

Katarzyna Lipina¹, Urszula Michalik-Marcinkowska²

¹ Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej
PPZOZ Wodzisław Śląski

² Wydział Medyczny, Wyższa Szkoła Techniczna w Katowicach

Wykonywanie świadczeń zdrowotnych w sytuacji braku kadr medycznych

Performing health services in the perspective of a lack of medical staff

STRESZCZENIE

Wstęp. Głównym problemem, z którym zmagają się systemy ochrony zdrowia w ciągu ostatnich lat, jest niedostateczna liczba personelu medycznego w porównaniu do potrzeb wynikających przede wszystkim ze starzenia się społeczeństwa. Podstawowym celem badań było poznanie opinii pielęgniarek i ratowników medycznych na temat wpływu niedostatecznej liczby kadry medycznej na pracę personelu medycznego oraz wykonywane świadczenia zdrowotne.

Osoby badane i metody. Badania wykonano za pomocą kwestionariusza ankiety składającego się z 19 pytań oraz metryczki z danymi socjodemograficznymi. Zbadano 305 aktywnych zawodowo pielęgniarek i ratowników medycznych zatrudnionych w szpitalach województwa śląskiego. Badania wykonano w 2019 roku.

Wyniki. Jeden na trzech badanych zauważał częstsze występowanie błędów/wypadków w pracy u osób, które pracują w więcej niż jednym miejscu pracy. Zadowolenie z wykonywanych usług medycznych deklarowało 84,3% badanych i częściej były to osoby powyżej 50 roku życia, posiadające średnie wykształcenie.

Wnioski. Rozwiązań służących podniesieniu jakości usług medycznych w placówkach medycznych może być wiele. Z przeprowadzonych badań wynika jednak, że rozwiązaniem najczęściej wskazywanym przez pielęgniarki i ratowników medycznych jest zwiększenie liczby kadry medycznej. Sposobem na zapewnienie jakości wykonywanych usług medycznych jest również przestrzeganie standardów istniejących w jednostce ochrony zdrowia. Natomiast przeprowadzone badania wskazują, że stosowanie ustalonych standardów jest niewystarczające.

Słowa kluczowe: niedobór kadry medycznej, działalność lecznicza, pielęgniarki, ratownicy medyczni

Adres do korespondencji / Address for correspondence: lipinakatarzyna93@gmail.com

ORCID: Katarzyna Lipina: 0000-0002-1698-2980; Urszula Michalik-Marcinkowska 0000-0002-1698-2980

Brak źródeł finansowania / No sources of financing

ABSTRACT

Aim. The main problem that we should deal with in recent years is the insufficient number of medical staff, especially when population is getting older. The aim of the study was to investigate the nursing and rescue personnel opinions about the impact of the shortage of medical staff on the provided health services.

Study group and methods. Method was applied by a diagnostic survey, a questionnaire technique, consisting of 19 questions and a survey with sociodemographic data. The 305 professionally active nurses and paramedics employed in hospitals in Silesia were examined.

Results. Every 3rd respondent noticed more frequent mistakes or accidents at work in people who work in more than one workplace. The satisfaction with the medical services provided constituted 84.3% of the respondents and more often they were people with secondary education.

Conclusions. There can be many solutions to improve the quality of medical services in medical facilities. But the research shows that nurses and emergency staff most often indicate increasing the number of medical staff. Another solution is also compliance with standards. Our findings indicate that the standards are used sporadically.

Key words: quality of medical services, medical staff, medical activity, nurses, paramedics

Wstęp

Z dniem 1 stycznia 2019 roku zaczęło obowiązywać Rozporządzenie Ministra Zdrowia (Dziennik Ustaw, 2018) dotyczące norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w odniesieniu do liczby i stanu zdrowia pacjentów w szpitalu. Minimalny wskaźnik określony w powyższym rozporządzeniu różni się w zależności od profilu oddziału. Dla oddziałów o profilu zachowawczym dla dorosłych wynosi on 0,6 etatu na łóżko, natomiast o profilu zabiegowym 0,7. Na oddziałach pediatrycznych normy zatrudnienia wynoszą 0,8 dla oddziałów zachowawczych i 0,9 dla zabiegowych.

