

Pielęgniarki całej Europy, łączcie się!

# Brzemie czepka



Polskie pielęgniarki chętnie powołują się na przykłady innych krajów, przede wszystkim zachodnioeuropejskich. Funkcjonuje wręcz mit, że są one rajem dla pielęgniarek. Czyżby? Jeśli chodzi o zarobki – to na pewno. Ale w wielu wypadkach zachodnioeuropejskie pielęgniarki muszą się borykać z tymi samymi problemami co Polki. I często z równie kiepskim skutkiem jak ich polskie koleżanki – walczyć o swoje. Prezentujemy opracowanie Doroty Kilańskiej z Europejskiej Federacji Stowarzyszeń Pielęgniarek (EFN).

Ochrona zdrowia to jeden z największych sektorów zatrudnienia w UE. Pracuje w nim co dziesiąta osoba zatrudniona w UE. Złożoność usług zdrowotnych powoduje natomiast konieczność zaangażowania wielu osób w ich świadczenie. Do wykonania ich w należyty sposób potrzebny jest bardzo duży nakład pracy.

## Sześć milionów siostr

Systemy opieki zdrowotnej muszą dysponować wystarczającą liczbą wykwalifikowanych pracowników o zróżnicowanych kompetencjach, pracujących sprawnie i skutecznie. Szacuje się, że 6 mln z nich to pielęgniarki, które bardzo często są na pierwszej linii kontaktu pacjenta z ochroną zdrowia. Z uwagi na bezpośredniość w komunikowaniu się i częste kontakty w czasie świadczenia usług to pielęgniarkom pacjenci zwykle mówią o swoich problemach i to one decydują np. o konieczności konsultacji z innym profesjonalistą.

Wszystkim uczestnikom systemu, przede wszystkim menedżerom, ale także politykom, powinno zależeć na tym, aby usługi miały określoną jakość i oczekiwany przez pacjentów poziom.

Udowodniono także, że jakość pracy jest uwarunkowana takimi zmiennymi, jak autonomia w jej wykonywaniu, właściwa organizacja (podział zadań i kompetencji personelu), kultura organizacyjna i zaufanie do pracownika, bezpieczeństwo i ochrona zdrowia pracownika, ale także tempo pracy oraz jej środowisko społeczne. Aby osiągnąć optymalną jakość pracy, trzeba za nią odpowiednio zapłacić. Szacuje się, że od 40 do 70 proc. kosztów ochrony zdrowia stanowią wynagrodzenia pracowników. Traktowanie wynagradzania pracowników wyłącznie jako kosztu jest nieporozumieniem. Menedżer zdaje sobie sprawę, że dobrze wykonywana praca nie może być nieopłacana, a przynajmniej pracownik nie powinien mieć takiego wra-

żenia. Wynagrodzenie to inwestycja w wytworzenie produktu, którym w tym wypadku jest oczekiwanej jakości, bezpieczna dla pacjenta i pracodawcy procedura – świadczenie zdrowotne. Obserwując otoczenie, dostrzegamy, że czynnikiem najczęściej wskazywanym przez pielęgniarki jako istotny przy wykonywaniu pracy jest wynagrodzenie. Z badań jednak wynika, że taki osąd jest prawdziwy wtedy, kiedy pracownicy nie mają zagwarantowanych podstawowych potrzeb, gdyż otrzymywane wynagrodzenie nie daje takiej możliwości. Chodzi o potrzebę bezpieczeństwa, stanowiącą podstawę piramidy potrzeb Abrahama Masłowa. Dla pracownika jest to najczęściej poczucie posiadania zasobów (finansowych, zdrowotnych, społecznych) pozwalających na spokojną egzystencję w społeczeństwie. Poczucie bezpieczeństwa umożliwia zaspokajanie potrzeb wyższego rzędu, niezbędnych do wykonywania zadań na oczekiwanym przez pracodawcę poziomie. Taką potrzebą jest potrzeba samorealizacji, rozwijana, kiedy pracownik wie, że jego zaangażowanie i kompetencje będą docenione. Mogłoby się więc wydawać, że wystarczy poznać potrzeby pracowników, by skutecznie zarządzać organizacją i realizować jej cele. W krajach, gdzie bezpieczeństwo pacjentów nie jest sloganem, a z popełnianych błędów wyciąga się wnioski, już dawno zaczęto wdrażać strategię, które pozwalają na zatrzymanie wykwalifikowanej kadry w organizacji.

### Spółeczeństwa wiedzy

Spółeczeństwa te określa się jako społeczeństwa wiedzy. Nie marnotrawi się tam kompetencji profesjonalistów, których wykształcenie kosztuje. Ich pozycja zawodowa i społeczna jest określona wiedzą, którą posiadają. Każdy pracownik wnosi do firmy swoje kompetencje: wiedzę, umiejętności i doświadczenie. Tę część swojego warsztatu zabiera, gdy odchodzi z organizacji, przynosząc jej straty.

