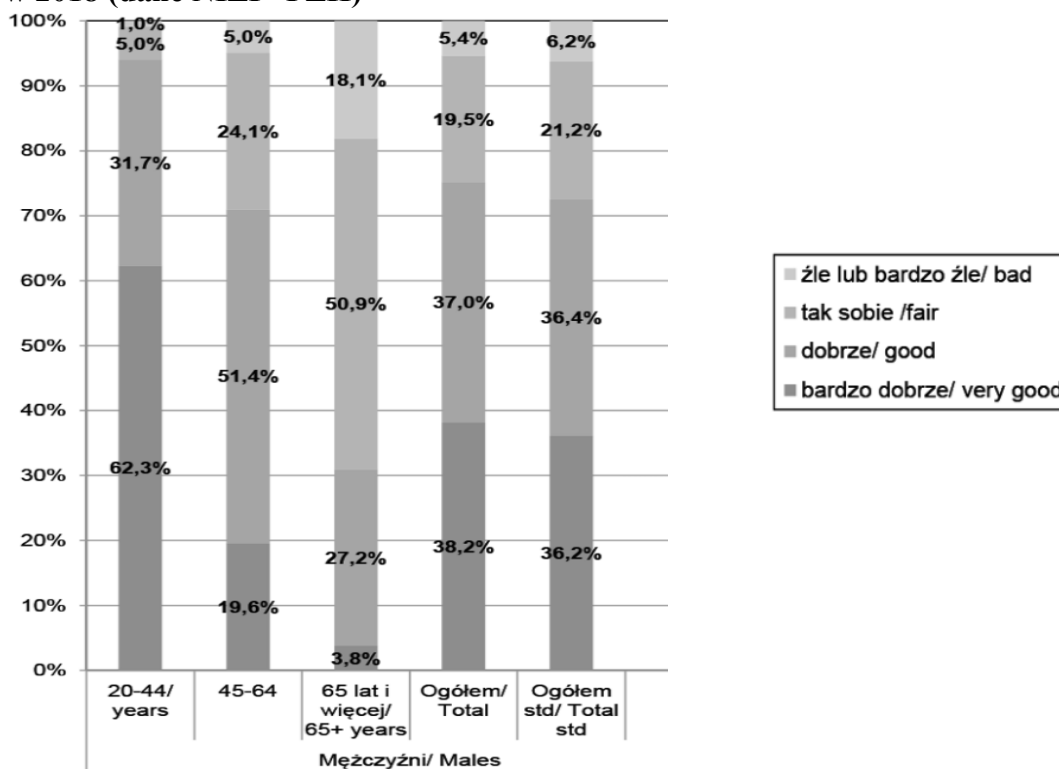
Zestawienie przygotowane przez Szarotę ilustruje szerokie ujęcie biologicznych teorii starzenia się, akcentujących zmiany w wyniku starzenia się. Elementami powtarzającymi się są m.in. procesy zachodzące na poziomie komórek organizmu, zmiany hormonalne czy też spadek odporności organizmu spowodowany zaburzeniami

w prawidłowym funkcjonowaniu organizmu. Autorka ma na celu wskazanie, że większość z tych mechanizmów starzenia organizm ludzki nie jest w stanie zatrzymać. Postępują one wraz z wiekiem, a ich intensywność wzrasta, doprowadzając do biologicznego zestarzenia się. Jednak pojawianie się zewnętrznych znamion starości nie zawsze pociąga za sobą upośledzenie kondycji fizycznej czy sprawności umysłowej (Suwiński, 2018). Starość bowiem może być rozpatrywana na wielu płaszczyznach, a na proces starzenia może mieć wpływ wiele czynników. Jednak kluczowa dla funkcjonowania osoby starszej jest dbałość o jakość życia i zdrowia. Poprawa warunków życia, nawyków, postęp medycyny spowodowały, że ludzkie życie się wydłużyło (Wieczorkowska, 2013), dlatego wielu autorów w literaturze podkreśla, że dokonywanie periodyzacji życia czy ścisłego podziału na fazy starości powinno uwzględniać aspekt zdrowotny wpływający na wydłużenie tego okresu. To jakość życia, poziom ochrony zdrowia, dostępność nowoczesnej i szybkiej diagnostyki prowadzi do wydłużenia punktu uznawanego za początek wieku starczego. Wydłużenie liczby lat życia rodzi nowe wyzwania, ponieważ dynamika zmian stanu zdrowia w starszym wieku jest złożona i wymaga ujęcia z multidyscyplinarnej perspektywy (Alcañiz, Solé-Auró, 2018).

1.5. Stan zdrowia osób starszych w Polsce

Zgodnie z raportem „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania”, opublikowanym przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego (NIZP) oraz Państwowy Zakład Higieny (PZH) w październiku 2018 r., opartym na próbie badawczej 3 tys. osób w wieku 20 lat i więcej wynika, że ponad 3/4 dorosłych mężczyzn (72,6%) oraz 71,1% dorosłych kobiet w Polsce ocenia swój stan zdrowia jako bardzo dobry lub dobry (Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, 2018).

Wykres 6. Stan zdrowia osób według ich własnej oceny wg płci i grup wieku w 2018 (dane NIZP–PZH)



Źródło: NIZP, PZH, Raport „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania”, 2018.

Na wykresie 6., zamieszczonym powyżej, widać, że w kategorii „bardzo dobrze” swój stan zdrowia najniżej określają osoby w wieku 65 lat i więcej. Zdecydowana przewaga osób w tym przedziale wiekowym opisuje swoje zdrowie jako wątpliwe. Ponad 50% badanych w wieku 65 i więcej ocenia swój stan zdrowia w kategorii „tak sobie”. Pokazuje to skalę problemu ochrony zdrowia w opiece nad osobami starszymi. Poczucie złego stanu zdrowia przez osoby w wieku 65+, wielokrotnie znajduje odzwierciedlenie w zwiększonej liczbie realizowanych przez nie świadczeń zdrowotnych. Jak to zostało przedstawione w początkowej części niniejszej pracy, zachodzące procesy demograficzne prowadzące do starzenia się społeczeństwa Polski determinować będą odsetek osób starszych cierpiących na wielochorobowość (tzw. zespół geriatryczny). Pacjent geriatryczny cechuje się mnogością występowania jednostek chorobowych. Jak piszą Kijak oraz Szarota, tzw. zespół geriatryczny obejmuje głównie seniorów. Najczęstsze schorzenia dotyczą niewydolności krążenia i chorób układu sercowo-naczyniowego (mowa o 75% populacji z tymi zaburzeniami), schorzeń mózgu, zaburzeń odporności oraz problemów z narządem ruchu (68%). Inne dolegliwości powiązane są z układem oddechowym (46%) oraz pokarmowo-trawiennym (34%). Równie często występujące jednostki chorobowe to nietrzymanie moczu, kłopoty z pamięcią, depresja

i zaburzenia równowagi (Kijak, Szarota, 2013). Podobne stanowisko przedstawia krajowy konsultant ds. geriatry prof. dr hab. Tomasz Kostka. Wymienia szereg chorób, które w stopniu znacznym dotyczą pacjenta geriatrycznego. To m.in. nadciśnienie tętnicze, choroba Parkinsona, choroba Alzheimera, depresja, miażdżyca, zaburzenia elektrolitowe, cukrzyca oraz wiele innych (Kostka, 2018). Tym samym opieka jest szeroka, wielopłaszczyznowa, polega najczęściej nie tylko na trosce pielęgniarskiej, lekarskiej, ale także rehabilitacyjnej. Ta złożona sytuacja kliniczna osób starszych wymaga podjęcia działań holistycznych, uwzględniających wielochorobowość oraz wielolekowość (Rubenstein, Josephson, Wieland, 1984). Działania zespołowe kadry lekarskiej oraz pielęgniarskiej determinują poprawę zdrowia osób starszych, redukując m.in. ich stopień niesprawności, minimalizując długość oraz liczbę hospitalizacji oraz opóźniając potrzebę instytucjonalizacji (Stuck, Aronow, Steiner, 1995). Dlatego też opieka geriatryczna w najbliższej przyszłości będzie nie tylko elementem wsparcia w diagnostyce chorób wieku podeszłego, lecz w dużej mierze gwarancją funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej jako całości. Aby dokonać charakterystyki stanu zdrowia populacji, stosuje się różnorodne wskaźniki. Jednym z przykładów jest analiza następujących elementów:

- 1) sprawności ruchowej – w miarę progresji wieku odsetek osób niepełnosprawnych stopniowo wzrasta;
- 2) samooceny stanu zdrowia – jest zależna od zaawansowania wieku oraz liczby odczuwanych dolegliwości;
- 3) dolegliwości osób starszych – mogą być następstwem samego procesu starzenia, częściej jednak wiążą się z chorobami występującymi w wieku starszym;
- 4) przedmiotową ocenę stanu zdrowia – wpływa na nią częstość występowania chorób, które mogą być etiologicznie związane z procesami starzenia się lub jedynie towarzyszyć starości (Pędich, 1990).

Z powyższym wiążą się ustalenia GUS-u, który przeprowadził badanie oraz opublikował raport „Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2014 r.”. Jest to jedno z najważniejszych badań prowadzonych w UE w dziedzinie statystyki zdrowia publicznego. Głównym celem jest wypracowanie systemu monitoringu zdrowia zawierającego takie elementy, jak: stan zdrowia, chorobowość, zdrowie psychiczne, wypadki i urazy, korzystanie z opieki zdrowotnej, profilaktyka zdrowotna oraz styl życia. W powyższym raporcie, podobnie jak w publikacji NIZP-PZH, odnaleźć można dane

odnośnie do samooceny stanu zdrowia. Wynika z nich, że zdecydowana większość, bo ponad 47,3%, ocenia swój stan zdrowia w kategorii „tak sobie, ani dobrze, ani źle”.

Tabela 17. Samoocena zdrowia ludności Polski w 2014

Wyszczególnienie	Ogółem	Jak ogólnie ocenia Pan/Pani swoje zdrowie?				
		Bardzo dobrze	Dobrze	Tak sobie, ani dobrze, ani źle	Źle	Bardzo źle
w % osób						
Osoby w wieku 60 lat i więcej						
Ogółem	100	1,9	23,8	47,3	21,2	5,9
Mężczyźni	100	1,9	26,1	46,4	20,1	5,5
Kobiety	100	1,9	22,2	47,9	21,9	6,1
Miasta	100	2,4	26,0	45,7	19,8	6,2
Wieś	100	1,1	19,9	50,0	23,6	5,3

Źródło: Badanie EU-SILC 2014.

Zgodnie z informacjami zawartymi w tabeli powyżej, lepszym zdrowiem cieszyły się osoby zamieszkujące tereny miejskie (28,4%) niż wiejskie (21%). Również to mężczyźni oceniali swój stan zdrowia lepiej niż kobiety (odpowiednio 28% oraz 25,6%). Jednocześnie bardzo dobrze oceniły swoje zdrowie jedynie osoby w wieku 60 lat i więcej zamieszkujące w mieście. Pokazuje to, że wśród osób starszych zdrowie jest ważnym aspektem życia, na który należy zwracać uwagę oraz monitorować jego stan. W badaniu EU-SILC dokonano również analizy kategorii „długofalowe problemy zdrowotne osób w wieku 60 lat i więcej”. Osób w wieku 60–69 lat, które sygnalizowały długotrwałe problemy zdrowotne, było ponad 85%. W przedziale 80 lat i więcej to już ponad 95% (EHIS, 2014). W tabeli 18. został zawarty wykaz chorób przewlekłych oraz innych jednostek chorobowych towarzyszących w dużej mierze osobom starszym.

Tabela 18. Choroby przewlekłe ludności Polski według płci i grup wieku w 2014

Wyszczególnienie		Ogółem 60 lat i więcej	60-69 lat	70-79 lat	80 lat i więcej
		w % ogółu ludności danej płci i wieku			
Chorujący przewlekłe	o	88,9	85,2	92,5	95,2
	m	85,4	82,3	89,1	93,0
	k	91,4	87,8	94,6	96,1
Astma	o	7,2	6,4	7,9	8,5
	m	7,0	5,8	7,5	11,3
	k	7,4	7,0	8,2	7,2
Przewlekłe zapalenie oskrzeli, POCHP, rozedma płuc	o	6,9	5,9	7,6	8,7
	m	7,4	5,8	8,6	12,6
	k	6,5	6,0	6,9	7,0
Zawał serca i jego konsekwencje	o	9,3	6,8	11,7	13,6
	m	13,0	10,0	16,7	20,1
	k	6,7	4,0	8,5	10,8
Choroba wieńcowa, dusznica bolesna	o	26,8	18,2	34,1	42,2
	m	24,9	19,2	30,8	40,3
	k	28,1	17,5	36,2	43,0
Wysokie ciśnienie krwi	o	52,6	47,6	58,5	59,4
	m	47,3	45,0	51,7	49,4
	k	56,4	49,8	62,9	63,8

Udar mózgu i jego konsekwencje	o	6,1	4,5	7,6	9,0
	m	7,5	5,6	10,6	10,6
	k	5,1	3,5	5,7	8,3
Choroba zwyrodnieniowa stawów	o	39,7	32,9	45,6	52,2
	m	29,0	25,0	33,4	39,3
	k	47,3	39,5	53,5	58,0
Bóle dolnej partii pleców	o	41,7	39,3	44,0	45,8
	m	36,3	34,3	37,4	43,3
	k	45,5	43,5	48,2	46,9
Bóle środkowej partii pleców	o	29,0	25,8	30,4	36,9
	m	24,0	22,2	25,8	29,1
	k	32,4	28,8	33,3	40,3
Bóle szyi (karku) lub inne przewlekłe dolegliwości szyi (karku)	o	29,7	27,8	31,3	33,2
	m	23,8	22,7	25,4	25,4
	k	33,9	32,2	35,1	36,7
Cukrzyca	o	17,7	14,6	21,6	21,5
	m	17,8	15,7	20,2	22,3
	k	17,7	13,6	22,5	21,2
Alergia	o	9,0	8,6	9,4	9,7
	m	5,4	5,5	5,1	5,4
	k	11,5	11,1	12,2	11,6
Marskość wątroby	o	1,2	1,0	1,4	1,5
	m	1,4	1,0	1,7	2,3
	k	1,1	0,9	1,2	1,2
Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy	o	8,0	7,5	9,5	7,4
	m	7,7	7,9	6,7	8,7
	k	8,2	7,1	11,2	6,9
Nietrzymanie moczu, problemy z kontrolowaniem pęcherza moczowego	o	12,2	6,6	14,1	27,0
	m	7,5	3,9	10,3	19,5
	k	15,5	8,9	16,5	30,3
Problemy z nerkami	o	8,1	6,4	10,0	10,7
	m	6,8	5,3	8,3	11,1
	k	9,1	7,4	11,1	10,5
Silne bóle głowy (migrena)	o	11,6	10,7	12,8	12,3
	m	6,9	7,2	6,4	6,9
	k	14,8	13,8	16,8	14,7
Depresja	o	6,8	5,9	7,6	8,3
	m	4,3	3,6	4,6	7,3
	k	8,6	7,9	9,5	8,7
Choroby tarczycy	o	11,7	12,1	12,1	9,4
	m	3,7	3,5	4,2	3,5
	k	17,3	19,4	17,2	12,1
Choroby prostaty (przerost gruczołu krokowego)	m	22,7	14,7	32,3	41,2
Inne choroby	o	18,9	17,1	19,5	23,8
	m	16,5	15,1	17,9	20,3
	k	20,6	18,8	20,5	25,3

Źródło: Badanie EU-SILC 2014.

Częściej dolegliwości chorobowe zgłaszały kobiety i zależność ta występuje we wszystkich grupach wiekowych. Ponadto z przedstawionych danych wynika, że najczęstszą przyczyną chorób u osób w wieku 60 lat i więcej jest nadciśnienie tętnicze. U osób w wieku 80 lat i więcej występuje ono blisko w 60% przypadków. Kolejną często odnotowywaną jednostką chorobową jest choroba zwyrodnieniowa stawów. Można zaobserwować, że wraz z wiekiem odsetek zgłaszalności tej choroby jest coraz większy, jak wszelkiego rodzaju bóle zarówno dolnego, jak i górnego odcinka kręgosłupa. Tworzy to jednoznaczny obraz życia osób starszych, w którym opieka medyczna stanowi ważny element funkcjonowania. Dokonując analizy stanu zdrowia osób starszych, należy określić przyczynę zgonów osób w wieku 60 lat i więcej. W tabeli 19. przedstawiono

najczęstsze przyczyny zgonów poszczególnych grup wiekowych osób starszych w roku 2020.

Tabela 19. Zgony ludności Polski według przyczyn ICD10 w wybranych grupach wiekowych w 2020

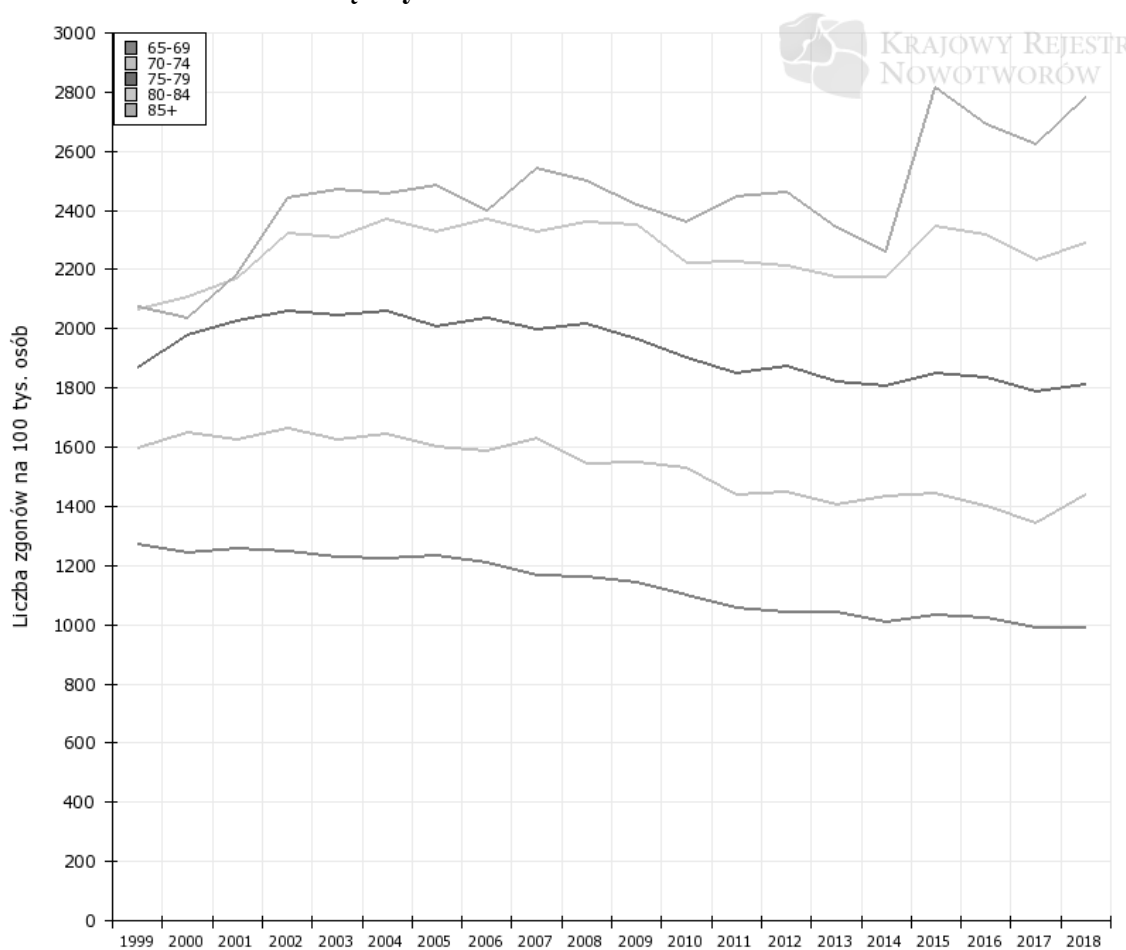
Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych	Ogółem	Wiek zmarłych							
		60–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85–89	90–95	95 lat i więcej
Zgony OGÓLEM	477 355	39 965	55 643	58 754	50 037	68 976	73 487	49 077	16 878
C – Nowotwory	3 640	456	594	633	482	549	398	181	29
Nowotwór złośliwy (głowa, twarz i szyja)	16	2	1	1	3	2	3	-	-
Nowotwór złośliwy (klatka piersiowa)	11	3	1	-	2	3	1	-	-
Nowotwór złośliwy (brzuch)	32	3	3	5	7	8	2	1	-
Nowotwór złośliwy (miednica)	15	3	1	-	2	2	1	3	-
Nowotwór złośliwy (kończyna dolna)	1	-	-	-	-	-	1	-	-
Nowotwór złośliwy (inne niedokładnie określone umiejscowienie)	209	22	36	36	34	32	18	11	-
Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice innych i niedokładnie określonych umiejscowień)	259	37	43	58	26	42	19	9	1
Nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia	3 000	374	491	508	400	456	351	154	28
Nowotwory złośliwe niezależnych (pierwotnych) mnogich umiejscowień	97	12	18	25	8	4	2	3	-
I – Choroby układu krążenia	52 431	2 542	4 172	5 242	5 082	8 940	11 976	9 008	3 393
Nagła śmierć sercowa, tak opisana	89	7	2	1	3	2	-	-	-
Zatrzymanie krążenia, nieokreślone	143	18	33	34	15	3	2	-	1
Częstoskurcz komorowy	1	1	-	-	-	-	-	-	-
Niewydolność serca zastoinowa	14 184	1 043	1 553	1 690	1 388	2 230	2 706	1 954	764
Niewydolność serca lewokomorowa	2547	227	377	422	357	362	368	187	62
Niewydolność serca, nieokreślona	16 873	919	1 505	1 857	1 804	2 782	3 579	2 622	915
Zapalenie mięśnia serca, nieokreślone	8	1	4	-	-	-	-	-	-
Zwyrodnienie mięśnia serca	252	-	13	9	10	48	76	87	9
Uogólniona i nieokreślona miażdżycza	18 334	326	685	1 229	1 505	3 513	5 245	4 158	1 642

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, Zgony według przyczyn określanych jako „garbage codes” według wieku zmarłych w 2020 roku.

Jedną z głównych przyczyn zgonów wśród osób starszych są choroby o podłożu kardiologicznym. W roku 2020 z ogólnej puli zgonów ponad 90% dotyczyło właśnie związanych z układem krążenia. Według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych najczęstszymi powodami zgonów wśród osób starszych były: uogólniona i nieokreślona miażdżycza (blisko 27 tys.) oraz niewydolność

serca (ponad 20 tys.). Wiele zgonów o podłożu kardiologicznym związane jest z małą aktywnością fizyczną. Polskich seniorów cechuje niski poziom sprawności fizycznej w porównaniu z innymi krajami członkowskimi UE (Kalbarczyk, Mackiewicz-Łyziak, 2019). Drugą kategorią wysokiej śmiertelności wśród osób starszych były nowotwory. Z danych Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN) wynika, że ponad 70% wykrywanych nowotworów złośliwych dotyczy osób w wieku powyżej 60 lat. W roku 2018 roku najwięcej zgonów wśród osób w wieku 60 i więcej spowodowały „nowotwory złośliwe bez określenia jego miejsca” (blisko 3400 zgonów). Inne przyczyny zgonów osób starszych to m.in. cukrzyca, zapalenie płuc, choroby układu moczowo-płciowego (w tym zapalenie nerek), choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy oraz przewlekła choroba wątroby. Na wykresach 7. oraz 8. zaprezentowano skalę umieralności spowodowanej chorobami nowotworowymi w Polsce oraz województwie łódzkim.

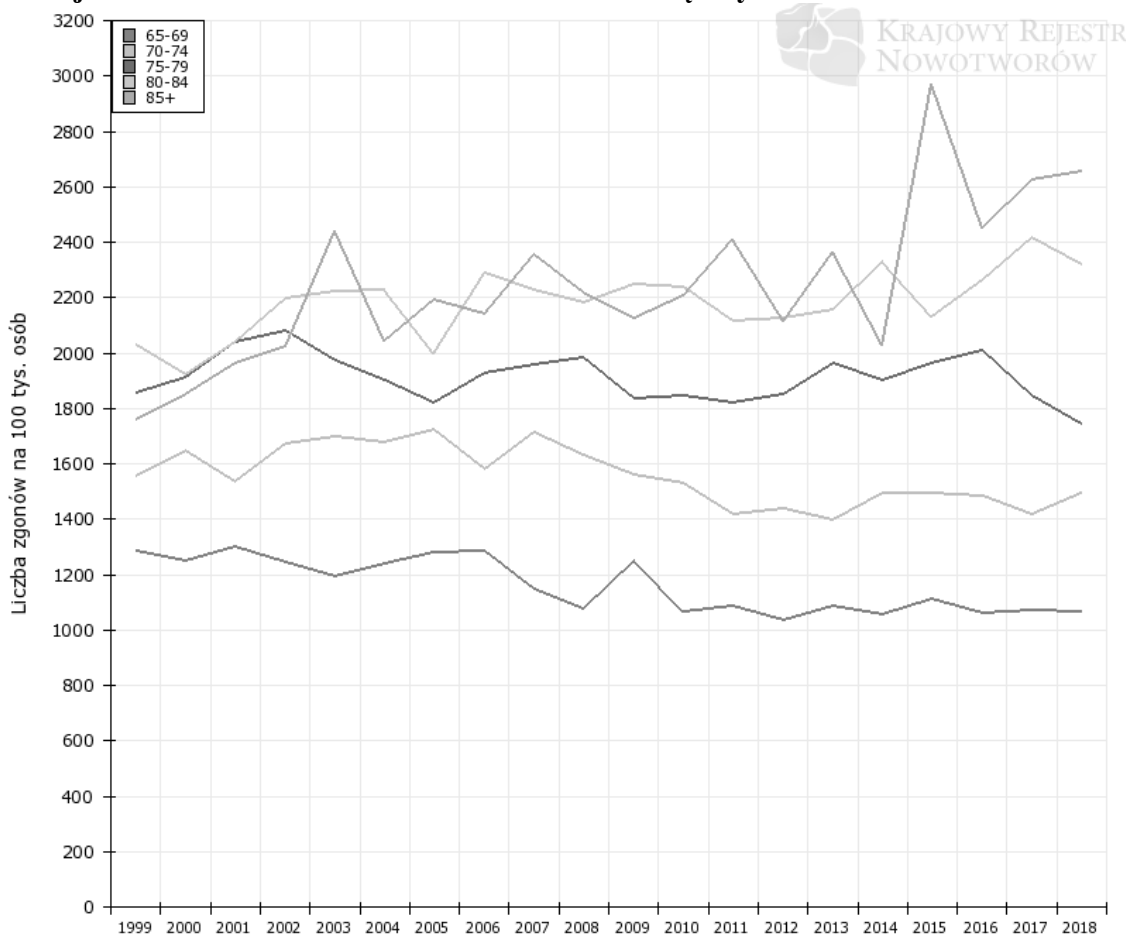
Wykres 7. Liczba zgonów według wieku z powodu chorób nowotworowych w Polsce w okresie 1999–2018 – mężczyźni



Źródło: KRN, <http://onkologia.org.pl>, (dostęp: 10.01.2022).

Na wykresie 7. zostały zaprezentowane dane z KRN dotyczące liczby zgonów mężczyzn w wieku 60 lat i więcej spowodowanych chorobami nowotworowymi w Polsce, w latach 1999–2017. Podobny trend dotyczy województwa łódzkiego, gdzie największy wzrost odsetka zgonów wywołanych zachorowalnością na nowotwór odnosi się do osób w wieku 80 lat i więcej (wykres 8).

Wykres 8. Liczba zgonów według wieku z powodu chorób nowotworowych w województwie łódzkiem w latach 1999–2018 – mężczyźni

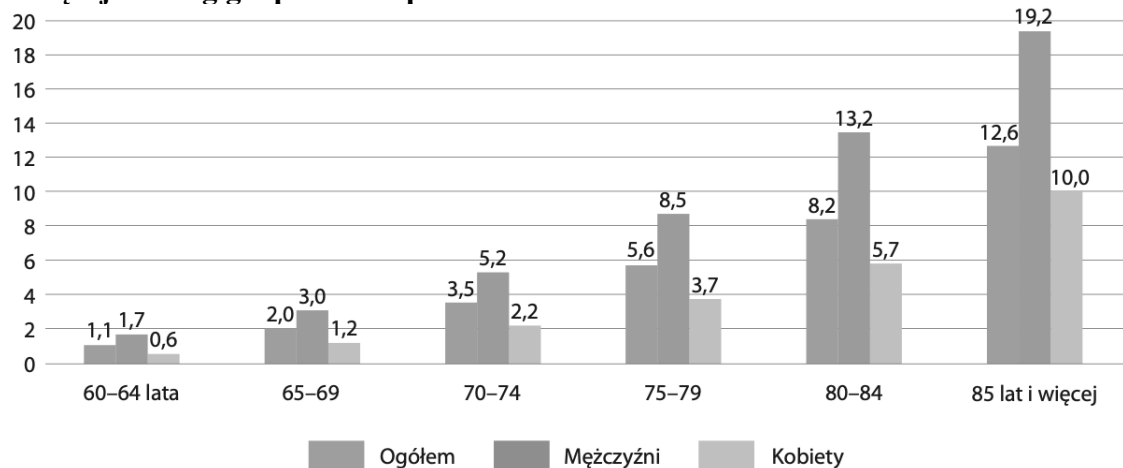


Źródło: KRN, <http://onkologia.org.pl>, (dostęp: 10.01.2022).

Reasumując, w 2020 roku w populacji osób w wieku senioralnym głównymi przyczynami zgonów były choroby układu krążenia oraz choroby nowotworowe. Choroby układu krążenia odpowiadały za 39,6% zgonów osób starszych (35,9% zgonów mężczyzn i 43,2% zgonów kobiet). Dla ogółu społeczeństwa odsetek zgonów w wyniku chorób serca ukształtował się na poziomie 36,6%. Drugą najczęściej obserwowaną przyczyną zgonów osób w wieku senioralnym były nowotwory. W 2020 roku odsetek zgonów z tego powodu dla ogółu społeczeństwa wyniósł 22,8%, a w populacji osób starszych 22,7%. Należy odnotować, że w konsekwencji epidemii COVID-19

opisywanej w odrębnym rozdziale niniejszej rozprawy, w 2020 roku zmarło w Polsce niemal 41,5 tys. osób, z czego 37,7 tys. osób w wieku senioralnym (9,1% zgonów). Precyzyjne dane z podziałem na kategorie wiekowe ujęte zostały na wykresie 9.

Wykres 9. Współczynnik zgonów spowodowanych COVID-19 osób w wieku 60 lat i więcej według grup wieku i płci w 2020 roku



Źródło: *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2020 roku*, <http://stat.gov.pl> (dostęp: 14.01.2022).

Współczynnik zgonów z powodu COVID-19 rośnie wraz z wiekiem. Dla grupy osób w wieku 60–64 ukształtował się na poziomie 1,1, podczas gdy dla grupy osób w wieku 85 lat i więcej na poziomie 12,6.

Pomimo że ponad 70% osób w kraju (NIZP, 2018) ocenia swój stan zdrowia jako bardzo dobry lub dobry, to przegląd informacji dotyczących chorób przewlekłych, dolegliwości oraz przyczyn zgonów wśród osób w wieku 60 lat i więcej pokazuje, że zapotrzebowanie na realizację usług zdrowotnych w Polsce wśród tej grupy wiekowej jest znaczne. Priorytetem dla osób w tej kategorii wiekowej jest zdrowie, co znajduje przełożenie na rosnące zapotrzebowanie na usługi zdrowotne. Starzenie bowiem związane jest z wyższym ryzykiem chorób przewlekłych oraz osłabieniem funkcji poznawczych (Rechel, Doyle, Grundy, McKee, 2009). Na stan zdrowia społeczeństwa Polski wpływa w największym stopniu narastająca epidemia nadwagi i otyłości, palenia tytoniu, brak ruchu, niewłaściwe nawyki żywieniowe oraz stosunkowo wysoki poziom spożycia alkoholu (Sobczak, Bartniczak, Raszkowski, 2020). Podkreślenia wymaga również, że jak to zostało opisane w powyższej części rozprawy, to kobiety głównie zgłaszały problemy zdrowotne we wszystkich grupach wiekowych. Dlatego przegląd stanu zdrowia osób starszych musi uwzględniać strukturę płci, demografię, znaczną wielochorobowość, wielolekowość czy też stan psychiczny osób starszych. Różnorodność występujących jednostek chorobowych w tej kategorii wiekowej

wymusza bowiem na uczestnikach systemu ochrony zdrowia działania wielopłaszczyznowe. Z pewnością liczba problemów zdrowotnych będzie wzrastać, szczególnie z obszaru geriatry czy też opieki pielęgnacyjno-opiekuńczej. Autor wykazał również, że przyczynę zgonów wśród osób starszych należy łączyć z chorobami kardiologicznymi oraz nowotworami. W ostatnich dwóch latach zagrożeniem dla grupy wiekowej 85 lat i więcej była epidemia COVID-19. Należy bowiem przypomnieć, że współczynnik zgonów dla tej grupy osób ukształtował się na wysokim poziomie.

1.6. Leczenie osób starszych, opieka geriatryczna w Polsce

W Polsce świadczenia zdrowotne realizowane są zgodnie z Ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁹. Ocenia się, że niezaspokojone potrzeby medyczne w Polsce są znacznie większe niż w krajach członkowskich UE. Opisywane zakresy to m.in. długi czas oczekiwania na realizację świadczenia zdrowotnego, problemy z dostępnością do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), czy też braki w dostępności opieki długoterminowej (Kurpas, 2020). W pierwszej kolejności należy dokonać charakterystyki dwóch podstawowych obszarów w leczeniu osób starszych, tj. struktury funkcjonowania POZ oraz AOS. Do podstawowych aktów prawnych regulujących działalność tych podmiotów zaliczyć należy:

- Rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej¹⁰, a od 12 listopada 2013 r. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej¹¹;
- Rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 27 maja 2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej¹², a od 17 grudnia 2013 r. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej¹³;

⁹ t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.

¹⁰ Dz.U. Nr 139, poz. 1139 z późn. zm.

¹¹ t.j. Dz.U. 2021 r. poz. 540 z późn. zm.

¹² Dz.U. Nr 111, poz. 653 z późn. zm.

¹³ t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 357 z późn. zm.

- Rozporządzenie z dnia 27 listopada 2019 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej¹⁴;
- Rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹⁵.

W odniesieniu do podstawowej opieki zdrowotnej można mówić o świadczeniach profilaktycznych, diagnostycznych, leczeniu, rehabilitacji z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii. Zgodnie z zapisami Ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej podmiot ten stanowi miejsce pierwszego kontaktu świadczeniobiorcy, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁶, z systemem ochrony zdrowia, z wyłączeniem sytuacji, w których świadczeniobiorca znajduje się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, o którym mowa w art. 3 pkt 8 Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym¹⁷, lub udzielane są mu świadczenia, o których mowa w art. 57 ust. 2 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w ramach którego jest zapewniony dostęp do profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych, pielęgnacyjnych oraz rehabilitacyjnych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Do głównych celów podstawowej opieki zdrowotnej należy zaliczyć:

- zapewnienie opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą i jego rodziną;
- koordynację opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą w systemie ochrony zdrowia;
- ocenę potrzeb oraz ustalenie priorytetów zdrowotnych populacji objętej opieką oraz wdrażanie działań profilaktycznych;
- rozpoznawanie, eliminowanie lub ograniczanie zagrożeń i problemów zdrowia fizycznego i psychicznego;
- zapewnienie profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz promocji zdrowia dostosowanych do potrzeb różnych grup społeczeństwa;

¹⁴ Dz.U. poz. 2335

¹⁵ t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 787 z późn. zm.

¹⁶ t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.

¹⁷ t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 2053 z późn. zm.

- zapewnienie edukacji świadczeniobiorcy w zakresie odpowiedzialności za własne zdrowie i kształtowanie świadomości prozdrowotnej¹⁸.

Ambulatoryjna opieka zdrowotna obejmuje świadczenia udzielane w zakresie porad lekarskich podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz porad stomatologicznych w przychodniach i w ramach praktyk lekarskich. Ambulatorium to miejsce pomocy doraźnej. Ambulatoria mogą znajdować się przy izbach przyjęć szpitali, w pogotowiu ratunkowym czy przychodniach, poradniach lekarskich.

Świadczenia gwarantowane w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej obejmują:

- porady specjalistyczne;
- badania diagnostyczne;
- procedury zabiegowe ambulatoryjne;
- świadczenia w chemioterapii;
- inne świadczenia ambulatoryjne;
- świadczenia wykonywane w celu realizacji programów lekowych przysługujących świadczeniobiorcy na podstawie art. 15 ust. 2 pkt 15 ustawy;
- 2 porady pielęgniarskie;
- 3 porady położnej¹⁹.

Dostęp do większości poradni specjalistycznych jest uzależniony od posiadania skierowania na leczenie specjalistyczne. Istnieją jednak świadczenia w ramach AOS, które są udzielane bez konieczności posiadania skierowania. Należą do nich:

- ginekologia i położnictwo;
- onkologia;
- okulistyka;
- psychiatra;
- stomatologia;
- dermatologia;
- wenerologia.

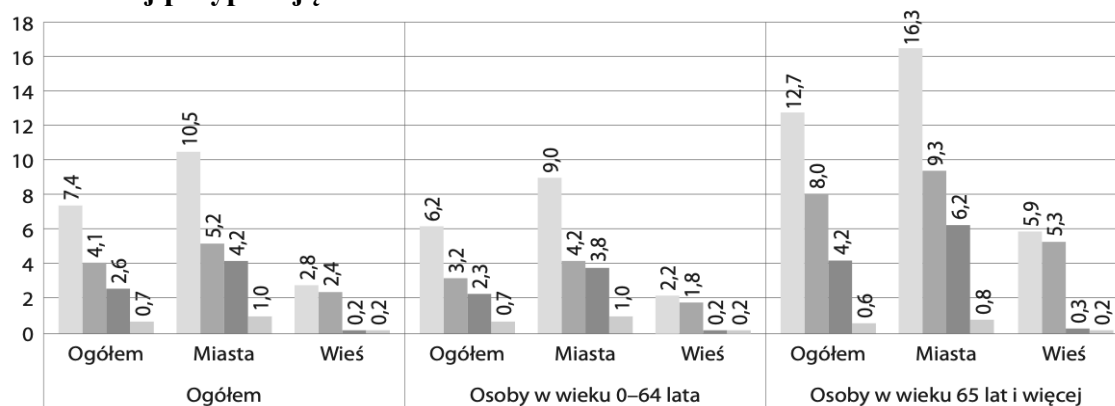
W ramach działalności poradnie specjalistyczne mają na celu zagwarantowanie pacjentowi kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne, jak również, jeśli to konieczne, realizację świadczenia w domu chorego. W końcu 2020 roku w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej

¹⁸ t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 1050 z późn. zm.

¹⁹ t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 357 z późn. zm.

funkcjonowało 21 496 przychodni, 729 praktyk lekarskich oraz 3319 praktyk stomatologicznych. Zgodnie ze sprawozdawczością placówek ochrony zdrowia w 2020 roku udzielono 283,1 mln porad, w tym osobom w wieku 65 lat i więcej – 89,8 mln. Porady udzielone osobom w wieku 65 lat i więcej stanowiły 31,7% ogólnej ich liczby (w roku poprzednim było to 30,3%). Większość porad osobom starszym udzielono w miastach – 75,7 mln, podczas gdy na wsi było ich 14,1 mln. W podstawowej opiece zdrowotnej lekarze udzieli osobom w wieku 65 lat i więcej 56,2 mln porad, tj. ponad 1/3 ogólnej liczby porad tego rodzaju (36,0% wobec 33,9% w roku 2019). W opiece specjalistycznej odnotowano 29,4 mln porad udzielonych osobom we wskazanym wieku, tj. 29,3% wszystkich porad specjalistycznych (o 0,1 p. proc. mniej niż rok wcześniej). Lekarze dentyści udzieli tej grupie osób 4,2 mln porad, co stanowiło 15,8% wszystkich porad stomatologicznych (15,7% w roku poprzednim). Na wykresie 10. zaprezentowano dane dotyczące przeciętnej liczby porad udzielonych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej. Z danych wynika, że osoby w wieku 65 lat i więcej korzystały z porad częściej niż osoby młodsze. W 2020 roku osoba starsza skorzystała średnio z 12,7 porady, tj. z ponad 2-krotnie większej liczby porad niż osoby w grupie wieku 0–64 lata.

Wykres 10. Przeciętna liczba porad udzielonych w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej przypadająca na 1 mieszkańca w 2020 roku



Porady:

ogółem podstawowej opieki zdrowotnej specjalistyczne lekarskie stomatologiczne

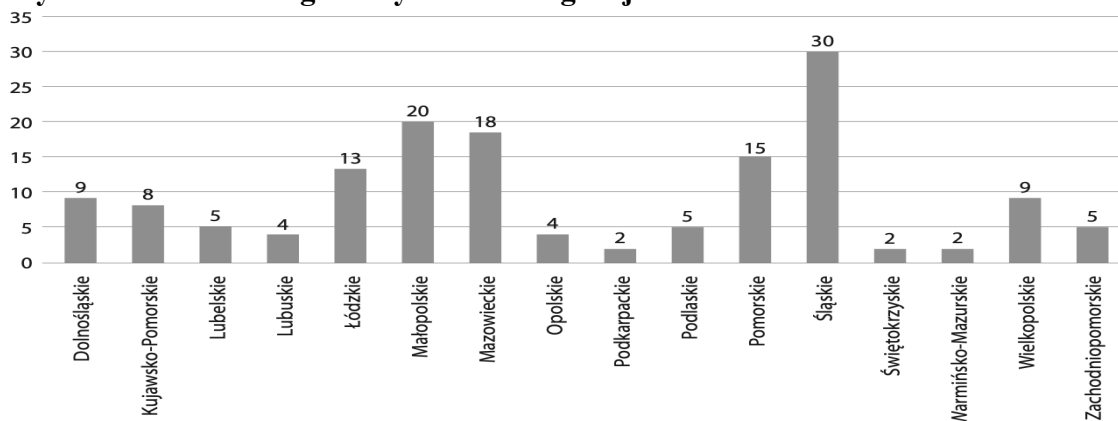
Źródło: *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2020 roku*, <http://stat.gov.pl> (dostęp: 14.01.2022).

Należy również odnotować, że w strukturze porad udzielonych osobom starszym przeważały porady w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. W 2020 roku stanowiły one 62,6% udzielonych porad ambulatoryjnych. W przypadku porad udzielonych w miastach udział ten wyniósł 57,3%, natomiast na wsi – 91,3%.

W ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej jedną z podstawowych poradni ukierunkowanych na leczenie osób starszych jest poradnia geriatryczna. Z danych

opracowanych przez GUS wynika, że w grudniu 2020 roku w Polsce działało 151 poradni geriatrycznych, tj. o 5 mniej niż rok wcześniej. Wykres 11. prezentuje liczbę poradni geriatrycznych z podziałem na poszczególne województwa.

Wykres 11. Poradnie geriatryczne według województw w 2020



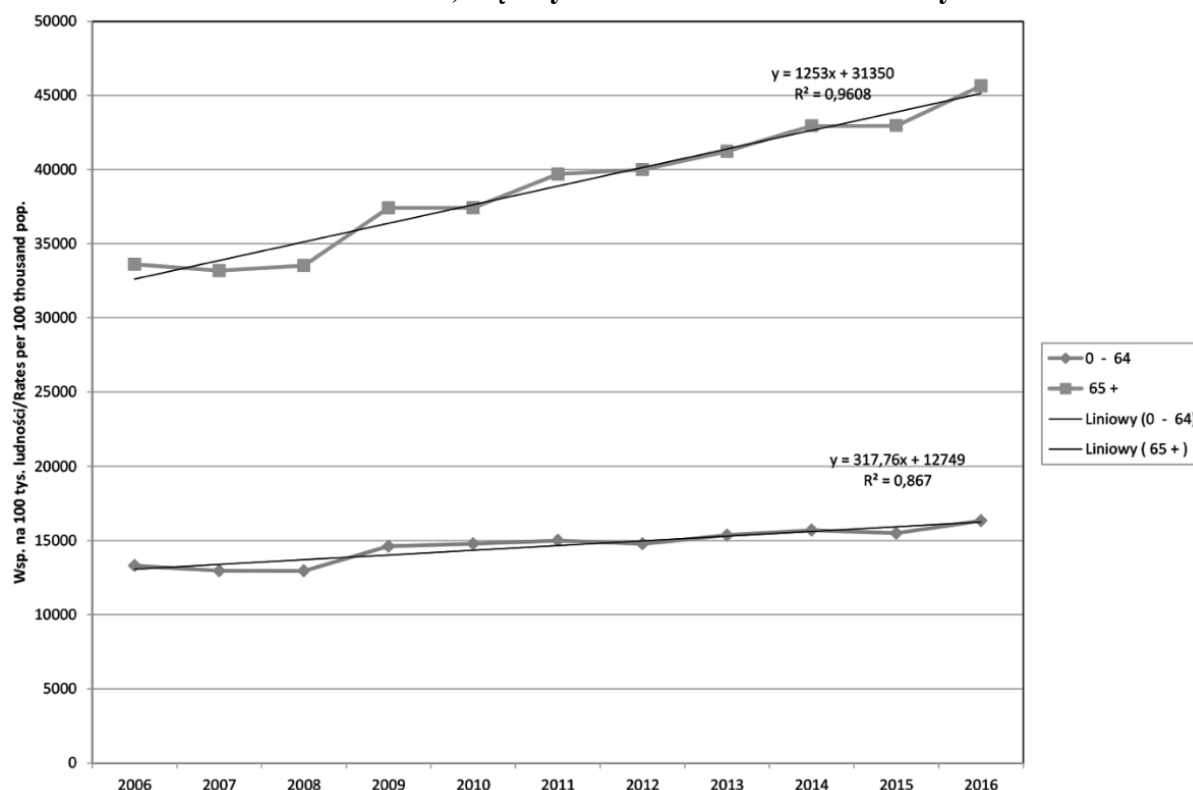
Źródło: *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2020 roku*, <http://stat.gov.pl> (dostęp: 14.01.2022).

Największa liczba poradni geriatrycznych w roku 2020 była zlokalizowana w województwie śląskim – 30. Kolejnymi województwami pod względem liczebności tego rodzaju podmiotów były województwa małopolskie (20 poradni) oraz mazowieckie (18 poradni). Najmniejsza liczba poradni geriatrycznych funkcjonowała w województwach: warmińsko-mazurskim oraz świętokrzyskim i podkarpackim (po 2 poradnie). Analizując liczbę ludności w wieku senioralnym przypadającą na jedną poradnię geriatryczną, można odnotować, że najlepszą sytuacją w dostępie do tych poradni charakteryzowało się województwo pomorskie. W opisywanym województwie na jedną poradnię przypadało 37,6 tys. osób w wieku 60 lat i więcej. Najgorzej pod tym względem było w województwie podkarpackim. Tam na jedną poradnię przypadało 254,3 tys. seniorów.

W przypadku braku skutecznego leczenia w ramach podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej kolejnym elementem każdego systemu ochrony zdrowia, nastawionym na realizację potrzeb zdrowotnych dla osób starszych jest szpital. Dla potwierdzenia tej tezy należy zaznaczyć, że w większości krajów rozwiniętych w tym również państw członkowskich UE, zdecydowana przewaga wydatków pochodzących z budżetu finansów publicznych przeznaczona jest na hospitalizację (Buchelt, 2017). Stanowi ona wyznacznik zachorowalności wymagającej leczenia interwencyjnego w warunkach szpitalnych, co w przypadku starzejącego się społeczeństwa prowadzi w konsekwencji do nadmiernego obciążenia systemu ochrony zdrowia. Podstawowym problemem osób starszych jest obszerny zakres oraz

intensywność potrzeb zdrowotnych (Adamczyk, 2017). Szpital jako podmiot leczniczy ma za zadanie m.in. zagwarantowanie opieki nad pacjentem, kształcenie kadr medycznych, prowadzenie badań naukowych, a co najważniejsze – stanowi wsparcie dla całego systemu ochrony zdrowia (Buchelt, 2017). W szpitalu pacjent otrzymuje całodobową opiekę lekarską oraz pielęgniarską. Zgodnie z zapisami ustawy o działalności leczniczej świadczenia szpitalne to: wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin²⁰. Warto zatem przeanalizować liczbę hospitalizacji jako jedno z kryterium oceny stanu zdrowotnego populacji osób. Opieka szpitalna nad osobami w wieku 65 i więcej lat dynamicznie rośnie w Polsce, począwszy od roku 2008 (wykres 12.).

Wykres 12. Współczynniki standaryzowane hospitalizacji osób w Polsce w wieku 0-64 lat i 65+ w latach 2006–2016, mężczyźni i kobiet razem – na 10. tys. ludności



Źródło: NIZP, PZH, Raport „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania”, 2018.

²⁰ t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 633 z późn. zm.

Przedstawiona na wykresie sytuacja wymaga wypracowania odpowiednich mechanizmów, które zwiększą możliwości szpitali w Polsce w odpowiedzi na wzrost liczby pacjentów. Z danych przedstawionych w raporcie NIZP-PZH „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania” wynika, że wzrost odsetka ludności Polski w wieku 65 i więcej wynosił 13,5% w roku 2007, zaś już 15,8% w roku 2015. Odsetek hospitalizowanych osób starszych wzrósł niemal dwukrotnie. W roku 2007 wynosił 27,7%, natomiast w roku 2015 już 32,8%. Oznacza to, że kolejne lata charakteryzują się postępującym zapotrzebowaniem na usługi medyczne skierowane do osób starszych wymagających w większości leczenia chorób przewlekłych czy też długotrwałych zabiegów rehabilitacyjnych lub fizjoterapeutycznych. Starzenie się społeczeństwa oraz postęp w medycynie prowadzą również do wzrostu kosztów opieki medycznej oraz świadczeń wsparcia socjalnego. Ogół zadań związanych z tym obszarem stanowi wyzwanie organizacyjne dla całego systemu opieki zdrowotnej (Karkowski, 2015).

Potencjał podmiotów leczniczych w Polsce determinowany jest wieloma czynnikami. Jednym z nich jest liczebność placówek ochrony zdrowia, którą można analizować na podstawie danych GUS. W tabeli 20. zostały zaprezentowane dane dotyczące liczby szpitali ogólnych w Polsce oraz w województwie łódzkim. W Polsce w roku 2020 funkcjonowało 898 podmiotów leczniczych tego typu, zaś hospitalizowanych było ponad 5,7 mln osób.

Tabela 20. Szpitale ogólne oraz leczeni w skali kraju i województwa łódzkiego w 2020 roku

2020 r.	Szpitale	Łóżka		Leczeni	
		ogółem	na 10 tys. ludności	ogółem	na 10 tys. ludności
	stan w dniu 31 XII				
Polska	898	167 567	43,8	5 7349 92	1495
Łódzkie	60	11 491	47,1	410 879	1678

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, (dostęp: 13.01.2022).

W samym województwie łódzkim do 60 szpitali zostało przyjętych blisko 410 tys. pacjentów. Liczby te ukazują ogromne zapotrzebowanie wynikające z konieczności hospitalizacji osób wymagających interwencji medycznej.

Uzupełnieniem powyższych danych jest analiza dostępności łóżek szpitalnych w Polsce. Zgodnie z tabelą 21. można zauważyć, że liczba łóżek szpitalnych (tj. łóżek znajdujących się w szpitalach ogólnych, psychiatrycznych, uzdrowiskowych, sanatoriach oraz stacjonarnych zakładach rehabilitacji leczniczej łącznie z łózkami i inkubatorami dla

noworodków; bez miejsc dziennych od 2012 roku łącznie z łózkami w szpitalach zakładów karnych) kształtowała się na poziomie 250–240 tys.

Tabela 21. Dostępność łóżek szpitalnych w Polsce w latach 2011–2019

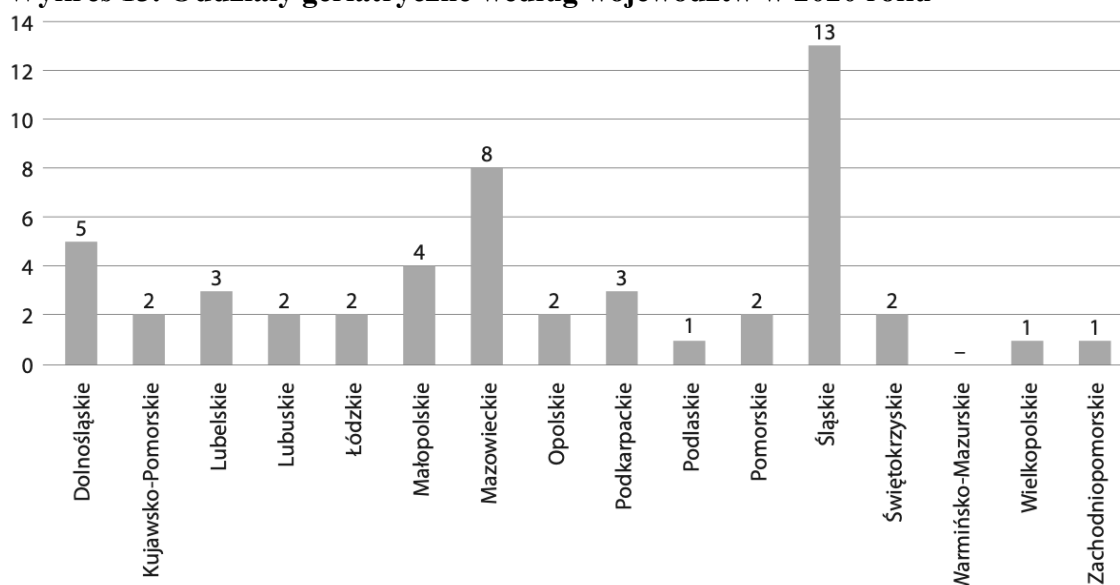
Wyszczególnienie	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Łóżka szpitalne	252 281	252 352	251 383	251 904	252 029	252 136	251 537	248 239	234 417
Łóżka długoterminowe	65 877	66 753	68 330	70 277	71 653	72 460	74 178	75 200	76 090

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS, (dostęp: 13.01.2022).

Natomiast zdecydowany wzrost zaobserwować można w przypadku dostępności do łóżek długoterminowych (tj. w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych/bez zakładów o profilu psychiatrycznym/hospicjach, oddziałach dla osób przewlekle somatycznie chorych, oddziałach dla niepełnosprawnych fizycznie i niepełnosprawnych intelektualnie, od 2013 roku łącznie z łózkami w oddziałach opieki paliatywnej). W roku 2011 było ich 65 877, natomiast osiem lat później o niemal 10 tys. więcej. Dla porównania, w 379 zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz 166 pielęgnacyjno-opiekuńczych funkcjonujących na terenie całego kraju na koniec 2020 roku przebywało 52 tys. pacjentów. W samym województwie łódzkim są 41 tego rodzaju podmioty lecznicze, w których leczonych było 4,4 tys. osób (GUS, 2022). Ma to istotne znaczenie w prowadzonym wywodzie, gdyż zazwyczaj opieka długoterminowa skierowana jest do osób starszych, mających wiele jednostek chorobowych, niesamodzielnych i wymagających działań opiekuńczo-leczniczych. W tego rodzaju podmiotach leczniczych głównie leczone są osoby po przebytych udarze (ok. 50%), lub z urazami ortopedycznymi (ok. 30%) (Szczepańska-Gieracha, Kowalska, Rymaszewska, 2011). Można zatem zakładać, że w sytuacji wzrostu liczby osób starszych w kraju popyt na łóżka w opiece długoterminowej będzie coraz większy. Priorytetem w leczeniu osób starszych są zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, hospicja i oddziały paliatywne. W 2019 roku zakłady te udzieliły pomocy 103,2 tys. osób, w tym 80,0 tys. osób w wieku 65 lat i więcej. Osoby w wieku 65 lat i więcej stanowiły więc 77,6% ich pacjentów. W przypadku osób w tej grupie wiekowej leczenia potrzebowało 25,4 tys. mężczyzn oraz 54,7 tys. kobiet. W przeliczeniu na 10 tys. ludności w wieku 65 lat i więcej 117 pacjentów skorzystało z tej formy leczenia. Stanowi to ogromne wyzwanie dla funkcjonowania całego systemu ochrony zdrowia, zapewnienia dostępności do wykwalifikowanej kadry lekarskiej, pielęgniarzkiej, ale i pozostałych przedstawicieli zawodów medycznych i paramedycznych dedykowanych do opieki nad pacjentem o ww. profilu chorobowym.

Kolejnym elementem funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, a przeznaczonym w znacznym stopniu do leczenia osób starszych, są oddziały geriatryczne, tworzone w szpitalach. Zmiany demograficzne zachodzące w Polsce sprawiają, że wybrane dziedziny medycyny stają się poniekąd „medycyną geriatryczną” (Pędich 2006). Według danych GUS, na koniec 2020 roku w Polsce funkcjonowało 51 oddziałów szpitalnych o profilu geriatrycznym. Znajdowało się w nich 1045 łóżek przeznaczonych do opieki nad osobami starszymi, a leczonych było blisko 21,9 tys. pacjentów. Rozmieszczenie oddziałów geriatrycznych w poszczególnych województwach prezentuje wykres 13.

Wykres 13. Oddziały geriatryczne według województw w 2020 roku



Źródło: *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2020 roku*, <http://stat.gov.pl> (dostęp: 14.01.2022).

Najwięcej oddziałów geriatrycznych w roku 2020 było zlokalizowanych w województwie śląskim – 13 oddziałów, co stanowiło 25,5% ogólnej liczby oddziałów geriatrycznych w Polsce. Drugim pod względem liczebności oddziałów geriatrycznych województwem było mazowieckie, w którym usytuowanych było osiem z nich. W trzech województwach funkcjonowało jedynie po jednym oddziale geriatrycznym, a w województwie warmińsko-mazurskim nie było żadnego oddziału geriatrycznego. Województwo łódzkie z dwoma oddziałami geriatrycznymi nie prezentuje się w tym zestawieniu najlepiej, zajmując jedno z przedostatnich miejsc.

Wzrost liczby i udziału osób starszych w społeczeństwie wpływa bezpośrednio na potrzebę tworzenia miejsc pomocy formalnej takich, jak m.in. domy pomocy społecznej, domy dziennego pobytu, ośrodki opieki długoterminowej (Adamczyk, 2017) czy hospicja. Według danych GUS, w Polsce w roku 2020 funkcjonowało 115 hospicjów

stacjonarnych. Znajdowało się w nich 2888 łóżek z których w roku 2020 skorzystało 25,4 tys. pacjentów. W województwie łódzkim w tym czasie funkcjonowały cztery hospicja stacjonarne, w których na 40 łóżkach leczonych było 300 osób. Oddziały opieki paliatywnej w Polsce w roku 2020 dysponowały 662 łózkami, gdzie leczonych było 7,2 tys. pacjentów. W województwie łódzkim w tym czasie funkcjonował zaledwie jeden oddział o tym profilu z 21 łózkami. W ciągu roku leczonych na nim było 300 pacjentów.

W opiece nad osobami starszymi dokonuje się najczęściej oceny stopnia sprawności ruchowej, psychofizycznej oraz możliwości samodzielnego funkcjonowania. W tym celu została opracowana Całościowa Ocena Geriatryczna (COG). Jest to kompleksowa ocena stanu zdrowia osoby starszej, służąca ustaleniu warunków psychofizycznych oraz potrzeby zaangażowania w proces leczenia zespołu specjalistów składającego się z geriatrów, pielęgniarek, rehabilitantów, psychologów a także pracowników społecznych. Na podstawie dokładnego wywiadu przeprowadzonego przez lekarza geriatrę, lekarza rodzinnego lub czasami przez pielęgniarkę środowiskową ustala się plan zapobiegania zmniejszeniu utraty sprawności fizycznej i psychicznej chorych. Dokonywana jest ona w odniesieniu do szeregu skal, które mają na celu precyzyjne ustalenie aktualnego stanu zdrowia osoby starszej (Fidecki, Wysokiński, Wrońska, Ślusarz, 2011). Stan psychofizyczny określa się na podstawie precyzyjnych skal pomiaru, m.in. ADL – Skala Oceny Podstawowych Czynności Życia Codziennego (*Activities of Daily Living*), IADL – Skala Oceny Złożonych Czynności Życia Codziennego (*Instrumental Activities of Daily Living*), Mini Mental – Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego (*Mini-Mental State Examination*), test MoCA – Montrealski Test do Oceny Funkcji Poznawczych (*Montreal Cognitive Assessment*), test zegara (ocena sprawności poznawczej) czy też Geriatryczna Skala oceny Depresji (Ozga, 2018). Opieka zespołowa w geriatric, obejmuje między innymi kompleksowość potrzeb, wynikającą ze złożonej sytuacji klinicznej chorych starszych, na którą ma wpływ m.in. wielochorobowość i wielolekowość (Tobis, Jakrzewska-Sawińska, Talarska, Wieczorowska-Tobis, 2013). Dzięki temu możliwe jest odpowiednie działanie medyczne i skierowanie osoby do ośrodka tworzonego w celu opieki medycznej w danym zakresie. Podyktowane jest trendem zwanym *successful aging*, czyli utrzymania jakości życia seniora na najwyższym poziomie (Bowling, Dieppe, 2005). Obecnie system opieki geriatrycznej w Polsce składa się z całodobowych oddziałów geriatrycznych, dziennych oddziałów geriatrycznych, opieki ambulatoryjnej oraz opieki domowej (Dziechciaż, Wróblewska, Talarska, Chmielewski, Filip, Szpringer, 2017).

Powyższe dane obrazują skalę zapotrzebowania na realizację świadczeń zdrowotnych dla osób starszych. Jak widać, mapa potrzeb zdrowotnych w Polsce jest większa niż w krajach UE. Występują braki w dostępności nie tylko do podstawowej opieki zdrowotnej, ale również specjalistycznej, opieki długoterminowej, hospicyjnej czy też paliatywnej. Z zaprezentowanych informacji wynika, że osoby starsze znacznie częściej korzystają z opieki zdrowotnej, aniżeli osoby młodsze. Ma to szczególne znaczenie w przypadku poradni geriatrycznych jako przeznaczonych do opieki właśnie nad osobami starszymi. W skali kraju liczba takich poradni jest niewystarczająca. W grudniu 2020 roku było zaledwie 151 miejsc o tym profilu, podczas gdy rok wcześniej było ich o 5 więcej.

Kluczowym elementem systemu ochrony zdrowia w opiece zdrowotnej nad osobami starszymi jest szpital. Z przedstawionych danych wynika, że liczba hospitalizacji ściśle powiązana jest z wiekiem pacjentów. Odsetek hospitalizowanych osób starszych systematycznie rośnie z każdym kolejnym rokiem. Należy przypomnieć, że w województwie łódzkim funkcjonują zaledwie dwa oddziały szpitalne o profilu geriatrycznym. Do opisywanej grupy wiekowej, charakteryzującej się wielochorobowością i często niesamodzielnością w codziennym funkcjonowaniu, dedykowane są placówki opieki długoterminowej. Dlatego też priorytetem w leczeniu osób starszych stały się również zakłady opiekuńczo-lecznicze oraz zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, hospicja i oddziały paliatywne. Aby wykorzystywać wszystkie możliwości, jakie daje rozwój medycyny, niezbędne jest zwiększenie wydatków na ochronę zdrowia i lepsza periodyzacja zadań (Jeziorska, 2017). Zwiększenie środków finansowych przeznaczonych na tworzenie i rozwój miejsc do opieki i leczenia osób starszych może usprawnić funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w tym zakresie.

Warunkiem sprawnego funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, nie tylko w Polsce, ale i na całym świecie, jest również dostępność do wykwalifikowanej kadry medycznej. Dynamicznie rosnące zapotrzebowanie na lekarzy, pielęgniarzy, opiekunów medycznych wynika z obecnej sytuacji demograficznej. Rośnie też potrzeba tworzenia nowych zawodów wspomagających lekarzy oraz pielęgniarzy. Wsparcia dla kadry pielęgniarzkiej oraz lekarskiej można upatrywać w zawodzie opiekuna medycznego. Do jego kompetencji należy świadczenie usług opiekuńczych dla osoby chorej oraz niesamodzielnej (Karkowski, 2015). Opieka nad osobami starszymi w kolejnych latach będzie jedną z gałęzi medycyny, wymagającą szczególnej uwagi. Dlatego warto

przeanalizować proces kształcenia kadry medycznej, w szczególności lekarzy oraz kadry pielęgniarskiej, aby zrozumieć zagrożenia wynikające z długiego okresu ich nauki i odroczonego w czasie rozpoczęcia pracy w zawodzie. Zagadnienia te poprzedzi charakterystyka zawodu medycznego w systemie opieki zdrowotnej.

ROZDZIAŁ 2 Specyfika zawodów medycznych ze szczególnym uwzględnieniem zawodu lekarza i pielęgniarki

2.1. Charakterystyka przedstawicieli zawodów medycznych

Termin „zawód medyczny” dotyczy wyspecjalizowanej grupy na rynku pracy. Umocowanie prawne odnaleźć można w polskim ustawodawstwie. Już ponad 70 lat temu dokonano usystematyzowania zakresu czynności zawodowych dotyczących działalności lekarzy, czyli głównych przedstawicieli zawodu medycznego. W Ustawie z dnia 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza²¹ w art. 1 odnaleźć można było precyzyjny zapis, że zawód lekarz polega na rozpoznawaniu, leczeniu i zapobieganiu chorobom, jak również wydawaniu orzeczeń lekarskich. W kolejnych latach dokonano rozszerzenia terminologii. Definicja zawarta w art. 18d Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej²² stanowiła, że ilekroć w przepisach ustawy jest mowa o: „osobie wykonującej zawód medyczny, należy przez to rozumieć osobę, która na podstawie odrębnych przepisów uprawniona jest do udzielania świadczeń zdrowotnych, oraz osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny” (Karkowska, 2012). Oznacza to, że można wyróżnić zawody medyczne, których wykonywanie regulują cytowane w ustawie „odrębne przepisy” oraz takie, które owych przepisów odrębnych nie posiadają (Dercz, Rek, 2007). Kolejnych modyfikacji należy szukać w Ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentyści²³. W art. 2. tejże ustawy odczytać można, że:

1. Wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich;
2. Za wykonywanie zawodu lekarza uważa się także prowadzenie przez lekarza prac badawczych w dziedzinie nauk medycznych lub promocji zdrowia, nauczanie zawodu lekarza, kierowanie podmiotem leczniczym, o którym mowa w art. 4 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej²⁴ lub zatrudnienie w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków

²¹ Dz.U. Nr 50, poz. 458 z późn. zm.

²² t.j. Dz.U. z 2007 r. nr 14, poz. 89 z późn. zm.

²³ t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 790 z późn. zm.

²⁴ t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 633 z późn. zm.

publicznych w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁵ lub urzędach te podmioty obsługujących, w ramach którego wykonuje się czynności związane z przygotowaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej.

Ustawodawca dokonał również usystematyzowania uwarunkowań wykonywania świadczeń zdrowotnych poza podmiotami leczniczymi. Wcześniejsze ustawy regulowały procesy zachodzące jedynie w strukturze placówki. W konsekwencji poszerzono panel regulacji w Ustawie z dnia 6 listopada 2008 r., o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta²⁶.

W tej ustawie (art. 2 ust. 1 pkt. 2 u.p.p) można odnaleźć definicję zawodu medycznego w katalogu pojęć ustawowych: za osobę wykonującą zawód medyczny uważa się osobę uprawnioną na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych²⁷. Zaprezentowane definicje obejmują osoby wykonujące zawody uregulowane ustawowo (Kłusek, 2016). W tym miejscu wartym jest przedstawienie wybranych aktów prawnych dotyczących zawodów medycznych i podmiotów leczniczych. Należą do nich:

- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry²⁸;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2020 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów²⁹;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentyisty³⁰;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2018 r. w sprawie recept³¹;
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej³²;
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³³;

²⁵ t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.

²⁶ t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 849 z późn. zm.

²⁷ t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 633 z późn. zm.

²⁸ t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 790 z późn. zm.

²⁹ Dz.U. poz. 1566 z późn. zm.

³⁰ t.j. Dz.U. z 2014 r. poz. 474 z późn. zm.

³¹ Dz.U. poz. 2424 z późn. zm.

³² t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 633 z późn. zm.

³³ t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.

- Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą³⁴;
- Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich³⁵;
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta³⁶;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania³⁷;
- Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych³⁸;
- Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne³⁹;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁴⁰.

Dokonane powyżej zestawienie aktów prawnych, w których można odnaleźć regulacje oraz definicje zawodu, ilustrują szeroki zakres tego obszaru funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce. Stanowią jednocześnie próbę doprecyzowania i usystematyzowania znaczenia terminu „zawód medyczny”. Szczegółowy wykaz zawodów medycznych oraz innych zawodów pomocniczych/paramedycznych zawiera tabela 22.

Tabela 22. Wykaz zawodów medycznych i paramedycznych

Zawody medyczne oraz regulacje prawne
lekarz (Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry) (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 790 z późn. zm.)
lekarz dentysta (Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry) (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 790 z późn. zm.)
pielęgniarka (Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej) (t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 551)
położna (Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej) (t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 551)
ratownik medyczny (Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym) (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 2053 z późn. zm.)
farmaceuta (Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty) (t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 184 z późn. zm.)
diagnosta laboratoryjny (Ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej) (t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 134 z późn. zm.)
felczer (Ustawa z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera) (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 742 z późn. zm.)

³⁴ Dz.U. Nr 293, poz. 1728

³⁵ t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 1342

³⁶ t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 849 z późn. zm.

³⁷ t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 1304

³⁸ t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 523 z późn. zm.

³⁹ t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 1977 z późn. zm.

⁴⁰ t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 320 z późn. zm.

fizjoterapeuta (Ustawa z 25 września 2015 roku o zawodzie fizjoterapeuty) (t.j. Dz.U.2022 r. poz. 168)
Inne zawody paramedyczne (zawody pomocnicze) nieregulowane w odrębnych przepisach prawa
asystentka dentystyczna
asystent pielęgniarstwa
dietetyk
edukator zdrowotny
epidemiolog
embriolog kliniczny
fizyk medyczny
higienistka dentystyczna
higienistka szkolna
inżynier medyczny
logopeda
masażysta
mikrobiolog
neurologopeda
optometrysta
opiekun dziecięcy
opiekun medyczny
optyk okularowy
ortoptystka
protetyk słuchu
promotor zdrowia
psychoterapeuta
psycholog kliniczny
psychoseksuolog
radiofarmaceuta
sanitariusz szpitalny
specjalista terapii uzależnień
specjalista zdrowia publicznego
surdologopeda
technik analityki medycznej
technik dentystyczny
technik elektroradiolog
technik farmaceutyczny
technik ortopeda
terapeuta zajęciowy
toksykolog

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wybranych ustaw Dziennika Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej dotyczących zawodów medycznych i zawodów pomocniczych, prawo.sejm.gov.pl (dostęp: 15.08.2021).

Wiele definicji zawodu medycznego można odnaleźć również w rozbudowanej literaturze z obszaru nauk o zdrowiu, medycyny czy też prawa. Potoczne regulacje mają charakter ogólny, opisując jedynie zakres przedmiotowy odpowiednich uprawnień, nie definiując jednoznacznie, jakie zawody zaliczyć można do opisywanej definicji (Daniluk-Jarmoniuk, 2015). Kolasa wskazuje, że pojęcie „zawód medyczny” należy interpretować w szerokim zakresie. Zalicza się do grupy zawodów objętych odpowiednimi odrębnymi ustawami (np. ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, ustawa o zawodach pielęgniarstwa i położnej). Autor precyzuje, że określenie to odnosi się do „osób, które fachowo, stale i w celach zarobkowych zajmują się wykonywaniem zajęcia mającego związek z medycyną i które mają odpowiednie kwalifikacje” (Kolasa, 2000). Kolejnej próby sprecyzowania terminu „zawód medyczny” dokonuje Anna Nawrocka. Wymienia, że „wszystkie zawody medyczne wywodzą się z poszczególnych

nauk medycznych” i wskazuje na element wspólny, jakim jest „przesłanie i działanie zmierzające do ochrony życia i zdrowia cierpiącego, chorego człowieka, co wiąże się z humanistycznym widzeniem świata i człowieka” (Nawrocka, 2008). Autorka wyraźnie podkreśla wymiar etyczny i poczucie pełnionej misji związanej z ratowaniem ludzkiego zdrowia oraz życia przez kadrę medyczną. Podejście to stanowi świadectwo powagi oraz uznania dla osób wykonujących zawody medyczne. Przez użycie określenia „wszystkie zawody medyczne” autorka podkreśla rolę nie tylko lekarzy, pielęgniarek, ale także diagnostów laboratoryjnych oraz farmaceutów. Anna Nawrocka wskazuje, że „obowiązków zawodowych i związanych z nimi społecznych wymagań i oczekiwań moralnych nie można od siebie oddzielić. Obowiązki zawodowe dotyczą technicznej strony wykonywanej pracy, natomiast reguły etyki zawodowej odnoszą się szczególnie do moralnej postawy człowieka, określając jego postępowanie zawodowe” (Nawrocka, 2008). Ministerstwo Zdrowia (MZ) natomiast definiuje „Zawód medyczny jako zawód, którego wykonywanie polega na realizacji właściwych dla danego zawodu zadań służących profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz innych zadań związanych z procesem leczenia” (MZ, 2019). Zawody medyczne zgodnie z powyższym, ukierunkowane są na działania związane z ratowaniem ludzkiego zdrowia oraz życia.

W literaturze przedmiotu działalność medyczna opisywana jest nie tylko w obszarze funkcjonowania jednostki, ale ilustruje stan zdrowia społeczeństwa jako ogółu. Inwestycje w kadrę medyczną to nie tylko działania ukierunkowane na poprawę zdrowia oraz ratowanie życia osób potrzebujących, lecz stworzenie sprawnego systemu poczucia gwarancji i bezpieczeństwa dla społeczeństwa. Należy dokonać uszczegółowienia, które zawody zaliczane są do grupy zawodów medycznych w szczególności w oparciu o przepisy ustawodawstwa. Polskie prawo wprost określa, które zawody można zakwalifikować do medycznych.

Autor powyżej dokonał opisu definicji terminu „zawód medyczny”. Źródła przywołane w tekście wskazują, że zawód medyczny polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Pojęcie to funkcjonuje w regulacjach ustawowych powiązanych z ochroną zdrowia począwszy od roku 1990. Określenie „świadczenia zdrowotne” jest istotne w polskim prawie medycznym, prawie ochrony zdrowia, zaś jego zastosowanie jest wieloaspektowe. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności określała zakres przedmiotowy działalności zakładu opieki zdrowotnej oraz osób fizycznych wykonujących zawód medyczny lub lekarza, lekarza dentystry, pielęgniarki i położnej

w ramach prowadzonych przez nich grupowych praktyk zawodowych⁴¹. Na podstawie tych zapisów powstał katalog podmiotów uprawnionych do udzielania świadczeń zdrowotnych. Do udzielania świadczeń zdrowotnych uprawnione były tylko osoby wykonujące zawód medyczny w zakładzie opieki zdrowotnej, zaś poza zakładem opieki zdrowotnej przez lekarzy, lekarzy dentyistów, pielęgniarki i położne. Ustawodawca jednocześnie wyraźnie kategoryzuje świadczenia zdrowotne tylko jako zawodowe „działania medyczne”⁴², odpowiadające wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej⁴³, mające charakter usług niematerialnych z możliwością zastosowania rzeczy materialnych⁴⁴ podejmowane tylko w celu określonym przez ustawodawcę⁴⁵. Podkreślenia wymaga fakt, że opisywane zagadnienie zostało uregulowane w ustawie o działalności leczniczej. Ustawodawca, używając w przepisach prawnych sformułowania „zawody medyczne”, nie dokonał jednoznacznej klasyfikacji tych zawodów, pozostawiając ten zakres otwartym (Karkowska, 2012). Można zatem uznać, że termin „świadczenia zdrowotne” należy interpretować na wielu płaszczyznach. Ustawa o działalności leczniczej potwierdza, że katalog działań uznanych jako świadczenia zdrowotne jest bardzo rozbudowany. Przykładowo, świadczenie szpitalne to kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji⁴⁶. Istnieją również świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, paliatywne, hospicyjne, świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz lecznictwa uzdrowiskowego⁴⁷.

Zatem pozostaje do rozstrzygnięcia zakres obowiązywania katalogu zawodów medycznych. W ustawodawstwie nie odnajdziemy dokładnej definicji „zawodów medycznych”, co jednoznacznie pozostawia otwartą kwestię funkcjonowania katalogu zawodów medycznych. Przykładowo w Ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴⁸, termin „lekarz ubezpieczenia zdrowotnego” definiowany jest jako „świadczeniodawca”

⁴¹ t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 633 z późn. zm.

⁴² art. 2 ust. 1 pkt. 2. w zw. z art. 17 ust. 1 pkt 3 u.dz.l.

⁴³ art. 6 ust. 1 u.p.p.

⁴⁴ art. 68 ust. 2. Konstytucji RP w zw. z art. 5 pkt 34 u.ś.o.z.

⁴⁵ art. 2. ust 1 pkt 10 u.dz.l. w zw. z art. 8 u.p.p.

⁴⁶ art. 2. ust. 1 pkt 11 u.dz.l.

⁴⁷ art. 2 ust. 1 pkt 12 u.dz.l.

⁴⁸ t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.

z którym Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) zawarł umowę na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Zgodnie z informacjami zawartymi w tabeli 22. do głównych zawodów medycznych należą: lekarz, lekarz dentysta, pielęgniarka, położna, farmaceuta i diagnosta laboratoryjny. Zdecydowanie szerszym katalogiem jest zbiór zawodów pomocniczych/paramedycznych. Pomimo braku formalnego, oficjalnego katalogu zbior ten jest uzupełnieniem zawodów medycznych, stanowiąc wsparcie dla ich funkcjonowania (Karkowska, 2012). Obecnie podejmowane są próby uregulowania tej kwestii i stworzenia katalogu wszystkich opisywanych działów w jednym akcie prawnym. Jedną z pierwszych wersji skatalogowania zakładała zastąpienie „pomocniczych zawodów medycznych” pojęciem „niektórych zawodów medycznych”. Prowadzona jest dyskusja zarówno w środowisku medycznym, jak legislacyjnym odnośnie do zasadności umieszczenia poszczególnych zawodów w tym zbiorze. Środowiska medyczne postulują włączenie wybranych zawodów, np.: higienistka dentystyczna, instruktor terapii zajęciowej, opiekunka dziecięca czy choćby specjalista terapii uzależnień do katalogu zawodów medycznych. Prowadzi to jednak do powstania zbyt szerokiego definiowania grupy zawodów medycznych.

W obliczu rosnącego zapotrzebowania na udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom starszym, podejmowane są działania na gruncie m.in. nauk medycznych, prawnych oraz społecznych nad wypracowaniem katalogu nowych zawodów medycznych, stanowiących uzupełnienie niedoborów głównie w opiece lekarskiej oraz pielęgniarskiej w podmiotach leczniczych. Opisywany we wcześniejszych fragmentach niniejszej pracy problem dynamicznie starzejącego się społeczeństwa nie tylko w Polsce, lecz w całej Europie, będzie stanowić ogromne wyzwanie właśnie dla funkcjonowania systemów ochrony zdrowia. Uzasadnienie powyższego odnaleźć można w raporcie *Human Resources for Health in the WHO European Region* (WHO, 2006) z którego wynika, że konieczne będzie podejmowanie działań wewnętrznych na rzecz wypracowania polityki rozwiązania problemu niedoboru kadr medycznych. Konsekwencją tych działań jest rekomendacja utworzenia katalogu nowych zawodów medycznych, stanowiących zaplecze głównie dla kadry lekarskiej oraz pielęgniarskiej. W większości raportów WHO dotyczących nowych priorytetów, zależność pomiędzy sytuacją demograficzną a zabezpieczeniem opieki medycznej w społeczeństwie jest wykazywana jako jedna z kluczowych (WHO, 2006). Jedną z propozycji WHO jest stworzenie nowej grupy zawodowej – asysty lekarskiej i pielęgniarskiej. W polskim

systemie ochrony zdrowia istnieje funkcja asystenta medycznego lekarza. Wprowadzenie jej ma zapewnić odciążenie lekarzy od części zadań, które obecnie są do nich przypisane, a które ze względu na swój charakter mogłyby być wykonywane przez inną osobę z personelu (Urban, Warmińska-Friberg, LEX, 2020). Rola asystenta medycznego określona została w art. 54a Ustawy z 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Stanowi on, że wystawiający zaświadczenie lekarskie może udzielić upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich, w jego imieniu i na podstawie danych dotyczących orzeczonej czasowej niezdolności do pracy zawartych w sporządzonej przez niego dokumentacji medycznej osobie wykonującej:

- 1) zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 Ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁴⁹;
- 2) czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 24 ust. 2 pkt 2 Ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁵⁰. Pomimo że ustawa jednoznacznie nie narzuca posługiwanie się terminem „asystent medyczny”, to wpis do rejestru odwołuje się właśnie do tej nazwy. Asystent medyczny w ustawie nie jest opisany jako nowy zawód, lecz pewnego rodzaju rola pełniona w procesie wystawiania e-zwolnień. Oznacza to, że w tym przypadku nie mamy do czynienia z zawodem medycznym. Przeciwnie, z konstrukcji art. 54a u.s.p.u.s. wynika, że wykonywanie czynności asystenta medycznego w zakresie wypisywania zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy powiązано z dwiema grupami pracowników, z których pierwszą są osoby wykonujące zawody medyczne, drugą zaś – osoby zatrudnione do wykonywania czynności pomocniczych.

W odniesieniu do obowiązków asysty lekarza, należy wymienić, że osoba zatrudniona na opisywanym stanowisku może mieć zakres obowiązków, w którym wcale nie jest konieczne wypisywanie zwolnień lekarskich. Wykaz stanowisk pracy i przypisanych im wymagań kwalifikacyjnych dla podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami określony jest w przepisach Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami⁵¹. Przedmiotem regulacji tego rozporządzenia jest jedynie określenie kwalifikacji

⁴⁹ t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 633 z późn. zm.

⁵⁰ t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 849 z późn. zm.

⁵¹ Dz.U. Nr 151, poz. 896 z późn. zm.

wymaganych na wskazanych stanowiskach, co nie wyklucza możliwości tworzenia innych stanowisk pracy (LEX, Kaczorowska-Kossowska, 2019).

Rola asystenta medycznego winna być postrzegana w kategoriach szansy na zmianę organizacji pracy podmiotów leczniczych i efektywniejsze zarządzanie czasem pracy lekarzy. Przepisy dotyczące asystentów są na tyle uniwersalne, że w zależności od warunków w danym podmiocie leczniczym pozwalają na wspieranie pracy medyków zarówno w gabinecie lekarskim, jak i innych obszarach funkcjonowania podmiotu leczniczego. Istotą tego rozwiązania są wyrażenie woli przez obydwie strony relacji zachodzącej pomiędzy lekarzem a asystentem oraz dbałość, by w przypadku wdrożenia takiego rozwiązania nie został obniżony poziom bezpieczeństwa pacjenta, w szczególności by nie dochodziło do modyfikacji zaleceń terapeutycznych lekarza. Pozostaje jeszcze kwestia odpowiedzialności za czynności wykonywane przez asystenta medycznego. Asystent medyczny pracuje pod nadzorem osoby, która upoważnia go do wykonywania określonego zakresu czynności. Dlatego też nadzór nad wykonywanymi obowiązkami powinien zakładać możliwość popełnienia błędu i korekty w sposób niewpływający na proces diagnostyczno-leczniczy (Urban, Warmińska, LEX, 2020).

Kolejnym elementem wsparcia, szczególnie z uwzględnieniem zagrożeń kadrowych w opiece długoterminowej nad osobami starszymi, jest powołanie opiekuna medycznego. W polskim systemie prawnym funkcja ta została uregulowana przepisami Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 13 marca 2017 r. w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego⁵². Do kompetencji opiekuna medycznego należy świadczenie usług opiekuńczych w stosunku do osoby chorej oraz niesamodzielnej. Osoba ta pełni rolę asysty procesów pielęgnacyjnych, terapeutycznych, asystując personelowi medycznemu w opiece nad osobami chorymi (Sieplińska, Prokurat, 2012). Rynek usług medycznych wymaga funkcjonowania kompetentnych opiekunek i opiekunów, którzy będą świadczyli usługi opiekuńcze, pielęgnacyjne i higieniczne wobec swoich podopiecznych. Zawód ten zwiększy efektywność oraz jakość usług adresowanych do osób niesamodzielnych i potrzebujących. Zachodzące procesy demograficzne i starzenie się społeczeństwa potęgują jedynie potrzebę zaistnienia zawodu opiekuna medycznego w systemie (Karkowski, 2015).

Podsumowując, należy podkreślić, że istnieje mnogość definicji zawodów medycznych zarówno w literaturze, jak i ustawowych regulacjach prawnych. Elementem

⁵² Dz.U. poz. 1536

wspólnym są fachowe umiejętności i kompetencje do udzielania świadczeń zdrowotnych. Zawód medyczny dotyczy bowiem wyspecjalizowanej, regulowanej wieloma aktami prawa grupy zawodowej. Wywodzi się z nauk medycznych i jest ściśle z nimi powiązany. Łączy je ponadto przyznanie, że wszystkie zawody medyczne prowadzą działania zmierzające do ochrony życia i zdrowia cierpiącego. Zatem wszelkie inwestycje w personel medyczny to nie tylko czynności ukierunkowane na poprawę zdrowia oraz ratowanie życia ludzkiego, lecz budowanie poczucia stabilizacji, bezpieczeństwa oraz gwarancji zdrowotnych. Przedstawiciele zawodów medycznych realizują bowiem świadczenia zdrowotne oparte nie tylko na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji czy też rehabilitacji. Posiadają kompetencje do świadczenia również usług, m.in. opieki długoterminowej, leczenia uzależnień czy też psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Przedstawiony szeroki zakres odnosi się do problemów zdrowotnych całego społeczeństwa, a w szczególności osób starszych. W obliczu rosnącego zapotrzebowania na udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom starszym, podejmowane działania na rzecz wypracowania nowych katalogów przedstawicieli zawodów medycznych będą stanowić uzupełnienie niedoborów głównie w opiece lekarskiej oraz pielęgniarstwie. Z pomocą może przyjść grupa zawodów określana jako „asysta lekarza”. Rola takiego stanowiska winna być postrzegana jako szansa na zmianę organizacji pracy podmiotów leczniczych i efektywniejsze zarządzanie czasem pracy. Jednak należy wyraźnie podkreślić, że fundamentalne znaczenie dla funkcjonowania całego systemu ochrony zdrowia, podmiotów leczniczych, zapewnienia gwarancji zdrowotnych dla społeczeństwa, odgrywają lekarze i pielęgniarki, których aspekty pracy zawodowej zostaną opisane poniżej.

2.2. Uwarunkowania zawodu lekarza

Celem niniejszego fragmentu pracy jest zilustrowanie złożoności procesu uzyskania tytułu lekarza. Edukacja w zakresie medycyny jest bowiem wielopłaszczyznowa, wymagająca ogromnego zaangażowania oraz systematyczności działania. Uzyskanie uprawnień do udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza poprzedzone jest wieloma latami zdobywania wiedzy zarówno o charakterze teoretycznym, jak również licznymi zajęciami praktycznymi. Najważniejszym aktem regulującym istnienie zawodu lekarza i lekarza dentyści jest Ustawa z dnia 5 grudnia

1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyści⁵³. Już w początkowej części ustawy (art. 2) można odnaleźć zapis dotyczący wykonywania zawodu lekarza:

„Wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich”.

W tym miejscu warto wymienić najważniejsze akty prawne regulujące stricte zawód lekarza:

- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁵⁴;
- Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich⁵⁵;
- Ustawa z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia⁵⁶;
- Ustawa z dnia 16 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyści oraz niektórych innych ustaw⁵⁷;
- Ustawa z dnia 27 listopada 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych⁵⁸;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 listopada 2019 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej⁵⁹;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2020 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyści⁶⁰;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentyści⁶¹.

Uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza może otrzymać wyłącznie osoba, która wykazała się odpowiednim: wykształceniem, cechami charakteru, wiedzą

⁵³ t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 790 z późn. zm.

⁵⁴ t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 633 z późn. zm.

⁵⁵ t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 1342

⁵⁶ t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 1297

⁵⁷ Dz.U. poz. 1291 z późn. zm.

⁵⁸ Dz.U. poz. 2401 z późn. zm.

⁵⁹ Dz.U. poz. 2335

⁶⁰ Dz.U. poz. 1566 z późn. zm.

⁶¹ t.j. Dz.U. z 2014 r. poz. 474 z późn. zm.

medyczną, doświadczeniem, umiejętnościami i stanem zdrowia (Tymiński, 2019). Wykonywanie zawodu lekarza łączy się ponadto z nabytymi zdolnościami manualnymi, a także wysokim poziomem doświadczenia zawodowego. Należy również pamiętać, że zgodnie z Ustawą z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich⁶², lekarz zamierzający wykonywać zawód, któremu okręgowa rada lekarska przyznała prawo wykonywania zawodu, o którym mowa w art. 5 pkt 3-3c ustawy, zostaje równocześnie wpisany na listę członków tej izby lekarskiej. Dlatego Autor postara się wykazać, jak wiele elementów musi zostać zrealizowanych, aby system ochrony zdrowia mógł być zasilony w wystarczającą liczbę lekarzy. Zawód lekarza jest w polskim społeczeństwie postrzegany jako prestiżowy, identyfikowany jako zawód zaufania publicznego. Z badania przeprowadzonego w roku 2019 przez CBOS wynika, że zawód ten jest na szóstym miejscu pod względem oceny poważanych zawodów w polskim społeczeństwie (Nr 157/2019, CBOS). Świadczy to o dużym zaufaniu publicznym w stosunku do tej grupy zawodowej.

Złożoność procesów kształcenia lekarzy wynika z wielu kwestii. Po pierwsze można mówić o rozległej legislacji w tym zakresie. Wszystkie kolejne etapy edukacji są uregulowane prawnie. Pełne prawo wykonywania zawodu przyznawane jest po pozytywnie zaliczonym Lekarskim Egzaminie Państwowym (LEK), do którego przystępuje student po ukończeniu 6-letniego trybu studiów. Poniżej w celu zobrazowania potencjału dostępności nowej kadry medycznej na rynku pracy w nadchodzących latach w tabeli 23. zamieszczono informację dotyczącą liczby studentów, którzy przystąpili do LEK na wiosnę roku 2022.