Ratownicy medyczni muszą zapewnić obłożenie w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego. W przypadku karetki podstawowej zespół składa się z dwóch osób – ratowników medycznych bądź pielęgniarki systemu. Zespół karetki specjalistycznej składa się z trzech osób – ratowników medycznych/pielęgniarki systemu i lekarza z odpowiednią specjalizacją określoną w ustawie o PRM (Dziennik Ustaw, 2006). Według danych z Głównego Urzędu Statystycznego

(GUS, 2016) w Systemie Ratownictwa Medycznego pracowało 9,3 tys. ratowników medycznych, w tym 8,7 tys. ze średnim wykształceniem, resztę stanowili ratownicy medyczni z wyższym wykształceniem magisterskim. Niestety, porównując powyższe dane z informacjami z 2015 roku zauważa się, że liczba ratowników medycznych zmalała o 1000 osób w ciągu 12 miesięcy.

Z danych GUS-u wynika, że w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego funkcjonowało 1519 zespołów ratownictwa medycznego, 21 baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego i 226 Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych, 160 Izb Przyjęć oraz 13 Centrów Urazowych. W 2017 roku na 100 tys. ludności przypadają średnio 4 zespoły ratownictwa medycznego. W rozmieszczeniu terytorialnym Zespołów Ratownictwa Medycznego wyraźnie zauważalna jest dysproporcja między województwami – najwyższy wskaźnik odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim (5,4 zespołu), a najniższy w województwie wielkopolskim (3,4 zespołu). Zespoły Ratownictwa Medycznego udzieliły świadczeń zdrowotnych około 3,2 mln razy, z czego

43,2% wyjazdów stanowiły wyjazdy do pacjentów w wieku 65 lat i więcej (GUS, 2018).

Z informacji Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych wynika, że wskaźnik zatrudnienia pielęgniarek w bezpośredniej opiece nad pacjentem na 1000 mieszkańców wynosi 5,24 i Polska na tle 13 państw europejskich znajduje się na ostatnim miejscu. Wskaźnik zatrudnienia pielęgniarek w Polsce jest trzykrotnie niższy niż w państwach, które uplasowały się na czołowych miejscach: dla Szwajcarii wynosi 17,56, dla Norwegii – 16,89, dla Danii – 15,52. Polska powinna dążyć do osiągnięcia przynajmniej średniego wskaźnika OECD – 9,4, co zapewniłoby ciągłość opieki (NIPiP, 2017).

Liczba lekarzy w Polsce również nie napawa optymizmem. Wskaźnik praktykujących lekarzy na 1000 mieszkańców wynosi 2,4 przy średniej dla krajów OECD wynoszącej 3,5 (OECD, 2019). Największy deficyt występuje w dziedzinie: geriatry, hematologii, neurologii dziecięcej, psychiatrii dziecięcej i stomatologii dziecięcej (GUS, 2017). Największe deficyty kadrowe wśród specjalistów występują w małych miastach, w szpitalach powiatowych i lecznictwie ambulatoryjnym (Baliński, Krajewski, 2018). W 2016 roku najwięcej specjalistów było w dziedzinie: chirurgii, medycyny rodzinnej oraz chorób wewnętrznych (GUS, 2017).

W 2016 roku prawo wykonywania zawodu posiadało: 145 tys. lekarzy, 41,2 tys. lekarzy dentyistów, 60 tys. lekarzy specjalistów, 37 tys. położnych, 34 tys. farmaceutów oraz 15 tys. diagnostów laboratoryjnych. Jeśli porówna się te dane z rokiem poprzednim, można zauważyć tendencję wzrostową wśród wyżej wymienionych zawodów. Największy wzrost nastąpił wśród diagnostów laboratoryjnych (o 3%), farmaceutów (o 2,4%) oraz lekarzy dentyistów (o 1,8%) (GUS, 2017).

Według GUS (2018) na terytorium Polski w 2016 roku funkcjonowało 957 stacjonarnych szpitali ogólnych, które dysponowały 186,6 tys. łóżek, oraz 194 szpitali dziennych (tzw. „jednego dnia”) z 1,2 tys. miejsc. Liczba stacjonarnych szpitali na 100 tys. mieszkańców wynosiła 2,5 szpitala i 48,6 łóżek na 10 tys.

mieszkańców. Oznacza to, że na jedno łóżko przypadało 206 mieszkańców. Największy wskaźnik liczby szpitali był w województwie śląskim (3,4), podlaskim (3,1), natomiast najmniejszy w województwie wielkopolskim (1,7).