Tabela 23. Zdawalność absolwentów z podziałem na ukończone uczelnie w edycji wiosna 2022 roku

Uczelnia	zdawało	zdalo	nie zdalo	zgłoszonych
Uniwersytet Zielonogórski	31	31	0	36
Gdański Uniwersytet Medyczny	229	227	2	270
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego	187	185	2	213
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku	148	148	0	179
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	200	196	4	239
Kolegium Nauk Medycznych Uniwersytetu Rzeszowskiego	55	54	1	59
Warszawski Uniwersytet Medyczny	434	430	4	548
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach	447	447	0	560
Uniwersytet Medyczny w Lublinie	232	230	2	266
Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie	42	41	1	49
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach	71	70	1	76
Uniwersytet Medyczny w Łodzi	418	415	3	498
Collegium Medicum UMK im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy	104	103	1	126

⁶² t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 1342

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu	275	273	2	314
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie	109	105	4	127
uczelnie zagraniczne	110	98	12	134
absolwenci anglojęzyczni	79	61	18	110
RAZEM	3171	3114	57	3804

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi, cem.edu.pl, (dostęp: 20.05.2022).

Z danych zawartych w powyższej tabeli wynika, że największa zdawalność egzaminu kończącego studia na kierunku lekarskim wiosną roku 2022 miała miejsce na Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach (100%). Do egzaminu w skali całego kraju przystąpiło 3171 osób. Z wynikiem pozytywnym egzamin ukończyło 3114 osób w całym kraju co stanowi 98,2% wszystkich zdających. Oznacza to, że wiosną roku 2022 ponad 3 tys. młodych lekarzy uzyskało pełne prawo wykonywania zawodu, a tym samym wzmocniło kadrowo system ochrony zdrowia. Wyróżniony w tabeli Uniwersytet Medyczny w Łodzi zajmuje wysoką pozycję w zestawieniu wyższych uczelni medycznych. W 2022 roku spośród 418 osób, które zdawało egzamin końcowy, wynik negatywny uzyskały jedynie trzy osoby. Świadczy to o wysokim poziomie kształcenia medycznego na tej uczelni. Regulacje odnośnie do tego egzaminu w szczególności wykazu dziedzin medycyny oraz zakresu problematyki egzaminacyjnej znajdują się w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2021 r. w sprawie Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego⁶³. Rozporządzenie określa również dokładną liczbę pytań w poszczególnych obszarach wiedzy medycznej weryfikowanej w drodze testu. Zakres pytań jest znacznie rozbudowany i ma obejmować całościowo wiedzę z różnych dziedzin medycyny, m.in. chorób wewnętrznych, pediatrii, chirurgii czy też położnictwa i ginekologii. Dzięki temu przygotowanie medyczne do wypełniania obowiązków zostaje sprawdzone w sposób wnikliwy oraz kompleksowy. LEK jest finalnym egzaminem kończącym długoletni tok studiów medycznych. W aspekcie problemów kadrowych w jednostkach zdrowia, ważnym jest poziom zainteresowania młodych ludzi podjęciem studiów na kierunkach medycznych. Zwyczajowo corocznie Minister Zdrowia wydaje decyzję o liczbie miejsc przeznaczonych na kierunki medyczne na poszczególnych uczelniach na terenie kraju. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 4 sierpnia 2022 r. w sprawie limitu przyjęć na studia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym określony został

⁶³ Dz.U. poz. 828 z późn. zm.

limit przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny w roku akademickim 2022/2023⁶⁴ (tabela 24.).

Tabela 24. Limit przyjęć na studia na kierunek lekarski w poszczególnych uczelniach w roku akademickim 2022/2023

Lp.	Nazwa uczelni	Jednolite studia magisterskie prowadzone w formie studiów stacjonarnych w języku polskim	Jednolite studia magisterskie prowadzone w formie studiów stacjonarnych w języku polskim – miejsca dla cudzoziemców*	Jednolite studia magisterskie prowadzone w formie studiów niestacjonarnych w języku polskim	Jednolite studia magisterskie prowadzone w formie studiów stacjonarnych lub niestacjonarnych w języku innym niż język polski
1	Uniwersytet Medyczny w Białymstoku	184	2	126	126
2	Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu	204	5	48	84
3	Gdański Uniwersytet Medyczny	326	6	171	50
4	Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach	723	5	126	160
5	Uniwersytet Jagielloński w Krakowie	240	5	50	125
6	Uniwersytet Medyczny w Lublinie	340	4	80	170
7	Uniwersytet Medyczny w Łodzi	720 **	15	130	104
8	Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	340	2	140	250
9	Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie	250	2	65	120
10	Warszawski Uniwersytet Medyczny	550	12	170	150
11	Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu	305	10	145	140
12	Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie	150	0	0	110
13	Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach	100	6	75	50
14	Uniwersytet Rzeszowski	110	5	60	40
15	Uniwersytet Zielonogórski	90	0	50	0
16	Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego z siedzibą w Krakowie	150	0	0	100
17	Uczelnia Łazarskiego z siedzibą w Warszawie	100	5	0	0
18	Uniwersytet Opolski	120	0	50	0
19	Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu	120	20	60	0
20	Wyższa Szkoła Techniczna w Katowicach z siedzibą w Katowicach	200	0	60	100
21	Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie	120	5	80	0
22	Uczelnia Medyczna im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie	150	0	50	0

⁶⁴ legislacja.rcl.gov.pl, dostęp: 14.08.2022

23	Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy im. Jana Długosza w Częstochowie	60	0	30	0
----	---	----	---	----	---

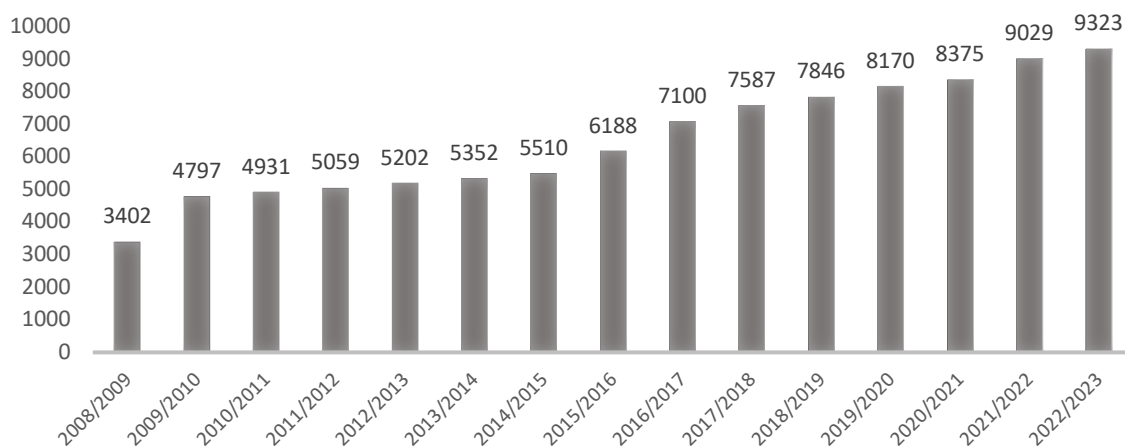
* Dotyczy cudzoziemców podejmujących i odbywających studia na podstawie art. 323 ust. 1 pkt 3 Ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce. Niewykorzystany limit przyjęć na studia dla cudzoziemców zwiększa limit przyjęć na jednolitych studiach magisterskich prowadzonych w formie studiów stacjonarnych w języku polskim.

** W tym 200 miejsc finansowanych przez Ministra Obrony Narodowej.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie projektu Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2022 r. w sprawie limitu przyjęć na studia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym.

Z tabeli wynika, że łącznie w roku akademickim 2022/2023 przewidywany limit miejsc na kierunku lekarskim wynosi 9406 miejsc, w tym: (1) na jednolitych studiach magisterskich stacjonarnych prowadzonych w języku polskim 5652 miejsc; (2) na jednolitych studiach magisterskich niestacjonarnych prowadzonych w języku polskim 1766 miejsc; (3) na jednolitych studiach magisterskich stacjonarnych lub niestacjonarnych prowadzonych w języku innym niż język polski 1879 miejsc⁶⁵. Dla wyróżnionego w tabeli Uniwersytetu Medycznego w Łodzi zestawienie jest wyjątkowo korzystne. W roku akademickim 2022/2023 wspomniany uniwersytet zajmuje drugie miejsce pod względem limitu miejsc na jednolitych studiach magisterskich z wynikiem 720 miejsc. Oznacza to, że województwo łódzkie może w kolejnych latach zwiększyć dostępność kadry lekarskiej a tym samym poprawić znacząco poziom regionalnej ochrony zdrowia. Opisywane limity zmieniały się w ciągu lat, co autor prezentuje na wykresie 14.

Wykres 14. Limity przyjęć na studia na kierunku lekarskim w latach 2008–2023



Źródło: Opracowanie własne na podstawie corocznego Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie limitu przyjęć na studia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym.

Z danych przedstawionych na wykresie 14. można odczytać, że limity przyjęć na kierunku lekarskim systematycznie były zwiększane w ciągu ostatnich 12 lat. To zjawisko

⁶⁵ legislacja.rcl.gov.pl/, dostęp: 14.08.2022

można zaliczyć do pozytywnych trendów mających na celu zwiększanie potencjału kadrowego lekarzy, jak również zagwarantowanie poprawności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w kraju. Świadczy to również o rosnącym zainteresowaniu wśród studentów wykonywaniem zawodu lekarza. Limity ustalane są przez Ministerstwo Zdrowia w koordynacji z Ministerstwem Edukacji i Nauki. Dokonuje się corocznego szacunku w oparciu o zagwarantowanie odpowiedniej puli środków finansowych na ten cel. Zatem biorąc pod uwagę wieloletni proces kształcenia lekarza (tryb studiów oraz uzyskanie stopnia specjalizacji przykładowo w dziedzinie chorób wewnętrznych to średnio okres 13 lat), można szacować, że dużego przyrostu specjalistów na rynku usług medycznych można spodziewać się, dopiero począwszy od roku 2028.

Opisany powyżej długi cykl kształcenia w zawodzie lekarza dopełnia uzyskanie specjalizacji. Proces ten rozpoczyna się od ustalenia skali potrzeb kadrowych w ochronie zdrowia. Analiza zapotrzebowania na lekarzy specjalistów budowana jest na zbiorze danych zebranych z następujących źródeł. W pierwszej kolejności na podstawie liczby lekarzy pracujących w wybranym województwie oraz liczby absolwentów z danego rocznika konsultanci wojewódzcy oraz wyspecjalizowane komisje w urzędach wojewódzkich tworzą raport w powyższym zakresie. Następnie na podstawie analizy danych powstaje zestawienie zapotrzebowania w tym przedmiocie, które kierowane jest do rozpatrzenia przez wojewodę. To właśnie wojewoda kieruje wniosek do Ministerstwa Zdrowia o przyznanie odpowiednich środków finansowych na utworzenie miejsc stażowych oraz miejsc specjalizacyjnych w wybranych do tego celu jednostkach medycznych w danym województwie. Zgodnie z tymi wytycznymi w województwie łódzkim w postępowaniu marcowym roku 2022 utworzono 120 miejsc w trybie rezydenckim⁶⁶ (tabela 25.).

⁶⁶ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/liczba-miejsc-rezydenckich-dla-lekarzy-i-lekarzy-dentystow-ktorzy-rozpoczyna-szkolenie-specjalizacyjne-na-podstawie-postepowania-kwalifikacyjnego-przeprowadzonego-1-31-marca-2022-r>, dostęp: 24.06.2022

Tabela 25. Wykaz wybranych miejsc rezydenckich dla lekarzy i lekarzy dentystów, którzy rozpoczną szkolenie specjalizacyjne na podstawie postępowania kwalifikacyjnego przeprowadzonego 1–31 marca 2021

Specjalizacja	Liczba miejsc
Województwo łódzkie	120
anestezjologia i intensywne terapie	8
chirurgia ogólna	6
choroby wewnętrzne	8
choroby zakaźne	4
medycyna rodzinna	9
kardiologia	1
medycyna ratunkowa	5
neurologia	2
rehabilitacja medyczna	1
pediatria	10
położnictwo i ginekologia	3
patomorfologia	4

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Urzędu Wojewódzkiego dotyczących postępowania kwalifikacyjnego dla lekarzy i lekarzy dentystów w marcu 2022.

Z powyższej tabeli wynika, że spośród miejsc rezydenckich najliczniejszą grupę stanowiły specjalizacje z pediatrii (10), medycyny rodzinnej (9), anestezjologii i intensywnej terapii (8), chorób wewnętrznych (8) oraz chirurgii ogólnej (6). Miejsc rezydenckich na pozostałe specjalizacje było wyraźnie mniej. Ma to znaczenie w kontekście starzejącego się społeczeństwa, którego problematykę Autor poruszył we wcześniejszej części pracy. Jednym z pozytywnych przejawów jest zwiększona liczba miejsc w dziedzinie chorób wewnętrznych w znacznym stopniu dotyczącej opieki nad osobami starszymi. Jednak na specjalizacjach stricte ukierunkowanych do opieki nad pacjentem geriatrycznym dostępność wolnych miejsc specjalizacyjnych była bardzo niska: geriatryka (1), kardiologia (1), medycyna paliatywna (1), reumatologia (1)⁶⁷.

Podsumowując, należy podkreślić, że edukacja kadry lekarskiej jest wieloletnia, obciążona systematycznością, rzetelnością i różnorodnością tematyki z obszaru nauk medycznych. Na poszczególnych etapach edukacji należy potwierdzać wiedzę na podstawie egzaminów teoretycznych i praktycznych. Charakterystyka procesu kształcenia kadry lekarskiej pokazuje, że droga od studenta medycyny na kierunku lekarskim do pozytywnie zdanego egzaminu specjalizacyjnego trwa kilkanaście lat. Cykl edukacji jest wieloetapowy, wymaga się bowiem od absolwentów dalszej nauki i rozwoju, czy to w ramach specjalizacji medycznych, czy też różnorodnych kursów doszkalających. Dlatego istotne jest zapewnienie nie tylko wysokich limitów na studiach medycznych, ale również wzrostu miejsc rezydenckich do kontynuowania rozwoju specjalistycznego. Niewątpliwie korzystne jest coroczne zwiększanie limitów miejsc dla

⁶⁷ gov.pl, dostęp: 24.06.2022

kandydatów kierunków lekarskich o czym świadczą dane przedstawione w powyższej części rozprawy.

2.3. Uwarunkowania zawodu pielęgniarki i położnej

W poniższej części pracy autor dokona charakterystyki pracy zawodowej oraz sposobu kształcenia kluczowej grupy zaliczanej do zawodów medycznych, tj. pielęgniarek i położnych. Pielęgniarstwo jest samodzielnym zawodem medycznym regulowanym ustawą o zawodzie wraz z obowiązującymi rozporządzeniami (Bazyliński, Mita, Wójcik, Ochab, 2022). Uprawnienia do wykonywania tego zawodu zostały zdefiniowane w Ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej⁶⁸. Od 1 stycznia 2005 roku, zawód pielęgniarki i położnej został zakwalifikowany do grupy specjalistów do spraw zdrowia. Oznacza to, że pielęgniarki i położne zostały uznane za osoby, od których oczekiwane jest posiadanie znaczącego poziomu wiedzy zawodowej, szeroko interpretowanego doświadczenia powiązanego z praktyką zawodową. Zgodnie z definicją, która zawarta jest w art. 4 powyższej ustawy, zawód ten „polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych”. Zapisy szczegółowe precyzują, że wykonywanie zawodu pielęgniarki polega m.in. na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na:

- rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta;
- rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta;
- planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem;
- samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych;
- realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;
- orzekaniu o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych;
- edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Zawód pielęgniarki związany jest ściśle z udzielaniem świadczeń zdrowotnych pacjentowi, czyli zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt. 4 u.p.p. do osoby zwracającej się o ich udzielenie lub korzystających ze świadczeń zdrowotnych. Zatem za świadczenia zdrowotne wykonywane przez pielęgniarki uznać należy tylko te które świadczone są przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje zawodowe. Podkreślenia wymaga obowiązek osobistego wykonywania owych czynności. Aby podejmować czynności

⁶⁸ dalej jako: u.p.p., t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 551

zgodnie z art. 2 ust. 3 oraz art. 5 Ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych⁶⁹ pielęgniarka/położna, która chce pracować na terenie danej Izby Pielęgniarskiej, zobowiązana jest do dokonania wpisu. Wpis do rejestru czyni się na wniosek osoby zainteresowanej posiadającej prawo wykonywania zawodu. Osoby wpisane do rejestru zgodnie z prawem stają się członkami danej okręgowej izby pielęgniarek i położnych. Przynależność do samorządu jest obowiązkowa.

Proces kształcenia pielęgniarek i położnych jest wieloetapowy, zawierający w znacznym zakresie część teoretyczną, ale również wielogodzinną praktykę w pracy przy pacjencie. Historyczne próby wypracowania odpowiedniego systemu kształcenia kadry pielęgniarskiej w Polsce sięgają początków XIX wieku (Urbanek, 2008). Jedną z maksym opracowanych historycznie brzmiała „Pielęgniarstwa trzeba się uczyć i traktować je jako wyodrębniony samodzielny zawód” (Matoga, 2011). Zgodnie z tą zasadą w całym kraju powstawały uczelnie medyczne, gdzie przyszła kadra pielęgniarska mogła pobierać nauki. Do najważniejszych uczelni, które wpłynęły na kształt współczesnego pielęgniarstwa, należy zaliczyć m.in.:

- Warszawską Pielęgniarstwa;
- Szkołę Pielęgniarek Społecznych w Poznaniu;
- Szkołę Pielęgniarstwa i Pomocy Społecznej Okręgu Polskiego Czerwonego Krzyża w Katowicach (Ślusarska, 2011).

Autor, dokonując skrótowego opisu rysu historycznego pielęgniarstwa w Polsce, miał na celu wykazać, że zawód pielęgniarki i położnej tworzony był w Polsce od ponad stu lat. Dzięki temu wypracowane zostały odpowiednie mechanizmy kształcenia kadr pielęgniarskich. Konsekwencją tych działań było tworzone równoległe ustawodawstwo. Analizując podstawy kształcenia pielęgniarek i położnych, należy wymienić kilka podstawowych aktów prawnych:

- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej⁷⁰;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 listopada 2012 r. w sprawie Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkół Pielęgniarek i Położnych⁷¹;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 sierpnia 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań dotyczących kształcenia pielęgniarek i położnych⁷²;

⁶⁹ t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 628

⁷⁰ t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 551

⁷¹ t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 1017

⁷² Dz.U. poz. 970

- Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce⁷³;
- Ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych⁷⁴;
- Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza denty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego⁷⁵;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych warunków prowadzenia studiów dla pielęgniarek i położnych, które posiadają świadectwo dojrzałości i ukończyły liceum medyczne lub szkołę policealną albo szkołę pomaturalną, kształcą w zawodzie pielęgniarki i położnej⁷⁶;
- Rozporządzenie z dnia 30 września 2016 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych⁷⁷.

Współcześnie proces kształcenia kadry pielęgniarskiej odbywa na podstawie przepisów Ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce⁷⁸ oraz Ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej⁷⁹. Zasady szczególne wymienione zostały w Rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza denty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego⁸⁰. W dokumencie wyczytać można, że studia mają na celu przygotowanie kandydata do wykonywania zawodu medycznego, poszerzenie wiedzy z zakresu innych pokrewnych nauk medycznych oraz poznanie wszelkich regulacji prawnych związanych z wykonywaniem zawodu. Proces kształcenia w zakresie podstaw opieki pielęgniarskiej i opieki specjalistycznej mają za zadanie przygotować przyszłą kadrę pielęgniarską do m.in. samodzielnego wykonywania zawodu, planowania i sprawowania opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem czy też przygotowania pacjenta do samoopieki oraz opiekuna do sprawowania opieki nad pacjentem (Ciechaniewicz, 2000).

⁷³ t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 574 z późn. zm.

⁷⁴ t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 628

⁷⁵ t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 755 z późn. zm.

⁷⁶ Dz.U. poz. 770

⁷⁷ Dz.U. poz. 1761 z późn. zm.

⁷⁸ t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 574 z późn. zm.

⁷⁹ t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 551

⁸⁰ t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 755 z późn. zm.

W polskim systemie kształcenia możliwa jest nauka na kierunku pielęgniarstwo zarówno na uczelniach publicznych, jak i prywatnych. Po ukończeniu kolejnych etapów kształcenia student tego kierunku może uzyskać:

- tytuł zawodowy licencjata pielęgniarstwa/licencjata położnictwa w toku studiów I stopnia;
- tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa/magistra położnictwa w toku studiów II stopnia.

Pielęgniarka zdobywa wykształcenie kierunkowe poprzez ukończenie tzw. szkoły pielęgniarstwa (uczelni). Samo ukończenie szkoły pielęgniarstwa, podobnie jak w przypadku lekarzy, zasadniczo nie uprawnia do wykonywania zawodu pielęgniarki, a w szczególności do udzielania jakichkolwiek świadczeń zdrowotnych. Elementem niezbędnym do legalnego wykonywania pielęgniarstwa jest uzyskanie tzw. prawa wykonywania zawodu (Paszowska, 2020).

W odniesieniu do studiów I stopnia, po ukończeniu trzyletniego trybu studiów z zakresu pielęgniarstwa student musi zdać pozytywnie egzamin końcowy stanowiący potwierdzenie nabytej wiedzy teoretycznej i wiedzy praktycznej, zaś następnie może kontynuować naukę w ramach studiów podyplomowych i kursów specjalizacyjnych (Przybek-Mita, 2021). Wytyczne do egzaminu dyplomowego zostały opracowane w wykazie minimum programowego dla kształcenia zawodowego pielęgniarstwa. Egzamin, podobnie jak w przypadku Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego Lekarzy (PES), jest dwustopniowy. Pozytywne zaliczenie części teoretycznej daje możliwość przystąpienia do egzaminu z wiedzy praktycznej (Pradela, Radosz, Sobiegała, 2020). Ta część egzaminu realizowana jest na jednym z oddziałów szpitalnych o charakterze ogólnym. Najczęściej egzamin odbywa się na oddziale internistycznym (chorób wewnętrznych), chirurgii bądź pediatrii.

W Polsce w roku 2019 studia z zakresu pielęgniarstwa były prowadzone przez 98 uprawnionych uczelni, z czego w tej grupie znalazło się 12 uniwersytetów medycznych. Zdecydowanie mniej jednostek prowadziło zajęcia z zakresu położnictwa, gdyż zaledwie 20 uczelni, w tym 12 uniwersytetów medycznych (Ministerstwo Zdrowia, 2019).

Tabela 26. Liczba uczelni posiadających akredytację ministra zdrowia do prowadzenia kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo w podziale na województwa

Województwo	Pielęgniarstwo		Położnictwo	
	Uczelnie publiczne	Uczelnie niepubliczne	Uczelnie publiczne	Uczelnie niepubliczne
Dolnośląskie	5	3	1	0
Kujawsko-pomorskie	2	3	1	0
Lubelskie	4	4	1	0
Lubuskie	1	0	0	0
Łódzkie	3	4	1	0
Małopolskie	5	2	1	0
Mazowieckie	7	7	2	2
Opolskie	2	0	1	0
Podkarpackie	6	1	1	0
Podlaskie	3	2	1	0
Pomorskie	2	2	1	0
Śląskie	4	8	1	0
Świętokrzyskie	1	3	1	0
Warmińsko-mazurskie	1	1	1	0
Wielkopolskie	7	2	2	0
Zachodniopomorskie	3	0	2	0
RAZEM	56	42	18	2

Źródło: *Polityka Wieloletnia Państwa na Rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce, Ministerstwo Zdrowia, 2019.*

Z danych w tabeli 26. wynika, że minimum trzy województwa w kraju posiadają więcej niż sześć uczelni prowadzących kształcenie kadry pielęgniarstwa oraz położnictwa. Przyczynia się to do poszerzenia liczby studentów nauk medycznych w kraju, a tym samym przyszłościowo stanowi szansę dla zwiększenia dostępności kadry medycznej na rynku pracy. Kształcenie studentów pielęgniarstwa często koncentruje się na zdobywaniu wiedzy pielęgniarstwa teoretycznej, a także umiejętności i kompetencji. Jednak ważną częścią bycia pielęgniarką jest podejście do sytuacji pacjenta, kontekstów i zdolności ontologicznych w czasie pracy (Doane i Varcoe, 2008, 2021). W zestawieniu województw przodują województwa mazowieckie i śląskie. W województwie łódzkim kształcenie pielęgniarstwa odbywa się na trzech uczelniach publicznych oraz czterech niepublicznych. To stosunkowo wysoki wynik na tle innych województw, co oznacza, że z każdym kolejnym rokiem dostępność do nowych zasobów pielęgniarstwa powinna systematycznie wzrastać.

Aby oszacować rezultaty tego kształcenia, warto prześledzić liczbę kandydatów, studentów oraz absolwentów kierunku pielęgniarstwo. Pozwoli to zobrazować potencjał przyszłej kadry pielęgniarstwa zatrudnionej w systemie ochrony zdrowia. Dane zawarte w tabeli 27. wskazują na rosnące zainteresowanie kandydatów kierunkiem pielęgniarstwo na studiach I stopnia.

Tabela 27. Liczba kandydatów, studentów i absolwentów na kierunku pielęgniarstwo – studia I stopnia

Kierunek pielęgniarstwo stopień	Rok akademicki									
	2006/ 2007	2007/ 2008	2008/ 2009	2009/ 2010	2010/ 2011	2011/ 2012	2012/ 2013	2013/ 2014	2014/ 2015	2015/ 2016
Liczba kandydatów na studia	6117	6211	4624	5173	4928	6826	7679	8917	9282	10 334
Liczba studentów przyjętych na I rok	4302	3817	3169	3726	3324	4181	4341	4810	5178	5907
Liczba studentów kontynuujących na II roku	3285	2960	2517	2822	2805	3431	3490	4075	4307	---
Liczba studentów kontynuujących na III roku	2951	2732	2392	2676	2725	3247	3307	3815	---	---
Liczba absolwentów	2859	2698	2311	2686	2607	3189	3199	---	---	---

Źródło: Polityka Wieloletnia Państwa na Rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce, Ministerstwo Zdrowia, 2019.

Na podstawie zgromadzonego w tabeli 27. wykazu liczby kandydatów, studentów i absolwentów na kierunku pielęgniarstwo na studiach I stopnia można wykazać znaczny wzrost osób zainteresowanych podjęciem edukacji pomiędzy rokiem akademickim 2006/2007 a 2015/2016. Wyniósł on ponad 4 tys. osób. W zestawieniu w tabeli 28. dotyczącej studentów studiów II stopnia na kierunku pielęgniarstwo można zauważyć, że liczba kandydatów jest zdecydowanie mniejsza w każdym z przedstawionych okresów. Autor poprzez prezentację danych dotyczących zarówno liczby kandydatów, ale co ważniejsze – absolwentów – starał się wykazać potencjał kadrowy kadry pielęgniarskiej w Polsce w nadchodzących latach.

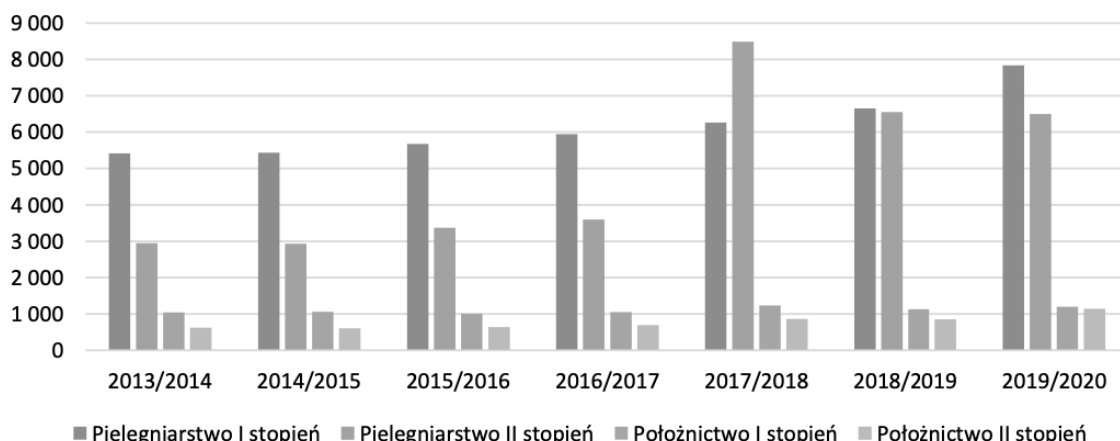
Tabela 28. Liczba kandydatów, studentów i absolwentów na kierunku pielęgniarstwo – studia II stopnia

Kierunek pielęgniarstwo stopień	Rok akademicki									
	2006/20 07	2007/20 08	2008/20 09	2009/20 10	2010/20 11	2011/20 12	2012/20 13	2013/20 14	2014/20 15	2015/20 16
Liczba kandydatów na studia	3352	3690	4845	4687	4878	5029	4525	4407	4109	4316
Liczba studentów przyjętych na I rok	1730	2120	2900	3025	2937	3481	3161	3291	3222	3622
Liczba studentów kontynuujących na II roku	1701	2248	2756	2963	2801	3420	3042	3170	3038	---
Liczba absolwentów	1479	1937	2549	2693	2518	2978	2734	2751	---	---

Źródło: Polityka Wieloletnia Państwa na Rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce, Ministerstwo Zdrowia, 2019.

Wykres 15. wyraźnie skazuje na dynamiczny wzrost liczby kandydatów na studia I stopnia. Zauważalne jest większe zainteresowanie pierwszym etapem kształcenia w tym zawodzie medycznym. Nie widać już tak dynamicznego wzrostu liczby kandydatów na studia II stopnia.

Wykres 15. Wyniki rekrutacji na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo w latach 2013/2014–2019/2020



Źródło: Analiza liczby studentów oraz potrzeb/oczekiwań absolwentów wraz z rekomendacjami dla pracodawców oraz propozycjami ewentualnych zmian w standardach kształcenia, *akademapp.mz.gov.pl*, 2020.

Powyżej przedstawione dane dotyczące wyników rekrutacji na studia na kierunkach pielęgniarstwo oraz położnictwo z wyszczególnieniem na stopnie nauki, wskazują na rosnące w latach 2013–2020 zainteresowanie podjęciem edukacji w tym obszarze medycyny. Zauważalna jest również dysproporcja w liczbie kandydatów a osób, które ukończyły studia czy to I, czy II stopnia. Studia na kierunku pielęgniarstwo z pewnością należą do wymagających, zaś sam student musi cechować się dużym zaangażowaniem w obszarze opieki nad pacjentem.

Ważną rolę w procesie kształcenia kadry pielęgniarek i położnych odgrywa kształcenie podyplomowe. Podstawa prawna kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych to m.in.:

- Ustawa z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej⁸¹, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 30 września 2016 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych⁸²;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy⁸³.

Kształcenie podyplomowe odbywa się w czterech głównych kategoriach:

⁸¹ t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 551

⁸² Dz.U. poz. 1761 z późn. zm.

⁸³ Dz.U. poz. 1562

- 1) kursu specjalizacyjnego – ukończenie go kończy się egzaminem państwowym. Kurs ten umożliwia uzyskanie przez pielęgniarkę lub położną specjalizacji w danej dziedzinie medycyny i uzyskanie tytułu specjalisty;
- 2) kursu kwalifikacyjnego – pozwala na pozyskanie specjalistycznych kwalifikacji do świadczenia usług zdrowotnych w dziedzinie jaką jest pielęgniarstwo bądź położnictwo;
- 3) kursu specjalistycznego – umożliwia pozyskanie kwalifikacji do wykonywania określonych działań pielęgnacyjnych, leczniczych, diagnostycznych czy też przykładowo rehabilitacyjnych na rzecz pacjenta;
- 4) kursu doształcającego – umożliwia pogłębienie umiejętności oraz poszerzenie wiedzy w zakresie wykonywanych czynności zawodowych przez pielęgniarkę lub położną.

W roku 2021 ponad 8,5 tys. pielęgniarek i położnych ukończyło różnego rodzaju szkolenia specjalizacyjne (8 505), blisko 2,6 tys. kursy kwalifikacyjne (2 580), natomiast ponad 33 tys. kursy specjalistyczne (33 084). Z danych Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych (CKPPiP) wynika, że w 2021 roku łącznie zrealizowano 1931 szkoleń oraz kursy z czego 294 to szkolenia specjalizacyjne, 152 kursy kwalifikacyjne, 1411 kursów specjalistycznych oraz 74 kursy doształcające. W 2021 roku kształcenie podyplomowe ukończyło łącznie 45 681 osób, w tym 38 469 pielęgniarek i 7212 położnych, co w porównaniu z latami ubiegłymi wskazuje na uzasadnioną różnicę, stanowiącą aż o 37% więcej uczestników kształcenia niż w 2020 roku i o 11% mniej niż w 2019 roku (ckppip.edu.pl, 2022). Dla tematyki niniejszej pracy kluczowe znaczenie ma liczba pielęgniarek, które ukończyły powyższe kursy i szkolenia w zakresie opieki osób starszych. W roku 2021 szkolenia specjalizacyjne z zakresu pielęgniarstwa geriatrycznego ukończyły w Polsce 173 osoby, opieki długoterminowej 230, zaś opieki paliatywnej 186 pielęgniarek (ckppip.edu.pl, dostęp: 1.07.2022).

Tabela 29. Liczba pielęgniarek i położnych, które ukończyły poszczególne rodzaje kształcenia w 2021

Wyszczególnienie	Pielęgniarki	Położne	Łączna liczba pielęgniarek i położnych	Łączna liczba pielęgniarek i położnych (%)
Szkolenia specjalizacyjne	7506	1051	8557	18,7%
Kursy kwalifikacyjne	2154	426	2580	5,7%
Kursy specjalistyczne	28 060	5 024	33 084	72,4%
Kursy dokształcające	749	711	1460	3,2%
Łącznie	38 469	7212	45 681	100%

Źródło: Sprawozdanie z realizacji kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych za 2021 rok, Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2022.

Proces kształcenia pielęgniarek i położnych, podobnie jak lekarzy, odbywa się na wielu płaszczyznach. Warto podkreślić, że dzisiejsze pielęgniarstwo w Polsce jest ambitne i dynamicznie się rozwija (Pradela, Radosz, Sobiegała, 2020). Zazwyczaj tok nauki jest rozciągnięty na kilka, a w przypadku specjalizacji na kilkanaście lat. Kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych obecnie stało się ustawowym obowiązkiem (Bancerowski, 2013). Nabywanie kolejnych specjalistycznych kwalifikacji i nowych umiejętności nie tylko poszerza zakres kompetencji zawodowych pielęgniarek i położnych, ale – co ważniejsze – zwiększa poczucie bezpieczeństwa w opiece nad pacjentem. Uczelnie wyższe kształcące przyszłe kadry pielęgniarstwa odgrywają kluczową rolę w budowaniu nie tylko wiedzy, ale i doświadczenia. Otwarte i refleksyjne podejście pedagogiczne może potencjalnie wpływać na formację studentów pielęgniarstwa w kierunku refleksyjności i krytycznej świadomości konfliktowych, złożonych i satysfakcjonujących aspektów wyboru zawodu medycznego i pracy jako pielęgniarka (Jenkins, Kinsella, DeLuca, 2021).

Podsumowując opis elementów związanych z procesem kształcenia kadr pielęgniarskich w Polsce, należy podkreślić, że jest on równie złożony i wieloetapowy, jak ma to miejsce w przypadku kadry lekarskiej. W ostatnich latach zauważalne jest rosnące zainteresowanie kierunkiem pielęgniarstwo i położnictwo na uczelniach publicznych, ale i prywatnych, o czym świadczą dane zaprezentowane przez autora. Opisywany trend jest szczególnie widoczny w przypadku studiów I stopnia. Liczba absolwentów studiów magisterskich jest mniejsza, jednak już ukończone studia licencjackie wraz z pozytywnie zdanym egzaminem końcowym uprawniają do rozpoczęcia pracy w zawodzie pielęgniarka i położna. Należy wspomnieć o konieczności podnoszenia kompetencji na studiach podyplomowych i kursach specjalizacyjnych. Tutaj

też zauważalny jest wzrost zainteresowania, co świadczy o tym, że personel medyczny pragnie wzmacniać swoje kompetencje zawodowe, a tym samym specjalizować się w wybranym kierunku z obszaru pielęgniarstwa.

2.4. Kadra lekarska w polskim systemie ochrony zdrowia

Personel medyczny utożsamiany jest przez społeczeństwo głównie z lekarzami oraz pielęgniarzami sprawującymi opiekę nad pacjentami. Jednak struktura systemu ochrony zdrowia uwzględnia wiele zawodów medycznych i paramedycznych (tabela 22.), m.in. ratowników, diagnostów laboratoryjnych, rehabilitantów, fizjoterapeutów czy choćby opiekunów medycznych a nawet salowe. Zapewnienie wieloprofilowego panelu świadczeń zdrowotnych oparte jest na odpowiedniej koordynacji działań zarządu podmiotów leczniczych, personelu wsparcia administracyjno-technicznego, a co najważniejsze – działań kadry medycznej. Obecnie na rynku zdrowia mamy do czynienia z deficytem kadry lekarskiej oraz pielęgniarzkiej. Należy podkreślić, że brak opieki zdrowotnej i personelu blisko miejsca zamieszkania może w konsekwencji prowadzić do obniżenia liczby świadczonych usług medycznych. W prostej linii spowoduje to niezaspokojenie potrzeb zdrowotnych (Wyszkowska, Hnatyszyn-Dzikowska, 2010). Zagadnienie deficytu kadry medycznej ma ogromne znaczenie w aspekcie starzejącego się społeczeństwa, bowiem wraz z wiekiem wzrasta zapotrzebowanie na usługi medyczne (Kłudacz, Piekut, 2014).

Zgodnie z danymi Naczelnej Izby Lekarskiej (NIL) w roku 2022 liczba wszystkich członków NIL wynosiła 201 067, w tym 156 828 lekarzy oraz 43 639 lekarzy dentyistów. Poniżej w tabeli 30. zaprezentowano dokładne dane z poszczególnych Okręgowych Izb Lekarskich (OIL) w lipcu 2022 roku w zakresie wszystkich aktualnych członków NIL na dzień 5.07.2022 r.

Tabela 30. Zestawienie liczebności członków Izb Lekarskich wg przynależności do okręgowej izby lekarskiej i tytułu zawodowego

Okręgowa Izba Lekarska	Liczba wszystkich aktualnych członków izby			
	Nazwa	Lekarze	Dentyści	Podw. PWZ
OIL w Białymstoku	5670	1518	27	7215
Beskidzka OIL w Bielsku-Białej	2849	858	14	3721
Bydgoska IL w Bydgoszczy	4022	745	9	4776
OIL w Gdańsku	10 631	3115	15	13 761
OIL w Gorzowie Wielkopolskim	889	324	3	1216
Śląska IL w Katowicach	14 697	3457	89	18 243
Świętokrzyska IL w Kielcach	3905	1090	7	5002
OIL w Krakowie	14 032	3980	33	18 045
OIL w Lublinie	8998	2394	15	11 407
OIL w Łodzi	11 464	3252	60	14 776
Warmińsko-Mazurska IL w Olsztynie	3157	895	4	4056
OIL w Opolu	2604	765	7	3376
OIL w Płocku	1094	309	1	1404
Wielkopolska IL w Poznaniu	12 042	3690	64	15 796
OIL w Rzeszowie	4065	1280	7	5352
OIL w Szczecinie	5064	1693	14	6771
OIL w Tarnowie	1357	397	2	1756
Kujawsko-Pomorska OIL w Toruniu	2504	699	9	3212
OIL w Warszawie	26 481	7423	157	34 061
Dolnośląska IL we Wrocławiu	12 871	3833	36	16 740
OIL w Zielonej Górze	1671	559	2	2232
Wojskowa Izba Lekarska	3740	287	11	4038
OIL w Koszalinie	1273	475	2	1750
OIL w Częstochowie	1748	601	12	2361
RAZEM	156 828	43 639	600	201 067

Źródło: Naczelna Izba Lekarska, nil.org.pl, (dostęp: 5.07.2022).

Jak widać, największa liczba członków zrzeszona jest w OIL w Warszawie (34 061), Katowicach (18 243) oraz Krakowie (18 045). Najmniejszą liczbę lekarzy skupiają OIL w Gorzowie Wielkopolskim (1216), Płocku (1404) oraz Koszalinie (1750). (1 734). W ramach OIL w Łodzi działa ponad 14 tys. lekarzy oraz lekarzy dentyistów (14 776). Ważną informacją jest, że w ramach 23. OIL oraz Wojskowej Izby Lekarskiej skupionych jest ponad 200 tys. lekarzy oraz lekarzy dentyistów. Łącznikiem Izb Okręgowych jest oczywiście NIL. Zadaniem Naczelnej Izby Lekarskiej jest reprezentacja samorządu lekarzy i lekarzy dentyistów na szczeblu państwowym, zaś organów okręgowych przed władzami regionalnymi. Spośród wszystkich liczbą lekarzy w zakresie opieki nad osobami starszymi w kraju dysponujemy m.in. 555 specjalistami z zakresu geriatry, 594 specjalistami medycyny paliatywnej oraz 2214 z obszaru rehabilitacji medycznej. Tabela 31. zawiera zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentyistów wykonujących zawód na dzień 5.07.2022 r.

Tabela 31. Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentystów wykonujących zawód wg przynależności do okręgowej izby lekarskiej i tytułu zawodowego na lipiec 2022 roku

Okręgowa Izba Lekarska	Liczba lekarzy i lekarzy dentystów wykonujących zawód			
	Nazwa	Lekarze	Dentyści	Podw. PWZ
OIL w Białymstoku	5501	1490	25	7016
Beskidzka OIL w Bielsku-Białej	2557	716	12	3285
Bydgoska IL w Bydgoszczy	4011	736	8	4755
OIL w Gdańsku	9182	2506	8	11 696
OIL w Gorzowie Wielkopolskim	798	263	3	1064
Śląska IL w Katowicach	13 643	3036	71	16 750
Świętokrzyska IL w Kielcach	3864	1051	6	4921
OIL w Krakowie	13 591	3770	32	17 393
OIL w Lublinie	8643	2242	12	10 897
OIL w Łodzi	10 822	2942	37	13 801
Warmińsko-Mazurska IL w Olsztynie	2905	776	4	3685
OIL w Opolu	2444	697	7	3148
OIL w Płocku	1044	290	1	1335
Wielkopolska IL w Poznaniu	11 101	3247	48	14 396
OIL w Rzeszowie	3823	1122	5	4950
OIL w Szczecinie	4671	1482	12	6165
OIL w Tarnowie	1300	366	2	1668
Kujawsko-Pomorska OIL w Toruniu	2261	602	4	2867
OIL w Warszawie	24 138	6672	98	30 908
Dolnośląska IL we Wrocławiu	11 853	3440	26	15 319
OIL w Zielonej Górze	1595	538	1	2134
Wojskowa Izba Lekarska	3525	260	10	3795
OIL w Koszalinie	1154	403	0	1557
OIL w Częstochowie	1578	515	11	2104
RAZEM	146 004	39 162	443	185 609

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Naczelnej Izby Lekarskiej, nil.org.pl, (dostęp: 5.07.2022).

Należy zwrócić uwagę na różnicę pomiędzy łączną liczbą członków izb lekarskich a liczbą lekarzy i lekarzy dentystów *de facto* wykonujących zawód. Wynosi ona ponad 15 tys. osób. Oznacza to, że znaczna liczba lekarzy została pozbawiona prawa wykonywania zawodu, zrzekła się tego prawa lub nie wykonuje swojego zawodu w długim okresie czasu. Na potrzeby niniejszej pracy należy przedstawić dane odnośnie do liczby lekarzy i lekarzy dentystów będących członkami OIL oraz wykonujących swój zawód wg wieku oraz płci. Zakłada się, że spośród lekarzy wykonujących swój zawód, znaczna grupa zbliża się do okresu emerytalnego albo już go osiągnęła. Z danych NIL wynika, że spośród osób wykonujących zawód lekarza oraz lekarza dentysty większość stanowiły kobiety (62,01%). Wszystkie dane wg podziału na wiek oraz płeć uwzględnione zostały w tabeli 32.

Tabela 32. Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentyistów wg wieku, płci i tytułu zawodowego z uwzględnieniem podziału na lekarzy wykonujących i nie wykonujących zawodu – stan na lipiec 2022 roku

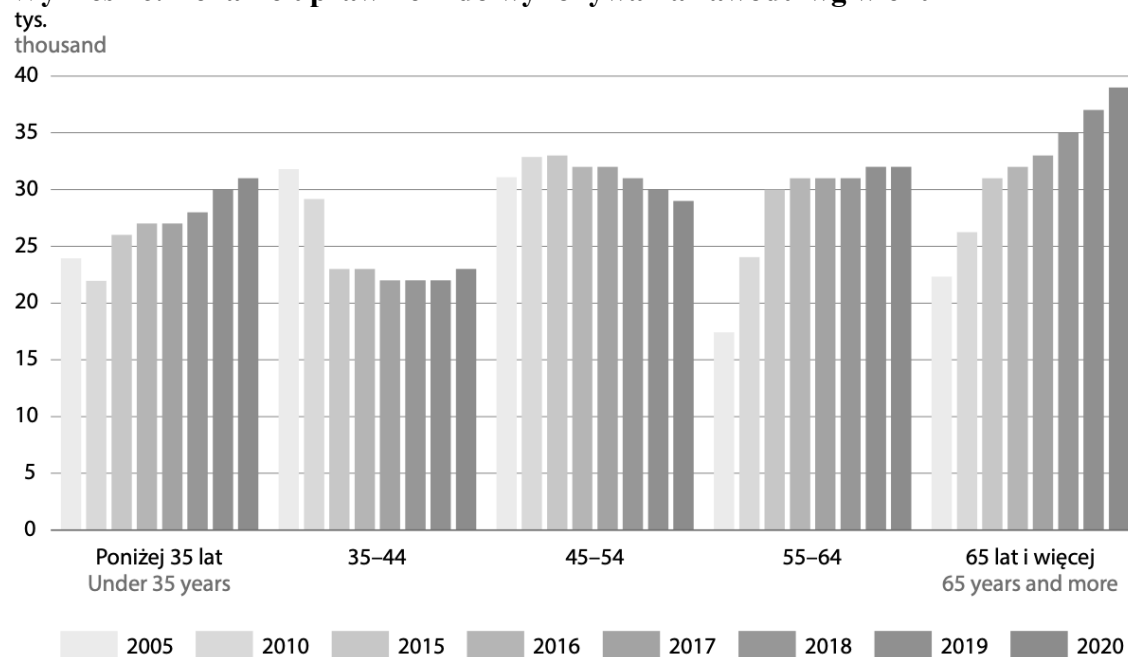
Płeć – przedział wiekowy (rocznikowo)	Liczba wszystkich aktualnych członków izby				Liczba lekarzy i lekarzy dentyistów wykonujących zawód			
	Lekarze	Dentyści	Podw. PWZ	RAZEM	Lekarze	Dentyści	Podw. PWZ	RAZEM
Mężczyźni w wieku [bez ogr.] do 25	71	87	0	158	71	87	0	158
Mężczyźni w wieku 26–30 lat	5942	1136	1	7079	5929	1133	1	7063
Mężczyźni w wieku 31–35 lat	6281	1404	13	7698	6 243	1398	13	7654
Mężczyźni w wieku 36–40 lat	4670	1202	17	5889	4630	1198	17	5845
Mężczyźni w wieku 41–45 lat	4345	1092	38	5475	4295	1087	32	5414
Mężczyźni w wieku 46 do 50 lat	5200	1093	57	6350	5092	1082	48	6222
Mężczyźni w wieku 51–55 lat	7166	1178	49	8393	6981	1179	37	8197
Mężczyźni w wieku 56–60 lat	7717	807	56	8580	7511	803	38	8352
Mężczyźni w wieku 61–65 lat	6841	706	35	7582	6652	696	29	7377
Mężczyźni w wieku 66–70 lat	6060	594	18	6672	5758	552	11	6321
Mężczyźni w wieku od 71 do [bez ogr.] lat	9604	882	45	10 531	7317	561	24	7902
Mężczyźni Razem:	63 897	10 181	329	74 407	60 479	9776	250	70 505
Kobiety w wieku [bez ogr.] do 25 lat	158	228	0	386	158	228	0	386
Kobiety w wieku 26–30 lat	9970	3177	2	13 149	9931	3164	2	13 097
Kobiety w wieku 31–35 lat	10 511	3472	12	13 995	10 445	3454	11	13 910
Kobiety w wieku 36–40 lat	8422	3100	8	11 530	8334	3079	8	11 421
Kobiety w wieku 41–45 lat	6806	2838	28	9672	6722	2805	24	9551
Kobiety w wieku 46–50 lat	6673	2801	43	9517	6528	2758	38	9324
Kobiety w wieku 51–55 lat	8732	3479	46	12 257	8532	3434	33	11 999
Kobiety w wieku 56–60 lat	8576	3568	44	12 188	8373	3513	27	11 913
Kobiety w wieku 61–65 lat	8890	2209	25	11 124	8614	2111	15	10 740
Kobiety w wieku 66–70 lat	7889	2582	22	10 493	7334	2153	13	9500
Kobiety w wieku od 71 do [bez ogr.] lat	16 304	6004	41	22 349	10 554	2687	22	13 263
Kobiety Razem:	92 931	33 458	271	126 660	85 525	29 386	193	115 104

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Naczelnej Izby Lekarskiej, nil.org.pl, (dostęp: 05.07.2022).

Z danych zawartych w tabeli 32. wynika, że w lipcu 2022 roku w Polsce było 60 479 lekarzy wykonujących swój zawód. Dla porównania w tym samym okresie lekarek było zdecydowanie więcej, bo 85 525. Różnica bliska 25 tys. osób wskazuje na dominację kobiet w tej kategorii zawodów medycznych. Jeszcze większa dysproporcja,

bo wynosząca 29 034 osób, ma miejsce w przypadku kobiet i mężczyzn w zawodzie lekarz, którzy zgodnie z danymi NIL są aktualnymi członkami Okręgowych Izb Lekarskich. Należy dokonać również analizy wieku lekarzy w Polsce. To ważna kategoria świadcząca o tym, czy istnieje zastępowalność pokoleniowa w tym zawodzie. Z danych NIL prezentowanych w tabeli 32. można odczytać, że w lipcu 2022 roku w Polsce w kategorii wiekowej 61 lat i więcej pracowało 46 229 lekarzy i lekarek. Na wykresie 16. zaprezentowano dane dotyczące wieku lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu począwszy od roku 2005.

Wykres 16. Lekarze uprawnieni do wykonywania zawodu wg wieku



Źródło: Zdrowie i ochrona zdrowia w 2020 roku, GUS 2021, stat.gov.pl, (dostęp: 10.01.2022).

W 2020 roku utrzymał się niepokojący trend w strukturze wieku lekarzy i lekarzy dentyistów uprawnionych do wykonywania zawodu. Wśród lekarzy najliczniejszą była grupa osób najstarszych – 65 lat i więcej. Ich liczba wyniosła blisko 40 tys., a udział w ogólnej liczbie wyniósł 25,3% i był o 0,9 p. proc. wyższy niż w roku 2019. Wymaga podkreślenia, że stanowi to znaczny udział w wysokości ogólnej liczby lekarzy wykonujących zawód medyczny. Odnosząc się do informacji na wykresie 16., można zauważyć systematyczny wzrost liczby lekarzy w wieku 65 lat i więcej. Od roku 2005 do 2020 był on wyraźny. Dla porównania – wzrost w kategorii lekarzy do 35. roku życia wynosił zaledwie 4 tys. W tabeli 33. zaprezentowano dane dotyczące grup wiekowych w poszczególnych województwach Polski. Ma to znaczenie, gdyż różnice w poszczególnych województwach są istotne i wpływają na poziom opieki medycznej

w danych rejonach kraju (GUS, 2021). Dane te mają na celu zilustrowanie problemu starzejącej się kadry medycznej. Problem ten jest jednym z najważniejszych zagadnień stanowiących wyzwanie organizacyjne systemu ochrony zdrowia w nadchodzących latach.

Tabela 33. Lekarze uprawnieni do wykonywania zawodu według wieku, płci i województw - stan w dniu 31.12.2020

Województwo	Lekarze											
	Razem	Z tego										
		W tym kobiety	Poniżej 35 lat		35–44 lat		45–54 lat		55–64 lat		65 i więcej lat	
		K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	
POLSKA	153 499	90 523	19 284	11 556	14 556	8722	15 914	13 070	17 480	14 391	23 289	15 237
Dolnośląskie	12 646	7439	1675	1009	1248	783	1221	1072	1429	1187	1866	1156
Kujawsko-pomorskie	6752	3779	790	520	711	449	680	624	675	684	923	696
Lubelskie	8988	5268	1126	694	842	525	967	765	1103	863	1230	873
Lubuskie	2658	1379	241	176	207	151	238	267	324	340	369	345
Łódzkie	12 132	7069	1619	1026	1 116	691	1154	974	1391	1111	1789	1261
Małopolskie	13 925	8304	1955	1140	1440	873	1428	1176	1477	1091	2004	1341
Mazowieckie	27 256	16 916	3420	1868	2688	1369	2997	2284	3028	2240	4783	2579
Opolskie	2619	1423	227	160	191	120	261	287	339	305	405	324
Podkarpackie	6355	3545	910	578	545	362	616	569	759	696	715	605
Podlaskie	5616	3491	759	429	538	283	603	412	659	484	932	517
Pomorskie	9914	6081	1443	734	1067	619	1123	776	924	819	1524	885
Śląskie	18 461	10 915	2116	1320	1549	982	2044	1564	2442	2003	2764	1677
Świętokrzyskie	4086	2342	471	307	336	250	424	349	511	411	600	427
Warmińsko-mazurskie	3994	2173	410	265	321	218	383	416	460	468	559	454
Wielkopolskie	11 787	6733	1433	903	1122	698	1162	1003	1272	1084	1744	1366
Zachodniopomorskie	6310	3666	689	427	635	349	613	532	687	605	1042	731

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych biuletynów statystycznych Ministerstwa Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, csioz.gov.pl, (dostęp: 11.07.2022).

Z danych zawartych w powyższym zestawieniu wynika, że w większości województw Polski dominującą grupą wiekową lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu jest ta w przedziale 65 lat i więcej. Najwięcej lekarzy w tej kategorii wiekowej odnotować można w województwach: mazowieckim (7362), śląskim (4441), małopolskim (3345), wielkopolskim (3110), łódzkim (3050), pomorskim (2409), lubelskim (2103). Zasoby kadrowe w przedziale wiekowym do lat 44 w największej liczbie zanotować można w województwie mazowieckim (9345), śląskim (5967) oraz małopolskim (5408). W województwach: mazowieckim, śląskim, dolnośląskim oraz małopolskim najwięcej uprawnionych lekarzy odnotować można w wieku 55–64 lat. Jedynie w województwie mazowieckim lekarze w wieku 45–54 są grupą przeważającą. Stanowi to istotny dowód dla potwierdzenia skali problemu starzejącej się grupy zawodowej lekarzy w całym kraju. Jak wspomniano, dotyczy to również województwa łódzkiego. W województwie łódzkim największy odsetek (ponad 25%) kadry lekarskiej

stanowią osoby w wieku 65 lat i więcej (3050). Te dane uwidaczniają istotne zagrożenie dostępności do usług zdrowotnych realizowanych w województwie łódzkim w najbliższych latach. Dane dotyczące lekarzy w wieku 65 lat i więcej zostały przedstawione historycznie w okresie lat 2008–2020 (tabela 34.).

Tabela 34. Lekarze uprawnieni do wykonywania zawodu w wieku 65 lat i więcej w Polsce oraz województwie łódzkim na przestrzeni lat

Lata	Lekarze uprawnieni do wykonywania zawodu w wieku 65 lat i więcej w Polsce	Lekarze uprawnieni do wykonywania zawodu w wieku 65 lat i więcej w województwie łódzkim	Lekarze uprawnieni do wykonywania zawodu ogółem w Polsce	Procentowy udział lekarzy w wieku 65 lat i więcej a liczba lekarzy ogółem w Polsce
2008	24 636	1837	131 418	18,7 %
2009	25 487	1876	132 832	19,2 %
2010	26 253	1932	134 292	19,5 %
2011	27 252	2028	136 208	20,0 %
2012	28 031	2083	137 109	20,4 %
2013	29 188	2227	139 595	20,9 %
2014	30 296	2277	141 390	21,4 %
2015	31 378	2386	142 962	21,9 %
2016	32 114	2543	144 982	22,2 %
2017	33 118	2637	146 037	22,7 %
2018	35 612	2792	149 134	23,9 %
2019	37 034	2912	150 914	24,5 %
2020	38 526	3050	153 499	25,1 %

Zródło: Opracowanie własne na podstawie danych biuletynów statystycznych Ministerstwa Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, csioz.gov.pl, (dostęp: 4.07.2022).

Z informacji zawartych w powyższym zestawieniu wynika, że w latach 2008–2020 procentowy udział lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu w wieku 65 lat i więcej w relacji do ogólnej liczby lekarzy ulegał zwiększeniu. Oznacza to, że w systemie ochrony zdrowia pracuje coraz więcej lekarzy w wieku okołoemerytalnym. Mogą oni w każdej chwili zakończyć wykonywanie swojego zawodu, co stanowi ogromne zagrożenie dla funkcjonowania opieki lekarskiej w kraju. Odnosząc się do danych z województwa łódzkiego, można także zauważyć coroczny wzrost populacji uprawnionych do wykonywania zawodu lekarzy w wieku 65 lat i więcej. Zatem województwo łódzkie pod tym względem nie odbiega od reszty kraju.

2.5. Kadra pielęgniarska w polskim systemie ochrony zdrowia

Zgodnie z danymi Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych (NIPiP) liczba zarejestrowanych pielęgniarek na dzień 31.12.2021 w Polsce wynosiła 307 832. Przeważającą liczbę (299 604) stanowiły kobiety. Pielęgniarzy zgodnie z danymi NIPiP było zdecydowanie mniej, bo zaledwie 8228. Dane w tym zakresie zaprezentowane są w tabeli 35.

Tabela 35. Liczba zarejestrowanych pielęgniarek i położnych w latach 2012–2021

Liczba zarejestrowanych pielęgniarek i położnych			
Stan na 31.XII	Liczba pielęgniarek		Ogółem
	Kobiety	Mężczyźni	
2012	273 666	4830	278 496
2013	275 075	4964	280 039
2014	277 334	5188	282 522
2015	279 861	5515	285 376
2016	282 547	5848	288 395
2017	285 542	6248	291 790
2018	288 774	6707	295 481
2019	292 437	7182	299 619
2020	295 571	7640	303 211
2021	299 604	8228	307 832

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NIPiP, nipip.pl, (dostęp: 30.06.2022).

Z danych odczytać można, że łączna liczba pielęgniarek i pielęgniarzy systematycznie wzrastała w każdym analizowanym roku w okresie 2012–2021. Należy jednak podkreślić, że są to jedynie osoby ujęte w rejestrze NIPiP. Realnie liczba pielęgniarek i pielęgniarzy podejmujących zatrudnienie jest mniejsza (tabela 36.).

Tabela 36. Liczba aktywnych zawodowo pielęgniarek oraz pielęgniarzy w latach 2012–2021

Stan na 31. XII	Liczba zatrudnionych pielęgniarek
2012	209 272
2013	216 851
2014	218 783
2015	221 172
2016	221 911
2017	225 410
2018	228 250
2019	229 974
2020	231 612
2021	234 117

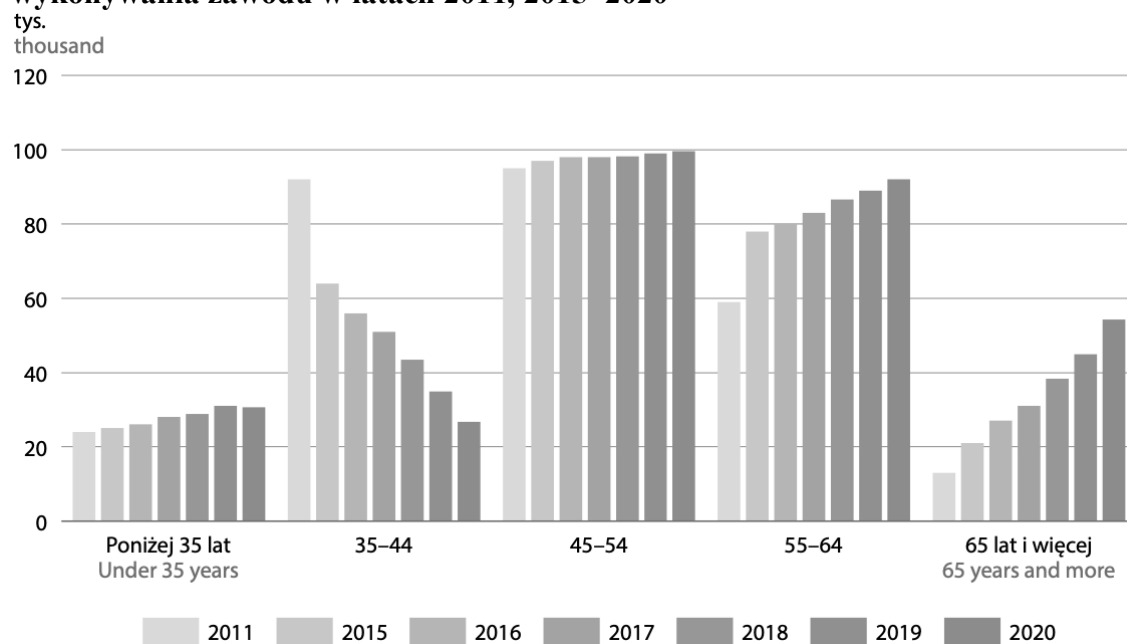
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NIPiP, nipip.pl, (dostęp: 30.06.2022).

Z powyższych danych wynika, że wzrost aktywnych zawodowo pielęgniarek i pielęgniarzy następował systematycznie od roku 2012. Jednak zestawienie z liczbą zarejestrowanych pielęgniarek (tabela 36.) pozwala na konstatację, że istnieje duża różnica między liczbą pielęgniarek zarejestrowanych a podejmujących zatrudnienie. W roku 2021 różnica ta wynosiła ponad 73 tys. (73 715). Oznacza to, że wielu przedstawicieli tej grupy zawodowej nie podejmuje pracy w zawodzie bądź emigruje zarobkowo za granice kraju. Spowodowane jest to lepszymi warunkami pracy oraz wyższymi stawkami wynagrodzenia.

Istotny jest również wskaźnik pielęgniarek zatrudnionych na 1 tys. mieszkańców, gdyż wskazuje na liczbę pielęgniarek w odniesieniu do liczby ludności, a tym samym na dostępność do świadczeń pielęgniarskich dla pacjentów. Mała liczba pielęgniarek przypadających na pacjenta może mieć istotny wpływ na ich stan zdrowia,

zachorowalność oraz w konsekwencji śmiertelność (Szmurło, Kostrzewska, Wojtarowicz, Kordecka, Plisko, Łanda, 2013). Z danych przygotowanych przez Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (Organisation for Economic Cooperation and Development – OECD) wynika, że w Polsce w roku 2015 wskaźnik ten wynosił 5,2. Dla porównania – ten sam wskaźnik średni w krajach OECD utrzymywał się w tym samym roku na poziomie 9,0. Najlepsza dostępność kadry pielęgniarskiej była w Szwajcarii, Norwegii, Danii oraz Finlandii (14,0) (OECD, 2018). Oznacza to, że dla zapewnienia najwyższych standardów opieki potrzeba zdecydowanie więcej kadry pielęgniarskiej w systemie opieki zdrowotnej. Szczególnie że jednym z zagrożeń są procesy starzenia się kadry pielęgniarskiej w Polsce. Wykres 17. przedstawia zmiany w strukturze wiekowej w opisywanej grupie zawodowej pielęgniarek uprawnionych do wykonywania zawodu. Zmiany, podobnie jak w przypadku lekarzy są znaczące.

Wykres 17. Struktura wiekowa grupy zawodowej pielęgniarek uprawnionych do wykonywania zawodu w latach 2011, 2015–2020



Źródło: *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2020 roku, GUS 2021, stat.gov.pl, (dostęp: 10.01.2022).*

Z zaprezentowanych danych (wykres 17.) wynika, że uwidacznia się wzrost liczby pielęgniarek w wieku 65 lat i więcej. Wykonywanie pracy w zawodzie pielęgniarka przez osoby w wieku 65 lat i więcej nie jest równie wydajne co w przypadku osób zdecydowanie młodszych, tuż po studiach (Proniewicz, 2017). Podobne wzrosty można zaobserwować, począwszy od roku 2011, w grupach wiekowych 45–54 oraz 55–64 lat. W roku 2020 najliczniejsza była liczba pielęgniarek w wieku 55–64 lata – 11,6 tys. (10,8 tys. w roku poprzednim), która przebijała o ponad 1 tys. liczbę

pielęgniarek w wieku 45–54 lata (grupa najliczniejsza w ostatnim dziesięcioleciu). Natomiast najmniej liczna była grupa pielęgniarek w wieku 35–44 lata – ok. 4,5 tys. (ok. 4,9 tys. w roku poprzednim). Pielęgniarek w wieku 65 lat i więcej było ponad 6 tys., co stanowiło 15,4% wszystkich osób uprawnionych do wykonywania tego zawodu (13,1 % w roku poprzednim) (GUS, 2021). Pielęgniarek w wieku powyżej 60 lat przybywa (tabela 37.).

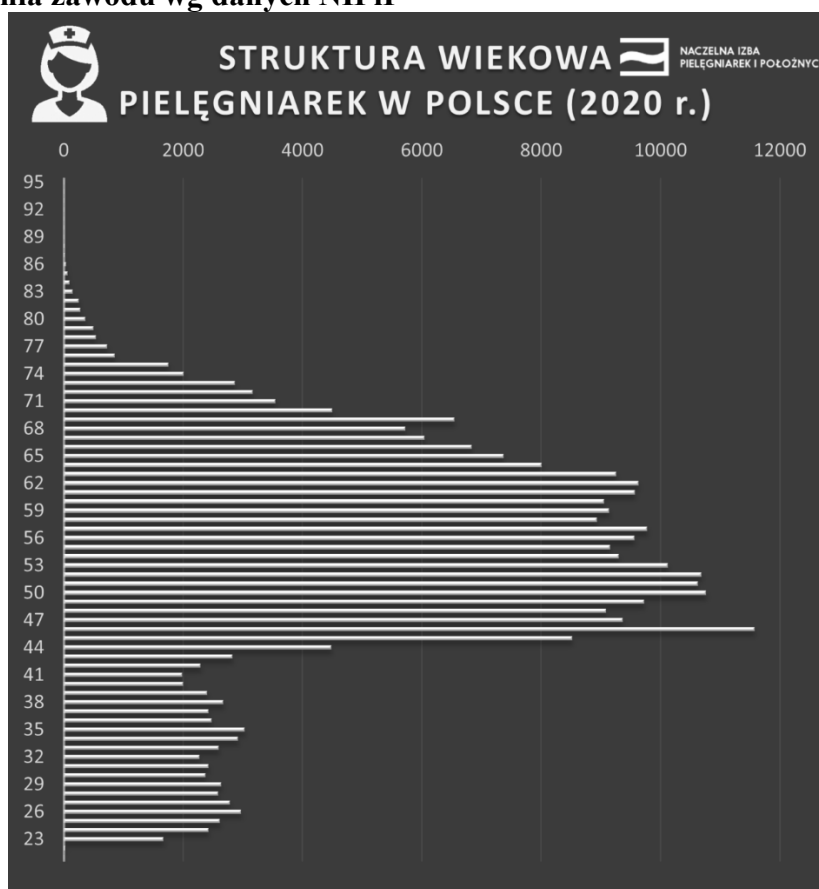
Tabela 37. Zestawienie liczbowe pielęgniarek wg wieku w latach 2016–2021

Pielęgniarki – przedział wiekowy (rocznikowo)	Lata			
	2016	2017	2018	2021
w wieku do 25 lat	5060	5676	6297	7276
w wieku 26–30 lat	10 908	10 886	11 323	14 385
w wieku 31–35 lat	11 574	12 297	12 611	13 135
w wieku 36–40 lat	12 773	10 769	10 735	13 555
w wieku 41–45 lat	47 516	42 438	36 362	13 956
w wieku 46–50 lat	51 255	51 678	50 654	48 636
w wieku 51–55 lat	46 803	46 845	47 968	51 597
w wieku 56–60 lat	46 237	47 141	46 599	46 513
w wieku 61–65 lat	33 355	34 650	37 991	45 250
w wieku 66–70 lat	16 769	21 262	23 924	32 171
w wieku od 71 do [bez ogr.] lat	6 145	8 148	10 973	21 358
Razem:	288 395	291 790	295 437	307 832

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NIPiP, nipip.pl, (dostęp: 30.06.2022).

Dane za lata 2016–2020 wskazują, że przedstawicielek i przedstawicieli tej grupy zawodowej przybywa. Ponadto w raporcie „Pielęgniarka, położna zawody deficytowe polskim systemie ochrony zdrowia” przygotowanym przez NIPiP uwypuklone jest niebezpieczeństwo wynikające z braków kadrowych pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia. Raport zawiera również prognozy dotyczące tej grupy zawodowej do roku 2030. Na załączonych grafikach autorzy raportu przedstawiają problemy wynikające nie tylko z braków kadrowych, ale również ze starzenia się personelu pielęgniarskiego. Na wykresie 18. wyraźnie widać, że znaczna część personelu to osoby między 44. a 68. rokiem życia. Młodych osób, które dopiero rozpoczynają pracę w zawodzie, jest zdecydowanie mniej, co może w przyszłości według autorów raportu stanowić ogromne zagrożenie dla zachowania ciągłości opieki pielęgniarskiej w Polsce.

Wykres 18. Struktura wiekowa grupy zawodowej pielęgniarek uprawnionych do wykonywania zawodu wg danych NIPiP



Źródło: Raport Katastrofa kadrowa Pielęgniarek i Położnych, NIPiP, Warszawa, 2022 nipip.org.pl, (dostęp: 30.06.2022).

Z danych NIPiP wynika, że zjawisko starzenia się kadry medycznej ma miejsce również w zawodzie pielęgniarstwa. Można zauważyć, że wzrost liczby osób występuje w kolejnych latach w głównie w grupach wiekowych 51 lat i więcej. Co więcej, w roku 2022 ponad 76 tys. (76 388) pielęgniarek, które osiągnęło bądź osiągnie wiek emerytalny. W latach 2017 oraz 2016 sytuacja nie była lepsza. Analogicznie osoby te stanowiły 25,20% (73 460) oraz 22,34% (64 437) wszystkich zatrudnionych pielęgniarek w kraju.

Z prognozy przygotowanej przez NIPiP wynika, że głównym problemem będzie brak zastępowalności pokoleń. Zgodnie z szacunkiem, w roku 2030 w Polsce będzie brakowało 169 tys. pielęgniarek i położnych. Aby utrzymać wskaźnik zatrudnionych pielęgniarek na 1 tys. mieszkańców na poziomie 9,3, w latach 2018–2033 powinny rozpocząć pracę w zawodzie dodatkowe 132 224 osoby (Zabezpieczenie społeczeństwa..., 2017). Zagwarantowanie dostępności do opieki pielęgniarstwa w nadchodzących latach stanowić więc będzie duże wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Autor w niniejszym rozdziale początkowo przedstawił zakres ustawodawstwa związanego z zawodem lekarza oraz pielęgniarki. Pozwoliło to na dokonanie obszernej charakterystyki zawodów medycznych z wyszczególnieniem znaczenia lekarzy oraz pielęgniarek w systemie ochrony zdrowia. Ponadto został dokonany opis procesów kształcenia kadr medycznych ze wskazaniem, że jest on wieloetapowy oraz obarczony wymogiem nabycia wieloletniego doświadczenia. Wszelkie działania związane z zagwarantowaniem wystarczającej liczby zarówno lekarzy, ale przede wszystkim kadry pielęgniarskiej, muszą być podejmowane już na etapie kształcenia kadr medycznych. Przeanalizowane w dysertacji dane wskazują, że zainteresowanie studiami medycznymi – czy to na kierunku lekarskim, czy też pielęgniarstwo i położnictwo – systematycznie rośnie z każdym rokiem. Towarzyszy temu poszerzanie dostępności miejsc na uczelniach wyższych. Wraz ze wzrostem liczby absolwentów wymienianych kierunków studiów medycznych, powiększają się zasoby kadrowe w systemie ochrony zdrowia. Ma to znaczenie w aspekcie starzejącego się społeczeństwa opisywanego w rozdziale 1 jak i struktury wiekowej kadry lekarskiej i pielęgniarskiej. Z przedstawionych danych klarownie wynika, że proces starzenia się kadry medycznej w Polsce (głównie pielęgniarskiej) jest dynamiczny. Zgodnie ze stanowiskiem NIPiP niezbędne jest zwiększenie liczby osób uzyskujących prawo wykonywania zawodu (Raport NIPiP, 2022). Dla osiągnięcia tego celu koniecznym jest dalsze zwiększanie liczby miejsc na kierunku pielęgniarstwo oraz położnictwo i powstawanie wydziałów oferujących ten kierunek. Ważnym zagadnieniem jest promocja zawodu czy to lekarza, czy też pielęgniarki już na etapie kształcenia młodzieży w szkołach ponadpodstawowych. W przypadku niewystarczających zasobów kadry medycznej jeszcze większego znaczenia nabiera efektywne zarządzanie. Jednym z rozwiązań może być odpowiednie zarządzanie efektywnością pracy personelu medycznego. Opisywana wcześniej sytuacja demograficzna wraz z faktycznym stanem liczbowym dostępnej kadry medycznej w Polsce wymusza na zarządzających podmiotami leczniczymi wypracowanie skutecznego działania opartego właśnie na efektywności pracy.

ROZDZIAŁ 3 Efektywność pracy i jej uwarunkowania w sektorze ochrony zdrowia

3.1. Uwarunkowania efektywności zarządzania w podmiotach leczniczych

Współcześnie organizacje muszą się mierzyć z niezwykle trudnymi wyzwaniami. Aby skutecznie sprostać problemom, niejednokrotnie konieczne jest balansowanie pomiędzy stabilnością a zmiennością, porządkiem a chaosem, obserwacją otoczenia a koncentracją na procesach wewnętrznych (Mieszajkina, 2020). Zarządzanie musi bazować na rozmaitych metodach – znanych i sprawdzonych, ale także i nowo tworzonych, które muszą zostać optymalnie dopasowane do współczesnych realiów. Potwierdzają to słowa Petera Druckera, że „zmiany są nieuniknione, można jedynie próbować je przewidzieć i przygotować się do nich” (Drucker, 2000). Konsekwencją tych działań jest konieczność budowy efektywnych systemów zarządzania. Zajmują się nimi przede wszystkim nauki o zarządzaniu i jakości oraz ekonomia i finanse, które łączą wszystkie aspekty funkcjonowania współczesnej, efektywnej organizacji (Borowiecki, 2018). Należy podkreślić, że zarządzanie jest wieloparadygmatyczne, dlatego też nie dysponuje jednolitym słownikiem pojęć (Primecz, Romani, Topçu, 2015). Definicje zarządzania można klasyfikować wieloaspektowo, uwzględniając podejście funkcjonalistyczne, pragmatyczne, operacjonalistyczne, strukturalistyczne, interakcjonistyczne (Sułkowski, Lenart-Gansiniec, 2021). Według Ricky Griffina, zarządzanie można interpretować jako zsynchronizowany oraz spójny zestaw czynności (planowanie, kontrolowanie, przewodzenie, organizowanie) ukierunkowanych na zasoby organizacji (rzeczowe, informacyjne, ludzkie, finansowe) w taki sposób, aby przedsiębiorstwo mogło osiągnąć zamierzone cele (Griffin, 2018). Andrzej Koźmiński oraz Dariusz Jemielniak (2008) z kolei określają zarządzanie jako postępowanie ukierunkowane na zapewnienie warunków, które pomogą w funkcjonowaniu organizacji, a przy tym ułatwią realizację jej celów. W naukach o zarządzaniu przyjmuje się łączenie podejścia deskryptywnego z normatywnym i koncentrację uwagi na poznawaniu oraz na doskonaleniu organizacji i działań ludzi w organizacji (Sułkowski, 2012). Marcin Bielski natomiast twierdzi, że zarządzanie jest podstawową siłą w organizacji, koordynującą zasoby ludzkie i materialne (Bielski, 2004). Organizacja musi spełniać swoją misję, osiągać wyznaczone cele i zachowywać niezbędny poziom spójności, umożliwiając przetrwanie. W definicjach na gruncie literatury krajowej wskazuje się rozmaite rdzenie definicji zarządzania (tabela 38.).

Tabela 38. Przegląd definicji zarządzania – literatura polska

Najważniejsi badacze	Definicja	Rdzeń definicji
Zieleniewski, 1965	Władza nad ludźmi płynie z własności rzeczy stanowiących niezbędne narzędzia i przedmioty pracy (może też pochodzić z upoważnienia właściciela rzeczy).	Sprawowanie władzy
Izdebski, Tudrej, 1968	Organizowanie systemu ekonomiczno-finansowego, aby zrealizować cele przedsiębiorstwa – kierowanie całością i powiązaniem z otoczeniem, podejmowanie decyzji ekonomicznych, dysponowanie środkami przedsiębiorstwa.	Organizacja systemu, podejmowanie decyzji kierowniczych
Gościński, 1977	Wieloetapowy proces podejmowania decyzji.	Podejmowanie decyzji
Pszczółowski, 1978	Dysponowanie zasobami i narzędziami; działalność mająca zapewnić funkcjonowanie rzeczy, organizacji lub osób zgodnie z celem zarządzającego. Zadania zarządzania to: sformułowanie celu działania, organizowanie toku czynności, pozyskiwanie i rozmieszczanie zasobów, organizowanie struktur, kontrola realizacji celów. Ścisły związek zarządzania z kierowaniem (nie wsparciem).	Celowa alokacja zasobów organizacyjnych i kierowanie
Ehrlich, Gliński, 1982	Działalność kierownicza, ustalanie celów i dążenie do ich realizacji w organizacjach podległych zarządzającemu (na podstawie własności środków produkcji lub dysponowania nimi).	Kierowanie i sprawowanie władzy
Rutka, 1984	Istotą stanowi działanie zmierzające do osiągnięcia celów (przez ludzi i z ludźmi). Nie istnieje zarządzanie bez kierowania.	Celowe kierowanie ludźmi
Czermiński i in., 1994	Dysponowanie środkami przedsiębiorstwa i wytyczanie mu celu gospodarczego.	Alokacja zasobów organizacji
Majewska-Opielka, 1998	Sterowanie firmą czy instytucją mającą konkretne cele, za pomocą: organizowania, planowania, kontrolowania i aktywowania.	Sterowanie organizacją

Źródło: Sulkowski, Lenart-Gansiniec, 2021.

W poszczególnych definicjach można odnaleźć odniesienie do przedsiębiorczości, decyzyjności, przywództwa lub władzy – akcentują one różnicowanie kulturowe oraz ewolucję historyczną. Dla porównania tabela 39. przedstawia wybrane definicje zarządzania zaprezentowane w literaturze światowej.

Tabela 39. Przegląd definicji zarządzania – literatura światowa

Najważniejsi badacze	Definicja	Rodzaj definicji
Taylor, 1903, za: Griffin, 1996	Rozpoznanie oczekiwań wobec innych oraz dopilnowanie, by było to zrealizowane w najlepszy i najtańszy sposób.	Kierowanie ludźmi dla realizacji celów organizacyjnych
Fayol, 1947	Prowadzenie organizacji do osiągnięcia celu, przy maksymalnym wykorzystaniu możliwości i wszystkich posiadanych zasobów.	Właściwa alokacja zasobów
Newman, 1956	Wyznaczanie kierunku, kierowanie oraz kontrolowanie wysiłków grupy w celu zrealizowania założeń.	Kierowanie zespołami ludzi
Koontz, O'Donnel, 1969	Sztuka polegająca na osiągnięciu celów dzięki ludziom i z ludźmi działającymi w zorganizowanych grupach, a także dzięki kształtowaniu środowiska, w którym ludzie mogą działać oraz współdziałać w osiągnięciu celów zbiorowych.	Celowe kierowanie ludźmi
Brummet, Pyle, Flamholtz, 1983	Proces nabywania, doskonalenia, utrzymywania i na końcu wykorzystywania zasobów (ludzi oraz środków finansowych i rzeczowych), niezbędnych do osiągnięcia celów organizacji.	Celowa alokacja zasobów
Steinmann, Schreyogg 1995	Podjęcie „instytucjonalne” – zarządzanie to grupa osób z uprawnieniami do wydawania poleceń. Podjęcie „funkcjonalne” – obejmuje działania służące kierowaniu procesem pracy, czynności niezbędnych do realizacji zadań organizacji. Zarządzanie to „kompleks zadań kierowniczych”, niezależny od resortu, szczebla czy przedsiębiorstwa.	Sprawowanie władzy organizacyjnej Celowe kierowanie systemem organizacyjnym
Drucker, 1998	Podejmowanie działań, aby osiągnąć cele.	Celowe działanie organizacyjne

Źródło: Sulkowski, Lenart-Gansiniec, 2021.

Przedstawione w tabelach przeglądy wskazują, że w literaturze polskiej i światowej pojmowanie zarządzania jest tożsame. Zarządzanie ma charakter uniwersalny, dlatego dotyczy także procesów zachodzących w sektorze ochrony zdrowia. Zarządzanie w opiece zdrowotnej jest wśród badaczy uznane za kluczowy czynnik decydujący o wysokiej jakości opieki nad pacjentem (Khatri, 2002).

Należy zaakcentować, że przełomowym momentem w naukach o zarządzaniu było zaakceptowanie kapitału ludzkiego jako kluczowego elementu decydującego o jakości oraz konkurencyjności organizacji. Dlatego tak istotne dla rozwoju efektywności, w tym efektywności w podmiotach ochrony zdrowia, jest określenie celów zarządzania zasobami ludzkimi (dalej jako: zzl). Zzl jest to „strategiczne i spójne podejście do zarządzania najbardziej wartościowymi aktywami organizacji – pracującymi w niej ludźmi, którzy indywidualnie i zbiorowo przyczyniają się do realizacji jej celów” (Armstrong, 2005). Ponadto nieustannie zzl uznawane jest dość powszechnie za kluczowy czynnik sukcesu organizacji (Strużyna, 2009). Patrząc z punktu widzenia celów zzl sformułowanych przez Armstronga, mają one charakter uniwersalny, niezależny od typu organizacji. Należą do nich:

- umożliwienie kierownictwu osiągnięcia wyznaczonych celów poprzez zaangażowanie personelu;
- w pełni wykorzystanie możliwości i umiejętności wszystkich zatrudnionych osób;
- podsyćanie zaangażowania pracowników w pracę poprzez ścisłą kontrolę jakości ich działań, a także kontrolę jakości całej organizacji;
- spajanie i integrowanie zasady polityki dotyczącej zasobów ludzkich z planami rozwoju firmy oraz umacnianie odpowiedniej kultury lub gdy zachodzi taka potrzeba – czuwanie nad przeprowadzeniem niezbędnych przemian;
- opracowanie spójnego zestawu zasad polityki personalnej i zatrudnienia, co ma na celu optymalną obsadę stanowisk oraz poprawę jakości pracy;
- stworzenie takich warunków pracy, dzięki którym będą się mogły uwolnić drzemiące w pracownikach pokłady energii i kreatywności;
- stworzenie takich warunków, w których nowatorstwo, praca zespołowa oraz jakość totalna będą się mogły w pełni rozwijać;

- podtrzymywanie gotowości do elastycznego działania w ramach tzw. „organizacji zdolnej do adaptacji”, a jednocześnie po to, aby wciąż dążyć do doskonałości (Armstrong, 2005).

Aleksy Poczowski stoi na stanowisku, że zzl jest podstawową kategorią, za pomocą której asocjujemy ogół problemów związanych z funkcjonowaniem ludzi w organizacji, obejmującą szereg instytucjonalnych, funkcjonalnych i instrumentalnych aspektów zarządzania przedsiębiorstwem, odnoszącą się do zapewnienia mu w określonym miejscu i czasie niezbędnych zasobów ludzkich w wymiarze ilościowym i jakościowym oraz do efektywnego ich użytkowania w procesie pracy zgodnie z misją i celem nadrzędnym przedsiębiorstwa (Poczowski, 1993). Poczowski podnosi zatem, że to właśnie człowiek dysponuje odpowiednim zasobem, potencjałem, który może mieć kluczowe znaczenie dla funkcjonowania organizacji. Rozwój zasobów ludzkich zaś może być rozumiany jako celowe konfigurowanie przedsięwzięć wzbogacania wiedzy, rozwijania zdolności, kształtowania wartości, postaw, motywacji i umiejętności, a także dbania o kondycję fizyczną i psychiczną osób wykonujących pracę, które to przedsięwzięcia prowadzą do wzrostu jej efektywności oraz do podniesienia wartości rynkowej zasobów ludzkich (Poczowski, 2018). W tym samym duchu wypowiada się też Ewa Beck-Krala, podnosząc, że zzl jest złożonym procesem polegającym na „zatrudnianiu, utrzymywaniu i motywowaniu pracowników do lepszego wypełniania swoich obowiązków w celu osiągnięcia celów firmy” (Beck-Krala, 2009).

W literaturze polskiej prowadzony jest dyskurs na temat definiowania zzl⁸⁴. Zaprezentowane poniżej trzy definicje określają klasyczne ujęcie opisywanego zagadnienia:

- a) strategiczne i spójne podejście do zarządzania najcenniejszymi aktywami organizacji, to znaczy zatrudnionymi w niej ludźmi, którzy indywidualnie i zbiorowo przyczyniają się do osiągania celów i efektów tej organizacji (Armstrong, 2007);

⁸⁴ W latach 90. dokonano jednego z pierwszych tłumaczeń angielskiego terminu *human resources management*. Podkreślono tym samym znaczenie pracownika w systemie pracy (Sidor-Rządkowska, 2018). Obecnie odnotowywana jest wymiennosc terminologii w obszarze zzl. Szczególnie w jednostkach o rozbudowanej strukturze organizacyjnej, gdzie istnieje jasna i klarowna hierarchia stanowisk, terminologia personalna sprowadza się do określenia „polityka kadrowa” lub też skrótowo HR (od ang. *human resources*).

- b) (...) współczesne podejście do realizacji funkcji personalnej w organizacji. Polega ono na kształtowaniu i stosowaniu zasobów ludzkich firmy w taki sposób, aby możliwa była realizacja celów przy uwzględnieniu interesów pracodawcy i pracobiorców (Pawlak, 2011);
- c) (...) dziedzina, ale także filozofia i model zarządzania, związane z czynnikiem ludzkim w organizacji, zorientowane na pozyskanie, utrzymanie, motywowanie i rozwój zawodowy ludzi w organizacji (Oleksyn 2014).

Aby w sposób właściwy i kompleksowy umożliwić wykorzystanie potencjału pracowników, konieczne jest skuteczne i innowacyjne działanie kadry zarządzającej. Jej podejście musi obejmować szereg aspektów nie tylko prawnych, organizacyjnych, ale także psychologicznych i związanych z kreowaniem zasobów wiedzy pracowników. Profesjonalizacja bowiem oraz związany z nią wymóg wysokiego poziomu kompetencji są charakterystycznymi zjawiskami dla współczesności (Oleksyn, 2017). Wymaga to wspierania dążenia pracowników do rozwoju i samorealizacji, co w konsekwencji prowadzi do zwiększenia efektywności całej organizacji. Można wyróżnić grupę instrumentów oddziałujących na pracownika. Do najważniejszych zalicza się m.in. (Szałkowski, 2002):

1. szkolenia;
2. przemieszczanie pracowników;
3. strukturyzację pracy.

Pierwszy z przedstawionych elementów to szkolenia. Mają na celu poszerzenie umiejętności, pogłębienie dostępnej wiedzy lub zwyczajnie wyuczenie nowych zachowań osób zatrudnionych. Rozpatrując to z perspektywy organizacji, każde szkolenie przeprowadzone w sposób rzetelny i merytoryczny, choćby z najmniejszym wpływem na pracownika, daje szansę na zmianę postrzegania przez niego określonego zagadnienia, co w konsekwencji może doprowadzić do większej wydajności i wzrostu efektywności pracy (Melnarowicz, 2018).

Przemieszczenie pracowników oznacza rotację pomiędzy stanowiskami pracy w ramach danego przedsiębiorstwa. Ogromną rolę odgrywa tutaj kadra zarządzająca, która bazując na informacji na temat umiejętności, wiedzy czy predyspozycji danego pracownika, może poprzez zmianę środowiska pracy wywołać pozytywny skutek nie tylko dla danej osoby, ale również organizacji. Przemieszczenie pracowników może powodować wzrost zadowolenia z wykonywanych zadań, ponieważ wieloletnia, polegająca na tym samym praca może generować spadek wydajności pracownika i jego

motywacji do działania. Stosowanie zabiegu przemieszczania pracowników odbywa się często w przypadku braku możliwości zwiększenia wynagrodzenia za wykonywaną pracę w wyznaczonym okresie czasu. Zmiana stanowiska, możliwość awansu lub promocji może pozytywnie wpłynąć na dynamikę dalszego rozwoju pracownika, a w konsekwencji zwiększyć identyfikację z podmiotem.

Trzeci element wymieniony przez Adama Szałkowskiego, czyli strukturyzacja pracy, obejmuje celowe kształtowanie treści i warunków pracy na poziomie stanowiska pracy. Określa tym samym sposób nabywania przez pracowników doświadczenia oraz dyskontowania posiadanych umiejętności.

Realizacja celów zżl pozostaje w ścisłym związku z kompetencjami i zarządzaniem nimi. Tadeusz Oleksyn do najważniejszych uniwersalnych celów zarządzania kompetencjami zalicza:

- zapewnienie niezbędnych kompetencji – poszczególnych ludzi, organizacji i w końcu całego społeczeństwa – gwarantujących wysoką jakość pracy i życia;
- osiągnięcie wysokiego poziomu efektywności i konkurencyjności;
- zapewnienie i rozwijanie zdolności ludzi do wykonywania pracy zawodowej, a przez to umożliwienie im samorealizacji, utrzymania siebie i swoich rodzin oraz godziwej egzystencji we wszystkich wymiarach życia;
- dostosowanie kompetencji do zmieniających się potrzeb, co wymaga uzupełniania kwalifikacji, a niekiedy przekwalifikowania, zmian miejsc pracy czy treści ról organizacyjnych (Oleksyn, 2010).

Prób usystematyzowania definicji dokonali również Łukasz Sienkiewicz oraz Katarzyna Trawińska-Konador (2013). Stworzyli oni katalog, z którego wynika, że niektóre definicje priorytetowo obejmują pracownika, zaś pozostałe nastwione są na rodzaj pracy, tj. na czynniki wpływające na możliwość zajmowania danego stanowiska. Pojawiają się również definicje tzw. mieszane, w których kompetencje ujęte zostały jako dyspozycje w zakresie wiedzy, umiejętności i postaw, pozwalające realizować zadania zawodowe na odpowiednim poziomie (Filipowicz, 2004).

Z perspektywy zarządzających szpitalem kompetencje pracowników umożliwiają prawidłową reakcję na zdarzenia niepożądane.

Jednym z elementów bezsprzecznie wpływających na jakość oraz efektywność wykonywanej pracy jest motywowanie pracowników. Stanisława Borkowska motywację wyjaśnia jako ogół motywów, które wpływają na decyzję człowieka o zachowaniu,

podjęciu zachowania, jego podtrzymaniu lub kierunku (Borkowska, 1985). Autorka dokonuje trójpodziału instrumentów motywacyjnych na środki przymusu (nakazowe), zachęty (wzmacniające) i perswazji. Stosowanie jednego typu środków nie wyklucza stosowania innych, co więcej – wskazane jest wręcz ich komponowanie w spójne, celowe instrumentarium (Warwas, Rogozińska-Pawełczyk, 2016). Tabela 40. przedstawia trójpodział środków motywacyjnych wraz z ich specyfiką.

Tabela 40. Proces motywacyjny

Cele organizacji	Człowiek w organizacji	Środki motywacyjne	
		Przymusu	<i>Rozkazy Nakazy Zakazy Polecenia</i>
		Zachęty	<i>Premia Placa Nagroda Świadczenia prawnicze Przywileje menedżerskie</i>
		Perswazji	<i>Negocjacje Konsultacje Apele Informowanie Doradztwo</i>

Źródło: Warwas, Rogozińska-Pawełczyk, 2016.

Z tabeli 40. wynika, że występuje mnogość czynników mających istotny wpływ na zachowania pracowników, a ważną umiejętnością kierowników jest ich skuteczne wykorzystanie. To w kompetencji pracodawcy pozostaje odpowiednie dobieranie czynników motywacyjnych oraz tworzenie pakietów motywacyjnych. Pracodawcy mogą czerpać z czterech podstawowych grup instrumentów motywacyjnych, którymi są:

1. holistyczne podejście do wynagrodzenia pracowników, wiązanie wysokości wynagrodzeń z rezultatami pracy, nagrody;
2. badanie potrzeb, wartości i oczekiwań pracowniczych;
3. polityka informacyjna oparta na perswazji i partycypacji pracowniczej;
4. zarządzanie celami i przez cele, czerpanie inspiracji z menedżerów i ludzi sukcesu (Warwas, Rogozińska-Pawełczyk, 2016).

Szczególne miejsce w systemach motywacyjnych zajmują wynagrodzenia pracowników. Skuteczne mechanizmy wynagradzania powinny istotnie wspierać osiągnięcie celów, zwiększać efektywność pracy, umacniać pozycję i wartość rynkową organizacji (Beck-Krala, 2013). Siatka wynagrodzeń w strukturze funkcjonowania podmiotu leczniczego jest rozbudowana. Dotyczy rozróżnienia na medyków poszczególnych specjalności, ich charakteru oraz miejsca pracy. Przykładowo innych

stawek oczekiwać może lekarz zatrudniony w ramach POZ, a innej chirurg czy ortopeda wykonujący swoją pracę zawodową głównie na bloku operacyjnym szpitala. Dlatego też zarządzający szpitalami mają więcej możliwości skutecznego zarządzania wysokością wynagrodzeń dla lekarzy oraz pielęgniarek z uwzględnieniem ich specjalizacji, doświadczenia, rodzaju wykonywanych zabiegów czy też liczby godzin pracy. Problem pojawia się w przypadku grup zawodowych niemedyceńskich, tj. administracji, obsługi technicznej i logistycznej. Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Administracji i Obsługi Służby Zdrowia w tej sprawie zaapelował w liście do Łukasza Szumowskiego – ówczesnego ministra zdrowia – o równe traktowanie wszystkich grup zawodowych pracujących w jednostkach służby zdrowia⁸⁵. Związek wykazał skalę dysproporcji w ówczesnych projektach ustaw dotyczących wzrostu wynagrodzeń dla lekarzy i pielęgniarek, pomijając tym samym szereg zawodów niemedyceńskich, ale stanowiących również istotną składową dobrze funkcjonującego podmiotu leczniczego.

Ponadto zarządzający szpitalami mają mało narzędzi dla systematycznego wzrostu wynagrodzeń, choćby pracowników działu administracji zajmującego się tak kluczowymi kwestiami, jak zakupy, serwis sprzętu medycznego, przetargi, inwestycje, zaopatrzenie lub bieżące utrzymanie należytej infrastruktury szpitalnej. Prowadzi to niewątpliwie do dużej rotacji pracowników tej grupy. Są to niejednokrotnie specjaliści zajmujący się daną sferą administracyjną, więc na rynku usług publicznych mogą cieszyć się dużym zainteresowaniem i z łatwością znajdują pracę oferującą wyższe wynagrodzenia. W tym przypadku metody skutecznego motywowania w dużej mierze sprowadzają się do reorganizacji pracy, wsparcia większą ilością szkoleń, możliwości współfinansowania przez pracodawcę dalszego kształcenia, czy choćby wykorzystania narzędzia premiowania za ponadprzeciętne zaangażowanie w wykonywane obowiązki. Istotę rozważań podejmowanych w niniejszym rozdziale stanowi efektywność pracy w sektorze ochrony zdrowia, co wymaga zdefiniowania tego pojęcia. Próbie zdefiniowania pojęcia efektywności poświęcono podrozdział 3.2.

3.2. Efektywność – próba zdefiniowania pojęcia

Efektywność, o czym już wspomniano, stanowi obszar zainteresowania badaczy z różnych dyscyplin i dziedzin nauki: ekonomii i finansów, nauk o zarządzaniu i jakości, nauk prawnych czy też nauk socjologicznych. Podczas analizy literatury z zakresu nauk

⁸⁵ Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Administracji i Obsługi Służby Zdrowia, <http://ozzpadmin-sluzbyzdrowia.pl>, dostęp: 21.12.2020

o zarządzaniu termin „efektywność” pojawia się w kontekście składowych wpływających na rozwój organizacji. Odgrywa ona istotną rolę w procesach zarządczych we wszystkich organizacjach, w tym również podmiotach leczniczych. Tabela 41. ilustruje wybrane definicje efektywności w literaturze nauk o zarządzaniu.

Tabela 41. Definicje efektywności w literaturze nauk o zarządzaniu

Reprezentowany obszar badawczy	Definicja	Źródło
Zarządzanie strategiczne	Efektywność (<i>efficiency</i>) oznacza robienie rzeczy we właściwy sposób, skuteczność (<i>effectiveness</i>) oznacza robienie rzeczy właściwych.	Drucker, 1974
Zarządzanie publiczne	Efektywność (<i>efficiency</i>) to wielkość pożądanej produkcji przy minimalnych nakładach czasu, włożonego wysiłku i kosztu, co oznacza unikanie marnotrawstwa.	Webb, 1974
Prakseologia i teorie organizacji	Efektywność to dodatnia cecha działań dających jakiś oceniany pozytywnie wynik bez względu na to, czy był on zamierzony (działanie skuteczne i efektywne), czy niezamierzony (działanie efektywne).	Pszczółowski, 1978
Zarządzanie produkcją	Efektywność (<i>efficiency</i>) to jak dobrze przedsiębiorstwo wykorzystuje w trakcie procesu produkcyjnego nakłady (swoje zasoby).	Williamson, Dubrin, Sisk, 1985
Ekonomika przedsiębiorstwa	Efektywność działania to określona relacja zachodząca między wynikami a nakładami potrzebnymi do uzyskania tych wyników, jest ona wyrażona liczbowo i występuje w postaci określonej funkcji matematycznej.	Duraj i in., 1987
Zarządzanie finansami	Efektywność to przynoszenie efektów, skutków jakiegoś działania, przy tym skutków dodatnich czy pożądanych, ponieważ skutki czy następstwa niepożądane (...) w potocznym znaczeniu nie łączą się z określeniem efektywności.	Fedorowicz, 1990
Teorie zarządzania	Najlepsze rezultaty w produkcji czy dystrybucji towarów i usług po najniższych kosztach.	Dowgiałło, 1993
Zarządzanie strategiczne	Efektywność (<i>efficiency</i>) jest związane z osiąganiem celów ekonomicznych w znaczeniu optymalnej relacji między kosztami a korzyściami.	Ruhli, Sauter-Sachs, 1993
Zarządzanie jakością	Efektywność to zdolność do realizacji strategii firmy i osiągnięcia określonych celów. (...) Efektywność to wykonanie dobrej pracy, właściwych rzeczy we właściwy sposób. Traktowana jest ona jako miara, która syntezyje uniwersalne miary sprawności i gospodarowania i uwzględnia dwa punkty widzenia: wewnętrzny, koncentrujący się na zagadnieniach klasycznie rozumianej produktywności, i zewnętrzny uwzględniający opinie klientów na temat przestrzeganej przez nich wartości.	Skrzypek, 2000
Informatyka gospodarcza	Efektywność to zdolność do realizacji przyjętej strategii przedsiębiorstwa (gdy mówimy o efektywności w informatyce, to chodzi oczywiście o strategię informatyzacji) i osiągnięcia wytyczonych w niej celów.	Dudycz, Dyczkowski, 2006
Zarządzanie przedsiębiorstwem	Efektywnością nazywamy cechę działania, odzwierciedloną w relacji efektów użytkowych uzyskanych w pewnym okresie do nakładów koniecznych do osiągnięcia tego efektu w tej jednostce czasu. Efektywność charakteryzuje aktywność czynników wytwórczych w związku z ich wykorzystaniem w procesach gospodarczych.	Kozioł, 2007
Zarządzanie przedsiębiorstwem	Efektywność wpisuje się w proces dokonywania optymalnych wyborów służących realizacji celów organizacji oraz doboru właściwych środków i metod ich realizacji. Należy do takich właściwości, które przesądzają o istocie przedsiębiorstwa jako organizacji gospodarczej, determinując jego funkcjonowanie i rozwój.	Osbert-Pociecha, 2007
Zarządzanie wartością	Efektywność jest najczęściej utożsamiana z pozytywnym rezultatem podejmowanych działań oraz pozytywną (dodatnią) oceną wykorzystywanych w ich toku metod i narzędzi służących realizacji przyjętych celów. (...) Kategorii tej nie należy wyłącznie utożsamiać z zagadnieniami gospodarczymi, lecz odnosić się ona może do tych wszystkich sytuacji, kiedy podejmowane są zorganizowane działania zorientowane na realizację określonego zamierzenia.	Jaki, 2012

Zarządzanie wynikami	Efektywność (<i>efficiency</i>) jest wielkością zasobów wykorzystywanych w działaniu, aby dostarczyć wyniki/rezultaty.	Bitici, 2015
---------------------------------	--	-----------------

Zródło: Głodziński, 2012.

Dokonując przeglądu terminologii związanej z pojęciem efektywności, można zauważyć, że wpływa ona na szereg zachodzących w sferze zawodowej procesów. Może się wydawać, że dla prawidłowego funkcjonowania podmiotów leczniczych zdecydowana większość przedstawionych w tabeli 41. definicji efektywności ma istotne znaczenie. Wskazują na to czynniki jakościowe, ekonomiczne, a także kreowanie optymalnej strategii rozwoju podmiotu leczniczego. Dlatego istotna jest wieloaspektowa analiza przedstawionych definicji efektywności. Sam termin „efektywność” pochodzi z języka łacińskiego i jest powiązany z określeniami *effectio/effectio* (działanie), *effector/effectoris/effectrix* (twórca) i, co istotne, *effectus* (wykonanie, skuteczność) (Kumaniecki, 1984). Słownik języka polskiego klasyfikuje efektywność jako wydajność, wynik, skuteczność (Doroszewski, dostęp: 5.04.2021). Władysław Kopaliński działaniem efektywnym nazywa czynności sprawne, skuteczne oraz istotne, a samą efektywność definiuje jako przejaw aktywności ludzkiej (Kopaliński, 1985).

W literaturze anglojęzycznej spotykamy m.in. *effectiveness*, *performance*, *efficacy*. Jak twierdzi Beata Buchelt, najbliższa terminowi „performance” w języku polskim jest „efektywność” (Buchelt, 2017). Z kolei Katarzyna Dubas stawia efektywność na równi z określeniem „sprawność” oraz „produktywność” (Dubas, 2011). Zagadnieniem efektywności zajmował się również Kazimierz Krzakiewicz (2008). Autor zdefiniował to pojęcie jako cechę działań dających wynik, bez znaczenia, czy był on zamierzony, czy też nie. Natomiast zgodnie ze słowami Stanisława Nowosielskiego, efektywność należy do pojęć utożsamianych z ekonomicznością w wąskim zakresie, natomiast w ujęciu szerokim efektywność związana jest z ekonomicznością, skutecznością oraz korzystnością (Nowosielski, 2008).

Jak twierdzą Paul Samuelson i William Nordhaus (2004), efektywność należy zaliczyć do głównych przedmiotów ekonomii. Właśnie w naukach ekonomicznych ma ona najszersze ujęcie, a dzieje się tak dlatego, że wpływa ona na szereg procesów rozwojowych zachodzących wewnątrz organizacji. W naukach ekonomicznych efektywność należy interpretować jako próbę eliminacji marnotrawstwa przy jednoczesnym maksymalnym wykorzystaniu technologii oraz zasobów (Varian, 2002). Podmiot staje się ekonomicznie efektywny w chwili optymalizacji wyboru nakładów lub kiedy uzyskuje możliwie najwyższe wyniki (Ćwiąkała-Małys, 2009). Odmiennego

zdania jest Bernard Ziębicki, który twierdzi, że efektywność w naukach ekonomicznych musi być rozpatrywana jedynie w ujęciu ekonomicznym i organizacyjnym. Pierwszy element umocowany jest w teorii ekonomii, zaś drugi odnosi się głównie do nauk o zarządzaniu (Ziębicki, 2014). Efektywność jest elementem przedsiębiorstwa warunkującym jego byt w obrocie gospodarczym (Osbert-Pociecha, 2007). Efektywność polega na robieniu rzeczy w odpowiedni sposób, zaś konsekwencją efektywności jest skutek, czyli podejmowanie działań właściwych (Helms, 2006). Angelo DeNisi i Robert Pritchard (2006) twierdzą, że zarządzanie przez efekty to zestaw działań, których finalnym celem jest poprawa wyników, efektów osiągniętych przez pracowników na zajmowanych stanowiskach pracy. Tadeusz Pszczołowski opisuje efektywność jako dodatnią cechę aktywności ukierunkowaną na osiągnięcie pozytywnego wyniku. Tym samym priorytetem jest efektywność działania, które przynosi oczekiwane lub nie, pozytywne efekty (Pszczołowski, 1977). Jeszcze inna definicja określa efektywność jako umiejętność osiągania założonych celów przy jednoczesnym skoncentrowaniu się na maksymalnym obniżeniu kosztów takiego działania (Padzik, 2002). Szczegółowej charakterystyki czynników determinujących efektywność, w tym właściwości świadczących o strukturze oraz dynamice, dokonał Piotr Blaik, zauważając, że:

- naturą efektywności jest kształtowanie i ocena relacji;
- efektywność jest kategorią wielowymiarową, stanowiącą „wypadkową”, produktywności, zyskowności, zdolności adaptacyjnych i antycypacyjnych etc.;
- w dynamicznym ujęciu koncepcji efektywności akcentuje się aspekt analizy (oceny) porównawczej wielkości rzeczywistych i potencjalnych (pożądanych, wzorcowych);
- efektywność stanowi podstawę wielokryterialnej oceny podejmowanych decyzji i przedsięwzięć w przedsiębiorstwie, jak również determinantę doskonalenia procesów zarządczych;
- efektywność stanowi miarę zdolności do realizacji strategii i urzeczywistnienia celów przedsiębiorstwa oraz narzędzie budowania jego przewagi konkurencyjnej, a także jest kluczowym elementem i wyznacznikiem sukcesu oraz rozwoju przedsiębiorstwa;
- efektywność jest kategorią systemową bazującą na kluczowym procesie jej kształtowania w systemie i podsystemach przedsiębiorstwa (Blaik, 2015).

Efektywność, jak to zostało zaprezentowane powyżej, pojawia się jako kategoria w różnych dyscyplinach naukowych. Poniższa tabela przedstawia wieloaspektowe ujęcie terminu „efektywność”, prezentowane w literaturze przedmiotu.

Tabela 42. Różne ujęcia efektywności w ramach wybranych dyscyplin naukowych

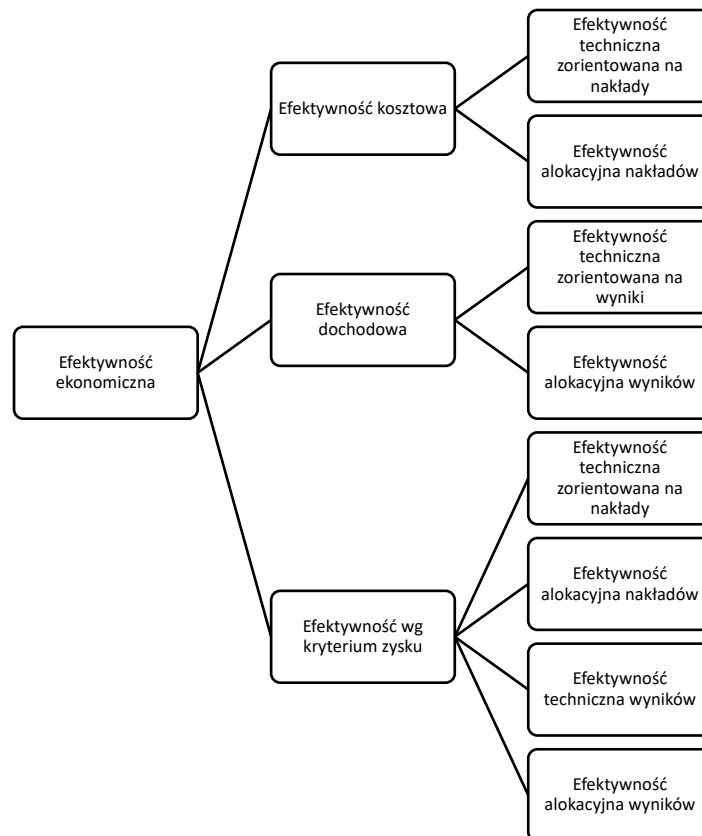
Typ ujęcia	Charakterystyka ujęcia
Etymologiczno-synonimiczne	Efektywnym/skutecznym nazywa się każde działanie prowadzące do osiągnięcia zamierzonego celu bez względu na to, czy cel ten i środki użyte do jego osiągnięcia były etyczne i społecznie akceptowane.
Prakseologiczne	Efektywność to dodatnia cecha działań dających jakiś oceniany pozytywnie wynik bez względu na to, czy był on zamierzony, czy niezamierzony.
Biurokratyczno-organizacyjne	Wykonanie kontroli na podstawie wiedzy.
Osobowościowe i behawioralne	Skuteczność nie równa się efektywności, ponieważ skuteczność określa aktualny poziom relacji zadań, efektywność natomiast określa stopień, w jaki dany człowiek wykracza poza aktualne zadania.
Techniczno-ekonomiczne	<i>Ex post</i> – relacja między uzyskanymi wynikami a niezbędnymi do ich uzyskania nakładami. <i>Ex ante</i> – relacja między celem działania a przewidywanymi środkami do zrealizowania tego celu.
Spoleczne	Stopień osiągalności celów społecznych przy uwzględnieniu kosztów społecznych ich realizacji. Występują trzy poziomy osiągalności społecznych celów pracy: poziom organizacyjny, poziom grupy zadaniowej i poziom uczestnika organizacji.
Humanistyczne	Nie istnieją efektywne organizacje bez efektywnych zespołów i jednostek ludzkich.

Źródło: Buchelt, 2017.

Ujęcie efektywności zaprezentowane przez Beatę Buchelt łączy m.in. perspektywę humanistyczną, społeczną czy też prakseologiczną. Świadczy to o tym, że efektywność jest pojęciem interdyscyplinarnym, które może być różnie interpretowane. Zagadnienie efektywności ekonomicznej rozwijane jest głównie w oparciu o teorie: ekonomii, finansów oraz organizacji i zarządzania. Efektywność ekonomiczna powinna być częścią koncepcji zarządzania ekonomicznego, zmierzającego do zapewnienia długotrwałego funkcjonowania organizacji i zewnętrznej równowagi materialnej o charakterze techniczno-ekonomicznym (Krzyżanowski, 1992).

Efektywność może być postrzegana przez pryzmat „produktywności”. W słowniku ekonomii „produktywność” zastąpiona została przez „wydajność” (Black, 2008). Wydajność pracy wiąże się ze zdolnością pracowników do realizacji założonych celów, spełniania oczekiwań pracodawcy i osiągania celów lub wykonywania standardowego zestawu zadań dla organizacji, przyczyniającego się do osiągania celów. Jest bezpośrednio związana z wydajnością pracowników (Urban, 2008).

Schemat 1. Podstawowe rodzaje efektywności ekonomicznej



Źródło: Miszczyńska, 2019.

Powyższy schemat przedstawia kategorie efektywności ekonomicznej, wśród których można wyróżnić:

- efektywność kosztową (*cost efficiency*) – mającą na celu minimalizację wydatków. Określa największy możliwy do realizacji poziom produkcji przy danych nakładach. Należy w sposób racjonalny realizować projekty, aby wynik tego działania osiągnąć przy możliwie najniższych kosztach;
- efektywność dochodową (*revenue efficiency*), która odnosi się do maksymalizacji przychodu jednostki. Efektywność występuje wówczas, gdy wyniki maksymalizują przychody przy ustalonych cenach produktów;
- efektywność wg kryterium zysku (*profit efficiency*) – efektywność wyznaczana jest jako poziom realnego do osiągnięcia zysku w występujących w danym momencie warunkach technologicznych (Miszczyńska, 2019).

Dokonując interpretacji powyżej przedstawionych danych, należy podkreślić, że podmiot ekonomiczny charakteryzuje się wysoką efektywnością:

- ekonomiczną – gdy wykazuje efektywność pod względem technicznym i alokacyjnym;

- kosztową – gdy osiąga efektywność techniczną oraz alokacyjną z uwzględnieniem ponoszonych nakładów;
- dochodową – gdy jest efektywny technicznie oraz alokacyjnie na podłożu wykazywanych wyników;
- wg kryterium zysku, kiedy efektywność podmiotu określana jest przez iloczyn efektywności technicznej oraz alokacyjnej ukierunkowanej na nakłady lub wyniki (Ćwiąkała-Małys, 2009).

W teorii ekonomicznej i praktyce gospodarczej są stosowane różne miary efektywności ekonomicznej, zależnie od tego, co przyjmuje się za efekt, a co definiuje jako nakład, uzyskiwane są różne relacje efektywnościowe (Gerlach, Gil, 2018). Zatem, aby precyzyjnie określić skuteczność decyzji zarządczych, opracować nowe metody zarządzania w organizacji, wyznaczyć kierunki rozwoju organizacji czy też usprawnić pracę personelu medycznego, efektywność należy mierzyć. Jedną z metod pomiaru efektywności, uwzględniając, że efektywność działalności gospodarczej jest wskaźnikiem przekształcania nakładów w wyniki, proponuje Skrzypek, wyodrębniając cztery kategorie pomiaru efektywności, tj.:

- finansową – odnoszącą się wprost do osiągniętych korzyści finansowych organizacji;
- operacyjną – uwzględniającą poziom produktywności procesów produkcyjnych;
- rynkową – związaną ze stopniem zaspokojenia potrzeb klientów;
- dynamiczną – dotyczącą pozyskiwania nowych pomysłów, założeń i planów (Skrzypek, 2002).

Pomimo różnorodności stanowisk w zakresie definiowania pojęcia efektywności w literaturze przedmiotu, istnieje konsensus w rozumieniu tego terminu jako połączenia sprawności i skuteczności. Jak wskazuje Witold Kowal, kategorie skuteczności i efektywności przestały mieć charakter uniwersalny, są następstwem rozwoju nauki, która wykazała różnorodność ocen (Kowal, 2013). Zależności wynikające z różnic pomiędzy skutecznością a efektywnością można według Eryka Głodzińskiego zaprezentować w trzech podstawowych nurtach, tj.:

- 1) skuteczność i efektywność jako kategorie niezależne;
- 2) efektywność jako kategoria nadrzędna nad skutecznością;
- 3) efektywność jako kategoria podrzędna skuteczności (Głodziński, 2017).

pisywane różnice przedstawione zostały w poniższej tabeli 43.

Tabela 43. Zależności między skutecznością a efektywnością

Definicja	Źródło
Skuteczność i efektywność jako kategorie niezależne	
Efektywność (<i>efficiency</i>) jest kategorią zarządczą konieczną do rozpoznania w przedsiębiorstwie, kiedy system skuteczności (<i>effectiveness</i>) jest zaprojektowany. To, do czego dążymy, to efektywność skuteczności (<i>efficient effectiveness</i>) lub skuteczność efektywności (<i>effective efficiency</i>). Skuteczność jest najważniejsza, ale efektywność kierunkuje organizację na rynek i jego dynamizm.	Smith, 1992
Organizacja może być skuteczna (<i>effective</i>), efektywna (<i>efficient</i>), zarówno skuteczna, jak i efektywna lub ani nieskuteczna, ani nieefektywna.	Ostroff, Schmitt, 1993
Przedsiębiorstwo może być: efektywne i skuteczne, efektywne i nieskuteczne, nieefektywne i skuteczne, nieefektywne i nieskuteczne.	Białoń, 1995
Efektywność razem ze skutecznością, przyczynowością (<i>relevance</i>) oraz wydolnością finansową (<i>financial viability</i>) są miernikami sprawności organizacyjnej (<i>organizational performance</i>).	Hugh, 2002
Efektywność to robienie rzeczy właściwie (<i>doing things right</i>), natomiast skuteczność to robienie rzeczy właściwych (<i>doing the right things</i>), działania skuteczne niekoniecznie muszą być efektywne i odwrotnie.	Gorzeń-Mitka, 2005
Praca skuteczna może być nieefektywna, jak również praca wydajna nie musi być efektywna.	Sidor-Rządkowska, 2005
Skuteczność jako warunek/element osiągnięcia efektywności (efektywność to kategoria nadrzędna nad skutecznością)	
Na współczesne rozumienie efektywności składa się sześć głównych kategorii pojęciowych: sprawność w ujęciu prakseologicznym, wydajność w ujęciu techniczno-ekonomicznym, kompetencyjność w ujęciu biurokratyczno-organizacyjnym, funkcjonalność w ujęciu osobowościowym, moralność w ujęciu ekologicznym.	Holstein-Beck, 1987
Efektywność jest to użytkowanie zasobów gospodarczych w sposób najbardziej skuteczny.	Samuelson, Nordhaus, 1999a
Działania gospodarcze powinny być wykonywane sprawnie, czyli efektywnie, tj. skutecznie oraz ekonomicznie.	Gasparski, 2008
W wąskim znaczeniu utożsamia się efektywność z prakseologiczną kategorią ekonomiczności, natomiast w znaczeniu szerokim komponentami efektywności są: skuteczność, korzyść i ekonomiczność.	Nowosielski, 2008
Efektywność jako kryterium oceny skuteczności (efektywność to kategoria podrzędna skuteczności)	
Na skuteczność organizacyjną wpływają takie kryteria, jak: całkowita skuteczność, produktywność, efektywność, zyskowość, jakość, nieprzewidywalność zdarzeń, rozwój/wzrost organizacji, poziom absencji, obrót, satysfakcja z pracy, motywacja, morale, kontrola, konfliktowość/spójność wewnętrzna, elastyczność/adaptacyjność, umiejętności planowania i określania celów, spójność celów, internalizacja celów organizacyjnych, zastosowanie wyznaczonych ról i przyjętych norm, interpersonalne zdolności kierownicze, komunikacja menedżerska, gotowość, uciążliwość dla środowiska naturalnego, ocena organizacji przez otoczenie, stabilność, partycypacja i podział wpływów, wartość zasobów ludzkich, orientacja na osiągnięcia, orientacja na rozwój zasobów ludzkich.	Campbell, 1977
Efektywność to miara sprawności i skuteczności, miara tego, w jakim stopniu osiąga się wyznaczone cele.	Stoner, Freeman, Gilbert, 1997
Efektywność jest kwantyfikacją skuteczności.	Zadora, 2002
Efektywność odnosi się do stopnia osiągnięcia założonych celów przy minimalnych kosztach lub maksymalizacji osiągnięcia celu przy założonych kosztach.	Lubińska (red.), 2009

Źródło: Głodziński, 2017.

Powyższe zestawienie stanowi dowód na występowanie obu kategorii niezależnie albo istnienie zależności między efektywnością a skutecznością. Niezależnie od podejścia, finałem jest prawidłowe funkcjonowanie organizacji. Podążając za słowami Iwony Łapuńki oraz Iwony Pisz, należy jednak uznać, że w prakseologii termin „skuteczność” ma różne poziomy nasilenia, ponieważ działanie może być skuteczne całkowicie, wówczas kiedy osiągnięto cel w pełni, częściowo skuteczne, kiedy skutek

został osiągnięty częściowo, a gdy cel nie został osiągnięty, można mówić o całkowitej nieskuteczności (Łapuńska, Pisz, 2017).

Rolę zasobów w organizacji podkreśla Beata Filipiak. Uważa bowiem, że efektywność można odnieść do stopnia wykorzystania zasobów (Filipiak, 2011). Owa efektywność organizacyjna w literaturze przedmiotu często nazywana jest efektywnością organizacji (Ziębicki, 2014).

Efektywność organizacyjna to poziom sukcesu organizacji w zakresie wykorzystywania jak najmniejszych nakładów do wytwarzania możliwie najwyższych wyników (Aminu, Sulaiman, 2022). Na gruncie nauk o zarządzaniu mowa jest wówczas właśnie o efektywności organizacyjnej, określanej również jako efektywność funkcjonowania. Jest to zdolność przedsiębiorstwa do bieżącej i strategicznej adaptacji do zmian, przy jednoczesnym produktywnym wykorzystaniu zasobów niezbędnych do osiągnięcia założonych celów (Miszczyńska, 2019). Nawiązując do słów Elżbiety Szymańskiej, efektywność organizacyjna posiada walory ekonomiczny oraz pozaekonomiczny. Pierwszy z nich odnosi się do efektywności finansowej i produkcyjnej (ekonomiczna i bezpieczna). Z drugiej strony, efektywność pozaekonomiczną definiuje jako niemierzalną lub trudno mierzalną (Szymańska, 2010). W oparciu o systematyczną analizę literatury przedmiotu w obszarze problematyki efektywności organizacyjnej, można zauważyć, że przewagę osiągają dwa nurty – celowościowy (racjonalnego celu) oraz systemowy (zakładający racjonalne gospodarowanie zasobami organizacji). Można uznać, że pierwszy z nich odnosi się do ogólnego rozumienia skuteczności, zaś drugi do efektywności działania (Głodziński, 2017). Marcin Bielski potwierdza, że podejście celowościowe ma charakter sprawnościowy, czyli stanowi połączenie sprawności i skuteczności. Z racji, że cele są porównywane z nakładami, można uznać, że podejście celowościowe dotyczy konkretnie efektywności. Podejście systemowe natomiast oparte jest na pozyskaniu użytecznych zasobów oraz ich optymalne wykorzystanie. Efektywność w tym wypadku ma charakter długofalowy (Bielski, 2004). Zgodnie ze słowami Eryka Głodzińskiego, efektywność organizacyjną należy postrzegać w ujęciu procesowym. Jej celem jest doskonalenie tychże procesów oraz optymalizacja ocen (częstkowych i końcowych) badanego podmiotu (Głodziński 2017). Dogłębnej analizy zagadnienia efektywności organizacyjnej dokonali David Cameron oraz Samuel Whetten (1996), a efektywność organizacyjna według nich:

- jest definiowana z perspektywy menedżerskiej; w przypadku innych podmiotów może być różnie rozumiana;
- oznacza „robić właściwe rzeczy” (ang. *doing the right things*) i „robić je właściwie” (ang. *doing things right*).

Ponadto:

- jest wykorzystywana jako kategoria oceny organizacji lub osiągania rezultatów;
- jest prezentowana w literaturze przedmiotu głównie z perspektywy rezultatów kosztem badania procesów wewnętrznych;
- ma wielowymiarowy charakter;
- można ją charakteryzować z punktu widzenia różnorodnych modeli;
- często jest oceniana powierzchownie;
- może wykorzystywać różnorodne kryteria oceny, których dobór jest jednym z głównych wyzwań projektowania;
- nie musi być definiowana zbiorem wielu kryteriów;
- może być odzwierciedlana cechą jakości lub jakość jest traktowana jako jedna z jej zmiennych;
- może być różnie rozumiana ze względu na zastosowanie odmiennych podejść badawczych;
- jest analizowana głównie w obszarze badań zachowań organizacyjnych i społecznych;
- może być rozumiana w sposób zindywidualizowany;
- jest trudna do zdefiniowania;
- bywa nazbyt konceptualizowana w praktyce biznesowej (Cameron, Whetten, 1986).

Charakterystyka i właściwości efektywności organizacyjnej stają się podstawowym obszarem współczesnych badań (Hameed, Anwar, 2018). Opisywana w literaturze koncepcja wysokiej efektywności organizacji jest ukierunkowana na wypełnienie luki pomiędzy teorią a praktyką. Mowa tutaj o organizacji o wysokiej efektywności, której definicja głosi, że jest to organizacja osiągająca trwałe ponadprzeciętne wyniki dzięki skierowanym na efektywność działaniom jej uczestników funkcjonujących w specyficznym środowisku infrastruktury doskonałości organizacyjnej (Zbierowski, 2012). Istotnym badaniem dotyczącym omawianej tematyki była analiza 91 opracowań dokonana przez Andre de Waala. W świetle ustaleń tego autora model

zarządzania oparty na wysokiej efektywności powinien zawierać osiem elementów, tj.: projekt organizacji, strategię, zarządzanie procesami organizacyjnymi, technologię, przywództwo, jednostki i ich rolę, kulturę i otoczenie (de Waal, 2008). Krótka charakterystyka poszczególnych elementów została zaprezentowana w tabeli 44.

Tabela 44. Model organizacji wysokiej efektywności de Waala

Element	Składowe
Projekt organizacji	Kolaboracja ponad granicami funkcjonalnymi i organizacyjnymi, prosta i płaska struktura organizacyjna, szerokie dzielenie się informacją i wiedzą.
Strategia	Mobilizująca wizja, jasne i stanowiące wyzwanie cele, powszechne zrozumienie ukierunkowania strategicznego, harmonia między ukierunkowaniem krótkookresowym i długookresowym.
Procesy organizacyjne	Sprawiedliwa struktura wynagradzania i motywowania, ciągłe udoskonalanie procesów, zdyscyplinowany pomiar istotnych czynników, informacyjne sprzężenie zwrotne, innowacyjność w kreowaniu nowych źródeł przewagi konkurencyjnej, korzystanie z najlepszych praktyk, ciągła i otwarta komunikacja wewnętrzna.
Technologia	Elastyczna technologia systemów informatycznych w przekroju całej organizacji.
Przywództwo	Relacje oparte na zaufaniu, wewnętrzna spójność i prowadzenie poprzez dawanie przykładu, podejmowanie decyzji skierowane na działanie, coaching, wyznaczenie wysokich standardów, przyzwolenie na przeprowadzenie eksperymentów i popełnianie błędów, inspirowanie do osiągania ponadprzeciętnych wyników, wspieranie podwładnych, aby zostali liderami, zaangażowanie w organizację w długim okresie.
Jednostki i ich role	Organizacja ucząca się, przyciąganie wyjątkowych ludzi, zaangażowanie uczestników organizacji, bezpieczne miejsce pracy.
Kultura	Wzmacnianie pracowników i wysoki poziom swobody, silne wartości kluczowe, ukierunkowanie na efektywność, przejrzystość i wysoki poziom zaufania.
Otoczenie	Kreowanie wartości dla konsumentów, dobre relacje z wszystkimi interesariuszami, konsekwentne monitorowanie i adekwatne reagowanie, porównywanie się z najlepszymi, partnerstwo i sprawne zarządzanie siecią tworzenia wartości.

Źródło: de Waal, 2008.

Powyższe zestawienie ilustruje czynniki wpływające na wzrost efektywności organizacyjnej oraz dowodzi silnych związków między tym obszarem a zsl. Zgodnie z koncepcją de Waala, poszczególne elementy organizacji muszą funkcjonować równolegle, jak również muszą oddziaływać na siebie tworząc pozytywne interakcje. Wyniki badań empirycznych dokonanych przez de Waala wskazują na pozytywny związek charakterystyk wysokiej efektywności organizacyjnej z osiągnięciem wysokiej efektywności, która pozwala organizacjom odnosić wielkie sukcesy (de Waal, 2005). Czynniki, takie jak: projekt organizacji, strategia, zarządzanie procesami, przywództwo, orientacja długookresowa, ciągłe doskonalenie, kultura organizacyjna oraz orientacja na zewnątrz były silnie skorelowane z efektywnością konkurencyjną w badaniach przeprowadzonych przez de Waala. Można to świadczyć o wzroście efektywności, a tym samym jej wpływie na rozwój organizacji.

Konkludując, efektywność przedstawiona w tej części pracy jest pojęciem interdyscyplinarnym. Aleksy Pochtowski podkreśla rolę człowieka, zasobów ludzkich dla rozwoju i funkcjonowania organizacji (Pochtowski, 1993). Adam Szalkowski zaś

wskazuje, że efektywność można budować z wykorzystaniem instrumentów oddziałujących na pracownika, tj.: szkoleń, rotacji pracowników czy też kształtowania treści oraz warunków pracy na poziomie organizacji stanowiska pracy (Szałkowski, 2002). Zgodnie z zaprezentowanymi definicjami, efektywność kreują również czynniki motywacyjne oparte w znacznym stopniu na odpowiednim poziomie wynagrodzenia. Piotr Blaik podkreśla wyraźnie, że efektywność jest kategorią wielowymiarową, która stanowi miarę zdolności do realizacji strategii i urzeczywistnienia celów (Blaik, 2015). Wpływa ogólnie na funkcjonowanie organizacji, podmiotów czy też oddziałuje na poszczególnych uczestników rynku pracy. Dlatego uwzględniając problematykę poruszaną w niniejszej rozprawie, kluczowe jest przedstawienie efektywności pracy. Wypracowanie mechanizmów efektywnego zarządzania wymaga wzięcia pod uwagę pracy.

3.3. Efektywność pracy

Jedną z bardziej istotnych sfer funkcjonowania organizacji, w tym podmiotów leczniczych, jest efektywność pracy (Paździor, 2017). Jej źródła trzeba poszukiwać stale i wszędzie, zarówno w wymiarze ilościowym, jak i jakościowym (Mazur, Walczyna, Cichorzewska, 2020). W literaturze przedmiotu istnieje mnogość definicji efektywności pracy, które różnią się w zależności od podejścia ekonomicznego lub społecznego (tabela 45.).

Tabela 45. Definiowanie efektywności pracy

Autor	Definicja
Dietl, Gasparski, 1997	Efektywność pracy można sprowadzić do „3E”: skuteczności, ekonomiczności i etyczności.
Karney, 1998	Efektywność pracy jest wtedy, gdy został osiągnięty znaczny rezultat dość niskimi kosztami. Dążąc do jej maksymalizacji, można: <ul style="list-style-type: none"> • minimalizować nakłady przy utrzymaniu korzyści na stałym poziomie, • maksymalizować korzyści przy minimalizacji nakładów, utrzymaniu ich na stałym poziomie lub przy ich wzroście.
Chomątowska, Janiak-Rejno, 2002	Efektywność pracy to relacja wartości korzyści materialnych i niematerialnych uzyskanych dzięki ludzkiej pracy do wielkości nakładów materialnych i niematerialnych poniesionych w wyniku ludzkiej pracy. Relacja ta może przyjmować różną wartość.
Armstrong, 2005	Efekt pracy to zachowanie, które prowadzi do osiągnięcia wyniku, a efekt to zarówno zachowania, jak i wyniki, ponieważ zachowania same w sobie stanowią rezultaty włożonych w wykonywane zadania wysiłków umysłowych i fizycznych i mogą być oceniane niezależnie od wyników. Praca w tym ujęciu jest wysiłkiem umysłowym i fizycznym, którego efektem jest wykonanie zadań i osiągnięcie określonych wyników.
Kondalkar, 2010	Efektywność pracy jest złożonym zjawiskiem i w większości bazuje na przyjętej strategii adaptowanej na potrzeby rozwoju indywidualnych jednostek i zespołów. Efektywność jest powiązana z osobistym rozwojem pracowników, którzy wykazują się w ten sposób wysokim poziomem motywacji i równowagi emocjonalnej.
Pyszka, 2015	Efektywność pracy to stopień i poziom osiągnięcia wcześniej wyznaczonych celów, jest bezpośrednio powiązana ze zdefiniowanymi celami i indywidualnym poziomem satysfakcji z wykonanego wysiłku, ukazuje, czy uzyskane rezultaty są zgodne z założonymi celami.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Mazur, Walczyna, Cichorzewska, 2020.

W oparciu o przegląd definicji w tabeli 45. można uznać, że efekt pracy to zachowanie, które prowadzi do osiągnięcia wyniku, a efekt to zarówno zachowania, jak i wyniki, ponieważ zachowania same w sobie stanowią rezultaty włożonego w wykonywane zadania wysiłku umysłowego i fizycznego, które mogą być oceniane niezależnie od wyników. Praca w tym ujęciu jest zatem wysiłkiem umysłowym i fizycznym, którego efektem jest wykonanie zadań i osiągnięcie określonych wyników (Armstrong, 2005). Przy czym efektywność jest powiązana z osobistym rozwojem pracowników, wykazujących się w ten sposób wysokim poziomem motywacji i równowagi emocjonalnej (Kondalkar, 2010) oraz satysfakcji z wykonanego wysiłku, jeśli uzyskane rezultaty są zgodne z założonymi celami (Pyszka, 2015). Tym samym wpływa to na budowę kapitału przedsiębiorstwa, a odnosząc się do klasyfikacji kapitału, tj. kapitał ludzki, kapitał organizacyjny, strukturalny lub kapitał klienta (Petty, Guthrie, 2000), można zakładać, że nastąpi rozwój w poszczególnych jego składowych.

Przegląd literatury przedmiotu, jak wspomniano, dowodzi, że pojęcie „efektywność pracy” może być rozumiane wieloznacznie. Można jednak wyselekcjonować zestaw cech wspólnych, które określają, że zarządzanie efektywnością pracy prowadzi do strategicznego i zintegrowanego systemu kształtowania kompetencji, zachowań oraz efektów pracy, determinującego w rezultacie wzrost konkurencyjności danej organizacji (Buchelt, 2017). Zarządzanie efektywnością pracy ściśle powiązane jest z innymi procesami zachodzącymi w organizacji, do których należy zaliczyć zarządzanie: wiedzą, talentami, zarządzanie karierą czy też zmianą. Powiązania mogą przybierać postać koncepcji zarządzania efektywnością pracy. Beata Buchelt wymienia dwie istotne koncepcje. Pierwsza z nich to koncepcja wysoce efektywnej pracy (*high performance work system* – HPWS⁸⁶), zaś druga oparta jest na współuczestnictwie pracowników w procesach pracy (*high involvement work system* – HIWS⁸⁷). Zgodnie

⁸⁶ HPWS na celu zapewnić lepszą wydajność operacyjną w organizacjach (Bhatti, 2020). Celem jest wzrost skuteczności operacyjnej przy aktywnym udziale przywództwa, pracy zespołowej, innowacyjnych metod zsz, pomiaru wiedzy oraz wyników, które prowadzą do korzyści organizacyjnych (Al-Ajlouni, 2020). W organizacjach następuje fuzja wydajności pracowników oraz struktury biznesowej organizacji przy wykorzystaniu HPWS (Boxall, 2012). HPWS to również szkolenia, dystrybucja informacji oraz jakość pracy znacznie zwiększają wydajność pracy (Wattoo, Zhao, Xi, 2020). Ograniczane jest marnotrawstwo energii, czasu i pieniędzy (Shaikh, 2020). Badacze podkreślają, że HPWS bezpośrednio wpływa na wydajność pracy oraz jest istotnym bodźcem psychologicznym (Bartram, 2021). HPWS od wielu lat stał się przyczyną sukcesu organizacyjnego wielu podmiotów, dlatego też zainteresowanie tą tematyką zyskuje na znaczeniu (Zaman, Abbasi, Nawaz, Siddique, 2020).

⁸⁷ HIWS ma na celu zapewnienie pracownikom możliwości partycypacji w podejmowaniu decyzji dotyczących ich pracy (Song, 2021). HIWS generuje wzrost wyników organizacji poprzez wzrost umiejętności i motywacji pracowników (Oppenauer, 2018). Jest niejednokrotnie postrzegany jako pozytywny dla samej organizacji, ale w szczególności przynosi korzyści dla pracowników z uwagi na

z opinią Stanisławy Borkowskiej HPWS oraz HIWS, różni stopień zaangażowania pracownika w organizacji. HPWS głównie oparte jest na praktykach (filarach), zaś HIWS zakłada przede wszystkim aktywne uczestnictwo pracowników w procesie zarządzania organizacją (Borkowska, 2010).

Efektywność pracy modeluje zjawiska wpływające na wielkość efektów pracy oraz na wysokość nakładów. Czynniki określające efektywność pracy, obejmujące w szerokim kontekście wpływ pracownika na organizację, można podzielić na:

- 1) czynniki zewnętrzne (władze polityczne, warunki ekonomiczne, rynek zaopatrzeniowy, rynek zbytu, rynek pracy, technika i technologia, kapitał, aktywa społeczne, kultura i ekologia);
- 2) czynniki wewnętrzne:
 - układ organizacyjno-zarządczy (sposób i sprawność kierowania, struktura organizacyjna i struktura produkcji, organizacja pracy i produkcji, warunki pracy, technika i technologia, system motywacyjny, zmiany i rozwój organizacji);
 - organizacja wewnętrzna zespołu (cele i zadania zespołu, wielkość, skład, struktura zespołu, zawartość i stabilność zespołu, normy zespołowe, stosunki międzyludzkie, sposób przydzielania zadań, styl kierowania zespołem, system motywowania, zdolność adaptacyjna zespołu);
 - cechy indywidualne zespołu (zdolności i umiejętności, poziom motywacji, potrzeby i oczekiwania, system wartości, postawy wobec pracy i współpracowników, zachowania) (Skowron-Mielnik, 2009).

Z kolei Aleksy Poczowski i Alicja Miś (2000) sugerują następujący układ czynników wpływających na efektywność pracy, ujmując je według kryterium rodzajowego:

- naturalne (warunki klimatyczne, stan środowiska i in.);
- techniczne (poziom parku maszynowego, stosowane technologie i in.);
- strukturalne (struktura produkcji i in.);
- organizacyjne (organizacja pracy, sprawność kierownictwa);
- społeczno-kulturowe (kwalifikacje, postawy wobec pracy i in.).

W koncepcji Petera Boxalla oraz Johna Purcella z kolei można odnaleźć informacje, że poziom wyników osiągniętych przez pracownika zależy od trzech

partycypacyjny charakter zastosowanych praktyk (Butts, 2009). Pracownicy interpretują HIWS jako pozytywne traktowanie przez organizację, przez co rośnie pozytywne nastawienie pracownika do pracy (Wood, 2018).

elementów: zdolności, motywacji oraz możliwości. Przyjmuje się jednak, że wymienione elementy są współzależne w szczególności na linii pracownik–przedsiębiorstwo. Podobnego rozróżnienia dokonali Zdzisław Jasiński, Barbara Chomątowska oraz Iwona Janiak-Rejno (2002). Efektywność pracy pracownika warunkowana jest czynnikami, które są:

- 1) zależne od pracownika:
 - posiadane kompetencje wsparte odpowiednią motywacją i chęcią działania;
 - posiadane umiejętności zarządzania własną pracą w kierunku kształtowania własnej efektywności;
- 2) zależne od przedsiębiorstwa:
 - procedura selekcji i adaptacji pracowników;
 - kształtowanie zewnętrznej i wewnętrznej motywacji pracownika.

Zagadnienie efektywności pracy opisane zostało również przez Beatę Skowron-Mielnik w aspekcie czynników ją kształtujących. Przedsiębiorstwo bowiem ma wpływ na:

- kompetencje do wykonywania pracy (od doboru, przez szkolenia, do samodoskonalenia pracowników);
- motywacja do podejmowania działań i dążenia do celu (od systemów wynagrodzeń ukierunkowanych na wyniki, przez motywację pozamaterialną, do koncepcji współuczestnictwa);
- sposób zorganizowania pracy (od projektowania stanowiska pracy, przez pracę zespołową, rozwiązania sprzyjające zachowaniu równowagi praca–życie pozazawodowe, do indywidualnych umiejętności bycia zorganizowanym) (Skowron-Mielnik, 2009).

Kolejnym czynnikiem determinującym wzrost poziomu efektywności pracy jest satysfakcja z pracy. Jest to postawa lub reakcja emocjonalna na wszystkie aspekty związane z pracą danej osoby (Anggarwati, Eliyana, 2015). W literaturze można odnaleźć pogląd o wpływie satysfakcji i zadowolenia z wykonywanej pracy na efektywność pracowników. Zadowoleni pracownicy chętniej identyfikują się z celami organizacji, widząc możliwość realizacji swoich celów (Kopertyńska, 2008). Kenneth Wexley i Gary Youkl (1984) określają satysfakcję z pracy jako zespół odczuć i nastawień pracownika wobec pracy, z kolei Peter Makin, Cary Cooper i Charles Cox definiują ją jako pozytywny stan emocjonalny, wynikający z oceny własnej pracy lub doświadczeń związanych z pracą (2000). Anna Rakowska i Iwona Mendryk w wyniku prowadzonych

badań wykazały, że wszelkie rodzaje zaangażowania są wyraźnie skorelowane z satysfakcją (2017). Pracownicy o wysokim poziomie satysfakcji z pracy są znani z pozytywnego nastawienia do swojej pracy, podczas gdy pracownicy niezadowoleni ze swojej pracy mają negatywne nastawienie do swojej pracy (Rożman, Zabukovšek, Bobek, Tominc, 2021). Oznacza to, że istnieje ścisła zależność pomiędzy satysfakcją wpływającą na efektywność pracy z zaangażowaniem. Efektywność pracy w środowisku zawodowym ma charakter podmiotowy, występujący w odniesieniu do konkretnych jednostek. Zależy przy tym od ich względnie stałych dyspozycji podmiotowych, takich jak wiek, osobowość czy zdolności oraz środowiskowych, jak np. kultura organizacji czy przywództwo.

Efektywność podlega pomiarom. Celem pomiarów efektywności pracy w organizacji jest udoskonalenie aspektów społeczno-ekonomicznych na poszczególnych szczeblach organizacyjnych. Zgodnie z zestawieniem przygotowanym przez Beatę Skowron-Mielnik (2009) monitoring efektywności pracy powinien uwzględniać:

- pojedynczego pracownika (indywidualne efekty pracy);
- zespołu pracowniczego (grupowe efekty pracy);
- organizacyjnie wyodrębnionych jednostek przedsiębiorstwa (dział, pion, wydział);
- przedsiębiorstwa i załogi jako całości.

Jednak należy pamiętać, że im bardziej efekt pracy nie jest łączony z bezpośrednim wytwórcą, tym trudniej jest wykazać bezpośrednie przyczyny poprawy bądź pogorszenia zamierzonego efektu pracy. Zgodnie z twierdzeniem Stanisławy Borkowskiej, dwa ostatnie wymienione przez Beatę Skowron-Mielnik elementy uzależnione są również od indywidualnego wytwórcy. Wtedy praca staje się pojęciem abstrakcyjnym, niepołączonym rolą z samym pracownikiem wykonującym pracę (Borkowska, 2001).

Efektywność można badać w wymiarze ilościowym i jakościowym. Pierwszy wymiar odnosi się do konkretnych danych, wskaźników i metod, które służą pozyskaniu miarodajnego wyniku. W drugim wymiarze uwzględnia się również pozostałe kryteria związane z wykonywaną pracą. Do kluczowych należy choćby zaangażowanie połączone z silną motywacją do pracy. Pracownik zmotywowany identyfikuje się z organizacją, co ma korzystny wpływ na funkcjonowanie całego podmiotu. Do czynników mających wpływ na zaangażowanie pracowników należą m.in.:

- zaufanie;
- poczucie bezpieczeństwa;
- troska o pracownika;
- sprawiedliwość;
- wizerunek organizacji;
- system wartości obowiązujący w organizacji;
- przekonanie o wartościowości pracy (Bem-Kozieł, 2008).

Zgodnie z opinią Beaty Buchelt, na funkcjonowanie systemu zarządzania przez efekty wpływa zaangażowanie kadry kierowniczej najwyższego szczebla. Organizacja dążąca do zapewnienia prawidłowo funkcjonującego systemu zarządzania przez efekty powinna zadbać o konstrukcję tego systemu, uważnie analizować i korygować wpływ czynników kontekstowych na efektywność pracy pracowników (Buchelt, 2017).

3.4. Efektywność w ochronie zdrowia

Zgodnie z art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku, każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Aby spełnić ten zapis, system ochrony zdrowia powinien funkcjonować w sposób optymalny, gwarantujący dostęp do opieki medycznej. Współczesne realia rynku usług medycznych wymagają od kadry zarządzającej szpitalem działania wielopłaszczyznowego, uwzględniającego szereg elementów współzależnych od siebie, gwarantując tym samym ciągłość realizacji usług zdrowotnych i zapewnienie pełnego bezpieczeństwa. Szpital ze względu na swoją specyfikę, profil działalności oraz mnogość procesów opartych na różnych grupach zawodowych narażony jest na występowanie licznych działań niepożądanych. Odpowiednia kontrola zachodzących procesów, poprawność realizacji zawartych umów oraz dbałość o poszanowanie dla metod innowacyjnych, dostosowawczych, zachowanie elastyczności podejmowanych decyzji stanowią istotę efektywności działania podmiotu leczniczego. Spojrzenie na efektywność funkcjonowania jednostek ochrony zdrowia powinno być wieloaspektowe. Oznacza to konieczność fuzji efektów finansowych z niefinansowymi oraz integrację spojrzenia krótkookresowego ze strategicznym (Głód, 2016). Opisywane zależności zarządcze muszą obejmować wysokie ryzyko zmienności zasad funkcjonowania rynku usług medycznych. Nieustanne dążenie do podwyższania jakości, spełniania standardów opieki medycznej w połączeniu z dynamicznym rozwojem technologii wykorzystywanych w medycynie wpływa na jakość zżl. Obserwuje się rosnącą presję ograniczania kosztów funkcjonowania. Odbywa się to

równolegle wraz z zwiększeniem jakości świadczonych usług medycznych (Townsend, Lawrence, Wilkinson, 2013). Pod hasłem „opieka zdrowotna” można ująć takie elementy, jak: personel medyczny, infrastruktura, finansowanie oraz nowoczesny sprzęt medyczny. Ważne jest, aby poszczególne elementy składowe oddziaływały na siebie w sposób ciągły. Liczy się bowiem efektywność szeroko definiowana, która ma wpływ na zdrowie oraz życie ludzkie. Może oddziaływać na skuteczność prowadzonej terapii, jakość sprawowanej opieki nad pacjentami, a także wpływać na dostępność do specjalistycznego sprzętu medycznego. W szpitalach efektywność stanowi podstawę organizacji zasobów ludzkich, w szczególności lekarzy i pielęgniarek (Zigan, Macfarlane, Desombre, 2008). Szpitale ponadto muszą wdrażać i koordynować specjalistyczną wiedzę, umiejętności oraz stale podnosić kwalifikacje swojego personelu, bowiem wpływa to na jakość opieki nad pacjentami (Yavas, Romanova, 2005). Zagwarantowanie najwyższej jakości opieki medycznej przy jednoczesnej redukcji kosztów i przy zwiększonej wydajności pracy jest wyzwaniem dla szpitali (Tyagi, Singh, 2019). Opieka zdrowotna jest systemem współzależności, gdzie monitorowanie efektywności może pomóc w procesie identyfikacji problemów związanych ze świadczeniem usług o charakterze szczególnym, jakim niewątpliwie są usługi medyczne (McDermott, Conway, Cafferkey, Bosak, Flood, 2019). Elementem mierzalnym są zasoby, głównie materialne, ludzkie oraz finansowe (Paździor, 2017).

Dokonując oceny efektywności działalności podmiotów leczniczych, należy uwzględnić przede wszystkim cele stawiane przed tymi jednostkami, w tym cele systemu ochrony zdrowia jako systemu nadrzędnego. Zgodnie z opinią Cezarego Włodarczyka oraz Stefana Poździocha są nimi:

- dostępność opieki zdrowotnej – możliwość uzyskania niezbędnej usługi lub świadczenia;
- kompleksowość opieki – stworzenie panelu działań, począwszy od zakresu profilaktyki zdrowotnej poprzez usługi lecznicze oraz rehabilitacyjne;
- ciągłość opieki – systematyka działań prewencyjnych, profilaktycznych, diagnostycznych oraz leczniczo-rehabilitacyjnych na każdym etapie życia;
- jakość i skuteczność opieki – zagwarantowanie świadczenia usług medycznych na najwyższym poziomie, stałe doskonalenie jakości mające na celu utrzymanie wysokiej skuteczności działania;

- produktywność systemu – monitorowanie liczby oraz jakości usług, z uwzględnieniem stanu zdrowia ogółu populacji oraz skali zasobów przeznaczonych na opiekę zdrowotną;
- akceptacja i satysfakcja pacjentów oraz personelu medycznego – oparta na określeniu odpowiednich warunków pracy, ale i zachowaniu standardów dostępności do usługi medycznej w możliwie najszybszym czasie;
- dynamika systemu oraz zdolność do adaptacji – dostosowanie systemu do dynamiki zachodzących zmian oraz reakcja na mapę potrzeb zdrowotnych (Włodarczyk, Poździuch, 2001).

Drugim istotnym elementem wpływającym na poziom efektywności w jednostkach ochrony zdrowia jest precyzyjne określenie zasad ich funkcjonowania. Zależą one od różnorodnych czynników zmiennych. Zgodnie z tezą Williama Rushinga, można tu wymienić potrzeby społeczne, wymagania władz, pracowników medycznych oraz niemedycznych (Rushing, 1974). Jednocześnie autor podkreśla, że kompromis oparty na tych zmiennych najczęściej nie jest korzystny ekonomicznie dla samej jednostki ochrony zdrowia. Ponadto efektywność funkcjonowania podmiotów leczniczych w znacznym stopniu oparta jest na skali generowania kosztów. Największy procent kosztów w podmiocie leczniczym stanowią koszty zatrudnienia personelu medycznego. Do kosztów stałych należy zaliczyć koszty aktywów rzeczowych (m.in. grunty, aparatura medyczna), liczbę oraz strukturę zatrudnionych oraz koszty związane z bieżącym utrzymaniem zasobów (Paździor, 2017).

Oceny efektywności podmiotów leczniczych można dokonać w odniesieniu do koncepcji grup interesu (interesariuszy). Freeman określa interesariusza jako osobę bądź grupę osób, która może mieć istotny wpływ na funkcjonowanie organizacji (Freeman, 1984). Interesariusze podmiotów leczniczych to m.in. rząd, agencje regulacyjne, płatnicy, dostawcy usług zdrowotnych (szpitale, poradnie), lekarze, dostawcy, pacjenci i ich rodziny, stowarzyszenia, fundacje, lokalni politycy oraz społeczeństwo (Frączkiewicz-Wronka, 2012). Efektywność podmiotu przez każdą z tych grup postrzegana jest w odmienny sposób. Zgodnie z opisem stworzonym przez Karolinę Szymaniec-Mlicką (2015), można dokonać następującej kwalifikacji istotnych potrzeb poszczególnych grup interesu:

- lekarze, pozostali pracownicy – skala wynagrodzeń, satysfakcja, warunki i bezpieczeństwo pracy;

- pacjenci – jakość świadczonych usług zdrowotnych, bliskość podmiotów medycznych od miejsca ich zamieszkania, czas oczekiwania na realizację usługi medycznej;
- dostawcy – terminy płatności, skala realizowanych zamówień, rzetelność;
- rząd – skala inwestycji w system ochrony zdrowia, współpraca z samorządami w aspekcie promocji i wsparcia, liczba realizowanych programów zdrowotnych;
- społeczność lokalna – edukacja zdrowotna, walka z uzależnieniami, programy pomocowe, profilaktyka.

Powyższe zestawienie stanowi dowód złożoności oceny efektywności podmiotów ochrony zdrowia. Podstawowe założenia teorii interesariuszy podkreślają następujące istotne uwarunkowania (Frączkiewicz-Wronka, 2012):

- organizacja znajduje się w sieci relacji z wieloma interesariuszami, którzy wywierają wpływ na decyzję i zarazem pozostają pod jej wpływem;
- istotna jest natura tych relacji, z uwzględnieniem zarówno procesów, jak i efektów działań dla organizacji i jej interesariuszy;
- interesy wszystkich grup mających umocowanie mają istotną wartość;
- kluczowym aspektem teoretycznym mającym znaczenie dla praktyki jest określenie warunków podejmowania decyzji menedżerskich w aspekcie wpływu interesariuszy na organizację. Różnorodni interesariusze mają różne oczekiwania wobec podmiotów leczniczych (tabela 46.).

Tabela 46. Oczekiwania interesariuszy wobec podmiotów leczniczych

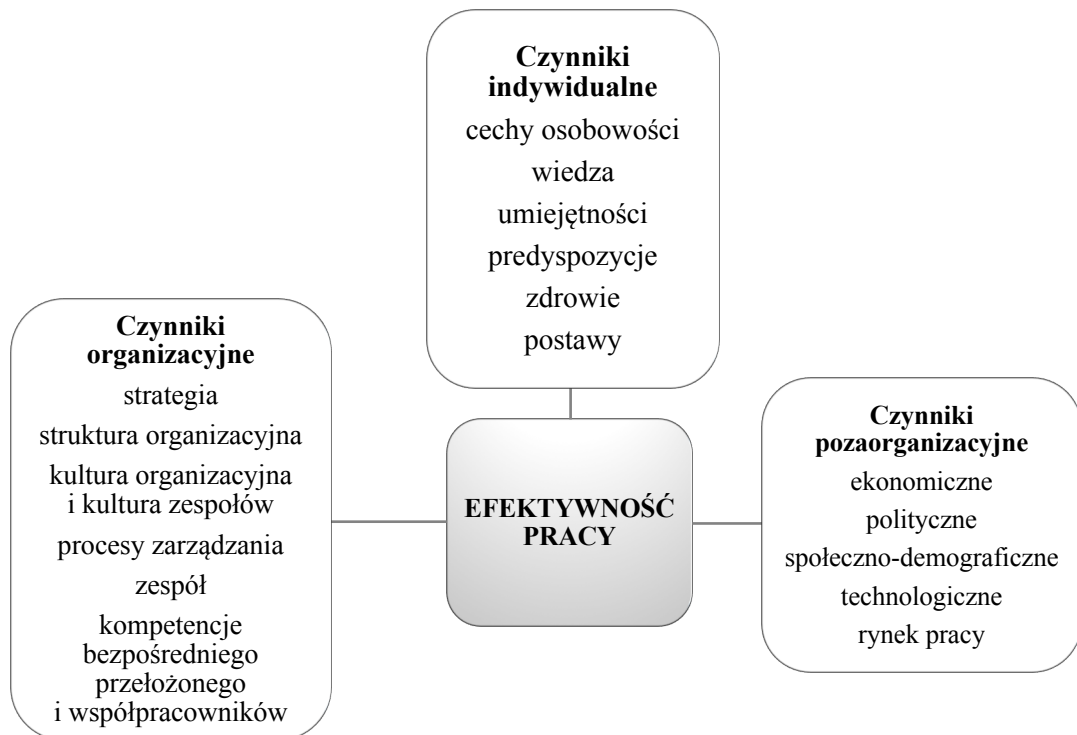
Lp.	Interesariusze	Oczekiwania
1	Instytucje rządowe	Dostosowanie działalności do wymogów prawnych i ustawowych; zbilansowanie potrzeb zdrowotnych ludności, właściwa alokacja zasobów rzeczowych, kwalifikowanej kadry medycznej i środków finansowych, przestrzenna lokalizacja zakładów, standaryzacja świadczeń zdrowotnych.
2	Narodowy Fundusz Zdrowia	Zapewnienie świadczeń zdrowotnych o jak najwyższych standardach za jak najniższą cenę; prawidłowa realizacja postanowień kontraktu; nieprzekraczanie wartości kontraktu; przekazywanie pełnej i aktualnej informacji.
3	Związki zawodowe	Ochrona praw pracownika; zapewnienia dobrych warunków pracy i płacy pracownikom; uwzględnianie stanowiska organizacji związkowych przy podejmowaniu ważnych dla szpitala decyzji.
4	Konkurencja	Uczciwa konkurencja; przejrzystość i czytelność działań konkurencji; kultura działań biznesowych; współpraca przy przekazywaniu pacjentów.
5	Pacjenci	Wysoka jakość opieki zdrowotnej; wysoka jakość obsługi; dobrej jakości usługi hotelowa; pełna dostępność świadczeń, kompleksowość usług; indywidualne traktowanie; wzbogacanie oferty usług medycznych.
6	Dostawcy	Terminowa realizacja płatności; pewność zleceń; zwiększenie liczby i wartości zamówień, poszerzenie asortymentu zamówień, nawiązanie długoterminowej współpracy.

7	Pracownicy	Satysfakcjonujące wynagrodzenie; możliwość rozwoju zawodowego; stabilne warunki pracy; system motywacyjny; dobra atmosfera w pracy; dostęp do najnowszej technologii i metod leczenia oraz literatury medycznej; sprawne zarządzanie placówką.
8	Organ założycielski	Sprawowanie nadzoru nad działalnością; ochrona interesów mieszkańców miasta i pracowników, zabezpieczenie realizacji świadczeń; realizacja celów statutowych.
9	Rada społeczna	Przetwarzanie i rozwój, wypełnianie obowiązków statutowych, dbanie o dobro zakładu opieki zdrowotnej, monitorowanie działań jego kierownictwa.
10	Kierownictwo szpitala	Osobisty sukces zawodowy, wysokie wynagrodzenia, wysoki status zawodowy i społeczny, dobre kontrakty, efektywność gospodarowania, zbilansowanie kosztów i przychodów, zachowanie płynności, włączenie kryteriów ekonomicznych do wyborów medycznych, opracowanie systemu motywacji, kontrola i ocena prowadzonej działalności, wytyczanie przyszłości oraz monitorowanie i kontrola realizacji kontraktów, utrzymanie infrastruktury sprzętowej i kadrowej na poziomie gwarantującym pozyskanie kontraktów.
11	Spoleczność lokalna	Zaspokajanie potrzeb zdrowotnych ludności, utrzymanie i zachowanie miejsc pracy, rozwój regionu, ograniczenie zanieczyszczenia środowiska, podatki lokalne.
12	Media	Pozyskiwanie informacji w celu informowania społeczeństwa o działalności szpitali i ewentualnie występujących zagrożeniach, jego sukcesach oraz o nowych usługach medycznych, miejscu w rankingach.

Źródło: Jaworzyńska, 2016.

Przedstawione czynniki oddziałują pośrednio lub bezpośrednio na funkcjonowanie podmiotów leczniczych. Struktura szpitala i jego strategia muszą być ściśle powiązane, zaś wszelkie procedury niezbędne do ich realizacji muszą być spójne z profilem działalności medycznej. W aspekcie funkcjonowania podmiotu leczniczego według Beaty Buchelt istotne jest opracowanie zestawu elementów oddziałujących na efektywność pracy w sposób kompleksowy. Tym samym autorka dokonała zestawienia istotnych elementów wpływających na efektywność pracy (schemat 2.).

Schemat 2. Czynniki wpływające na efektywność pracy



Źródło: Buchelt, 2017.

Według Beaty Buchelt, czynniki indywidualne mają ścisły związek z jakością kapitału ludzkiego, zaś czynniki organizacyjne powiązane są z systemem zszl w danej organizacji. Natomiast czynniki pozaorganizacyjne są związane z otoczeniem danej organizacji (Buchelt, 2017). Fundamentem funkcjonowania szpitala jest praca lekarzy oraz posiadającej odpowiednie kwalifikacje oraz znaczne doświadczenie zawodowe kadry pielęgniarskiej. Kadre lekarską charakteryzuje duża autonomiczność, proceduralnie polegająca na elastycznych formach zatrudnienia. Nie zmienia to jednak faktu, że lekarze są częścią procesów zachodzących w organizacji, mają bezpośredni wpływ na efektywność podmiotu leczniczego. Podobnie jest w przypadku kadry pielęgniarskiej. Uważa się jednak, że kontakt z pacjentami jest tutaj częstszy, polegający na stałym nadzorze i opiece nad pacjentem. Beata Buchelt, przedstawiając koncepcję systemu zarządzania efektywnością pracy (ZEP) lekarzy i pielęgniarek, podkreśla, że trudne jest precyzyjne określenie szczegółowych celów pracy tych grup zawodowych. Istotne jest skupienie na całościowej jakości realizowanych świadczeń zdrowotnych. W pracy lekarzy przejawia się ona w diagnozie i skutecznym leczeniu pacjenta. W przypadku działalności kadry pielęgniarskiej cała uwaga skupia się na opiece nad chorym. Beata Buchelt podkreśla, że tworząc koncepcję ZEP, należy wykazać, że podstawą pracy lekarza jest wiedza oraz jej nieustanne poszerzanie oraz nabywanie nowych umiejętności. Mniej istotne jest współdziałanie w zespole czy też zachodzące relacje interpersonalne z pacjentem. Do czynników komunikacyjnych wpływających na zadowolenie pacjenta z konsultacji lekarskiej, które należą do kompetencji lekarza, można zaliczyć: zwracanie się do pacjenta z szacunkiem, przedstawianie się na pierwszej wizycie czy też wykazywanie zainteresowania odczuciami pacjenta (Gędek, 2021). Odmienne, według autorki, należy interpretować kompetencje w pracy pielęgniarskiej. Tu ważniejsze są umiejętności i skuteczne ich wykorzystanie. To one mają bezpośredni wpływ na efektywność pracy, podobnie jak współdziałanie w zespole. Przykładowo, w opiece nad pacjentami hospitalizowanymi na oddziale szpitalnym współpraca kadry pielęgniarskiej jest niezbędna, wynikająca z wielości czynności pielęgnacyjnych koniecznych do wykonywania podczas dyżuru medycznego. Z analiz prowadzonych przez cytowaną autorkę wynika, że istnieje szereg czynników mających wpływ na konfigurację systemu ZEP. W przypadku lekarzy są to:

- autonomiczność;
- dążenie do permanentnego doskonalenia wiedzy;
- autokratyzm;

- elastyczność w zatrudnianiu;
- silna więź z profesją;

W odniesieniu do kadry pielęgniarskiej zaliczyć należy:

- dążenie do autonomii;
- wysoki poziom zaangażowania emocjonalnego;
- dążenie do rozwoju;
- kompetencje;
- silne przywiązanie do profesji.

Beata Buchelt określa również zestaw czynników wewnętrznych. Są nimi:

- czynniki o największej sile wpływu (zespół współpracowników, zespół terapeutyczny, warunki pracy);
- czynniki o średniej sile wpływu (procesy zarządzania zasobami ludzkimi, zarządzanie karierą, pozyskiwanie i adaptacja personelu);
- czynniki o najniższej sile wpływu (pozostałe procesy warunkujące zarządzanie szpitalem) (Buchelt, 2017).

Istnieje szereg czynników zewnętrznych, które mogą mieć istotny wpływ na kształt ZEP lekarzy oraz pielęgniarek. Są to m.in. potrzeby interesariuszy, o których była nowa powyżej, szeroko rozbudowane przepisy prawne czy też presja na realizację świadczeń zdrowotnych ze strony kierownictwa. Kluczem do poprawnego funkcjonowania koncepcji ZEP jest wypracowanie rozwiązań organizacyjnych. Pokażny udział profesjonalistów realizujących szeroki zakres działań oraz wysoki poziom zaangażowania stanowią dopełnienie zintegrowanego systemu ZEP. Wszystkie ważne elementy ingerencji w proces zarządzania wraz z podziałem na dedykowane grupy zawodowe zaprezentowane zostały w tabeli 47.

Tabela 47. Układ podmiotów zarządzania efektywnością pracy personelu medycznego w procesie ZEP

Grupy personel	Podmioty ZEP	Etapy procesu zarządzania przez efekty		
		Planowanie efektów	Monitorowanie zachowań i stymulowanie proefektywnościowych	Przegląd efektów
Lekarze	Ordynator / kierownik oddziału (kierownik liniowy)	- Udział w ustalaniu efektów pracy.	- Monitoring zachowań zmierzających do realizacji założonych efektów; - Bieżąca ocena; - Udzielanie informacji zwrotnej; - Dostarczanie narzędzi stymulujących zachowania proefektywnościowe; - Planowanie harmonogramów pracy; podległego zespołu - Planowanie szkoleń wewnętrznych; - Mentoring.	- Agregacja informacji niezbędnych do oceny efektów pracy podwładnego; - Przeprowadzanie rozmowy oceniającej; - Dostarczanie wyników przeglądu efektów, projektów planów szkoleniowych, projektów planu zatrudnienia ds. ZZL.
	Lekarz	- Udział w ustalaniu efektów pracy.	- Realizacja efektów bieżących; - Udział w szkoleniach; - Dzielenie się wiedzą; - Bieżąca samoocena.	- Samoocena realizacji wyznaczonych efektów; - Zaprojektowanie efektów na kolejny rok; - Udział w rozmowie oceniającej.
	Współpracownicy (inni lekarze)	---	- Obserwacja pracy współpracowników i udzielanie informacji zwrotnej; - Dzielenie się wiedzą.	- Dostarczanie informacji zwrotnej kierownikom liniowym;
	Specjalista ds. zarządzania zasobami ludzkimi	- Wsparcie merytoryczne i administracyjne; - Organizowanie szkoleń dla kierowników liniowych podnoszących kompetencje menedżerskie.	- Wsparcie merytoryczne i administracyjne; - Wsparcie kierowników liniowych w organizowaniu szkoleń i bieżącym planowaniu zatrudnienia.	- Agregacja i analiza wyników; - Opracowanie planów zatrudnienia oraz szkoleń.
	Kadra zarządzająca	- Tworzenie warunków; - Dostarczanie zasobów materialnych i niematerialnych; - Nadawanie rangi procesowi ZEP.		
Pielęgniarki	Pielęgniarka oddziałowa / odcinkowa	- Udział w ustalaniu efektów pracy.	- Monitoring zachowań zmierzających do realizacji założonych efektów; - Bieżąca ocena; - Udzielanie informacji zwrotnej; - Dostarczanie narzędzi stymulujących zachowania proefektywnościowe; - Planowanie harmonogramów pracy podległego im zespołu; - Planowanie szkoleń wewnętrznych; - Mentoring.	- Agregacja informacji niezbędnych do oceny efektów pracy podwładnego; - Przeprowadzanie rozmowy oceniającej; - Dostarczanie wyników przeglądu efektów, projektów planów szkoleniowych, projektów planu zatrudnienia do działu s.. ZZL.
	Pielęgniarka położna	- Udział w ustaleniu efektów pracy.	- Realizacja efektów bieżących; - Udział w szkoleniach; - Dzielenie się wiedzą; - Bieżąca samoocena.	- Samoocena realizacji wyznaczonych celów; - Zaprojektowanie efektów na kolejny rok; - Udział w rozmowie oceniającej.
	Pacjenci	---	- Udzielanie informacji zwrotnej na temat opieki pielęgniarskiej.	- Udzielanie informacji zwrotnej na temat opieki pielęgniarskiej.

	Specjalists.ds. zarządzania zasobami ludzkimi	- Wsparcie merytoryczne i administracyjne; - Organizowanie szkoleń dla kierowników liniowych podnoszących kompetencje menedżerskie.	- Wsparcie merytoryczne i administracyjne; - Wsparcie kierowników liniowych w organizowaniu szkoleń i bieżącym planowaniu zatrudnienia.	- Agregacja wyników; - Opracowanie planów zatrudnienia oraz szkoleń.
	Kadra zarządzająca	- Tworzenie warunków; - Dostarczanie zasobów materialnych i niematerialnych; - Nadawanie rangi procesowi ZEP.		

Źródło: Buchelt, 2017.

Analizując dane zaprezentowane w tabeli 47., należy podkreślić, że dla maksymalizacji efektywności ZEP kwestiami organizacyjnymi, integrującymi wszystkie wymienione elementy, musi rządzić organizacyjnie wykwalifikowany menedżer. Zarządzanie w podmiocie leczniczym powinno być ukierunkowane na utrzymanie dostępności do usług zdrowotnych – istotnych, gdyż ich realizacja ukierunkowana jest na wartość nadrzędną, czyli ratowanie ludzkiego zdrowia oraz życia. Całość działań zarządczych w podmiocie leczniczym musi być dostosowana do tego celu, zaś wszelkie działania zmierzające do poprawy efektywności pracy muszą odbywać się bez uszczerbku nad opieką nad pacjentem.

Reasumując, dobrym podsumowaniem rozważań nad istotą szeroko rozumianej efektywności, w tym efektywności pracy, wydaje się być opinia Eryka Głodzińskiego, który twierdzi, że efektywność jest kryterium oceny działalności wykorzystującym porównanie relacji rezultatów (efektów) i nakładów. Rezultaty obejmują wyniki: użyteczne (zaspokajające potrzeby interesariuszy), neutralne dla interesariuszy (w danych warunkach niemające walorów użyteczności) oraz zmniejszające wcześniej posiadaną użyteczność. Dlatego dążenie do optymalizacji efektywności wymaga m.in.:

- skuteczności działań;
- zapewnienia racjonalności metodologicznej i rzeczowej procesu podejmowania decyzji,
- osiągnięcia oczekiwanej jakości i trwałości produktu (rezultatu działania);
- zapewnienia odpowiedniej motywacji pracowników do działania oraz ich wzajemnej współpracy;
- wykorzystania właściwych narzędzi wspomagających zarządzanie;
- oraz uwzględnienia uwarunkowań otoczenia (Głodziński, 2017).

Efektywne zżl oznacza właściwe wykorzystanie wiedzy, umiejętności, formowanie postaw i zachowań pracowników, sprzyjających realizacji zadań, twórczemu

myśleniu i osiągnięciu organizacyjnych celów (Penc, 2010). W szczególności kluczowe znaczenie ma kadra pielęgniarska, która zaliczana jest do najliczniejszej grupy zawodowej w systemie ochrony zdrowia, determinującej satysfakcję pacjentów ze sprawowanej opieki medycznej. Pozytywna i aktywna postawa kadry zarządczej może przyczynić się do optymalnego wykorzystania personelu medycznego i ograniczenia zagrożeń wynikających z braków kadrowych w podmiotach leczniczych. Wymaga to działań wielopłaszczyznowych, strategicznych przygotowujących organizację na niemożliwe do przewidzenia zdarzenia. Jednym z takich zdarzeń jest epidemia COVID-19, opisywana w następnym rozdziale.

ROZDZIAŁ 4 Efektywność pracy lekarzy i pielęgniarek w dobie epidemii SARS-CoV-2 a opieka zdrowotna osób starszych

4.1. Epidemia koronawirusa SARS-CoV-2 zagrożeniem dla systemu ochrony zdrowia w Polsce

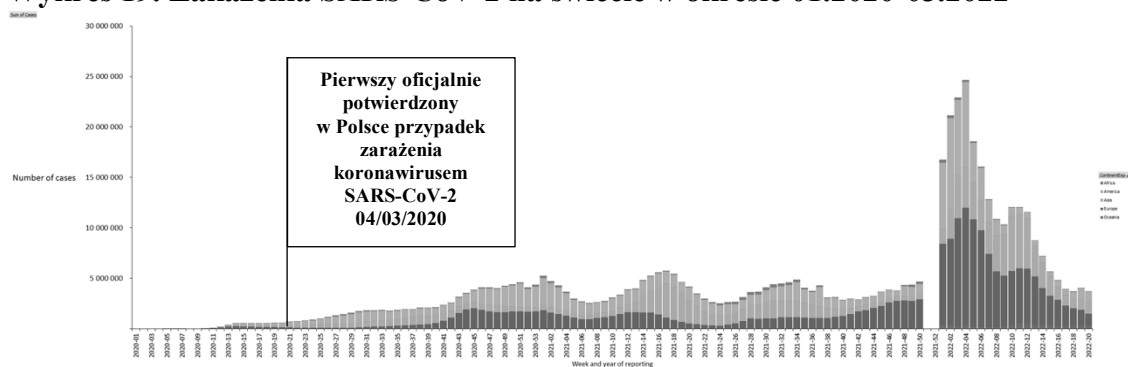
Z początkiem roku 2020 określenie „pandemia”⁸⁸, bez względu, w jakim języku wymieniane, nabrało nowego, ogólnoświatowego znaczenia. Przełom roku 2019 i 2020 oraz wydarzenia kolejnych miesięcy i lat odcisnęły głębokie piętno na społeczeństwie całego globu. Szczególnie nadwyrężony został system ochrony zdrowia. Ponieważ światowa pandemia trwa i w bardzo wielu krajach zakażenia utrzymują się na wysokim poziomie, więc to, jak ludzkość w kolejnych latach poradzi sobie z tym problemem, w znacznym stopniu zależy właśnie od sprawności funkcjonowania systemów ochrony zdrowia.

Koronawirus SARS-CoV-2⁸⁹ wywołujący ciężki ostry zespół oddechowy, pomimo że po raz pierwszy został zdiagnozowany w ostatnich miesiącach roku 2019 w miejscowości Wuhan, w prowincji Hubei w Chinach, to już z początkiem roku 2020 rozprzestrzenił się po całym świecie (Zhu, Wei, Niu, 2020). Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) 30 stycznia 2020 r. zadeklarowała, że nowy rodzaj pochodzącego z Chin koronawirusa może stanowić zagrożenie o zasięgu międzynarodowym (who.int, dostęp: 28.07.2020 r.). Może to potwierdzać dynamika wzrostu przypadków zakażeń koronawirusem, począwszy od grudnia 2019 roku na poszczególnych kontynentach naszego globu (wykres 19.). Pierwszy oficjalnie pozytywny przypadek zakażenia koronawirusem w Polsce został oficjalnie potwierdzony 4 marca 2020 r. Przypadek ten został odnotowany w początkowej fazie rozprzestrzeniania się wirusa na świecie. Na wykresie 19. wyraźnie widać, że znaczny wzrost zakażeń nastąpił po tym terminie.

⁸⁸ Określenie pandemia oraz epidemia autor używać będzie wymiennie jako opis sytuacji epidemicznej związanej z wystąpieniem koronawirusa SARS-CoV-2.

⁸⁹ Nazwy SARS-CoV-2 oraz COVID-19 autor używać będzie wymiennie jako określenie jednostki chorobowej wywołanej przez nowego wirusa.

Wykres 19. Zakażenia SARS-CoV-2 na świecie w okresie 01.2020-03.2022



Źródło: European Centre for Disease Prevention and Control, ecdc.europa.eu (dostęp: 26.05.2022).

Z przedstawionych na powyższym wykresie danych wynika, że w początkowej fazie transmisji wirusa na świecie największa zachorowalność miała miejsce w Europie. Z czasem rosnąca liczba przypadków odnotowywana była na kontynentach Ameryki Północnej, Południowej oraz Azji. Z początkiem czerwca 2020 r. można było zaobserwować postępujący wzrost zakażeń również w Afryce. Oznacza to, że problem światowej pandemii związanej z chorobą COVID-19 nadal był aktualnym globalnym problemem (Acter, Uddin, Das, Akhter, Choudhury, Kim, 2020). Do 28 maja 2022 roku na świecie odnotowane zostały 524 468 542 przypadki, w tym 6 291 947 to potwierdzone zgony wywołane tą chorobą.

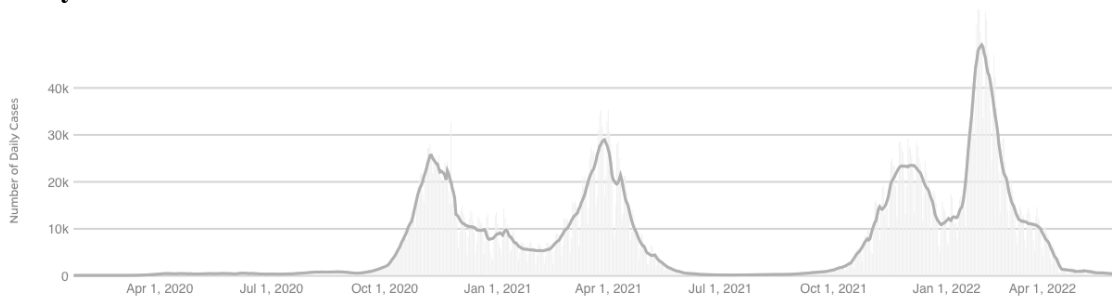
Zaraportowane zostały następujące przypadki z poszczególnych kontynentów świata:

- 1) Afryka: 11 831 362 przypadki; pięć krajów zgłaszających większość przypadków to Republika Południowej Afryki (3 921 633), Maroko (1 166 628), Tunezja (1 042 363), Egipt (513 916) oraz Libia (501 987);
- 2) Azja: 132 563 392 przypadki; pięć krajów zgłaszających większość przypadków to Indie (43 138 393), Korea Południowa (17 967 672), Wietnam (10 708 887), Japonia (8 600 312) i Iran (7 229 741);
- 3) Ameryka: 156 477 765 przypadków; pięć krajów zgłaszających większość przypadków to Stany Zjednoczone (83 290 712), Brazylia (30 791 220), Argentyna (9 177 187), Kolumbia (6 099 111) i Meksyk (5 759 773);
- 4) Europa: 215 253 258 przypadków; pięć krajów zgłaszających większość przypadków to Francja (29 375 885), Niemcy (26 077 382), Wielka Brytania (22 232 377), Rosja (18 297 608) i Włochy (17 285 705);

- 5) Oceania: 8 342 060 przypadków; pięć krajów zgłaszających większość przypadków to Australia (6 857 879), Nowa Zelandia (1 109 145), Polinezja Francuska (72 876), Fidżi (64 898) i Nowa Kaledonia (61 880);
- 6) Inne: zgłoszono 805 przypadków z międzynarodowego transportu w Japonii (ecdc.europa.eu, dostęp: 26.05.2022).

W Polsce do 26 maja 2022 r., począwszy od wykrycia pierwszego przypadku koronawirusa SARS-CoV-2, odnotowane zostały 6 007 073 zakażenia. Liczba zgonów spowodowanych chorobą COVID-19 wyniosła 116 311 osób. Poniżej na wykresie 20. ukazany został przyrost dzienny potwierdzonych przypadków oraz średnia tygodniowa nowych zakażeń SARS-CoV-2 w Polsce.

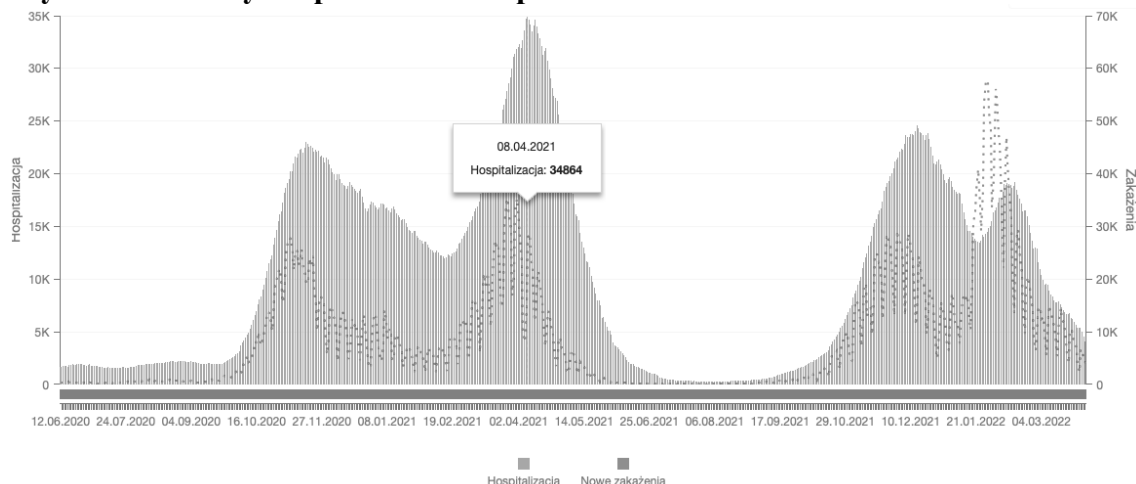
Wykres 20. Przyrost dzienny potwierdzonych przypadków oraz średnia tygodniowa nowych zakażeń SARS-CoV-2 w Polsce w okresie 4.03.2020–26.05.2022



Źródło: Mapa zakażeń koronawirusem (SARS-CoV-2), Johns Hopkins University of Medicine coronavirus.jhu.edu (dostęp: 26.05.2022).

Z powyższych danych wynika, że skala dodatnich przypadków w miesiącach styczeń – marzec 2022 r. zdecydowanie była najwyższa. W początkowej fazie odsetek przyrostów był niewielki. Przyczyną dynamicznych wzrostów w początkowej fazie epidemii była niska świadomość społeczna na temat wirusa, dróg jego transmisji na kolejne osoby. Niestosowanie zasad bezpieczeństwa generowało kolejne zakażenia. W konsekwencji zaczęło systematycznie przybywać nowych zakażeń, tym samym rosło zagrożenie prawidłowego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Rekordowa liczba odnotowanych zachorowań miała miejsce 27 stycznia 2022 r. i wynosiła 57 659 potwierdzonych przypadków. Kolejne tygodnie 2022 r. aż do połowy lutego 2022 również oscylowały w liczbach powyżej 30 tys. wykrytych zakażeń. Systematyczny przyrost zakażonych generował większą liczbę hospitalizowanych pacjentów z rozpoznaną jednostką chorobową COVID-19 w całym kraju. Jednocześnie ograniczona została dostępność do usług medycznych dla osób z innymi jednostkami chorobowymi. Przebieg pandemii ilustruje stan liczbowy osób hospitalizowanych w Polsce (wykres 21.).