Od roku 2005 liczba łóżek na 100 tys. mieszkańców pozostaje cały czas na podobnym poziomie i jest wyższa od średniej UE. Niestety mimo to dostęp do opieki zdrowotnej jest ograniczony poprzez nierównomierne rozmieszczenie szpitali i liczbę świadczeń za-kontraktowanych przez NFZ (OECD, 2017).

Cel pracy

Celem przeprowadzonych badań było poznanie opinii pielęgniarek i ratowników medycznych na temat wpływu niedoboru personelu na świadczone usługi medyczne oraz na funkcjonowanie oddziałów szpitalnych.

Osoby badane i metoda

Badania wykonano za pomocą kwestionariusza ankiety własnej konstrukcji, składającego się z 19 pytań oraz metryczki z danymi socjodemograficznymi. Wzięło w nim udział 305 aktywnych zawodowo pielęgniarek i ratowników medycznych zatrudnionych w szpitalach województwa śląskiego. Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankiety. W okresie od grudnia 2018 r. do marca 2019 r. przeprowadzono badanie ankietowe wśród personelu pielęgniarskiego i ratowników medycznych w wybranych podmiotach leczniczych oraz stacjach pogotowia ratunkowego na terenie województwa śląskiego.

Otrzymane wyniki były kodowane w bazie Excel programu Microsoft Office 2016, a następnie zostały poddane analizie statystycznej. Do opisu struktury badanej populacji wykorzystano liczebność i odsetki osób charakteryzujących się daną cechą. Cechy ilościowe przedstawiono za pomocą średniej arytmetycznej oraz odchylenia standardowego. Analizę wyników opracowano w programie Statistica – wykorzystano metody statystyki

Tabela 1. Charakterystyka cech socjodemograficznych badanych

Cecha	Ogółem N= 305
	X ± OS
Wiek [lata]	35,69 ± 11,87
Staż pracy [lata]	13,38 ± 12,35
	n (%)
Płeć kobieta mężczyzna	192 (62,95) 113 (37,05)
Stan cywilny kawaler / panna żonaty / zamężna rozwodnik / rozwódka wdowiec / wdowa	115 (37,70) 168 (55,08) 20 (6,56) 2 (0,66)
Miejsce zamieszkania miasto wieś	219 (71,80) 86 (28,20)
Wykształcenie po Studium Medycznym licencjat magister pielęgniarstwa magister innego kierunku: zdrowie publiczne pedagogika resocjalizacja zarządzanie biologia medyczna	54 (17,71) 191 (62,62) 20 (6,56) 40 (13,11) 30 (75) 4 (10) 3 (7,5) 2 (5) 1 (2,5)
Miejsce pracy SOR/IP Pogotowie Ratunkowe inne oddziały szpitalne Przychodnia/Poradnia	178 (45) 101 (26) 108 (27) 6 (2)

X – średnia arytmetyczna, OS – odchylenie standardowe, N – liczna osób, n – liczebność w grupie

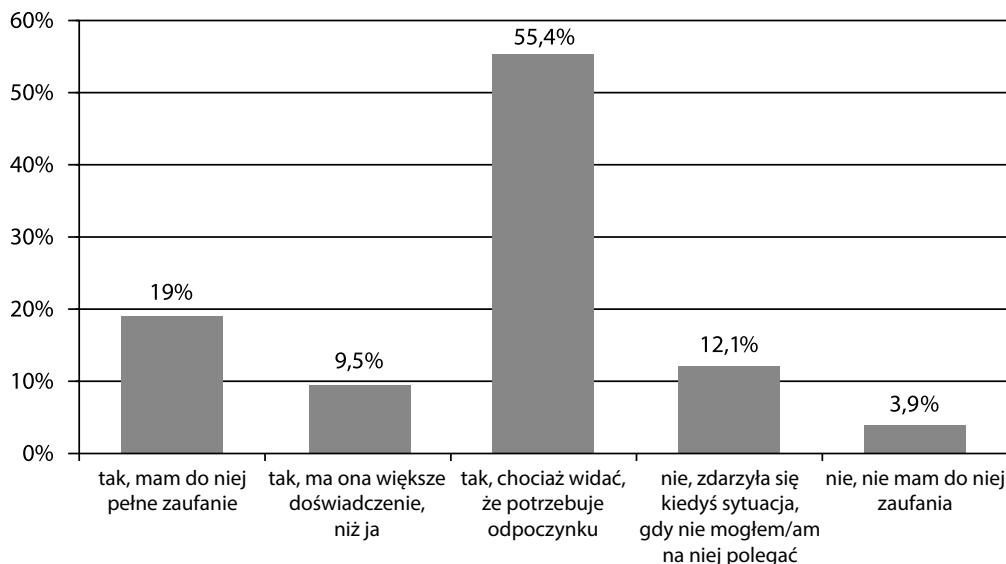
opisowej i elementy wnioskowania statystycznego z wykorzystaniem nieparametrycznego testu χ^2 oraz testu ANOVA. Za poziom istotności statystycznej przyjęto $\alpha < 0,05$. Zestawienie cech socjodemograficznych badanej grupy przedstawiono w tabeli 1.

Wyniki

W badanej grupie prawie 84% ankietowanych stwierdziło, że czuło się bezpiecznie podczas pełnienia dyżuru z osobą, która pracuje na więcej niż jednym etacie. Ponad połowa an-

kietowanych uważała jednocześnie, że osoby pracujące na dwóch lub kilku etatach potrzebują więcej odpoczynku niż osoby pracujące w jednym miejscu. Wśród badanych 16% nie czuło się bezpiecznie w pracy z osobą pracującą w więcej niż jednym miejscu pracy. Charakterystykę odpowiedzi na pytanie, czy ankietowani czują się bezpiecznie na dyżurze z osobą pracującą na więcej niż jednym etacie przedstawia rycina 1.

Zdaniem 65,57% ankietowanych osób pracujące na więcej niż jednym etacie nie popełniają częściej błędów podczas



Rycina 1. Poczucie bezpieczeństwa podczas pracy z osobą pracującą na więcej niż jednym etacie (N = 305)

wykonywania czynności zawodowych i nie ulegają częściej wypadkom/urazom w porównaniu do osób pracujących tylko w jednym miejscu.

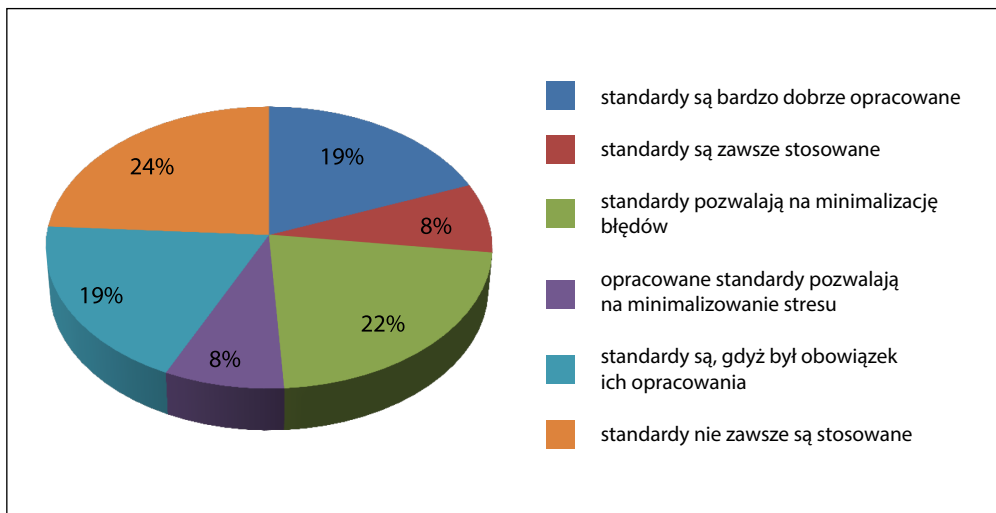
Na uwagę zasługuje to, że większość (72,1%) badanych uważa, że przy obecnej obsadzie personelu medycznego na dyżurze pacjenci nie mogą czuć się bezpiecznie. Główną przyczyną tego zjawiska, według badanych, jest zbyt mała liczba personelu na dyżurze (53,2%). Prawie 1/5 ankietowanych wskazała z kolei, że przyczyną braku bezpieczeństwa pacjentów jest duża liczba pacjentów przebywających na oddziale, 14,5% badanych określiła przyczynę jako małą ilość czasu poświęcaną pacjentom przez personel oraz 12,3% – zmęczenie personelu.