Wykres 21. Osoby hospitalizowane z powodu COVID-19 w Polsce

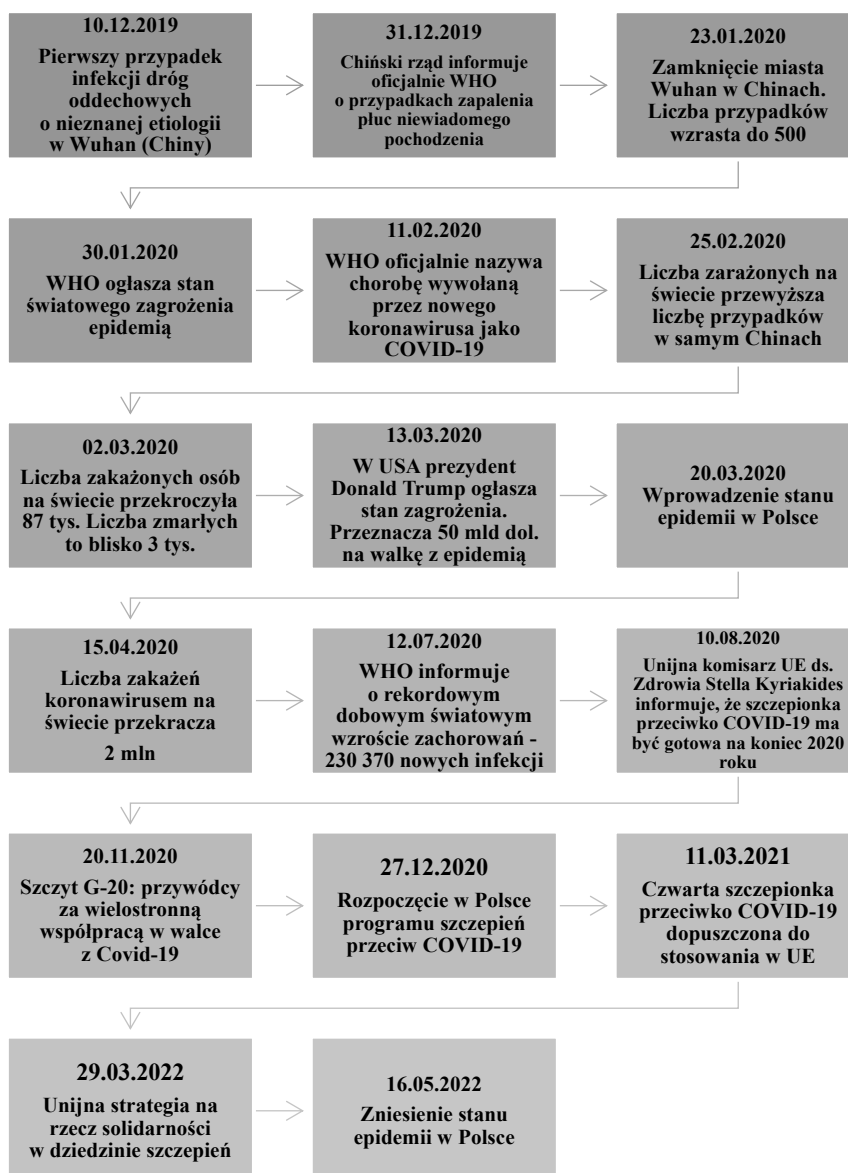


Źródło: Osoby hospitalizowane z powodu COVID-19 w Polsce, <https://koronawirusunas.pl> (dostęp: 26.05.2022).

Z danych zawartych na wykresie wynika, że największa liczba osób została hospitalizowana w związku z COVID-19 8 kwietnia 2021 r., kiedy wyniosła łącznie 34 864 osoby. Konsekwencją wzrostu ilości zakażeń zarówno w Polsce, jak i na świecie była pilna potrzeba wypracowania nowych standardów w opiece medycznej. Działania miały na celu ograniczenie rozprzestrzeniania się choroby zakaźnej, czyli tej wywołanej przez biologiczny czynnik chorobotwórczy (Paszowska, 2020).

Dlatego z początkiem roku 2020 w wyniku wystąpienia światowej pandemii COVID-19 rządy poszczególnych państw świata były zmuszone wprowadzić szereg regulacji prawnych, nowych procedur oraz schematów postępowania w aspekcie funkcjonowania ochrony zdrowia (Peeri, Shrestha, Rahman, Zaki, Tan, Bibi, Baghbanzadeh, Aghamohammadi, Zhang, Haque, 2020). Poniżej autor przedstawia graficzny wykaz istotnych wydarzeń związanych z pojawianiem się koronawirusa na świecie.

Schemat 3. Chronologia istotnych wydarzeń związanych z pandemią koronawirusa SARS-CoV-2 na świecie



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z ogólnosiwiatowych internetowych serwisów informacyjnych.

Częstotliwość i tempo zdarzeń, skala zachorowań oraz mnogość zaangażowanych podmiotów pokazuje ogromną skalę pandemii. Intensywność wydarzeń była bardzo duża, wymagająca natychmiastowej i wielopłaszczyznowej reakcji, zaś ich skutki miały charakter globalny. W Polsce schemat działania był zbliżony do wytycznych ogólnosiwiatowych. W początkowej fazie epidemii nastąpiło znaczne ograniczenie dostępności do świadczeń usług medycznych. W niniejszym rozdziale autor opíše najważniejsze obszary w sektorze ochrony zdrowia, których reorganizacja została wymuszona przez zaistniałą sytuację epidemiczną w kraju i na świecie. Liczba osób zakażonych systematycznie rosła od początku pandemii, podobnie jak liczba

hospitalizacji niezbędnych dla ratowania ludzkiego życia. Autor wykaże wagę opisywanych zmian dla zachowania dostępności opieki medycznej, w szczególności dla osób starszych, a także zaprezentuje kluczowe znaczenie kadry lekarskiej oraz pielęgniarskiej w skutecznej walce z pandemią COVID-19.

4.2. Ograniczenie w dostępności do usług medycznych dla osób starszych spowodowane wprowadzeniem stanu epidemii

Pojawienie się wirusa SARS-CoV-2 stanowiło wyzwanie dla zagwarantowania pełnej dostępności usług medycznych dla osób starszych. Kryterium wieku w przypadku działań minimalizujących ryzyko związane z wystąpieniem epidemii na terenie kraju ma ogromne znaczenie. Należy jednak podkreślić, że wiek nie może stanowić bariery, kryterium oceny w dostępie tej grupy wiekowej do pomocy medycznej. Stan epidemii wymusił na zarządzających placówkami ochrony zdrowia podjęcie działań zmierzających do zapewnienia maksimum bezpieczeństwa dla pacjentów zgłaszających się do placówki medycznej w tym osób starszych, ale też dla personelu medycznego. Ważne jest, że z powodu fizjologicznych procesów starzenia oraz występowania chorób przewlekłych wpływających na układ odpornościowy organizmu i chorób współistniejących, osoby starsze należy zaliczyć do grupy wysokiego ryzyka zgonu w wyniku zarażenia wirusem SARS-CoV-2 (Sohrabi, Alsafi, O'Neill, 2020, Verity, 2020). Dla weryfikacji warto podać dane opracowane przez WHO. Z informacji tych wynika, że śmiertelność u osób starszych w wieku 80 lat i więcej z potwierdzoną chorobą COVID-19 wynosiła 21,9%. Dla porównania – śmiertelność pozostałych grup wiekowych u pacjentów bez chorób współistniejących wynosiła zaledwie 1,4% (Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019, who.int, dostęp: 15.07.2020). Zgodnie z danymi Centers for Disease Control and Prevention⁹⁰ na 10 zgonów spowodowanych wirusem SARS-CoV-2 osiem to osoby w wieku 65 lat i więcej (cdc.gov, dostęp: 27.07.2020). Przyczynił się do tego brak wsparcia pielęgnacyjno-opiekuńczego osób starszych w codziennym ich funkcjonowaniu. Znaczna grupa osób, które jeszcze przed ogłoszeniem pandemii wymagały systematycznego wsparcia instytucjonalnego, pozostała obecnie bez należytej opieki w ramach usług opiekuńczych, pielęgniarskiej opieki długoterminowej czy bez pomocy opiekunów medycznych (Profilaktyka i wsparcie w czasie koronawirusa, gov.pl, dostęp: 27.07.2020).

⁹⁰ Centers for Disease Control and Prevention jest agencją rządu federalnego Stanów Zjednoczonych wchodząca w skład Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej (cdc.gov, dostęp: 27.07.2020).

Ograniczenia te wynikały z istniejącego ryzyka zakażenia w podmiotach leczniczych. Dlatego rekomendacja w tym zakresie dotyczyła ograniczenia przyjmowania nowych pacjentów do leczenia długoterminowego również w placówkach do tego przeznaczonych. Mogło to skutkować zwiększeniem ogólnej śmiertelności osób starszych, spowodowanej nie tylko kontaktem z koronawirusem, ale też brakiem ciągłości leczenia pozostałych jednostek chorobowych powiązanych z wiekiem podeszłym (Wystąpienie do Ministra Zdrowia w sprawie leczenia w epidemii z dnia 24 marca 2020 r., rpo.gov.pl, dostęp: 27.07.2020).

Zagrożeniem wynikającym z sytuacji epidemicznej związanej z pojawieniem się koronawirusa SARS-CoV-2 było ograniczenie dostępności do świadczeń zdrowotnych realizowanych stacjonarnie w podmiotach leczniczych. W grupie chorób zakaźnych nigdy wcześniej nie był ujęty wirus SARS-CoV-2 wywołujący ciężki zespół oddechowy (*acute respiratory distress syndrome*, ARDS) (Wawrzyniak, Kuczborska, Lipińska-Opalka, 2019). Rozszerzenia o nowy patogen dokonał minister zdrowia w trybie rozporządzenia z dnia 27 lutego 2020 r. w sprawie zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2. Zgodnie z §1 tego aktu prawnego „zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2 zostało objęte przepisami o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi⁹¹. W obliczu wzrostu liczby zakażeń 13 marca 2020 r. minister zdrowia wydał rozporządzenie w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego^{92,93}. Było to możliwe na podstawie art. 46 ust 2 i 4 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi⁹⁴. Stan zagrożenia epidemicznego zgodnie z rozporządzeniem zaczął obowiązywać na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej od 14 marca 2020 r. Oznacza to, że dotychczasowe zasady funkcjonowania m.in. systemu ochrony zdrowia musiały zostać szybko zmodyfikowane. Dostępność do świadczeń zdrowotnych z przyczyn epidemicznych została ograniczona. Pojawienie się nowego patogenu o nieznanym pochodzeniu, a, co ważniejsze – o niezbadanym wpływie na ludzkie zdrowie oraz życie – wymusiło wprowadzenie natychmiastowych działań zapobiegawczych. Wprowadzenie stanu zagrożenia epidemicznego stanowiło kluczową decyzję mającą na celu ograniczenie rozprzestrzeniania się wirusa w społeczeństwie. Definicja stanu zagrożenia

⁹¹ Dz.U. z 2020 poz. 325 z późn. zm.

⁹² Dz.U. poz. 433 z późn. zm.

⁹³ Rozporządzenie zostało zniesione Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie odwołania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz.U. z 2020 poz. 490).

⁹⁴ t.j. Dz.U. z 2021 poz. 2069 z późn. zm.

epidemicznego zawarta jest w ustawie o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi⁹⁵. Jednak w wyniku dalszego wzrostu liczby zakażeń 20 marca 2020 roku wprowadzony został stan epidemii. Regulowało to Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii^{96,97}. W rozporządzeniu dokonano regulacji dotyczących funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Z mocy rozporządzenia ograniczona została m.in. działalność w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego (§5 ust. 1 pkt 3), jednego z elementów procesu leczenia oraz rehabilitacji osób starszych (Pieniążek, Legwant-Wójcicka, Płatek-Kępińska, 2017). Spowodowało to zaburzenie dostępu do zabiegów dla osób wymagających systematycznej rehabilitacji medycznej. Szczególnie ruchowej, mającej na celu usprawnienie funkcjonowania oraz ogólny wzrost poziomu sprawności fizycznej osób starszych. Tym bardziej że zgodnie z danymi GUS w roku 2019 w jednostkach o tym profilu wykonano 38,3 mln różnego rodzaju procedur medycznych. W działających 271 zakładach na terenie Polski procesowi leczenia zostało poddane 858,0 tys. kuracjuszy (Działalność lecznicza zakładów lecznictwa uzdrowiskowego i stacjonarnych zakładów rehabilitacji leczniczej w 2019 roku, stat.gov.pl, dostęp 29.07.2020). Komunikat w zakresie ograniczenia dostępności w tej sprawie wydał również NFZ w dniu 21 marca 2020 roku. Ograniczenie dotyczyło również leczenia uzdrowiskowego. Zgodnie z treścią komunikatu „zobowiązuje się świadczeniodawców do zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe, pacjentom przebywającym na leczeniu” (nfz-lodz.pl, dostęp: 27.07.2020). Ograniczenie funkcjonowania uzdrowisk leczniczych stanowiło jeden z przykładów nagłego, nieprzewidywalnego okrojenia dostępności do świadczeń medycznych dla osób starszych związanych z pojawieniem się zagrożenia epidemicznego. Regulacje w zakresie funkcjonowania innych podmiotów leczniczych zostały przygotowane oraz opublikowane przez NFZ. Stanowisko w tej sprawie zawarte zostało w Komunikacie z dnia 15 marca 2020 r. dla świadczeniodawców w sprawie zasad udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Z treści komunikatu można wyczytać, że Centrala NFZ zaleca ograniczenie do minimum lub też rekomenduje czasowe zawieszenie udzielania świadczeń planowych realizowanych w podmiotach leczniczych.

⁹⁵ t.j. Dz.U. z 2021 poz. 2069

⁹⁶ t.j. Dz.U. z 2022 poz. 340

⁹⁷ Rozporządzenie zostało zniesione Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 maja 2022 r. w sprawie odwołania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz.U. z 2022 poz. 1027).

Ograniczeniu podlegały pobyty w szpitalu w celu: „przeprowadzenia diagnostyki oraz zabiegów diagnostycznych, leczniczych i operacyjnych, prowadzenia rehabilitacji leczniczej, świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, stomatologii, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, badań diagnostycznych wykonywanych ambulatoryjnie, takich jak: tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, PET, gastroscopia, kolonoskopia, USG oraz badań profilaktycznych i przeprowadzania szczepień” (nfz-lodz.pl, dostęp: 27.07.2020). Powyższe ograniczenia stanowiły przeszkodę w leczeniu pacjentów geriatrycznych, którzy „wymagają całościowej oceny i opieki specjalistycznej oraz postępowania fizjoterapeutycznego jako nieodłącznych elementów procesu leczniczego” (Bień, Błędowski, Broczek, Derejczyk, Grodzicki, Kędziora-Kornatowska, Kokoszka-Paszkot, 2013).

W zakresie ograniczenia rozprzestrzeniania się zakażeń koronawirusa SARS-CoV-2 wojewoda łódzki dnia 12 marca 2020 r. skierował pismo w dyrektorów szpitali z województwa łódzkiego w sprawie wstrzymania wszystkich przyjęć planowych pacjentów do oddziałów szpitalnych. W dokumencie tym podkreślono, że w przypadku, kiedy stan zdrowia nie wymaga natychmiastowego udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach hospitalizacji, należy zachować wolne miejsca do ewentualnego leczenia pacjentów wymagających pomocy w związku z COVID-19 (Polecenie Wojewody Łódzkiego w sprawie wstrzymania przyjęć planowych i wypisywania pacjentów ze szpitali, lodzkie.eu, dostęp: 27.07.2020 r.). 21 marca 2020 r. Centrala NFZ wydała Komunikat dotyczący zasad realizacji planowych zabiegów operacyjnych. W zaleceniach opisano, iż: „w celu ograniczenia zużycia zapasów krwi i preparatów krwiopochodnych, Centrala NFZ zaleca w okresie od 23 do 29 marca 2020 r. stopniowe ograniczanie przyjęć, a od dnia 30 marca wstrzymanie przyjęć pacjentów na zabiegi operacyjne wykonywane planowo, a w szczególności: endoprotezoplastyki dużych stawów, duże zabiegi korekcyjne kręgosłupa, zabiegi naczyniowe na aorcie brzusznej i piersiowej, pomostowanie naczyń wieńcowych, nefrektomia, histerektomia” (nfz-lodz.pl, dostęp: 27.07.2020). Skutkować to mogło pojawieniem się odsetka osób starszych, które nie zostaną poddane specjalistycznym zabiegom medycznym mającym na celu poprawę ich stanu zdrowia, a tym samym mogło to stanowić wysokie zagrożenie nawet dla ich życia.

W zakresie leczenia osób starszych równie ważna jak proces leczenia jest rehabilitacja oraz fizjoterapia zajęciowa. Odpowiednia zlecona rehabilitacja wpływa korzystnie na zdrowie, umożliwiając „pomyślne starzenie się” (*successful ageing*) (Kostka, 2006). W tym zakresie w Polsce dokonano również dużych obostrzeń. 31 marca

2020 r. weszło w życie rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii⁹⁸. Dodane zostały również nowe zapisy regulujące dostępność do wybranych obszarów działalności leczniczej. Zgodnie z §10 rozporządzenia ustanawia się czasowe ograniczenie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej⁹⁹. Odpowiednio dobrany cykl rehabilitacji jest kluczowy dla poprawy funkcjonalności organizmu osób starszych (Luk, 2012). Należy bowiem pamiętać, że proces starzenia się osób starszych prowadzi do obniżenia zdolności motorycznych. Istotne w tym wypadku jest wczesne podjęcie rehabilitacji oraz zachowanie ciągłości tych zabiegów (Jajor, Nonn-Wasztan, Rostkowska, Samborski, 2013). Rozporządzenie w praktyce znaczyło obowiązek zaprzestania świadczenia realizacji świadczeń z zakresu rehabilitacji zarówno w trybie ambulatoryjnym, domowym, dziennym czy też stacjonarnym. Wyjątkiem od tej zasady była sytuacja, w której zabiegi rehabilitacji były bezwzględnie konieczne dla ratowania zdrowia i życia pacjenta. Leczenie uzdrowiskowe, podobnie jak czasowe zaprzestanie realizacji zabiegów rehabilitacyjnych, stanowiło jeden w ważniejszych elementów ograniczenia dostępności do świadczeń zdrowotnych dla osób starszych, w szczególności z problemami o podłożu ortopedycznym.

Kolejne regulacje prawne związane z zaistniałą sytuacją epidemiczną dotyczyły zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne i zlecenia naprawy, o których mowa w art. 38 Ustawy z 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych¹⁰⁰. Określając formy opieki geriatrycznej, należy podkreślić specyfikę chorobowości osób w wieku podeszłym. Ograniczenie ruchowe w stawach może skutkować zanikiem mięśni oraz pojawieniem się permanentnych przykurczów (Białkowska, Mroczkowska, Osowicka-Kondratowicz, 2016). Zgodnie z §7a rozporządzenia w sprawie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego, zlecenia stosowania wyrobów medycznych mogły być wystawiane co prawda za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, ale

⁹⁸ Dz.U. poz. 566 z późn. zm.

⁹⁹ Czasowe ograniczenie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej za wyjątkiem:

- a) „świadczeń, których zaprzestanie grozi poważnym pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta,
- b) świadczeń udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, w tym obejmujących kardiologiczną telerehabilitację hybrydową,
- c) świadczeń stacjonarnych w rozumieniu przepisów wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2019 poz. 1373, z późn. zm.), udzielanych pacjentom w ramach ciągłości i kontynuacji leczenia, przeniesionych bezpośrednio z ośrodka leczenia ostrej fazy choroby”.

¹⁰⁰ t.j. Dz.U. z 2022 poz. 463 z późn. zm.

ponieważ leczenie pacjentów o profilu geriatrycznym wymaga konsekwencji oraz systematyczności działania (Derejczyk, Grodzicki, Jakrzewska-Sawińska, Józwik, Klich, Wieczorowska-Tobis, 2005), to wprowadzenie 14 marca 2020 r. stanu zagrożenia epidemicznego oraz w kolejnych dniach stanu epidemii wyraźnie wpłynęło na przerwanie owej ciągłości w opiece nad osobami starszymi.

Systematycznie od początku marca 2020 r. wobec szeregu obostrzeń, w podmiotach leczniczych opracowywane były procedury regulujące przyjęcia pacjentów do szpitala, dostęp do poradni podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, procesów diagnostycznych, metod prowadzonego leczenia oraz wielu innych obszarów niezbędnych dla prawidłowego funkcjonowania podmiotu leczniczego w nowych realiach epidemicznych. Wspomniane procedury miały na celu m.in:

- minimalizowanie ryzyka pojawienia się ogniska zakażenia, którego skutkiem może być wstrzymanie pracy oddziału szpitalnego bądź innej jednostki organizacyjnej,
- zachowanie bezpieczeństwa dla personelu medycznego oraz pacjentów, w szczególności dla osób starszych,
- ograniczenie wykluczenia z pracy lekarzy oraz pielęgniarek spowodowanego zakażeniem bądź kontaktem z osobą zakażoną,
- powrót do pełnej funkcjonalności szpitala, tj. realizacji całego panelu świadczeń zdrowotnych w czasie obowiązującego stanu zagrożenia epidemicznego.

Jednocześnie warto zauważyć, że rekomendacje najczęściej dotyczyły wprowadzenia następujących procedur:

- procedura stosowania środków ochrony osobistej w sytuacji stanu epidemii SARS-CoV-2. Podstawowym celem wdrażania tej procedury jest zabezpieczenie pracowników przed działaniem niebezpiecznych lub szkodliwych dla zdrowia czynników występujących podczas podwyższonego ryzyka zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2. Jest to zbiór zaleceń dotyczących stosowania poszczególnych rodzajów środków ochrony indywidualnej (ŚOI) w kontekście COVID-19, z uwzględnieniem warunków, personelu i zakresu podejmowanych czynności w ramach wykonywanej pracy. Procedury w zakresie stosowania środków ochrony indywidualnej oraz ryzyka zakażenia powinny uwzględniać dostęp do opieki, ochronę pracowników ochrony zdrowia i oszczędzanie zasobów (Crosby L, Crosby E, 2020);

- procedura postępowania na oddziale z pacjentem przyjmowanym na zabiegi planowe w stanie epidemii SARS-CoV-2. Zakłada ona prawidłowe funkcjonowanie szpitala w trakcie realizacji przyjęć na planowe zabiegi w trakcie epidemii SARS-CoV-2. Określa sposób przyjęcia pacjenta, aby zminimalizować ryzyko zakażenia zarówno dla personelu medycznego, ale również innych hospitalizowanych pacjentów. Pacjent, który musi z powodów zdrowotnych zostać przyjęty do szpitala, testowany jest w kierunku zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Czas oczekiwania na wynik badania pacjent ma obowiązek spędzić w specjalnie wydzielonych ku temu salach izolowanych. Dopiero po otrzymaniu wyniku negatywnego zostaje przeniesiony na właściwe oddziały szpitala, gdzie jest dalej poddawany leczeniu. Takie działanie wpływa zarówno na wzrost bezpieczeństwa, ale jednocześnie wydłuża czas hospitalizacji, aż do uzyskania wyniku badania w kierunku koronawirusa. Tym samym liczba pacjentów przyjętych do szpitala jest mniejsza ze względu na przepustowość oddziałów.

Podmioty lecznicze w czasie obowiązującego stanu epidemii w celu eliminacji rozprzestrzeniania się koronawirusa, ochrony personelu medycznego oraz nieograniczaniu dostępu do świadczeń zdrowotnych dla osób starszych rozszerzały swoje usługi głównie z wykorzystaniem narzędzi telemedycyny. Ta forma komunikacji miała i nadal ma ogromny potencjał w obszarze rozwiązania wielu problemów w zaistniałej sytuacji epidemicznej. Zakres rozwoju w tej dziedzinie nie został jeszcze dokładnie wyznaczony (Pappot N., Taarnhøj, Pappot H., 2020).

4.3. Telemedycyna – narzędzie wsparcia w okresie ograniczania dostępności do świadczeń zdrowotnych

Jednym z rozwiązań, które zostało wdrożone w czasie epidemii w podmiotach leczniczych prowadzących m.in. poradnie podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjną opiekę specjalistyczną czy też porady psychiatryczne dla osób starszych, są usługi telemedycyny. Definiując pojęcie telemedycyny, można stwierdzić, że jest to praktyka lekarska oraz edukacja medyczna odbywająca się za pośrednictwem interaktywnej komunikacji wykorzystującej teleinformatyczne urządzenia przesyłające dźwięk i obraz, a nie przez bezpośrednią fizyczną interakcję lekarz – pacjent (Karkowski, lex.pl, dostęp 12.12.2021). Działania te mają na celu minimalizowanie skutków ograniczenia stacjonarnego, prowadzonego w podmiotach leczniczych dostępu do świadczeń medycznych. W sytuacji, kiedy to WHO, 11 marca 2020 roku ogłosiła stan

światowej pandemii, w wyniku lawinowego zwiększania się liczby osób zarażonych uznano, że telemedycyna może odegrać kluczową rolę w walce ze skutkami globalnego zagrożenia (Smith, Thomas, Snoswell, Haydon, Mehtotra, Clemensen, Caffery, 2020). Systematyczne prace nad wdrażaniem różnych form teleopieki trwają w Polsce już od roku 1996, kiedy to w art. 42 ust. 1 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry dopuszczono taką możliwość leczenia pacjenta: „Lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu lub zbadaniu jej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności”¹⁰¹. Podstawę prawną dla świadczeń medycznych z wykorzystaniem narzędzi komunikacji odnaleźć można było także w późniejszych latach. W art. 3 ust. 1 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej: „Działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Świadczenia te mogą być udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności”¹⁰². Należy jednak podkreślić, że taka możliwość istnieje dopiero od 2018 r. zgodnie z Ustawą z dnia 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw¹⁰³. Poniżej w tabeli 48. znajduje się szczegółowy wykaz aktów prawnych regulujących poszczególne elementy wchodzące w skład telemedycyny. Należy bowiem nadmienić, że podczas teleporady lekarz uprawniony jest do wystawienia m.in. e-recepty¹⁰⁴, e-zwolnienia czy też e-skierowania. Oczywiście istnieje szereg usług medycznych, których realizacja nie jest możliwa za pośrednictwem nowoczesnych metod teleinformatycznych. Osoby starsze bowiem wymagają szczególnej opieki, przykładowo w sferze rehabilitacji czy też opieki długoterminowej (Pabiś, Kuncewicz, 2018). Teleporada może również prowadzić do zmniejszenia obciążenia Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych, wstępnej oceny czy wymagana jest bezpośrednia interwencja medyczna w podmiocie leczniczym (Cyr, Etchin, Guthrie, Benneyan, 2019). Realizacja usług medycznych w trybie teleporady nie może stanowić podstawy wykluczenia dla osób starszych. Poniższy wykaz aktów prawnych potwierdza prawne umocowanie telemedycyny w systemie ochrony zdrowia w Polsce.

¹⁰¹ t.j. Dz.U. z 2021 poz. 790 z późn. zm.

¹⁰² t.j. Dz.U. z 2022 poz. 633 z późn. zm.

¹⁰³ Dz.U. poz. 1515 z późn. zm.

¹⁰⁴ „E-recepta to centralny system informatyczny udostępniony w ramach projektu "Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych" (System P1). Główne cele systemu e-recepty to ułatwienie procesu realizacji recept, ograniczenie błędów, optymalizacja czasu po stronie lekarzy i farmaceutów i eliminacja problemu nieczytelnych i fałszywych recept. E-recepta to cyfrowa wersja dotychczasowej papierowej recepty” (Źródło: csioz.gov.pl, dostęp: 31.07.2020).

Tabela 48. Szczegółowe podstawy prawne w zakresie wykorzystania narzędzi telemedycyny

Organizacja i zasady działania systemu informacji w ochronie zdrowia	Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (t.j. Dz.U. z 2021 poz. 666 z późn. zm.)
Udzielenie porady telemedycznej (teleporady)	Art. 3 ust. 1 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej: „Działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Świadczenia te mogą być udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności” (t.j. Dz.U. z 2022 poz. 633 z późn. zm.) Art. 2 ust. 4 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, zgodnie z którym udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza może następować „za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności” (t.j. Dz.U. z 2021 poz. 790 z późn. zm.) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. z 2022 poz. 1194)
Wystawienie zaświadczenia lekarskiego (e-zwolnienia)	Art. 55 ust. 4 Ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa: „Orzekanie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby, pobytu w szpitalu albo innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne lub o konieczności osobistego sprawowania opieki nad chorym członkiem rodziny następuje po przeprowadzeniu bezpośredniego badania stanu zdrowia ubezpieczonego lub chorego członka rodziny oraz jest dokumentowane w dokumentacji medycznej na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta” (t.j. Dz.U. z 2021 poz. 1133 z późn. zm.) Art. 42 ust. 1 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry: „Lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu lub zbadaniu jej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności” (t.j. Dz.U. z 2021 poz. 790 z późn. zm.)
Wystawienie e-recepty	Art. 42 ust. 1 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry: „Lekarz orzeka o stanie zdrowia określonej osoby po uprzednim, osobistym jej zbadaniu lub zbadaniu jej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności” (t.j. Dz.U. z 2021 poz. 790 z późn. zm.)
Wystawienie zlecenia	Art. 38c ust. 1 Ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych: „Zlecenia mogą być wystawiane po uprzednim osobistym badaniu fizykalnym świadczeniobiorcy lub badaniu za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, a w przypadku zaopatrzenia w wyroby medyczne przysługujące comiesięcznie – także na podstawie dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy” (t.j. Dz.U. z 2022 poz. 463 z późn. zm.)
Wystawienie skierowania	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wskazuje dokładnie świadczenia, na które wymagane jest skierowanie. Nie dookreśla dodatkowych warunków dla okoliczności jego wystawiania przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego (t.j. Dz.U. z 2020 poz. 1398 z późn. zm.)
Realizacja porady w ramach POZ	Załącznik nr 1 pkt 3 ust. 9 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej: „W zakresie działań mających na celu rozpoznanie chorób (...) lekarz orzeka o stanie zdrowia świadczeniobiorcy po uprzednim, osobistym jego zbadaniu lub zbadaniu za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności” (Dz.U. poz. 2335)
Realizacja porady w ramach AOS	Komunikat NFZ dla świadczeniodawców z 12 marca 2020 roku: https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/komunikat-dla-swiadczeniodawcow,7629.html
Realizacja porady w ramach świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne – programy lekowe oraz leczenie szpitalne – chemioterapia	Komunikat MZ z 13 marca 2020 roku: https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-ministra-zdrowia-dla-podmiotow-leczniczych-realizujacych-umowy Komunikat NFZ dla świadczeniodawców z 24 marca 2020 roku: https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/komunikat-dla-swiadczeniodawcow,7664.html
Realizacja porady w ramach świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	§3a Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień: „Świadczenia mogą być realizowane z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, pod warunkiem zapewnienia dostępności personelu wymaganego do ich realizacji w miejscu udzielania świadczeń” (Dz.U. poz. 1285 z późn. zm.)

	Komunikat NFZ dla świadczeniodawców z 17 marca 2020 r.: https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/teleporady-w-opiece-psychiatrycznej-leczeniu-uzaleznien-i-programie-pilotazowym-w-centrach-zdrowia-psychicznego,7654.html
Realizacja porady w ramach świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej	Załącznik nr 4 lp. 2 lit. a pkt 5 Rozporządzenia Ministra zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej: W zakresie działań Zespołu długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie, dopuszcza się „realizację porad i wizyt z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, o ile ten sposób postępowania nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia świadczeniobiorcy” (Dz.U. poz. 460) Komunikat NFZ dla świadczeniodawców z 17 marca 2020 roku. https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/komunikat-dotyczacy-realizacji-i-rozliczania-swiadczen,7652.html
Realizacja porady w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej	Załącznik nr 2 części II ust. 4 pkt 7 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej: „Dopuszcza się realizację porad i wizyt z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, o ile ten sposób postępowania nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta.” (Dz.U. poz. 457) Komunikat NFZ dla świadczeniodawców z 17 marca 2020 roku: https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/komunikat-dotyczacy-realizacji-i-rozliczania-swiadczen,7652.html

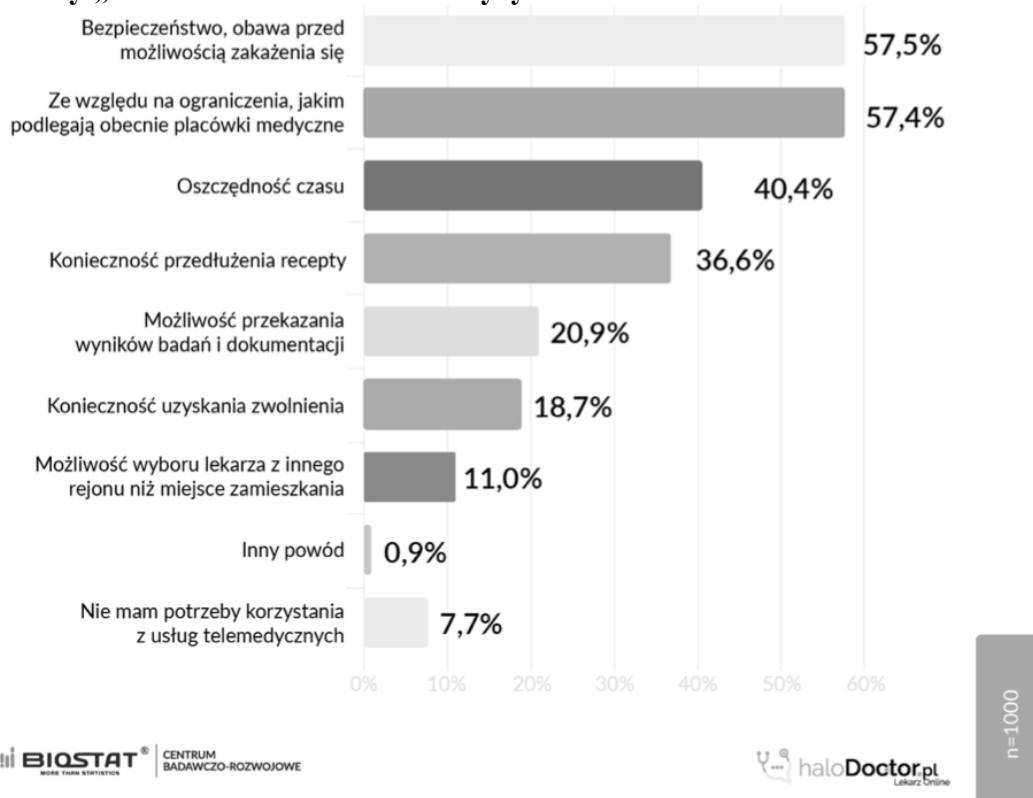
Źródło: Poradnik dla pacjentów oraz lekarzy dotyczący zasad korzystania z teleporad, www.gov.pl, (dostęp: 18.07.2020).

Interpretacja zapisów aktów prawnych wymienionych w tabeli 48. pozwala na ocenę, że przepisy prawa szeroko określają możliwość stosowania narzędzi telemedycyny. Udzielanie porady lekarskiej wynika w tym przypadku z realizacji świadczenia zdrowotnego bez względu na formę przekazu informacji. Szczególnie w czasie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego podstawy prawne w zakresie udzielania świadczeń telemedycznych okazały się istotne i stanowią punkt wyjścia dla dalszego ich rozwoju.

Stanowisko NFZ w zakresie wykorzystania teleporady zostało precyzyjnie określone w komunikacie do świadczeniodawców POZ z 15 marca 2020 r. w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem oraz zwalczaniem COVID-19. Wynika z niego, że: „w celu minimalizacji ryzyka transmisji infekcji COVID-19 poprzez ograniczanie osobistych kontaktów z pacjentami, Centrala NFZ przypomina, że na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 roku sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz zarządzenia Nr 177/2019/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 grudnia 2019 roku w sprawie warunków zawierania i realizacji świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, możliwe jest udzielanie świadczeń w postaci teleporad w zakresach lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ” (nfz-lodz.pl, dostęp 26.07.2020). Jednocześnie wyraźnie zostało podkreślone w komunikacie, że teleporady mogą być realizowane wyłącznie w sytuacji, kiedy pacjent nie wymaga osobistej obecności personelu medycznego. W dobie epidemii ta forma komunikacji pomiędzy lekarzem a pacjentem polegającej na konsultacji

medycznej przez telefon zalecana była przez Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia oraz Rzecznika Praw Pacjenta (nil.org.pl, dostęp: 26.07.2020). Teleporada zmniejsza ryzyko zakażenia, stanowiąc jednocześnie kolejne narzędzie przeciwdziałania skutkom epidemii oraz troski o osoby starsze. Znacznym ułatwieniem jest otrzymanie e-recepty czy e-zwolnienia bez wychodzenia z domu. Dla osób starszych jest to bezpieczna forma komunikacji medycznej w czasie trwania epidemii. Istnieją też negatywne aspekty tego narzędzia komunikacji na linii lekarz-pacjent. Lekarz nie może w pełni ocenić stanu pacjenta bez fizykalnego badania. W przypadku osoby starszej pewne dysfunkcje słuchowe również mogą stanowić istotną przeszkodę w komunikacji. Zagrożeniem może być brak możliwości pełnego wglądu w dokumentację medyczną pacjenta. Jednak z uwagi na fakt, że opieka medyczna dla osób w podeszłym wieku musi być powszechnie dostępna, teleporady stały się formą reakcji na pilną potrzebę zapewnienia ciągłości opieki nad osobami starszymi w sytuacji stanu zagrożenia epidemicznego i ograniczania bezpośredniego kontaktu personalnego na linii lekarz-pacjent. W marcu 2020 r. Centrum Badawczo-Rozwojowe BioStat® oraz portal haloDoctor.pl przeprowadziło badanie sondażowe pt. „Ochrona zdrowia i telemedycyna w czasie koronawirusa”. Uczestniczyło w nim 1000 osób, a dotyczyło ono głównie trudności związanych z dostępnością do opieki medycznej w dobie koronawirusa SARS-CoV-2. Jedno z pytań odnosiło się do chęci skorzystania z opcji telemedycyny w sytuacji utrudnionego kontaktu z lekarzem. Pozytywnie odpowiedziało 80% ankietowanych (biostat.com.pl, dostęp: 23.07.2020). Oznacza to, że telemedycyna w ocenie pacjentów jest korzystną alternatywą dla zwiększenia dostępności do usług medycznych, jak i realizacji porady bez potrzeby wychodzenia z domu. Respondentów zapytano ponadto o powody, z jakich chcą skorzystać z takiej możliwości konsultacji medycznej (wykres 22.).

Wykres 22. Powody, dla których pacjenci chcą skorzystać z teleporady. Raport badawczy „Ochrona zdrowia i telemedycyna w czasie koronawirusa”



Źródło: Raport badawczy „Ochrona zdrowia i telemedycyna w czasie koronawirusa, biostat.com.pl, (dostęp: 18.07.2020).

Zdecydowana większość osób (57,5%) argumentuje swoją decyzję obawą o własne zdrowie i ryzyko zakażenia w placówce medycznej. Co ważne, 40,4% badanych uznaje telemedycynę jako nowoczesną formę komunikacji z lekarzem prowadzącą do oszczędności czasu wymaganego na wizytę stacjonarną. Znaczna część badanych, bo 57,5%, uznała teleporadę jako bezpieczną formę konsultacji lekarskiej, która może uchronić przed ewentualnym zarażeniem.

Realia epidemiczne wymusiły segregację osób zarażonych lub podejrzanych o zarażenie od personelu medycznego oraz innych pacjentów. Znaczna część podmiotów leczniczych dokonała reorganizacji świadczeń telemedycyny dla dobra pacjentów (mhealthintelligence.com, dostęp: 26.07.2020).

Sytuacja epidemiczna zmieniła optykę zarządzających systemem ochrony zdrowia, którzy rekomendowali stosowanie telemedycyny. Placówki poprzez wdrażanie nowych elementów opieki zdalnej przede wszystkim minimalizowały ryzyko rozprzestrzeniania się zakażenia wśród osób starszych, zaliczanych do grupy najwyższego ryzyka. Z pewnością upowszechnianie stosowania telemedycyny przyczyni się do dalszego dynamicznego rozwoju narzędzi komunikacji na odległość. Ma to

znaczenie szczególnie dla osób starszych, przykładowo na terenach wiejskich, gdzie dostęp do lekarza jest ograniczony. Lekarz rodzinny tym samym może monitorować stan zdrowia szerszego grona pacjentów bez potrzeby angażowania ich do wizyty w podmiocie leczniczym. Telemedycyna postrzegana jest również jako doskonałe narzędzie do edukacji pacjentów w zakresie zdrowego trybu życia i co ważne skuteczne narzędzie do redukcji kosztów związanych z utrzymaniem systemu ochrony zdrowia (Zdrojewicz, Głód, Dołowiec, 2014).

4.4. Zagrożenie niedoborami kadrowymi wśród lekarzy i pielęgniarek w leczeniu osób starszych w dobie epidemii

Lekarze oraz pielęgniarki są najważniejszymi pracownikami w każdym systemie opieki zdrowotnej funkcjonującym w normalnych warunkach epidemicznych. Jednak w trakcie prowadzonych w placówkach ochrony zdrowia działań mających na celu minimalizowanie skutków zakażeń wirusem SARS-CoV-2 zespoły lekarskie i pielęgniarskie odgrywają jeszcze ważniejszą rolę w procesie diagnostyki oraz leczenia pacjentów, w tym również z wykorzystaniem narzędzi telemedycyny. Wszystkie pozostałe komponenty systemu, takie jak warunki pracy, technologie, narzędzia, czynniki środowiskowe oraz warunki organizacyjne, służą pracownikom ochrony zdrowia do bezpiecznego i efektywnego wykonywania swych zadań i stanowią jedynie element wsparcia (Hoe Gan, Wah Lim, Koh, 2020). Istnieje bowiem do chwili obecnej wiele niezdefiniowanych zagrożeń związanych z pojawieniem się koronawirusa SARS-CoV-2, szczególnie w aspekcie długoterminowym. Naukowcy, epidemiolodzy oraz specjaliści z zakresu chorób zakaźnych wciąż podejmują próby odpowiedzi na wiele pytań związanych ze skutkami tej choroby. Jednym z wyzwań związanych z przeciwdziałaniem COVID-19 oraz zapewnieniem bezpieczeństwa personelowi medycznemu jest wydłużony czas inkubacji wirusa SARS-CoV-2, jak również potencjalny bezobjawowy przebieg z możliwością transmisji wirusa na inne osoby (Zawilińska, Szostek, 2020). Okres siewstwa wirusa drogą kropelkową średnio wynosi od czterech do osiemu dni od zainfekowania. Publikowane są również informacje, że okres ten może wydłużyć się od 11. do nawet do 20. dni (Pejsak, Tarasiuk, Tokarz-Deptuła, 2020). To wydłuża hipotetyczne zagrożenie zainfekowaniem kadry medycznej, w szczególności lekarzy oraz pielęgniarek pracujących w bliskim kontakcie z pacjentem. Lekarze oraz pielęgniarki mogą bowiem zostać zakażeni koronawirusem SARS-CoV-2 poprzez pośredni lub bezpośredni kontakt z chorym pacjentem lub też w kontakcie

z innymi pracownikami podmiotu leczniczego. Ryzyko zarażenia kadry medycznej rośnie wraz ze wzrostem transmisji wirusa w społeczeństwie. Ma ona bowiem kontakt zarówno z członkami rodzin, bliskimi oraz z osobami z obszarów o najwyższym wskaźniku transmisji w społeczeństwie (Muhi, Irving, Biusing, 2020). Wynika to z liczby osób pracujących w tym zawodzie w systemach ochrony zdrowia na całym świecie. Szacuje się, że w samych Stanach Zjednoczonych w chwili obecnej jest ponad 4 miliony pielęgniarek, zaś na całym świecie blisko 20 milionów, w związku z czym prawdopodobieństwo infekcji w tej grupie zawodowej jest bardzo duże. Tematyka dostępności kadry pielęgniarskiej w Polsce została poruszona we wcześniejszej części pracy. Niedobory personelu medycznego w opiece zdrowotnej są znaczące w kontekście globalnych prób zwalczania pandemii światowej COVID-19 (Black, Bailey, Przewrocka, Dijkstra, Swanton, 2020). Pielęgniarki stanowią główną linię obrony oraz wsparcia dla pacjentów nie tylko diagnozowanych w kierunku COVID-19, lecz również pozostałych wymagających opieki medycznej (Buheji, Buhaid 2020). Ważne jest minimalizowanie zakażenia personelu lekarskiego oraz pielęgniarskiego, stanowiącego najważniejsze ogniwo w walce z pandemią. Z danych opublikowanych w maju 2020 roku przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek wynikało, że minimum 90 000 pracowników ochrony zdrowia na całym świecie zostało zakażonych koronawirusem SARS-CoV-2 (icn.ch, dostęp 29.07.2020). Jednocześnie organizacja podkreśla, że dane te są niedoszacowane i przypadków może być dwa razy więcej. Przy założeniu, że średni wskaźnik zakażeń pracowników ochrony zdrowia wynosi 6%, to szacowana liczba zakażeń personelu medycznego mogła wynosić ponad 200 000 przypadków (Reuters, 2020).

W Polsce zgodnie z danymi przekazanymi przez Ministerstwo Zdrowia od początku epidemii do grudnia 2021 roku zakażenie koronawirusem stwierdzono u 81 844 pielęgniarek, 32 872 lekarzy, 13 410 fizjoterapeutów, 8416 położnych, 4616 dentystów oraz 3146 diagnostów laboratoryjnych. Jednocześnie z dostępnych informacji wynika, że w tym okresie zmarło z powodu COVID-19: 251 lekarzy oraz 201 pielęgniarek. (pulsmedycyny.pl, dostęp 15.12.2021). Potencjalne ryzyko zakażenia jest nieodłącznym elementem pracy zarówno lekarzy, pielęgniarek oraz innych przedstawicieli zawodów medycznych. Można je minimalizować, zachowując precyzyjne regulacje, procedury oraz stosując środki ochrony indywidualnej (Bielicki, Duval, Gobat, Goossens, Koopmans, Tacconelli, van der Werf, 2020).

Amnesty International opublikowało raport na temat liczby zgonów przedstawicieli personelu medycznego spowodowanego zarażeniem koronawirusem SARS-CoV-2. Dane ilustrują, że na dzień 6 lipca 2020 roku na świecie zmarło z tego powodu ponad 3000 osób. Organizacja dokonała zestawienia państw z największą liczbą zgonów pracowników medycznych. Należą do nich: USA (507), Rosja (545), Wielka Brytania (540, w tym 262 pracowników opieki społecznej), Brazylia (351), Meksyk (248), Włochy (188), Egipt (111), Iran (91), Ekwador (82) i Hiszpania (63) (amnesty.org, dostęp: 27.07.2020). Według nowszych danych WHO z grudnia 2021 roku, na świecie z powodu COVID-19 mogło umrzeć nawet 180 tys. pracowników systemu ochrony zdrowia (who.int, dostęp: 14.12.2021). Lekarze i pielęgniarki są narażeni nie tylko na liczne powikłania zdrowotne, ale w szczególności te prowadzące do zgonu. Powyższe statystyki świadczą, że problem jest istotny. Zgony oraz poważne problemy zdrowotne kadry medycznej to nie jedyne zagrożenia. Kolejnym jest wyłączenie personelu medycznego z pracy wskutek zakażenia koronawirusem, do czasu powrotu do zdrowia.

Zarażenia wśród personelu medycznego prowadziły i nadal mogą prowadzić do dezorganizacji funkcjonowania podmiotu leczniczego oraz do zaburzenia ciągłości opieki, w szczególności dla osób starszych. Personel, u którego podejrzewało się zakażenie, mógł zostać skierowany na przymusową kwarantannę z tytułu kontaktu z potencjalnymi bądź potwierdzonymi zakażonymi. Decyzję w tej sprawie wydawała Państwowa Inspekcja Sanitarna w trybie decyzji administracyjnej. Co istotne, decyzja ta była natychmiast realizowana, co powodowało wyłączenie lekarza bądź pielęgniarki z pracy z pacjentami w trybie nagłym. Podstawą prawną takiej decyzji było Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego¹⁰⁵. Akt ten został uchylony 26 lutego 2021 roku. Zgodnie z treścią Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 lutego 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego¹⁰⁶, Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 25 lutego 2022 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu

¹⁰⁵ Dz.U. poz. 607 z późn. zm.

¹⁰⁶ Dz.U. poz. 354

epidemii¹⁰⁷ od poniedziałku 28 marca 2022 roku został zniesiony obowiązek izolacji i kwarantanny. Został zniesiony również obowiązek noszenia maseczek. Wyjątek dotyczy podmiotów leczniczych oraz aptek.

Kolejną przyczyną ograniczenia dostępności kadry lekarskiej oraz pielęgniarskiej w czasie trwającego w Polsce stanu epidemii było zaprzestanie pracy wskutek skorzystania ze świadczenia opiekuńczego na dziecko do lat 8. Na mocy Ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych¹⁰⁸ opiekunom dzieci w wieku do lat 8. przysługiwało bowiem prawo do przejścia na dodatkowy zasiłek opiekuńczy. Zasiłek przysługiwał „w przypadku zamknięcia żłobka, klubu dziecięcego, przedszkola, szkoły lub innej placówki, do których uczęszcza dziecko, albo niemożności sprawowania opieki przez nianię lub dziennego opiekuna z powodu COVID-19, albo zamknięcia szkoły, ośrodka rewalidacyjno-wychowawczego, ośrodka wsparcia, warsztatu terapii zajęciowej lub innej placówki pobytu dziennego o podobnym charakterze z powodu COVID-19, do których uczęszcza dorosła osoba niepełnosprawna”. Oznacza to, że również pracownicy medyczni w szczególności lekarze oraz pielęgniarki byli uprawnieni do skorzystania z opisywanego zasiłku i tym samym przez okres opieki nad dzieckiem, nie podejmowali pracy zawodowej związanej z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Był to dodatkowy czynnik wpływający na ograniczenie dostępności kadry medycznej w czasie epidemii COVID-19.

Analizując przyczyny braków kadrowych w podmiotach leczniczych w czasie stanu epidemii, należy wymienić ponadto nakaz pracy w jednym miejscu dla lekarzy oraz pielęgniarek. Odbywał się on w drodze rekomendacji. Pierwsza rekomendacja w tym zakresie została wydana przez Ministerstwo Zdrowia w dniu 25 marca 2020 r. w drodze opublikowanego komunikatu do pracowników ochrony zdrowia (ZPN.60.3.2020, gov.pl, dostęp: 27.07.2020). Podsekretarz stanu, Józefa Szczurek-Żelazko, zalecała powstrzymać się od wykonywania pracy z innymi pacjentami, w innych podmiotach leczniczych czy jednostkach organizacyjnych systemu ochrony zdrowia w przypadku, kiedy pracuje się z osobami z zdiagnozowanym zakażeniem lub jego podejrzeniem. Wszystkie te działania miały na celu ograniczenie kanałów transmisji wirusa pomiędzy podmiotami leczniczymi (gov.pl, dostęp: 01.08.2020).

¹⁰⁷ Dz.U. poz. 679 z późn. zm.

¹⁰⁸ t.j. Dz.U. z 2021 poz. 2095 z późn. zm.

Kolejne regulacje w celu ograniczenia kanałów transmisji wirusa pomiędzy podmiotami leczniczymi odnaleźć można w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2020 r. w sprawie standardów w zakresie ograniczeń przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 przez osoby wykonujące zawód medyczny mające bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem tym wirusem¹⁰⁹. Rozporządzenie weszło w życie 30 kwietnia 2020 r., zaś uchylone zostało 5 września 2020 r. Akt prawny dotyczył osób wykonujących zawód medyczny na stanowiskach, na których miały bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (Kwiatkowska, 2020). Regulacje obejmowały również personel medyczny, który uczestniczył w transporcie takiego pacjenta. W praktyce dotyczył lekarzy oraz pielęgniarek, którzy pracowali w szpitalach i oddziałach zakaźnych ujętych w wykazach prowadzonych przez Wojewodów. Zgodnie z danymi NFZ na 20 maja 2020 r. w tej grupie było 4135 lekarzy oraz 9334 pielęgniarek (termedia.pl, dostęp: 1.08.2020). Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19¹¹⁰, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych uprawniała Ministra Zdrowia, aby w trybie rozporządzenia nakreślił ramy w zakresie ograniczeń przy realizowaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

Na podstawie ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi¹¹¹ wojewoda (na terenie województwa, gdzie osoba kierowana ma miejsce pobytu lub zatrudnienia) lub minister zdrowia (skierowanie do pracy w innym województwie niż stałe miejsce pobytu lub zatrudnienia) może dokonać powołania do świadczenia pracy przy zwalczaniu epidemii. Zgodnie z art. 47 ust. 1 tejże ustawy takie skierowanie obejmuje:

- pracowników podmiotów leczniczych;
- osoby wykonujące zawody medyczne;
- osoby, z którymi podpisano umowy na wykonywanie świadczeń zdrowotnych;
- inne osoby, jeżeli ich skierowanie jest uzasadnione aktualnymi potrzebami podmiotów kierujących zwalczaniem epidemii.

¹⁰⁹ Dz.U. poz. 775 z późn. zm.

¹¹⁰ t.j. Dz.U. z 2021 poz. 2095 z późn. zm.

¹¹¹ t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 2069 z późn. zm.

Aby uzupełnić ewentualne braki kadrowe w czasie stanu zagrożenia epidemicznego oraz stanu epidemii do pracy przy zwalczaniu epidemii, można również skierować lekarzy stażystów oraz lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne (Zimna, 2020). Działania prowadzone przez wymienione osoby muszą zostać dostosowane do poziomu posiadanej wiedzy medycznej oraz nabytych umiejętności w dotychczasowej pracy medyka. Lekarz stażysta może udzielać porad, w szczególności teleporad, opartych na zasadach promocji i profilaktyki zdrowia zgodnej z aktualną wiedzą medyczną (gov.pl, dostęp: 01.08.2020). Zmienia się również sposób finansowania za wykonaną pracę w przypadku oddelegowania. Przysługuje bowiem wynagrodzenie zasadnicze w wysokości nie niższej niż 150% przeciętnego wynagrodzenia zasadniczego przewidzianego na danym stanowisku pracy w zakładzie wskazanym w tej decyzji lub w innym podobnym zakładzie, jeżeli w zakładzie wskazanym nie ma takiego stanowiska. Skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii nie podlegają:

- osoby, które nie ukończyły 18 lat bądź ukończyły 60 lat;
- kobiety w ciąży;
- osoby samotnie wychowujące dziecko w wieku do 18 lat;
- osoby wychowujące dziecko w wieku do 14 lat;
- osoby wychowujące dziecko z orzeczeniem o niepełnosprawności lub orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego;
- osoby, u których orzeczono częściową lub całkowitą niezdolność do pracy;
- inwalidzi i osoby z orzeczonymi chorobami przewlekłymi;
- osoby zajmujące kierownicze stanowiska państwowe oraz posłowie i senatorowie RP.

Ponadto w przypadku, gdy dziecko w wieku powyżej 14 lat jest wychowywane przez dwie osoby, którym przysługuje władza rodzicielska, do pracy przy zwalczaniu epidemii może zostać skierowana wyłącznie jedna z nich¹¹².

Kolejnym ważnym aspektem powiązanim z dostępnością personelu medycznego w czasie trwającej epidemii jest zdrowie psychiczne lekarzy oraz pielęgniarek. Wśród personelu medycznego pracującego na pierwszej linii z pacjentem w warunkach COVID-19 jest wiele osób, u których zaobserwowano wyraźne pogorszenie stanu zdrowia psychicznego (Li, Miao, Wang, 2020). W literaturze opisywane są te zaburzenia jako lęk,

¹¹² t.j. Dz.U. z 2021 poz. 2069 z późn. zm.

bezsensowność, depresja oraz wypalenie (Pappa, Ntella, Giannakas, 2020). Przyczyn takiego zjawiska należy szukać w nadmiernym obciążeniu pracą, niewystarczającym wyposażeniu w sprzęt ochronny indywidualnej, szczególnie w początkowej fazie pandemii, a także rosnącymi wskaźnikami zachorowań wśród personelu medycznego (Cai, Tu, Ma, Chen, Fu, Jiang, Zhuang, 2020). Personel medyczny w czasie zagrożenia epidemicznego narażony jest w stopniu znacznym na zarażenie koronawirusem SARS-CoV-2. Praca w stresujących warunkach związanych z zagrożeniem epidemicznym bywa bezpośrednią przyczyną czasowego zaprzestania wykonywanych obowiązków zawodowych wśród personelu medycznego. Stan psychiczny stanowi jeden z czynników uprawniających do zwolnienia lekarskiego.

Z pewnością zalecane jest prowadzenie regularnych badań przesiewowych lekarzy oraz pielęgniarek zajmujących się leczeniem pacjentów z COVID-19 w celu pełnej oceny ich stanu psychicznego, a w szczególności lęków, poziomu stresu i innych zagrożeń mających wpływ na decyzję o zaprzestaniu świadczenia pracy (Spoorthy, Pratapa, Mahant, 2020).

4.5. Aktualna sytuacja związana z epidemią COVID-19

Jak zostało już to opisane we wcześniejszym fragmencie pracy znowelizowane rozporządzenie z dnia 13 maja 2022 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z COVID-19 stanowi, że od 16 maja obowiązujący dotąd stan epidemii zostaje zastąpiony stanem zagrożenia epidemicznego¹¹³. Wcześniej, bo od 28 marca 2022 r. został zniesiony obowiązek noszenia maseczek (wyjątek stanowią podmioty lecznicze oraz apteki), kwarantanny oraz izolacji. Został również zlikwidowany obowiązek testowania w kierunku SARS-CoV-2 przed rozpoczęciem turnusu rehabilitacyjnego w sanatoriach i uzdrowiskach (gov.pl, dostęp 29.05.2022). Takie działanie zostało spowodowane małą liczbą nowych zakażeń w skali całego kraju. Na dzień 29 maja 2022 r. zanotowano jedynie 83 przypadki. Przypadków śmiertelnych nie odnotowano. Oznacza to, że sytuacja epidemiczna jest pod kontrolą, co ma pozytywny wpływ na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. Nie zmienia jednak to faktu, że zagrożenie związane z występowaniem koronawirusa SARS-CoV-2 jest wciąż aktualne. Pacjenci wymagający pomocy medycznej nadal przebywają w szpitalach (24 maja 2022 r. zakażeni koronawirusem zajmowali 523 łóżka, część z nich te

¹¹³ Dz.U. poz. 1025

intensywnej terapii, gov.pl, dostęp 24.05.2022). Dlatego też pod znakiem zapytania wciąż pozostaje sytuacja w nadchodzącym okresie jesienno-zimowym, kiedy to liczba infekcji ponownie może stanowić obciążenie dla wydolności systemu ochrony zdrowia w Polsce.

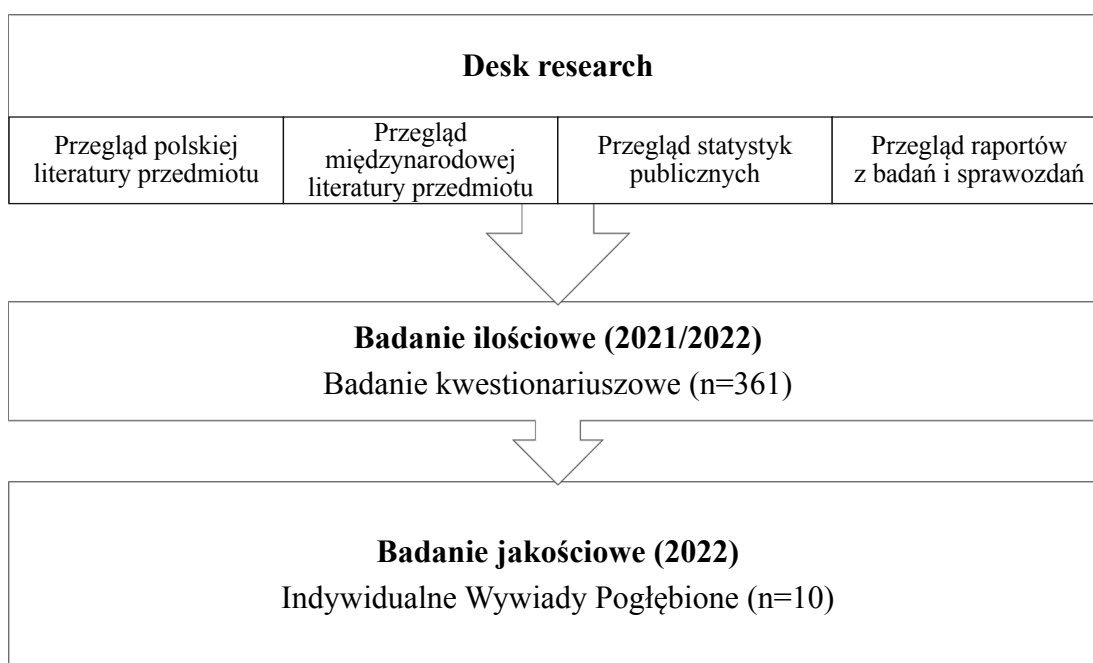
Sprawdzianem dla całej ludzkości była pandemia COVID-19. Globalna reakcja dzięki międzynarodowej, dobrej współpracy wpłynęła na rozwój systemów opieki zdrowotnej w zakresie postępowania z tym zagrożeniem. Pandemia wpłynęła na pracowników ochrony zdrowia poprzez wyczerpanie fizyczne i psychiczne. Odbiła się również na opiece zdrowotnej, jednocześnie stwarzając na przyszłość kolejne wyzwania naukowe, etyczne i logistyczne (Hamza, Kulrani, 2022). Wprowadzone zostały zalecenia wdrożenia ciągłego nadzoru, oceny potencjalnego narażenia ludzi na zakażenia, standardowych wytycznych oraz zasad i regulacji WHO dotyczących metod zapobiegania i kontroli COVID-19 (Geburu, 2021). Należy podkreślić potrzebę edukacji medycznej ukierunkowanej na pracowników służby zdrowia w celu poprawy przestrzegania przepisów bezpieczeństwa i dostosowania behawioralnego w sytuacjach kryzysowych (Hussein, 2022).

ROZDZIAŁ 5 Poszukiwanie źródeł efektywności pracy w wymiarze ilościowym

5.1. Triangulacja metod, technik badawczych oraz źródeł danych

W celu weryfikacji empirycznej efektywności pracy pielęgniarek i lekarzy w kontekście rosnącego zapotrzebowania na realizację świadczeń zdrowotnych wynikającą z dynamicznego procesu starzenia się społeczeństwa zastosowano triangulację metod, technik badawczych oraz źródeł danych. Najogólniej ujmując, koncepcja triangulacji oznacza, że badany temat ujmuje się z co najmniej dwóch różnych punktów widzenia (Flick, 2012). Określenie pochodzi od zastosowania trygonometrii w nawigacji i miernictwie. Przy dokładniejszym identyfikowaniu położenia danego punktu w przestrzeni dwuwymiarowej oprócz danej pozycji określa się dodatkowe dwa punkty odniesienia, które po połączeniu tworzą trójkąt. Podobnie w badaniach ilościowych i jakościowych, aby coś stwierdzić z większą pewnością, należy posłużyć się obrazem otrzymanym z różnych perspektyw, danymi pochodzącymi z różnych źródeł w celu lepszego rozumienia badanego zjawiska (Konecki, 2019). Złożoność tematyki pracy zdaniem autora wymagała nie tylko studiów literaturowych przedstawionych w czterech teoretycznych rozdziałach rozprawy, ale w szczególności przeprowadzenia badań własnych: ilościowych i jakościowych prowadzonych w sposób komplementarny. Przebieg postępowania badawczego zilustrowano za pomocą schematu 4.

Schemat 4. Przebieg postępowania badawczego



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Rzetelność badań własnych oparta jest na jakości zebranego materiału statystycznego. Badania własne poprzedzono analizą polskiej i międzynarodowej literatury przedmiotu, dokumentów statystyki publicznej oraz analiz i sprawozdań, między innymi Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz innych jednostek powiązanych z tworzeniem i funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia. Analizowana pierwotnie literatura obejmowała bazę Google Scholar, BazEkon, Scopus, Web of Science oraz PubMed. Autor, tworząc zbiory literatury przedmiotu, kierował się głównie anglojęzycznymi pozycjami poprzez wyszukiwanie takich słów, jak: *effectiveness, efficiently, effectively, health care, nurse, doctor, hospitals, performance, effectiveness in nursing work, nursing efficiency, work efficiency, effectiveness in teamwork nursing*. Następnie dokonał przeglądu polskojęzycznej literatury, uwzględniając w poszukiwaniach takie terminy, jak: *efektywność, efektywność pracy, system ochrony zdrowia, zasoby pielęgniarstwa, zasoby lekarskie*. Gdy dokonuje się przeglądu literatury, jest zauważalne, że systemy pomiaru efektywności należy odnieść do trzech zasadniczych elementów:

- miar indywidualnych, mierzących efektywność działań;
- miarach mających na celu ocenę efektywności całej organizacji;
- infrastruktury umożliwiającej zbieranie i analizę danych (Kennerley, Neely 2002).

Z kolei Michel Lebas i Ken Euske (2002) zaprezentowali podstawowe zasady tworzenia narzędzi badawczych dotyczących efektywności:

1. Efektywność może być wyrażona za pomocą zbioru parametrów lub wskaźników wzajemnie uzupełniających się, a czasem przeciwstawnych, opisujących i oceniających proces uzyskiwania wyników i efektów.
2. Rozumienie efektywności musi bazować na ocenie dzisiejszych działań, które wpłyną na wyniki w przyszłości. W konsekwencji pomiar efektywności nie jest jednostkowym wydarzeniem, ale procesem o odpowiedniej dynamice.
3. Opisywanie efektywności jako pojęcia o wymiarze społecznym zależy od odbiorcy procesów efektywności, co oznacza, że każdy uczestnik organizacji definiuje efektywność na swój sposób.
4. Ocena efektywności zależy od tego, czy jest opisywana z zewnątrz, czy z wnętrza organizacji.
5. Efektywność jest zawsze powiązana z odpowiedzialnością;

6. Pojęcie efektywności funkcjonuje tylko wtedy, gdy można opisać i/lub zmierzyć wyniki, w celu przekazania ich do interpretacji i podjęcia decyzji.
7. Odpowiedniość mierników efektywności stosowanych w organizacji powinna być ciągle oceniana zarówno z pozycji wnętrza, jak i zewnątrz organizacji.
8. Miary efektywności nie powinny być utożsamiane ze zjawiskami i działaniami, które same częściowo opisują.
9. Efektywność to koncepcja subiektywna wymagająca oceny i interpretacji, wpływająca na wyniki i procesy zależnie od przyjętych miar i założeń (Dyduch, 2012).

Powyższe założenia zostały wykorzystane w narzędziach badawczych zaprojektowanych na potrzeby niniejszej pracy a mających na celu szerokie ujęcie efektywności.

5.2. Realizacja badań ilościowych

Badania własne autora zostały zaprojektowane dwuetapowo. Pierwszy etap badań bazował na kwestionariuszowych badaniach ilościowych, które zostały przeprowadzone w latach 2021–2022. Autorski kwestionariusz ankiety składa się z 35 pytań jednokrotnego lub wielokrotnego wyboru, w tym 5 pytań metrycznych. Sformułowanie „ankieta” pochodzi z języka francuskiego, w którym *enquête* oznacza „zebranie świadectw w celu wyjaśnienia problemów wymagających rozstrzygnięcia” (Lutyński, 2000) lub też „zbieranie materiałów w terenie” (Kubiak, 1998). W języku polskim pojęcie ankiety jest wieloznaczne i odnosi się do wszelkich analiz i badań, w których wykorzystuje się dane pochodzące od osób poinformowanych czy różnych instytucji (Lutyński 2000).

Praca nad kwestionariuszem była wieloetapowa. Pierwsza wersja kwestionariusza została zbudowana na podstawie przeglądu literatury przedmiotu dotyczącej efektywności pracy personelu pielęgniarskiego. Autor dokonał wyboru komponentów efektywności, a następnie dokonał konsultacji co do ich ważności i skuteczności z ekspertami pielęgniarstwa, tj. pielęgniarkami oddziałowymi w dwóch szpitalach funkcjonujących w granicach administracyjnych miasta Łódź. Celem tego etapu badań była weryfikacja założeń i modelu badawczego dla jego szczegółowej operacjonalizacji w formie narzędzia badawczego. Ostatecznie w kwestionariuszu znalazło się 35 pytań, o czym wspomniano powyżej.

Zagadnienia dotyczące wymiarów efektywności zostały ujęte w 8 kategoriach, tj. wymiar kontekstowy, umiejętności zawodowe, umiejętności kliniczne, komunikacja

interpersonalna, rozwiązywanie problemów, etyka zawodowa, praca zespołowa oraz przywództwo. Łącznie w tej części zawarto 38 elementów mających wpływ na pracę respondentów (pytanie 14 kwestionariusza). Narzędziem użytym w tym badaniu był kwestionariusz opracowany przez Emin Kahya oraz Nurten Orala (Kahya, Oral, 2018).

Kolejnym modelem wykorzystanym do badania jest Model organizacji wysokiej efektywności stworzony przez de Waala (de Waal, 2008). Składa się on z pięciu elementów: jakości zarządzania, otwartości i orientacji na działanie, orientacji długoterminowej, ciągłej poprawie oraz jakości zasobów ludzkich. Wykorzystuje on wiele poprzednich modeli, które zostały poddane kategoryzacji i krytycznej analizie, a następnie został zweryfikowany empirycznie w różnych kontekstach kulturowych i branżowych (Zbierowski, 2012). Odniesienie do modelu de Waala znajduje się w pytaniu nr 13 kwestionariusza. W kolejnych częściach narzędzia autor przygotował zestaw pytań mających na celu poznanie opinii respondentów na temat dostępności kadry pielęgniarskiej w systemie ochrony zdrowia. Pytania dotyczą także powodów zainteresowania studiami na kierunku pielęgniarstwo, co w konsekwencji może zobrazować potencjał zwiększenia kadry pielęgniarskiej w najbliższych latach.

Istotna dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia pozostaje również kwestia oceny powodów ewentualnego odejścia z zawodu po nabyciu uprawnień emerytalnych w nadchodzących latach. Kwestionariusz obejmuje także zagadnienia warunków pracy związane z ogłoszeniem stanu epidemii, w tym te dotyczące nowych zasad funkcjonowania szpitala. Sytuacja spowodowana epidemią COVID-19 wygenerowuje duże obciążenie psychiczne dla personelu pielęgniarskiego, co także stało się przedmiotem badań.

Dokonując przeglądu literatury, można odnotować, że autorzy w swoich badaniach podkreślają istotny wpływ stresu na efektywność pracy pracowników (Ostrowska, 2014). Pracownicy, jak również kadra zarządzająca, którzy doświadczają nadmiernego, długofalowego stresu są zmęczeni fizycznie i psychicznie. W związku z tym należy stosować metody poprawy poziomu wydajności, a także zmniejszenia stresu związanego z pracą wśród pielęgniarek i pielęgniarzy. Podejścia takie obejmują proponowanie programów szkoleniowych mających na celu zapoznanie pielęgniarek z problemem i jego przyczynami, zapoznanie menedżerów ze stresem zawodowym, satysfakcją z pracy i jej wpływem na pielęgniarki, nacisk na wczesne jego wykrywanie w środowiskach klinicznych, świadczenie usług wspierających w obszarach klinicznych dla osób zagrożonych oraz zwiększenie bezpieczeństwa pracy pielęgniarek (Safarpour,

Sabzevari, Delpisheh, 2018). Pracę pielęgniarki określić można jako wymagającą siły i samodyscypliny. Powoduje to tym samym, że niekiedy w pracy pielęgniarki są mniej wydajne, zaś ich praca obarczona jest licznymi błędami. Z wymienianych powodów ich praca staje się mniej efektywna, co ma konsekwencje dla funkcjonowania całego podmiotu (Łodzińska, 2010). Kadra pielęgniarska musi wykazywać się dużą sprawnością manualną przy czynnościach zabiegowych i pielęgnacyjnych. Pielęgniarki pracują również pod wpływem presji czasu. Wszystkie opisywane aspekty doprowadzają do postępującego zmęczenia i spadku efektywności pracy (Tartas, Derewicz, Walkiewicz, Budziński, 2009). W konsekwencji może być to przyczyną decyzji o przejściu na emeryturę po nabyciu stosownych uprawnień. Te zagadnienia zostały zawarte w pytaniu nr 8 kwestionariusza. Kolejnym obszarem, który wpływa na efektywność pracy, jest satysfakcja z wykonywanej pracy. W literaturze wielokrotnie pojawia się teza, że związek między zadowoleniem, satysfakcją i wydajnością oraz efektywnością pracy jest bardzo skomplikowany (Robak, 2013). Do oceny tego zagadnienia autor wykorzystał uproszczoną wersję kwestionariusza oceny satysfakcji zaproponowanego w latach 70. przez grupę pracowników Uniwersytetu z Minnesota. Mowa tutaj o Minnesota Satisfaction Questionnaire – MSQ. Autor wykorzystując narzędzie MSQ dąży do wykazania zależności pomiędzy pytaniami mającymi w zamyśle twórców odzwierciedlać poziom zadowolenia z pracy, a tym samym wykazać ogólną satysfakcję z pracy wpływającą na efektywność jej wykonywania (pytanie nr 17. kwestionariusza).

Na proces badawczy oprócz przygotowania narzędzia badawczego, składały się następujące etapy: dobór próby, pilotaż, realizacja badań kwestionariuszowych oraz analiza wyników badań empirycznych. Badanie przeprowadzono przy pomocy *mixed mode technique* (CAWI i PAPI). Badania CAWI (*Computer-Assisted Web Interview*) można opisać jako komputerowe wsparcie prowadzenia badań z wykorzystaniem internetu. Badania PAPI (*Paper nad Pencil Interview*) to technika, która polega na przeprowadzaniu wywiadu bezpośredniego przez ankietera. Metoda ta polega na zbieraniu danych z wykorzystaniem kwestionariusza badania, czyli ankiety. Ten typ badania jest kwalifikowany jako badanie ilościowe. Wywiady bezpośrednie pozwalają na zbadanie występowania określonych zjawisk wśród wybranych grup populacji. Narzędziem badawczym w metodzie PAPI jest kwestionariusz badawczy w formie papierowej. Osoby realizujące wywiad bezpośredni przekazują respondentom ankietę i w ich asyście jest ona przez nich wypełniana – jest to przydatne w momencie, gdy respondent potrzebuje pomocy przy wypełnieniu ankiety, a dodatkowo minimalizuje

stopień niekompletności zwracanych ankiet. Metoda ta stanowi także uzupełnienie pozostałych ilościowych metod pozyskiwania danych – CATI oraz CAPI.

Autor skierował kwestionariusz do kadry zatrudnionej w szpitalach posiadających w swojej strukturze co najmniej oddział chorób wewnętrznych lub oddział obserwacyjno-zakaźny w tym ten funkcjonujący w realiach epidemii COVID-19. Dodatkowymi komórkami w ramach podmiotu mogły być oddziały: chirurgii ogólnej, chirurgii urazowo-ortopedycznej, neurologii oraz anestezjologii i intensywnej terapii, bowiem w przekonaniu bowiem autora praca na tych oddziałach wymaga od personelu pielęgniarskiego dużej wiedzy, doświadczenia, a także odpowiednich predyspozycji to pracy w obciążeniu psychicznym i fizycznym. Jednocześnie autor uzyskał pisemną zgodę na przeprowadzenie badania od osób zarządzających wybranymi szpitalami województwa łódzkiego. Kwestionariusz skierowano do 380 pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych w czterech szpitalach województwa łódzkiego, z czego odpowiedziało na niego 361 pielęgniarek i pielęgniarzy.

5.3. Badania ilościowe skierowane do kadry pielęgniarskiej

5.3.1. Ogólna charakterystyka badanej zbiorowości

W badaniu, jak wspomniano, wzięło udział 361 osób pracujących na stanowisku pielęgniarki/pielęgniara. Zdecydowaną większość respondentów (ponad 90%) stanowiły kobiety. Badaną grupę, wobec zdecydowanej dominacji osób płci żeńskiej, można uznać za prawie jednorodną pod tym względem.

Tabela 49. Ogólna charakterystyka badanej zbiorowości

Płeć		Liczność		Procent	
mężczyzna		26		7,2%	
kobieta		335		92,8%	
Wiek [lata]					
\bar{x}	Me	s	c_{25}	c_{75}	min. max.
47,8	49	10,3	42	55	23 77
Wykształcenie		Liczność		Procent	
pielęgniarka dyplomowana		77		21,3%	
licencjat pielęgniarstwa		135		37,4%	
magister pielęgniarstwa		149		41,3%	
Staż pracy w zawodzie		Liczność		Procent	
<10 lat		69		19,1%	
10–20 lat		58		16,1%	
21–30 lat		108		29,9%	
>30 lat		126		34,9%	

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Średnia wieku ankietowanych pielęgniarek wyniosła prawie 48 lat, przy czym połowa badanej zbiorowości to osoby mające 49 lat lub więcej. W tabeli przedstawiono

także wartości innych statystyk opisowych wieku ankietowanych osób¹¹⁴. Najwięcej ankietowanych osób posiadała wykształcenie wyższe magisterskie, nieco więcej niż co trzecia ukończyła studia licencjackie, a co piąta legitymowała się wykształceniem średnim pielęgniarskim. Aż co trzecia ankietowana pielęgniarka pracuje w zawodzie dłużej niż 30 lat.

Najwięcej ankietowanych pielęgniarek zatrudnione jest na podstawie umowy o pracę. Poniższa tabela przedstawia również strukturę procentową miejsca pracy ankietowanego personelu pielęgniarskiego. Największa grupa pielęgniarek – ponad 40% – zatrudniona jest w szpitalu gminnym (miejskim) (tabela 50.).

Tabela 50. Struktura procentowa miejsca pracy kadry pielęgniarskiej

Forma zatrudnienia w podstawowym miejscu pracy	Liczność	Procent
umowa o pracę	303	83,9%
kontrakt na świadczenia medyczne	44	12,2%
indywidualna/grupowa praktyka	9	2,5%
umowa zlecenie	5	1,4%
Podstawowe miejsca pracy	Liczność	Procent
szpital kliniczny	27	7,5%
szpital wojewódzki	79	21,9%
szpital powiatowy	85	23,5%
szpital gminny (miejski)	146	40,4%
szpital prywatny	24	6,6%

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Analizując status zawodowy pielęgniarek, można zauważyć, że niecałe 10% ankietowanych pielęgniarek osiągnęło już wiek emerytalny.

Tabela 51. Uprawnienia emerytalne kadry pielęgniarskiej

Osiągnięcie wieku emerytalnego	Liczność	Procent
tak	31	8,6%
nie	330	91,4%

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

W wyniku analizy powyższe dane przedstawia się obraz jednorodnej żeńskiej grupy zawodowej, pracującej głównie na umowę o pracę głównie w szpitalach miejskich, powiatowych i wojewódzkich. Badana zbiorowość charakteryzuje się przeważnie wykształceniem licencjackim oraz magisterskim. Zdecydowana większość ankietowanych osób pracuje w zawodzie ponad 20 lat, zaś ponad 91% nie nabyło jeszcze uprawnień emerytalnych.

¹¹⁴ Wyznaczone zostały wybrane charakterystyki liczbowe badanych parametrów – oto ich opis:

- średnia arytmetyczna – przeciętny poziom zmiennej;
- mediana (wartość środkowa) – połowa pomiarów osiąga wartości mniejsze, a połowa większe od mediany;
- wartość największa (maksimum) i najmniejsza (minimum);
- odchylenie standardowe (s) – jest to miara „przeciętnego” odchylenia od wartości średniej;
- dolny i górny kwartyl (c_{25} i c_{75}) – są to wartości poniżej (powyżej) której leży co czwarty pomiar.

5.3.2. Czynniki wpływające na pracę pielęgniarek i jej efektywność w trakcie epidemii COVID-19

Ankietowane pielęgniarki w zdecydowanej większości przyznają, że w ich miejscu pracy zostały zapewnione środki ochrony osobistej podczas epidemii COVID-19. Również więcej niż połowa respondentów przyznaje, że otrzymała dodatkowe środki finansowe za pracę w warunkach stanu epidemii. Najgorzej, w sensie częstości występowania, ocenione zostało wsparcie psychologiczne (tylko 16,1% ankietowanych zadeklarowało, że otrzymało taką formę pomocy) oraz możliwość korzystania z darmowych posiłków (tylko 13,6% badanych).

Tabela 52. Rodzaje wsparcia w okresie epidemii COVID-19

Otrzymane wsparcie personelu pielęgniarskiego	Liczność	Procent ¹⁾
środki ochrony osobistej	322	89,2%
dotatki finansowe	228	63,2%
organizacja pracy	186	51,5%
przestrzeganie zasad bezpieczeństwa	126	34,9%
dostęp do testów	120	33,2%
wsparcie psychologiczne	58	16,1%
darmowe posiłki dla personelu	49	13,6%

¹⁾ Suma nie musi wynosić 100% gdyż można było wskazać dowolną liczbę wariantów odpowiedzi.

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Dla większości pielęgniarek absolutnym priorytetem podczas epidemii było zapewnienie przez szpital środków ochrony osobistej (89,2%) oraz dodatków finansowych (63,2%). Więcej niż połowa ankietowanej grupy oczekiwałaby od swojego szpitala dobrej organizacji pracy (51,5%) zaś ponad 1/3 dostępu do testów na obecność koronawirusa SARS-CoV-2 (33,2%). Stosunkowo mało badanych zadeklarowało, że mieli możliwość skorzystania ze wsparcia psychologicznego (16,1%) oraz darmowych posiłków dla personelu (13,6%).

Tabela 53. Oczekiwane wsparcie w okresie epidemii COVID-19

Oczekiwane formy wsparcia personelu pielęgniarskiego	Liczność	Procent ¹⁾
środki ochrony osobistej	318	88,1%
dotatki finansowe	267	74,0%
organizacja pracy	241	66,8%
dostęp do testów	225	62,3%
przestrzeganie zasad bezpieczeństwa	206	57,1%
wsparcie psychologiczne	131	36,3%
darmowe posiłki dla personelu	95	26,3%

¹⁾ Suma nie musi wynosić 100% gdyż można było wskazać dowolną liczbę wariantów odpowiedzi.

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Zaprezentowane w powyższych dwóch tabelach wyniki świadczą, że kadra pielęgniarska najbardziej oczekiwała od swoich pracodawców spełnienia kryterium bezpieczeństwa pracy. Środki ochrony osobistej (88,1%), tak deficytowe w początkowej

fazie epidemii COVID-19, stanowiły gwarant spokoju i komfortu pracy, a przede wszystkim bezpieczeństwa. Dane pokazują, że podmioty lecznicze, gdzie ankietowane osoby pełniły swoje obowiązki, w znacznym stopniu oferowały środki ochrony osobistej, tym samym spełniały oczekiwania personelu. Różnica pomiędzy realnie dostępnymi środkami ochrony osobistej a oczekiwaniami ze strony kadry pielęgniarskiej to zaledwie 1,1%. Drugą istotną kwestią były wyższe wynagrodzenia. Oczekiwania odnośnie wynagrodzeń były dla tego personelu kluczowym aspektem (blisko 3/4 ankietowanych osób podniosła aspekt wynagrodzeń jako jeden z najwyższych – 74%). System „dodatków covidowych”, tj. dodatków do wynagrodzenia za opiekę nad pacjentami z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, był realizowany w podmiotach leczniczych w trakcie epidemii COVID-19. Pozostałe dane prezentują mniejszą spójność między oczekiwaniami kadry pielęgniarskiej a przyjęciem tych rozwiązań przez zarządzających podmiotami leczniczymi. Duże dysproporcje należy wskazać w zakresie zapewnienia darmowych posiłków dla personelu (różnica 12,7%), wsparcia psychologicznego dla kadry medycznej (różnica 20,2%) i co najbardziej istotne - dostępu do testów COVID-19 (różnica 29,1%), które także zapewniają bezpieczeństwo. Opisywane dysproporcje oznaczać mogą brak wiedzy osób projektujących wsparcie oraz zarządzających szpitalami na temat oczekiwań kadry pielęgniarskiej oraz refleksji w sytuacyjnym dostosowaniu do przeciwdziałania epidemii.

Na pytanie dotyczące przygotowania miejsca pracy w aspekcie epidemii COVID-19 przeważały oceny pozytywne (w sumie 72,5%). Mniejszość w skali badania to oceny negatywne (w sumie 27,5%).

Tabela 54. Przygotowanie miejsca pracy w aspekcie COVID-19

Przygotowanie miejsca pracy do epidemii	Liczność	Procent
bardzo źle	14	4,0 %
źle	85	23,5%
dobrze	224	62,0%
bardzo dobrze	38	10,5%

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Przygotowanie miejsca pracy w szpitalu w okresie epidemii jest złożonym i wieloetapowym procesem. Jednym z pierwszych działań jest niewątpliwie dostosowanie infrastruktury do zmieniającej się sytuacji epidemicznej, zaś po drugiej stronie umiejscowić należy skuteczne, dokładne przeszkolenie personelu medycznego stykającego się w codziennej pracy z pacjentem zakaźnym. Większość ankietowanych pielęgniarek została przeszkolona przez pracodawcę, głównie z zakresu zasad bezpieczeństwa podczas epidemii (85,3%) oraz korzystania ze środków ochrony

indywidualnej (84,5%). Postępowanie w przypadku zgłoszenia do oddziału bądź wykrycia zakażenia SARS CoV-2 na oddziale, czy też sposobów prowadzenia zabiegów, gdy zostanie wykryte zakażenie, były tematami szkoleń u ponad połowy pielęgniarek (tabela 55.).

Tabela 55. Szkolenia kadry pielęgniarskiej w okresie COVID-19

Szkolenia w związku z opieką nad pacjentami z SARS-CoV-2	Liczność	Procent ¹⁾
zasady bezpieczeństwa podczas epidemii	308	85,3%
stosowanie środków ochrony indywidualnej	305	84,5%
postępowanie przy zgłoszeniu do oddziału pogotowia	201	55,7%
postępowanie przy wykryciu zakażenia na oddziale	191	52,9%
zabiegi planowe gdy zostanie wykryte zakażenie	181	50,1%
brak wyboru	10	2,8%

¹⁾ Suma nie musi wynosić 100% gdyż można było wskazać dowolną liczbę wariantów odpowiedzi.

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Jak wcześniej wspomniano, epidemia wywołuje wypalenie zawodowe albo przyczynia się do niego. Nieco większy odsetek pielęgniarek odczuwa stan wypalenia zawodowego w wyniku epidemii (55,4%), niż uznaje swój stan za stabilny (44,6%). Nie jest to jednak przewaga znacząca. Ogólnie, można uznać, że pandemia wpłynęła na pewien wzrost poziomu wypalenia zawodowego, ale nie była to skrajnie silna reakcja (tabela 56.).

Tabela 56. Poziom wypalenia zawodowego kadry pielęgniarskiej

Ocena poziomu wypalenia zawodowego w czasie epidemii	Liczność	Procent
mniejszy niż przed pandemią	29	8,0%
jak przed pandemią	132	36,6%
większy niż przed pandemią	151	41,8%
skrajnie wysoki	49	13,6%

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Większość ankietowanych, niemal 3/4, osób odczuwa lęk przed zarażeniem SARS-CoV-2 w trakcie wykonywania pracy pielęgniarki (tabela 57.).

Tabela 57. Ocena stopnia zagrożenia w okresie COVID-19 kadry pielęgniarskiej

Zagrożenie zdrowia pielęgniarek w trakcie pandemii	Liczność	Procent
tak	249	69,0%
nie	45	12,5%
trudno powiedzieć	67	18,6%

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Tabela 58. Ilość personelu pielęgniarskiego w okresie COVID-19

Wystarczająca ilość personelu na wypadek kwarantanny bądź izolacji	Liczność	Procent
Tak	28	7,8%
Nie	262	72,6%
trudno powiedzieć	71	19,7%

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Tabela 58. przedstawia kwestię ilości personelu pielęgniarskiego w trakcie epidemii COVID-19. Wśród ankietowanego personelu pielęgniarskiego przeważa opinia,

że w wyniku przejścia części pracujących osób na izolację lub kwarantannę, nastąpił kryzys w zapewnieniu chorym należytej opieki medycznej. Jest to sygnał niepokojący, świadczący o brakach kadrowych. W początkowej fazie epidemii na kwarantannę bądź izolację kierowane były osoby, u których zaszło podejrzenie kontaktu z osobą zakażoną wirusem SARS-CoV-2. Blisko 60% ankietowanych osób przebywało na izolacji bądź kwarantannie, co ukazuje tabela 59. Generowało to niekiedy wyłączenie z systemu w jednym momencie znacznej części personelu pielęgniarskiego, ale i lekarskiego. Sytuacji nie ułatwiał strach wśród personelu o swoje zdrowie i życie, co powodowało, że część osób korzystało ze zwolnienia lekarskiego. To kolejny czynnik sprawczy braków personelu medycznego w okresie epidemii, co może świadczyć o przyczynach dezorganizacji pracy oddziałów szpitalnych w okresie epidemii COVID-19.

Tabela 59. Kwarantanna bądź izolacja kadry pielęgniarskiej w okresie COVID-19

Przebywanie na kwarantannie bądź izolacji	Liczność	Procent
Tak	210	58,2%
Nie	151	41,8%

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Aż 70% respondentów przyznaje się do ograniczenia kontaktów towarzyskich podczas epidemii SARS-CoV-2. To dużo, jeśli uwzględnić, jaki negatywny wpływ na poczucie psychiczne personelu miało ograniczenie kontaktów rodzinnych i towarzyskich (tabela 60.).