W pytaniu dotyczącym czynników w największym stopniu wpływających na bezpieczeństwo pacjenta w szpitalu najczęściej wskazywane przez badanych były zarówno kompetencje (33%), jak i liczba personelu na dyżurze (31%). Badani rzadziej wskazywali w swych odpowiedziach, że znaczenie dla bezpieczeństwa pacjenta ma odpowiedni poziom komunikacji pacjent-personel medyczny (14%), zainteresowanie personelu pacjentem

(11%), liczba pacjentów na oddziale (6%) oraz poziom świadomości pacjenta na temat jego choroby i procesu leczenia (5%).

Wykazano, że istnieje statystycznie istotna zależność pomiędzy odpowiedzią badanych na pytanie o czynniki wpływające na bezpieczeństwo pacjenta na oddziale a wiekiem ($p=0,0023$), stanem cywilnym ($p=0,0129$) oraz stażem pracy ($p=0,0356$) personelu medycznego. Personel z dłuższym stażem pracy (powyżej 16 lat) oraz starsi pracownicy (powyżej 41 lat) w zdecydowanej mierze wskazywali na liczbę personelu na dyżurze jako czynnik zakłócający bezpieczeństwo pacjenta. Osoby krócej zatrudnione i młodsze uważają zaś, że największy wpływ na bezpieczeństwo pacjentów mają kompetencje personelu. Biorąc pod uwagę stan cywilny badanych, zarówno osoby będące w związku małżeńskim, jak i osoby niepozostające w związku wskazały jednoznacznie na kompetencje personelu jako czynnik w największym stopniu determinujący bezpieczeństwo pacjenta podczas pobytu w szpitalu.

Analiza odpowiedzi na temat standardów obowiązujących w ich miejscu pracy wykazała, że co czwarty ankietowany ($n=148$; 24%)



Rycina 2. Standardy obowiązujące w miejscu pracy badanych

twierdzi, iż nie zawsze są one stosowane. Najmniejszy odsetek ankietowanych uważa, że standardy są zawsze przestrzegane ($n=52$; 9%) oraz pozwalają one minimalizować stres ($n=46$; 8%). Charakterystyka standardów, które obowiązują w miejscu pracy badanych, przedstawiona jest na rycinie 2.

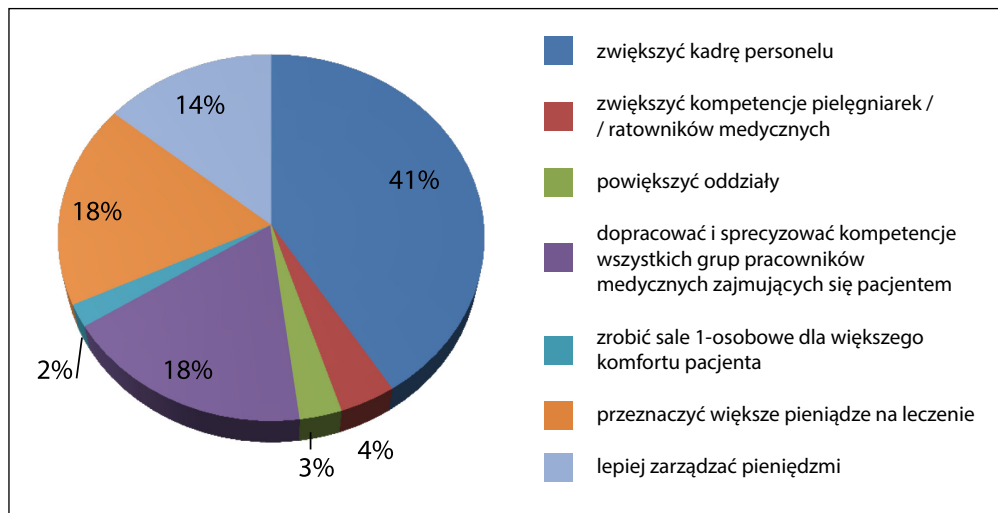
Opinia badanych na temat podniesienia jakości usług medycznych w miejscu pracy wskazuje, że przede wszystkim należałoby zwiększyć kadrę personelu medycznego (41%). Na ryc. 3. przedstawiono graficznie opinię badanych na temat wszystkich metod służących podniesieniu jakości usług medycznych w ich miejscu pracy.

Zapytano również badanych, czy są zadowoleni z wykonywanej przez siebie pracy. Większość personelu medycznego deklaruje, że jest zadowolona ze swej pracy, choć czasami zdarzają się w niej drobne pomyłki ($n=137$; 45%). Respondenci są również zadowoleni ze sposobu wykonywania przez siebie pracy i twierdzą, że wszystkie czynności wykonują bardzo starannie ($n=120$; 39,3%). Najniższy odsetek ankietowanych wskazuje, iż nie są zadowoleni z tego, jak pracują, i jak każdy popełniają jakieś błędy ($n=26$; 8,5%). Niewielka grupa badanych twierdzi, że wykonuje swe czynności zawodowe w sposób

automatyczny ($n=22$; 7,2%). Stwierdzono, że istnieje statystycznie istotna zależność między pozytywną oceną zadowolenia z wykonywanych usług medycznych a poziomem wykształcenia ($p=0,004$), płcią ($p=0,033$) oraz wiekiem badanych ($p=0,0048$). Osoby powyżej 50 roku życia są najbardziej zadowolone z wykonywanych przez siebie czynności zawodowych w porównaniu do innych grup wiekowych. Wśród osób pomiędzy 30 a 40 rokiem życia najwięcej osób deklaruowało, że wykonuje czynności automatycznie. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni oraz osoby z wykształceniem średnim oraz wyższym podają, że są zadowoleni z wykonywanych czynności zawodowych. Natomiast więcej mężczyzn niż kobiet przyznaje, że częściej wykonują powierzone obowiązki w sposób automatyczny.

Dyskusja

Aż jedna trzecia pielęgniarek i ratowników medycznych twierdzi, iż osoby pracujące w więcej niż jednym miejscu pracy popełniają więcej błędów medycznych lub/i zdarzają się im wypadki w pracy. Badania przeprowadzone przez Rogers i wsp. (Rogers, 2004) potwierdzają powyższą tezę, która zakłada, że wydłużony czas pracy personelu medycznego ma



Rycina 3. Sposoby podniesienia jakości usług medycznych w miejscu pracy

wpływ zarówno na błędy, jak i wypadki w pracy. Jak podają autorzy, prawdopodobieństwo popełnienia błędów wzrastało wraz z wydłużonym czasem pracy oraz było trzykrotnie wyższe u pielęgniarek, które przepracowały więcej niż 12 godzin dziennie. Również częstość występowania wypadków w pracy była ściśle związana ze zwiększoną liczbą godzin pracy. Rogers i wsp. stwierdzili ponadto, że wiek pielęgniarek oraz ich doświadczenie zawodowe miały wpływ jedynie na nieliczne wypadki i błędy w miejscu pracy. Podobne prawidłowości zauważyli Hosseinzadeh i wsp. (2012), według których głównymi przyczynami popełnionych błędów są zarówno niedobory kadry, wypalenie zawodowe, jak i zmęczenie wynikające z dużego obciążenia pracą zawodową.

Do innych wniosków doszli badacze brytyjscy – według nich jedynie 11,3% pielęgniarek twierdziło, że długie godziny pracy powodują występowanie błędów podczas pracy (Cousins, 2005). Badania amerykańskie przeprowadzone wśród personelu medycznego wskazują z kolei na związek popełnianych błędów ze zmianowością pracy. Przykładowo, Caruso (2014) dowiodła, że ryzyko popełnienia błędów wśród pracowników pracujących w systemie zmianowym jest zróżnicowane

– na zmianie popołudniowej ryzyko wystąpienia błędów jest o 15% wyższe niż na zmianie dziennej, natomiast na nocnej aż o 28% wyższe (Caruso, 2014).

Istotnym aspektem pracy w środowisku szpitalnym powinno być zapewnienie odpowiedniej liczby personelu medycznego na dyżurach. Zarówno pacjenci, ich rodziny, jak i sam personel będą czuć się bezpieczniej dzięki istnieniu profesjonalnej i kompleksowej opieki nad chorym, co z kolei przyczyni się do podwyższenia jakości wykonywanych usług medycznych. Według danych uzyskanych w prezentowanych badaniach własnych, 3/4 respondentów uważa, że liczba personelu na dyżurach jest niewystarczająca, co w konsekwencji przyczynia się do braku poczucia bezpieczeństwa u pacjentów. W badaniu, w którym poproszono o opinie 180 pacjentów hospitalizowanych, u których przeprowadzono zabieg operacyjny, wykazano, iż zakres opieki związany z liczbą pielęgniarek na dyżurze został oceniony jako jeden z najniższych spośród wszystkich działań medycznych (3,94 wg 5-stopniowej skali Likerta) (Jurczak, 2015). Inne wyniki uzyskano podczas badania przeprowadzonego wśród 300 losowo wybranych pacjentów przebywających na oddziałach zabiegowych w szpitalu w województwie

podlaskim. Zdecydowana większość badanych (75%) deklaruwała, że czuła się bezpiecznie podczas pobytu w szpitalu (Moczyłowska, 2014).