Tabela 60. Kontakty towarzyskie kadry pielęgniarskiej w okresie COVID-19

Ograniczenie kontaktów towarzyskich w trakcie pandemii	Liczność	Procent
tak	256	70,9%
nie	105	29,1%

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Ankietowane pielęgniarki nie wyraziły jednoznacznej odpowiedzi na pytanie dotyczące wzrostu liczby chorych na oddziale podczas epidemii. Tylko 45,4% osób uznało jednoznacznie, że taki wzrost nastąpił. Ponad 1/4 nie miała zdania, bądź stwierdziła, że taki wzrost nie nastąpił.

Tabela 61. Liczba pacjentów w okresie COVID-19

Zwiększenie liczby pacjentów na oddziale podczas pandemii	Liczność	Procent
tak	164	45,4%
nie	104	28,8%
trudno powiedzieć	93	25,8%

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Co czwarta ankietowana pielęgniarka z powodu epidemii rozważa możliwość rezygnacji z pracy. Jest to bardzo niepokojące zjawisko z uwagi na opisywane w rozdziale drugim dysertacji aspekty braków kadrowych w zawodach pielęgniarka

i położna. W przypadku dużego deficytu zasobów ludzkich oraz dużego obciążenia pracą, każda osoba, która rezygnuje z wykonywania zawodu, wpływa pośrednio na funkcjonowanie podmiotu leczniczego (tabela 62.).

Tabela 62. Możliwość rezygnacji z pracy kadry pielęgniarskiej

Kryzys pandemiczny a chęć rezygnacji z pracy w zawodzie	Liczność	Procent
tak	85	23,5%
nie	276	76,5%

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Dokonując podsumowania czynników wpływających na pracę pielęgniarek i jej efektywność w trakcie epidemii COVID-19, należy zwrócić uwagę, że personel medyczny został postawiony nagle w sytuacji niemal nieprzewidywalnej. Zdecydowanie kluczową kwestią było zapewnienie bezpieczeństwa pracy, odpowiednich warunków, aby kadra medyczna mogła pomagać osobom potrzebującym bez narażenia na uszczerbek na własnym zdrowiu. Istotny był też odpowiedni poziom wynagrodzenia, adekwatny do ryzyka ponoszonego w związku z wykonywaną pracą w czasie epidemii SARS-CoV-2. Napawa optymizmem to, że mimo ponaddwuletniej sytuacji epidemicznej większa część kadry pielęgniarskiej nadal chce pracować i nie rozważa w najbliższym czasie rezygnacji z zawodu. Stanowi to gwarant funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

5.3.3. Ocena sytuacji w systemie ochrony zdrowia

Jak wskazywano w rozdziale drugim, kluczowe dla poprawnie funkcjonującego systemu ochrony zdrowia są zasoby personelu medycznego. Bez odpowiedniej liczby przedstawicieli zawodów medycznych niemożliwe jest skuteczne sprawowanie opieki medycznej bez ograniczenia dostępności do świadczeń zdrowotnych. Zdecydowana większość respondentów – niemal 90% jest zdania, że system ochrony zdrowia w Polsce cierpi na brak personelu medycznego. To cenna informacja, gdyż stanowi opinię uczestników systemu. To pielęgniarki w swojej codziennej pracy dostrzegają istotne braki personelu, co przekłada się na efektywność i jakość ich pracy w szpitalu.

Tabela 63. Braki personelu pielęgniarskiego w systemie ochrony zdrowia

Brak personelu pielęgniarskiego w systemie ochrony zdrowia w Polsce	Liczność	Procent
tak	323	89,5%
nie	7	1,9%
trudno powiedzieć	31	8,6%

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Ponad połowa ankietowanych osób zauważa spadek liczby pielęgniarek w polskiej ochronie zdrowia, jedynie co szósty respondent stwierdza wzrost zatrudnienia.

Blisko 1/3 nie zauważa zmian w poziomie zatrudnienia (27,7%). Stanowi to kolejne potwierdzenie słów, że braki personelu pielęgniarskiego to problem, którego skala dopiero się uwidacznia. Przywołując treści z rozdziału pierwszego, w którym opisywane były niekorzystne trendy demograficzne kraju oraz województwa łódzkiego, skutkujące starzeniem się społeczeństwa, można stwierdzić, że zapotrzebowanie szczególnie na usługi pielęgnacyjno- opiekuńcze realizowane przez kadrę pielęgniarską będzie wzrastać. Dlatego tak ważne jest sygnalizowanie opisywanych problemów już teraz (tabela 64.).

Tabela 64. Ocena zasobów kadry pielęgniarskiej w okresie ostatnich pięciu lat

Ocena zmian liczby pielęgniarek w ciągu ostatnich pięciu lat	Liczność	Procent
spadek	199	55,1%
bez zmian	100	27,7%
wzrost	62	17,2%

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Aż 2/3 respondentów (65,7%) jest zdania, że liczba pielęgniarek jest niewystarczająca dla zapewnienia właściwej opieki chorym. Jedynie 14,1% ankietowanych pielęgniarek twierdzi, że liczba pielęgniarek jest wystarczająca. To dane, które mogą budzić niepokój co do przyszłości funkcjonowania opieki pielęgniarskiej w polskich szpitalach. Zastanawiający jest stosunkowo wysoki odsetek osób niemających zdania. Może to wynikać z faktu, że ostatnie dwa lata, czyli czas epidemii COVID-19, wymagał od personelu medycznego ponadprzeciętnego wysiłku. Spowodowało to konieczność wysoce intensywnej pracy, niekiedy większej wydajności jednak obciążonej przemęczeniem oraz wypaleniem zawodowym opisywanym wcześniej. (tabela 65.).

Tabela 65. Poziom zabezpieczenia opieki nad chorymi

Czy liczba pielęgniarek jest wystarczająca do zapewnienia opieki nad chorymi?	Liczność	Procent
tak	51	14,1%
nie	237	65,7%
trudno powiedzieć	73	20,2%

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Podstawowymi czynnikami, jakie mogą być przyczyną odejścia od zawodu ankietowanych pielęgniarek. są niskie zarobki (65,4%), problemy zdrowotne (58,2%) oraz niedocenywanie wykonywanego zawodu przez społeczeństwo (51,0%). Wskazania te zostały podane przez więcej niż połowę respondentów. Wśród czynników niedecydujących w ogóle albo niemal nie decydujących o odejściu z zawodu znajdują się złe warunki pracy (1,4%), niskie przywiązanie do zawodu (6,9%) oraz konieczność pracy w dni wolne (10%) (tabela 66.).

Tabela 66. Powody potencjalnego odejścia z zawodu kadry pielęgniarskiej

Czynniki wpływające na decyzję o ewentualnym odejściu z zawodu	Liczność	Procent ¹⁾
niskie zarobki	236	65,4%
problemy zdrowotne	210	58,2%
niski prestiż zawodowy	184	51,0%
brak satysfakcji z pracy	117	32,4%
konieczność podnoszenia kwalifikacji	55	15,2%
konieczność pracy w dni wolne	36	10,0%
niskie przywiązanie do zawodu	25	6,9%
złe warunki pracy	5	1,4%
brak wyboru	16	4,4%

¹⁾ Suma nie musi wynosić 100% gdyż można było wskazać dowolną liczbę wariantów odpowiedzi.

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Więcej niż połowa pielęgniarek (59,8%) nie odczuwa chęci odejścia z zawodu, choć co piąta rozważa taki krok sporadycznie (kilka razy w roku). Niepokojące jest, że blisko 10% pielęgniarek jest zdecydowana odejść z zawodu. Rozważają taką ewentualność kilka razy w miesiącu bądź nawet częściej. Może to świadczyć o znacznym przemęczeniu bądź nawet wypaleniu zawodowym.

Tabela 67. Częstotliwość decyzji o odejściu z zawodu kadry pielęgniarskiej

Chęć odejścia z pracy w zawodzie pielęgniarki	Liczność	Procent
obecnie nie rozważam odejścia z zawodu	216	59,8%
kilka razy do roku	76	21,1%
kilka razy w miesiącu	35	9,7%
kilka razy w tygodniu	11	3,0%
każdego dnia	23	6,4%

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

W ankietowanej grupie pielęgniarek 17% rozważa podjęcie pracy w zawodzie za granicą. Pomimo że w badanej grupie stanowi to mały odsetek osób, problematyka emigracji zarobkowej jest wciąż aktualna i może w przyszłości stanowić temat do rozważań ze strony osób odpowiedzialnych za funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce. Pocięszające jest jednak, że zdecydowana większość badanych pielęgniarek i pielęgniarzy chce pozostać w Polsce i być aktywnym uczestnikiem krajowego systemu ochrony zdrowia (tabela 68.).

Tabela 68. Praca kadry pielęgniarskiej za granicą

Plany podjęcia pracy w zawodzie za granicą	Liczność	Procent
tak	63	17,5%
nie	298	82,5%

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Co trzecia pielęgniarka wybiera się na emeryturę zaraz po uzyskaniu takiej możliwości. Podobny odsetek wręcz przeciwnie, chce pracować nadal pomimo osiągnięcia wieku emerytalnego. W przypadku 1/3 zakończenie okresu zatrudnienia po nabyciu praw emerytalnych wynosi od 1 roku aż do ponad 4 lat (tabela 69.). To ważna informacja w poruszanej tematyce zasobów kadrowych w systemie ochrony zdrowia.

W przypadku natychmiastowego zaprzestania świadczenia pracy po nabyciu uprawnień emerytalnych może wystąpić luka w zasobach kadry pielęgniarskiej. To powinno stanowić sygnał do wypracowania skutecznych metod zachęcania tych osób do pozostania w zawodzie jak najdłużej w celu zagwarantowania ciągłości funkcjonowania opieki pielęgniarskiej.

Tabela 69. Perspektywa czasowa przejścia na emeryturę

Zakończenie pracy zawodowej po nabyciu uprawnień emerytalnych	Liczność	Procent
natychmiast	116	32,1%
do 1 roku	47	13,0%
2–3 lata	64	17,7%
4 lata i więcej	20	5,5%
nie rozważam	114	31,6%

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

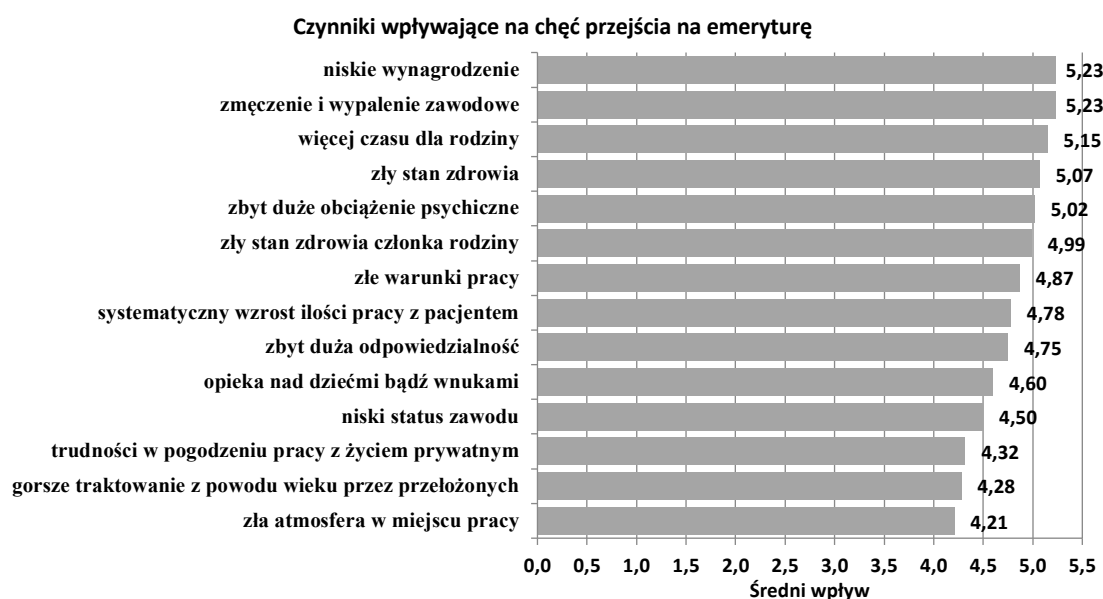
Autor zapytał również ankietowane osoby o znaczenie czynników, które mogą mieć wpływ na ewentualną decyzję o przejściu na emeryturę. Respondenci przede wszystkim kierowali się takimi czynnikami, jak niskie zarobki (5,23), zmęczenie i wypalenie zawodowe (5,23). Dominowały również kwestie rodzinne (5,15) oraz zdrowotne (5,07). Mniejsze znaczenie dla respondentów miała mieć kwestia złej atmosfery w pracy (4,21) oraz gorsze traktowanie z powodu wieku przez przełożonych (4,28). Czynniki w tabeli uszeregowano od tych, które miały największe znaczenie, do tych o najmniejszym znaczeniu. Dla lepszego zobrazowania analizowanych danych autor dokonał prezentacji graficznej zgodnie z wykresem 23.

Tabela 70. Powody przejścia kadry pielęgniarskiej na emeryturę

Czynniki wpływające na chęć przejścia na emeryturę	\bar{x}	s
niskie wynagrodzenie	5,23	1,84
zmęczenie i wypalenie zawodowe	5,23	1,77
więcej czasu dla rodziny	5,15	1,79
zły stan zdrowia	5,07	1,90
zbyt duże obciążenie psychiczne	5,02	1,78
zły stan zdrowia członka rodziny	4,99	1,95
złe warunki pracy	4,87	1,81
systematyczny wzrost ilości pracy z pacjentem	4,78	1,82
zbyt duża odpowiedzialność	4,75	1,85
opieka nad dziećmi bądź wnukami	4,60	2,07
niski status zawodu	4,50	1,90
trudności w pogodzeniu pracy z życiem prywatnym	4,32	1,93
gorsze traktowanie z powodu wieku przez przełożonych	4,28	2,04
zła atmosfera w miejscu pracy	4,21	2,25

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Wykres 23. Powody przejścia kadry pielęgniarskiej na emeryturę



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Czynnikiem, który pośrednio może wpływać na ocenę identyfikacji z zawodem, jest długoletni staż zawodowy. Autor chciał poznać, czy z perspektywy wieloletniej pracy w zawodzie respondenci skłonni są do rekomendowania zawodu pielęgniarki i położnej wśród kandydatów na studia medyczne. Bardzo zbliżony odsetek respondentów skłaniałby się ku reklamowaniu studiowania i pracy w zawodzie pielęgniarki, jak i odradzał podjęcie takiej drogi zawodowej (tabela 71.).

Tabela 71. Rekomendacja dla podjęcia studiów na kierunku pielęgniarstwo

Zachęcanie młodych osób do podjęcia studiów na kierunku pielęgniarstwo	Liczność	Procent
zdecydowanie nie	42	11,6%
raczej nie	108	29,9%
trudno powiedzieć	47	13,0%
raczej tak	110	30,5%
zdecydowanie tak	54	15,0%

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Respondenci dostrzegają atuty pracy w zawodzie. Głównymi atutami zawodu pielęgniarskiego są zdaniem ankietowanych: pewne zatrudnienie w zawodzie (40,7%) oraz poczucie wykonywania potrzebnej i szlachetnej pracy, dającej wsparcie dla osób potrzebujących (28%). Warto zauważyć, że nisko został oceniony prestiż zawodu (4,4%) oraz możliwość osiągnięcia wysokich zarobków (7,5%). Ponad 40% respondentów nie zaznaczyło w tym pytaniu żadnej odpowiedzi (tabela 72.). Może to oznaczać, że nie dostrzegają skutecznych metod zachęcenia kandydatów na studia medyczne do wyboru kierunku pielęgniarstwo i położnictwo.

Tabela 72. Czynniki motywacyjne do podjęcia studiów na kierunku pielęgniarstwo

Sposoby zachęty do podjęcia studiów na kierunku pielęgniarstwo	Liczność	Procent ¹⁾
stabilność zatrudnienia na rynku pracy	147	40,7%
wsparcie i pomoc dla osób potrzebujących	101	28,0%
różnorodność zadań i czynności zawodowych	66	18,3%
umożliwia pracę zespołową	55	15,2%
osiąganie wysokich zarobków	27	7,5%
prestż zawodu	16	4,4%
brak wyboru	149	41,3%

¹⁾ Suma nie musi wynosić 100% gdyż można było wskazać dowolną liczbę wariantów odpowiedzi.

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Efektywność będąca przedmiotem dysertacji opisywana jest w literaturze przedmiotu w wielu ujęciach. Autor chciał poznać opinię respondentów co do synonimów, które określają według nich efektywność. Zdaniem połowy ankietowanych efektywność pracy to przede wszystkim otrzymywanie wynagrodzenia zgodnego z kompetencjami oraz oczekiwaniami (tabela 73.).

Tabela 73. Utożsamianie znaczenia efektywność pracy

Synonimy efektywności pracy	Liczność	Procent ¹⁾
wynagrodzenie odpowiadające kompetencjom oraz oczekiwaniom	178	49,3%
poszerzanie swoich umiejętności oraz rozwój zawodowy	133	36,8%
system motywacyjny	111	30,7%
zarządzanie dostępnym czasem oraz planowanie działań	99	27,4%
wyposażenie stanowiska pracy	89	24,7%
brak wyboru	31	8,6%

¹⁾ Suma nie musi wynosić 100% gdyż można było wskazać dowolną liczbę wariantów odpowiedzi.

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Podsumowując przedstawione dane, należy stwierdzić, że w ocenie kadry pielęgniarstwa synonimem efektywności pracy jest wynagrodzenie (49,3%). Kadra pielęgniarstwa utożsamia zatem efektywną pracę z odpowiednim poziomem finansowania, który jest uzależniony od posiadanych kompetencji oraz odpowiada przedstawionym oczekiwaniom. Tym samym można zakładać, że w ocenie kadry pielęgniarstwa odpowiednie wynagrodzenie za wykonywaną pracę stanowi czynnik motywacyjny podnoszący efektywność pracy. Istotne jest, że pielęgniarki i pielęgniarze zwracają uwagę na aspekty kształcenia, budowy doświadczenia opartego na umiejętnościach, podnoszenia poziomu swoich kompetencji (36,8%). Efektywność można również budować poprzez rozwój zawodowy. Wszystkie te czynności w ich ocenie mają istotne znaczenie dla tworzenia stabilnego, efektywnego środowiska pracy. Kadra pielęgniarstwa, dokonując oceny sytuacji w ochronie zdrowia, wskazała, że system ochrony zdrowia w Polsce charakteryzuje się znacznym deficytem personelu medycznego. Respondenci badania wskazali na systematyczny spadek liczby pielęgniarek w ostatnich latach (55,1%), co może być spowodowane niskimi zarobkami (65,4%), problemami zdrowotnymi (58,2%) oraz brakiem poszanowania dla zawodu pielęgniarki

w społeczeństwie (51%). Pomimo tego większość ankietowanych wyraża wolę pozostania w kraju i nie rozważa zarobkowego wyjazdu zagranicznego (82,5%). Kadra pielęgniarska równie mocno wskazuje stabilność zatrudnienia (40,7%) oraz poczucie wykonywania społecznie potrzebnej pracy jako atuty swojego zawodu.

5.4. Ocena efektywności i warunków pracy

5.4.1. Ocena czynników efektywności (kwestionariusz de Waala)

Za pomocą standaryzowanego kwestionariusza opracowanego przez de Waala, dokonano oceny znaczenia czynników wpływających na efektywność pracy pielęgniarek. Autor zapytał, w jakim stopniu poszczególne elementy zarządzania i organizacji pracy wpływają na poprawę efektywności pracy pielęgniarskiej. Kwestionariusz składa się z 35 szczegółowych pytań, dotyczących obszarów pracy, których implementacja może wpłynąć na podniesienie efektywności. Znaczenie każdego czynnika były oceniane na 7-stopniowej skali Likerta. Na podstawie odpowiedzi wyliczanych jest 5 miar ważności poszczególnych czynników efektywności. Ocena każdego czynnika jest szacowana jako średnia ocen składowych pytań i zawiera się w przedziale 1–7 pkt. Wyższe wartości wskazują na przypisywanie przez pielęgniarki większego znaczenia do danego czynnika.

W poniższej zbiorczej tabeli przedstawiono charakterystyki rozkładu syntetycznych ocen czynników efektywności, dokonanych przez ankietowane pielęgniarki (tabela 74.).

Tabela 74. Czynniki efektywności wg de Waala w badanych szpitalach

Czynniki efektywności (de Waal)	\bar{x}	Me	s	c_{25}	c_{75}	min.	max.
Ciągła poprawa	4,56	4,63	1,09	4,00	5,25	1,00	7,00
Otwartość i orientacja na działanie	4,98	5,00	1,05	4,33	5,67	1,00	7,00
Jakość zarządzania	5,03	5,09	1,15	4,45	5,91	1,00	7,00
Jakość zasobów ludzkich	5,04	5,00	1,15	4,25	6,00	1,00	7,00
Orientacja długoterminowa	4,98	5,00	1,10	4,33	5,83	1,00	7,00

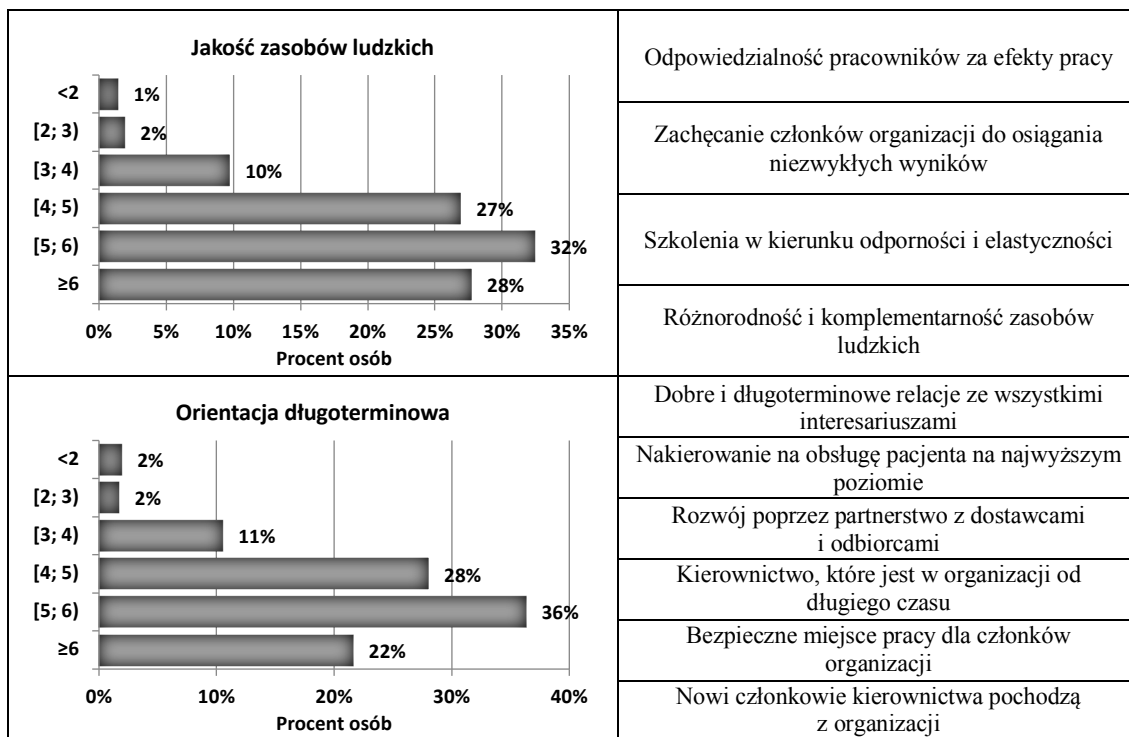
Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Jak widać, oceny znaczenia poszczególnych czynników są na dość zbliżonym i relatywnie wysokim poziomie – średnio rzecz biorąc, każdy z czynników był oceniany na około 5 pkt. Wyjątkiem jest nieco niższa ocena czynnika „ciągła poprawa”, który został oceniony na 4,56 pkt, a więc o ok. 0,5 pkt niżej od pozostałych. Rozkład wartości ocen znaczenia poszczególnych czynników efektywności przedstawiono także w formie graficznej za pomocą histogramów w tabeli 75, po zgrupowaniu wartości w przedziały o rozpiętości 1 pkt. Widać asymetrię lewostronną dla rozkładu ocen większości

czynników, co oznacza, że większość osób uznawała te czynniki za ważne, a nieliczne za mało ważne. Jedyne rozkład ocen dla czynnika „ciągła poprawa” jest zbliżony do symetrycznego. Informacja o rozkładzie wyznaczonych miar jest o tyle istotna, że wobec dość wyraźnych odstępstw od normalności rozkładu w dalszych analizach dotyczących tych miar lepiej będzie używać metod nieparametrycznych (w szczególności nieparametrycznych testów statystycznych). Dla przejrzystości danych autor w prawej kolumnie poniższej tabeli przedstawia elementy składowe poszczególnych czynników efektywności.

Tabela 75. Elementy składowe czynników efektywności wg de Waala w badanych szpitalach

<p style="text-align: center;">Ciągła poprawa</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Skala</th> <th>Procent osób</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><2</td> <td>1%</td> </tr> <tr> <td>[2; 3]</td> <td>5%</td> </tr> <tr> <td>[3; 4]</td> <td>17%</td> </tr> <tr> <td>[4; 5]</td> <td>39%</td> </tr> <tr> <td>[5; 6]</td> <td>26%</td> </tr> <tr> <td>≥6</td> <td>11%</td> </tr> </tbody> </table>	Skala	Procent osób	<2	1%	[2; 3]	5%	[3; 4]	17%	[4; 5]	39%	[5; 6]	26%	≥6	11%	<ul style="list-style-type: none"> Jasna i odmienna od innych organizacji strategia działania Ciągła poprawa procesów Ciągłe upraszczanie procesów Ciągłe dopasowywanie procesów Raportowanie o wszystkim, co ma wpływ na efektywność Przekazywanie informacji finansowych i niefinansowych członkom organizacji Ciągłe wprowadzanie innowacji w kluczowych kompetencjach Ciągłe wprowadzanie innowacji w produktach, procesach i usługach
Skala	Procent osób														
<2	1%														
[2; 3]	5%														
[3; 4]	17%														
[4; 5]	39%														
[5; 6]	26%														
≥6	11%														
<p style="text-align: center;">Otwartość i orientacja na działanie</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Skala</th> <th>Procent osób</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><2</td> <td>2%</td> </tr> <tr> <td>[2; 3]</td> <td>1%</td> </tr> <tr> <td>[3; 4]</td> <td>9%</td> </tr> <tr> <td>[4; 5]</td> <td>29%</td> </tr> <tr> <td>[5; 6]</td> <td>39%</td> </tr> <tr> <td>≥6</td> <td>20%</td> </tr> </tbody> </table>	Skala	Procent osób	<2	2%	[2; 3]	1%	[3; 4]	9%	[4; 5]	29%	[5; 6]	39%	≥6	20%	<ul style="list-style-type: none"> Częsty dialog między kierownictwem a pracownikami Poświęcanie czasu komunikacji, wymianie wiedzy i uczeniu się Zaangażowanie członków organizacji w istotne procesy Przyzwolenie na popełnianie błędów Zachęcanie do wprowadzanie zmian Nakierowanie organizacji na efektywność
Skala	Procent osób														
<2	2%														
[2; 3]	1%														
[3; 4]	9%														
[4; 5]	29%														
[5; 6]	39%														
≥6	20%														
<p style="text-align: center;">Jakość zarządzania</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Skala</th> <th>Procent osób</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><2</td> <td>3%</td> </tr> <tr> <td>[2; 3]</td> <td>3%</td> </tr> <tr> <td>[3; 4]</td> <td>8%</td> </tr> <tr> <td>[4; 5]</td> <td>30%</td> </tr> <tr> <td>[5; 6]</td> <td>32%</td> </tr> <tr> <td>≥6</td> <td>24%</td> </tr> </tbody> </table>	Skala	Procent osób	<2	3%	[2; 3]	3%	[3; 4]	8%	[4; 5]	30%	[5; 6]	32%	≥6	24%	<ul style="list-style-type: none"> Zaufanie członków organizacji do kierownictwa Spójność kierownictwa Kierownictwo daje dobry przykład członkom organizacji Szybkie podejmowanie decyzji przez kierownictwo Szybkie działanie kierownictwa Coaching służący osiągnięciu lepszych wyników Koncentracja kierownictwa na osiągnięciu wyników Wysoka efektywność kierownictwa Silne przywództwo Pewność siebie kierownictwa Szybkie podejmowanie decyzji w stosunku do osób nieefektywnych
Skala	Procent osób														
<2	3%														
[2; 3]	3%														
[3; 4]	8%														
[4; 5]	30%														
[5; 6]	32%														
≥6	24%														



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Podsumowując zaprezentowane dane można stwierdzić, że w opinii osób badanych efektywność ma wielowymiarowy charakter. Niewątpliwie jednym z najsilniejszych czynników wpływających na efektywność w ocenie respondentów jest jakość zasobów ludzkich. Zgodnie z czynnikami opracowanymi przez de Waala, jakość zasobów ludzkich uzależniona jest od odpowiedzialności pracowników za efekty pracy, zachęcania członków organizacji do osiągnięcia wysoko ocenianych wyników oraz szkolenia w kierunku odporności, elastyczności, różnorodności i komplementarności owych zasobów ludzkich. Osoby funkcjonujące w ramach organizacji/podmiotu powinny cechować się dużym poziomem zaangażowania, odpowiedzialnością za podejmowane działania i decyzje. Należy też dokonywać inwestycji w rozwój zasobów ludzkich poprzez szkolenia i kursy mające na celu podwyższanie kompetencji zawodowych. Należy bowiem dążyć do wzmocnienia odpowiedzialności pracowników za ich efekty pracy. Równie ważnym czynnikiem wpływającym na efektywność jest jakość zarządzania, czyli według de Waala: zaufanie pracowników do kierownictwa, spójność działań kierownictwa, dobry przykład ze strony kierownictwa co do organizacji pracy, szybkość podejmowanych decyzji oraz działań, coaching służący osiągnięciu lepszych wyników, koncentrację działań kierownictwa na osiągnięciu wyników, wysoką efektywność, silne przywództwo, pewność siebie kierownictwa oraz dynamika podejmowanych decyzji w stosunku do osób nieefektywnych. Oznacza to, że badane

osoby oczekują od osób kierujących podmiotami leczniczymi aktywnego zarządzania, opartego na szybkim i spójnym działaniu. Decyzje zarządcze powinny być skoncentrowane na osiągnięciu wyników z korzyścią dla całego podmiotu. Ważnym jest autorytet oraz poszanowanie dla zarządzających. Pracownicy muszą upatrywać w kierownictwie liderów oraz osób nadających kierunek i wpływających na dynamikę rozwoju organizacyjnego.

5.4.2. Ocena czynników efektywności własnej pracy

W kolejnych pytaniach kwestionariusza pielęgniarki dokonały oceny czynników wpływających na efektywność ich własnej pracy (analiza w p. 5.5.1 dotyczyła raczej efektywności całej organizacji, a nie pojedynczych osób). Konstrukcja kwestionariusza jest podobna – składał się on z 38 pytań, punktowanych na 7-stopniowej skali Likerta. Na podstawie szczegółowych odpowiedzi wyznaczono 8 miar czynników wpływających na efektywność pracy pielęgniarek. W poniższej tabeli przedstawiono charakterystykę rozkładu uzyskanych wartości, wykorzystując w tym celu wybrane statystyki opisowe.

Pielęgniarki najwyżej oceniły znaczenie umiejętności zawodowych (średnio rzecz biorąc na 5,71 pkt, co jest bardzo wysoką oceną). Nieco niżej oceniono umiejętności kliniczne i etykę zawodową (po 5,55 pkt). Dwie najniżej, choć też relatywnie wysoko, oceniane kategorie to: komunikacja interpersonalna (5,10 pkt) oraz wymiar kontekstowy (4,94 pkt) (tabela 76.).

Tabela 76. Ocena czynników wpływających na jakość pracy

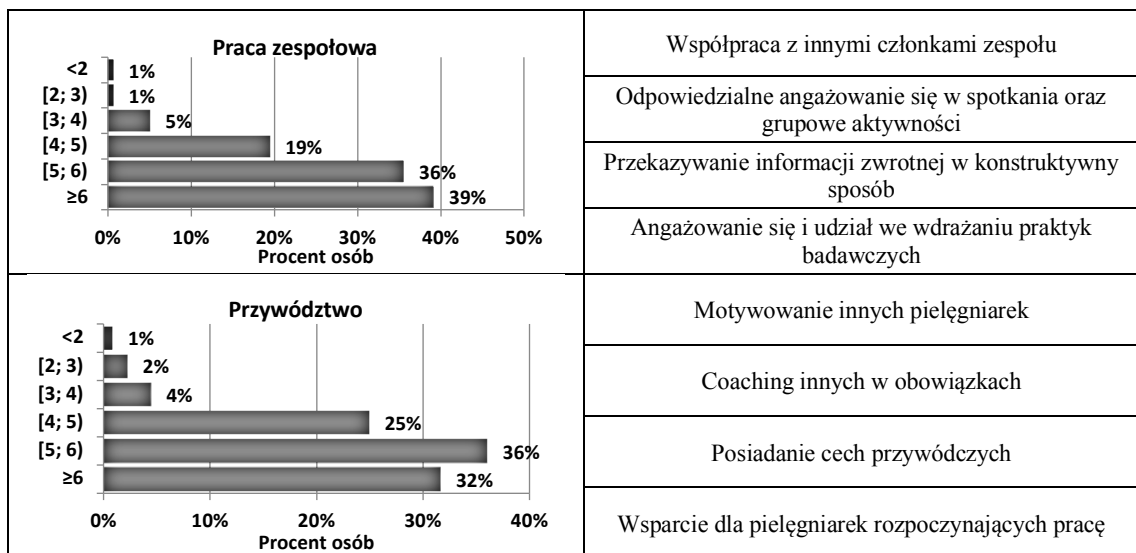
Czynniki wpływające na jakość pracy pielęgniarki	\bar{x}	Me	s	c ₂₅	c ₇₅	min	max
Wymiar kontekstowy	4,94	4,91	0,87	4,36	5,55	2,00	7,00
Umiejętności zawodowe	5,71	6,00	0,98	5,00	6,25	1,00	7,00
Umiejętności kliniczne	5,55	5,67	0,92	5,00	6,17	1,67	7,00
Komunikacja interpersonalna	5,10	5,00	1,09	4,33	6,00	1,00	7,00
Rozwiązywanie problemów	5,43	5,67	1,10	5,00	6,00	1,00	7,00
Etyka zawodowa	5,55	5,67	1,10	5,00	6,33	1,00	7,00
Praca zespołowa	5,40	5,50	1,01	4,75	6,00	1,00	7,00
Przywództwo	5,21	5,25	1,06	4,50	6,00	1,00	7,00

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Analogicznie jak to było w przypadku miar prezentowanych w p. 5.5.1, na histogramach przedstawiono rozkład poszczególnych miar, po zgrupowaniu wartości w przedziały o rozpiętości 1 pkt. Jednocześnie wskazano miary, które wchodzą w skład poszczególnych kryteriów efektywności (tabela 77.).

Tabela 77. Elementy składowe czynników wpływających na jakość pracy

<p>Wymiar kontekstowy</p> <p><2 0%</p> <p>[2; 3] 1%</p> <p>[3; 4] 9%</p> <p>[4; 5] 41%</p> <p>[5; 6] 36%</p> <p>≥6 13%</p> <p>0% 10% 20% 30% 40% 50%</p> <p>Procent osób</p>	Bycie gospodarnym
	Nienarzekać na warunki organizacyjne
	Nieangażowanie innych we własne problemy
	Absencja zawodowa
	Udział w spotkaniach szkoleniowych
	Schludny, czysty wygląd
	Podjęcie odpowiedzialności za własne zadania
	Pracowanie więcej niż to konieczne
	Systematyczna praca
	Investowanie w samorozwój w celu poprawy własnej efektywności
<p>Umiejętności zawodowe</p> <p><2 0%</p> <p>[2; 3] 1%</p> <p>[3; 4] 3%</p> <p>[4; 5] 11%</p> <p>[5; 6] 32%</p> <p>≥6 53%</p> <p>0% 10% 20% 30% 40% 50% 60%</p> <p>Procent osób</p>	Przestrzeganie zasad czystości
	Zachowanie spokoju
	Utrzymywanie sprzętu pielęgniaczego w dobrym stanie
	Identyfikacja i ocena problemów
<p>Umiejętności kliniczne</p> <p><2 1%</p> <p>[2; 3] 1%</p> <p>[3; 4] 3%</p> <p>[4; 5] 16%</p> <p>[5; 6] 40%</p> <p>≥6 40%</p> <p>0% 10% 20% 30% 40% 50%</p> <p>Procent osób</p>	Ogólne umiejętności zawodowe
	Planowanie opieki nad pacjentem według indywidualnych potrzeb zdrowotnych
	Zarządzanie czynnościami pielęgniacyjnymi w czasie
	Zapewnienie pacjentowi dobrze przygotowanej lub starannej opieki pielęgniacyjnej
	Ciągłe monitorowanie stanu pacjenta i rejestrowanie jego/jej sytuacji
	Podjęcie wysiłku w celu poprawy stanu zdrowia pacjenta
<p>Komunikacja interpersonalna</p> <p><2 1%</p> <p>[2; 3] 2%</p> <p>[3; 4] 8%</p> <p>[4; 5] 28%</p> <p>[5; 6] 33%</p> <p>≥6 29%</p> <p>0% 10% 20% 30% 40%</p> <p>Procent osób</p>	Angażowanie się w obowiązujące praktyki badawcze, procedury i politykę szpitala
	Wyrażanie entuzjazmu w pracy pielęgniarskiej
	Współpraca z pielęgniarką przełożoną
<p>Rozwiązywanie problemów</p> <p><2 1%</p> <p>[2; 3] 1%</p> <p>[3; 4] 4%</p> <p>[4; 5] 14%</p> <p>[5; 6] 36%</p> <p>≥6 44%</p> <p>0% 10% 20% 30% 40% 50%</p> <p>Procent osób</p>	Zachowywanie się w przyjazny sposób
	Identyfikacja sytuacji nagłych powiązanych ze stanem pacjenta
	Szybkie rozwiązywanie problemów klinicznych
<p>Etyka zawodowa</p> <p><2 1%</p> <p>[2; 3] 1%</p> <p>[3; 4] 4%</p> <p>[4; 5] 14%</p> <p>[5; 6] 33%</p> <p>≥6 48%</p> <p>0% 10% 20% 30% 40% 50% 60%</p> <p>Procent osób</p>	Podjęcie inicjatywy w celu rozwiązania problemu w pracy
	Stosunek do pacjenta i rodziny
	Poufność
	Udzielanie informacji pacjentowi oraz jego rodzinie



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Z analizy czynników wpływających na efektywność pracy pielęgniarek wynika, że opisywana grupa zawodowa najwyżej oceniła korzyści płynące z posiadanych własnych umiejętności zawodowych. Do głównych zaliczyć należy m.in. zachowanie spokoju w trakcie pracy, utrzymywanie sprzętu pielęgnacyjnego w dobrym stanie, identyfikację i ocenę problemów w codziennej pracy oraz ogólne umiejętności zawodowe. Oznacza to, że efektywna praca pielęgniarki uzależniona jest od doświadczenia, umiejętności i sposobu radzenia sobie z problemami w sprawowanej opiece nad pacjentami. Równie wysoko pielęgniarki oceniły umiejętności kliniczne i etykę zawodową jako czynniki wpływające na efektywność ich pracy. Z pewnością poszczególne elementy budujące wysoki poziom umiejętności klinicznych kadry pielęgniarskiej mają istotne znaczenie w budowaniu efektywności całego zespołu medycznego. Kluczowym jest bowiem nie tylko planowanie opieki nad pacjentem według indywidualnych potrzeb zdrowotnych, ale również zarządzanie czynnościami pielęgnacyjnymi, zagwarantowanie pacjentowi starannej opieki pielęgnacyjnej, nieustanne monitorowanie stanu pacjenta, angażowanie się w obowiązujące praktyki badawcze, procedury i politykę szpitala, ale co najważniejsze podejmowanie wysiłku w celu poprawy stanu zdrowia pacjenta. Kadra pielęgniarska podkreślała również znaczenie etyki zawodowej, która jest charakterystyczna i niezmiernie ważna dla wszystkich zawodów medycznych. Mowa tutaj nie tylko o należytnym, pełnym powagi i profesjonalizmu traktowaniu pacjenta, ale również troska, empatia w stosunku do jego rodziny, która najczęściej równie mocno jest zaangażowana w cały cykl leczenia pacjenta.

5.4.3. Stres i wsparcie w pracy

Stres w znacznym stopniu wpływa na efektywność pracy. Pytania w kwestionariuszu dotyczyły występowania stresu organizacyjnego w miejscu pracy, jak również sposobu radzenia sobie ze stresem. Poniżej przedstawiono rozkład odpowiedzi oraz sposobów walki ze stresem oraz osób.

Niemal 2/3 ankietowanych osób doświadcza stresu organizacyjnego w pracy. Zaledwie co siódma pielęgniarka nie odczuwa stresu organizacyjnego (ok. 13%) (tabela 78.).

Tabela 78. Postrzeganie stresu organizacyjnego przez personel pielęgniarski

Stres organizacyjny w pracy	Liczność	Procent
tak	234	64,8%
trudno powiedzieć	79	21,9%
nie	48	13,3%

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Znaczna część – 65% pielęgniarek – odczuwa stres organizacyjny w pracy. Jako sposób jego odreagowania respondentki wskazują życie rodzinne i sprawy domowe. Oznacza to, że największe wsparcie osoby ankietowane upatrują w relacjach rodzinnych, ognisku domowym, gdzie mogą znaleźć wytchnienie i możliwość odreagowania stresu. Najmniej popularną formą odreagowania jest stosowanie używek, co można ocenić pozytywnie z punktu widzenia dobrostanu pracowniczego.

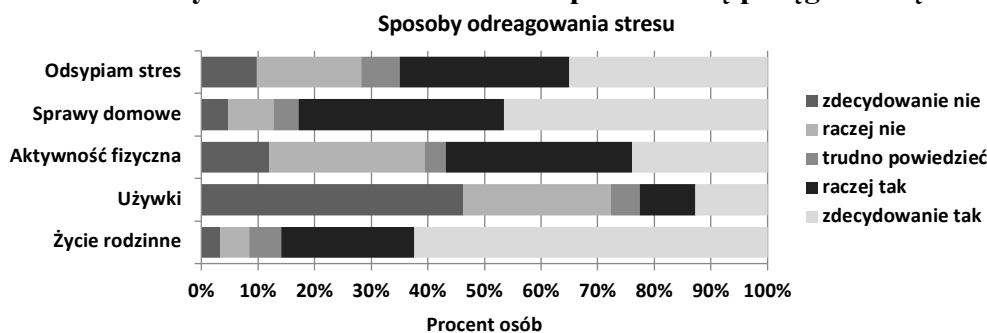
Tabela 79. Metody radzenia sobie ze stresem przez kadrę pielęgniarską

Sposoby odreagowania stresu	Stosowanie danej formy odreagowania stresu									
	zdecydowanie nie		raczej nie		trudno powiedzieć		raczej tak		zdecydowanie tak	
Odsypiam stres	23	9,8%	43	18,4%	16	6,8%	70	29,9%	82	35,0%
Sprawy domowe	11	4,7%	19	8,1%	10	4,3%	85	36,3%	109	46,6%
Aktywność fizyczna	28	12,0%	64	27,4%	9	3,8%	77	32,9%	56	23,9%
Używkami	108	46,2%	61	26,1%	12	5,1%	23	9,8%	30	12,8%
Życie rodzinne	8	3,4%	12	5,1%	13	5,6%	55	23,5%	146	62,4%

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Pogłębienie przedstawionych danych stanowi wykres 24.

Wykres 24. Metody radzenia sobie ze stresem przez kadrę pielęgniarską



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Z pewnością w łagodzeniu stresu organizacyjnego, ale i zwiększeniu jakości oraz płynności pracy, realizacji wyznaczonych celów i zadań może pomóc możliwość osiągnięcia wsparcia w miejscu pracy. Analiza odpowiedzi wskazuje, że największe wsparcie kadra pielęgniarska upatruje w lekarzach i opiekunach medycznych. Poniżej znajduje się zestawienie odpowiedzi w zakresie wsparcia ze strony poszczególnych grup pracowników.

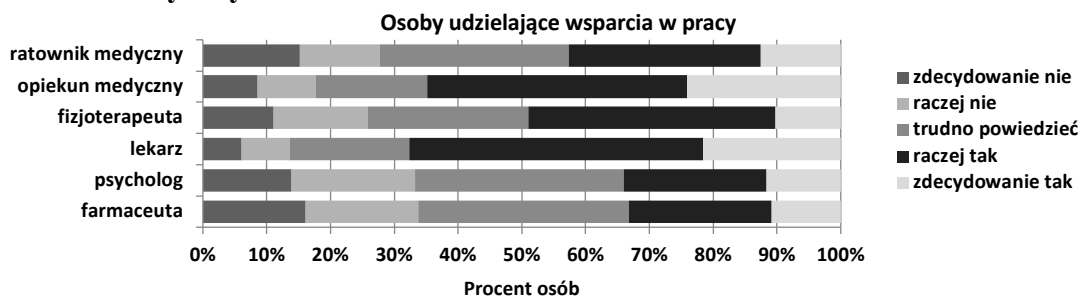
Tabela 80. Współpraca kadry pielęgniarskiej z pozostałymi przedstawicielami zawodów medycznych

Grupy zawodowe	Możliwość uzyskania wsparcia w pracy									
	zdecydowanie nie		raczej nie		trudno powiedzieć		raczej tak		zdecydowanie tak	
ratownik medyczny	55	15,2%	45	12,5%	107	29,6%	109	30,2%	45	12,5%
opiekun medyczny	31	8,6%	33	9,1%	63	17,5%	147	40,7%	87	24,1%
fizjoterapeuta	40	11,1%	53	14,7%	91	25,2%	140	38,8%	37	10,2%
lekarz	22	6,1%	27	7,5%	68	18,8%	166	46,0%	78	21,6%
psycholog	50	13,9%	70	19,4%	118	32,7%	81	22,4%	42	11,6%
farmaceuta	58	16,1%	64	17,7%	119	33,0%	81	22,4%	39	10,8%

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Autor przedstawił wyniki również za pomocą grafiki, która w sposób obrazowy ukazuje zebrane dane w tym zakresie (wykres 25.).

Wykres 25. Współpraca kadry pielęgniarskiej z pozostałymi przedstawicielami zawodów medycznych



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

5.4.4. Satysfakcja z pracy (kwestionariusz MSQ)

Za pomocą 20-pozycyjnego kwestionariusza MSQ dokonano oceny satysfakcji z pracy ankietowanych osób. Każdy element pracy jest oceniany na skali 5-stopniowej, a więc sumaryczna miara satysfakcji może przyjmować wartości od 20 do 100 pkt. Wyższe wartości oznaczają większą satysfakcję z pracy.

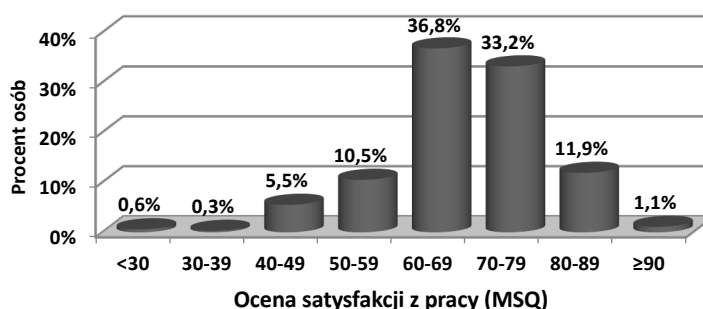
Średnia ocena satysfakcji w pracy w badanej zbiorowości to ok. 67 pkt, co nie wydaje się wynikiem wysokim, biorąc pod uwagę możliwy zakres wartości od 20 do 100 pkt. Co czwarta ankietowana osoba miała wynik nie wyższy niż 60 pkt.

Tabela 81. Satysfakcja z pracy na podstawie kwestionariusza MSQ

Ocena satysfakcji z pracy (MSQ)						
\bar{x}	Me	s	c ₂₅	c ₇₅	min.	maxs.
67,4	68	10,7	60	75	20	100

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Rozkład ocen satysfakcji przedstawiono na histogramie po zgrupowaniu wyników w przedziały o rozpiętości 10 pkt. Ponad 2/3 osób oceniła satysfakcję z pracy w przedziale 60–79 pkt (wykres 26). Ocena satysfakcji z pracy zawarta w 17 pytaniu kwestionariusza ankiety (załącznik 1) dotyczyła takich aspektów pracy, jak m.in. liczba wykonywanych zadań, możliwość podejmowania samodzielnych decyzji, stopień zróżnicowania zadań zawodowych, pozycji społecznej, którą daje praca, umiejętności zawodowych bezpośredniego przełożonego, możliwości awansu, czy też stopnia ważności wykonywanej pracy. Z przedstawionych danych wynika, że większość ankietowanych osób czerpie satysfakcję z wykonywanych obowiązków zawodowych. W próbie badawczej 361. ankietowanych, 189. pielęgniarek potwierdziło, iż są zadowolone z możliwości wykonywania czegoś dobrego dla innych osób. 172. osoby wyraziły swoje zadowolenie odnośnie do stopnia ważności wykonywanej pracy oraz z umiejętności zawodowych bezpośredniego przełożonego. Niewiele mniej (171. ankietowanych) deklaroowało zadowolenie co do możliwości podejmowania samodzielnych decyzji oraz możliwości wykorzystania w pracy wszystkich posiadanych umiejętności. Całościowo należy stwierdzić, że respondenci pozytywnie wyrażają się na temat osiąganego poziomu zadowolenia z wykonywanych zadań i obowiązków.

Wykres 26. Satysfakcja z pracy na podstawie kwestionariusza MSQ

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

5.5. Czynniki wpływające na opinie na temat efektywności pracy

Sposób analizy zależności opinii ankietowanych osób od wybranych czynników, jest powiązany ze specyfiką porównywanych zmiennych. W przypadku badania zależności pomiędzy cechami liczbowymi właściwą miarą będzie współczynnik korelacji

rang Spearmana¹¹⁵. W trakcie porównywania rozkładu miar efektywności czy satysfakcji względem cech nominalnej (np. płci) zostaną wyliczone odpowiednie statystyki opisowe w porównywanych grupach, a istotność różnic pomiędzy przeciętnym poziomem rozważanej cechy będzie oceniana za pomocą testu Manna-Whitneya¹¹⁶ (lub jego uogólnienia – testu Kruskala-Wallisa). I wreszcie w przypadku porównywania rozkładu procentowego odpowiedzi względem czynnika grupującego, ocena istotności różnic zostanie dokonana za pomocą testu niezależności chi-kwadrat¹¹⁷.

Wyniki interpretowano, stosując zwyczajowo przyjęte reguły opisu rezultatów testów statystycznych¹¹⁸.

¹¹⁵ Współczynnik korelacji rang Spearmana służy do badania zależności pomiędzy dwoma cechami liczbowymi i jest wskaźnikiem przyjmującym wartości z przedziału -1 do 1. Jest odporny na występowanie obserwacji odstających i „wykrywa” zależności mające charakter monotoniczny (nie tylko liniowy, jak klasyczny współczynnik korelacji liniowej). O sile korelacji świadczy wartość bezwzględna współczynnika a znak o jego kierunku. Tak więc, współczynniki korelacji 0,9 czy -0,9 świadczą o tej samej (bardzo wysokiej sile korelacji), choć wnioski wyciągane na ich podstawie będą przeciwstawne – w pierwszym przypadku wraz ze wzrostem wartości jednej cechy wartości drugiej też rosną, a w drugim przypadku spadają. W niektórych źródłach przyjmuje się następującą skalę przymiotnikową, dotyczącą siły korelacji:

- $|r_s| < 0,3$ – brak korelacji;
- $0,3 \leq |r_s| < 0,5$ – słaba korelacja;
- $0,5 \leq |r_s| < 0,7$ – przeciętna korelacja;
- $0,7 \leq |r_s| < 0,9$ – silna korelacja;
- $0,9 \leq |r_s| < 1$ – bardzo silna korelacja;
- $|r_s| = 1$ – idealna korelacja.

Wyniki powinny być uzupełniane rezultatami testu istotności współczynnika korelacji (p), które pozwalały ocenić, czy znaleziona w próbie zależność jest odbiciem ogólniejszej relacji panującej w całej populacji, czy tylko kwestią przypadku.

¹¹⁶ Test Manna-Whitneya jest nieparametryczną alternatywą testu t dla prób niezależnych i służy ocenie różnic w przeciętnym poziomie cechy liczbowej w dwóch populacjach. W przeciwieństwie do testu t test Manna-Whitneya nie wymaga spełnienia założeń: o normalności rozkładu w każdej grupie, jak również o tzw. jednorodności wariancji. Co więcej, test Manna-Whitneya może być też wyliczany jako tzw. test dokładny, czyli pozwala na rzetelne porównanie danych nawet z bardzo małych próbek. Moc omawianego testu jest zbliżona do mocy testu t , co przy mniejszej restrykcyjności założeń czyni go atrakcyjną alternatywą testu t . Liczbowym wynikiem testu jest prawdopodobieństwo testowe p , którego niskie wartości pozwalają uznać za istotną statystycznie różnicę pomiędzy poziomem cechy liczbowej w dwóch porównywanych grupach.

¹¹⁷ Test niezależności chi-kwadrat jest najpopularniejszym testem statystycznym służącym do badania zależności między dwiema cechami zmierzonymi na skali nominalnej. W teście tym stawiana jest hipoteza zerowa, że wystąpienie wariantu jednej cechy nie zależy od wariantu przyjmowanego dla drugiej cechy (cechy są niezależne). W hipotezie alternatywnej zakładane jest, że cechy są ze sobą powiązane. Niskie wartości prawdopodobieństwa testowego p pozwalają odrzucić hipotezę zerową i wnioskować o istnieniu zależności w całej populacji pomiędzy dwiema rozważanymi cechami. Szczegółowe procedury obliczeniowe można znaleźć w wielu pozycjach z zakresu statystyki (por. np. Aczel A.D., *Statystyka w zarządzaniu*, PWN, Warszawa 2000, s. 757–766). Opis wykorzystania testu za pomocą programu *STATISTICA* można znaleźć na przykład w opracowaniu Hydzik P., Sobolewski M., *Komputerowa analiza danych społeczno-gospodarczych*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Rzeszowskiej, Rzeszów 2007, s. 89.

¹¹⁸ Testy statystyczne służą do oceny, czy zależności i relacje zaobserwowane w próbie są efektem ogólniejszej prawidłowości panującej w całej populacji czy tylko przypadkowym rezultatem. Wynikiem testu statystycznego jest tzw. prawdopodobieństwo testowe (p), którego niskie wartości świadczą o istotności statystycznej rozważanej zależności. Przyjmuje się przy tym najczęściej następujące reguły:

5.5.1. Płeć a opinie ankietowanych osób na temat efektywności

Analiza dla czynnika płeć jest o tyle problematyczna, że grupa mężczyzn jest dość nieliczna (26 osób), choć oczywiście z technicznego punktu widzenia analiza jest możliwa do przeprowadzenia.

Płeć nie różnicuje większości wskazywanych synonimów efektywności pracy, poza kwestiami płacowymi – tę odpowiedź dużo częściej wskazują ankietowane kobiety (tabela 82.).

Tabela 82. Postrzeganie synonimów efektywności pracy wg rozróżnienia na płeć

Synonimy efektywności pracy	Płeć				p
	mężczyzna		kobieta		
	N	%	N	%	
poszerzanie umiejętności oraz rozwój zawodowy	12	46,2%	121	36,1%	0,3069
system motywacyjny	7	26,9%	104	31,0%	0,6609
odpowiednie wynagrodzenie	7	26,9%	171	51,0%	0,0178*
zarządzanie czasem oraz planowanie działań	9	34,6%	90	26,9%	0,3935
wyposażenie stanowiska pracy	5	19,2%	84	25,1%	0,5054

p – wartości prawdopodobieństwa testowego wyliczone za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Jeśli chodzi o ocenę efektywności organizacji, to różnice pomiędzy opiniami kobiet i mężczyzn dotyczą kwestii jakości zarządzania i orientacji długoterminowej – oba te aspekty były ważniejsze w opinii kobiet.

Tabela 83. Ocena efektywności organizacyjnej wg rozróżnienia na płeć

Czynniki efektywności (de Waal)	Płeć						P
	mężczyzna			kobieta			
	\bar{x}	Me	s	\bar{x}	Me	s	
ciągła poprawa	4,44	4,19	0,99	4,57	4,63	1,10	0,3957
otwartość i orientacja na działanie	4,78	4,67	1,03	5,00	5,00	1,05	0,1288
jakość zarządzania	4,63	4,64	1,05	5,06	5,09	1,16	0,0239*
jakość zasobów ludzkich	4,78	4,63	1,26	5,06	5,00	1,14	0,1817
orientacja długoterminowa	4,58	4,67	1,29	5,01	5,00	1,08	0,0573

p – wartości prawdopodobieństwa testowego wyliczona za pomocą testu Manna-Whitneya

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Ankietowane kobiety wskazywały częściej na duże znaczenie większości zmierzonych elementów osobistej efektywności pracy. Wygląda na to, że ankietowani

- gdy $p \geq 0,05$, mówimy o braku podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej, co oznacza, że testowana różnica, zależność, efekt nie jest znamieny statystycznie;
- gdy $p < 0,05$, mówimy o statystycznie istotnej zależności (oznaczamy ten fakt za pomocą *);
- $p < 0,01$ to wysoce istotna zależność (**);
- $p < 0,001$ to bardzo wysoce istotna statystycznie zależność (***)

Niektórzy autorzy rekomendują przyjęcie bardziej liberalnego kryterium uznawania danego wyniku za istotny statystycznie poprzez zastąpienie warunku $p < 0,05$ warunkiem: $p < 0,10$. Podejście takie wydaje się uzasadnione w przypadku niewielkiej liczności próby, gdy uzyskanie rezultatu istotnego statystycznie jest relatywnie mniej prawdopodobne (więcej na temat idei testowania hipotez statystycznych: Sokołowski A., *Estymacja i testowanie hipotez* [w:] *STATISTICA w badaniach naukowych i nauczaniu statystyki*, Wyd. StatSoft Polska, Kraków 2010, s. 25-60; Francuz P., Mackiewicz R., *Liczy nie wiedzą skąd pochodzą. Przewodnik po metodologii i statystyce*. Wyda. KUL, Lublin 2007, s. 245-275).

mężczyźni generalnie przykładają dużo mniejszą wagę do czynników wpływających na własną efektywność. Najmniejszą uwagę skupiają na działaniach długoterminowych, co może oznaczać, że koncentrują swoją uwagę na najbliższych wydarzeniach wpływających na ich pracę zawodową. Nie dostrzegają również potencjału w nieustannej poprawie efektywności, wpływaniu na jej wzrost i polepszenie.

Tabela 84. Ocena czynników wpływających na jakość pracy wg rozróżnienia na płeć

Czynniki wpływające na jakość pracy pielęgniarki	Płeć						P
	mężczyzna			kobieta			
	\bar{x}	Me	s	\bar{x}	Me	s	
wymiar kontekstowy	4,72	4,55	0,86	4,95	4,91	0,87	0,1344
umiejętności zawodowe	5,26	5,50	1,24	5,74	6,00	0,95	0,0551
umiejętności kliniczne	5,31	5,58	1,18	5,57	5,67	0,90	0,3831
komunikacja interpersonalna	4,71	4,67	1,18	5,14	5,00	1,08	0,0537
rozwiązywanie problemów	5,00	5,00	1,14	5,47	5,67	1,09	0,0343*
etyka zawodowa	4,96	5,00	1,52	5,59	5,67	1,05	0,0333*
praca zespołowa	4,78	4,63	1,26	5,45	5,50	0,97	0,0033**
przywództwo	4,94	5,13	1,38	5,23	5,25	1,03	0,3502

p – wartości prawdopodobieństwa testowego wyliczone za pomocą testu Manna-Whitneya

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Nie było natomiast niemal żadnej różnicy (wartości prawdopodobieństwa testowego *p* na poziomie niemal 1) pomiędzy satysfakcją z pracy wśród ankietowanych kobiet i mężczyzn.

Tabela 85. Ocena satysfakcji z pracy wg. rozróżnienia na płeć

Ocena satysfakcji z pracy	Płeć						P
	mężczyzna			kobieta			
	\bar{x}	Me	s	\bar{x}	Me	s	
MSQ	66,3	70	13,4	67,5	68	10,5	0,9844

p – wartość prawdopodobieństwa testowego wyliczona za pomocą testu Manna-Whitneya

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

5.5.2. Wiek a opinie ankietowanych osób na temat efektywności

Większość analiz dla czynnika wiek przeprowadzono, wykorzystując dokładne informacje liczbowe, jedynie porównanie odpowiedzi na pyt. 12 zdecydowano się przedstawić w postaci porównania międzygrupowego. Jak wynika z poniższego zestawienia, wiek nie różnicuje częstości wskazywania poszczególnych synonimów efektywności pracy. Zatem w opinii respondentów nie ma znaczenia kategoria wiekowa na postrzeganie efektywności pracy. Oznacza to, że wybrane synonimy efektywności są zbieżne dla poszczególnych grup wiekowych.

Tabela 86. Postrzeganie synonimów efektywności pracy wg grup wiekowych

Synonimy efektywności pracy	Grupy wiekowe [lata]								P
	<35		35-44		45-54		>55		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
rozwój zawodowy	18	34,0%	28	43,8%	61	40,4%	26	28,0%	0,1400
system motywacyjny	19	35,8%	22	34,4%	47	31,1%	23	24,7%	0,4515
odpowiednie wynagrodzenie	33	62,3%	30	46,9%	66	43,7%	49	52,7%	0,1102
zarządzanie czasem oraz planowanie	14	26,4%	19	29,7%	43	28,5%	23	24,7%	0,8930
wyposażenie stanowiska pracy	12	22,6%	17	26,6%	39	25,8%	21	22,6%	0,9037

p – wartości prawdopodobieństwa testowego wyliczone za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Poniżej w formie tabel autor prezentuje zestawienie współczynników korelacji rang Spearmana, pokazujące zależności pomiędzy wiekiem a postrzeganiem czynników efektywności organizacji, indywidualnej i oceną satysfakcji z pracy.

Nie stwierdzono istotnych powiązań pomiędzy wiekiem a oceną czynników wpływających na efektywność organizacji.

Tabela 87. Wiek a ocena czynników wpływających na efektywność organizacji

Czynniki efektywności (de Waal)	Wiek [lata]
ciągła poprawa	0,06 (<i>p</i> = 0,2302)
otwartość i orientacja na działanie	-0,04 (<i>p</i> = 0,4801)
jakość zarządzania	-0,01 (<i>p</i> = 0,9035)
jakość zasobów ludzkich	-0,03 (<i>p</i> = 0,5448)
orientacja długoterminowa	0,05 (<i>p</i> = 0,3004)

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Wiek różnicuje ocenę znaczenia niemal wszystkich czynników wpływających na jakość pracy pielęgniarek. Jednak zaobserwowane korelacje są bardzo słabe. Wszystkie współczynniki korelacji rosną wraz z wiekiem, co oznacza, że pielęgniarki mające większe doświadczenie w większym stopniu doceniają wpływ niemal wszystkich aspektów codziennej pracy na jej efektywność. Raz jednak jeszcze trzeba podkreślić, że zależności są bardzo słabe.

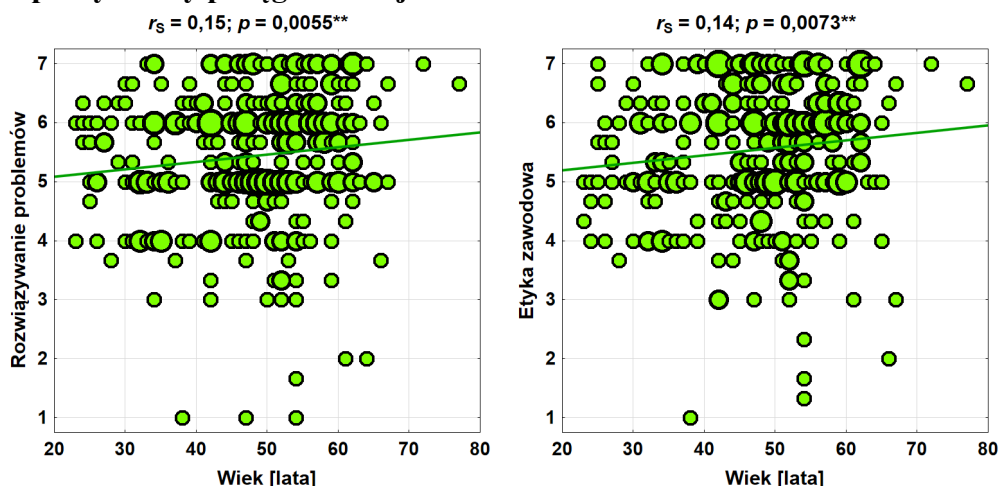
Tabela 88. Wiek a czynniki wpływające na jakość pracy kadry pielęgniarskiej

Czynniki wpływające na jakość pracy pielęgniarki	Wiek [lata]
wymiar kontekstowy	0,09 (<i>p</i> = 0,0795)
umiejętności zawodowe	0,11 (<i>p</i> = 0,0451*)
umiejętności kliniczne	0,14 (<i>p</i> = 0,0098**)
komunikacja interpersonalna	0,11 (<i>p</i> = 0,0449*)
rozwiązywanie problemów	0,15 (<i>p</i> = 0,0055**)
etyka zawodowa	0,14 (<i>p</i> = 0,0073**)
praca zespołowa	0,09 (<i>p</i> = 0,1025)
przywództwo	0,11 (<i>p</i> = 0,0289*)

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Na wykresie rozrzutu zilustrowano dwie najsilniejsze zależności (wykres 27.).

Wykres 27. Najsilniejsze zależności w kategorii wiek a czynniki wpływające na jakość pracy kadry pielęgniarskiej



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Nie stwierdzono zależności pomiędzy wiekiem a satysfakcją z pracy (r_s niemal równie 0, zaś wartości prawdopodobieństwa testowego p dość znacznie powyżej 0,05) (tabela 89.).

Tabela 89. Satysfakcja z pracy a wiek kadry pielęgniarskiej

Ocena satysfakcji z pracy	Wiek [lata]
MSQ	0,06 ($p = 0,2245$)

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

5.5.3. Wykształcenie a opinie ankietowanych osób na temat efektywności

Wykształcenie różnicuje, i to w stopniu jedynie zbliżonym do istotnego statystycznie ($p < 0,10$), wskazywanie rozwoju zawodowego jako synonimu efektywności pracy – tę opcję najczęściej wskazują pielęgniarki z wykształceniem licencjackim. Równie wysoko jako synonim efektywności wskazują odpowiednie wynagrodzenie. Tutaj największym odsetkiem charakteryzują się pielęgniarki posiadające licencjat, ale i te z tytułem magistra.

Tabela 90. Postrzeganie synonimów efektywności pracy wg wykształcenia

Synonimy efektywności pracy	Wykształcenie						p
	pielęgniarka dyplomowana		licencjat pielęgniarstwa		magister pielęgniarstwa		
	N	%	N	%	N	%	
rozwój zawodowy	23	29,9%	59	43,7%	51	34,2%	0,0917
system motywacyjny	24	31,2%	41	30,4%	46	30,9%	0,9918
odpowiednie wynagrodzenie	33	42,9%	70	51,9%	75	50,3%	0,4286
zarządzanie czasem oraz planowanie	19	24,7%	37	27,4%	43	28,9%	0,7999
wyposażenie stanowiska pracy	14	18,2%	33	24,4%	42	28,2%	0,2539

p – wartości prawdopodobieństwa testowego wyliczone za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Jeśli chodzi o aspekty efektywności na poziomie organizacyjnym, to jedynie w kategorii otwartość i orientacja na działanie są znamienne różnice w odpowiedziach osób z różnym poziomem wykształcenia. Ten czynnik relatywnie najrzadziej wskazują pielęgniarki dyplomowane (średnio rzecz biorąc 4,68 vs 5,11 i 5,02 w dwóch pozostałych grupach). Może to oznaczać, że pielęgniarki dyplomowane nie zwracają tak dużej uwagi na kwestie, tj.: dialog między kierownictwem a pracownikami, wymianę wiedzy i uczenie się, zaangażowanie w istotne procesy czy też nakierowanie organizacji na efektywność, niż te, które mają tytuł magistra bądź licencjata (tabela 91.).

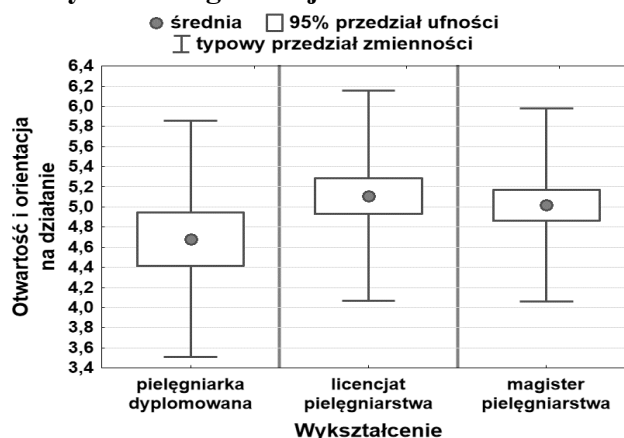
Tabela 91. Wykształcenie a ocena czynników wpływających na efektywność organizacji

Czynniki efektywności (de Waal)	Wykształcenie									P
	pielęgniarka dyplomowana (N = 77)			licencjat pielęgniarstwa (N = 135)			magister pielęgniarstwa (N = 149)			
	\bar{x}	Me	s	\bar{x}	Me	s	\bar{x}	Me	s	
ciągła poprawa	4,39	4,50	1,24	4,71	4,75	1,03	4,50	4,50	1,06	0,1679
otwartość i orientacja na działanie	4,68	4,83	1,17	5,11	5,17	1,04	5,02	5,00	0,96	0,0278*
jakość zarządzania	4,70	5,00	1,44	5,11	5,09	1,12	5,13	5,09	0,98	0,1617
jakość zasobów ludzkich	4,87	5,00	1,10	5,11	5,00	1,17	5,06	5,00	1,16	0,1795
orientacja długoterminowa	4,78	4,83	1,20	5,07	5,17	1,14	4,99	5,17	1,01	0,1532

p – wartości prawdopodobieństwa testowego wyliczone za pomocą testu Kruskala-Wallisa

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Wykres 28. Najsilniejsza zależność w kategorii wykształcenie a ocena czynników wpływających na efektywność organizacji



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Wykształcenie w ogóle nie różnicuje oceny znaczenia czynników wpływających na indywidualną jakość pracy (tabela 92.).

Tabela 92. Wykształcenie a czynniki wpływające na jakość pracy kadry pielęgniarskiej

Czynniki wpływające na jakość pracy pielęgniarki	Wykształcenie									P
	pielęgniarka dyplomowana (N = 77)			licencjat pielęgniarstwa (N = 135)			magister pielęgniarstwa (N = 149)			
	\bar{x}	Me	s	\bar{x}	Me	s	\bar{x}	Me	s	
wymiar kontekstowy	4,82	4,91	0,85	5,03	5,00	0,92	4,91	4,91	0,81	0,2500
umiejętności zawodowe	5,66	6,00	1,08	5,75	6,00	0,95	5,69	6,00	0,96	0,8841
umiejętności kliniczne	5,54	5,67	1,00	5,59	5,67	0,95	5,52	5,67	0,87	0,7617
kommunikacja interpersonalna	5,05	5,00	1,21	5,19	5,00	1,09	5,06	5,00	1,03	0,5044
rozwiązywanie problemów	5,40	5,67	1,31	5,54	6,00	1,08	5,35	5,33	0,98	0,1610
etyka zawodowa	5,59	5,67	1,18	5,50	5,67	1,12	5,57	5,67	1,04	0,7275
praca zespołowa	5,35	5,50	1,13	5,41	5,25	1,01	5,42	5,50	0,95	0,9784
przywództwo	5,16	5,25	1,20	5,21	5,25	1,13	5,24	5,50	0,92	0,9945

p – wartości prawdopodobieństwa testowego wyliczone za pomocą testu Kruskala-Wallisa

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Wykształcenie jest kolejnym z rozważanych czynników, który niemal w ogóle nie różnicuje poziomu satysfakcji z wykonywanej pracy (tabela 93.).

Tabela 93. Satysfakcja z pracy a wykształcenie kadry pielęgniarskiej

Ocena satysfakcji z pracy	Wykształcenie									P
	pielęgniarka dyplomowana (N = 77)			licencjat pielęgniarstwa (N = 135)			magister pielęgniarstwa (N = 149)			
	\bar{x}	Me	s	\bar{x}	Me	s	\bar{x}	Me	s	
MSQ	67,0	69	10,8	67,4	68	10,6	67,6	68	10,8	0,9391

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

5.5.4. Staż pracy a opinie ankietowanych osób na temat efektywności

Poniżej autor dokonał prezentacji opinii dotyczących synonimów efektywności względem stażu pracy ankietowanych osób. Tym samym została podjęta próba odpowiedzi na pytanie, czy staż zawodowy wpływa na postrzeżenie efektywności pracy. Do analizy przyjęto następujące kryteria: rozwój zawodowy, system motywacyjny, odpowiednie wynagrodzenie, zarządzanie czasem przez planowanie, wyposażenie stanowiska pracy. Na system motywacyjny zwracają największą uwagę osoby pracujące 10–20 lat, najrzadziej wskazują ten czynnik jako synonim efektywności osoby pracujące najkrócej i najdłużej. Postrzeżenie synonimów efektywności pracy w stosunku do stażu zawodowego obrazuje tabela 94.

Tabela 94. Postrzeżenie synonimów efektywności pracy wg stażu pracy

Synonimy efektywności pracy	Staż pracy w zawodzie								P
	<10 lat		10–20 lat		21–30 lat		>30 lat		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
rozwój zawodowy	28	40,6%	18	31,0%	41	38,0%	46	36,5%	0,7246
system motywacyjny	20	29,0%	26	44,8%	36	33,3%	29	23,0%	0,0247*
odpowiednie wynagrodzenie	36	52,2%	31	53,4%	45	41,7%	66	52,4%	0,3051
zarządzanie czasem oraz planowanie	18	26,1%	18	31,0%	32	29,6%	31	24,6%	0,7507
wyposażenie stanowiska pracy	14	20,3%	15	25,9%	31	28,7%	29	23,0%	0,5959

p – wartości prawdopodobieństwa testowego wyliczone za pomocą testu niezależności chi-kwadrat

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Staż pracy różnicuje ocenę niektórych czynników organizacji – na przykład osoby pracujące relatywnie dłużej podkreślają wagę orientacji długoterminowej. Kluczowym aspektem w ocenie bez względu na staż pracy jest odpowiednie wynagrodzenie za wykonywaną pracę oraz czynniki wpływające na rozwój zawodowy. Może to oznaczać, że aspekty finansowe wraz z możliwością awansu stanowią czynniki zwiększające poziom efektywności pracy na każdym z etapów życia zawodowego.

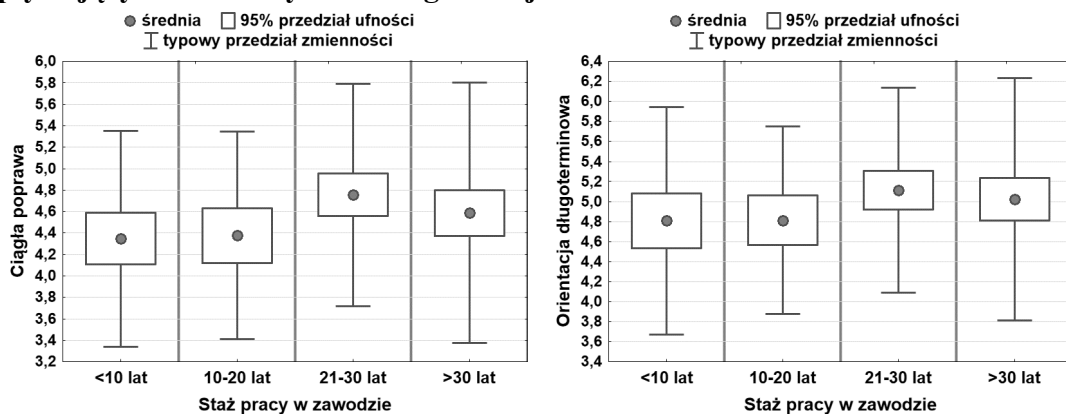
Tabela 95. Staż pracy a ocena czynników wpływających na efektywność organizacji

Czynniki efektywności (de Waal)	Staż pracy w zawodzie								P
	<10 lat (N = 69)		10-20 lat (N = 58)		21-30 lat (N = 108)		>30 lat (N = 126)		
	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s	
ciągła poprawa	4,35	1,01	4,38	0,97	4,76	1,04	4,59	1,22	0,0128*
otwartość i orientacja na działanie	5,02	1,04	4,90	0,87	5,05	0,96	4,93	1,19	0,6815
jakość zarządzania	5,01	0,98	4,94	0,97	5,14	1,10	4,98	1,35	0,4358
jakość zasobów ludzkich	5,00	1,06	4,84	1,06	5,21	1,15	5,00	1,22	0,0595
orientacja długoterminowa	4,81	1,14	4,81	0,94	5,11	1,02	5,02	1,21	0,0433*

p – wartości prawdopodobieństwa testowego wyliczone za pomocą testu Kruskala-Wallisa

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Wykres 29. Najsilniejsze zależności w kategorii staż pracy a ocena czynników wpływających na efektywność organizacji



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Ocena ważności wszystkich czynników wpływających na jakość pracy pielęgniarek zależy od stażu pracy w zawodzie. Zależności nie są jednoznaczne, ale dla większości czynników największe znaczenie jest im przypisywane przez osoby pracujące relatywnie dłużej. Na przykład umiejętności kliniczne są oceniane w skali od 1 do 7 na, średnio rzecz biorąc, 5,79 i 5,86 przez osoby z dłuższym stażem i 5,47 oraz 5,48 na osoby z krótszym stażem. Może to świadczyć, że osoby z czasem nabywają doświadczenia zawodowego i to przynosi wymierne efekty dla podmiotu leczniczego. Rośnie tym samym zaangażowanie, dążenie do ciągłej poprawy zachodzących procesów w długoterminowym okresie czasu.

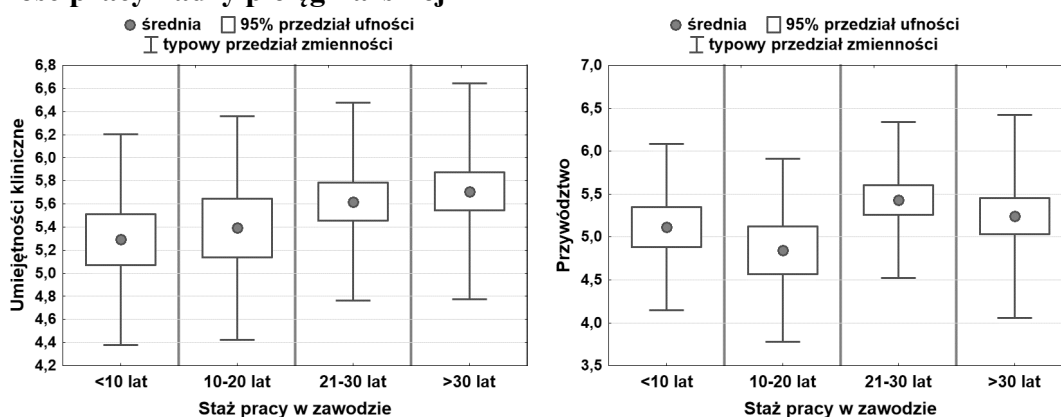
Tabela 96. Staż pracy a czynniki wpływające na jakość pracy kadry pielęgniarskiej

Czynniki wpływające na jakość pracy pielęgniarki	Staż pracy w zawodzie								P
	<10 lat (N= 69)		10-20 lat (N= 58)		21-30 lat (N= 108)		>30 lat (N= 126)		
	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s	
wymiar kontekstowy	4,78	0,84	4,75	0,79	5,09	0,82	4,97	0,93	0,0160*
umiejętności zawodowe	5,47	1,03	5,48	1,08	5,79	0,87	5,86	0,96	0,0150*
umiejętności kliniczne	5,29	0,91	5,39	0,97	5,62	0,86	5,71	0,94	0,0053**
komunikacja interpersonalna	4,88	0,98	4,86	1,27	5,34	0,97	5,14	1,13	0,0123*
rozwiązywanie problemów	5,29	1,01	5,03	1,32	5,52	0,89	5,61	1,14	0,0057**
etyka zawodowa	5,33	1,01	5,39	1,30	5,54	1,09	5,74	1,02	0,0365*
praca zespołowa	5,30	0,95	5,04	1,14	5,53	0,95	5,51	1,00	0,0087**
przywództwo	5,12	0,97	4,84	1,07	5,43	0,91	5,24	1,18	0,0032**

p – wartości prawdopodobieństwa testowego wyliczone za pomocą testu Kruskala-Wallisa

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Wykres 30. Najsilniejsze zależności w kategorii staż pracy a czynniki wpływające na jakość pracy kadry pielęgniarskiej



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Satysfakcja z pracy nie zależy od stażu pracy w zawodzie.

Tabela 97. Satysfakcja z pracy a staż w zawodzie kadry pielęgniarskiej

Ocena satysfakcji z pracy	Staż pracy w zawodzie								P
	<10 lat (N= 69)		10-20 lat (N= 58)		21-30 lat (N= 108)		>30 lat (N= 126)		
	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s	\bar{x}	s	
MSQ	66,8	11,6	66,1	11,6	69,5	9,1	66,5	10,9	0,1447

p – wartość prawdopodobieństwa testowego wyliczona za pomocą testu Kruskala-Wallisa

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Dokonując podsumowania tej części analizowanych informacji, należy stwierdzić, że synonimów efektywności generalnie nie różnicuje płeć, wiek, wykształcenie czy też staż zawodowy. Różnice postrzegania efektywności organizacyjnej przez kobiety i mężczyzn można zauważyć w przypadku jakości zarządzania oraz orientacji długoterminowej. Kobiety większą rolę przypisują efektywności osobistej, która może wpływać na jakość i charakter wykonywanej pracy. Badania nie uwidoczniły znaczących relacji pomiędzy satysfakcją z wykonywanej pracy przez kobiety i mężczyzn. Wynikać to może z jednorodności grupy badawczej pielęgniarek, gdzie zdecydowaną większość stanowią kobiety (92,8%). Podobnie, jeśli chodzi o wiek

ankietowanych. Nie odnotowano znaczących interakcji pomiędzy wiekiem a oceną czynników oddziałujących na organizację. Co wartym odnotowania to zauważalny trend (pomimo bardzo słabych korelacji), że wiek determinuje jakość pracy. Oznacza to, że wraz z wiekiem kadra pielęgniarska buduje doświadczenie zawodowe, które przekłada się na charakter i jakość opieki medycznej sprawowanej nad pacjentami. Kolejnym czynnikiem poddanym badaniu było wykształcenie. Z pozyskanych i przeanalizowanych danych wynika, że to pielęgniarki z wykształceniem licencjackim wskazują rozwój zawodowy jako synonim efektywności. Co istotne poziom wykształcenia nie wpływa na poziom satysfakcji z wykonywanej pracy. Dane z badania ilościowego przyniosły również odpowiedź czy staż zawodowy wpływa na efektywność pracy. Czynnikiem, który różnicuje ocenę efektywności z poziomu stażu zawodowego jest wynagrodzenie oraz możliwość awansu. Stanowią one elementy podnoszące poziom efektywności pracy na poszczególnych etapach życia zawodowego.

5.6. Ocena efektywności i satysfakcja z pracy – ocena relacji

5.6.1. Efektywność indywidualna a efektywność organizacji

Zbadano związek pomiędzy postrzeganiem poszczególnych wymiarów efektywności organizacji oraz wymiarów efektywności indywidualnej. W tym celu wyznaczono tabelę współczynników korelacji (w tabeli z uwagi na dużą liczbę wyników nie podano dokładnej oceny istotności, a jedynie oznaczono korelacje istotne symbolem *).

Jak widać, wszystkie rozważane korelacje okazały się istotne statystycznie – osoby, które uważają za ważniejszy jakikolwiek czynnik wpływający na efektywność organizacji, za ważniejsze uważają także czynniki wpływające na jakość pracy pielęgniarek. Zatem można powiedzieć, że dla ankietowanych istotna jest efektywność pracy w wymiarze organizacyjnym, ale również wpływające na poprawę efektywności aspekty indywidualne mogą przynieść korzystny wymiar. Dlatego tak istotne jest holistyczne podejście, analizowanie równocześnie czynników indywidualnych w relacji do organizacyjnych.

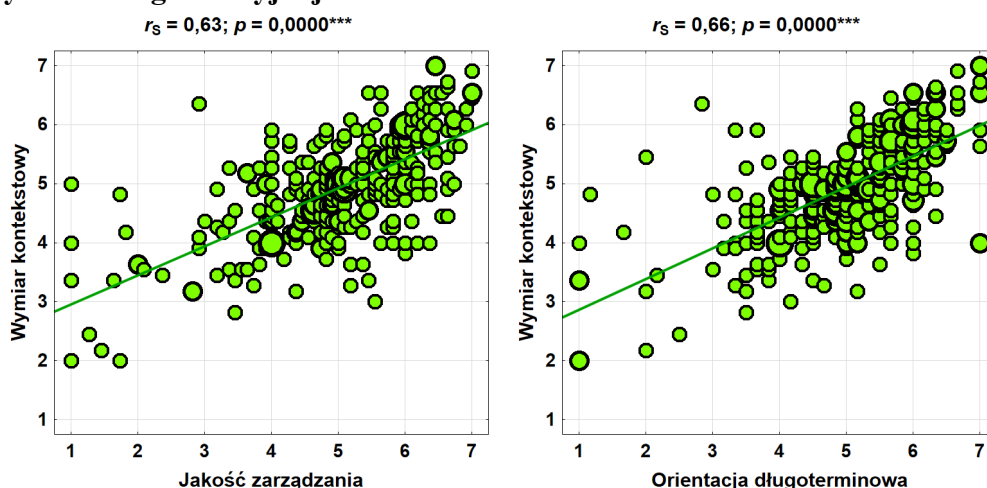
Tabela 98. Ocena ważności czynników efektywności organizacji

Czynniki efektywności indywidualnej	Czynniki efektywności organizacji				
	ciągła poprawa	otwartość i orientacja na działanie	jakość zarządzania	jakość zasobów ludzkich	orientacja długoterminowa
wymiar kontekstowy	0,57*	0,53*	0,63*	0,63*	0,66*
umiejętności zawodowe	0,41*	0,47*	0,56*	0,53*	0,51*
umiejętności kliniczne	0,41*	0,48*	0,54*	0,56*	0,57*
komunikacja interpersonalna	0,39*	0,44*	0,53*	0,48*	0,48*
rozwiązywanie problemów	0,41*	0,44*	0,52*	0,50*	0,50*
etyka zawodowa	0,36*	0,47*	0,54*	0,46*	0,47*
praca zespołowa	0,46*	0,44*	0,54*	0,55*	0,52*
przywództwo	0,46*	0,43*	0,53*	0,53*	0,51*

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Na poniższych wykresach przedstawiono dwie przykładowe, najsilniejsze zależności (wykres 31.).

Wykres 31. Najsilniejsze zależności w kategorii ocena ważności czynników efektywności organizacyjnej



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

5.6.2. Synonimy efektywności a ocena efektywności organizacji i indywidualnej

Jeśli jedna cecha miała charakter porządkowy, a druga dychotomiczny, wyznaczano tzw. *point-biserial correlation coefficient* – ozn. r_{pb} (metodologicznie jest to zwykły współczynnik korelacji liniowej Pearsona, zastosowany do cechy dychotomicznej i porządkowej). Współczynniki r_{pb} mogą przyjmować wartości z zakresu -1 do 1, przy czym wartości skrajne świadczą o silnych zależnościach – ujemne o powiązaniu niezgodnym (jeśli jedno zjawisko się nasila, wtedy drugie słabnie), dodatnie o powiązaniu zgodnym (jeśli jedno zjawisko się nasila, wtedy drugie także). Wartości współczynnika bliskie 0 oznaczają brak zależności. Przy czym w badaniach

społecznych trudno oczekiwać bardzo wysokich korelacji. Oczywiście interpretacji mogą podlegać tylko zależności istotne statystycznie. Z uwagi na bardzo dużą złożoność prezentowanych wyników w tabelach nie podano wartości prawdopodobieństwa testowego p dla każdej zależności, a jedynie oznaczono symbolem * korelacje istotne statystycznie ($p < 0,05$).

Wskazywanie synonimów efektywności pracy jest powiązane ze wskazywaniem niektórych czynników efektywności organizacji i indywidualnej, ale siła tych zależności jest bardzo niewielka. Trudno więc o jakieś ważne merytoryczne wnioski. Dla przykładu, osoby wskazujące jako synonim efektywności zarządzanie czasem i planowanie dostrzegają znaczenie większości czynników efektywności indywidualnej. Z kolei nie ma związku wskazywanie poszerzenia umiejętności jako synonimu efektywności ze wskazywaniem czynników efektywności organizacji, a z czynników indywidualnej efektywności związek występuje jedynie z wymiarem komunikacja interpersonalna (tabela 99.).

Tabela 99. Synonimy efektywności pracy a czynniki efektywności organizacji

Synonimy efektywności pracy	Czynniki efektywności organizacji				
	ciągła poprawa	otwartość i orientacja na działanie	jakość zarządzania	jakość zasobów ludzkich	orientacja długoterminowa
poszerzanie umiejętności	0,09	0,08	0,01	0,08	0,07
system motywacyjny	0,02	0,11*	0,13*	-0,02	0,05
wynagrodzenie	0,10	0,17*	0,18*	0,11*	0,06
zarządzanie czasem oraz planowanie	0,17*	0,06	0,13*	0,13*	0,08
wyposażenie stanowiska pracy	0,00	0,06	0,12*	0,10	0,08

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Tabela 100. Synonimy efektywności pracy a czynniki efektywności pracy indywidualnej

Synonimy efektywności pracy	Czynniki efektywności indywidualnej							
	wymiar kontekstowy	umiejętności zawodowe	umiejętności klucze	komunikacja interpersonalna	rozwiązywanie problemów	etyka zawodowa	praca zespołowa	przywództwo
poszerzanie umiejętności	0,03	0,02	0,03	0,13*	0,07	0,07	0,06	0,04
system motywacyjny	0,00	0,05	0,10	0,07	0,01	0,10	0,04	0,09
wynagrodzenie	-0,05	0,04	0,04	0,00	0,03	0,07	0,07	0,00
zarządzanie czasem oraz planowanie	0,11*	0,12*	0,14*	0,13*	0,16*	0,08	0,09	0,13*
wyposażenie stanowiska pracy	0,05	0,04	0,10	0,11*	0,06	0,09	0,07	0,09

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

5.6.3. Opinie na temat efektywności a satysfakcja z pracy

Stosując współczynnik *point-biserial* (tabela 101.) lub zwykły współczynnik korelacji Spearmana (w kolejnych dwóch tabelach 102. oraz 103.), zbadano zależność pomiędzy postrzeganiem efektywności pracy a satysfakcją z jej wykonywania.