Możliwości podniesienia jakości usług medycznych w placówkach medycznych może być wiele. Z uzyskanych w badaniu własnym danych wynika, że najczęściej wskazywanym rozwiązaniem jest zwiększenie liczby kadry medycznej (41%). Dla porównania w badaniu przeprowadzonym na grupie 100 pracowników zakładu opieki zdrowotnej respondenci podali następujące propozycje podniesienia jakości: podwyższenie wynagrodzenia dla kadry medycznej, zwiększenie liczby personelu na dyżurach, wzrost dostępności do podstawowych świadczeń zdrowotnych, podniesienie poziomu higieny (Mamos, 2012). Sposobem na podniesienie poziomu usług medycznych jest z pewnością również przestrzeganie procedur i standardów w miejscu pracy. Niestety, jak wskazują wyniki badań własnych, według otrzymanych opinii, zaledwie co 10 pracownik dostosowuje w pełni swą pracę do obowiązujących procedur. Najnowsze badania naukowców z Krakowa również nie napawają optymizmem – ścisłe przestrzeganie zasad higieny nie jest w polskich szpitalach powszechnym standardem (Rosiński, 2019).

Z analizy badania własnego wynika, że poziom zadowolenia personelu medycznego z wykonywanych usług medycznych pozostaje na wysokim poziomie. Aż 84,2% respondentów oceniło swoją pracę bardzo wysoko, choć jednocześnie ponad połowa z nich przyznała się, że czasem zdarzają im się pomyłki. Niepokojący może wydawać się fakt, że wśród badanych – 7,2% wykonuje czynności automatycznie. Może to wynikać z nadmiernej liczby przepracowanych godzin w ciągu miesiąca i braku dostatecznej uwagi oraz skupienia na wykonywanych czynnościach. Z badania przeprowadzonego przez Parużyńską (2015) wynika, że 64% osób świadczących usługi medyczne ocenia dobrze wykonywanie swojej pracy zawodowej, pozostała część oceniła się negatywnie, twierdząc, że nie są dobrzy w tym, co robią. W innym zaś badaniu

grupa zawodowa polskich pielęgniarek nisko ocenia swoje zadowolenie z wykonywanej pracy w porównaniu do osób zatrudnionych w innych profesjach (Kunecka, 2010). Z badań wykonanych wśród pielęgniarek w krajach Europy Zachodniej i USA najwyższy poziom dyssatisfakcji z pracy zawodowej odnotowano w: Stanach Zjednoczonych (41%), Szkocji (38%), Wielkiej Brytanii (36%), Kanadzie (33%) i Niemczech (17%) (Kwiecień-Jaguś, 2012).

Problem niedoborów kadry medycznej jest trudny do rozwiązania. Podnoszenie limitów liczby studentów na studiach lekarskich i tworzenie kierunków pielęgniarskich oraz kierunków ratownictwa medycznego na uczelniach publicznych i niepublicznych wydaje się być jednym z wielu możliwych rozwiązań. Niestety nie jest ono wystarczające. Konieczne jest również kształtowanie, szczególnie przez media, pozytywnego wizerunku osób wykonujących zawody medyczne, co może zwiększyć zainteresowanie studiowaniem tych profesji, ale i spowodować wyższy poziom zaufania pacjentów do pracowników ochrony zdrowia, co jest nieodzownym elementem procesu leczenia.

Wnioski

Świadczenie usług medycznych w sytuacji ograniczonej liczby personelu medycznego jest utrudnione, niemniej nie zwalnia zarządzających jednostkami medycznymi ani kadry medycznej z dbałości o jakość wykonywanych procedur. Najczęściej artykułowanym postulatem mogącym podwyższyć jakość świadczonych usług jest według pielęgniarek i ratowników medycznych zwiększenie liczby personelu medycznego.

Sposobem na zapewnienie jakości wykonywanych usług medycznych jest również przestrzeganie standardów istniejących w jednostce ochrony zdrowia. Przeprowadzone badania wskazują, że ustalone standardy są przestrzegane w niewystarczającej mierze i stosowanie się do nich wynika częściej z obiektywnych przesłanek niż z osobistych przekonań personelu.