Wskazywanie poszczególnych synonimów pojęcia efektywności pracy zgodnie z pytaniem 12 kwestionariusza ankiety (załącznik 1.) nie jest powiązane z satysfakcją z pracy personelu pielęgniarskiego. Brak istotnych statystycznie zależności.

Tabela 101. Synonimy efektywności pracy a ocena satysfakcji z pracy

Synonimy efektywności pracy	Ocena satysfakcji z pracy (MSQ)
poszerzanie umiejętności	0,08 ($p = 0,1145$)
system motywacyjny	-0,07 ($p = 0,1895$)
wynagrodzenie	-0,05 ($p = 0,3046$)
zarządzanie czasem oraz planowanie	0,08 ($p = 0,1108$)
wyposażenie stanowiska pracy	0,01 ($p = 0,7779$)

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

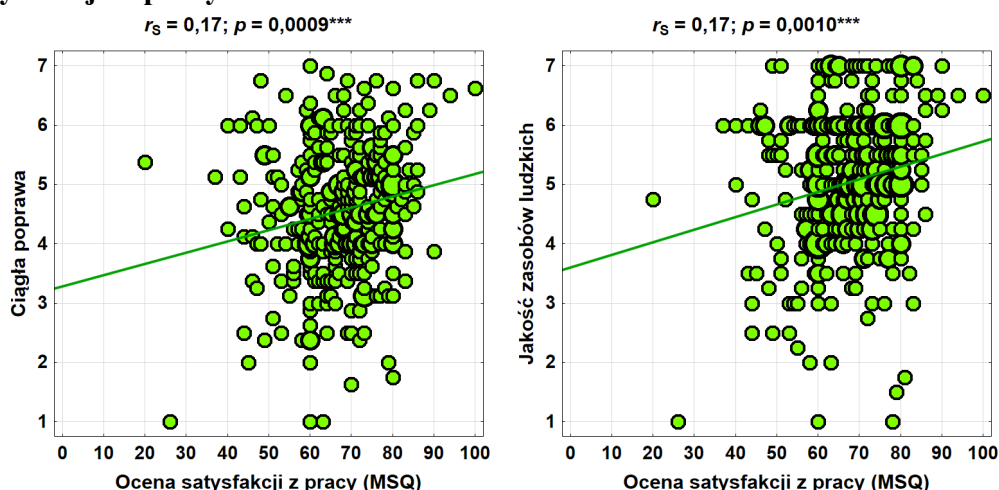
Osoby wskazujące na szersze znaczenie większości czynników efektywności organizacji mają również większą satysfakcję z pracy. Być może wynika to z faktu, że osoby myślące o poprawie organizacji pracy czynią to z powodu pozytywnego stosunku do pracy i *vice versa*. Jest to również związane z poziomem zaangażowania w pracę i sposobem realizacji obowiązków zawodowych. Korelacje są słabe – relatywnie najsilniejsze jest dostrzeganie znaczenia ciągłej poprawy oraz jakości zasobów ludzkich z satysfakcją z pracy. Ponownie jakość zasobów ludzkich szczególnie w podmiocie leczniczym może mieć istotne znaczenie dla efektywności organizacyjnej. Zasoby ludzkie wpływają na jej funkcjonowanie, szczególnie w aspekcie poprawy i usprawnienia procesów zachodzących wewnątrz organizacji.

Tabela 102. Czynniki efektywności organizacji a satysfakcja z pracy

Czynniki efektywności organizacji (de Waal)	Ocena satysfakcji z pracy (MSQ)
ciągła poprawa	0,17 ($p = 0,0009^{***}$)
otwartość i orientacja na działanie	0,08 ($p = 0,1078$)
jakość zarządzania	0,12 ($p = 0,0182^*$)
jakość zasobów ludzkich	0,17 ($p = 0,0010^{***}$)
orientacja długoterminowa	0,13 ($p = 0,0141^*$)

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Wykres 32. Najsilniejsze zależności w kategorii czynniki efektywności organizacji a satysfakcja z pracy



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

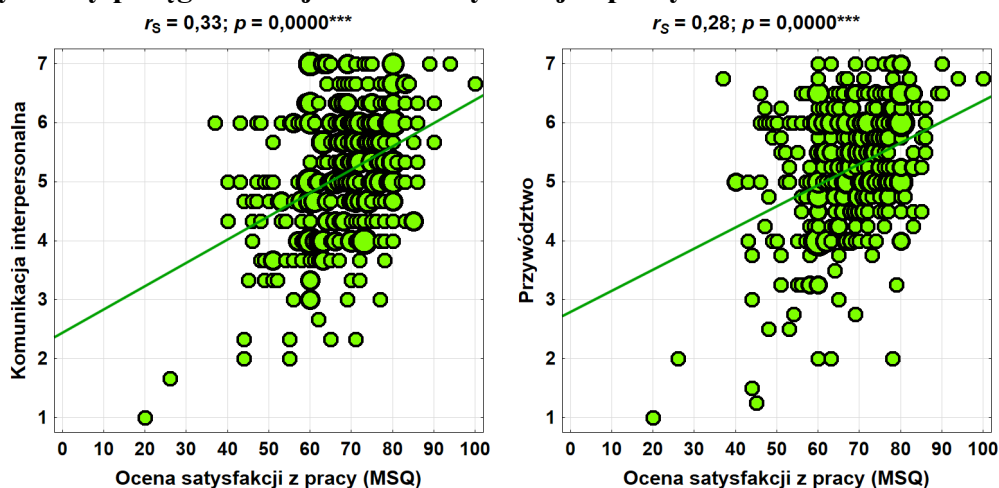
Wyraźniej z satysfakcją z pracy powiązana jest ocena znaczenia czynników indywidualnej jakości pracy pielęgniarek. Relatywnie najsilniej, choć ciągle jest to raczej słaba korelacja, z satysfakcją pracy są powiązane oceny znaczenia komunikacji interpersonalnej i przywództwa – te dwie zależności pokazano na wykresach. Osoby mające większą satysfakcję z pracy w większym stopniu czerpią korzyści z oddziaływania czynników wpływających na poprawę efektywności pracy. Jednym z największych wymiarów jest komunikacja interpersonalna, która w ocenie ankietowanych może maksymalizować efektywność i wpływać na jej dynamiczny wzrost.

Tabela 103. Czynniki wpływające na jakość pracy kadry pielęgniarskiej a ocena satysfakcji z pracy

Czynniki wpływające na jakość pracy pielęgniarki	Ocena satysfakcji z pracy (MSQ)
wymiar kontekstowy	0,23 ($p = 0,0000^{***}$)
umiejętności zawodowe	0,16 ($p = 0,0017^{**}$)
umiejętności kliniczne	0,16 ($p = 0,0030^{**}$)
komunikacja interpersonalna	0,33 ($p = 0,0000^{***}$)
rozwiązywanie problemów	0,21 ($p = 0,0001^{***}$)
etyka zawodowa	0,16 ($p = 0,0026^{**}$)
praca zespołowa	0,16 ($p = 0,0030^{**}$)
przywództwo	0,28 ($p = 0,0000^{***}$)

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Wykres 33. Najsilniejsze zależności w kategorii czynniki wpływające na jakość pracy kadry pielęgniarskiej a ocena satysfakcji z pracy



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Podsumowując, proces starzenia się kadry pielęgniarskiej jest znacząco zauważalny w badaniach. Podkreślenia wymaga wiek ankietowanych, który w badaniu kadry pielęgniarskiej wynosi średnio 48 lat. Co trzecia ankietowana pielęgniarka pracuje w zawodzie dłużej niż 30 lat. Z grupy badanej ponad 91% osób nie uzyskało jeszcze uprawnień emerytalnych, jednak 32% deklaruje, że odejdzie z zawodu natychmiast po ich uzyskaniu. Powodem tego są niskie zarobki, zmęczenie oraz wypalenie zawodowe. Niepokojącym sygnałem świadczącym o brakach kadrowych w zawodzie pielęgniarka i pielęgniarz jest fakt, że blisko 90% ankietowanych jest zdania, że krajowy system ochrony zdrowia cierpi na brak personelu medycznego. Aż 2/3 respondentów (65,7%) potwierdza, że liczba pielęgniarek jest niewystarczająca dla zapewnienia opieki zdrowotnej chorym.

Efektywność pracy ujmowana jest przez personel pielęgniarski wielopłaszczyznowo. Niewątpliwie tym, co motywuje i przynosi większą satysfakcję z pracy w ocenie kadry pielęgniarskiej, jest wynagrodzenie. Zdaniem połowy ankietowanych efektywność pracy to przede wszystkim otrzymywanie wynagrodzenia zgodnego z kompetencjami oraz oczekiwaniami. Równie istotne są aspekty kształcenia, budowy doświadczenia opartego na umiejętnościach czy też rozwój zawodowy. Jednym z najsilniejszych czynników wpływających na efektywność w ocenie respondentów jest jakość zasobów ludzkich oraz jakość zarządzania. Istotne jest również doświadczenie przedstawicieli kadr pielęgniarskich. Pielęgniarki mające większe doświadczenie w znacznym stopniu doceniają wpływ niemal wszystkich aspektów codziennej pracy na jej efektywność. Osoby, które pracują 10–20 lat, mające średni staż zawodowy,

w odróżnieniu od pozostałych grup wiekowych głównie podkreślają znaczenie systemu motywacyjnego generującego wzrost opisywanej efektywności pracy. Dla większości ankietowanych istotna jest efektywność pracy w wymiarze organizacyjnym, ale również aspekty indywidualne mogą przynieść wymierne korzyści zarówno dla jednostki, jak i całej organizacji.

ROZDZIAŁ 6 Badania jakościowe wśród przedstawicieli kadry lekarskiej

6.1. Istota i znaczenie badań jakościowych

Sformalizowanie samodzielnego jakościowego nurtu badań datuje się na lata 60. i 70. XX wieku. Wówczas doszło do wykreowania metod jakościowych w naukach społecznych. Do najważniejszych pozycji w tym obszarze należy wymienić prace Aarona V. Cicourela: *Method and Measurement in Sociology* (1964) oraz Barneya G. Glasera i Anselma V. Straussa: *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research* (1967) (Olejnik, 2021). Ostatnie lata to okres dynamicznego rozwoju badań jakościowych. Najważniejsze jest, że materiałem empirycznym jest tekst, a nie liczby. Badania jakościowe czasami uważane są za twórcze z definicji: jakość nie jest ilością, zatem nie obowiązują jej ścisłe reguły i istnieje duża dowolność metodyczna pozwalająca na kreatywność (Konecki, 2019). Głównym zadaniem badań może być dostarczenie informacji koniecznych do doskonalenia procesów decyzyjnych. Wówczas można wskazać trzy cele prowadzenia badań:

- 1) uzyskanie niezbędnej wiedzy o zjawiskach i procesach zachodzących na rynku oraz kształtujących je czynnikach;
- 2) wsparcie procesów decyzyjnych;
- 3) zweryfikowanie skuteczności decyzji (Mazurek-Łopacińska, 2016).

Uwaga badacza skoncentrowana jest na punktach widzenia uczestników badań, codziennej pracy oraz dostępnej wiedzy dotyczącej zakresu badania. Badania prowadzą do stworzenia opisu rzeczywistości i pozwalają na opis, interpretację lub wyjaśnienie z perspektywy uczestnika zjawisk społecznych. Źródłem informacji może w tym wypadku być zawodowa praktyka. Badania jakościowe umożliwiają analizę konkretnych przypadków jako czynników objaśniających dane zjawisko (Flick, 2012). Priorytetem w prowadzeniu badań jakościowych jest zrozumienie badanego zjawiska i wejście w istotę badanych procesów, ich dokładną i wnikliwą analizę. Podkreślenia wymaga fakt, że badania jakościowe stanowią źródło wniosków, które co prawda nie są istotne statystycznie, ale za to kluczowe w ujęciu społecznym (Czernek, 2017). Metody jakościowe są określane jako elastyczne, gdyż badacz jest w stanie wybrać wśród nich tę, która wypełnia zapotrzebowanie badawcze zarówno z perspektywy celowości prowadzonych działań, ale i uwzględnia dostęp do respondentów (Samoraj-Charitonow, 2016). Badania jakościowe uzyskały własną, unikalną tożsamość (Gibbs, 2015).

Umożliwiają dokonanie opisu, interpretacji, wyjaśnienia zjawisk społecznych na wiele sposobów, analizując:

- – doświadczenia jednostek i grup;
- – interakcje i akty komunikacji w czasie ich trwania;
- – dokumenty lub podobne ślady ludzkich doświadczeń i interakcji (Bendkowski, 2016).

Narzędzie to umożliwia poznanie zarówno sposobów myślenia, motywacji, systemów wartości, ale i dominujących postaw badanych osób czy zbiorowości (Nicpoń, Marzęcki, 2010). Przebieg wywiadu pogłębionego opisać można jako dialog oparty na indywidualnej relacji, w której osoba prowadząca wywiad zadaje pytania i jednocześnie pomaga respondentowi odszukać właściwą odpowiedź. Zgodnie z opinią Johnsona wywiad pogłębiony ma stanowić interakcję zorientowaną na konkretny cel: zdobycie pogłębionych informacji i wiedzy, która dotyczy między innymi jaźni jednostki, przeżywanych doświadczeń, wartości i decyzji, a zatem zasadniczo różni się od zwykłej rozmowy (Johnson, 2002). Zadaniem osoby prowadzącej wywiad jest dotarcie do motywów zachowania jednostki, zrozumienie jej poglądów oraz emocji związanych z badanym tematem, ponieważ to one w dużej mierze determinują postawy i zachowania (Nicińska, 2000). Realizacja badań powinna przebiegać wg procedury, na którą składają się poszczególne etapy: określenie tematu, projektowanie, prowadzenie wywiadu, transkrypcja, analiza, weryfikacja, raportowanie (Babbie, 2005).

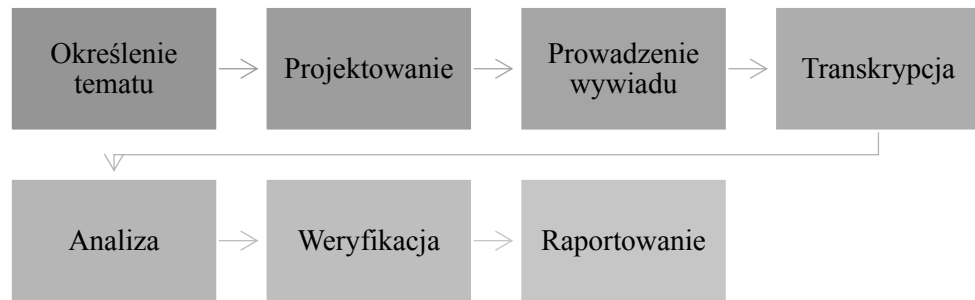
Głównym celem przeprowadzonych przez autora badań jakościowych było określenie roli efektywności pracy w kontekście sprawowanej opieki lekarskiej na oddziałach szpitalnych. Analiza znaczenia efektywności pracy w perspektywie dynamicznie starzejącego się społeczeństwa Polski i zagrożeń związanych ze zmniejszającym się potencjałem kadrowym pracowników medycznych oraz sytuacją epidemii COVID-19. Do ich weryfikacji empirycznej wykorzystano metodę jakościową w postaci IDI (*Individual In-depth Interview*). IDI pozwalają zobrazować motywacje, zachowania, ale również ułatwiają dokonanie interpretacji, opinii czy punktu widzenia rozmówców. Najogólniej wywiad można opisać jako „rodzaj społecznej interakcji, ukierunkowaną rozmowę służącą pozyskaniu przez badacza od respondentów danych dotyczących ich wglądu w rzeczywistość” (Glinka, Czakon, 2021). Wywiady indywidualne są najpowszechniej wykorzystywane w badaniach ilościowych. Stanowią ukierunkowaną rozmowę dwóch osób – badawcza i badanego. Mogą być przeprowadzane bezpośrednio lub za pośrednictwem środków komunikacji

umożliwiających transmisję online. Ważne jest bowiem odnotowanie nie tylko sposobu prowadzenia dyskusji, ale również odbiór sygnałów niewerbalnych. Sygnały te obejmować mogą między innymi proksemikę (umiejscowienie w przestrzeni), chronomikę (tempo wypowiedzi), kinezytykę (zmiany postawy) czy paralingwistykę (zmiany głośności i jakości głosu). IDI często stosowane są jako uzupełnienie innych metod badawczych oraz mają na celu pogłębienie wiedzy o badanym zjawisku, szczególnie jeśli badacz dysponuje dokładnymi danymi. W tym przypadku IDI było uzupełnieniem prowadzonych uprzednio badań o charakterze ilościowym skierowanych do kadry pielęgniarskiej pracującej w szpitalach województwa łódzkiego. Głównym założeniem badacza powinno być zatem uzyskanie wielostronnego obrazu danego zjawiska. Należy uzyskać materiał dokumentujący doświadczenia uczestników, ich wiedzę, pomysły czy wrażenia. W zależności od intensywności reakcji między badaczem a uczestnikiem czas trwania jednego wywiadu mieści się najczęściej w przedziale od 30 minut do kilku godzin. Wywiady pogłębione pozwoliły na pozyskanie konkretnych danych od potencjalnych respondentów, co mogłoby być utrudnione w przypadku wykorzystania innych technik badawczych (Olejnik, Kaczmarek, Springer, 2021). Umożliwiło to pozyskanie danych o charakterze jakościowym w bezpośredniej interakcji z kadrą lekarską. Dane te dostarczają specjalistycznej wiedzy o badanym zjawisku. Zachowano procedurę przygotowania i realizacji IDI zgodnie z następującymi etapami:

- 1) postawienie pytań badawczych;
- 2) przygotowanie scenariusza wywiadu (lista poszukiwanych informacji);
- 3) zaprojektowanie doboru uczestników do wywiadów;
- 4) zebranie materiału empirycznego (przeprowadzenie i zarejestrowanie rozmów);
- 5) transkrypcja wywiadów;
- 6) analiza jakościowa uzyskanych informacji.

Przez Steinara Kvalego został określony podobny schemat realizacji badania, na który składają się następujące elementy (schemat 5), (Babbie, 2005).

Schemat 5. Proces realizacji badań jakościowych



Źródło: Babbie E., 2005, *Badania społeczne w praktyce*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Przestrzeganie zasad realizacji badań jakościowych na poszczególnych etapach pozwoliło na zdecydowane obniżenie ryzyka związanego z wadliwością wywiadów pogłębionych, tj. ich ograniczoną trafnością i rzetelnością. Na potrzeby badania realizowanego z wykorzystaniem techniki IDI przygotowano scenariusz wywiadu pogłębionego. Scenariusz wywiadu powinien zawierać ogólne dyspozycje do wywiadu (pytania główne wraz z pytaniami pomocniczymi), które są na bieżąco modyfikowane. Z punktu widzenia celów przyjętych w pracy istotne było poznanie opinii lekarzy na temat efektywności ich pracy na oddziałach opiekujących się pacjentami wymagającymi kompleksowej opieki medycznej. Dyspozycje dotyczyły również braku kadry medycznej w czasie zagrożenia epidemicznego, licznych ograniczeń funkcjonowania pracy oddziałów spowodowanych pojawieniem się koronawirusa SARS-CoV-2 (załącznik nr 2).

Materiał empiryczny zebrano w okresie marzec–maj 2022 r. Wywiady miały charakter indywidualny, bezpośredni i pogłębiony, a czas trwania każdego z nich mieścił się między 1,5–3 godziny. Dobór próby do badania był celowy. Autor określił liczebność grupy badawczej na 10 osób. Respondentami w badaniu byli lekarze pracujący w szpitalach, w których strukturach znajduje się co najmniej oddział chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, ortopedii urazowej, neurologii oraz utworzony na potrzeby leczenia pacjenta z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 oddział obserwacyjno-zakaźny. Powodem wyboru takiego kryterium jest przeświadczenie, że na wymienionych oddziałach w okresie epidemii COVID-19 leczonych było najwięcej pacjentów. Co więcej, na oddziale chorób wewnętrznych profil pacjenta to głównie osoby starsze, charakteryzujące się wielochorobowością. Dobór wyżej wymienionych oddziałów uzasadniony był także wysokim wskaźnikiem liczby hospitalizacji. W opinii autora pozwoliło to na ujęcie szerokiej perspektywy pracy z pacjentem na oddziałach szpitalnych, szczególnie w aspekcie problematyki starzejącego się społeczeństwa

i konsekwencji zdrowotnych z tym związanych, a szerzej opisanych w rozdziale pierwszym dysertacji. Istotne jest to, że kadra medyczna z tychże oddziałów dysponuje niezbędną wiedzą w zakresie procesów opieki lekarskiej sprawowanej nad osobami starszymi i postrzegania efektywności w badanym obszarze.

Jak wspomniano, zaprojektowane dyspozycje do wywiadu skierowane były do personelu lekarskiego (n=10). Respondenci badania, oprócz wymienionych powyżej kryteriów, musieli posiadać tytuł specjalisty z wybranych obszarów medycyny, takich jak: choroby wewnętrzne, chirurgia ogólna, ortopedia, neurologia lub choroby zakaźne. Każdy z respondentów musiał legitymować się co najmniej dziesięcioletnim doświadczeniem w pracy zawodowej. Wszystkie wywiady zostały zarejestrowane za pomocą urządzenia do rejestracji dźwięku – dyktafonu. Z uwagi na stan epidemii COVID-19 część z nich przeprowadzono za pomocą komunikatora internetowego – MSTEAMS. Zarejestrowane wywiady przepisano zgodnie z chronologią ich prowadzenia. Sporządzana transkrypcja była zgodna z kolejnością zagadnień poruszanych w wywiadzie. Zgromadzone dane jakościowe poddano następnie kodowaniu i wykorzystano do budowania wniosków. Najważniejsze dla autora kwestie, które zdiagnozowano w trakcie prowadzenia rozmów, zilustrowano za pomocą cytatów z wypowiedzi badanych. Analizę danych zgromadzonych z wykorzystaniem IDI przedstawiono w poszczególnych podrozdziałach dysertacji, zgodnie z logiką narzędzia badawczego.

6.2. Badanie jakościowe – perspektywa efektywności pracy kadry lekarskiej

Drugim etapem badań były pogłębione wywiady indywidualne wśród lekarzy pracujących w wybranych szpitalach województwa łódzkiego. Scenariusz wywiadu autor przygotował po przeanalizowaniu danych z przeprowadzonego badania ilościowego.

Badanie jakościowe miało na celu zebranie informacji od przedstawicieli kadry lekarskiej oraz poznanie opinii lekarzy nie tylko na temat efektywności ich codziennej pracy, ale też uzyskanie ich oceny wyników badań dokonanych wśród pielęgniarek. Autor utworzył zbiór sześciu zagadnień kluczowych z punktu widzenia podnoszenia efektywności pracy oraz istotnych aspektów codziennej pracy na oddziałach szpitalnych również w czasie epidemii COVID-19. Tematyka została powiązana z wykonywaniem zawodu lekarza oraz pielęgniarki, czynnikami motywacyjnymi, chęcią pozostania w zawodzie pomimo nabycia uprawnień emerytalnych, pracy w czasie epidemii

COVID-19, ale również oceny zasobów kadry lekarskiej oraz pielęgniarskiej w polskim systemie ochrony zdrowia i zagrożeń pojawiających się w tym obszarze. Na udział w badaniu jakościowym zgodziło się czterech lekarzy ze specjalizacją z chorób wewnętrznych, trzech lekarzy ze specjalizacją z chorób zakaźnych, dwóch lekarzy ze specjalnością z neurologii oraz jeden z dziedziny chirurgii ogólnej. Osoby te są czynne zawodowo i mają ponaddziesięcioletni staż zawodowy. Trzy osoby z grupy badanej sprawują dodatkowo funkcję zarządczą na oddziale szpitalnym. Pytania skierowane do kadry lekarskiej zostały ujęte w następujących blokach tematycznych:

- 1) codzienna praca, ogólna sytuacja w systemie ochrony zdrowia oraz dostępność kadr medycznych w Polsce;
- 2) ocena motywacji i satysfakcji w życiu zawodowym;
- 3) ocena wykorzystania elementów efektywności pracy w szpitalu;
- 4) wpływ stresu na efektywność pracy;
- 5) proponowane działania mające na celu poprawę funkcjonowania systemu ochrony zdrowia;
- 6) wpływ epidemii COVID-19 na kadry lekarskie w ich codziennej pracy.

W ramach odbytych rozmów wykorzystano również wyniki uzyskane z przeprowadzonego badania ilościowego. Sporządzone zostały cztery karty wywiadu, które stanowią integralną część scenariusza wywiadu (załącznik nr 2). Pozwoliło to autorowi na poddanie weryfikacji pozyskanych informacji od dwóch grup przedstawicieli zawodów medycznych, współpracujących w codziennej pracy w szpitalu.

6.2.1. Codzienna praca. Ogólna sytuacja w systemie ochrony zdrowia oraz dostępność kadr medycznych w Polsce

W odniesieniu do tego, jak wygląda codzienna praca lekarzy, jakie doświadczenie zawodowe posiadają, jakie są plusy i minusy pracy w szpitalu, a także czy czerpią oni satysfakcję z tego, co robią na co dzień, respondenci w skrócie zaprezentowali swoją sylwetkę.

Siedmiu z respondentów ma ponaddwudziestoletni staż zawodowy, co oznacza, że ich doświadczenie jest bogate, co również może wpływać na jakość prowadzonego badania, gdyż można zakładać, że przekazywane informacje będą oparte o wieloletnią praktykę zawodową. Najczęściej powtarzały się odpowiedzi, że praca lekarza polega na bezpośredniej opiece nad pacjentem, prowadzeniu procesu diagnostycznego leczniczego

oraz monitorowaniu stanu pacjenta przez cały okres hospitalizacji. Respondenci podkreślają ciągłość codziennych doświadczeń:

„Pracuję od 22. lat. Moja codzienna praca polega na opiece nad pacjentami hospitalizowanymi w szpitalu, nad pacjentami dotkniętymi chorobami zakaźnymi oraz chorobami hepatologicznymi. Zajmuję się również kwalifikacją i oceną pacjentów w izbie przyjęć” (ZAK2).

Lekarze, z którymi prowadzone były wywiady, akcentowali doradzanie pacjentom:

„Pracę lekarza wykonuję od ponad 20 lat, zajmuję się chorobami wywoływanymi przez bakterie, wirusy i grzyby. Doradzam w zakresie antybiotykoterapii. Terapii prowadzenia pacjentów w tym zakresie na oddziałach szpitalnych” (ZAK1).

Respondenci wskazywali także czynności kierownicze:

„Pracuję od 24. lat. Jestem starszym specjalistą z dziedziny chorób wewnętrznych oraz pulmonologii. Do moich obowiązków należy organizacja pracy w oddziale chorób wewnętrznych oraz praca z pacjentem. Ustalanie postępowania, czyli toku diagnostyczno-leczniczego. Jest to praca zmienna i dynamiczna, zależy od tego, jacy są pacjenci” (INT1).

Respondenci podkreślali znaczenie bliskiego kontaktu z pacjentem w celu ustalenia sposobu leczenia. Świadczą o tym słowa jednego z interlokutorów:

„Moja praca to stały, bliski kontakt z pacjentem. Często weryfikacja jego stanu zdrowia, poranne obchody lekarskie oraz częste modyfikacje procesu leczenia” (INT2).

Autor badania chciał również poznać opinię respondentów na temat plusów i minusów ich codziennej pracy. Istotna była też ocena poziomu satysfakcji z wykonywanej pracy. W odpowiedziach niektórych lekarzy wybrzmiewa pogląd, iż praca należy do wymagających, zaś podkreślenia wymagała kwestia odpowiedzialności:

„Do plusów można zaliczyć, że jest to dosyć satysfakcjonująca praca. Praca z człowiekiem. Służąca pomaganiu innym ludziom, nauce. Minusy to praca w dużym stresie praca przynajmniej jak dla mnie obarczona stresem. Odpowiedzialność” (NEU1).

Respondenci uzależniali satysfakcję z wykonywanej pracy od stanu zdrowia swoich pacjentów i efektów leczenia:

„Najwięcej trudności sprawia leczenie empiryczne, kiedy nie wiem, co leczymy, a najwięcej satysfakcji, kiedy to leczenie empiryczne przynosi oczekiwane skutki. Myślę, że największym kłopotem jest taka mechaniczna przeszkoda, czyli lekooporność drobnoustrojów, z którą nie można sobie poradzić i która zabija pacjentów. I to jest rzeczywiście bardzo duży problem, jeżeli nie mogę pomóc pacjentowi. Z optymistycznych

to, kiedy pacjent zdrowieje, jeżeli dobrze mi się współpracuje z zespołem, jeżeli współpraca jest obustronnie korzystna w tym znaczeniu, że ja mogę coś pomóc, ale również zespół zechce przyjąć i moje uwagi i się do nich zastosować. I to przynosi wymierny skutek” (ZAK2).

„Największą satysfakcję przynosi, że coś się udaje. Jak uda się postawić dobrą diagnozę? Nie wiem, włączyć dobre leczenie i tak dalej” (INT2).

„Jest to praca interesująca wiążąca się z kontaktem z ludźmi, którzy mają również do czynienia z chorobami tropikalnymi, zakaźnymi” (ZAK3).

Po dokonaniu analizy powyższych słów, na pierwszy plan wysuwa się dobro pacjenta. Personel lekarski jako jeden z najważniejszych czynników wpływających na wzrost satysfakcji z wykonywanej pracy wskazuje pomoc pacjentowi, postawienie skutecznej i trafnej diagnozy, która w konsekwencji umożliwi powrót do zdrowia osoby hospitalizowanej. Należy również podkreślić, że praca na oddziałach szpitalnych to głównie praca zespołowa, to wszyscy uczestniczą w procesie leczenia, których praca wpływa na stan zdrowia pacjentów.

Respondenci dostrzegają również minusy swojej pracy. Kwestia odpowiedzialności, przeciążenie pracą, agresja ze strony pacjentów oraz ich rodzin były w trakcie rozmów wskazywane jako główne negatywne aspekty:

„Kontakt z rodzinami pacjentów, duże oczekiwania. Agresja niektórych pacjentów. Tak, to jest chyba najtrudniejsze, szczególnie dla mnie. No i przeciążenie pracą jest bardzo duże” (NEU1).

„Do minusów należy olbrzymie obciążenie pracą, ponieważ jesteśmy bardzo wąską, nieliczną grupą jako zakaźnicy i jak wiadomo ostatnie dwa lata, były niezwykle obciążające” (ZAK2).

Oznacza to, że czynnikami negatywnie wpływającymi na jakość wykonywanej pracy jest stres i duża odpowiedzialność z wykonywanych obowiązków. Dlatego też w rozmowach z respondentami dało się zauważyć niski poziom satysfakcji z wykonywanej pracy:

„Satysfakcja jest minimalna. Może poza radością z wyleczenia pacjenta. Reszta nie napawa optymizmem zupełnie” (ZAK3)

Albo jej całkowity brak:

„Satysfakcji w pracy w chwili obecnej nie sprawia mi nic. Jesteśmy przepracowani, wyeksploatowani, wypaleni i przemęczeni” (INT3).

Niepokojącym sygnałem płynącym z tej części badania jest niski poziom satysfakcji ze strony kadry lekarskiej, która może powodować niechęć do wykonywania swojej pracy.

To ważne kwestie, gdyż ogólny brak satysfakcji i motywacji do pracy mogą prowadzić do wypalenia zawodowego a w konsekwencji zaprzestania wykonywania zawodu.

Jak wcześniej wskazywano na podstawie przeglądu literatury oraz co dość wyraźnie wyniknęło z badań przeprowadzonych wśród pielęgniarek, istotną kwestią są braki kadrowe w systemie ochrony zdrowia. Autor przedstawił w rozmowie wyniki badań ilościowych kadry pielęgniarskiej, w których blisko 90% ankietowanych uznało, że w systemie ochrony zdrowia występują istotne braki personelu medycznego. Opinie na ten temat były jednomyślne:

„Tak, zdecydowanie tak. To przekłada się szczególnie na opiekę takich pacjentów, jacy są głównie u mnie w oddziale. Typ takich pacjentów, geriatrycznych, leżących, wymagających, głównie osób starszych. Co do braków kadrowych, mogę się wypowiedzieć na temat swojego oddziału. W tej chwili myślę, ale z mojego punktu widzenia, że jest to problem, ale szczególnie z powodu braków specjalistów na rynku” (INT1).

„Oczywiście. Myślę, że również, jeżeli chodzi o sytuację, w których występują zachorowania nieprzewidywalne, to te braki kadrowe są bardzo mocno widoczne i związane jest to z dużym obciążeniem całej kadry. To związane jest ze zmęczeniem psychicznym, ale i fizycznym. Wynika to z ilości obowiązków, które trzeba wykonywać dodatkowo, i na pewno to jest widoczne, że brakuje kadry pielęgniarskiej i kadry lekarskiej” (CHO1).

Respondenci jednoznacznie dostrzegają braki kadry medycznej w systemie ochrony zdrowia. Jest to związane z ich codzienną pracą, gdzie dostrzegają głównie niedobór specjalistów na rynku usług zdrowotnych. Generuje to zmęczenie, obciążenie fizyczne, ale – co należy podkreślić – również psychiczne. W ocenie lekarzy braki kadrowe stanowią jeden z najważniejszych problemów systemu ochrony zdrowia i zagrożenie dla jego poprawnego funkcjonowania. Niewystarczająca liczba lekarzy może w konsekwencji przyczynić się do nadmiernego obciążenia zawodowego już tych funkcjonujących w systemie. Negatywnym efektem w tym przypadku może być czasowe zaprzestanie pracy lub rezygnacja z zawodu.

Zgodnie z przedstawionymi danymi z badań ilościowych najbliższą współpracującą grupą zawodową z lekarzami są pielęgniarki. Dlatego w rozmowach pojawia się aspekt braków kadrowych również w tej grupie zawodowej co z pewnością wpływa na efektywność pracy:

„Jeżeli chodzi o personel pielęgniarski, większość pracujących w oddziałach szpitalnych pielęgniarek jest w wieku przedemerytalnym, pojedyncze są osoby, które przyszły na przestrzeni ostatnich wielu lat jako nowe pielęgniarki do pracy, więc jest to skrajnie wręcz duży problem w tym momencie i stoimy na granicy zapaści opieki pielęgniarskiej. Zwłaszcza że te pielęgniarki, które pracują, pracują w kilku miejscach. Uważam, że jesteśmy na granicy, u progu załamania się systemu, ponieważ duża ilość pielęgniarek odchodzi na emeryturę tym momencie” (NEU2).

Powyższe słowa świadczą o powadze problemu. Interlokutor podkreśla, że braki kadrowe w grupie zawodowej pielęgniarek mogą w konsekwencji doprowadzić do zapaści funkcjonowania systemu ochrony zdrowia z uwagi na fakt, iż większość pielęgniarek w najbliższych latach podejmie decyzję o przejściu na emeryturę i zaprzestaniu pracy w szpitalach. Jeden z respondentów dodatkowo zwrócił uwagę, że braki kadrowe będą prowadzić do zwiększenia liczby popełnianych błędów medycznych:

Braki kadrowe prowadzić będą do błędów medycznych. Czyli wszystkie pomyłki, które wykonujemy z powodu zmęczenia. Wynikają z tego, że nie ma czasu, aby zająć się pacjentem jak należy. Po pierwsze, a po drugie jest to że zmęczenia personelu, który jest przeciążony. Znaczne zmęczenie fizyczne składa się na zmęczenie psychiczne, że to idzie w parze i wiadomo, że zwiększa się ryzyko błędu” (INT3).

Podobne stanowisko respondenci przyjęli w aspekcie braków kadrowych personelu lekarskiego. Może to oznaczać, że niedobory kadrowe bez względu na grupę zawodową mogą przyczyniać się do nadmiaru pracy, co w konsekwencji doprowadzić może do występowania błędów medycznych.

Analizując odpowiedzi osób badanych na pytania dotyczące ich obowiązków zawodowych, satysfakcji z pracy oraz aspektów związanych z funkcjonowaniem systemu ochrony, zdrowia warto zwrócić uwagę, że każdy z lekarzy wskazywał na wysoką odpowiedzialność w pracy oraz szczególną bliskość z pacjentem. Respondenci wymieniali następujące motywatory pracy: poprawa stanu zdrowia pacjenta, właściwe procesy diagnostyczno-lecznicze oraz pomaganie innym osobom. Zazwyczaj nie mieli trudności w odpowiedzi na pytania dotyczące czynników motywujących lub plusów z wykonywanej pracy, co może świadczyć o wysokim stopniu samoświadomości osób badanych w zakresie własnych potrzeb, oczekiwań i funkcjonowania w tym obszarze życia zawodowego. Jednocześnie też podkreślali, że istotnym i kluczowym problemem w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia są luki kadrowe. Co więcej, skala

podobnych odpowiedzi może świadczyć, że ten problem może narastać i stanowić istotne zagrożenie dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

6.2.2. Ocena motywacji i satysfakcji w życiu zawodowym

Zgodnie z przeglądem literatury opisanej w rozdziale trzecim dotyczącym efektywności pracy, to motywacja i satysfakcja z pracy stanowią jej integralny składnik. Badana kadra lekarska została zatem zapytana o to, jakie najważniejsze czynniki organizacyjne wpływają na motywację do pracy w zawodzie lekarza. Odpowiedzi respondentów były zbliżone do powyższych odpowiedzi o czynniki związane z ich pracą ogólnie, jednak przeważały tutaj kwestie personelu, współpracy i atmosfery w miejscu pracy:

„Zespół, ludzie, z którymi pracuję. Kadra jest bardzo istotna, ponieważ jeżeli zespół jest zgrany, jeżeli występują braki jakiegoś, nawet takie techniczne, to z ludźmi można współpracować na innych zasadach. Zawsze ręce, uszy, własny stetoskop to była podstawa pracy lekarskiej i myślę, w moim przypadku wystarczy” (ZAK1).

Osoby, z którymi współpracuję na co dzień. Ich sumienność, wiedza i dobre nastawienie do pracy. Atmosfera w miejscu pracy to czynnik bardzo ważny. Praca idzie tam, gdzie są dobrzy ludzie. Merytorycznie i życiowo” (CHI).

„Dobra atmosfera w pracy, dobra organizacja pracy, dobry szef i równorzędne zarobki” (INT2).

Respondenci bardzo silnie wiążą motywację i satysfakcję z pracą z ludźmi. Upatrują sukcesu w pracy zespołowej, w dobrej atmosferze i nastawieniu do pracy. Co ważne, podkreślali również merytorykę, wiedzę i sumienność tak ważną w ich zawodzie. Bardzo ważnym elementem pracy jest atmosfera. Ten czynnik wskazywany był jako jeden z głównych w rozmowach z lekarzami. Respondenci zwrócili uwagę na aspekty techniczne jako istotne czynniki organizacyjne. Należą do nich system informatyczny:

„System informatyczny. Wolno działający. To jest coś, co utrudnia pracę zdecydowanie” (CHO1)

oraz szybki przepływ informacji:

„Czasami odechciewa się pracy, jeśli system wolno działa. Wszystko się wiesz i nie można opisać pacjenta jednego za drugim” (INT1).

Można zatem wnioskować, że praca przynosi wymiennie pozytywne efekty, kiedy współpracuje zespół doświadczonych ludzi, istnieje dobra atmosfera oraz czynione są inwestycje w celu poprawy bazy sprzętowej, informatycznej. Jednak czy są to powody,

dla których mogliby podjąć decyzję o odejściu z zawodu? Prawie nikt nie rozważa takiej opcji. Spośród osób, które rozważały taką możliwość, powodem może być przemęczenie, ilość obowiązków zawodowych oraz zarobki:

„Obiektywnie to mam trochę poczucie wypalenia zawodowego. Zmęczenia, zdecydowanie. Zdarza mi się niechęć przyjscia do pracy co jeszcze w ciągu tych 20 lat mi się nie zdarzało. Rozważałam odejście ze szpitala rok temu” (INT1).

„Obciążenie pracą jest nieporównywalne w stosunku do wynagrodzenia i wiąże się z frustracją oraz chęcią zrezygnowania z pracy” (ZAK2).

Jedna osoba zwróciła uwagę, że potencjalnym powodem odejścia z pracy mogłyby być aspekty etyczne, związane z przekonaniem:

„Nie myślę o rezygnacji, ale jeśli by to powodem byłaby sytuacja, w której nie byłabym w stanie wykonywać swojej pracy zgodnie ze swoimi przekonaniem” (ZAK1).

Z wypowiedzi respondentów wynika zatem, że decyzja o odejściu z zawodu jest odkładana w czasie, jednak istnieją czynniki, które mają istotne znaczenie i mogą stanowić podstawę do podjęcia takiej decyzji.

Autor badania przedstawił również respondentom wyniki badań ilościowych dotyczące czynników, jakie mogą mieć wpływ na decyzję o odejściu z zawodu. Autor poprosił o interpretację tych wyników i własną opinię na ten temat. Respondentom trudno zgodzić się z informacją, że niskie zarobki mogą stanowić główny czynnik decydujący o odejściu z zawodu:

„Chyba postrzegałam zawsze swoją pracę jako pewnego rodzaju misję. Myślę, że w związku z tym w inny sposób do nich podchodzę. Myślę, że z tej listy powodów, które tutaj są wymienione, to brak satysfakcji. Nie wiem, czy coś by mnie przekonało do odejścia z zawodu. Myślę, że zawsze byłam w stanie znaleźć taką lukę, która byłaby dla mnie. Jeżeli miałabym odchodzić ze szpitala, to można byłoby tutaj parę rzeczy wybrać. Nie zaliczam do tego niskich zarobków. Złe warunki pracy. Konieczność pracy w dni wolne, brak satysfakcji z pracy, problemy zdrowotne. W zasadzie, jeżeli chodzi o odejście ze szpitalnictwa, to większość z nich można wymienić” (ZAK2).

„Powiedzieć, że mamy niskie zarobki, to byłoby chyba źle jakby na tle Polski. To może nie jest problemem, bo nie są niskie. Ale już konieczność pracy w dni wolne od pracy to już tak. Dla mnie to są bardziej już czynniki psychiczne” (ZAK1).

„Na pewno czynniki zdrowotne, bo to jest nieprzewidywalne i no myślę, że jeżeli powiedziałam, że nie wpłyną, to byłabym hipokrytką” (NEU2).

W tej sferze widoczna jest zdecydowana różnica między poglądami pielęgniarek i lekarzy. Może to wynikać z faktu, że zarobki lekarzy, specjalistów medycyny kształtowały się od dłuższego czasu na wyższym poziomie. Systematycznie następował wzrost siatki wynagradzania tej grupy zawodowej już od wielu lat. Wynagrodzenia dla kadry pielęgniarskiej dopiero od stosunkowo niedługiego okresu ulegają wzrostowi, co z pewnością może generować frustrację i stanowić powód do rezygnacji z zawodu. Choć pojawiły się głosy, że poziom zarobków w chwili obecnej jest nieadekwatny w stosunku do ilości pracy, i to mógłby być jeden z głównych czynników decydujących o odejściu z zawodu:

„Kwestia finansowa jest kluczową kwestią, bo po to się pracuje. Problemy zdrowotne, no tak, mogą stanowić barierę w wykonywaniu zawodu. Nie uważam, żeby niski prestiż zawodu miał tutaj miejsce, zarówno u pielęgniarek i lekarzy, bo uważam, że mimo wszystko jakimś tam prestiżem się cieszy. Brak satysfakcji z pracy umieściłbym zaraz obok zarobków. Złe warunki pracy to tutaj powinny być umieszczone na drugim czy trzecim miejscu. Niskie zarobki i złe warunki pracy są podstawowymi czynnikami, które odbijają się niestety na całym systemie” (ZAK3).

Badani lekarze zostali również zapytani o to, czy w swojej pracy obserwują systematyczny wzrost liczby pacjentów oraz czy w ich ocenie może mieć na to wpływ proces starzenia się społeczeństwa i czy ten proces jest dynamiczny. Narracja była w tym przypadku bardzo podobna. Respondenci niemal zgodnie orzekli, że napływ pacjentów jest znaczny, szczególnie w ostatnich dwóch latach liczba pacjentów była większa:

„Zdecydowanie tak. Czy jest dynamiczny? Trudno tak powiedzieć, bo ilość łóżek jest stała, to za tą ilość łóżek nie da się wyjść i te łóżka zawsze są obłożone w całości. Praktycznie nie bywa tak że, że są wolne miejsca, więc myślę, że sufit został osiągnięty. Zdecydowanie rośnie odsetek osób starszych. Szczególnie pacjentów 90+” (INT4).

„Napływ pacjentów jest jednostajnie stały, duży, na granicy wytrzymałości obciążenia przez system, przez szpital, więc trudno mi jest powiedzieć, czy mamy do czynienia z jeszcze większą ilością w momencie, kiedy pracujemy i tak na granicy tego, co jesteśmy w stanie podolać. Nie ma, nie zdarza się, żeby pozostawały w jakimś większym zakresie wolne moce przerobowe, w tym szpitalu, gdzie pracuję. Wszystko funkcjonuje na granicy wydolności. Kiedy jeden pacjent opuszcza łóżko, zazwyczaj drugi już na nie trafia” (ZAK2).

„Z mojego punktu widzenia to drobnoustroje są w zasadzie bardzo podobne we wszystkich grupach wiekowych, natomiast na pewno ryzyko rozwoju infekcji, zakażeń,

które będą miały fatalny przebieg, jest wyższe w populacji starszej, ponieważ te osoby są najczęściej obciążone również dodatkowymi chorobami, niewydolnością krążenia, cukrzycą i to są wszystkie elementy, które zwiększają ryzyko ciężkich przebiegów infekcji. Więc z mojego punktu widzenia taki profil osób trafiających do szpital będzie zwiększał ryzyko ciężkich przebiegów. Może to wymagać większej pracy, czasem dokładności i większego zaangażowania, czasu, przemyślenia, może innej struktury, stosowania leków przeciwdrobnoustrojowych” (ZAK1).

Wypowiedź ta wskazuje na wielowątkowość problemu zwiększonej liczby pacjentów wymagających hospitalizacji. Osoby starsze stanowią w ocenie badanych coraz większy odsetek wszystkich pacjentów, zaś złożoność ich leczenia polega na wielochorobowości, mnogości jednostek chorobowych z jakimi zgłaszają się na leczenie, a tym samym generuje to większą ilość pracy dotyczącą wszystkich hospitalizowanych pacjentów, ale również jej intensywność związaną ze zwiększonym obciążeniem zdrowotnym osób starszych. Potwierdzają to słowa kolejnego lekarza:

„Oczywiście. Obserwujemy to każdego dnia. Szczególnie osób starszych. Szczególnie, że osoby starsze wymagają często większej uwagi i dłuższej opieki. Problem jest i będzie narastał. Społeczeństwo się nam niestety starzeje” (NEU2).

Po analizie powyższych wypowiedzi jednoznacznie kształtuje się obraz dużej liczby pacjentów, którzy wymagają opieki szpitalnej. Co więcej, zdecydowana większość pacjentów to osoby starsze, które w ocenie ankietowanych wymagają znacznej uwagi i opieki medycznej. W ocenie respondentów system działa na granicy wydolności, a w miejsce pacjentów wypisywanych ze szpitala natychmiast przyjmowani są nowi. Powoduje to zapełnienie łóżek szpitalnych oraz narzuca konieczność zapewnienia dostatecznej liczby personelu medycznego dedykowanego do opieki nad pacjentem.

Podsumowując kwestię motywacji i czynników wpływających na satysfakcję z pracy z perspektywy lekarzy, należy zauważyć, że ta grupa kładzie silny nacisk na łączenie motywatorów finansowych i pozafinansowych, wymieniając liczne przykłady obu rodzajów. Wśród motywatorów finansowych podkreśla ważność wynagrodzeń, jednak dla nich nie jest to czynnik najważniejszy w przeciwieństwie do kadry pielęgniarskiej, która w badaniach zadeklarowała, że wynagrodzenia mają największe znaczenie. Natomiast w obszarze motywatorów pozafinansowych respondenci zwracali uwagę na: znaczenie pracy zespołowej, dobrej atmosfery w miejscu pracy, wsparcia technicznego i poprawy infrastruktury technicznej i informatycznej. Warty podkreślenia

wydaje się pogląd niektórych lekarzy, że źródeł własnej aktywności upatrują w swoich pacjentach i ich szybkim powrocie do zdrowia.

6.2.3. Efektywność pracy w szpitalu z perspektywy kadry lekarskiej

Jednym z celów niniejszej dysertacji jest *identyfikacja czynników oddziałujących na efektywność pracy personelu pielęgniarskiego oraz lekarskiego*. Autor poprzez przygotowany zestaw pytań chciał uzyskać odpowiedź na pytanie, jak pojęcie „efektywność pracy” interpretują lekarze oraz oszacować czynniki, które w ich ocenie wpływają na potencjał wzrostu efektywności pracy w szpitalu. Efektywność pracy jest różnie rozumiana. Respondenci postrzegają ją wieloznacznie, jednak jako czynnik wspólny można uznać skuteczne wyleczenie pacjenta i poprawę jego stanu zdrowia. Świadczą o tym słowa:

„Stosunek wykonanej pracy do czasu, w jakim zostało wykonane zadanie. Dla mnie efektywność to będzie wyleczenie pacjenta w jak najkrótszym czasie. To będzie dostępność do badań, do rehabilitacji, do leków” (INT1).

Efektywności upatrują również w procedurach i normach, które muszą być przestrzegane w podmiotach leczniczych:

„Efektywność wiąże się z określonymi regulacjami i procedurami. Są schematami postępowania, które na przestrzeni ostatnich lat wprowadzane, wiązały się z uzyskaniem akredytacji. Generalnie wiąże się to zdecydowanie na przestrzeni ostatnich kilku lat z polepszeniem efektywności pracy w szpitalu” (CHO1).

W ich opinii efektywność to także wykorzystanie zasobów ludzkich i infrastrukturalnych:

„Identyfikuję to pojęcie z optymalnym wykorzystaniem personelu i sprzętu. Jeżeli chodzi o moją osobistą pracę, to staram się bardzo dokładnie planować, co będę wykonywała tak, żeby przy najmniejszym nakładzie pracy osiągnęła maksymalne korzyści, czyli efektywność” (NEU2).

Podkreślenia wymaga fakt, że kolejny raz jako najważniejszy element pracy lekarze wskazują poprawę stanu zdrowia pacjenta. Efektywność utożsamiana jest z działaniami, które zmierzają do skutecznego wyleczenia pacjenta w jak najkrótszym czasie. Ta priorytetyzacja może wynikać z etosu zawodu lekarza, z troski o ludzkie zdrowie oraz życie. Skuteczna poprawa efektywności pracy musi w ocenie respondentów musi mieć umocowanie w regulacjach. Praca lekarzy regulowana jest również przez aktualne wytyczne medyczne. Skuteczne i efektywne działanie musi obejmować ponadto planowanie i konsekwentną realizację założonych celów. Specyfika funkcjonowania

podmiotów leczniczych niemal wymusza stosowanie się do ustalonych zasad. Przestrzeganie norm i postępowanie zgodnie z procedurami stanowi gwarancję bezpieczeństwa pacjentów. Dlatego też ta kwestia ma istotne znaczenie w wypowiedziach respondentów.

Kolejne zagadnienie poruszane w wywiadach dotyczyło narzędzi, dzięki którym można dokonać poprawy, wzrostu efektywności pracy lekarza:

„W praktyce oddziału chorób wewnętrznych na pewno większa ilość komputerów w pracy, przejście w pełni na dokumentację elektroniczną, żeby nie trzeba było jej drukować. Szybsza praca systemu informatycznego. Ułatwieniem, byłby również asystent, który pomagalby w takiej pracy papierkowej” (INT4).

„Na pewno odciążyć lekarza z papirologii. Papirologia to tak 90% czasu pracy, no 80% pracy w szpitalu to jest wypełnianie dokumentacji medycznej. Bardzo dużo czasu zabiera biurokracja, no wiadomo, że częścią nieodłączną jest pójście na obchód, zbadanie pacjenta, rozmowa z rodziną, komunikacja z pielęgniarkami, ale bardzo, bardzo dużo czasu niestety zabiera biurokracja, same procedury, zlecenie badań, otrzymywanie badań, powtarzanie, badanie dokładności pobrań materiału. To jest coś, co trzeba, jak to się brzydko mówi... odkręcać, i to jest bardzo czasochłonne i uzupełnienie dokumentacji medycznej również” (CHO1).

„Rozsądniejszy podział obowiązków między poszczególnych pracowników wiązałby się ze zdecydowanym wzrostem efektywności pracy” (NEU2).

Wypowiedź ta podnosi istotną kwestię współpracy w zespole. Respondent wskazuje, że podział obowiązków musi być sprawiedliwy i równomierny co przyczyni się do optymalizacji ilości obowiązków narzuconych na poszczególne osoby. Zbytne obłożenie jednej z osób zespołu może generować niepotrzebne nieporozumienia co w konsekwencji spowoduje spadek efektywności pracy całego zespołu.

Respondenci byli niemal zgodni, że wśród podstawowych czynników wpływających na wzrost efektywności występuje pomoc ze strony asystenta lekarza.

„Asystent lekarza. Jak najbardziej to byłoby świetne, czyli takie usprawnienie tej biurokracji głównie” (CHO1).

Podkreślają, że pomogłoby to w codziennej pracy, odciążyło od nadmiarowej ilości „papierów” związanych z prowadzeniem pacjentów na oddziałach szpitalnych:

„Nie wiem, mogłabym podyktować jakie leki, tak dalej skupić się na badaniu pacjenta. Musi to być osoba sprawna, która rozumie rodzaj tej pracy. Inna osoba będzie potrzebna chirurgowi, pulmonologowi a inna kardiologowi” (ZAK1).

Rola asystenta medycznego w oczach rozmówców jest niepodważalna. Może być to rozwiązanie zmierzające do skutecznego usprawnienia prowadzonej działalności leczniczej, obciążonej, jak to zostało wspomniane powyżej, nadmierną biurokracją. Tym samym lekarz mógłby skupić się nad istotą choroby pacjenta, poświęcić mu więcej czasu, co doprowadzi do usprawnienia procesu leczenia. Czas przeznaczony na dodatkowe czynności, związane choćby z prowadzeniem dokumentacji medycznej, mógłby zostać wykorzystany na potrzeby pozostałych pacjentów. W konsekwencji kadra lekarska mogłaby uzyskać większą efektywność, z ukierunkowaniem stricte na proces diagnostyczno-leczniczy pacjentów. Wsparciem dla tego procesu mógłby być właśnie asystent medyczny. Wskazują na to również pozostałe wypowiedzi:

„Byłaby to nieoceniona pomoc. Lekarz mógłby się skupić na opiece nad pacjentem i jego potrzebami, a nie wypełnieniu stosu dokumentów czy innych procedur, które mogą być wykonane przez osoby nieposiadające wykształcenia medycznego” (INT4).

„Ciekawe rozwiązanie, bo jeżeli lekarz mógłby się skupić na leczeniu, badaniu i takiej komunikacji z pacjentem i z rodziną tak, jak to powinno być pod względem czasowym, jasności przekazu i po prostu spokoju tej komunikacji, to byłoby to ogromnym plusem i dla pacjentów, i dla rodzin. A lekarze pracowaliby w mniejszym stresie, mniejszym obciążeniu, także jeżeli byłaby osoba, która mogłaby uzupełniać dokumentację, to uważam to za bardzo ciekawe rozwiązanie” (INT1).

Przytoczone słowa wskazują, że działalność asystenta medycznego może przyczynić się do pełniejszego przepływu informacji na linii lekarz-pacjent czy też rodzina pacjenta. Kadra lekarska podkreśla, że z powodu zbyt dużego obciążenia pracą brak jest wystarczająco sił i czasu choćby na rozmowę z rodzinami na temat stanu zdrowia pacjentów. Należy więc szukać rozwiązań, które spowodują zmniejszenie stresu i obciążenia psychiczno-fizycznego kadry lekarskiej a właśnie asystent medyczny może w tym przypadku okazać się niezwykle skuteczny.

Ponadto osoby badane wspominały także o roli kadry pielęgniarskiej jako nieodłącznego elementu efektywnej pracy na oddziale. W kwestii opinii na ten temat wszyscy respondenci oceniają ją pozytywnie lub bardzo pozytywnie. Osoby badane podkreślały fakt, że to pielęgniarki spędzają większość czasu przy pacjencie i stanowią kluczowe ogniwo poprawnej organizacji pracy:

„Wiadomo, że pielęgniarka więcej czasu spędza z pacjentem niż lekarz. Natomiast dobrze by było, gdyby to była taka forma pielęgniarstwa, jaka jest zachodniej części Europy. Tam, gdzie pielęgniarka uczestniczy w tym procesie diagnostyczno-terapeutycznym

podawania leków. Natomiast mniej w takiej opiece pielęgniarskiej. Zajmuje się podawaniem leków. O części leków, części decyzji terapeutycznych decyduje sama. Szczególnie w zakresie pielęgnacji ran odleżyn i tak dalej” (ZAK3).

„Kluczowa rola. Bez pielęgniarek nie bylibyśmy w stanie pomóc pacjentom. Pielęgniarki są odpowiedzialne za pielęgnację, za podawanie leków, bardzo często są osobami, które spędzają więcej czasu z pacjentem. Podnoszą go na duchu, rozmawiając, podając jedzenie, przebierając, komunikują się również z rodzinami pacjentów, więc tutaj ich rola jest zespołem bardzo duża” (ZAK2).

„Jest niezbędną częścią zespołu medycznego. Stanowi uzupełnienie kadry lekarskiej” (NEU2).

Wypowiedzi na temat kluczowej roli kadry pielęgniarskiej w codziennej pracy lekarzy i lekarek stanowią dowód, że efektywność pracy to głównie praca zespołowa. Bez wsparcia pielęgniarskiego funkcjonowanie podmiotów leczniczych byłby wręcz niemożliwe. Jak to zostało podkreślone przez jednego z rozmówców, kadra pielęgniarska spędza z pacjentem zdecydowanie więcej czasu, tym samym jest odpowiedzialna za aktualny monitoring stanu zdrowia osób hospitalizowanych na oddziale.

Respondenci również poruszali tematykę kwestii organizacyjnych, które mają istotny wpływ na efektywność pracy na oddziałach szpitalnych. Cztery osoby wskazywały głównie procedury jako kluczowy czynnik organizacyjny:

„Procedury organizacyjne. Myślę, że akurat z mojej perspektywy to ja nie wiem, czy w tym szpitalu jest jakakolwiek rzecz, która nie została spisana w ramach procedury. ISO, akredytacja, na wszystko jest procedura” (INT1).

„Szpital musi opierać się na procedurach. Tutaj nie ma przypadku. Akredytacja sama narzuca pewne czynniki organizacyjne, sposób postępowania z pacjentem, sposób prowadzenia dokumentacji, procedury bezpieczeństwa” (NEU2).

Jedna osoba wskazała na brak ciągłości opieki nad pacjentem. Wskazała, że poprawa efektywności pracy lekarza powinna być skupiona na zachowaniu ciągłości opieki medycznej nad pacjentem:

„Na pewno to będzie zależało od specyfiki oddziału (...). Myślę, że głównym problemem w tej chwili, który dostrzegam, jest brak ciągłości opieki nad pacjentem. Mówię o pacjencie, który jest w szpitalu i którym co tydzień zajmuje się inny lekarz, i myślę, że to jest dosyć duży problem, ponieważ bardzo często spotykamy się z taką sytuacją, że ktoś mówi, że pierwszy raz widzi pacjenta dzisiaj na oczy i tak naprawdę nie wie, co się dzieje. Pacjent, który był prowadzony przez jednego lekarza od początku do końca pobytu

pozwała na to, że ten lekarz był cały czas świadomy (...). Głównie chodzi o kwestie konsekwencji tego postępowania, zbierania plonów swoich działań. Także to jest główny problem...” (ZAK1).

Respondenci wskazywali na procesy permanentnego doskonalenia kompetencji specjalistycznych w pracy lekarza, ich istotny wpływ na wzrost efektywności pracy. Z odpowiedzi wszystkich respondentów wynika, że zawód lekarza to proces nieustannego kształcenia, zdobywania wiedzy specjalistycznej oraz aktualizacji wiedzy o najnowsze wyniki badań, osiągnięcia medyczne. Wiedza medyczna ulega nieustannej modyfikacji, mnogość nowych metod leczenia, różnorodność dostępnych leków oraz postęp technologiczny narzucają konieczność nieustannego kształcenia. Potwierdzają to słowa kolejnego lekarza:

„...wiedza tak się zmienia, że nasze wytyczne, które są akurat w mojej dziedzinie, zmieniają się co roku. Ma to wpływ na efektywność. Ponieważ tutaj, jeżeli chodzi o stosowanie na przykład leków, dostosowujemy dawki i te dawki są stosowane zgodnie z najnowszymi wytycznymi, tym samym okazują się bardziej skuteczne. To jest udowodnione w wielu czasopismach i publikacjach. Są robione takie aktualizacje, żeby leczyć jak najbardziej efektywnie” (ZAK1).

„niezbędne dla każdej grupy zawodowej medycznej...” (NEU2).

Procesy edukacji, ciągłego szkolenia się w obszarze medycyny wpływają nie tylko na efektywność pracy lekarza, ale w konsekwencji przynoszą korzyść dla pacjenta:

„Zdecydowanie. Ciągłe kształcenie szczególnie w obszarze chorób wewnętrznych to podstawa. Bez tego ani rusz” (INT4).

Dla lekarzy istotne są również aspekty pozaspecjalistyczne, respondenci wspominali o konieczności szkoleń z obszaru komunikacji.

„Wszystkie te aspekty w moim odczuciu to komunikacja. To jest bardzo szerokie pojęcie i to są również aspekty psychologiczne, rozmowy z pacjentem, postępowania w sytuacjach trudnych, informowanie rodzin o rzeczach trudnych, to jest wszystko, psychologia, to wszystko według mnie to jest na tym poziomie komunikacji. Również komunikacja w zespole” (ZAK1).

Interlokutorzy wspominali o potrzebie wsparcia psychologicznego:

„Szkolenie pozaspecjalistyczne byłoby cenne, ułatwiające pracę i zwiększające efektywność, bo linia porozumienia, rodzina-pacjent-lekarz-pielęgniarka nieraz ma pewne zgrzyty czy nieporozumienia. Umiejętność poprowadzenia rozmowy pod kątem psychologicznym byłaby bezcenna” (INT3).

Wsparcie psychologiczne nie tylko ułatwiało by pracę, ale też stanowiłoby zabezpieczenie dla zdrowia psychicznego kadry lekarskiej. Ogromny stres związany z procesem leczenia, jego skutecznością, niekiedy niepowodzeniem terapii i śmiercią pacjenta, kontakt z rodzinami to często sytuacje, na które kadra lekarska nie jest przygotowana psychicznie. Brak wsparcia psychologicznego może doprowadzić do szybszego wypalenia zawodowego, załamania nerwowego bądź zawieszenia pracy na czas zwolnienia. W konsekwencji może zaburzyć to prawidłowe funkcjonowanie całego oddziału szpitalnego z powodu braków kadrowych. Potwierdzają to słowa:

„To, co powiedziałam wcześniej, aspekty psychologiczne. Radzenie sobie ze stresem, bo nikt się nami nie opiekuje na przykład od strony psychicznej” (ZAK3).

„Kiedy nie sprostamy psychicznie, wielu z nas odejdzie od łóżek pacjentów. Ciężko opiekować się kimś, skoro sami ze sobą nie możemy sobie poradzić” (NEU2).

Grupa zawodowa pielęgniarek dokonała szczegółowej oceny zaproponowanych czynników efektywności opracowanej przez de Waala zgrupowanych następująco: ciągła poprawa, otwartość i orientacja na działanie, jakość zarządzania, jakość zasobów ludzkich oraz orientacja długoterminowa. Lekarze, oceniając wyniki badań wśród kadry pielęgniarskiej, wskazywali również jakość zarządzania oraz ciągłą poprawę jako najważniejsze czynniki:

„Też uważam, że jakość zarządzania byłaby tutaj nadrzędna. Jakość zarządzania powinna uwzględniać wszystkie pozostałe punkty. Pozostałe punkty są podrzędne, bo jeżeli mamy zasoby ludzkie, jeżeli mamy orientację długoterminową, otwartość na działanie i to jest wszystko to, co powinno być wykorzystywane w zarządzaniu. Tak więc dla mnie te podpunkty pozostałe, jak gdyby łączą się z jakością zarządzania. Ciągła poprawa również także to wszystko, że tak powiem łączy jakość zarządzania. (...) dobra zarządzająca osoba będzie potrafiła wszystkie te elementy połączyć w ten sposób albo wybrać takie osoby, które będą stanowiły rzeczywiście efektywny zespół” (ZAK1).

„Jakość zarządzania. Dobry szef jest podstawą organizacji pracy i w prowadzeniu zespołu” (INT4).

Wypowiedź ta podkreśla rolę lidera w zespole. Wcześniej autor opisywał znaczenie zespołu lekarsko-pielęgniarskiego w budowaniu efektywności pracy. Jednak istotne w ocenie badanych jest przywództwo oparte na doświadczeniu i autorytecie. Lider zespołu stanowi o sile całej grupy medyków, gdyż sprawuje głównie nadzór nad ich pracą i organizacją owej pracy. Dlatego tak ważna jest jakość zarządzania, oparta na wiedzy medycznej, dobrej organizacji i formie komunikacji z zespołem.

„Myślę, że jakość zarządzania, bo w pracy spędzamy bardzo dużo czasu” (CHO1).

Badani wskazywali również jako istotny czynnik orientację długoterminową:

„Orientacja długoterminowa oznacza brak zmienności na przestrzeni określonego czasu” (INT2).

„Myślę, że wszystkie. Szczególnie orientacja długoterminowa” (NEU1).

Podsumowując, efektywność pracy interpretowana jest przez respondentów wieloaspektowo. Utożsamiają ją zarówno z jakością zarządzania, procedurami szpitalnymi, ale – co najważniejsze – podkreślają współpracę z kadrą pielęgniarską w celu należytej opieki nad pacjentami. Istnieje porozumienie w kwestii roli asystenta medycznego w codziennej pracy w celu zminimalizowania biurokracji i „papirologii” w codziennej pracy lekarzy. Rekomendowane przez respondentów praktyki mogą wpłynąć na wzrost efektywności pracy i przynieść korzyści w procesie leczenia, gdyż lekarze więcej czasu będą mogli poświęcić na bezpośrednią opiekę i kontakt z pacjentami. W zakresie zarządzania dla respondentów liczy się przede wszystkim jakość. W opinii lekarzy podkreślenia wymaga rola, jaką pełni lider zespołu, dobry szef, który stanowi autorytet na oddziale szpitalnym i dba o bezpieczeństwo nie tylko pacjentów, ale również personelu medycznego

6.2.4. Wpływ stresu na efektywność pracy

W badaniach ilościowych przeprowadzonych na grupie kadry pielęgniarskiej z pozyskanych danych wynika, że niemal dwie trzecie ankietowanych osób doświadcza stresu organizacyjnego w pracy. Badane pielęgniarki występowanie stresu łączyły z codzienną pracą na oddziale i nadmiarem obowiązków. Wskazywały, różne metody radzenia sobie ze stresem. Oparcia głównie upatrywały w rodzinie i ognisku domowym. Lekarze potwierdzają, że powodem stresu organizacyjnego w ich pracy jest ewidentny brak czasu, co w konsekwencji może prowadzić do występowania błędów medycznych:

„Brak czasu. Brak czasu na opiekę nad pacjentem. Ilość obowiązków, która jest bardzo duża. Brak czasu jest na pewno czymś, co powoduje presję czasu, że mamy określony czas, że wychodzimy po godzinach. I myślę, że to jest główny powód, który już tak powiem dla mnie był i jest stresujący. Jeżeli nie mam czasu na to, żeby zrobić coś, co powinnam zrobić wg mojej oceny, tak jak powinno być zrobione” (ZAK1).

„Głównie to stres związany z odpowiedzialnością za ludzkie życie i zdrowie. Błąd każdego z nas może się przełożyć na życie i śmierć innego człowieka. A później się to wiąże z odpowiedzialnością zawodową i odpowiedzialnością karną (...) Sytuacje

stresowe występują w tej trudnej pracy. Mają wpływ na jakość wykonywanych procedur medycznych. To zdecydowanie zależy od doświadczenia. Im większe doświadczenie zawodowe, tym mniejszy stres...” (NEU2).

W opinii respondentów sytuacje stresowe występują często i są nieodzownym elementem pracy na oddziale. Niestety, stres głównie ma charakter destruktywny, gdyż jak twierdzą, pod jego wpływem w wyniku presji czasu zagrożenie popełnienia błędów medycznych w procesie diagnostyczno-lecznym wzrasta. W tle zawsze za tym idzie duża odpowiedzialność za podjęte decyzje, które w konsekwencji mogą doprowadzić nie tylko do pogorszenia stanu zdrowia pacjenta, ale również do jego śmierci. Potwierdzają to słowa kolejnego respondenta, który podkreśla, że powodem stresu jest również zwiększona liczba pacjentów.

„Ilość obowiązków, duża liczba pacjentów i w konsekwencji brak czasu, aby skupić się na problemem każdej osoby, to główne przyczyny mojego stresu w pracy na oddziale” (INT4).

„Niekorzystny. Brak czasu. Na pewno taki stres będzie niekorzystnie wpływał. Oczywiście mamy jeszcze pozytywny, mobilizujemy się na krótką chwilę i coś zrobimy w stresie pod wpływem jakichś takich emocji dobrych, no i wtedy może to mieć krótkotrwały, pozytywny wpływ. Natomiast przewlekły stres związany z organizacją pracy i to raczej będzie niekorzystnie oddziaływał, będzie powodował, że wszyscy będą zdenerwowani, zmęczeni i będą mieli ochoty pracować i to się będzie odbijało i na zespole, i na pacjentach. Jak i na efektywności całej pracy” (ZAK1).

W powyższej wypowiedzi dostrzec można jednak pozytywny skutek stresu. Może bowiem on mobilizować do działania. Jest to mobilizacja krótkotrwała, lecz bardzo efektywna. Działania medyczne szczególnie w sytuacji zagrożenia życia, należy podejmować natychmiastowo i często pod dużą presją czasową. Dlatego też koncentracja musi być na dużym poziomie, a stres w tym przypadku może okazać się mobilizujący do działania.

Jeden z lekarzy dopytywany o przyczyny sytuacji stresujących, które mają wpływ na efektywność pracy, wskazał wadliwą organizację pracy:

„Niekompetencja i nieumiejętność sprawnego zorganizowania zespołu doprowadza do tarć, doprowadza do nierówności w zakresie podziału obowiązków oraz ich egzekwowania. To właściwie w znacznym stopniu upośledza skuteczność i efektywność pracy” (ZAK2).

Ostatnie dwa lata w ocenie respondentów obfitowały w ogromny stres związany z leczeniem pacjentów w stanie epidemii COVID-19. Większość osób stwierdziła, że poziom stresu był bardzo wysoki, czasem nawet ekstremalny. W opinii lekarzy szczególnie początkowa faza epidemii to praca w nieustannym stresie, który wpływał na jakość wykonywanych obowiązków związanych z leczeniem pacjentów. Co interesujące, stres w tych ekstremalnych warunkach motywował ich w krótkich interwałach do większej wydajności i uwagi. Potwierdzają to słowa:

„Sama praca w sytuacji, w której na początku przynajmniej nie znamy zagrożenia, jego stopnia, jak może wpłynąć na nasze życie, zdrowie, to na pewno jest bardzo mocny stres, ale mimo to starałam się wykonywać pracę najlepiej, jak to było możliwe, i tak wydajność, efektywność była wysoka. Musiała być taka (...) Wiadomo, że jeżeli człowiek pracuje w stresie to, mimo że chciałby jak najlepiej, to jego efektywność jest mniejsza niż wtedy, kiedy pracuje bez jakiegoś napięcia. Więc stres ma wpływ na efektywność pracy” (INT3).

„Wiązało się to ze skrajnie dużym obciążeniem pracą i straszącym wzrostem obowiązków, także nie spotkało się to ze spadkiem, że tak powiem wydajności, ponieważ ta wydajność w nieprawdopodobny sposób wzrosła na czas określony i niestety ponosimy tego konsekwencje teraz fizyczne i psychiczne. Była to mobilizacja zespołu i w dobrej wierze zespół dał z siebie wszystko również na samym początku, kiedy był wiązało się to z niebezpieczeństwem...” (INT2).

„W czasie COVID-19 zwiększyła się efektywność. Myślę, że wzrosła, bo tego wymagała sytuacja” (CHO1).

Czas epidemii szczególnie w początkowej fazie postawił przed wszystkimi nowe zadania, które musieli realizować w otoczeniu do tej pory dla większości obcym i nieznanym. Wymagało to w ocenie. Respondentów jedności w działaniu wzajemnego wsparcia oraz sporej mobilizacji, aby sprostać wyzwaniom jakie przyniosła epidemia. Co więcej, zagrożenie związane z COVID-19 wywoływało ogromny stres, który bezpośrednio wpływał na obniżenie efektywności pracy. Skutkowało obciążeniem psychicznym i fizycznym, którego konsekwencje interlokutorzy odczuwają obecnie.

Autor badania przedstawił respondentom wyniki badań przeprowadzonych w grupie kadry pielęgniarskiej. Z ankiety wynikało, że pielęgniarze i pielęgniarki największe wsparcie w codziennej pracy upatrują w kadrze lekarskiej oraz ratownikach medycznych. Dlatego też na pytanie autora o opinię w tym temacie wszyscy odpowiedzieli zgodnie, że kadra pielęgniarska stanowi nieodzowną część zespołu

wpływającego na ich codzienną pracę. Respondenci uważają jednomyślnie, że szpital bez pielęgniarek nie może funkcjonować, zaś oni również nie mogli by realizować swoich obowiązków zawodowych bez ich kluczowego wsparcia:

„Mogę zdecydowanie liczyć na pielęgniarki i ratowników medycznych. Fizjoterapeutę umieściłabym na trzecim miejscu” (INT2).

„Oczywiście, to grupa, która współpracuje z nami najbliższej. Ratownicy medyczni stanowią też istotną grupę” (ZAK1).

Jedna z pytanых lekarek udzieliła obszernej wypowiedzi, która ilustruje specyfikę pracy na różnych oddziałach szpitala. Wypowiedź ma na celu przybliżyć odbiorcy złożoność funkcjonowania podmiotu leczniczego, jakim jest szpital:

„Myślę, że to będzie zależało od profilu oddziału. Jeżeli to będzie SOR, to większe wsparcie będzie dawał ratownik medyczny, który nie pracuje w oddziale na przykład rehabilitacji, prawda? Opiekun medyczny to głównie wsparcie na wszystkich oddziałach, które będą wymagały opieki pacjentem. To rehabilitacja, interna, chirurgia, oddział rehabilitacji. Nie wydaje mi się, że można tak jednoznacznie zróżnicować bez uwzględnienia profilu. Na oddziale zakaźnym nie mieliśmy wsparcia terapeutów, psychologów, farmaceutów ani ratowników medycznych. Pielęgniarki, opiekunowie medyczni to były grupy, które nas wspierały nas w tej w oddziale zakaźnym. Ani terapii się nie prowadziło w tym okresie i psychologa też akurat nie było w ogóle” (ZAK2).

Szpital to szczególny rodzaj podmiotu leczniczego. W swoich strukturach skupia różne oddziały, zarówno zabiegowe, ale i internistyczne. Każdy oddział ma inną specyfikę pracy, inny typ pacjenta, zaś personel niekiedy musi być wyspecjalizowany w określonej dziedzinie medycyny. Powyższa wypowiedź stanowi jedynie dowód, że na funkcjonowanie szpitala nie można patrzeć monotematycznie. Jego złożoność wynika z potrzeby współpracy na wielu płaszczyznach, kiedy personel medyczny musi wykazać się zrozumieniem charakteru pracy na danym oddziale i jednocześnie ogromną wiedzą w zakresie funkcjonowania szpitala jako całości.

Podsumowując zagadnienie oddziaływania stresu na efektywność pracy, należy podkreślić, że wszyscy respondenci uważają stres i poziom jego oddziaływania na pracę za ważny element efektywności. Stres może wpływać negatywnie, ale w okresie COVID-19 z uwagi na powagę sytuacji, niebezpieczeństwo i ekstremalne warunki pracy niekiedy działał mobilizująco. Zgodnie z opinią respondentów wymagała tego ta nadzwyczajna sytuacja. Z wypowiedzi lekarzy można również wnioskować, że aby podnieść efektywność pracy w szpitalu, wymagana jest ścisła współpraca wszystkich

przedstawicieli zawodów medycznych, bez względu od rodzaju i charakteru danego oddziału szpitala.

6.2.5. Proponowane działania mające na celu wzrost efektywności pracy

Wybór respondentów do badania podporządkowany był ich ogromnemu doświadczeniu, pracy na oddziałach o profilu internistycznym, ale i zabiegowym, dlatego niezmiernie istotnym elementem jest uzyskanie informacji na temat rekomendowanych kierunków wzrostu efektywności pracy. Kolejny zestaw pytań dotyczył ewentualnych propozycji na temat działań, które mogą doprowadzić do wzrostu efektywności, ulepszyć procesy zachodzące w strukturze szpitala, a mające na celu poprawę jakości sprawowanej opieki nad pacjentem. Odpowiedzi ze strony respondentów dotyczyły różnych obszarów. Respondenci wskazywali na usprawnienie systemów informatycznych:

„Informatyczne projekty wszystkie, tak. Szybkość działania systemów informatycznych, pełna elektroniczna dokumentacja medyczna. Szybki przepływ danych z oddziałów, badań” (NEU1).

„Komunikacja, przepływ danych, szybkie komputery. Tak, czasami to zajmuje zbyt dużo czasu, zanim system coś załaduje” (INT4).

Oznacza to, że wzrostu efektywności pracy można się doszukiwać w rozwoju cyfryzacji, rozwoju e-usług, poprawie infrastruktury informatycznej, wdrożeniu pełnej dokumentacji elektronicznej. Te wszystkie działania w ocenie interlokutorów mogą zaoszczędzić czas, który następnie można przeznaczyć na pracę z pacjentem.

Jeden z lekarzy wskazał na poprawę organizacji pracy na oddziale, sugerując bardziej sprawiedliwy, równomierny i przejrzysty podział obowiązków:

„Równomierny, sprawiedliwy i przejrzysty podział obowiązków między pracowników. Wiązałoby się to ze wzrostem efektywności, pozwalając unikać przeciążenia jednych, a niewykorzystania umiejętności i mocy przerobowych drugich” (ZAK3).

Respondent ten łączy wzrost efektywności z brakiem przeciążeń w stosunku do jednej osoby. Praca zespołowa ma za zadanie odciążyć jednostkę od nadmiernej pracy, która powoduje szybkie wyeksploatowanie i małą efektywność pracy.

Pozostała grupa lekarzy wskazywała na kwestie zwiększenia zasobów kadrowych, które pozwoliłyby na lepszą organizację pracy.

Autor badania chciał poznać również opinię respondentów na temat skuteczności zarządzania szpitalami – czy osoby odpowiedzialne za kierowanie podmiotami leczniczymi prowadzą skuteczną politykę zsz. Trzech lekarzy odpowiedziało, że kadra

zarządzająca musi odpowiadać za inwestycje i za bieżące, sprawne funkcjonowanie szpitala:

„Trzeba inwestować w sprzęt, udzielać informacji zwrotnych, informacji co do zmian w przepisach, zmian w finansowaniu, procedur, zakupach, organizacji pracy, tego typu rzeczy. Odpowiednia ilość zatrudnionych osób jest ważna” (INT1).

„Absolutnie nie widzę możliwości funkcjonowania szpitala, bez zarządzania kadrą szpitalną i rzeczami trwałymi. Mówię też o czasie pandemii, u nas wykazano, że da się to zrobić dobrze, pomimo braku wszystkiego” (ZAK2).

„Musi być ścisła współpraca pomiędzy kadrą zarządzającą szpitala a oddziałami, ordynatorami, oddziałowymi. Jest tyle informacji każdego dnia i to zarządzanie musi odbywać się na podstawie dostępnej wiedzy” (INT1).

Respondenci na zadane pytania dotyczące zarządzania zasobami ludzkimi i kwestiami organizacyjnymi związanymi z zarządaniem szpitala opowiadali o infrastrukturze, sprzęcie, szeroko definiowane jako środki trwałe. Oznaczać to może pewnego rodzaju lukę w wiedzy w zakresie mechanizmów zarządzania, a w szczególności zarządzania zasobami ludzkimi.

Podsumowując, kadra lekarska wskazuje na inwestycje w sprzęt, infrastrukturę, szybkie oprogramowanie, które usprawni ich pracę, a nie upatruje rozwiązania w efektywnym zarządzaniu zasobami ludzkimi. Oczekują jedynie ścisłej współpracy z kadrą zarządzającą szpitala, gdyż w ich opinii prawidłowe funkcjonowanie placówki musi być oparte na przepływie danych.

6.2.6. Wpływ epidemii COVID-19 na kadrę lekarską

Minione dwa lata to niewątpliwie trudny okres dla systemu ochrony zdrowia. Dlatego lekarze pytani byli między innymi o to, czy ich zdaniem epidemia COVID-19 wpłynęła na ich pracę i jak w obliczu epidemii funkcjonował system ochrony zdrowia. Istotna jest również liczba pacjentów, którzy w okresie epidemii COVID-19 wymagali hospitalizacji. Epidemia wpłynęła zdecydowana na pracę i jej charakter, gdyż większość respondentów odpowiedziała twierdząco lub raczej twierdząco na to pytanie:

„Tak bardzo. Najtrudniejsze dwa lata w pracy jako zakaźnik” (ZAK2).

„24/7. Miałam trochę więcej pracy. Tak na poważnie to ciągle byłam w pracy” (ZAK1).

„Wpłynęła, Oczywiście, że wpłynęła. Była rewolucją na swój sposób. Choćby używanie środków ochrony osobistej, których do tej pory nie używaliśmy...” (INT1).

Respondenci jednoznacznie potwierdzili, że epidemia była momentem przełomowym. W swojej pracy napotkali na działania do tej pory nieznanne, obce i musieli się do nich dostosować. Sytuacja wymusiła pracę o każdej porze dnia i nocy. Szczególnie w początkowej fazie epidemii zagrożenie łączyło się z czymś nieprzewidywalnym.

Odpowiadając na pytanie, jak w ocenie respondentów w czasie epidemii COVID-19 funkcjonował system ochrony zdrowia i czy uczestnicy wywiadów uważają, że nastąpił wzrost hospitalizacji, zdecydowana większość z nich uznała, że system wytrzymał jedynie dzięki zaangażowaniu ludzi:

„Gdyby nie ludzie od podstaw i praca od podstaw, to myślę, że to nie miałoby szans powodzenia. Także myślę, że to wszystko było dzięki ludziom, którzy chcieli coś z tym zrobić, coś robili, ponieważ większość rozwiązań poza wytycznymi rzeczywiście towarzystw naukowych, które były już wytycznymi bardzo szczegółowymi do stosowania, to organizacyjne wytyczne były bardzo często niedostosowane do realiów pracy. Wymagało to zastosowania określonych jednostek przełożenia na to, żeby to funkcjonowało w zakresie określonego szpitala. Czyli to była praca tak naprawdę pojedynczych już jednostek na własnym terenie” (ZAK1).

„Myślę, że jeżeli zdał, to tylko ze względu na ludzi, którzy pracowali w tym systemie. Systemu ogólnopolskiego nie było widać. Tylko dlatego to zadziałało. Dzięki ludziom, którzy pracowali tak mocno, poświęcali swój czas” (INT2).

„Personel medyczny zdecydowanie stanął na wysokości zadania. Ogólnie ludzie stanęli zdecydowanie na poziomie. Mówię też o służbach, które były spójne. Z mojej perspektywy, mojego szpitala, mogę powiedzieć, że dużo ludzi, dużo, dużo, dużo ludzi wykazało dużo dobrej woli, żeby utrzymać się na powierzchni i żeby stanąć na wysokości zadania” (INT4).

„Walkę z epidemią wygrali ludzie, nie system, nie wytyczne, bo ich szczególnie na początku nie było. To wszystko praca od podstaw i zaangażowanie ludzi w każdym szpitalu. Tylko to...” (NEU1).

To, co wymaga podkreślenia, to zasoby ludzkie, które okazały się najważniejsze w walce z COVID-19. To personel medyczny, lekarze, pielęgniarki, personel pomocniczy toczył codzienną walkę o ludzkie zdrowie i życie. Interlokutorzy jednoznacznie potwierdzają, że to personel pracujący na co dzień w szpitalach stworzył od początku system walki z COVID-19. Zaangażowanie ludzi było nieocenione i bez nich z pewnością doszłoby do załamania całego systemu.

Poruszono również kwestię liczby pacjentów w trakcie epidemii COVID-19. Respondenci również niemal jednomyślnie uznali, że pacjentów było zdecydowanie więcej oraz że głównie były to osoby starsze:

„Ilość pacjentów była na granicy możliwości, wytrzymałości systemu. Taki stopień osiągnęło natężenie pracy” (INT3).

„Ponieważ wcześniej nie mieliśmy oddziału zakaźnego, a w danej chwili musieliśmy utworzyć nowy oddział, który przyjmował pacjentów chorych na COVID-19, to tak, wzrosła. Szpital funkcjonował w zakresie swojej pozostałej działalności w takim zakresie, najlepszym, jakim mógł. Czyli oceniam, że tutaj liczba pacjentów była porównywalna do czasów sprzed epidemii, natomiast zdecydowanie doszła część zakaźnych pacjentów, a biorąc pod uwagę to, że w innych jednostkach były pozamykane oddziały internistyczne na rzecz oddziałów covidowych, to również zwiększyło się obciążenie pozostałych oddziałów, które pracowały normalnie, tj. interna, chirurgia, okulistyka” (ZAK2).

Respondenci wskazują, że liczba pacjentów w czasie COVID-19 wzrosła. Tym bardziej że w miejsce nowo tworzonych oddziałów obserwacyjno-zakaźnych likwidowane bądź zawieszane były inne oddziały. Tym samym przy zwiększonej liczbie pacjentów ograniczona została dostępność do usług zdrowotnych. Mimo trudności lekarze wskazują, że podmioty lecznicze działały na tyle ile sytuacja pozwalała. Jednak zakaźność pacjentów z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 stanowiła przeszkodę dla zachowania ciągłości opieki szpitalnej.

Respondentom trudno wyciągać jednoznaczne wnioski na przyszłość. Większość pytanych określiła, że ciężko przewidzieć, co się wydarzy, ale epidemia nauczyła wszystkich elastyczności w działaniu:

„Całkowita błyskawiczna reorganizacja całego systemu opieki zdrowotnej oraz bardzo dobra dla nas osobiście nauka elastyczności i umiejętności adaptowania się do zmieniających się warunków pracy” (NEU2).

„Myślę, że reakcja powinna być taka, żebyśmy zdawali sobie sprawę, że no niestety w obliczu katastrof epidemiologicznych nie jesteśmy na nie przygotowani. Myślę, że do tej chwili to jest jedyny wniosek, który się nasuwa” (ZAK1).

„Gdyby się ponowiła sytuacja z innym wirusem, albo podobna sytuacja epidemiczna, to myślę, że wszystkie szpitale mają opracowane jakieś procedury działania. My te wszystkie procedury tworzyliśmy. Zobaczyliśmy, że jesteśmy dobrym zespołem i wspieramy się mocno i sobie pomagamy” (INT3).

Powyższe określenia wskazują ponownie na ogromne zaangażowanie personelu medycznego w walce z COVID-19. Pozytywnym aspektem na przyszłość są z pewnością procedury i doświadczenie w leczeniu pacjenta zakaźnego. Te elementy mogą stanowić podstawę działań w przypadku kolejnej fali zakażeń bądź innej katastrofy epidemiologicznej w przyszłości.

Autorzy związani z naukami o zarządzaniu zwykli pisać, że otoczenie jest turbulentne, a jedyną stałą rzeczą w organizacji jest zmiana. Nie ma chyba bardziej jednoznacznego potwierdzenia tej sytuacji, aniżeli wojna w Ukrainie, która nastąpiła po epidemii koronawirusa. Z tego powodu autor zapytał, czy doświadczenia płynące ze stanu epidemii mogą być odniesione do tej sytuacji. Uczestnicy wywiadów generalnie nie mieli zdania w tym temacie. Dwóch lekarzy z obszaru chorób zakaźnych wskazało na zagrożenia epidemiologiczne:

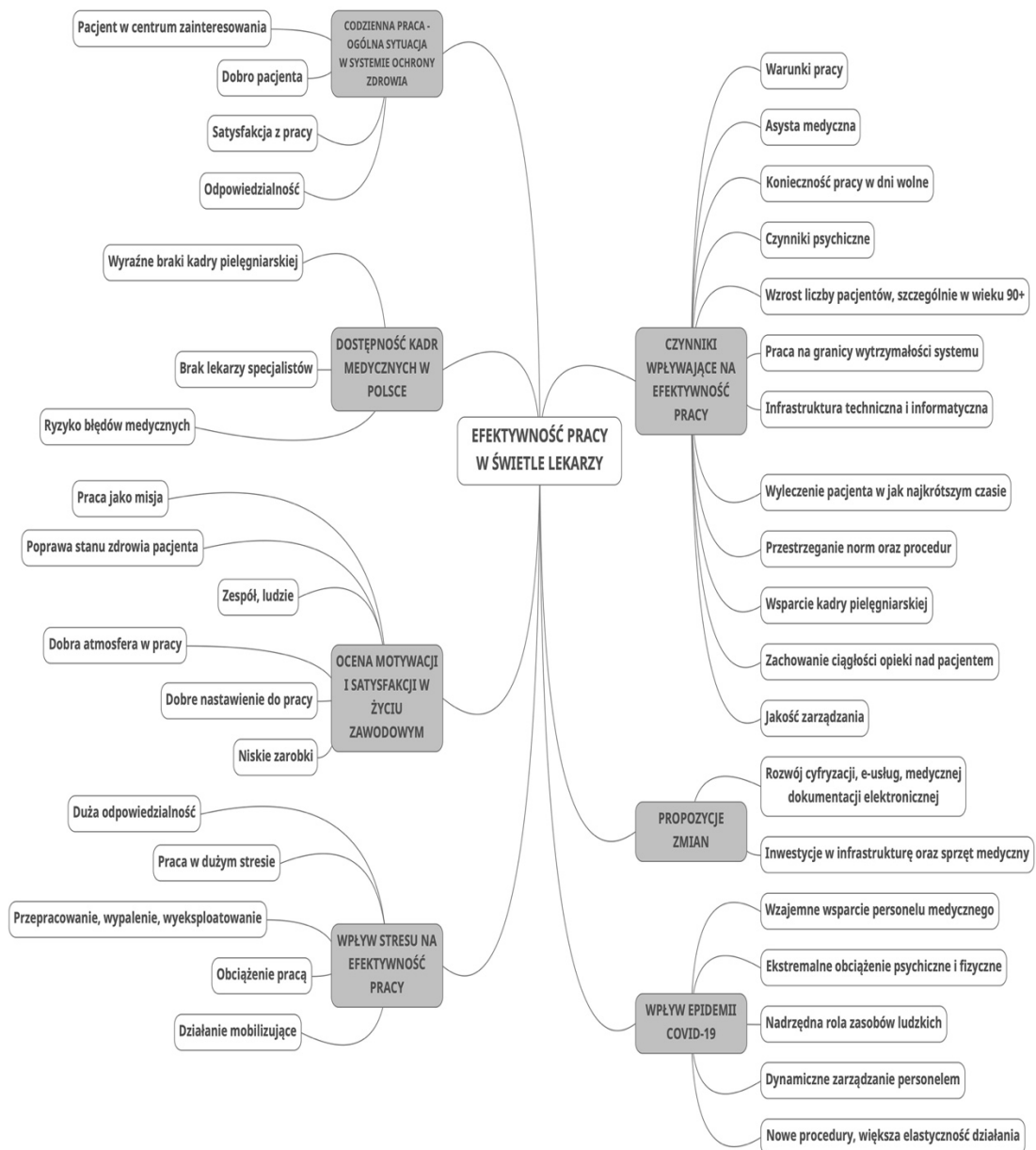
„Tak, jak najbardziej, bo warunki, które panowały w okresie epidemii, łącznie ze szpitalami tymczasowymi ocierały się o warunki szpitali polowych i napływ uchodźców w tym momencie może wiązać się z udzielaniem świadczeń na bieżąco w zmiennej sytuacji i jest to bardzo cenna lekcja, która na przyszłość zaprocentuje. Nie wiadomo, czy też nie czekają nas kolejne epidemie, typu ospy małpiej. Czy nie będzie na jesień nawrotu COVID-19? Ebola też jest na świecie, także to jest świetna lekcja organizacji, systemów i schematów postępowania w przypadku nagłych zdarzeń lub epidemii” (ZAK2).

Sytuacja wymaga monitorowania i obserwacji:

„Z mojego punktu widzenia to będzie zależało od tego jakie choroby mogą przywieźć uchodźcy z Ukrainy. Jeżeli chodzi o kwestię organizacji, to tu głównym problemem opieki będzie bariera językowa, natomiast jeżeli chodzi o choroby zakaźne, to na pewno trzeba będzie się spodziewać tego, że mogą przyjeżdżać pacjenci z chorobami zakaźnymi, których do tej pory mieliśmy bardzo ograniczoną ilość. Trzeba będzie ponownie w jakimś stopniu przeorganizować pracę, żeby tymi pacjentami się zająć” (ZAK1).

Podsumowując, wywiady wśród lekarzy dostarczyły niezbędnych informacji do analizy i zobrazowania specyfiki zawodu, jaki wykonują oni na co dzień w szpitalach województwa łódzkiego. Zbiór najważniejszych informacji i wniosków z badania zawiera schemat 6.

Schemat 6. Efektywność pracy w świetle badań lekarzy



Źródło: opracowanie własne.

W zakresie codziennej pracy, ogólnej sytuacji w systemie ochrony zdrowia oraz dostępności kadr medycznych w Polsce, badani lekarze podkreślali, że ich zawód należy zaliczyć do stresujących, wymagających obszernej wiedzy medycznej oraz wieloletniego doświadczenia. Potwierdzili, że proces kształcenia jest długotrwały, co może powodować niedobory kadrowe w systemie ochrony zdrowia. Lekarze podkreślają ten problem nie tylko w swojej grupie zawodowej, ale potwierdzają zebrane dane z badania ilościowego, w którym kadra pielęgniarska również zadeklarowała to zagrożenie. Wskazali oni również, że największą satysfakcję przynosi im sukces medyczny, sytuacja, w której

poprawnie postawiona diagnoza przyczyni się do polepszenia stanu zdrowia pacjenta. Respondenci opisywali również czynniki wpływające na ich motywację do pracy. Podkreślali, że największą rolę upatrują w zespole medycznym, z którym pracują każdego dnia. Opisywali korzyści płynące z dobrej współpracy i pozytywnej atmosfery w pracy. Elementy potencjalnie mogące usprawnić ich pracę to: organizacja pracy, infrastruktura techniczna, aparatura medyczna, systemy informatyczne oraz szybkość przekazywania informacji. Te czynniki mogą wpłynąć w ich ocenie na efektywność pracy. Przepływ danych i dostęp do informacji mogących poprawić organizację pracy oraz znajomość zmian legislacyjnych z obszaru ich pracy to również potencjalne czynniki wzrostu efektywności. Respondenci potwierdzili znaczny wpływ stresu na efektywność pracy. Dominował pogląd, że był on negatywny. Wynika on z obciążenia pracą związaną z przyrostem liczby pacjentów. Ma to znaczenie w przypadku hospitalizacji osób starszych, które charakteryzują się wielochorobowością, co wpływa na charakter i ilość pracy. Jednoznacznie negatywnie został oceniony wpływ epidemii COVID-19 na efektywność pracy. Respondenci zgodnie przyznali, że spotkali się z sytuacją nową, nieprzewidywalną, wymagającą przeorganizowania nie tylko ich pracy zawodowej, ale również życia osobistego. Krytycznie też odnieśli się do funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, wyraźnie podkreślając, że największa zasługa w tym czasie musi być przyznana ludziom, personelowi szpitalnemu, który każdego dnia zaangażował pełnię swoich sił do walki z epidemią COVID-19. Badania jakościowe potwierdziły, iż efektywność pracy w ocenie lekarzy łączona jest w dużej mierze z poprawą stanu zdrowia swoich pacjentów.

Zakończenie

Tematem niniejszej rozprawy doktorskiej była efektywność pracy lekarzy i pielęgniarek w szpitalach województwa łódzkiego w perspektywie starzejącego się społeczeństwa i sytuacji epidemicznej COVID-19. Zawarte w dysertacji rozważania przebiegały dwoma wzajemnie uzupełniającymi się nurtami: opisowo-analitycznym oraz badawczym. Przyjęcie opisywanego sposobu rozważań umożliwiło zrealizowanie celu głównego, celów szczegółowych pracy oraz odpowiedź na zadane pytania badawcze. Ustalono, że zawarta w celu głównym rozprawy ocena efektywności pracy lekarzy i pielęgniarek na przykładzie wybranych szpitali województwa łódzkiego jest zagadnieniem istotnym dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz zwiększania dostępności zasobów kadry lekarskiej oraz pielęgniarskiej w szpitalach. Realizacja tak zdefiniowanego celu wymusiła konieczność ustalenia, jaki jest stan badań, a następnie analizy oraz usystematyzowania wiedzy dotyczącej efektywności oraz efektywności pracy. W dysertacji uporządkowano więc aparat pojęciowy oraz dokonano przeglądu definicji związanych z podejmowaną tematyką.

Przytoczona w temacie perspektywa starzejącego się społeczeństwa ma istotne znaczenie dla całości rozprawy. Pierwszy z celów szczegółowych dysertacji zakładał *systematyzację wiedzy dotyczącej procesu starzenia się ludności w województwie łódzkim na tle sytuacji ogólnokrajowej z uwzględnieniem aspektów dostępności do usług zdrowotnych dla osób starszych*. W procesie jego realizacji w rozdziale pierwszym dokonano agregacji wiedzy na temat sytuacji demograficznej kraju oraz województwa łódzkiego. Podstawę charakterystyki i dokonanej oceny mapy demograficznej kraju oraz województwa łódzkiego stanowiła analiza roczników statystycznych i demograficznych baz danych tworzonych głównie przez GUS. Szczegółowa analiza zapisów demograficznych pozwoliła urealnić stwierdzenie, że proces starzenia się społeczeństwa Polski należy określić jako dynamiczny, zaś perspektywa kolejnych trzydziestu lat wzmacnia negatywny obraz opisywanej sytuacji. W roku 1990 w Polsce było ponad 4 884 tys. osób w wieku 60/65 lat i więcej. Na przestrzeni kolejnego ćwierć wieku liczba osób z tej kategorii wiekowej wzrosła do poziomu 8 540,5 tys. Dokonano projekcji, że liczba ludności kraju maleje, wskaźnik dzietności charakteryzuje się niskimi wartościami, zaś osoby starsze wypierają w strukturze demograficznej dzieci oraz młodzież. Wielowymiarowa systematyzacja danych statystycznych wykazała zagrożenia wynikające z ujemnego przyrostu naturalnego, przesunięcia w górę wskaźnika

przeciętnego trwania życia oraz wydłużenia linii umieralności. Wskaźnik przeciętnego trwania życia w roku 1950 w Polsce wynosił dla mężczyzn 56,1 oraz dla kobiet 61,7. W roku 2018 dla mężczyzn wskaźnik ten wynosił już 73,8 a dla kobiet 81,7. Zgromadzone dane stanowiły potwierdzenie, że Polska w kolejnych latach będzie jednym z krajów europejskich z najwyższym współczynnikiem starości. Dokonano porównania zachodzących w skali kraju procesów w stosunku do województwa łódzkiego, co wykazało tożsamość zachodzących procesów demograficznych. Województwo łódzkie charakteryzuje się systematycznym spadkiem liczby ludności z zauważalnym przyrostem w kategorii osób starszych. W ciągu 26 lat liczba osób w województwie łódzkim zmniejszyła się o 260,9 tys. Prognozy demograficzne wskazują, że do 2050 roku w Polsce nastąpi wyraźne zmniejszenie liczby dzieci oraz dorosłych, głównie w wieku produkcyjnym, co będzie miało swój skutek w większości obszarów funkcjonowania państwa. Kluczowe w aspekcie realizacji przytoczonego celu badawczego było pytanie, czy postępujący proces starzenia się społeczeństwa ma bezpośredni wpływ na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce. Elementem integralnym ochrony zdrowia jest pojęcie opieki zdrowotnej, czyli wszelkich działań ukierunkowanych na bezpośrednie utrzymanie i przywrócenie stanu zdrowia. Z pewnością przegląd stanu zdrowia osób starszych musiał uwzględniać strukturę płci, demografię, wielochorobowość, wielolekowość czy też poziom zdrowia psychicznego. Z zebranych danych wynika, że wraz z wiekiem liczba problemów zdrowotnych będzie wzrastać. System ochrony zdrowia musi zostać przygotowany na nowe wyzwania organizacyjne zwiększające dostępność do usług zdrowotnych skierowanych do osób starszych. Zgodnie ze sprawozdawczością placówek ochrony zdrowia, w 2020 roku udzielono 283,1 mln porad, w tym osobom w wieku 65 lat i więcej – 89,8 mln. Porady udzielone seniorom stanowiły 31,7% ogólnej ich liczby (w roku poprzednim było to 30,3%). Do podstawowych kierunków zaliczyć można m.in. organizację usług zdrowotnych w sposób zróżnicowany uwzględniający potrzeby i preferencje osób starszych, rozszerzenie zakresu usług na wszystkie osoby starsze, działania zmierzające do utrzymania wewnętrznej zdolności i sprawności fizycznej osób starszych, inwestycje w obszarze systemu zdrowia w zakresie opieki geriatrycznej, długoterminowej, realizowanej choćby w zakładach opieki leczniczej i pielęgnacyjnej.

Drugi cel badawczy dysertacji zakładał *identyfikację luki dostępności zasobów kadry pielęgniarstwa i lekarskiej w Polsce ze szczególnym uwzględnieniem województwa łódzkiego*. Aby sprostać wyzwaniom związanym z zagwarantowaniem opieki zdrowotnej

starzejącego się społeczeństwa, należy zwiększyć zasoby wykwalifikowanej kadry medycznej. Systematycznie rośnie bowiem zapotrzebowanie na lekarzy, pielęgniarki, opiekunów medycznych, co – jak zostało to wykazane w rozprawie – wynika z sytuacji demograficznej Polski i wzrostu liczby osób starszych. W tym celu w rozdziale drugim dokonano analizy systemu kształcenia kadr medycznych w Polsce na tle szerokiego przeglądu definicji zawodu medycznego. Istotna była również informacja o strukturze wiekowej grup zawodowych lekarzy oraz pielęgniarek, przywołana, aby wykazać, że zagadnienie luki pokoleniowej kadr medycznych jest realnym zagrożeniem dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Zasoby kadr medycznych stanowią bowiem gwarancję zachowania ciągłości funkcjonowania opieki zdrowotnej dla wszystkich obywateli. Przedstawiciele zawodów medycznych realizują świadczenia zdrowotne z wielu obszarów medycyny. Oparte są one głównie na diagnozie, leczeniu, pielęgnacji czy też rehabilitacji. Jednak istnieją wyspecjalizowane gałęzie medycyny w zakresie opieki nad osobami starszymi. W obliczu rosnącego zapotrzebowania na udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom starszym na znaczeniu zyskują takie obszary polityki zdrowotnej, jak geriatryka, opieka długoterminowa, opieka psychiatryczna, pielęgnacyjno-opiekuńcza czy też opieka paliatywna. Badania ilościowe jak i jakościowe opisane w rozdziale piątym oraz szóstym potwierdziły, że badany personel medyczny upatruje szansę w tworzeniu zawodów pomocniczych. Szczególnie kadra lekarska deklaruje chęć współpracy z asystentami medycznymi, którzy mieliby stanowić realne odciążenie od biurokracji i „papirologii” (określenie jednego z respondentów) związanych z procesem leczenia pacjentów. Jest to szansa na zwiększenie efektywności pracy poprzez zmianę organizacyjną w podmiotach leczniczych. Aby sprostać wyzwaniom systemu ochrony zdrowia, zgodnie z danymi przedstawionymi w rozdziale drugim, które potwierdzają występowanie luki dostępności zasobów kadry pielęgniarskiej i lekarskiej w Polsce ze szczególnym uwzględnieniem województwa łódzkiego, musi nastąpić intensyfikacja działań zmierzających do wzrostu liczby lekarzy i kadry pielęgniarskiej na rynku zdrowia. Opisany proces kształcenia w obu przypadkach charakteryzuje się złożonością oraz wieloletnim tokiem edukacji medycznej. Dlatego istotne jest zapewnienie zarówno odpowiedniej ilości miejsc na studiach medycznych, jak również w następstwie zwiększenie dostępności do możliwości podjęcia rezydentury, aby kadry medyczne, szczególnie lekarskie, mogły kontynuować rozwój specjalistyczny. Dzięki tym zabiegom w systemie ochrony zdrowia systematycznie pracować wzrastać liczba lekarzy, pielęgniarek i położnych. Ma to stanowić bufor bezpieczeństwa dla wyraźnych

i znaczących niedoborów personelu medycznego w tym sektorze, w szczególności w kontekście znacznej dynamiki starzenia się przedstawicieli zawodów medycznych pracujących obecnie, którzy w nadchodzących latach nabędą uprawnienia emerytalne, a tym samym mogą zdecydować się o odejściu z systemu opieki zdrowotnej. Zgodnie z danymi NIL, w roku 2020 wśród lekarzy najliczniejsza była grupa osób najstarszych – 65 lat i więcej. Ich liczba wyniosła blisko 40 tys. a udział w ogólnej liczbie wyniósł 25,3% i był o 0,9 punktu procentowego wyższy niż w roku 2019. Opisywana wcześniej sytuacja demograficzna wraz z faktycznym stanem liczbowym dostępnej kadry medycznej w Polsce wymusza na zarządzających podmiotami leczniczymi wypracowanie działania opartego właśnie na efektywności pracy.

Odpowiedzią na przedstawione problemy i zagrożenia może być właściwe zarządzanie dostępnością kadr medycznych, które może stanowić efekt podniesienia efektywności pracy. Krytyczna analiza danych z rozdziału trzeciego stanowiła narzędzie do realizacji trzeciego celu szczegółowego, który zakładał *identyfikację czynników efektywności pracy personelu pielęgniarskiego oraz lekarskiego*. Efektywność, jak to zostało ujęte w części teoretycznej oraz empirycznej, ma wielowymiarowy charakter, szczególnie w sytuacji, kiedy epidemia COVID-19 spowodowała przewartościowanie funkcjonowania całego systemu ochrony zdrowia. Zgodnie z twierdzeniem Marcina Bielskiego, efektywność ma charakter długofalowy (Bielski, 2002), a według Beaty Buchelt zarządzanie efektywnością pracy prowadzi do strategicznego i zintegrowanego systemu kształtowania kompetencji, zachowań oraz efektów pracy, determinującego w rezultacie wzrost konkurencyjności danej organizacji. Autorka w swoich analizach wykazuje, że należy uwzględniać szereg czynników, które mają istotne znaczenie w konfiguracji ZEP. Jeśli chodzi o lekarzy, to należy wskazać na ich autonomiczność, pęd ku doskonaleniu, elastyczność zatrudnienia czy przywiązanie do zawodu wynikające często z powołania (Buchelt, 2017). Aspekt rozwoju zawodowego znajduje swoje odzwierciedlenie w wypowiedziach kadry lekarskiej, która potwierdza znaczenie budowania medycznych kompetencji zawodowych w swojej pracy, w szczególności tych specjalistycznych, które w pozytywny sposób mogą wpływać na funkcjonowanie całej organizacji. W ocenie medyków istotne są rozwój specjalistyczny również poza miejscem swojej podstawowej pracy, większa autonomia pracy czy też doskonalenie umiejętności interpersonalnych. Lekarze swoje portfolio kompetencji budują dzięki permanentnemu doskonaleniu w postaci szkoleń, kursów, konferencji naukowych i skutecznemu wykorzystaniu nabytych wiedzy i umiejętności w procesie leczenia pacjentów.

W wywiadach prowadzonych wśród kadry lekarskiej wielokrotnie pada deklaracja niesienia pomocy medycznej oraz poprawy stanu zdrowia swoich pacjentów. Spowodowane jest to znacznym przywiązaniem do zawodu i misji, jaka się z nim wiąże. W tym miejscu, zgodnie z opinią Skowron-Mielnik przytoczoną w rozdziale trzecim czynniki określające efektywność, które mają istotny wpływ na pracę, można podzielić na:

1. zewnętrzne (władze polityczne, warunki ekonomiczne, rynek zaopatrzeniowy, rynek zbytu, rynek pracy, technika i technologia, kapitał, aktywa społeczne, kultura i ekologia);

Pielęgniarze i pielęgniarki wyraźnie wskazują na czynniki zewnętrzne mające wpływ na ich codzienną pracę. Zgodnie z wynikami badań, w których kadra pielęgniarska oceniała, w jakim stopniu poszczególne elementy zarządzania i organizacji pracy wpływają na poprawę efektywności pracy pielęgniarza/pielęgniarki, oceny znaczenia poszczególnych czynników były na dość zbliżonym i relatywnie wysokim poziomie (ok. 5,00). Jednym z wysoko ocenianych wskaźników była orientacja długoterminowa ujmująca czynniki zewnętrzne dla organizacji (4,98). Składają się na nią m.in. takie elementy, jak: dobre i długoterminowe relacje ze wszystkimi interesariuszami, nakierowanie na obsługę pacjenta na najwyższym poziomie, rozwój poprzez partnerstwo z dostawcami i odbiorcami, bezpieczne miejsce pracy dla członków organizacji. Lekarze wskazywali również na oddziaływanie czynników zewnętrznych. Oceniali, że w ich pracy kluczowy jest dostęp do najnowszych badań i aktualnej wiedzy medycznej, która może przyczynić się do poprawy efektywności leczenia pacjentów. Świadczą o tym słowa: „...wiedza tak się zmienia, że nasze wytyczne, które są akurat w mojej dziedzinie, zmieniają się co roku. Ma to wpływ na efektywność. Ponieważ tutaj, jeżeli chodzi o stosowanie na przykład leków, dostosowujemy dawki i te dawki są stosowane zgodnie z najnowszymi wytycznymi, tym samym okazują się bardziej skuteczne. To jest udowodnione w wielu czasopismach i publikacjach. Są robione takie aktualizacje, żeby leczyć jak najbardziej efektywnie” (ZAK1). Równie ważna w budowaniu efektywności w ujęciu czynników zewnętrznych jest szybka reakcja i przeorganizowanie systemu w obliczu zagrożenia. Czas epidemii COVID-19 stanowił dowód, że zmiany muszą następować natychmiastowo. Potwierdzają to słowa płynące z przeprowadzonego badania: „Całkowita błyskawiczna reorganizacja całego systemu opieki zdrowotnej oraz bardzo dobra dla nas osobiście nauka elastyczności i umiejętności adaptowania się do zmieniających się warunków pracy” (NEU2).

2. wewnętrzne:
- układ organizacyjno-zarządczy (sposób i sprawność kierowania, struktura organizacyjna i struktura produkcji, organizacja pracy i produkcji, warunki pracy, technika i technologia, system motywacyjny, zmiany i rozwój organizacji). Na podstawie pozyskanych danych z przeprowadzonych badań ilościowych, jakościowych oraz przeglądu *desk research* wyłania się zestaw elementów, które mają istotne znaczenie w zakresie budowy struktury wysokoefektywnej organizacji. Z badań ilościowych przeprowadzonych na grupie pielęgniarek i pielęgniarzy wynika, że istotną wagę przypisują do jakości zarządzania organizacją (5,03). Czynnikiem, które budują jakość zarządzania, są: szybkie i sprawne podejmowanie decyzji przez osoby zarządzające, wysoka efektywność kierownictwa, silne przywództwo czy też pewność siebie osób zarządzających organizacją. Świadczy to o tym, że efektywność ma wielowymiarowy charakter. Pielęgniarki i pielęgniarze oczekują bowiem od zarządzających podmiotami leczniczymi aktywnego, dynamicznego kierowania, które jest efektem szybkiej, spójnej i merytorycznej decyzyjności. W badaniu wysoko ocenione zostały również czynniki budujące efektywność, a związane z ciągłą poprawą struktury organizacyjnej. Badania jakościowe przeprowadzone na przedstawicielach kadry lekarskiej w znacznym stopniu potwierdziły przedstawione informacje. Ocena kadry lekarskiej jest tożsama co do jakości zarządzania. Podążając za słowami respondentów, kluczowe dla wzrostu efektywności są inwestycje w nowoczesne technologie, sprzęt medyczny, systemy informatyczne wpływające na bieżące, codzienne funkcjonowanie w ramach podmiotu leczniczego. Lekarze ocenili, że efektywność pracy należy budować na wysokiej jakości zarządzania, przepływie informacji, dobrej komunikacji pomiędzy kierownictwem podmiotu leczniczego a kadrą medyczną sprawującą opiekę nad pacjentem. Świadczą o tym słowa: „Też uważam, że jakość zarządzania byłaby tutaj nadrzędna. Jakość zarządzania powinna uwzględniać wszystkie pozostałe punkty. Pozostałe punkty są podrzędne, bo jeżeli mamy zasoby ludzkie, jeżeli mamy orientację długoterminową, otwartość na działanie i to jest wszystko to, co powinno być wykorzystywane

w zarządzaniu. Tak więc dla mnie te podpunkty pozostałe, jak gdyby łączą się z jakością zarządzania. Ciągła poprawa również także to wszystko, że tak powiem łączy jakość zarządzania. (...) dobra zarządzająca osoba będzie potrafiła wszystkie te elementy połączyć w ten sposób albo wybrać takie osoby, które będą stanowiły rzeczywiście efektywny zespół” (ZAK1). „Jakość zarządzania. Dobry szef jest podstawą organizacji pracy i w prowadzeniu zespołu” (INT4).

- organizacja wewnętrzna zespołu (cele i zadania, wielkość, skład, struktura, zawartość i stabilność, normy zespołowe, stosunki międzyludzkie, sposób przydzielania zadań, styl kierowania zespołem, system motywowania, zdolność adaptacyjna zespołu). Wyniki badań ilościowych i jakościowych w wybranych szpitalach województwa łódzkiego dowodzą znaczenia pracy zespołowej w budowaniu efektywności pracy. Analiza odpowiedzi wskazuje, że największe wsparcie kadra pielęgniarska upatruje w lekarzach (67,6%) i opiekunach medycznych (64,8%). Z kolei w wywiadach indywidualnych kadra lekarska wskazuje wyraźnie, że zespołowa efektywność pracy oparta jest na ścisłej współpracy z kadrami pielęgniarską. Odnosząc się zaś do oceny dokonanej przez kadrami pielęgniarską najważniejszym wsparciem dla nich są lekarze oraz ratownicy medyczni. Oznacza to, że owa efektywność pracy w podmiotach leczniczych uzależniona jest od dobrej komunikacji, wzajemnego wsparcia, należytej staranności pracy dwóch grup zawodowych, tj. lekarzy oraz pielęgniarek. Lekarze podkreślają, że stosunki międzyludzkie to jeden z najważniejszych czynników budujących siłę zespołu medycznego, zaś dobra atmosfera wpływa niewątpliwie w ich ocenie na jakość wykonywanych zadań.
- cechy indywidualne zespołu (zdolności i umiejętności, poziom motywacji, potrzeby i oczekiwania, system wartości, postawy wobec pracy i współpracowników, zachowania) (Skowron-Mielnik, 2009). Kolejny element determinujący wzrost efektywności (przedstawiony przez Beatę Skowron-Mielnik), a mający swoje odzwierciedlenie w przeprowadzonych badaniach to umiejętności zawodowe. Dane z badania ilościowego potwierdzają, że pielęgniarki najwyżej oceniły znaczenie umiejętności zawodowych w procesie poprawy efektywności

wykonywanych obowiązków zawodowych. Badania dowiodły, że zachowanie spokoju, pielęgnacja i znajomość sprzętu medycznego, identyfikacja i ocena problemów to kluczowe elementy wpływające na poprawę zdolności zawodowych. Jako czynniki motywujące do wykonywanej pracy respondentki najczęściej wskazywały odpowiedni poziom wynagrodzenia (49,3%). Lekarze natomiast częściej wskazywali na zadowolenie z pomyślenie zakończonego procesu diagnostyczno-leczniczego, który przyniósł wymierny efekt zdrowotny dla pacjenta. Lekarze ocenili, odwołując się do misji zawodu, że wynagrodzenie jest ważne, jednak kluczowa jest poprawa stanu zdrowia swoich pacjentów.

Wywód w rozdziale czwartym dotyczący sytuacji epidemicznej związanej z COVID-19 pokazał, że praca pielęgniarek oraz lekarzy jest bardzo złożona w ulegającym nieustannym zmianom otoczeniu systemu ochrony zdrowia. Należy podkreślić, że bezprecedensowa w najnowszej historii epidemia COVID-19 uwypukliła zarówno w naszym kraju, jak i w województwie łódzkim rolę lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych i innych grup personelu medycznego w systemie ochrony zdrowia oraz ponownie zdefiniowała ich znaczenie dla zdrowia publicznego. W trakcie epidemii COVID-19 opisywane powyżej zjawiska uległy silnemu wzmocnieniu. Tym samym dokonano *krytycznej oceny skutków epidemii SARS-CoV-2 dla aktywnych uczestników procesu leczenia pacjentów tj. lekarzy oraz kadry pielęgniarskiej* w wymiarze teoretycznym oraz przygotowano podłoże do prowadzenia dalszych analiz empirycznych.

Epidemia COVID-19 wywarła skutek nie tylko na przedstawicielach zawodów medycznych na co dzień sprawujących opiekę nad pacjentem. Stan epidemii wymusił również na zarządzających podmiotami leczniczymi wdrożenie nowych procedur stanowiących gwarancję ciągłości zdrowotnej w szczególności dla pacjentów starszych, dla których konsekwencje zdrowotne koronawirusa SARS-CoV-2 były największe. Przegląd danych statystycznych ukazał tym samym globalną skalę epidemii. W Polsce do maja 2022 r., odnotowane zostały 6 007 073 zakażenia. Liczba zgonów spowodowanych chorobą COVID-19 wyniosła 116 311 osób. Zgromadzone dane wskazują również, że liczba hospitalizacji z każdą kolejną falą zakażeń narastała, generując tym samym znaczne obciążenie dla funkcjonowania szpitali w Polsce, ale i na świecie. Powodowało to znaczne ograniczenia w dostępności do usług zdrowotnych dla wszystkich ludzi, którzy w owym czasie wymagali opieki medycznej w związku

z różnymi jednostkami chorobowymi. Istotna była też liczba zgonów wśród osób starszych. Śmiertelność osób starszych w wieku 80 lat i więcej z potwierdzoną chorobą COVID-19 wynosiła 21,9% (w pozostałych grupach wiekowych zaledwie 1,4%). Zachorowania oraz wysoka śmiertelność dotyczyła również personelu medycznego. Do grudnia 2021 roku zakażenie koronawirusem stwierdzono u 81 844 pielęgniarek, 32 872 lekarzy, 13 410 fizjoterapeutów, 8 416 położnych, 4 616 dentystów oraz 3 146 diagnostów laboratoryjnych. Z powodu COVID-19 zmarło 251 lekarzy oraz 201 pielęgniarek, co również miało istotny wpływ na zachowanie ciągłości funkcjonowania podmiotów leczniczych w okresie epidemii.

Ponadto dokonany w rozdziale czwartym przegląd aktów prawnych ukazał dynamikę zmian w zakresie ograniczania dostępności do podmiotów leczniczych, ograniczeń związanych z hospitalizacją pacjentów czy też wpływ epidemii na organizację pracy w nowych okolicznościach epidemicznych. Potwierdzają to również opinie ankietowanych pielęgniarek, które oceniły, że nastąpił kryzys w zapewnieniu chorym należytej opieki medycznej. Blisko 60% ankietowanych osób przebywało na izolacji bądź kwarantannie, co oznaczało przymusowe odejście od łóżek pacjentów. Niemal 3/4 (69%), osób odczuwało lęk przed zarażeniem SARS-CoV-2 w trakcie wykonywania pracy pielęgniarki, zaś znaczny odsetek respondentek deklarował stan wypalenia zawodowego w wyniku epidemii (55,4%). Przedstawione dane stanowią istotny dowód na destrukcyjny wpływ epidemii COVID-19 na funkcjonowanie całego systemu ochrony zdrowia.

Przedstawiona krytyczna analiza danych zastanych (*desk research*) w rozdziałach od pierwszego do czwartego, jak również opisane w rozdziale piątym oraz szóstym wyniki badań z wykorzystaniem technik ilościowych oraz jakościowych pozwoliły na uzyskanie szerokiego zasobu danych i informacji oraz odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

- 1) *Jak postępujący proces starzenia się społeczeństwa w województwie łódzkim wpływa na dostępność do usług zdrowotnych w szpitalach województwa łódzkiego?*
- 2) *Jak dużym zagrożeniem dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia są niedobory kadry pielęgniarskiej w województwie łódzkim w najbliższej przyszłości? Z czego to zagrożenie wynika?*
- 3) *Jak lekarze postrzegają sytuację kadrową personelu medycznego w szpitalach województwa łódzkiego i czy w ich opinii braki kadrowe stanowią istotne zagrożenie dla funkcjonowania szpitali?*

- 4) *Jak definiowana jest efektywność przez pielęgniarki i lekarzy?*
- 5) *Jak lekarze i pielęgniarki postrzegają czynniki kształtujące efektywność pracy personelu medycznego i placówek medycznych?*
- 6) *Jakie konsekwencje niesie za sobą epidemia COVID-19 dla systemu ochrony zdrowia? Jak epidemia COVID-19 wpłynęła na charakter pracy personelu pielęgniarskiego i lekarskiego w szpitalach województwa łódzkiego?*

Pierwsze ze szczegółowych pytań badawczych dotyczyło wpływu *proces starzenia się społeczeństwa w województwie łódzkim na dostępność do usług zdrowotnych w szpitalach województwa łódzkiego*. Na podstawie krytycznej analizy treści zawartych w rozdziale pierwszym oraz drugim należy podkreślić, że dostępność do usług zdrowotnych uzależniona jest od wielu czynników. Należą do nich m.in. odpowiednia liczba lekarzy oraz pielęgniarek dedykowanych do opieki nad pacjentami, rozwój obszarów systemu ochrony zdrowia ukierunkowanych na opiekę nad osobami starszymi, ale – co najważniejsze – odpowiednia organizacja pracy nastawiona na zwiększanie jej efektywności. Proces medyczny związany z ich hospitalizacją jest wieloetapowy i łączy się z wydłużeniem okresu leczenia. Potwierdzają to słowa lekarzy: „...Praktycznie nie bywa tak że, że są wolne miejsca, więc myślę, że sufit został osiągnięty. Zdecydowanie rośnie odsetek osób starszych. Szczególnie pacjentów 90+” (INT4).

Odpowiedzi na drugie pytanie badawcze: *Jak dużym zagrożeniem dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia są niedobory kadry pielęgniarskiej w województwie łódzkim w najbliższej przyszłości? Z czego to zagrożenie wynika?* dostarczyły wyniki przeprowadzonego badania ilościowego oraz jakościowego. Zdecydowana większość kadry pielęgniarskiej – niemal 90% potwierdziła, że system ochrony zdrowia w Polsce obarczony jest istotnymi brakami personelu pielęgniarskiego. Co więcej, aż dwie trzecie respondentów (65,7%) jest zdania, że liczba pielęgniarek jest niewystarczająca dla zapewnienia właściwej opieki chorym, gdyż w ostatnich pięciu latach nastąpił znaczny spadek ich liczby. Tą sytuację może pogłębić fakt, że blisko 10% pielęgniarek rozważa odejście z zawodu. Podstawowymi czynnikami, jakie mogą stanowić przyczynę rezygnacji z zawodu, są niskie zarobki (65,4%), problemy zdrowotne (58,2%) oraz brak poszanowania dla zawodu pielęgniarki w społeczeństwie (51,0%). Co trzecia pielęgniarska (32,1%) wybiera się na emeryturę zaraz po uzyskaniu takiej możliwości. Główne powody takich decyzji to: niskie zarobki, zmęczenie i wypalenie zawodowe oraz aspekty rodzinne. Zagrożenie dla funkcjonowania systemu ochrony

zdrowia lekarze opisują, wskazując na aspekty demograficzne związane z dynamiką starzenia się pielęgniarek w Polsce. Zwracają uwagę, że „...większość pracujących w oddziałach szpitalnych pielęgniarek jest w wieku przedemerytalnym, pojedyncze są osoby, które przyszły na przestrzeni ostatnich wielu lat jako nowe pielęgniarki do pracy, więc jest to skrajnie wręcz duży problem w tym momencie i stoimy na granicy zapaści opieki pielęgniarskiej. Zwłaszcza że te pielęgniarki, które pracują, pracują w kilku miejscach. Uważam, że jesteśmy na granicy, u progu załamania się systemu, ponieważ duża ilość pielęgniarek odchodzi na emeryturę w tym momencie” (NEU2).

Przeprowadzone w ramach badań jakościowych wywiady z przedstawicielami kadry lekarskiej dały odpowiedź na kolejne z pytań badawczych, tj. *Jak lekarze postrzegają sytuację kadrową personelu medycznego w szpitalach województwa łódzkiego i czy w ich opinii braki kadrowe stanowią istotne zagrożenie dla funkcjonowania szpitali?* Lekarze deklarują, że niedobory kadrowe prowadzą do większego obciążenia obowiązkami, co w konsekwencji prowadzi do nadmiernego przemęczenia, frustracji oraz wypalenia zawodowego. Potwierdzają to przykładowe stwierdzenia, przykładowo: „...jest to problem, ale szczególnie z powodu braków specjalistów na rynku” (INT1), „...braki kadrowe są bardzo mocno widoczne i związane jest to z dużym obciążeniem całej kadry. To związane jest ze zmęczeniem psychicznym, ale i fizycznym. Wynika to z ilości obowiązków, które trzeba wykonywać dodatkowo i na pewno to jest widoczne, że brakuje kadry pielęgniarskiej i kadry lekarskiej” (CHO1). Lekarze deklarują wyraźnie, że niedobory kadrowe stanowią realne zagrożenie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, w szczególności mogą stanowić podstawę błędów medycznych. Twierdzą również, że „...braki kadrowe prowadzić będą do błędów medycznych. Czyli wszystkie pomyłki, które wykonujemy z powodu zmęczenia. Wynikają z tego, że nie ma czasu, aby zająć się pacjentem jak należy. Po pierwsze, a po drugie jest to ze zmęczenia personelu, który jest przeciążony. Znaczne zmęczenie fizyczne składa się na zmęczenie psychiczne, że to idzie w parze i wiadomo, że zwiększa się ryzyko błędu” (INT3). Opinie kadry pielęgniarskiej potwierdzają lekarze. Również wskazują na istotne niedobory kadrowe. Zdecydowana większość pielęgniarek (niemal 90%) jest zdania, że system ochrony zdrowia w Polsce cierpi na brak personelu medycznego. Zebrane dane stanowią o słuszności stwierdzenia, że braki kadrowe w systemie ochrony zdrowia dotyczą zarówno kadry pielęgniarskiej, jak i lekarskiej. Braki te generują również zagrożenie dla zachowania ciągłości opieki medycznej sprawowanej w szpitalach.

Jednym z możliwych rozwiązań dla opisywanego powyżej zagadnienia jest zarządzanie efektywnością pracy. W rozprawie doktorskiej postawiono w tym zakresie dwa pytania badawcze: *Jak definiowana jest efektywność przez pielęgniarki i lekarzy?* oraz *Jak lekarze i pielęgniarki postrzegają czynniki kształtujące efektywność pracy personelu medycznego i placówek medycznych?* Z przeprowadzonej analizy zebranych danych wynika, że pielęgniarki utożsamiają efektywność przede wszystkim z otrzymywaniem wynagrodzenia zgodnego z kompetencjami oraz oczekiwaniami (49,3%). Równie ważne jest poszerzanie swoich umiejętności oraz rozwój zawodowy (36,8%). Co więcej, jednym z najsilniejszych czynników wpływających na efektywność w ocenie respondentów jest jakość zasobów ludzkich oraz jakość zarządzania. Efektywność, zgodnie z opinią pielęgniarek, zależy od własnych umiejętności zawodowych oraz wysokiej etyki zawodowej. Opinia lekarzy w temacie efektywności była w wybranych obszarach odmienna. Utożsamiali ją ze skutecznym procesem diagnostyczno-leczniczym pacjenta i poprawę jego stanu zdrowia. Świadczą o tym słowa: „...Dla mnie efektywność to będzie wyleczenie pacjenta w jak najkrótszym czasie. To będzie dostępność do badań, do rehabilitacji, do leków” (INT1). Efektywność definiowali również jako poprawność procedur oraz aktualnych norm leczenia, które muszą być przestrzegane w podmiotach leczniczych: „Efektywność wiąże się z określonymi regulacjami i procedurami. Są schematami postępowania, które na przestrzeni ostatnich lat wprowadzane... Generalnie wiąże się to z zdecydowaniem na przestrzeni ostatnich kilku lat z polepszeniem efektywności pracy w szpitalu” (CHO1). Opinie lekarzy na temat czynników kształtujących efektywność powiązane były z wykorzystaniem zasobów ludzkich i infrastrukturalnych: „...Jeżeli chodzi o moją osobistą pracę, to staram się bardzo dokładnie planować, co będę wykonywała tak, żeby przy najmniejszym nakładzie pracy osiągnęła maksymalne korzyści, czyli efektywność” (NEU2). Odpowiadając na pytania badawcze dotyczące efektywności, należy zatem wskazać na różnorodność postrzegania tego pojęcia. W ocenie pielęgniarek oraz lekarzy efektywność wpływa na charakter ich codziennej pracy na oddziałach szpitalnych i jest uzależniona od zmiennych czynników wpływających na jej ostateczny kształt.

Odpowiedzi na kolejne pytanie badawcze, tj.: *Jak pandemia COVID-19 wpłynęła na charakter pracy personelu pielęgniarskiego i lekarskiego w szpitalach województwa łódzkiego?*, dostarczyły pozyskane dane z badania ilościowego oraz jakościowego. Kadra pielęgniarska przyznała, że priorytetem podczas epidemii SARS-CoV-2 było zapewnienie przez szpital środków ochrony osobistej oraz dodatków finansowych. Praca

musiała zostać również dostosowana pod względem bezpieczeństwa epidemicznego. Ankietowane pielęgniarki zostały przeszkolone przez pracodawcę, głównie z zakresu zasad bezpieczeństwa podczas epidemii (85,3%) oraz korzystania ze środków ochrony indywidualnej (84,5%). Można uznać, że pandemia wpłynęła na pewien wzrost poziomu wypalenia zawodowego. Mogło to być związane z faktem, że aż 70% respondentów przyznaje się do ograniczenia kontaktów towarzyskich podczas epidemii SARS-CoV-2. W podobnym tonie o wpływie epidemii COVID-19 na charakter pracy wypowiedzieli się lekarze: „Całkowita błyskawiczna reorganizacja całego systemu opieki zdrowotnej oraz bardzo dobra dla nas osobiście nauka elastyczności i umiejętności adaptowania się do zmieniających się warunków pracy” (NEU2), „Wpłynęła, oczywiście, że wpłynęła. Była rewolucją na swój sposób. Choćby używanie środków ochrony osobistej, których do tej pory nie używaliśmy...” (INT1). Respondenci zgodnie odpowiedzieli, że spotkali się z sytuacją nową, nieprzewidywalną, wymagającą przeorganizowania nie tylko ich pracy zawodowej, ale również życia osobistego. Epidemia COVID-19 wpłynęła na całokształt funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, wymuszając przerzucenie ciężaru pracy na kadrę lekarską, pielęgniarską, oraz pozostały personel szpitalny, który każdego dnia zaangażował pełnię swoich sił do walki z epidemią COVID-19.

Analizy danych dostarczają również badania innych autorów zajmujących się tematyką efektywności i czynników wpływających na ich wzrost. Podobne wyniki uzyskane zostały w dwóch badaniach opublikowanych w 2018 roku przez Emina Kahya i Nurtena Orala (Kahya, Oral, 2018). Uczestnikami pierwszego z nich było 35 pielęgniarek pracujących w Uniwersyteckim Szpitalu Eskişehir Osmangazi w Turcji. Badacze rozesłali kwestionariusz ankiety zawierający 38 kryteriów w ramach ośmiu głównych kategorii określających czynniki efektywności do pielęgniarek.¹¹⁹ Średnie wagi głównych kategorii wskazują, że kolejność kryteriów głównych to: umiejętności kliniczne (21,53%), umiejętności zawodowe (16,05%), kontekstowe (12,97%), umiejętności rozwiązywania problemów (11,81%), komunikacja interpersonalna (10,94%), praca zespołowa (10,32%), etyka (9%) i przywództwo (7,39%). Wagi dla czterech czynników tj.: umiejętności interpersonalne, rozwiązywanie problemów, etyka zawodowa i praca zespołowa kształtowały się na zbliżonym poziomie (10%).

¹¹⁹ Pielęgniarki pochodziły z oddziału chorób wewnętrznych (13), oddziałów zabiegowych (12), oddziału intensywnej terapii (8) oraz szpitalnego oddziału ratunkowego (2). Uzyskane wyniki ilustrują, że staż zawodowy w podmiotowym szpitalu w większości to ponad 6 lat ($9,53 \pm 5,39$). Przedział wiekowy grupy badawczej wynosił natomiast od 28 do 54 lat ($38,72 \pm 5,19$). Średnia długość stażu zawodowego badanych pielęgniarek wyniosła 18,66 lat (Kahya, Oral, 2018).

Podsumowując badanie Kahya i Orala, w ocenie pielęgniarek najważniejszymi czynnikami efektywności były: umiejętności kliniczne, umiejętności zawodowe i kontekstowe. Autorzy na bazie pierwszego badania dokonali rozszerzenia grupy badawczej na inne szpitale, gdzie uczestnikami były pielęgniarki, pielęgniarki oddziałowe z różnych oddziałów z dwóch szpitali wojewódzkich i dwóch szpitali lokalnych w jednym mieście (w tym chorób wewnętrznych, oddziału chirurgii, intensywnej terapii oraz szpitalnych oddziałów ratunkowych) (Kahya, Oral, 2018). Kwestionariusz został również skierowany do pielęgniarek zatrudnionych w mniejszych podmiotach leczniczych w których liczba łóżek wynosiła mniej niż 20. W konsekwencji próbę badawczą stanowiły 233. pielęgniarki. Większość pracowała w podmiocie leczniczym jako pielęgniarka od ponad 6 lat. Średnia stażu zawodowego stanowiła 13,82 lat. Odnosząc te dane do badania ilościowego opisanego w niniejszej dysertacji, należy wykazać, że przedział wiekowy grupy badawczej wynosił od 23 do 77 lat. W większości ankietowany personel charakteryzował się ponad trzydziestoletnim stażem zawodowym (34,9%). Wskazuje to na duże różnice w strukturze wiekowej pielęgniarek zatrudnionych w badanych szpitalach w Turcji, a tych analizowanych w województwie łódzkim.

Najwyżej ocenione kategorie w drugiej analizie to: umiejętności kliniczne (6,14 pkt), umiejętności zawodowe (6,14 pkt), komunikacja interpersonalna (5,60 pkt), etyka zawodowa (5,60 pkt), praca zespołowa (5,60 pkt). W badaniu będącym przedmiotem niniejszej dysertacji zarysowuje się różnica w otrzymanych wynikach. Pielęgniarki zatrudnione w szpitalach województwa łódzkiego najwyżej oceniły znaczenie umiejętności zawodowych (5,71 pkt) a kolejno umiejętności klinicznych (5,55 pkt). Duża dysproporcja odnosi się do etyki zawodowej (5,55 pkt). W pierwszym badaniu Kahya oraz Orala ta etyka pracy oceniana była jako jedna z najniższych, zaś w rozprawie opisywana jest jako znacząca dla wzrostu efektywności. W odniesieniu do drugiego badania największa różnica odnosi się do roli przywództwa w opinii kadry pielęgniarskiej (różnica 0,73). Reasumując należy wskazać, że podobieństwo w opisywanych badaniach odnosi się do kwestii umiejętności. Zarówno umiejętności zawodowe oraz kliniczne wyraźnie wpływają na efektywność wykonywanej pracy, niezależnie od kontekstu kulturowego i społecznego. Odmienność można zauważyć w przypadku roli motywowania pracowników, coachingu, posiadanych cech lidera czy też wsparcia pielęgniarek rozpoczynających pracę wchodzących w skład kategorii przywództwo. Istotna rola przywództwa w budowaniu efektywności częściej wskazywana była w szpitalach województwa łódzkiego. Jednocześnie w badaniach

przeprowadzonych przez autora kadra pielęgniarska jest starsza i aktywna zawodowo już od wielu lat. Zarysowuje się tutaj zdecydowana różnica.

Dokonując interpretacji badania przeprowadzonego przez Renatę Piotrkowską, Piotra Jarzynowskiego oraz Janinę Książek w roku 2018 z wykorzystaniem narzędzia badawczego MSQ¹²⁰ (Piotrkowska, Jarzynowski, Książek, 2021) dostrzec można tożsamość w części uzyskanych wyników a wynikami opisanymi w dysertacji. Grupę badaną stanowiło 215. Pielęgniarek pracujących w różnych ośrodkach onkologicznych w całej Polsce.¹²¹ Średni poziom zadowolenia w badanej grupie wyniósł 67,10 pkt. Autorzy badania opisują, że wysoki poziom satysfakcji z pracy należy łączyć z: możliwością zrobienia czegoś dobrego dla innych (82,9% pielęgniarek było zadowolonych i bardzo zadowolonych), zadowoleniem z dotychczasowego życia (74,4% pielęgniarek było zadowolonych i bardzo zadowolonych), umiejętnościami zawodowymi przełożonych (73,9 % pielęgniarek było zadowolonych i bardzo zadowolonych), znaczeniem pracy w życiu (60,6% pielęgniarek było zadowolonych i bardzo zadowolonych). Najmniej satysfakcjonującymi czynnikami były: perspektywy awansu (26,3% pielęgniarek było bardzo niezadowolonych i niezadowolonych), szanse na zajmowanie wyższego stanowiska (25,4% pielęgniarek było bardzo niezadowolonych i niezadowolonych), metody oceny pracy i system wynagradzania w danej organizacji (23,4% pielęgniarek było bardzo niezadowolonych i niezadowolonych). Odnosząc przedstawione dane do wyników badania dokonanego w dysertacji tożsamym jest potrzeba czynienia czegoś dobrego dla innych (67% pielęgniarek było zadowolonych i bardzo zadowolonych), zadowolenia ze swojego życia (65% pielęgniarek było zadowolonych i bardzo zadowolonych) oraz postrzeganie umiejętności zawodowych bezpośredniego przełożonego (57% pielęgniarek było zadowolonych i bardzo zadowolonych). Podobieństwo zauważalne jest również w najniżej ocenianych kategoriach. Pielęgniarki brak satysfakcji utożsamiają z szansami na objęcie wyższych stanowisk (31% pielęgniarek było zadowolonych i bardzo zadowolonych) oraz sposobem oceny pracy i aspektów wynagradzania (31% pielęgniarek było zadowolonych i bardzo zadowolonych). Podsumowując należy ocenić, że opisywane aspekty są niemal identycznie oceniane zarówno przez pielęgniarki z województwa łódzkiego, jak

¹²⁰ Opisu narzędzia MSQ (*Minnesota Satisfaction Questionnaire*) autor dokonał w część 5.3 dysertacji.

¹²¹ Grupa badana składała się z 211. kobiet (98,1%) i 4. mężczyzn (1,9%). Wiek pielęgniarek onkologicznych mieścił się w przedziale od 23 do 60 lat (średnia 45,21 +- 7,83). Średni staż zawodowy wynosił 23,20 lat.

i pracujące w ośrodkach onkologicznych w całej Polsce. Badanie Piotrkowskiej, Jarzynowskiego, Książek oraz te prowadzone przez autora wykazały, że nie ma statystycznie istotnej zależności między wiekiem i stażem pracy a poziomem satysfakcji z pracy.

Kolejnej próby oceny satysfakcji z wykonywanej pracy z wykorzystaniem narzędzia badawczego MSQ dokonali Dariusz Walkowiak oraz Rafał Staszewski. Wyniki badania przeprowadzonego na grupie 292. pielęgniarek w dwóch dużych szpitalach publicznych w zachodniej Polsce dowodzą, że na satysfakcję z pracy mają wpływ cztery główne czynniki: zadowolenie z kierownictwa, zadowolenie z siebie i z szans na awans, zadowolenie z wynagrodzenia i warunków pracy, oraz zadowolenie z samorealizacji (Walkowiak, Staszewski, 2019). Jednocześnie autorzy zauważają, że wypracowanie standaryzacji struktury czynnikowej zadowolenia z pracy w opiece zdrowotnej oparte jest na istnieniu różnych dodatkowych okoliczności. Istotnym zatem są przywództwo oraz poziom kompetencji przełożonego, możliwość awansu zawodowego, rodzina, jej zaangażowanie i wsparcie oraz jeden z kluczowych elementów, czyli odpowiedni poziom wynagrodzenia. Uzyskane przez Walkowiaka oraz Staszewskiego wyniki wskazują, że zarówno czynniki wewnętrzne, jak i zewnętrzne są złożonymi strukturami. Spójność tych elementów może stanowić podstawę satysfakcji z wykonywanej na co dzień pracy zawodowej (Walkowiak, Staszewski, 2019). Podobieństwo wyników do własnych badań autora można dostrzec również analizując czynniki satysfakcji w badaniu Walkowiaka i Staszewskiego. Większość ankietowanych pielęgniarek czerpie satysfakcję z wykonywanych obowiązków zawodowych. Pielęgniarki deklarowały, że są zadowolone z możliwości robienia czegoś dobrego dla innych osób. Podkreślały również zadowolenie z ważności wykonywanej pracy. Wskazywały umiejętności zawodowe bezpośrednich przełożonych jako czynnik budujący satysfakcję. W opinii pielęgniarek istotnym była również możliwość podejmowania samodzielnych decyzji oraz wykorzystanie w pracy wszystkich posiadanych umiejętności. Znaczącym była także kwestia wynagrodzenia jako czynnika motywującego.

Wyniki badań przeprowadzonych na użytek rozprawy doktorskiej zatytułowanej: *Efektywność pracy lekarzy i pielęgniarek w szpitalach województwa łódzkiego w perspektywie starzejącego się społeczeństwa oraz sytuacji epidemicznej COVID-19* pozwalają na postawienie kilku wniosków syntetycznych:

- 1) Społeczeństwo Polski, w tym również województwa łódzkiego, ulega procesowi dynamicznego starzenia, co wymusi w nadchodzących latach zmiany w systemie ochrony zdrowia, w szczególności w opiece nad osobami starszymi;
- 2) Obejmujący przedstawiciele kadry pielęgniarskiej oraz lekarskiej proces starzenia się przyspieszy, co uwydatni istotne braki kadrowe personelu medycznego w systemie ochrony zdrowia;
- 3) Proces kształcenia pielęgniarek oraz lekarzy w Polsce jest wieloetapowy oraz wieloletni, co utrudnia zwiększenie zasobów medycznych w krótkim czasie;
- 4) Sytuacja epidemiczna związana w pojawieniem się epidemii COVID-19 spowodowała powstanie długu zdrowotnego wobec społeczeństwa oraz wykazała istotne wady funkcjonowania systemu ochrony zdrowia związane z zachowaniem dostępności oraz ciągłości opieki zdrowotnej;
- 5) Zarządzanie efektywnością pracy stanowi metodę utrzymania poprawności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w aspekcie wykorzystania dostępnych zasobów kadry pielęgniarskiej oraz lekarskiej;
- 6) Uwarunkowań efektywności swojej pracy pielęgniarki upatrują w jakości zarządzania oraz jakości zasobów ludzkich. Oznacza to, że osoby zarządzające muszą rozwijać skuteczny, stabilny oraz przejrzysty styl zarządzania, przekazując wartości, kierunki działania i upewniając się, że ich strategia jest akceptowana przez wszystkich członków organizacji;
- 7) Lekarze efektywność utożsamiają z poprawą stanu zdrowia swoich pacjentów. W ich opinii efektywność tworzy zespół ludzi, którzy są zaangażowani w cały proces diagnostyczno-leczniczy. Oczekują również od zarządzających ścisłej współpracy opartej na przepływie informacji i określeniu jasno celów rozwoju podmiotu leczniczego.

Zgromadzone w pracy informacje oraz wyniki badań przyczyniły się do powstania wniosków i rekomendacji, które mogą w sposób korzystny wpłynąć w przyszłości na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. Można dostrzec tożsamość proponowanych rozwiązań w skali całego kraju jak i poszczególnych województw, więc w tym województwa łódzkiego. Na podstawie krytycznej analizy zebranych danych w celu poprawy efektywności pracy lekarzy oraz pielęgniarek można przedstawić następujące rekomendacje:

- 1) Należy dokonać optymalizacji systemu ochrony zdrowia w zakresie dostosowania popytu i podaży na gwarantowane świadczenia zdrowotne dedykowane osobom

starszym. W tym celu trzeba dokonać systematycznej analizy mapy demograficznej całego kraju. Dynamiczny wzrost populacji osób starszych musi generować rozwój takich obszarów medycyny, jak geriatryka, opieka długoterminowa, interna czy też przykładowo opieka paliatywna wraz z zapewnieniem odpowiedniej liczby miejsc specjalizacyjnych w celu kształcenia kadr medycznych, jak i późniejszego kształcenia podyplomowego.

- 2) W celu poszerzania dostępnych zasobów kadrowych lekarzy oraz pielęgniarek w systemie ochrony zdrowia należy dążyć do zwiększania limitów przyjęć na uczelnie wyższe o profilu medycznym. Rozwiązaniem jest tutaj systematyczne zwiększanie bazy dydaktycznej o nowe uczelnie czy to publiczne czy prywatne, kształcące w zawodach lekarz oraz pielęgniarka. Koniecznym wydaje się również promocja zawodów medycznych (szczególnie tych, które nie są uznawane w opinii przyszłych studentów za prestiżowe oraz atrakcyjne) wśród uczniów szkół średnich, którzy dopiero tworzą swój plan rozwoju zawodowego. Należy dążyć do zwiększenia atrakcyjności kierunków medycznych poprzez inwestowanie w nowoczesne zaplecze dydaktyczno-naukowe, rozwój ośrodków klinicznych funkcjonujących głównie w ramach szpitali w celu podniesienia rangi kształcenia w zawodach medycznych. Można przy tym przywoływać podkreślane przez pielęgniarki i pielęgniarzy w badaniach „stabilność zatrudnienia” oraz „poczucie wykonywania społecznie potrzebnej pracy” jako atuty tego zawodu.
- 3) Należy dążyć do odciążenia nie tylko kadry pielęgniarskiej, ale przede wszystkim lekarskiej od nadmiernej biurokracji. W badaniach respondenci wskazywali na potrzebę tworzenia zawodów pomocniczych, choćby asysty medycznej. Rozwiązania te mogą przyczynić się do zwiększenia efektywności pracy lekarzy i pielęgniarek, a tym samym podniesienia możliwości większego zaangażowania się w sam proces diagnostyczno-leczniczy. Dzięki temu przy wykorzystaniu dostępnych zasobów kadrowych, jakość realizowanych świadczeń zdrowotnych oraz czas hospitalizacji mogą ulec poprawie, co w konsekwencji zwiększy dostępność dla pacjentów oczekujących wsparcia medycznego.
- 4) Należy dokonywać w podmiotach leczniczych systematycznej oceny efektywności pracy, wykazując w jej efekcie obszary wymagających reorganizacji. W tym celu zasadne jest cykliczne pozyskiwanie od personelu medycznego informacji na temat warunków pracy, jakości pracy i wszelkich aspektów mających negatywne oddziaływanie na efektywność. Poprawa efektywności pracy musi odbywać się

poprzez stały dialog pracowników z osobami zarządzającymi. W tym celu można do zarządzania zasobami ludzkimi wprowadzić monitoring nastrojów, badania opinii i satysfakcji personelu a także systemy sugestii oparte na doskonaleniu jakości.

- 5) Należy dokonywać systematycznego wzrostu poziomu finansowania systemu ochrony zdrowia. Zasadny jest przegląd poziomu finansowania świadczeń medycznych z uwzględnieniem dynamiki wzrostu kosztów funkcjonowania podmiotów leczniczych. Na bazie wyników należy wypracować mechanizmy wsparcia finansowego dla podmiotów leczniczych.
- 6) Konieczne jest przeprowadzenie analiz i prognoz z uwzględnieniem czynnika demograficznego lekarzy w poszczególnych specjalizacjach oraz rozmieszczenia dostępnych kadr medycznych w ujęciu terytorialnym. Z uwagi na dynamikę starzenia kadr medycznych istnieje zagrożenie istotnych braków kadrowych w wybranych specjalizacjach, w tym ukierunkowanych na opieki nad osobami starszymi. Zagrożenia są zróżnicowane w poszczególnych regionach kraju, zatem należy dążyć do wyrównania szans społecznych w dostępie do lekarza. Rozwiązaniem może być wsparcie finansowe dla lekarzy i pielęgniarek zamierzających dokonać zmiany miejsca zamieszkania na terenie kraju i podjęcie pracy na obszarach o niskim wskaźniku realizacji świadczeń zdrowotnych.
- 7) Kadra pielęgniarska deklarowała, że poziom wypalenia zawodowego jest większy niż przed pandemią (41,8%), a niekiedy określany został jako skrajnie wysoki (13,6%) dlatego należy wypracować system indywidualnego wsparcia psychologicznego i redukcję stresorów wynikających z warunków pracy, sposobu wykonywania pracy i funkcjonowania w organizacji. Zarządzający szpitalami mogą wykorzystać tutaj indywidualne sesje terapeutyczne czy coachingowe, warsztaty z radzenia sobie ze stresem, webinary ze specjalistami.
- 8) Z pozyskanych danych z badania ilościowego wynika, że pielęgniarki deklarują występowanie istotnych niedoborów personelu pielęgniarskiego w systemie ochrony zdrowia (89,5%). Co więcej blisko 20% pielęgniarek myśli o odejściu z zawodu raz w miesiącu lub częściej. Należy zatem czynić starania o zwiększenie zatrudnienia personelu pielęgniarskiego w oparciu o rozszerzoną analizę w skali makro, ale co ważniejsze mikro. Istotne jest także utrzymywanie w zatrudnieniu obecnych zasobów kadrowych przy zastosowaniu zarządzania wiekiem;

- 9) Z perspektywy istotnych braków kadrowych w systemie ochrony zdrowia, a co za tym idzie wydłużonego czasu na uzyskanie porady lekarskiej, telemedycyna i teleporady wydają się być użytecznym narzędziem mogącym ułatwić kontakt pacjenta z lekarzem. Dzięki tym rozwiązaniom występuje optymalne wykorzystanie czasu potrzebnego na konsultację lekarską oraz zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych poprzez skoncentrowanie się wizyt osobistych do bezwzględnie wymagających badania fizykalnego. Telemedycyna ułatwia też dostęp do lekarza dla osób z utrudnioną mobilnością ruchową. Teleporady stanowią jedną z metod ułatwiających pracę kadry lekarskiej prowadzonej choćby z miejsca zamieszkania co może przyczynić się do satysfakcji z pracy. Należy zatem dążyć do informowania pacjentów o możliwościach i korzyściach płynących z teleporad prowadzonych w podmiotach leczniczych. Równocześnie należy prowadzić działania służące podnoszeniu jakości teleporad i telemedycyny. Idealnym rozwiązaniem byłaby centralizacja systemu gromadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej, aby każdy lekarz w kraju, za zgodą pacjenta miał wgląd w jego pełną historię chorób.
- 10) Podobnej analizy optymalizacyjnej należy dokonać wśród pozostałych grup przedstawicieli zawodów medycznych. Wyniki oraz wnioski otrzymane w tak poszerzonym zakresie stanowiłyby podstawę opracowania rekomendacji odnoszących się do poprawy efektywności pracy w podmiotach leczniczych. Takie działania mogą również przyczynić się do tworzenia innych narzędzi polityki zdrowotnej, które mogą w przyszłości przynieść pozytywny skutek dla funkcjonowania całego systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Bibliografia

1. **2,4 tys. pracowników medycznych w Polsce zostało zakażonych koronawirusem**, konkret24.tvn.24.pl, <https://konkret24.tvn24.pl/zdrowie,110/2-4-tys-pracownikow-medycznych-w-polsce-zostalo-zakazonych-koronawirusem,1018742.html>.
2. **Acter T., Uddin N., Das J., Akhter A., Choudhury T.R., Kim S.** (2020), *Evolution of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) as coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: A global health emergency*, Science of The Total Environment, vol. 730.
3. **Adamczyk M.D.** (2017), *Starzenie się społeczeństwa polskiego wyzwaniem dla zrównowalonego rozwoju*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej”, Seria: „Organizacja i Zarządzanie”, z. 106, nr kol. 1981, s. 105–113.
4. **Al-Ajlouni M.I.** (2020), *Can high-performance work systems (HPWS) promote organizational innovation? Employee perspective-taking, engagement and creativity in a moderated mediation model*, Employee Relations: The International Journal.
5. **Alcañiz M., Solé-Auró A.** (2018), *Feeling good in old age: factors explaining health-related quality of life*. “Health and Quality of Life Outcomes”, 16(1), 1–9.
6. **Aminu S., Sulaiman W.** (2022), *Job Enlargement and Organizational Efficiency in the Jos Electricity Distribution Company*, Bauchi Zonal Office.
7. **Anggarwati A., Eliyana A.** (2015), *The Influence of Creative Self-Efficacy towards Creativity with Job Satisfaction as Intervening Variable at PT*, Smile Island Surabaya. Int. J. Econ. Bus. Adm., 3, pp. 90–99.
8. **Armstrong M.** (2005), *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków.
9. **Armstrong M., Hędrzak A.** (2007). *Zarządzanie zasobami ludzkimi* (wyd. 4.), Oficyna a Wolters Kluwer business.
10. **Babbie E.** (2005), *Badania społeczne w praktyce*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
11. **Bancerowski M.** (2013), *Aspekty prawne wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej w świetle aktualnych zmian legislacyjnych w ochronie zdrowia*, „Sztuka Pielęgnowania”, nr 3(7).
12. **Bartram T., Cooper B., Cooke F.L., Wang J.** (2021), *High-performance work systems and job performance: the mediating role of social identity, social climate and empowerment in Chinese banks*, “Personnel Review”, 50(1), pp. 285–302.

13. **Bazaliński D., Mita J.P., Wójcik A.M., Ochab B.** (2022), *Adaptacja zawodowa pielęgniarek/pielęgniarzy a otrzymywane wsparcie ze strony współpracowników*, „Surgical & Vascular Nursing / Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne”, nr 1, s. 15–22.
14. **Beck-Krala E.** (2009), *Zarządzanie zasobami ludzkimi*. Kraków.
15. **Beck-Krala E.** (2013), *Wynagrodzenia pracowników w organizacji: teoria i praktyka*, Wydawnictwa AGH.
16. **Bem-Kozieł K.** (2008), *CSR a efektywność pracy*, [w:] *Spoleczna odpowiedzialność biznesu w małych i średnich przedsiębiorstwach*, Warszawa: Instytut Badań nad Demokracją i Przedsiębiorstwem Prywatnym, s. 109–120.
17. **Bendkowski J.** (2016), *Badania jakościowe – wybrane problemy, odniesienia do logistyki stosowanej*, „Zeszyty Naukowe. Organizacja i Zarządzanie / Politechnika Śląska”, z. 25, s. 25–38.
18. **Bhatti S.H., Zakariya R., Vrontis D., Santoro G. Christofi M.** (2020), *High-performance work systems, innovation and knowledge sharing: An empirical analysis in the context of project-based organizations*, Employee Relations.
19. **Białkowska J., Mroczkowska D., Osowicka-Kondratowicz M.** (2016), *Specyfika rehabilitacji i opieki geriatrycznej pacjentów po 60. roku życia*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, nr 14 (1), s. 58–62.
20. **Bielicki J.A., Duval X., Gobat N., Goossens H., Koopmans M., Tacconelli E., van der Werf S.** (2020), *Monitoring approaches for health-care workers during the COVID-19 pandemic*, Lancet Infect Dis.
21. **Bielski M.** (2004), *Podstawy teorii organizacji i zarządzania*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa.
22. **Bień B., Błędowski P., Broczek K., Derejczyk J., Grodzicki T., Kędziora-Kornatowska K., Kokoszka-Paszkot J.** (2013), *Standardy postępowania w opiece geriatrycznej. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego opracowane przez ekspertów zespołu ds. gerontologii przy Ministrze Zdrowia.*, „Gerontologia Polska” nr 21, s. 33–47.
23. **Black J.** (2008), *Słownik ekonomii*, PWN, Warszawa.
24. **Black J.R.M., Bailey C., Przewrocka J., Dijkstra K.K., Swanton C.** (2020), *COVID-19: the case for health-care worker screening to prevent hospital transmission*, “The Lancet”, vol. 395, no. 10 234, pp. 1418-1420.

25. **Blaik P.** (2015), *Efektywność logistyki. Aspekt systemowy i zarządczy*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa.
26. **Borkowska S.** (1985), *System motywowania w przedsiębiorstwie*, PWN, Warszawa.
27. **Borkowska S.** (2001), *Strategia wynagrodzeń*. Oficyna Wydawnicza – Dom Wydawniczy ABC, Kraków.
28. **Borkowska S.** (2010), *Rola ZZL w kreowaniu innowacyjności organizacji*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa.
29. **Borowiecki R., Siuta-Tokarska B.** (2018), *Nauki o zarządzaniu w świetle paradygmatów*, „Przegląd Organizacji”, nr 65(4), s. 7–15.
30. **Bowling A., Dieppe P.** (2005), *What is successful ageing and who should define it?*, “British Medical Journal”, vol. 331, no. 7531, pp. 1548–1551.
31. **Boxall P.** (2012), *High-performance work systems: What, why, how and for whom?*, “Asia Pacific Journal of Human Resources”, vol. 50, no. 2.
32. **Bromley D.B.** (1969), *Psychologia starzenia się*, PWN, Warszawa.
33. **Buchelt B.** (2017), *Koncepcja systemu zarządzania efektywnością pracy personelu medycznego w szpitalach*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków.
34. **Buheji M., Buhaid N.** (2020), *Nursing human factor during COVID-19 pandemic*, “International Journal of Nursing Science”, vol. 10, no.1, pp. 12–24.
35. **Butts M.M., Vandenberg R.J., DeJoy D.M., Schaffer B.S., Wilson M.G.** (2009), *Individual reactions to high involvement work processes: Investigating the role of empowerment and perceived organizational support*, “Journal of Occupational Health Psychology”, vol. 14, pp. 122–136.
36. **Cai H., Tu B., Ma J., Chen L., Fu L., Jiang Y., Zhuang Q.** (2020), *Psychological impact and coping strategies of frontline medical staff in Hunan between January and March 2020 during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID19) in Hubei, China*, “Medical Science Monitor”, nr 26.
37. **Cameron K.S., Whetten D.A.** (1996), *Organizational Effectiveness and Quality: The Second Generation*, “Higher Education: Handbook of Theory and Research”, no. 11, pp. 298–299.
38. **Ciabiada-Bryła B., Pikala M., Burzyńska M., Drygas W., Maniecka-Bryła I.** (2020), *Trendy nadumieralności mężczyzn w wieku produkcyjnym w województwie o najwyższych współczynnikach zgonów w Polsce*, „Medycyna Pracy”, nr 71(3), s. 325–335.

39. **Cianciara D.** (2018), *Zdrowie publiczne w Polsce – problemy i wyzwania*, „Studia BAS”, nr 56(4), s. 77–102.
40. **Ciechaniewicz W.** (2000), *Funkcje kształcenia*, „Pielęgniarstwo”, nr 2 (43), s. 36–41.
41. **Cornet G.** (2015), *Europe’s ‘Silver economy’: A potential source for economic growth?*, “Geron-technology”, vol. 13, no. 3.
42. **COVID-19 Gives Providers a Blueprint for New Telehealth Strategies** (2020), <https://mhealthintelligence.com/features/covid-19-gives-providers-a-blueprint-for-new-telehealth-strategies>.
43. **COVID-19 situation update worldwide**, [ecdc.europa.eu, https://www.ecdc.europa.eu/en/geographical-distribution-2019-ncov-cases](https://www.ecdc.europa.eu/en/geographical-distribution-2019-ncov-cases).
44. **Crosby L., Crosby E.** (2020), *Applying the precautionary principle to personal protective equipment (PPE) guidance during the COVID-19 pandemic: did we learn the lessons of SARS?*, “Canadian journal of anaesthesia = Journal canadien d'anesthesie”, s. 1–6.
45. **Cyr M.E., Etchin A.G., Guthrie B.J., Benneyan J.C.** (2019), *Access to specialty healthcare in urban versus rural US populations: a systematic literature review*, “BMC Health Services Research”, 19(1):974. Published 2019 Dec 18. doi:10.1186/s12913-019-4815-5.
46. **Czekanowski P.** (2012), *Spoleczne aspekty starzenia się ludności w Polsce. Perspektywa socjologii starości*, Wydawnictwo UG, Gdańsk.
47. **Czernek K.** (2017), *O potrzebie badań jakościowych w ekonomii. Przykład sektora turystycznego*, [w:] *Wykorzystanie metod jakościowych w badaniach zachowań i zjawisk ekonomicznych*, red. W. Dymarczyk, Ł. Pyfel, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
48. **Ćwiakala-Małys A., Nowak W.** (2009), *Wybrane metody pomiaru efektywności podmiotu gospodarczego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław.
49. **Daniluk-Jarmoniuk A.** (2015), *Kary zawieszenia i pozbawienia prawa wykonywania zawodu i ich wpływ na istnienie stosunku pracy osób wykonujących zawód medyczny*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio G. Ius”, nr 62(2), s. 55–65.
50. **DeNisi A., Pritchard R.** (2006), *Performance Appraisal, Performance Management and Improving Individual Performance: A Motivational Framework*, “Management and Organization Review”, vol. 2, no. 2, pp. 253–277.

51. **Dercz M., Rek T.** (2007), *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Kraków.
52. **Derejczyk J., Grodzicki T., Jakrzewska-Sawińska A., Józwik A., Klich A., Wieczorowska-Tobis K.** (2005), *Standardy świadczenia usług medycznych w specjalności geriatrya*, „Gerontologia Polska”, t. 13, nr 2.
53. **De Waal A.A.** (2005), *The characteristics of high performance organization*. Referat Przedstawiony na corocznej konferencji British Academy of Management, Oxford
54. **Doane G.H., Varcoe C.** (2008), *Knowledge translation in everyday nursing: from evidence-based to inquiry-based practice*, “Advances in Nursing Science”, vol. 31, no. 4.
55. **Dolnośląska Izba Lekarska**, dilnet.worc.pl, <https://www.dilnet.wroc.pl/informacje-prawne/item/994-przepisy-marzec-2020-r-epidemia>.
56. **Doroszewski W.** (2021), *Słownik języka polskiego*, Wydanie internetowe, <http://doroszewski.pwn.pl/>.
57. **Drucker P.F.** (2000), *Zarządzanie w XXI wieku*, tłum. B. Kacprzyńska, Muza, Warszawa.
58. **Dubas K.** (2011), *Problematyka efektywności w ochronie zdrowia – znaczenie i metody pomiaru*, „Problemy Zarządzania”, t. 9, nr 3 (33).
59. **Dyduch W.** (2012), *Współczesne dylematy zarządzania pomiarem efektywności organizacyjnej*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu = Research Papers of Wrocław University of Economics”, nr 262, s. 86–95.
60. **Działalność lecznicza zakładów lecznictwa uzdrowiskowego i stacjonarnych zakładów rehabilitacji leczniczej w 2019 roku**, GUS, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/dzialalnosc-lecznicza-zakladow-lecznictwa-uzdrowiskowego-i-stacjonarnych-zakladow-rehabilitacji-leczniczej-w-2019-roku,12,4.html>
61. **Dziechciaż M., Wróblewska I.M., Talarska D., Chmielewski J., Filip R., Szpringer M.** (2017), *The need for home-based geriatric care and physical, mental, and social functioning of seniors of over 65 years of age*, “Medical Studies / Studia Medyczne”, vol. 33, no. 2, pp. 81–87.
62. **Dzieciuchowicz J.** (2019), *Ludność województwa łódzkiego: Rozwój i przemiany strukturalne*, *Population of the Łódź Voivodeship: development and structural transformations*, “Acta Geographica Lodziensia”, issue 109, pp. 91–125. 35p. 1 Diagram, 13 Charts, 17 Graphs, 2 Maps., Baza danych: Academic Search Ultimate.

63. **Dzieciuchowicz J.** (2016), *Struktura i typologia przestrzenna ludności Polski*, „Space – Society – Economy”, nr 18, s. 95–109.
64. **Fidecki W., Wysokiński M., Wrońska I., Ślusarz R.** (2011), *Elementy kompleksowej oceny geriatrycznej w praktyce pielęgniarskiej*, „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie”, nr 2, s. 205–211.
65. **Fihel A., Janicka A., Kloc-Nowak W.** (2018), *The direct and indirect impact of international migration on the population ageing process: A formal analysis and its application to Poland*, “Demographic Research”, vol. 38, 1303.
66. **Filipiak B.** (2011), *Finanse samorządowe: nowe wyzwania, bieżące i perspektywiczne* (wyd. 1), Wydawnictwo Difin S.A., Warszawa.
67. **Flick U., Tomanek P.** (2012), *Projektowanie badania jakościowego* (wyd. 1, 3 dodr.), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
68. **Frączkiewicz-Wronka A.** (2012), (red.): *Wykorzystanie analizy interesariuszy w zarządzaniu organizacją zdrowotną*, Wydawnictwo Śląsk, Katowice.
69. **Frączzak E., Balicki J., Nam Ch.B.** (2007), *Przemiany ludnościowe: fakty – interpretacje – opinie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała S. Wyszyńskiego, Warszawa.
70. **Freeman R.E.** (1984), *Strategic management. A stakeholder approach*, Pitman Publishing, Boston.
71. **Gałuszka A., Probiez E.** (2020), *Medykalizacja starości na podstawie wybranych przykładów filmowych*, „Nauki o Wychowaniu”, nr 10(1), s. 62–78.
72. **Garncarek E.** (2005), *Filmowy portret starszych kobiet* [w:] *Starsze kobiety w kulturze i społeczeństwie*, red. E. Zierkiewicz, A. Łysak, MarMar, Wrocław.
73. **Gebru A.A., Birhanu T., Wendimu E., Ayalew A.F., Mulat S., Abasimel H.Z., Kazemi A., Tadesse B.A., Gebru B.A., Deriba B.S., Zeleke N.S., Girma, A.G., Munkhbat B., Yusuf Q. K., Luke A.O., Hailu D.** (2021), *Global public health significances, healthcare perceptions of communities, treatments, prevention and control methods of COVID-19*, “Human Antibodies”, vol. 29, no. 2, pp. 129–137.
74. **Genowska A., Polak M., Szafraniec K.** (2017), *Uwarunkowania umieralności dzieci w Polsce na tle krajów Unii Europejskiej, cz. 2: Medycyna ogólna i nauki o zdrowiu*, t. 23, nr 1, s. 25–33.

75. **Gerejczyk K., Pilewicz T.** (2017), *Special Demographic Zone in Poland - in Search for the Gist of the Phenomenon*, "Journal of Economics and Management", issue 29, pp. 37–57 (2017); Publishing House of the University of Economics in Katowice.
76. **Gerlach J., Gil M.** (2018), *Efektywność przedsiębiorstwa w teorii ekonomii – która z definicji najlepiej oddaje istotę zagadnienia?*, „Współczesne Problemy Ekonomiczne”, nr 1(2(18)), s. 13–22.
77. **Gędek A., Materna M., Gędek M.** (2021), *Czynniki wpływające na komunikację w relacji lekarz – pacjent*, „Rozprawy Społeczne”, nr 24(2), s. 126–139.
78. **Gibbs G.** (2015), *Analizowanie danych jakościowych*, przeł. M. Brzozowska-Brywczyńska, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
79. **Glin M.** (2017), *Modern security threats of healthcare in Poland*, "Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie, Res Politicae", nr 8, s. 111–124.
80. **Glinka B., Czakon W.** (2021), *Podstawy badań jakościowych*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa.
81. **Głodziński E.** (2017). *Efektywność w zarządzaniu projektami: wymiary, koncepcje, zależności*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa.
82. **Gołata E., Kuropka I.** (2016), *Large Cities in Poland in Face of Demographic Changes*, "Bulletin of Geography. Socio-Economic Series", vol. 13, no. 34, pp. 17–31.
83. **Golinowska S., Kocot E., Sowa A.** (2013), *Zasoby kadr dla sektora zdrowotnego. Dotychczasowe tendencje i prognozy*, „Public Health Management / Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, nr 11(2), s. 125–147.
84. **Griffin R.W., Jankowiak A.** (2018), *Podstawy zarządzania organizacjami* (wyd. III-1 dodruk.), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
85. **Grzywna A.** (2013), *Jak oswoić się z myślą o starości, umieraniu i śmierci*, Wydawnictwo Słowa i Myśli, Lublin.
86. **Hameed A.A., Anwar, K.** (2018), *Analyzing the Relationship between Intellectual Capital and Organizational Performance: A Study of Selected Private Banks in Kurdistan*, "International Journal of Social Sciences & Educational Studies", vol. 4 no. 4.
87. **Hamza N., Kulkarni U.** (2022), *A narrative review of the challenges, ethical frameworks, and guidelines in the setting of COVID-19 healthcare and research*, "Perspectives in Clinical Research", vol. 13, no. 2, pp. 70–76.

88. **Haron S., Suzana Ariffin A., Idrus D.** (2019), *Validating the Development of Instrument for Measuring Nurse's Performance Scale*, "J Mgt Info", vol. 6, no. 1, pp. 31–38.
89. **Helms M.M.** (2006), *Encyklopedia of Management*, Detroit: Thomson Gale.
90. **Hnatyszyn-Dzikowska A., Wyszowska Z.** (2010), *Ocena konwergencji sytuacji zdrowotnej w polskich regionach na tle podaży usług zdrowotnych. Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy*, 2(17), 433–442.
91. **Hoe Gan W., Wah Lim J., Koh D.** (2020), *Preventing intra-hospital infection and transmission of COVID-19 in healthcare workers*. "Safety and health at work", vol. 11, no. 2, pp. 241–243.
92. **Hrynkiewicz J., Potrykowska A. (red.)** (2016), *Perspektywy demograficzne jako wyzwanie dla polityki ludnościowej Polski*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa.
93. **Hua D., Kong Y., Lic W., Hand Q., Zhange X., Zhuf LX, Wanf SU., Liuc Z., Shenc Q., Yangc J., Hef H., Zhuc J.** (2020), *Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study*, *EClinicalMedicine*, vol. 24, Published by the Lancet.
94. **Human resources for health in Europe** (2006), Open University Press.
95. **ICN calls for data on healthcare worker infection rates and deaths**, icn.ch, <https://www.icn.ch/news/icn-calls-data-healthcare-worker-infection-rates-and-deaths>.
96. **Hussein K., Shachor-Meyouhas Y., Dabaja-Younis H., Szwarcwort-Cohen M., Tarabeia J., Weissman A., Mekel M., Hyams G., Halberthal M.** (2022), *COVID-19: Healthcare Workers May Be at Greater Risk Outside Their Work Environment—A Retrospective Observational Study*, "Rambam Maimonides Medical Journal", vol. 13, no. 2, pp. 1–7.
97. **Ilu pracowników medycznych zobowiązanych do pracy w jednym miejscu?**, [termedia.pl, https://www.termedia.pl/mz/Ilu-pracownikow-medycznych-zobowiazanych-do-pracy-w-jednym-miejscu-,37967.html](https://www.termedia.pl/mz/Ilu-pracownikow-medycznych-zobowiazanych-do-pracy-w-jednym-miejscu-,37967.html).
98. **Information for Healthcare Professionals about Coronavirus (COVID-19)**, [cdc.gov, https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/hcp/index.html](https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/hcp/index.html).
99. **Iwański R.** (2019), *System pomocy społecznej a starzenie się populacji – wyzwania i bariery w zakresie opieki długoterminowej*, „Studia z Polityki Publicznej / Szkoła Główna Handlowa”, nr 7(1), s. 39–52.

100. **Jajor J., Nonn-Wasztan S., Rostkowska E., Samborski W.** (2013), *Specyfika rehabilitacji ruchowej osób starszych*, „Nowiny Lekarskie”, nr 82, 1, s. 89–96.
101. **Janiszewska A.** (2017), *Zróżnicowanie przestrzenne starzenia się ludności na świecie*, Uniwersytet Łódzki, Wydział Nauk Geograficznych, Katedra Geografii Regionalnej i Społecznej, „Acta Universitatis Lodzianensis, Folia Oeconomica”, vol. 5, no. 331.
102. **Janiszewska A., Dmochowska-Dudek K.** (2017), *Przestrzenne zróżnicowanie starzenia się ludności w Łodzi*, Uniwersytet Łódzki, Wydział Nauk Geograficznych, Katedra Geografii Regionalnej i Społecznej, „Space - Society – Economy”, vol. 20, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
103. **Jasiński Z., Chomątowska B., Janiak-Rejno I.** (2002), *Tworzenie warunków w przedsiębiorstwie dla proefektywnościowych zachowań pracowników*, [w:] *Stan i perspektywy rozwoju teorii i praktyki zarządzania na progu XXI wieku*, red. R. Krupski, J. Lichtarski, „Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu”, nr 940, Wrocław.
104. **Jaworzyńska M.** (2016), *Znaczenie perspektywy interesariuszy w zarządzaniu strategicznym zakładem opieki zdrowotnej na przykładzie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w Puławach*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu: Wyzwania w Zarządzaniu Kosztami i Dokonaniemi: nr 7(442), s. 166–174.
105. **Jenkins K., Kinsella E.A., DeLuca S.** (2021), *Being and becoming a nurse: Toward an ontological and reflexive turn in first-year nursing education*, “Nursing Inquiry”, vol. 28, no. 4.
106. **Jeziorska M.** (2017), *Wpływ starzenia się społeczeństwa na organizację systemu ochrony zdrowia w Polsce*, [w:] *Ubezpieczenia i finanse. Rozwój i perspektywy*, red. A. Szymańska, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, s. 51–64.
107. **Johnson J.M.** (2002), *In-depth Interviewing*, [w:] *Handbook of Interview Research: Context & Method*, red. J.F. Gubrium, J.A. Holstein, Thousand Oaks.
108. **Kahya E., Orlan N.** (2018), *Applicable performance criteria to evaluate clinical nurses*, “Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi”, vol. 21, no. 2, pp. 289–304.
109. **Kahya E., Oral N.** (2018), *Measurement of clinical nurse performance: Developing a tool including contextual items*. *Journal of Nursing Education and Practice*, 8, 112.

110. **Kalbarczyk M., Mackiewicz-Łyziak J.** (2019), *Physical Activity and Healthcare Costs: Projections for Poland in the Context of an Ageing Population*, “Appl Health Econ Health Policy”, vol. 17, pp. 523–532.
111. **Kaluża-Kopias D.** (2017), *Perspektywy rozwoju demograficznego województwa łódzkiego – wybrane konsekwencje ekonomiczne i społeczne*, [w:] Sytuacja demograficzna województwa łódzkiego jako wyzwanie dla polityki społecznej i gospodarczej, red. J. Hrynkiewicz, A. Potrykowska, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa.
112. **Karkowska D.** (2012), *Pozostałe zawody medyczne – zagadnienia szczegółowe*, cz. I, Serwis Prawo i Zdrowie nr 72136 oraz *Pozostałe zawody medyczne – zagadnienia szczegółowe*, cz. II, Optyk okularowy, Ortoptyskta, Protetyk słuchowy, Technik analityki medycznej, Technik dentystyczny, Technik elektroradiologii, Technik farmaceutyczny, Technik ortopeda, Technik zajęciowy, Serwis Prawo i Zdrowie nr 72136.
113. **Karkowski T.** (2015), *Dostosowywanie zasobów kadry medycznej do potrzeb starzejącego się społeczeństwa*, „Adjusting Medical Staff Resources to the Needs of an Ageing Population. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie / Public Health Management”, nr 13(1), s. 82–94.
114. **Karkowski T.** (2021), *Telemedycyna i eHealth w sektorze opieki zdrowotnej*, ABC, System Informacji Prawnej LEX Ochrona zdrowia.
115. **Karney J.E.** (1998), *Człowiek i praca. Wybrane zagadnienia z psychologii i pedagogiki pracy*, Międzynarodowa Szkoła Menedżerów, Warszawa.
116. **Kennerley M., Neely A.** (2002), *Performance measurement frameworks: A review*, [in:] *Business Performance Measurement: Theory and Practice*, ed. A. Neely, Cambridge University Press, Cambridge 2002.
117. **Khatri N., Budhwar P.** (2002), *A study of strategic HR issues in an Asian context*, “Personnel Review”, vol. 31, no. 2, pp. 166–188.
118. **Kijak R.J., Szarota Z.** (2013), *Starość. Między diagnozą a działaniem*, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa.
119. **Kirkwood T.B.L.** (1996), *Human senescence*. Bioessays, 18: 1009–1016.
120. **Kludacz M., Piekut M.** (2014), *Availability of medical staff in Poland in comparison to other EU countries*, “Economy & Business” vol. 7, pps. 822–836.

121. **Kłudacz-Alessandri M.** (2016), *Non-Financial Dimensions of Measurement and Assessment in the Performance Model for Hospitals*, "Managerial Economics", vol. 17, no. 1, pp. 93–121.
122. **Kłusek P.** (2016), *Fizjoterapeuta jako wolny zawód i zawód zaufania publicznego*, „Rozprawy Naukowe”, nr 53, s. 44–56.
123. **Kocemba J.** (2000), *Biologiczne wyznaczniki starości*, [w:] *Zrozumieć starość*, red. A. Panek, Z. Szarota, Kraków.
124. **Kolasa A.** (2000), *Zdaniem Państwowej Inspekcji Pracy*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” 2000, nr 7–8, s. 54.
125. **Komunikat do świadczeniodawców POZ w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem oraz zwalczaniem COVID-19 z dnia 15 marca 2020 r.**, <https://www.nfz-lodz.pl/dla-swiadczeniodawcy/dlaswiadczeniodawcow/8726-komunikat-do-swiadczeniodawcow-poz-w-zwiazku-z-zapobieganiem-przeciwdzialaniem-i-zwalczaniem-covid-19>.
126. **Komunikat w sprawie zasad realizacji stażu podyplomowego w okresie stanu zagrożenia epidemicznego/epidemii wirusem SARS-CoV-2**, gov.pl, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-w-sprawie-zasad-realizacji-stazu-podyplomowego-w-okresie-stanu-zagrozenia-epidemicznegoepidemii-wirusem-sars-cov-2>.
127. **Komunikat w zakresie ograniczenia dostępności w tej sprawie wydał również NFZ w dniu 21.03.2020 r.**, <https://www.nfz-lodz.pl/dla-swiadczeniodawcy/dlaswiadczeniodawcow/8744-realizowanie-swiadczen-w-zakresie-lecznictwo-uzdrowiskowe>.
128. **Komunikat z badań**, CBOS, nr 157/2019.
129. **Komunikat z dnia 15.03.2020 r. dla świadczeniodawców w sprawie zasad udzielania świadczeń opieki zdrowotnej**, <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/komunikat-dla-swiadczeniodawcow-w-sprawie-zasad-udzielania-swiadczen-opieki-zdrowotnej,7646.html>.
130. **Komunikat z dnia 21.03.2020 r. dla świadczeniodawców. Zalecenia dla świadczeniodawców dotyczące zasad realizacji planowych zabiegów operacyjnych**, <https://www.nfz-lodz.pl/dla-swiadczeniodawcy/dlaswiadczeniodawcow/8745-zalecenia-dla->

swiadczeniodawcow-dotyczace-zasad-realizacji-planowych-zabiegow-operacyjnych.