Wykonywanie działalności leczniczej przez ograniczone osobowo zespoły terapeutyczne wpływa na obniżenie poczucia bezpieczeństwa pacjentów i może skutkować ograniczonym poziomem zaufania do instytucji medycznych.

Mimo istnienia braków kadrowych występujących wśród personelu medycznego zarówno pielęgniarce, jak i ratownicy medyczni wysoko oceniają wykonywaną przez siebie pracę. Jednocześnie są świadomi własnych ograniczeń i potrafią przyznać się do drobnych błędów popełnianych przy wykonywaniu czynności zawodowych.

Podnoszenie limitów liczby studentów na studiach lekarskich i tworzenie kierunków pielęgniarstwa oraz kierunków ratownictwa medycznego wydaje się być skuteczne w minimalizowaniu niedoborów personelu medycznego. Konieczne jest również kształtowanie, szczególnie przez media, pozytywnego wizerunku osób wykonujących zawody medyczne.

Piśmiennictwo

- Baliński P., Krajewski R. (2018). *Lekarze i lekarze dentyści w Polsce – charakterystyka demograficzna*. https://nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0014/132521/Demografia-2017.pdf (dostęp 31.12.2018).
- Caruso CC. (2014). Negative impacts of shiftwork and long work hours. *Rehabilitation Nurses*, 39(1), 16–25.
- Cousins D., Sabatier B., Beque D., Schmitt C., Hoppe-Tichy T. (2005). Medication errors in intravenous drug preparation and administration: a multicentre audit in the UK, Germany and France. *Quality and Safety in Health Care*, 14(3), 190–5.
- Dziennik Ustaw (2006). *Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym*, nr 191, poz. 1410.
- Dziennik Ustaw (2018). *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego*, poz. 2012.
- Główny Urząd Statystyczny (2017). *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 r.* Warszawa.
- Główny Urząd Statystyczny (2018). *Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne w 2017 roku*. Warszawa.
- Hosseinzadeh M., Ezate Aghajari P., Mahdavi N. (2012). Reasons of nurses' medication errors and perspectives of nurses on barriers of error reporting. *Nursing Care*, 18(2), 66–75.
- Jurczak A., Kiryk A., Kotwas A., Pawlik J., Celewicz A., Szkup M., Grochans E. (2015). Ocena jakości opieki pielęgniacyjnej w zakresie bólu pooperalcyjnego. *Family Medicine & Primary Care Review*, 17(2), 107–110.
- Kunecka D. (2010). Satysfakcja pracownika a jakość usług medycznych. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 91(3), 451–457.
- Kwiecień-Jaguś K., Wujtewicz M., Mędrzycka-Dąbrowska W., Gaworska-Krzemińska A. (2012). Obciążenie pracą a satysfakcja zawodowa pielęgniarek oddziałów intensywnej terapii w placówkach ochrony zdrowia noszących miano Szpitali Magnesów. *Problemy Pielęgniarstwa*, 20(4), 529–534.
- Mamos A., Jeziorska M. (2012). Jakość usług medycznych w ocenie personelu zakładu opieki zdrowotnej – cz. II. *Ogólnopolski Przegląd Medyczny*, 12, 61–64.
- Moczydłowska A., Krajewska-Kułak E., Kózka M., Bielski K., Kulesza-Brończyk B., Tołoczko H. (2014). Ocena oczekiwań chorego wobec szpitala. *Hygeia Public Health*, 49(3), 584–595.
- Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych. (2017). *Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych – zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych*. 2017.
- OECD (2017). *State of Health in the EU – Polska. Profil systemu ochrony zdrowia 2017*.
- OECD (2019). *Helth at a Glance 2019*:173.
- Parużyńska K., Nowomiejski J., Rasińska R. (2015). Analiza zjawiska wypalenia zawodowego personelu medycznego. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2(56), 175–180.
- Rogers A.E., Hwang W., Scott LD., Aiken LH., Dinges DF. (2004). The working house of hospital staff nurses and patient safety. *Health Affairs*, 23(4), 202–212.
- Rosiński J., Różańska A., Jarynowski A., Wójkowska-Mach J. (2019). Factors shaping attitudes of medical staff towards acceptance of the standard precautions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(6), 1050.