131. **Komunikat z dnia 5.03.2020 r. do pracowników ochrony zdrowia**, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-do-pracownikow-ochrony-zdrowia>.
132. **Konecki K.** (2000), *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
133. **Konecki K.** (2019), *Kreatywność w badaniach jakościowych. Pomiedzy procedurami a intuicją*, „Przegląd Socjologii Jakościowej”, t. 15, nr 3, s. 30–54.
134. **Kondalkar V.G.** (2010), *Organization effectiveness and change management*, Delhi: PHI Learning.
135. **Kopaliński W.** (1985), *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*, Wydawnictwo Wiedza Powszechna, Warszawa.
136. **Kopertyńska M.W.** (2008), *Motywowanie pracowników: Teoria i praktyka* (wyd. 2 uzup). Zarządzanie Zasobami Ludzkimi, Wydawnictwo Placet, Warszawa.
137. **Kostka T.** (2006), *Potrzeby zdrowotne osób starszych – możliwości i zasadność interwencji zapobiegawczej*, Ogólnopolska Konferencja Naukowa „Starzejące się społeczeństwa: nowe dziedziny opieki medycznej – potrzeby i rozwiązania systemowe”, Katowice.
138. **Kostka T.** (2018), *Stan opieki geriatrycznej w Polsce, Konsekwencje zmian wprowadzanych przepisami o sieci szpitali dla opieki medycznej osób starszych*, Biuro Rzecznika Praw Pacjenta, Warszawa, rpo.gov.pl.
139. **Kowal W.** (2013), *Skuteczność i efektywność – zróżnicowane aspekty interpretacji*, „Organizacja i Kierowanie”, nr 4, s. 11–22.
140. **Koźmiński A.K., Jamielniak D.** (2008), *Zarządzanie od podstaw*, Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne, Warszawa.
141. **Krajewska-Kuślak E.** (2015), *Holistyczny wymiar współczesnej medycyny*, t. 1, red. Elżbiety Krajewskiej-Kuślak i in.; Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Wydział Nauk o Zdrowiu. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku Wydział Nauk o Zdrowiu.
142. **Krzakiewicz K.** (2008), *Teoretyczne podstawy organizacji i zarządzania*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań.
143. **Krzyżanowski L.** (1992), *Podstawy nauk o organizacji i zarządzaniu*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
144. **Kubiak A., Przybyłowska I., Rostocki W.** (1998), *Badania ankietowe*, [w:] *Encyklopedia socjologii*, t. 1, Wydawnictwo Oficyna Naukowa, Warszawa.

145. **Kula G., Wójcik P.T.** (2017), *Lokalne determinanty starzenia się populacji w Polsce*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica”, vol. 3, pp. 93–110.
146. **Kumaniecki K.** (1984), *Słownik łacińsko-polski*, PWN, Warszawa.
147. **Kurkiewicz J.** (2008), *Przemiany zachowań demograficznych społeczeństwa rozwiniętego*, [w:] *Społeczno-ekonomiczne warunkowania procesów ludnościowych i kształtowania się potrzeb*, red. J. Kurkiewicz, B. Podolec, Krakowska Szkoła Wyższa im. A.F. Modrzewskiego, Kraków.
148. **Kurpas D.** (2020), *Challenges in Implementing Integrated Care in Central and Eastern Europe – Experience of Poland*, “International Journal of Integrated Care”, vol. 20, no. 2: 7, pp. 1–6.
149. **Kwiatkowska M.** (2020), *Ograniczenia w udzielaniu świadczeń przez personel medyczny mający kontakt z pacjentami z koronawirusem*, LEX, Wolters Kluwer, <https://sip.lex.pl/komentarze-i-publicacje/komentarze-praktyczne/ograniczenia-w-udzielaniu-swadczen-przez-personel-470131777>.
150. **Latawiec K.** (2021), *Prawne aspekty ochrony zdrowia*, [w:] *Prawo i administracja. W poszukiwaniu optymalnych rozwiązań*, red. M. Stanisławska, W. Zaborowski, Wydawnictwo Naukowe ArchaeGraph, Kielce.
151. **Leśna-Wierszółowicz E.** (2018), *The Consequences of Ageing Society in Poland*, “Studia i Prace WNEiZ US: Problemy współczesnej ekonomii”, nr 16(51), s. 71–80.
152. **Li G., Miao J., Wang H.** (2020), *Psychological impact on women health workers involved in COVID-19 outbreak in Wuhan: a cross-sectional study*, J Neurol Neurosurg Psychiatry.
153. **Libor G.** (2017), *Starość nie jedną ma twarz: badania interdyscyplinarne nad starościami*, Wydawnictwo Internetowe E-bookowo.
154. **Liczba zgonów osób danej płci i wieku na 1000 ludności tej płci i grupy wieku**, Bank Danych Lokalnych, GUS, 2020
155. **Ludność. Stan i struktura ludności oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym** (stan w dniu 31.12.2019), GUS, 2020
156. **Luk J.** (2012), *Rehabilitation in older people: know more, gain more*, “Medical Practice. Hong Kong Med J”, February; vol. 18, no. 1), pp. 56–59.
157. **Lutyński J.** (2000), *Metody badań społecznych*, Wydawnictwo Łódzkie Towarzystwo Naukowe, Łódź.
158. **Łacheta B.** (2014), *Zrozumienie starości*, Uniwersytet Papieski Jana Pawła II, Kraków.

159. **Łapuńska I., Pisz I.** (2017), *Wielowymiarowy i wielopoziomowy kontekst efektywności w zarządzaniu projektami*, „Prace Naukowe / Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach: Projekty Lokalne i Regionalne – Interesariusze Projektu”, nr 10, s. 213–227.
160. **Łodzińska J.** (2010). *Stres zawodowy narastającym zjawiskiem społecznym / Occupational stress as an increasing social phenomenon*, „Seminare. Poszukiwania Naukowe / Seminare. Learned Investigations”, vol. 28, no. 2, pp. 125–138.
161. **Majdzińska A.** (2017), *Zróżnicowanie terytorialne starzenia się ludności Polski*, „Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Oeconomica”, vol. 5, pp. 71–90.
162. **Markowska-Plebankiewicz M.** (2017), *Młodość wobec starości – doświadczeniem obcości?*, raport z badań / Mariola Markowska-Plebankiewicz; Uniwersytet Śląski.
163. **Marti-Soler H., Gonseth S., Gubelmann C., Stringhini S., Bovet P., Chen P.C., Marques-Vidal P.** (2014), *Seasonal Variation of Overall and Cardiovascular Mortality: A Study in 19 Countries from Different Geographic Locations*, PLoS ONE, 9(11).
164. **Matoga H.** (2011), *Stowarzyszenie Pań Miłosierdzia św. Wincentego à Paulo i jego opiekuńcza działalność*, [w:] *Dzieje pielęgniarstwa w Krakowie*, red. K. Zahradniczek, Wydawnictwo Ad Vocem, Kraków.
165. **Mazur B., Walczyna A., Cichorzewska M.**, (2020), *Uwarunkowania efektywności w zarządzaniu: perspektywa ekonomiczna i społeczna*, Wydawnictwo Politechniki Lubelskiej, Lublin.
166. **Mazur J., Malinowska-Cieślik M., Oblacińska A.** (2017), *Przyczyny zgonów dzieci i młodzieży w wieku 1-19 lat w Polsce w świetle międzynarodowych statystyk od 2000 roku*, „Developmental Period Medicine”, vol. 21, no. 2, pp. 111–123.
167. **Mazur-Wierzbicka E.** (2016), *Miejsce osób starszych na polskim rynku pracy*. Studia i Prace WNEiZ US: Gospodarka Regionalna i Międzynarodowa, 5(46), 93–105.
168. **Mazur-Wierzbicka E.** (2017), *Zdrowie publiczne jako element zrównoważonego rozwoju - analiza komparatywna. Polska na tle Unii Europejskiej*. Studia Ekonomiczne / Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach, 6(310), 53–67.
169. **Mazurek-Łopacińska K. (red.)** (2016), *Badania marketingowe. Metody, techniki i obszary aplikacji na współczesnym rynku*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

170. **McDermott A.M., Conway E., Cafferkey K., Bosak J., Flood P.C.** (2019), *Performance management in context: formative cross-functional performance monitoring for improvement and the mediating role of relational coordination in hospitals*, "International Journal of Human Resource Management", vol. 30, no. 3, pp. 436–456.
171. **Melnarowicz W.** (2018), *Efficiency of Training Unmanned Aerial Vehicles Personnel*, "Journal of Konbin", vol. 46, no. 1, pp. 283–294.
172. **Michalik-Marcinkowska U., Izdebski P.** (2021), *Okiem pracownika systemu: niewłaściwa alokacja środków finansowych w ochronie zdrowia. Część I – diagnoza*. "Społeczeństwo i Polityka", nr 17(2(67)), s. 65–75.
173. **Mieszajkina E.** (2020), *Współczesne trendy w zarządzaniu małymi przedsiębiorstwami*, Wydawnictwo Politechniki Lubelskiej, Lublin.
174. **Ministerstwo Zdrowia** (2019), *Projekt ustawy o niektórych zawodach medycznych*, Zakres projektowanych regulacji, mz.gov.pl.
175. **Minois G.** (1995), *Historia starości. Od antyku do renesansu*, Oficyna Wydawnicza Wolumen, Wydawnictwo Marabut, Warszawa.
176. **Miszczyńska K.A.** (2019), *Efektywność funkcjonowania szpitali publicznych w Łodzi*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
177. **Moschis G.P.** (1992), *Marketing to older consumers*, Quorum Books, Westport-Connecticut-London.
178. **Muhi S., Irving L.B., Biusing K.L.** (2020), *COVID-19 in Australian healthcare workers: Early experience of the Royal Melbourne Hospital emphasises the importance of community acquisition*, "The Medical Journal of Australia", vol. 213.
179. **Murkowski R.** (2020), *Stan i perspektywy procesu starzenia się ludności na świecie*, „Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Oeconomica”, vol. 2, no. 347, pp. 7–21.
180. **Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, Państwowy Zakład Higieny**, (2018), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, Warszawa, pzh.gov.pl.
181. **Nawrocka A.** (2008), *Etos w zawodach medycznych*, Wydawnictwo WAM, Kraków.
182. **Nicpoń M., Marzęcki R.** (2010), *Pogłębiony wywiad indywidualny w badaniach politologicznych*, [w:] *Przeszłość, teraźniejszość, przyszłość: problemy badawcze młodych politologów*, red. D. Mikucka-Wójtowicz, Wydawnictwo Libron, Kraków.

183. **Nicińska M.** (2000), *Indywidualne wywiady pogłębione i zogniskowane wywiady grupowe – analiza porównawcza*, „ASK. Społeczeństwo. Badania. Metody”, nr 9, s. 39–50.
184. **Nowosielski S.** (2008), *Skuteczność i efektywność realizacji procesów gospodarczych*, [w:] *Mikroekonomiczne aspekty funkcjonowania przedsiębiorstw*, red.) T. Dudycz. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław.
185. **Obrębalski M.** (2017), *Demographic potential in functional areas of the selected medium-sized cities in Poland and the Czech Republic*, “GeoScape”, vol. 11, no. 1, pp. 16–24.
186. **Oh H.S., Sook H.** (2016), *Self-efficacy, organizational commitment, customer orientation and nursing performance of nurses in local public hospitals*, “Journal of Korean Academy of Nursing Administration”, vol. 22, no. 5, pp. 507–517.
187. **Ojrzyńska A.** (2013), *Ocena trwania życia w zdrowiu populacji Polski z wykorzystaniem sumarycznych miar stanu zdrowia*, Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach, Śląski Przegląd Statystyczny.
188. **Olejnik I.A.** (2021), *Badania Jakościowe: Metody i Zastosowania / Iwona Olejnik, Mirosława Kaczmarek, Agnieszka Springer*. CeDeWu, Warszawa.
189. **ONZ** (2005), *World Population Prospects: The 2004 Revision*, UN Department of Economic and Social Affairs Population Division, New York.
190. **Oppenauer V., Van De Voorde K.** (2018), *Exploring the relationships between high involvement work system practices, work demands and emotional exhaustion: a multi-level study*, “International Journal of Human Resource Management”, vol. 29, no. 2, pp. 311–337.
191. **Osbert-Pociecha G.** (2007), *Relacja między efektywnością i elastycznością organizacji*, [w:] *Efektywność – rozważania nad istotą i pomiarem*, red. T. Dudycz, Ł. Tomaszewicz, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław.
192. **Ozga K., Ozga, A.** (2018), *Perswazja w dyskursie gerontologicznym – przeszkody i strategie w komunikacji z pacjentem geriatrycznym*, (Polish), “Acta Universitatis Lodziensis. Folia Litteraria Polonica”, vol. 2, no. 48, p. 275-302.
193. **Pabiś M., Kuncewicz D.** (2018), *The WHO healthcare standards in the context of demographic processes*, “Journal of Education, Health and Sport” vol. 8, no. 12, pp. 725–734.
194. **Padzik K.** (2002), *Leksykon HRM*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa.

195. **Pakos E.** (2017), *Ludzie starzy w oczach młodzieży – wyniki badań własnych*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica”, vol. 3, pp. 167–177.
196. **Pappa S., Ntella V., Giannakas T.** (2020), *Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis*, *Brain, Behavior, and Immunity*.
197. **Pappot N., Taarnhøj A., Pappot H.** (2020), *Telemedicine and e-Health Solutions for COVID-19: Patients’ Perspective*, “Telemedicine and e-Health”, pp. 847–849.
198. **Pastuszka S.** (2017), *Regional Differentiation of the Demographic Potential in Italy and Poland*, “Comparative Economic Research” vol. 20, no. 3, pp. 137–59.
199. **Paszowska M.** (2020), *Stan zagrożenia epidemicznego oraz jego wpływ na placówki ochrony zdrowia*, LEX, Wolters Kluwer.
200. **Paszowska M.** (2020), *Pielęgniarka w polskim systemie ochrony zdrowia*. „Wiadomości Lekarskie”, nr 73(8), s. 1771–1779.
201. **Pawlak Z.** (2011), *Zarządzanie zasobami ludzkimi w przedsiębiorstwie*, Poltext, Warszawa.
202. **Paździor A., Paździor M.** (2017), *Pomiar efektywności działalności podmiotów leczniczych. Wybrane aspekty*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu: Efektywność - Rozważania nad istotą i pomiarem”, nr 26(481).
203. **Peeri N.C., Shrestha N., Rahman Md. S., Zaki R., Tan Z., Bibi S., Baghbanzadeh M., Aghamohammadi N., Zhang W., Haque U.** (2020), *The SARS, MERS and novel coronavirus (COVID-19) epidemics, the newest and biggest global health threats: what lessons have we learned?*, *International Journal of Epidemiology*.
204. **Penc J.** (2010), *Komunikacja i negocjowanie w organizacji*, Wydawnictwo Difin, Warszawa.
205. **Pejsak Z., Tarasiuk K., Tokarz-Deptuła B.** (2020), *Wybrane dane na temat zakażeń koronawirusami za szczególnym uwzględnieniem SARS-CoV-2*, „Medycyna Weterynaryjna”, nr 76(5), s. 258–262.
206. **Petty R., Guthrie J.** (2000), *Intellectual capital literature review – measurement, reporting and management*, “Journal of Intellectual Capital”, vol. 1, no. 2, pp. 155–176.
207. **Pędich W.** (1990), *Fazy życia a zdrowie i jego zagrożenia*, [w:] *Człowiek – Środowisko – Zdrowie*, red. J. Kopczyński, A. Siciński, Wrocław, Warszawa, Kraków.

208. **Pędich W.** (2006), *Procesy starzenia się człowieka*, [w:] *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*, red T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska, Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk.
209. **Pieniążek M., Legwant-Wójcicka M., Płatek-Kępińska A.** (2017), *Analiza jakości świadczonych usług i dostępność komunikacyjna uzdrowiska Nałęczów-Zdrój*, Instytut Naukowo-Wydawniczy "SPATIUM". sp. z o.o., r. 18, nr 9, s. 165–173.
210. **Pikala M., Maniecka-Bryła I., Bryła M.** (2013), *1 Life years lost due to cardiovascular diseases*, "Kardiologia Polska", nr 71, s. 1065–1072.
211. **Piotrowski J.** (1992), *Problemy ludzi starych i rodzin, w skład których wchodzi ludzie starsi*, [w:] *Wprowadzenie do pedagogiki dorosłych*, red. T. Wujek, PWN, Warszawa.
212. **Pocztowski A.** (1993), *Rozwój potencjału pracy jako problem zarządzania zasobami ludzkimi w przedsiębiorstwie*, seria specjalna: „Monografie”, AE Kraków, Kraków.
213. **Pocztowski A.** (2018), *Zarządzanie zasobami ludzkimi: koncepcje, praktyki, wyzwania*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa.
214. **Polacy chcą porad lekarza online. Koronawirus**, <https://www.biostat.com.pl/porady-lekarskie-online.php>.
215. **Polecenie Wojewody Łódzkiego w sprawie wstrzymania przyjęć planowych i wypisywania pacjentów ze szpitali**, lodzkie.eu.
216. **Pracownicy medyczni na całym świecie są uciszani, narażani i atakowani**, amnesty.org, <https://amnesty.org/pl/pracownicy-medyczni-na-calym-swiecie-sa-uciszani-narazani-i-atakowani/>
217. **Pradela K., Radosz Z., Sobiegala A.** (2020), *Nursing education in Poland*, "Pielęgniarstwo XXI wieku / Nursing in the 21st Century", nr 19(1) s. 47–56.
218. **Primecz H., Romani L., Topçu K.** (2015), *A Multi-paradigm Analysis of Cross-cultural Encounters*, in: *Routledge Companion to Cross-Cultural Management*, eds. Nigel Holden, Snejina Michailova, and Susanne Tietze, Routledge.
219. **Profilaktyka i wsparcie w czasie koronawirusa**, *Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej*, gov.pl.
220. **Proniewicz J.** (2017), *Prognoza liczby pielęgniarek w Polsce na lata 2017–2027*, „Studia Ekonomiczne, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach”, nr 340, s. 99-115.

221. **Przybek-Mita J.Z.** (2021), *Kształcenie pielęgniarek i położnych operacyjnych w Polsce w latach 1960–2020*, „Surgical & Vascular Nursing / Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne”, nr 3, s. 109–115.
222. **Przybyłka A.** (2017), *Starzenie się ludności w Polsce jako wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia*, „Studia Ekonomiczne / Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach”, nr 21, r. XXI (309), s. 179–190.
223. **Pszczółowski T.** (1977), *Celowość, skuteczność efektywność*, „Prakseologia”, nr 3, (63).
224. **Pyszka A.** (2015), *Istota efektywności. Definicje i wymiary*, „Studia Ekonomiczne”, nr 230, Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach, Katowice.
225. **Rechel B., Doyle Y., Grundy E., McKee M.** (2009), *How can health systems respond to population ageing?* Copenhagen: World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
226. **Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)** available at <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on- COVID-19-final-report.pdf>
227. **Reuters**, Over 90,000 health workers infected with COVID-19 worldwide: nurses group, 2020, reuters.com, <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-nurses/over-90000-health-workers-infected-with-covid-19-worldwide-nurses-group-idUSKBN22I1XH>.
228. **Richert-Kaźmierska A.** (2017), *Zmiany w wielkości i strukturze wieku potencjalnych zasobów pracy w kontekście demograficznego starzenia się populacji – perspektywa regionalna / Changes in the size and age structure of potential labour resources in the context of population ageing – regional perspective*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego We Wrocławiu / Research Papers of Wrocław University of Economics”, (465): 138-146.
229. **Richert-Kaźmierska A.** (2018), *Starzenie się ludności – perspektywa lokalna*, „Humanities and Social Sciences”, nr 23, r. XXIII (25 (2)), s. 195–211.
230. **Robak E.** (2013), *Satysfakcja z pracy i jej wpływ na zachowania pracownicze*. „Zeszyty Naukowe Politechniki Częstochowskiej. Zarządzanie”, nr 3(9), s. 73–83.
231. **Rosset E.** (1959), *Proces starzenia się ludności*, Studium demograficzne, PWG, Warszawa.
232. **„Rozwój kompetencji pielęgniarских”**, Analiza liczby studentów oraz potrzeb/oczekiwań absolwentów wraz z rekomendacjami dla pracodawców oraz

- propozycjami ewentualnych zmian w standardach kształcenia, akademiapp.mz.gov.pl, Ministerstwo Zdrowia, 2020.
233. **Roj J.** (2020). *Inequality in the distribution of healthcare human resources in Poland*. Sustainability (Switzerland), 12(5).
234. **Rožman M., Sternad Zabukovšek S., Bobek S., Tominc P.** (2021), *Gender Differences in Work Satisfaction, Work Engagement and Work Efficiency of Employees during the COVID-19 Pandemic: The Case in Slovenia*, "Sustainability", vol. 13, no. 16, 8791.
235. **Rubenstein L.Z., Josephson K.R., Wieland G.D. et al** (1984), *Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial*, „The New England Journal of Medicine” vol. 311, pp. 1664–1670.
236. **Rudnik A.** (2016), *Wymiary starości i cechy ludzi starych w percepcji dzieci i młodzieży*, „Pogranicze, Studia Społeczne” nr 28, s. 201–219.
237. **Rushing W.** (1974), *Differences in Profit and Nonprofit Organizations, a study of effectiveness and efficiency in general resort – stay hospitals*, “Administrative Science Quarterly”, vol. 19, no. 4.
238. **Safarpour H., Sabzevari S., Delpisheh A.** (2018), *A Study on the Occupational Stress, Job Satisfaction and Job Performance among Hospital Nurses in Ilam, Iran*, “Journal of Clinical & Diagnostic Research”, vol. 12, no. 6, pp. 1–5.
239. **Samoraj-Charitonow B.** (2016), *Wybrane metody jakościowe w badaniach nad zabezpieczeniem społecznym*, [w:] *Metodologia badań nauk o polityce publicznej w obszarze zabezpieczenia społecznego*, red. G. Uścińska, B. Samoraj-Charitonow, A. Kołek Wydział Dziennikarstwa i Nauk Politycznych Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa, s. 132–133.
240. **Samuelson P.A., Nordhaus W.D.** (2004), *Ekonomia. Tom 1*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
241. **Sieplińska J., Prokurat G., Cis K.** (2012), *Program nauczania dla zawodu opiekun medyczny*, 532102 o strukturze przedmiotowej, Krajowy Ośrodek Wsparcia Edukacji Zawodowej i Ustawicznej, Warszawa.
242. **Sienkiewicz Ł., Trawińska-Konador K., Podwójcic K.** (2013), *Polityka zarządzania kompetencjami pracowników*, Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa.
243. **Skowron-Mielnik B.** (2009), *Efektywność pracy – próba uporządkowania pojęcia*, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi”, nr 55(1), s. 31–43.

244. **Skorzystaj z dodatkowego zasiłku opiekuńczego**, gov.pl, <https://www.gov.pl/web/gov/skorzystaj-z-dodatkowego-zasilku-opiekunczego>.
245. **Skrzypek E.** (2002), *Jakość i efektywność*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie- Skłodowskiej, Lublin.
246. **Smith A.C., Thomas E., Snoswell C.L., Haydon H., Mehtotra A., Clemensen J., Caffery L.J.** (2020), *Telehealth for global emergencies: Implications for coronavirus disease 2019 (COVID-19)*, “Journal of Telemedicine and Telecare”, vol. 26, no. 5, pp. 309–313.
247. **Sobczak E., Bartniczak B., Raszkowski A.** (2020), *Aging Society and the Selected Aspects of Environmental Threats: Evidence from Poland*, “Sustainability, MDPI, Open Access Journal”, vol. 12, no. 11, pp. 1–22, June.
248. **Sohrabi C., Alsafi Z., O’Neill N.** (2020), *World Health Organization declares global emergency: A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19)*, “International Journal of Surgery” vol. 76, pp. 71–76.
249. **Solomon M., Bamossy G., Askegaard S.** (2001), *Konsumverhalten. Der europäische Markt*, Verlag Person Studium, München.
250. **Song W., Yu H., Qu Q.** (2021), *High involvement work systems and organizational performance: the role of knowledge combination capability and interaction orientation*, “International Journal of Human Resource Management”, vol. 32, no. 7, pp. 1566–1590.
251. **Spoorthy M.S., Pratapa S.K., Mahant S.** (2020), *Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic – A review*, Asian J. Psychiatry, 51, Article 102119.
252. **Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV)**, who.int, dostęp: 28.07.2020 r., [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)).
253. **Strużyna J.** (2009), *Kierunki doskonalenia ZZZL w organizacjach publicznych*, [w:] *Zarządzanie publiczne – elementy teorii i praktyki*, red. A. Frączkiewicz-Wronka Akademia Ekonomiczna, Katowice.
254. **Stuart-Hamilton I.** (2006), *The Psychology of Ageing: An Introduction Fourth Edition*, London.

255. **Stuck A.E., Aronow H.U., Steiner A. et al.** (1995), *A trial of annual in-home comprehensive geriatric assessments for elderly people living in the community*, "The New England Journal of Medicine" vol. 333, pp. 1184–1189.
256. **Sułkowski Ł.** (2012), *Epistemologia i metodologia zarządzania*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa.
257. **Sułkowski Ł., Lenart-Gansiniec R., Kolasińska-Morawska K.** (2021), *Metody badań ilościowych w zarządzaniu* (p. 365). Wydawnictwo Społecznej Akademii Nauk.
258. **Suwiński E.** (2018), *Ageing in the contemporary world*, 21st Century Pedagogy. 2, pp. 49–66.
259. **Sygit K.** (2019), *Znaczenie aktywności fizycznej w profilaktyce i leczeniu wybranych schorzeń w okresie starości*. Sport i Turystyka, 1(1).
260. **Szałkowski A.** (2002), *Pracownicy a strategia rozwoju organizacji [w:] Rozwój pracowników. Przesłanki, cele, instrumenty*, red. A. Szałkowski, Poltext, Warszawa.
261. **Szarota Z.** (2004), *Gerontologia społeczna i oświatowa. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków.
262. **Szarota Z.** (2010), *Starzenie się i starość w wymiarze instytucjonalnego wsparcia*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków.
263. **Szczepańska-Gieracha J., Kowalska J., Rymaszewska J.** (2011), *Problemy długoterminowej hospitalizacji i rehabilitacji osób starszych z zaburzeniami poznawczymi*, „Psychogeriatrya Polska” vol. 8, no. 1), pp. 1–9.
264. **Szymańska E.** (2010), *Efektywność przedsiębiorstw – definiowanie i pomiar*, „Roczniki Nauk Rolniczych, Seria G”, t. 97, z. 2.
265. **Szurło D., Kostrzevska K., Wojtarowicz M., Widawska A., Kordecka A., Plisko R., Łanda K.** (2013), *Normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych na oddziałach szpitalnych – propozycja sposobu regulacji w Polsce*, Central and Eastern European Society of Technology Assessment in Health Care & Business Centre Club, Kraków.
266. **Szukalski P.** (2015), *Demograficzno-społeczne konsekwencje depopulacji w województwie łódzkim*. Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi.
267. **Szukalski P.** (2019), *Zmiany liczby ludności województw w latach 1998–2018*, „Demografia i Gerontologia Społeczna – Biuletyn Informacyjny”, nr 1.
268. **Szymaniec-Mlicka K.** (2015), *Ocena efektywności organizacji publicznych na przykładzie szpitali publicznych – aspekty metodyczne*, „Scientific Papers of Silesian

- University of Technology. Organization & Management / Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Seria Organizacji i Zarządzanie”, nr 83, s. 651–660.
269. **Tartas M., Derewicz G., Walkiewicz M., Budziński W.** (2009), *Źródła stresu zawodowego w pracy pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach o dużym obciążeniu fizycznym i psychicznym – hospicjum oraz chirurgii ogólnej*, „Annales Academiae Medicae Gedanensis” nr 39, s. 145–153.
270. **Telemedycyna – wskazówki dla lekarzy i pacjentów**, NIL, <https://nil.org.pl/aktualnosci/4609-telemedycyna-wskazowki-dla-lekarzy-i-pacjentow>.
271. **Tobis S., Jakrzewska-Sawińska A., Talarska D., Wieczorowska-Tobis K.** (2013), *Wieloprofesjonalność opieki w geriatryi*, „Nowiny Lekarskie”, nr 82, 1, s. 51–55.
272. **Townsend K., Lawrence S.A., Wilkinson A.** (2013), *The role of hospitals’ HRM in shaping clinical performance: A holistic approach*, “International Journal of Human Resource Management”, vol. 24, pp. 3062–3085.
273. **Tracz-Dral J.** (2018), *Starzenie się ludności w Unii Europejskiej – stan obecny i prognoza*, Opracowania tematyczne OT–662. Warszawa: Kancelaria Senatu Biuro Analiz, Dokumentacji i Korespondencji.
274. **Trafialek E.** (2003), *Człowiek stary*, [w:] *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*, t. 1, red. T. Pilch, Wydawnictwo Żak, Warszawa.
275. **Trzepacz P., Janas K., Piech K.** (2019), *Struktura wieku i procesy starzenia się ludności miast Polski w latach 2006–2016*, [w:] *Przemiany demograficzne miast Polski: wymiar krajowy, regionalny i lokalny*, Instytut Rozwoju Miast i Regionów.
276. **Tyagi A., Singh P.** (2019), *Hospital performance management: A multi-criteria decision-making approach*, “International Journal of Healthcare Management”, vol. 12, no. 4, pp. 286–291.
277. **Tymiński R.** (2019), *Wykonywanie zawodu lekarza i lekarza dentystry: aspekty administracyjnoprawne* (Stan prawny na 1 lipca 2019 r.). Wolters Kluwer.
278. **Urbanek B.** (2008), *Zawód położnej na ziemiach polskich w XIX i XX wieku*. Wydawnictwo Kwieciński, Katowice.
279. **Urbaniak B.** (2020), *Środowisko przyjazne zdrowemu, niezależnemu i samodzielnemu życiu w starszym wieku w województwie łódzkim*. Nauki o Wychowaniu, 10(1), 16–39.
280. **Varian H.R.V.** (2002), *Mikroekonomia. Kurs średni – ujęcie nowoczesne*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

281. **Verity R. et al.** (2020), *Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: a model-based analysis*, *The Lancet Infectious Diseases*.
282. **Vollset S.E., Goren E., Yuan C.W., Cao J., Smith A.E., Hsiao T., Bisignano C., Azhar G.S., Castro E., Chalek J., Dolgert A.J., Frank T., Fukutaki K., Hay S.I., Lozano R., Mokdad A.H., Nandakumar V., Pierce M., Pletcher M., Robalik T., Steuben K.M, Wunrow H.Y., Zlavog B.S., Murray C.J.L.** (2020), *Fertility, mortality, migration, and population scenarios for 195 countries and territories from 2017 to 2100: a forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study*, "The Lancet" 14 July 2020.
283. **Walkowska W.** (2017), *Starzenie się społeczeństw – problem demograficzny czy wezwanie współczesności?* Pobrane z: <https://epale.ec.europa.eu/pl/blog/starzenie-sie-spolczenstw-problem-demograficzny-czy-wyzwanie-wspolczesnosci>.
284. **Warwas I.** (2019), *Age Management and its architecture in Polish traditional versus knowledge-Based Companies*, "Argumenta Oeconomica", vol. 2, no. 43.
285. **Warwas I., Rogozińska-Pawelczyk A.** (2016), *Zarządzanie zasobami ludzkimi w nowoczesnej organizacji*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
286. **Wattoo M.A., Zhao S., Xi M.** (2020), *High-performance work systems and work–family interface: job autonomy and self-efficacy as mediators*, "Asia Pacific Journal of Human Resources", vol. 58, pp. 128–148.
287. **Wawrzyniak A., Kuczborska K., Lipińska-Opalka A.** (2019), *The 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) – transmission, symptoms and treatment*, "Pediatria i Medycyna Rodzinna", nr 15(4), s. c1-c5.
288. **Wieczorkowska M.** (2013), *Czy starość jest chorobą? – medykalizacja starości w Polsce*, „Przegląd Socjologiczny”, nr 62(2), 109-134.
289. **Wieczorkowska M.** (2018), *Spoleczne i ekonomiczne konsekwencje medykalizacji starości i starzenia się*, „Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Oeconomica”, vol. 2, s. 19–37.
290. **Wiktorowicz J.** (2016), *Postawy wobec aktywności zawodowej osób 50+: ujęcie indywidualne*, „Edukacja Ekonomistów i Menedżerów: Problemy, Innowacje, Projekty”, nr 5(1 (39)), s. 123–140.
291. **Włodarczyk C., Poździej S.** (2001), *Systemy zdrowotne: zarys problematyki*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
292. **Wood S.** (2018), *HRM and organizational performance*, Human Resource Management, Routledge, London.

293. **Wróbel M.** (2015), *Tendencje zmian współczynników dzietności w miastach 100-tysięcznych i większych w latach 1999–2012*, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu. Wydział Ekonomii. Katedra Statystyki i Demografii [w:] „Studia Ekonomiczne” (Katowice).
294. **Wysocki J.M., Sakowska I., Car J.** (2005), *Miary obciążeń zdrowotno-społecznych – nowe mierniki sytuacji zdrowotnej ludności*, „Przegląd Epidemiologiczny” nr 59(1): 125-134.
295. **Wystąpienie do Ministra Zdrowia w sprawie leczenia w epidemii z dnia 24.03.2020 r.**, Rzecznik Praw Obywatelskich, rpo.gov.pl, <https://www.rpo.gov.pl/sites/default/files/Wystąpienie%20do%20Ministra%20Zdrowia%20ws%20leczenia%20w%20epidemii%2024.03.2020.pdf>.
296. **Yavas U., Romanova N.** (2005), *Assessing performance of multi-hospitals organizations: a measurement approach*, “International Journal of Health Care Quality Assurance”, vol. 18, no. 3, pp. 193–203.
297. **Zaman U., Abbasi S., Nawaz S., Siddique M.S.** (2020), *Linking Sustainability Management and Success in Construction Projects: Moderating Influence of High Performance Work Systems*, “Pakistan Journal of Commerce & Social Sciences”, vol. 14, no. 3, pp. 761–784.
298. **Zawilińska B., Szostek S.** (2020), *Koronawirusy o niskiej i wysokiej patogenności, zakażające człowieka*, „Zakażenia XXI wieku”, nr 3(1).
299. **Zbierowski P.** (2012), *Orientacja pozytywna organizacji wysokiej efektywności*, Oficyna a Wolters Kluwer business.
300. **Zdrojewicz Z., Głód J., Dołowiec A.** (2014), *Telemedycyna – przyszłość lekarza rodzinnego*, „Family Medicine & Primary Care Review”, vol. 16, no. 4, pp. 382–386.
301. **Zhu H., Wei L., Niu P.** (2020), *The novel coronavirus outbreak in Wuhan, China*. Global Health Research and Policy 5.
302. **Ziębicki B.** (2014), *Efektywność organizacyjna podmiotów sektora publicznego*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie – Monografie”, nr 234, Kraków.
303. **Zigan K., Macfarlane F., Desombre T.** (2008), *Intangible resources as performance drivers in European hospitals*, “International Journal of Productivity and Performance Management” vol. 57, no. 1, pp. 57–71.

304. **Zimna T.** (2020), *Skierowanie do pracy przy zwalczaniu epidemii*, LEX/el., Wolters Kluwer, <https://sip.lex.pl/komentarze-i-publicacje/komentarze-praktyczne/skierowanie-do-pracy-przy-zwalczaniu-epidemii-469873079>.
305. **Zych A.A.** (2001), *Demograficzne i indywidualne starzenie się*, Wydawnictwo Akademii Świętokrzyskiej, Kielce.
306. **Zych A.A.** (2001), *Słownik gerontologii społecznej*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa.

Akty prawne

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.).
2. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 31 lipca 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego (Dz.U. poz. 1536).
3. Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy niebędącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 293, poz. 1728).
4. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 755 z późn. zm.).
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lutego 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego (Dz.U. poz. 354).
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne (Dz.U. poz. 1562).
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 maja 2022 r. w sprawie odwołania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz.U. poz. 1027).

8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz.U. poz. 433 z późn. zm.).
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych warunków prowadzenia studiów dla pielęgniarek i położnych, które posiadają świadectwo dojrzałości i ukończyły liceum medyczne lub szkołę policealną albo szkołę pomaturalną, kształcąca w zawodzie pielęgniarki i położnej (Dz.U. poz. 770).
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U. poz. 457).
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. poz. 460).
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. poz. 1285 z późn. zm.).
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie odwołania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz.U. poz. 490).
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 340).
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 sierpnia 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań dotyczących kształcenia pielęgniarek i położnych (Dz.U. poz. 970).
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U. Nr 151, poz. 896 z późn. zm.).
17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 lipca 2021 r. w sprawie limitu przyjęć na studia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym (Dz.U. poz. 1359).
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie recept (Dz.U. poz. 2424 z późn. zm.).

19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 540 z późn. zm.).
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz.U. z 2014 r. poz. 474 z późn. zm.).
21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2021 r. w sprawie Lekarskiego Egzaminu Końcowego i Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego (Dz.U. poz. 828 z późn. zm.).
22. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 listopada 2019 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. poz. 2335).
23. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2020 r. w sprawie zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 (Dz.U. poz. 325 z późn. zm.).
24. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. Nr 111, poz. 653 z późn. zm.).
25. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2020 r. w sprawie standardów w zakresie ograniczeń przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 przez osoby wykonujące zawód medyczny mające bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem tym wirusem (Dz.U. poz. 775 z późn. zm.).
26. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 listopada 2012 r. w sprawie Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkół Pielęgniarek i Położnych (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 1017).
27. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 139, poz. 1139 z późn. zm.).
28. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2016 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz.U. poz. 1761 z późn. zm.).
29. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2020 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystry (Dz.U. poz. 1566 z późn. zm.).
30. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji, izolacji lub izolacji w warunkach domowych oraz obowiązku kwarantanny lub nadzoru epidemiologicznego (Dz.U. poz. 607 z późn. zm.).

31. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 1304).
32. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (t.j. Dz.U. z 2016 r. poz. 357 z późn. zm.).
33. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 320 z późn. zm.).
34. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 787 z późn. zm.).
35. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 maja 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz.U. poz. 1025).
36. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 25 marca 2022 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z stanem zagrożenia epidemicznego (Dz.U. poz. 679 z późn. zm.).
37. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 31 marca 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz.U. poz. 566 z późn. zm.).
38. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 sierpnia 2022 r. w sprawie limitu przyjęć na studia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym (Dz.U. poz. 1655).
39. Ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 628).
40. Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 184 z późn. zm.).
41. Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 463 z późn. zm.).
42. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 633 z późn. zm.).
43. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 551).

44. Ustawa z dnia 16 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1291 z późn. zm.).
45. Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 1342).
46. Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 2095 z późn. zm.).
47. Ustawa z dnia 20 lipca 1950 r. o zawodzie felczera (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 742 z późn. zm.).
48. Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 574 z późn. zm.).
49. Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1515 z późn. zm.).
50. Ustawa z dnia 22 października 2010 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 230, poz. 1507).
51. Ustawa z dnia 24 lutego 2017 r. o uzyskiwaniu tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 1297).
52. Ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 1133 z późn. zm.).
53. Ustawa z dnia 25 września 2015 r. o zawodzie fizjoterapeuty (t.j. Dz.U. z 2022 r. poz. 168).
54. Ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 849 z późn. zm.).
55. Ustawa z dnia 27 listopada 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych (Dz.U. poz. 2401 z późn. zm.).
56. Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1050 z późn. zm.).
57. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.).
58. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 666 z późn. zm.).

59. Ustawa z dnia 28 października 1950 r. o zawodzie lekarza (Dz.U. Nr 50, poz. 458 z późn. zm.).
60. Ustawa z dnia 28 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19 (Dz.U. poz. 2112 z późn. zm.).
61. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.).
62. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 790 z późn. zm.).
63. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 2069 z późn. zm.).
64. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2020 r. poz. 849 z późn. zm.).
65. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 1977 z późn. zm.).
66. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 2053 z późn. zm.).

Spis schematów

Schemat 1. Podstawowe rodzaje efektywności ekonomicznej.....	113
Schemat 2. Czynniki wpływające na efektywność pracy.....	128
Schemat 3. Chronologia istotnych wydarzeń związanych z pandemią koronawirusa SARS-CoV-2 na świecie.....	138
Schemat 4. Przebieg postępowania badawczego.....	159
Schemat 5. Proces realizacji badań jakościowych.....	204
Schemat 6. Efektywność pracy w świetle badań lekarzy.....	230

Spis wykresów

Wykres 1. Ludność Polski w latach 1946–2020.....	18
Wykres 2. Urodzenia żywe w Polsce w wybranych latach w okresie 1950-2019.....	18
Wykres 3. Współczynniki dzietności w latach 1990–2020.....	20
Wykres 4. Ruch naturalny ludności Polski w okresie 1950–2020.....	21
Wykres 5. Ludność województwa łódzkiego według miejsca zamieszkania w latach 2010 – 2020.....	27

Wykres 6. Stan zdrowia osób według ich własnej oceny wg płci i grup wieku w 2018 (dane NIZP–PZH)	43
Wykres 7. Liczba zgonów według wieku z powodu chorób nowotworowych w Polsce w okresie 1999–2018 – mężczyźni	48
Wykres 8. Liczba zgonów według wieku z powodu chorób nowotworowych w województwie łódzkim w latach 1999–2018 – mężczyźni	49
Wykres 9. Współczynnik zgonów spowodowanych COVID-19 osób w wieku 60 lat i więcej według grup wieku i płci w 2020 roku.....	50
Wykres 10. Przeciętna liczba porad udzielonych w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej przypadająca na 1 mieszkańca w 2020 roku	54
Wykres 11. Poradnie geriatryczne według województw w 2020	55
Wykres 12. Współczynniki standaryzowane hospitalizacji osób w Polsce w wieku 0-64 lat i 65+ w latach 2006–2016, mężczyźni i kobiet razem – na 10. tys. ludności.....	56
Wykres 13. Oddziały geriatryczne według województw w 2020 roku.....	59
Wykres 14. Limity przyjęć na studia na kierunku lekarskim w latach 2008–2023	77
Wykres 15. Wyniki rekrutacji na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo w latach 2013/2014–2019/2020.....	86
Wykres 16. Lekarze uprawnieni do wykonywania zawodu wg wieku	93
Wykres 17. Struktura wiekowa grupy zawodowej pielęgniarek uprawnionych do wykonywania zawodu w latach 2011, 2015–2020	97
Wykres 18. Struktura wiekowa grupy zawodowej pielęgniarek uprawnionych do wykonywania zawodu wg danych NIPiP.....	99
Wykres 19. Zakażenia SARS-CoV-2 na świecie w okresie 01.2020-03.2022.....	135
Wykres 20. Przyrost dzienny potwierdzonych przypadków oraz średnia tygodniowa nowych zakażeń SARS-CoV-2 w Polsce w okresie 4.03.2020–26.05.2022.....	136
Wykres 21. Osoby hospitalizowane z powodu COVID-19 w Polsce	137
Wykres 22. Powody, dla których pacjenci chcą skorzystać z teleporady. Raport badawczy „Ochrona zdrowia i telemedycyna w czasie koronawirusa”	150
Wykres 23. Powody przejścia kadry pielęgniarskiej na emeryturę	174
Wykres 24. Metody radzenia sobie ze stresem przez kadrę pielęgniarską.....	182
Wykres 25. Współpraca kadry pielęgniarskiej z pozostałymi przedstawicielami zawodów medycznych	183

Wykres 26. Satysfakcja z pracy na podstawie kwestionariusza MSQ.....	184
Wykres 27. Najsilniejsze zależności w kategorii wiek a czynniki wpływające na jakość pracy kadry pielęgniarskiej.....	189
Wykres 28. Najsilniejsza zależność w kategorii wykształcenie a ocena czynników wpływających na efektywność organizacji.....	190
Wykres 29. Najsilniejsze zależności w kategorii staż pracy a ocena czynników wpływających na efektywność organizacji.....	192
Wykres 30. Najsilniejsze zależności w kategorii staż pracy a czynniki wpływające na jakość pracy kadry pielęgniarskiej.....	193
Wykres 31. Najsilniejsze zależności w kategorii ocena ważności czynników efektywności organizacyjnej.....	195
Wykres 32. Najsilniejsze zależności w kategorii czynniki efektywności organizacji a satysfakcja z pracy.....	198
Wykres 33. Najsilniejsze zależności w kategorii czynniki wpływające na jakość pracy kadry pielęgniarskiej a ocena satysfakcji z pracy.....	199

Spis tabel

Tabela 1. Ludność Polski ogółem w tysiącach w latach 1950–2021.....	17
Tabela 2. Urodzenia żywe w Polsce w wybranych latach w okresie 1955-2020.....	19
Tabela 3. Dzietność kobiet w Polsce w wybranych latach w okresie 1955-2020.....	19
Tabela 4. Liczba ludności w Polsce zamieszkującej obszary miejskie w wybranych latach w okresie 1950–2021, w tysiącach (stan na dzień 1.01.2021).....	22
Tabela 5. Liczba ludności w Polsce zamieszkującej obszary wiejskie w wybranych latach w okresie 1950–2021, w tysiącach (stan na dzień 1.01.2021).....	22
Tabela 6. Stan i struktura ludności Polski według wieku powyżej 60 lat w latach.....	23
Tabela 7. Ludność Polski według kategorii wieku w wybranych latach w okresie 1950–2020 (w procentach).....	24
Tabela 8. Ludność województwa łódzkiego w wybranych latach.....	26
Tabela 9. Powierzchnia oraz ludność według województw Polski w 2021 (stan na dzień 1.01.2021).....	28
Tabela 10. Ludność w województwie łódzkim według płci i wieku oraz miejsca zamieszkania w 2021.....	29
Tabela 11. Ludność, ruch naturalny oraz migracje ludności województwa łódzkiego na dzień 30.06.2021.....	30

Tabela 12. Prognoza ludności Polski oraz województwa łódzkiego w wybranych latach w okresie 2013–2050 (w tysiącach).....	31
Tabela 13. Prognoza ludności Polski oraz województwa łódzkiego według tradycyjnych ekonomicznych grup wieku w wybranych latach w okresie 2013–2050 (w tysiącach)	32
Tabela 14. Prognoza ludności Polski oraz województwa łódzkiego według ekonomicznych grup wieku w wybranych latach w okresie 2013–2050 (w tysiącach)	32
Tabela 15. Zmiany stanów ludności województwa łódzkiego w wybranych latach w okresie 2013–2050	34
Tabela 16. Biologiczne teorie starzenia się	41
Tabela 17. Samoocena zdrowia ludności Polski w 2014	45
Tabela 18. Choroby przewlekłe ludności Polski według płci i grup wieku w 2014.....	45
Tabela 19. Zgony ludności Polski według przyczyn ICD10 w wybranych grupach wiekowych w 2020	47
Tabela 20. Szpitale ogólne oraz leczeni w skali kraju i województwa łódzkiego w 2020 roku.....	57
Tabela 21. Dostępność łóżek szpitalnych w Polsce w latach 2011–2019.....	58
Tabela 22. Wykaz zawodów medycznych i paramedycznych	65
Tabela 23. Zdawalność absolwentów z podziałem na ukończone uczelnie w edycji wiosna 2022 roku.....	74
Tabela 24. Limit przyjęć na studia na kierunek lekarski w poszczególnych uczelniach w roku akademickim 2022/2023.....	76
Tabela 25. Wykaz wybranych miejsc rezydenckich dla lekarzy i lekarzy dentyków, którzy rozpoczną szkolenie specjalizacyjne na podstawie postępowania kwalifikacyjnego przeprowadzonego 1–31 marca 2021	79
Tabela 26. Liczba uczelni posiadających akredytację ministra zdrowia do prowadzenia kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo w podziale na województwa.....	84
Tabela 27. Liczba kandydatów, studentów i absolwentów na kierunku pielęgniarstwo – studia I stopnia.....	85
Tabela 28. Liczba kandydatów, studentów i absolwentów na kierunku pielęgniarstwo – studia II stopnia.....	85

Tabela 29. Liczba pielęgniarek i położnych, które ukończyły poszczególne rodzaje kształcenia w 2021	88
Tabela 30. Zestawienie liczebności członków Izb Lekarskich wg przynależności do okręgowej izby lekarskiej i tytułu zawodowego.....	90
Tabela 31. Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentyistów wykonujących zawodów wg przynależności do okręgowej izby lekarskiej i tytułu zawodowego na lipiec 2022 roku.....	91
Tabela 32. Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentyistów wg wieku, płci i tytułu zawodowego z uwzględnieniem podziału na lekarzy wykonujących i nie wykonujących zawodu – stan na lipiec 2022 roku.....	92
Tabela 33. Lekarze uprawnieni do wykonywania zawodu według wieku, płci i województw - stan w dniu 31.12.2020.....	94
Tabela 34. Lekarze uprawnieni do wykonywania zawodu w wieku 65 lat i więcej w Polsce oraz województwie łódzkim na przestrzeni lat	95
Tabela 35. Liczba zarejestrowanych pielęgniarek i położnych w latach 2012–2021	96
Tabela 36. Liczba aktywnych zawodowo pielęgniarek oraz pielęgniarzy w latach 2012-2021	96
Tabela 37. Zestawienie liczbowe pielęgniarek wg wieku w latach 2016–2021	98
Tabela 38. Przegląd definicji zarządzania – literatura polska	102
Tabela 39. Przegląd definicji zarządzania – literatura światowa.....	102
Tabela 40. Proces motywacyjny	107
Tabela 41. Definicje efektywności w literaturze nauk o zarządzaniu.....	109
Tabela 42. Różne ujęcia efektywności w ramach wybranych dyscyplin naukowych .	112
Tabela 43. Zależności między skutecznością a efektywnością	115
Tabela 44. Model organizacji wysokiej efektywności de Waala.....	118
Tabela 45. Definiowanie efektywności pracy.....	119
Tabela 46. Oczekiwania interesariuszy wobec podmiotów leczniczych.....	127
Tabela 47. Układ podmiotów zarządzania efektywnością pracy personelu medycznego w procesie ZEP	131
Tabela 48. Szczegółowe podstawy prawne w zakresie wykorzystania narzędzi telemedycyny.....	147
Tabela 49. Ogólna charakterystyka badanej zbiorowości	164
Tabela 50. Struktura procentowa miejsca pracy kadry pielęgniarskiej.....	165
Tabela 51. Uprawnienia emerytalne kadry pielęgniarskiej	165

Tabela 52. Rodzaje wsparcia w okresie epidemii COVID-19.....	166
Tabela 53. Oczekiwane wsparcie w okresie epidemii COVID-19	166
Tabela 54. Przygotowanie miejsca pracy w aspekcie COVID-19.....	167
Tabela 55. Szkolenia kadry pielęgniarskiej w okresie COVID-19.....	168
Tabela 56. Poziom wypalenia zawodowego kadry pielęgniarskiej	168
Tabela 57. Ocena stopnia zagrożenia w okresie COVID-19 kadry pielęgniarskiej.....	168
Tabela 58. Ilość personelu pielęgniarskiego w okresie COVID-19.....	168
Tabela 59. Kwarantanna bądź izolacja kadry pielęgniarskiej w okresie COVID-19 ..	169
Tabela 60. Kontakty towarzyskie kadry pielęgniarskiej w okresie COVID-19	169
Tabela 61. Liczba pacjentów w okresie COVID-19	169
Tabela 62. Możliwość rezygnacji z pracy kadry pielęgniarskiej.....	170
Tabela 63. Braki personelu pielęgniarskiego w systemie ochrony zdrowia.....	170
Tabela 64. Ocena zasobów kadry pielęgniarskiej w okresie ostatnich pięciu lat	171
Tabela 65. Poziom zabezpieczenia opieki nad chorymi.....	171
Tabela 66. Powody potencjalnego odejścia z zawodu kadry pielęgniarskiej.....	172
Tabela 67. Częstotliwość decyzji o odejściu z zawodu kadry pielęgniarskiej	172
Tabela 68. Praca kadry pielęgniarskiej za granicą.....	172
Tabela 69. Perspektywa czasowa przejścia na emeryturę	173
Tabela 70. Powody przejścia kadry pielęgniarskiej na emeryturę.....	173
Tabela 71. Rekomendacja dla podjęcia studiów na kierunku pielęgniarstwo	174
Tabela 72. Czynniki motywacyjne do podjęcia studiów na kierunku pielęgniarstwo ..	175
Tabela 73. Utożsamianie znaczenia efektywność pracy	175
Tabela 74. Czynniki efektywności wg de Waala w badanych szpitalach	176
Tabela 75. Elementy składowe czynników efektywności wg de Waala w badanych szpitalach	177
Tabela 76. Ocena czynników wpływających na jakość pracy.....	179
Tabela 77. Elementy składowe czynników wpływających na jakość pracy	180
Tabela 78. Postrzeganie stresu organizacyjnego przez personel pielęgniarski	182
Tabela 79. Metody radzenia sobie ze stresem przez kadrę pielęgniarską	182
Tabela 80. Współpraca kadry pielęgniarskiej z pozostałymi przedstawicielami zawodów medycznych	183
Tabela 81. Satysfakcja z pracy na podstawie kwestionariusza MSQ	184
Tabela 82. Postrzeganie synonimów efektywności pracy wg rozróżnienia na płeć	186
Tabela 83. Ocena efektywności organizacyjnej wg rozróżnienia na płeć.....	186

Tabela 84. Ocena czynników wpływających na jakość pracy wg rozróżnienia na płeć.....	187
Tabela 85. Ocena satysfakcji z pracy wg. rozróżnienia na płeć	187
Tabela 86. Postrzeganie synonimów efektywności pracy wg grup wiekowych.....	188
Tabela 87. Wiek a ocena czynników wpływających na efektywność organizacji.....	188
Tabela 88. Wiek a czynniki wpływające na jakość pracy kadry pielęgniarskiej.....	188
Tabela 89. Satysfakcja z pracy a wiek kadry pielęgniarskiej	189
Tabela 90. Postrzeganie synonimów efektywności pracy wg wykształcenia.....	189
Tabela 91. Wykształcenie a ocena czynników wpływających na efektywność organizacji	190
Tabela 92. Wykształcenie a czynniki wpływające na jakość pracy kadry pielęgniarskiej	191
Tabela 93. Satysfakcja z pracy a wykształcenie kadry pielęgniarskiej	191
Tabela 94. Postrzeganie synonimów efektywności pracy wg stażu pracy	191
Tabela 95. Staż pracy a ocena czynników wpływających na efektywność organizacji	192
Tabela 96. Staż pracy a czynniki wpływające na jakość pracy kadry pielęgniarskiej .	193
Tabela 97. Satysfakcja z pracy a staż w zawodzie kadry pielęgniarskiej	193
Tabela 98. Ocena ważności czynników efektywności organizacji	195
Tabela 99. Synonimy efektywności pracy a czynniki efektywności organizacji	196
Tabela 100. Synonimy efektywności pracy a czynniki efektywności pracy indywidualnej.....	196
Tabela 101. Synonimy efektywności pracy a ocena satysfakcji z pracy.....	197
Tabela 102. Czynniki efektywności organizacji a satysfakcja z pracy	197
Tabela 103. Czynniki wpływające na jakość pracy kadry pielęgniarskiej a ocena satysfakcji z pracy	198

Załącznik nr 1

Szanowni Państwo,

Sytuacja w polskiej ochronie zdrowia była trudna na przestrzeni ostatnich lat, a dodatkowo czas pandemii spowodował jej pogorszenie, wpłynął na konieczność reorganizacji pracy podmiotów leczniczych, w szczególności na pracę personelu medycznego sprawującego opiekę na pacjentami. Zaplanowanie procesów naprawczych wymaga znajomości opinii personelu medycznego, dlatego zwracam się do Państwa z prośbą o wypełnienie poniższego kwestionariusza ankiety. Zajmie to około 30 minut. Badanie ma służyć odpowiedzi na pytania jakie czynniki wpływają na efektywność pracy pielęgniarza/pielęgniarki a także co stanowi motywację do pracy oraz pozostania aktywnym zawodowo po nabyciu ustawowych uprawnień emerytalnych, bowiem polski personel medyczny się szybko starzeje. Ostatnim z obszarów, którego dotyczy niniejsze badanie jest wpływ pandemii spowodowanej koronawirusem SARS-CoV-2 na pracę pielęgniarzy/pielęgniarek. Zapewniam, że badanie ma charakter anonimowy i Państwa odpowiedzi będą wykorzystane jedynie w postaci zbiorczych zestawień statystycznych.

Proszę o nieumieszczanie żadnych danych osobowych.

KWESTIONARIUSZ

- 1. Czy uważa Pan/i, że w systemie ochrony zdrowia w Polsce występują braki personelu pielęgniarskiego co może wpłynąć na efektywność Pana/i pracy pielęgniarskiej w szpitalach?**
(proszę wybrać jedną możliwość)
 Tak Nie Trudno powiedzieć
- 2. Czy zasoby personelu pielęgniarskiego w systemie ochrony zdrowia w Pana/i opinii są?**
(proszę wybrać jedną możliwość)
 Większe niż 5 lat temu
 Mniejsze niż 5 lat temu
 Na podobnym poziomie co 5 lat temu
- 3. Czy uważa Pan/i, że liczba pielęgniarzy/pielęgniarek w Pana/i miejscu pracy jest wystarczająca do zapewnienia ciągłości opieki nad chorym?** (proszę wybrać jedną możliwość)
 Tak Nie Trudno powiedzieć
- 4. Jaki główny czynnik bralby/aby Pan/i pod uwagę przy podejmowaniu decyzji o ewentualnym odejściu z zawodu?** (możliwość wskazania kilku odpowiedzi)
 Problemy zdrowotne
 Brak satysfakcji z wykonywanej pracy
 Niski prestiż zawodowy
 Konieczność wykonywania pracy w ustawowe dni wolne i weekendy
 Konieczność ciągłego podnoszenia kwalifikacji
 Brak perspektywy osiągnięcia wyższych zarobków
 Niskie przywiązanie do zawodu
 Inne, jakie?
- 5. Jak często myśli Pan/i o odejściu z zawodu?** (proszę wybrać jedną możliwość)
 Kilka razy do roku
 Kilka razy w miesiącu
 Kilka razy w tygodniu
 Każdego dnia
 Obecnie nie rozważam odejścia z zawodu

6. Czy rozważał/a Pan/i w ostatnich 12 miesiącach zagraniczną migrację zarobkową związaną z wykonywaniem zawodu pielęgniarz/pielęgniarka?

Tak Nie

7. Czy osiągnął/a Pan/i wiek emerytalny?

Tak Nie

8. Na ile wymienione elementy mają wpływ na Pana/i decyzję o przejściu na emeryturę po nabyciu odpowiednich uprawnień? (Proszę ocenić na skali od 1 – najmniejszy wpływ do 7 – największy wpływ)

Zakres	1	2	3	4	5	6	7
Zła atmosfera w miejscu pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niskie wynagrodzenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zmęczenie i wypalenie zawodowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zbyt duża odpowiedzialność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zbyt duże obciążenie psychiczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brak możliwości pogodzenia pracy zawodowej z życiem prywatnym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Systematyczny wzrost ilości pracy z pacjentem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niski status zawodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zły stan zdrowia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chęć poświęcania więcej czasu dla rodziny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zły stan zdrowia członka rodziny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Złe warunki pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opieka nad dziećmi bądź wnukami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gorsze traktowanie z powodu mojego wieku przez przełożonych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. W jakim okresie rozważa Pan/i zakończenie pracy zawodowej po nabyciu uprawnień emerytalnych?

(proszę wybrać jedną możliwość)

Natychmiast do 1 roku 2-3 lata

4 lata i więcej Nie rozważam

10. Czy posiadając obecne doświadczenie zawodowe zachęcał/a by Pan/i, uczniów klas średnich do podjęcia studiów na kierunku pielęgniarstwo?

(proszę wybrać jedną możliwość), (jeśli wybrał/a Pan/i odpowiedź - raczej nie lub - zdecydowanie nie, proszę odpowiedzieć na pytanie nr 12)

Zdecydowanie nie	Raczej nie	Raczej tak	Zdecydowanie tak	Trudno powiedzieć
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Dlaczego zachęcał/a by Pan/i do podjęcia studiów na kierunku pielęgniarstwo a w konsekwencji podjęcie pracy w zawodzie pielęgniarz/pielęgniarka?

(możliwość wskazania kilku odpowiedzi)

- Jest bardzo prestiżowy
- Umożliwia pracę zespołową
- Umożliwia osiąganie wysokich zarobków
- Oparty jest na wsparciu i pomocy dla osób potrzebujących
- Gwarantuje stabilność zatrudnienia na rynku pracy
- Charakteryzuje się różnorodnością zadań i czynności zawodowych
- Inne, jakie?

12. Jako synonim określenia efektywność pracy uznaje Pan/i?

(możliwość wskazania kilku odpowiedzi)

- Wynagrodzenie odpowiadające kompetencjom oraz oczekiwaniom
- Zarządzanie dostępnym czasem oraz planowanie poszczególnych działań
- Poszerzanie swoich umiejętności oraz rozwój zawodowy
- Wyposażenie stanowiska pracy
- System motywacyjny
- Inne, jakie?
- Żadne z powyższych

13. W jakim stopniu wg Pana/i poszczególne elementy zarządzania i organizacji pracy wpływają na poprawę efektywności pracy pielęgniarza/pielęgniarki?

Zakres	W ogóle nie wpływa	Wpływa w bardzo niskim stopniu	Wpływa w niskim stopniu	Wpływa w umiarkowanym stopniu	Wpływa w dużym stopniu	Wpływa w bardzo dużym stopniu	Stanowi kluczowy czynnik
Ciągła poprawa							
Jasna i odmienna od innych organizacji strategia działania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ciągła poprawa procesów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ciągłe upraszczanie procesów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ciągłe dopasowywanie procesów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raportowanie o wszystkim, co ma wpływ na efektywność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Przekazywanie informacji finansowych i niefinansowych członkom organizacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ciągłe wprowadzanie innowacji w kluczowych kompetencjach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ciągłe wprowadzanie innowacji w produktach, procesach i usługach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otwartość i orientacja na działanie							
Częsty dialog między kierownictwem a pracownikami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poświęcanie czasu komunikacji, wymianie wiedzy i uczeniu się	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zaangażowanie członków organizacji w istotne procesy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Przyzwolenie na popełnianie błędów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zachęcanie do wprowadzania zmian	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nakierowanie organizacji na efektywność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zakres	W ogóle nie wpływa	Wpływa w bardzo niskim stopniu	Wpływa w niskim stopniu	Wpływa w umiarkowanym stopniu	Wpływa w dużym stopniu	Wpływa w bardzo dużym stopniu	Stanowi kluczowy czynnik
Jakość zarządzania							
Zaufanie członków organizacji do kierownictwa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spójność kierownictwa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kierownictwo daje dobry przykład członkom organizacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Szybkie podejmowanie decyzji przez kierownictwo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Szybkie działanie kierownictwa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coaching służący osiągnięciu lepszych wyników	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koncentracja kierownictwa na osiągnięciu wyników	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wysoka efektywność kierownictwa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Silne przywództwo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pewność siebie kierownictwa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Szybkie podejmowanie decyzji w stosunku do osób nieefektywnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jakość zasobów ludzkich							
Odpowiedzialność pracowników za efekty pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zachęcanie członków organizacji do osiągnięcia niezwykłych wyników	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Szkolenia w kierunku odporności i elastyczności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Różnorodność i komplementarność zasobów ludzkich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientacja długoterminowa							
Dobre i długoterminowe relacje ze wszystkimi interesariuszami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nakierowanie na obsługę pacjenta na najwyższym poziomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rozwój poprzez partnerstwo z dostawcami i odbiorcami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kierownictwo, które jest w organizacji od długiego czasu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bezpieczne miejsce pracy dla członków organizacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nowi członkowie kierownictwa pochodzą z organizacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Jak ocenia Pan/i wpływ na swoją pracę wybranych elementów z następujących punktów widzenia?

Zakres	W ogóle nie wpływa	Wpływa w bardzo niskim stopniu	Wpływa w niskim stopniu	Wpływa w umiarkowanym stopniu	Wpływa w dużym stopniu	Wpływa w bardzo dużym stopniu	Stanowi kluczowy czynnik
Wymiar kontekstowy							
Bycie gospodarnym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nienarzekaanie na warunki organizacyjne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieangażowanie innych we własne problemy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absencja zawodowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Udział w spotkaniach szkoleniowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schludny, czysty wygląd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podjęmowanie odpowiedzialności za własne zadania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pracowanie więcej niż to konieczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Systematyczna praca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inwestowanie w samorozwój w celu poprawy własnej efektywności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Przestrzeganie zasad czystości	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umiejętności zawodowe							
Zachowanie spokoju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utrzymywanie sprzętu pielęgnacyjnego w dobrym stanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identyfikacja i ocena problemów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ogólne umiejętności zawodowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umiejętności kliniczne							
Planowanie opieki nad pacjentem według indywidualnych potrzeb zdrowotnych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zarządzanie czynnościami pielęgnacyjnymi w czasie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zapewnienie pacjentowi dobrze przygotowanej lub starannej opieki pielęgnacyjnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ciągłe monitorowanie stanu pacjenta i rejestrowanie jego/jej sytuacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podjęmowanie wysiłku w celu poprawy stanu zdrowia pacjenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angażowanie się w obowiązujące praktyki badawcze, procedury i politykę szpitala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zakres	W ogóle nie wpływa	Wpływa w bardzo niskim stopniu	Wpływa w niskim stopniu	Wpływa w umiarkowanym stopniu	Wpływa w dużym stopniu	Wpływa w bardzo dużym stopniu	Stanowi kluczowy czynnik
Komunikacja interpersonalna							
Wyrażanie entuzjazmu w pracy pielęgniarstwa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Współpraca z pielęgniarką przełożoną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zachowywanie się w przyjazny sposób	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rozwiązywanie problemów							
Identyfikacja sytuacji nagłych powiązanych ze stanem pacjenta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Szybkie rozwiązywanie problemów klinicznych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podjęcie inicjatywy w celu rozwiązania problemu w pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etyka zawodowa							
Stosunek do pacjenta i rodziny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poufność	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Udzielanie informacji pacjentowi oraz jego rodzinie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praca zespołowa							
Współpraca z innymi członkami zespołu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Odpowiedzialne angażowanie się w spotkania oraz grupowe aktywności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Przekazywanie informacji zwrotnej w konstruktywny sposób	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angażowanie się i udział we wdrażaniu praktyk badawczych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Przywództwo							
Motywowanie innych pielęgniarek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coaching innych w obowiązkach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Posiadanie cech przywódczych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wsparcie dla pielęgniarek rozpoczynających pracę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Czy w Pana/i organizacji występuje stres organizacyjny? (proszę wybrać jedną możliwość)

- Tak (proszę przejść do pytania nr 16)
 Nie (proszę przejść do pytania nr 17)
 Trudno powiedzieć (proszę przejść do pytania nr 17)

16. W jaki sposób odreagowuje Pan/Pani zmęczenie po powrocie z pracy?

Zakres	Zdecydowanie nie	Raczej nie	Raczej tak	Zdecydowanie tak	Trudno powiedzieć
Odsypiam stres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Staram się zająć sprawami domowymi, aby nie myśleć o pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uprawiam aktywność fizyczną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stosując różne używki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spędzam czas z najbliższą rodziną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. W jakim stopniu, biorąc za podstawę własną pracę, jest Pan/Pani zadowolony/a z opisanego w nim aspektu środowiska pracy?

Aspekt środowiska pracy	Bardzo niezadowolony/a	Niezadowolony/a	Ani zadowolony/a, ani niezadowolony/a	Zadowolony/a	Bardzo zadowolony/a
Ilość zadań, które masz do wykonania w ciągu typowego dnia pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Możliwość podejmowania samodzielnych decyzji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stopień zróżnicowania zadań zawodowych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pozycja społeczna, którą daje Twoja praca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umiejętności zawodowe bezpośredniego przełożonego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Możliwość wykorzystania w pracy wszystkich posiadanych umiejętności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Możliwość robienia czegoś dobrego dla innych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Szansa na objęcie coraz to wyższych stanowisk kierowniczych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Możliwość awansu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sposób w jakim ludzie ze sobą współzują w Twoim miejscu pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sposób oceny pracy i system wynagradzania pracy stosowany w Twoim miejscu pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Możliwość stosowania własnych metod pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stopień poczucia spełnienia/dokonania, które wynosisz ze swojej pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stopień trudności zlecanych do wykonania zadań	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sposób kierowania ludźmi przez Twojego szefa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stopień ważności wykonywanej pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Warunki otoczenia fizycznego w miejscu pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Możliwość osobistego rozwoju poprzez pracę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biorąc pod uwagę wszystkie aspekty Twojej pracy w jakim stopniu jesteś z niej zadowolony/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ogólnie rzecz biorąc, jak bardzo jesteś zadowolony/a ze swojego obecnego życia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. W wykonywaniu medycznych obowiązków zawodowych może Pan/i liczyć na wsparcie:

Zawód	Zdecydowanie nie mogę	Raczej nie mogę	Nie mam zdania	Raczej mogę	Zdecydowanie mogę
Ratownik medyczny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opiekun medyczny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fizjoterapeuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lekarz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psycholog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farmaceuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Jakie formy wsparcia personelu pielęgniarskiego w opiece nad pacjentami z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 zagwarantował Pana/i pracodawca w miejscu pracy? (możliwość wskazania kilku odpowiedzi)

- Monitoring przestrzegania zasad bezpieczeństwa epidemiologicznego w miejscu pracy
- Należyta organizacja pracy
- Dodatki finansowe (premie, nagrody, „dodatki covidowe”)
- Nieograniczony dostęp do testów na obecność SARS-CoV-2 dla personelu pielęgniarskiego
- Wsparcie psychologiczne w miejscu pracy
- Środki ochrony osobistej (kombinezony, maski filtrujące, rękawice itp.)
- Organizacja darmowych posiłków dla personelu pielęgniarskiego
- Inne, jakie

20. Które formy wsparcia personelu pielęgniarskiego w opiece nad pacjentem z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 jest przez Pana/ią najbardziej pożądane? (możliwość wskazania kilku odpowiedzi)

- Monitoring przestrzegania zasad bezpieczeństwa epidemiologicznego w miejscu pracy
- Należyta organizacja pracy
- Dodatki finansowe (premie, nagrody, „dodatki covidowe”)
- Nieograniczony dostęp do testów na obecność SARS-CoV-2 dla personelu pielęgniarskiego
- Wsparcie psychologiczne w miejscu pracy
- Środki ochrony osobistej (kombinezony, maski filtrujące, rękawice itp.)
- Organizacja darmowych posiłków dla personelu pielęgniarskiego
- Inne, jakie

21. Czy uważa Pan/i, że podmiot leczniczy w którym Pan/i jest zatrudniona jest dobrze przygotowany do przeciwdziałania epidemii? (proszę wybrać jedną możliwość)

- Bardzo dobrze Dobrze Źle Bardzo źle

22. Jakie Pana/i pracodawca przeprowadził szkolenia w miejscu pracy w związku z opieką nad pacjentem zakażonym, bądź z podejrzeniem zakażenia SARS CoV-2?

(możliwość wskazania kilku odpowiedzi)

- Postępowanie w przypadku zgłoszenia pacjenta do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego/Izby Przyjęć z podejrzeniem zakażeniem SARS-CoV-2
- Postępowania w przypadku pacjenta, u którego wykryto zakażenie wirusem SARS-CoV-2 w trakcie długotrwałej hospitalizacji w oddziale
- Przestrzegania zasad bezpieczeństwa w miejscu pracy podczas stanu epidemii SARS CoV-2
- Postępowanie na oddziale szpitalnym z pacjentem przyjmowanym na zabiegi planowe w stanie epidemii SARS-CoV-2
- Stosowanie środków ochrony indywidualnej w sytuacji stanu epidemii SARS-CoV-2
- Inne, jakie

23. Jak ocenia Pan/i poziom swojego wypalenia zawodowego w obecnym czasie epidemii SARS-CoV-2? (proszę wybrać jedną możliwość)

- Jest mniejszy niż przed pandemią
- Jest na porównywalnym poziomie jak przed pandemią
- Jest większy niż przed pandemią
- Jest skrajnie wysoki

24. Czy uważa Pan/i, że w związku z epidemią COVID-19 oraz wykonywaną pracą pielęgniarską/pielęgniarki Pana/i zdrowie osobiste jest zagrożone? (proszę wybrać jedną możliwość)

- Tak Nie Trudno powiedzieć

25. Czy uważa Pan/i, że ilość personelu medycznego w Pana/i miejscu pracy jest wystarczająca na wypadek wykluczenia części personelu z powodu przymusowej kwarantanny bądź izolacji? (proszę wybrać jedną możliwość)

Tak Nie Trudno powiedzieć

26. Czy był Pan/i na kwarantannie bądź izolacji w okresie od ogłoszenia w Polsce stanu epidemii?

Tak Nie

27. Czy wykonywany zawód oraz miejsce pracy były powodem ograniczenia kontaktu z Panią/em ze strony rodziny z uwagi na zagrożenie epidemicznego?

Tak Nie

28. Czy według Pana/i opinii w trakcie trwania epidemii na Pana/i oddziale liczba pacjentów przyjętych do hospitalizacji uległa zwiększeniu? (proszę wybrać jedną możliwość)

Tak Nie Trudno powiedzieć

29. Czy sytuacja spowodowana epidemią COVID-19 może wpłynąć na Pana/i decyzję o rezygnacji

z wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza?

Tak Nie

30. **Wiek:** (proszę o wpisanie roku urodzenia)

Rok urodzenia

31. Płeć: (proszę wybrać jedną możliwość)

Kobieta Mężczyzna

32. Wykształcenie: (proszę wybrać jedną możliwość)

Pielęgniarka dyplomowana Licencjat pielęgniarstwa

Magister pielęgniarstwa

Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa (jakiej?)

33. Staż pracy w zawodzie pielęgniarz/pielęgniarka: (proszę wybrać jedną możliwość)

<10 lat 10-20 lat 21-30 lat >30 lat

34. Proszę podać formę zatrudnienia w swoim podstawowym miejscu pracy: (proszę wybrać jedną możliwość)

Umowa o pracę

Kontrakt na świadczenia medyczne

Indywidualna/grupowa praktyka

Inne, jakie?

35. Proszę podać swoje podstawowe miejsce pracy: (proszę wybrać jedną możliwość)

Szpital kliniczny Szpital wojewódzki

Szpital powiatowy Szpital gminny (miejski)

Inne, jakie?

Dziękuję bardzo za udział w badaniu

Załącznik nr 2

SCENARIUSZ INDYWIDUALNEGO WYWIADU POGŁĘBIONEGO

1. Wstęp

- Przedstawienie się moderatora i prezentacja osoby badacza,
- Ogólne zaprezentowanie respondentowi tematyki badania i zasad przeprowadzonego wywiadu,
- Poinformowanie o konieczności nagrywania spotkania w celu dokonania późniejszej transkrypcji rozmowy,
- Zapewnienie o poufności wywiadu - na etapie analiz i raportowania dane będą anonimowe – sposób opracowania wyników nie będzie umożliwiał identyfikacji, kto jakich odpowiedzi udzielił.

Wywiad, który z Panem/ią za chwilę przeprowadzę jest działaniem podejmowanym w ramach badań naukowych związanych z rozprawą doktorską pn. „**EFEKTYWNOŚĆ PRACY LEKARZY I PIEŁĘGNIAREK W SZPITALACH WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO W PERSPEKTYWIE STARZEJĄCEGO SIĘ SPOŁECZEŃSTWA ORAZ SYTUACJI EPIDEMICZNEJ COVID-19**”. Przewodnią ideą badania jest poznanie problemów związanych z efektywnością pracy w wybranych szpitalach województwa łódzkiego. Głównym celem jest oszacowanie czynników wpływających na efektywność pracy, jak i zbadanie tej kwestii z perspektywy kadry lekarskiej zatrudnionej w szpitalach województwa łódzkiego. Istotnym aspektem jest również zebranie informacji umożliwiających zwiększenie efektywności podejmowanych działań na rzecz poprawy funkcjonowania podmiotu leczniczego jakim jest szpital. Dane zilustrują rzeczywisty wymiar zjawiska efektywności pracy w podmiotach leczniczych. Wieloaspektowe i bezstronne zbadanie tematu, o którym subiektywna wiedza osób pracujących w szpitalu jest bardzo rozbudowana, daje szansę na powstanie nowych koncepcji mających na celu zwiększenie świadomości na temat korzyści płynących z potencjału ich wykorzystania.

2. Rozgrzewka – praca w systemie ochrony zdrowia

- Proszę powiedzieć coś o sobie, krótko przedstawić się, powiedzieć, gdzie Pan/i pracuje jak długo wykonuje Pan/i pracę lekarza?
- Proszę opowiedzieć o swojej pracy. Na czym ona polega? Jakie ma Pan/i codzienne obowiązki? Jakie są plusy i minusy Pan/i pracy? czy Pan/i czerpie satysfakcję z wykonywanej pracy? Co przynosi Panu/i satysfakcję, a co sprawia najwięcej trudności?
- Jak ocenia Pan/i obecną sytuację związaną z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia w Polsce? W badaniach ilościowych kadry pielęgniarskiej (*karta nr 1*) blisko 90% ankietowanych uznało, że w systemie ochrony zdrowia występują istotne braki personelu pielęgniarskiego. Jaka jest Pan/i opinia na ten temat i czy zauważa Pan/i podobne zagrożenia w swojej grupie zawodowej?
- Do czego w Pana/i opinii prowadzą braki kadrowe zarówno w grupie zawodowej pielęgniarek, ale i lekarzy? Czy dostrzega Pan/i jakieś zagrożenia dla pacjentów z tym powiązane?

3. Ocena motywacji i satysfakcji w życiu zawodowym

- Czy może Pan/i wymienić najważniejsze czynniki organizacyjne, które motywują Pana/ią do pracy w zawodzie lekarz/lekarka?
- Jak może Pan/i opisać swoje obecne nastawienie do pracy w szpitalu? Czy ilość, rodzaj wykonywanej pracy nie stanowi potencjalnego powodu odejścia z pracy w szpitalu? Co można byłoby zaliczyć do takich powodów? Proszę zinterpretować wyniki kadry pielęgniarskiej w tej kwestii (*karta nr 2*). Jakie Pana/i zdaniem należy wymienić czynniki, które mogą wpłynąć w perspektywie kolejnych 5 lat na Pana/i decyzję o odejściu z pracy w szpitalu?
- Czy obserwuje Pan/i systematyczny wzrost liczby pacjentów w ostatnich latach? Czy w Pana/i ocenie może mieć na to wpływ proces starzenia się społeczeństwa? Jak interpretuje Pan/i to zjawisko w aspekcie swojej pracy?

4. Ocena postrzegania efektywności pracy w szpitalu

- Jak interpretuje Pan/i zagadnienie efektywności w szpitalu? Z czym Pan/i łączy/identyfikuje to pojęcie?
- W jaki sposób można dokonać usprawnień codziennej pracy lekarza na oddziale szpitalnym, aby praca stała się bardziej efektywna? Jaki potencjał wzrostu efektywności pracy widzi Pan/i w odniesieniu do wprowadzenia do systemu ochrony zdrowia zawodów pomocniczych m.in. asystenta lekarza?
- Jak postrzega Pan/i rolę kadry pielęgniarskiej w budowaniu zespołu medycznego w codziennej pracy na oddziale szpitalnym? Jakie kompetencje zarządcze powinny charakteryzować osobę kierującą zespołem na oddziale szpitalnym?
- Jakie czynniki organizacyjne mogą wpłynąć na poprawę efektywności pracy na oddziale szpitalnym? Co sądzi Pan/i o potrzebie permanentnego doskonalenia kompetencji specjalistycznych? A pozaspecjalistycznych?
- Jak zinterpretuje Pan/i wyniki kadry pielęgniarskiej pracującej w szpitalach województwa łódzkiego w zakresie oceny czynników efektywności pracy? Czy utożsamia się Pan/i z tymi wynikami (*karta 3*)?

5. Wpływ stresu na efektywność pracy

- Jakie według Pana/i są powody występowania stresu organizacyjnego w pracy i jaki mają one wpływ na wykonywane obowiązki zawodowe?
- Jaki według Pana/i wpływ na jakość wykonywanych procedur medycznych mają sytuacje stresowe?
- Czy sytuacja związana z wystąpieniem pandemii COVID-19 ma istotny wpływ na efektywność Pana/i pracy i czy może stanowić przyczynę wyraźnego spadku efektywności wykonywanych czynności?
- Jak skomentuje Pan/i wyniki badań ilościowych prowadzonych na grupie kadry pielęgniarskiej, która oceniała wsparcie przedstawicieli zawodów medycznych w ich codziennej pracy w czasie COVID-19 (*karta nr 4*)? Jakie dla Pan/i wsparcie w tej kwestii jest istotne?

6. Proponowane działania naprawcze

- Jakie działania organizacyjne sugeruje Pan/i, aby poprawić efektywność pracy na oddziale szpitalnym?

- Jakie przeszkody napotyka Pan/i w codziennej pracy na oddziale szpitalnym, które mogą przyczynić się do niechęci do wykonywanego zawodu lekarza? Jak można ich uniknąć?
- Jakie zmiany za strony kadry zarządzającej powinny nastąpić, by skuteczniej prowadzić procesy leczenia pacjentów? Jak ocenia Pan/i aspekty zarządzania zasobami ludzkimi w realiach funkcjonowania szpitala?

7. Wpływ epidemii COVID-19 na zawody medyczne

- Jak epidemia wpłynęła na Pan/i pracę? Czy spowodowała, że liczba pacjentów zdecydowanie wzrosła? Jaka opinię ma Pan/i na temat funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w trakcie epidemii COVID-19? Czy, biorąc pod uwagę zniesienie stanu epidemii z dniem 16 maja 2022 r. na terenie Polski oraz zakładając, że do gwałtownego przebiegu epidemii już nie dojdzie, jakie lekcje z tego procesu mogą zostać wyniesione dla funkcjonowania szpitali oraz całego systemu ochrony zdrowia w Polsce? Czy doświadczenia płynące ze stanu epidemii mogą być wykorzystane w trakcie opieki nad pacjentami przybywającymi z Ukrainy?

8. Inne uwagi i spostrzeżenia.

- Jakimi jeszcze informacjami chciał(a)by się Pan/i podzielić, aby w efekcie mogły się one przyczynić do powstania nowych koncepcji efektywności pracy w szpitalu?

Karta nr 1

Badanie przeprowadzone na grupie n=361 pielęgniarzy/pielęgniarek zatrudnionych w szpitalach województwa łódzkiego. Badanie miało służyć odpowiedzi na pytania jakie czynniki wpływają na efektywność pracy pielęgniarza/pielęgniarki a także co stanowi motywację do pracy oraz pozostania aktywnym zawodowo po nabyciu ustawowych uprawnień emerytalnych.

PYTANIE:

Czy uważa Pan/i, że w systemie ochrony zdrowia w Polsce występują braki personelu pielęgniarskiego co może wpłynąć na efektywność Pana/i pracy pielęgniarskiej w szpitalach? (proszę wybrać jedną możliwość)

WYNIKI:

Zdecydowana większość respondentów – niemal 90% jest zdania, że system ochrony zdrowia w Polsce cierpi na brak personelu medycznego.

Brak personelu pielęgniarskiego w systemie ochrony zdrowia w Polsce	Liczność	Procent
tak	323	89,5%
nie	7	1,9%
trudno powiedzieć	31	8,6%

Karta nr 2

Badanie przeprowadzone na grupie n=361 pielęgniarzy/pielęgniarek zatrudnionych w szpitalach województwa łódzkiego. Badanie miało służyć odpowiedzi na pytania jakie czynniki wpływają na efektywność pracy pielęgniarza/pielęgniarki a także co stanowi motywację do pracy oraz pozostania aktywnym zawodowo po nabyciu ustawowych uprawnień emerytalnych.

PYTANIE:

Jaki główny czynnik brałby/aby Pan/i pod uwagę przy podejmowaniu decyzji o ewentualnym odejściu z zawodu? (możliwość wskazania kilku odpowiedzi)

WYNIKI:

Podstawowymi czynnikami, jakie mogą być przyczyną odejścia od zawodu ankietowanych pielęgniarek są niskie zarobki, problemy zdrowotne oraz niedocenianie wykonywanego zawodu przez społeczeństwo. Wskazanie te zostały podane przez więcej niż połowę respondentów.

Czynniki wpływające na decyzję o ewentualnym odejściu z zawodu	Liczność	Procent ¹⁾
niskie zarobki	236	65,4%
problemy zdrowotne	210	58,2%
niski prestiż zawodowy	184	51,0%
brak satysfakcji z pracy	117	32,4%
konieczność podnoszenia kwalifikacji	55	15,2%
konieczność pracy w dni wolne	36	10,0%
niskie przywiązanie do zawodu	25	6,9%
złe warunki pracy	5	1,4%
brak wyboru	16	4,4%

¹⁾ Suma nie musi wynosić 100% gdyż można było wskazać dowolną liczbę wariantów odpowiedzi

Karta nr 3

Badanie przeprowadzone na grupie n=361 pielęgniarzy/pielęgniarek zatrudnionych w szpitalach województwa łódzkiego. Badanie miało służyć odpowiedzi na pytania jakie czynniki wpływają na efektywność pracy pielęgniarza/pielęgniarki a także co stanowi motywację do pracy oraz pozostania aktywnym zawodowo po nabyciu ustawowych uprawnień emerytalnych.

PYTANIE:

W jakim stopniu wg Pana/i poszczególne elementy zarządzania i organizacji pracy wpływają na poprawę efektywności pracy pielęgniarza/pielęgniarki?

WYNIKI:

W poniższej zbiorczej tabeli przedstawiono szczegółowe charakterystyki rozkładu ocen czynników efektywności, dokonanych przez ankietowane pielęgniarki. Jak widać, oceny znaczenie poszczególnych czynników są dość zbliżonym i relatywnie wysokim poziomie – średnio rzecz biorąc każdy z czynników był oceniany na około 5 pkt. Wyjątkiem jest nieco niższa ocena czynnika „ciągła poprawa”, który został oceniony na 4,56 pkt, a więc o ok. 0,5 pkt niżej od pozostałych.

Czynniki efektywności (de Waal)	\bar{x}	Me	s	c ₂₅	c ₇₅	min	max
Ciągła poprawa (Jasna i odmienna od innych organizacji strategia działania/Ciągła poprawa procesów/Ciągłe upraszczanie procesów/Ciągłe dopasowywanie procesów/Raportowanie o wszystkim, co ma wpływ na efektywność/Przekazywanie informacji finansowych i niefinansowych członkom organizacji/Ciągłe wprowadzanie innowacji w kluczowych kompetencjach/Ciągłe wprowadzanie innowacji w produktach, procesach i usługach)	4,56	4,63	1,09	4,00	5,25	1,00	7,00
Otwartość i orientacja na działanie (Częsty dialog między kierownictwem a pracownikami/Poświęcenie czasu komunikacji, wymianie wiedzy i uczeniu się/Zaangażowanie członków organizacji w istotne procesy/Przyzwolenie na popełnianie błędów/Zachęcanie do wprowadzanie zmian/Nakierowanie organizacji na efektywność)	4,98	5,00	1,05	4,33	5,67	1,00	7,00

<p style="text-align: center;">Jakość zarządzania</p> <p>(Zaufanie członków organizacji do kierownictwa/Spójność kierownictwa/Kierownictwo daje dobry przykład członkom organizacji/Szybkie podejmowanie decyzji przez kierownictwo/Szybkie działanie kierownictwa/Coaching służący osiągnięciu lepszych wyników/Koncentracja kierownictwa na osiągnięciu wyników/Wysoka efektywność kierownictwa/Silne przywództwo/Pewność siebie kierownictwa/Szybkie podejmowanie decyzji w stosunku do osób nieefektywnych)</p>	5,03	5,09	1,15	4,45	5,91	1,00	7,00
<p style="text-align: center;">Jakość zasobów ludzkich</p> <p>(Odpowiedzialność pracowników za efekty pracy/Zachęcanie członków organizacji do osiągnięcia niezwykłych wyników/Szkolenia w kierunku odporności i elastyczności/Różnorodność i komplementarność zasobów ludzkich)</p>	5,04	5,00	1,15	4,25	6,00	1,00	7,00
<p style="text-align: center;">Orientacja długoterminowa</p> <p>(Dobre i długoterminowe relacje ze wszystkimi interesariuszami/Nakierowanie na obsługę pacjenta na najwyższym poziomie/Rozwój poprzez partnerstwo z dostawcami i odbiorcami/Kierownictwo, które jest w organizacji od długiego czasu/Bezpieczne miejsce pracy dla członków organizacji/Nowi członkowie kierownictwa pochodzą z organizacji)</p>	4,98	5,00	1,10	4,33	5,83	1,00	7,00

Karta nr 4

Badanie przeprowadzone na grupie n=361 pielęgniarzy/pielęgniarek zatrudnionych w szpitalach województwa łódzkiego. Badanie miało służyć odpowiedzi na pytania jakie czynniki wpływają na efektywność pracy pielęgniarza/pielęgniarki a także co stanowi motywację do pracy oraz pozostania aktywnym zawodowo po nabyciu ustawowych uprawnień emerytalnych.

PYTANIE:

W wykonywaniu medycznych obowiązków zawodowych może Pan/i liczyć na wsparcie:

Zawód	Zdecydowanie nie mogę	Raczej nie mogę	Nie mam zdania	Raczej mogę	Zdecydowanie mogę
Ratownik medyczny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opiekun medyczny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fizjoterapeuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lekarz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psycholog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farmaceuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

WYNIKI:

A oto zestawienie odpowiedzi na pytanie o możliwość uzyskania wsparcia w zakresie kwestii medycznych w pracy ze strony poszczególnych grup pracowników.

Grupy zawodowe	Możliwość uzyskania wsparcia w pracy									
	zdecydowanie nie		raczej nie		trudno powiedzieć		raczej tak		zdecydowanie tak	
ratownik medyczny	55	15,2%	45	12,5%	107	29,6%	109	30,2%	45	12,5%
opiekun medyczny	31	8,6%	33	9,1%	63	17,5%	147	40,7%	87	24,1%
fizjoterapeuta	40	11,1%	53	14,7%	91	25,2%	140	38,8%	37	10,2%
lekarz	22	6,1%	27	7,5%	68	18,8%	166	46,0%	78	21,6%
psycholog	50	13,9%	70	19,4%	118	32,7%	81	22,4%	42	11,6%
farmaceuta	58	16,1%	64	17,7%	119	33,0%	81	22,4%	39	10,8%