Dostrzeżono to już w latach 80. w USA. Zauważono tam, że w szpitalach znaczna liczba pacjentów umiera z przyczyn niezwiązanych z chorobą, z której powodu byli hospitalizowani. Zidentyfikowano wtedy placówki, w których tego rodzaju zdarzeń jest mniej. Charakteryzowały się one m.in. odpowiednią liczbą personelu, małą fluktuacją kadr i satysfakcją pracowników z wykonywanej pracy, a także satysfakcją pacjentów z opieki. Zaczęto analizować te zmienne w innych podmiotach, wyodrębniając w ten sposób czynniki charakterystyczne dla, jak to określono, „szpitali magnesów” – placówek, których atutem jest jakość przywództwa, słuchanie pracowników przy podejmowaniu decyzji, podkreślanie ważności wszystkich pracowników, autonomia w wykonywaniu zadań, możliwość rozwoju zawodowego i wdrażanie innowacji w celu poprawy pracy. W Polsce bardzo często nie pyta się np. pracowników o rozwiązania, które mogłyby ułatwić im pracę. Przykładem mogą być remonty sanitariatów. Pomimo

„ Jakość pracy pielęgniarki jest uwarunkowana takimi zmiennymi, jak autonomia, właściwa organizacja (podział zadań i kompetencji personelu) i zaufanie do pracownika ”

pięknych ścian i terakoty pielęgniarkom nadal trudno jest wykonywać czynności higieniczne u pacjentów. Ponadto konieczne jest zakazane przepisami dźwiganie i przemieszczanie chorych, mimo że istnieją rozwiązania, które mogłyby to ułatwić.

### Badania

W 2005 r. Towarzystwo Promocji Jakości Opieki Zdrowotnej (TPJ) przeprowadziło badanie oceniające stan świadomości personelu medycznego i jego refleksji dotyczących zdarzeń niepożądanych. Czynniki utrudniające zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom wskazywane przez respondentów to nadmierne obciążenie pracą (83 proc.), brak motywacji (pielęgniarki 55 proc., lekarze 41 proc.), przestarzałe bądź niekompletne procedury (53 proc.), brak szkoleń (39 proc.), brak nawyku zwracania sobie nawzajem uwagi (40 proc.) oraz brak wsparcia ze strony doświadczonych kolegów (40 proc.).

Wykonywanie zadań wymaga odpowiedniego przygotowania, a badania pokazują, że pielęgniarki bardzo chętnie podnoszą swoje kwalifikacje. Wiedza i wykształcenie są bowiem kluczem do zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom. Pielęgniarki doskonale to wiedzą. Podnosząc swoje kwalifikacje, przynoszą korzyści pracodawcy, który bardzo rzadko to docenia w wymierny sposób. Pokazało to badanie RN4CAST przeprowadzone w 32 szpitalach w Polsce i 12 krajach UE. Udowodniono, że inwestycja w wykształcenie pielęgniarek daje wymierne korzyści pracodawcy i społeczeństwu. Tam gdzie pracuje większa liczba wykształconych pielęgniarek, błędów jest mniej, wzrasta więc bezpieczeństwo pacjentów. W systemie obserwujemy jednak brak umiejętności lub nawet niechęć do wykorzystania tego potencjału wiedzy i kompetencji. Powoduje to frustrację, a co za tym idzie – brak motywacji do wykonywania zadań na oczekiwanym poziomie, także z przyczyn organizacyjnych. W praktyce pielęgniarki muszą bezustannie czuwać nad zmianami zapisów zleceń w dokumentacji medycznej. Utrudnia im to planowanie pracy i zmusza do ciągłego modyfikowania założonych zadań. Skutkiem jest niewykonywanie innych ważnych dla bezpieczeństwa pacjentów czynności i zła jakość opieki. Powoduje to frustrację. Społeczeństwo zainwestowało w kształcenie pielęgni-



Fot. iStockphoto.com

„W Polsce mamy ponad 10 tys. pielęgniarek z tytułem magistra. Czy jednak ich kompetencje są właściwie wykorzystywane dla dobra systemu, ale przede wszystkim dla nich samych?”

rek na poziomie studiów wyższych. Stało się tak nie tylko dlatego, że taki wymóg określiła Komisja Europejska. Rekomendację taką wydała również Światowa Organizacja Zdrowia. W dokumencie napisano m.in., że dotychczasowa polityka inwestowania w wykształcenie lekarzy nie przyniosła oczekiwanych rezultatów, dlatego trzeba rozważyć inwestowanie w wykształcenie wyższe pielęgniarek. W Polsce mamy ponad 10 tys. pielęgniarek z tytułem magistra. W ramach projektu systemowego kwalifikacje podniosło ponad 30 tys. pielęgniarek z wykształceniem średnim. Czy jednak ich kompetencje są właściwie wykorzystywane z korzyścią dla systemu, ale przede wszystkim dla nich samych? Z obserwacji wynika, że raczej nie. Przykładem mogłoby być wprowadzenie pielęgniarki zaawansowanej praktyki (APN), która jako specjalista w danej dziedzinie mogłaby być wsparciem np. w realizacji świadczeń z pakietu onkologicznego. Problemem może się jednak okazać kontraktowanie takich usług. Pielęgniarki diabetologiczne, choć wykonują świadczenia edukacyjne w zakresie profilaktyki cukrzycy, nie są za to wynagradzane, a możliwości kontraktowania mają tylko lekarze. Od ponad 10 lat pielęgniarki starają się pokazać swoją pracę i jej efektywność dla terapii, ale wdrożenie

klasyfikacji do dokumentacji medycznej spotyka się z niezrozumiałymi trudnościami.

### Emigracja do Wielkiej Brytanii

Dane z rejestrów wskazują, że absolwenci studiów pierwszego stopnia nie są zainteresowani pracą w zawodzie w Polsce. Wielu z nich rozważa pracę poza granicami kraju. Ma to często związek z tym, co obserwują podczas zajęć w polskich szpitalach i podczas praktyk poza krajem. Podstawowe braki w sprzęcie, nieprzestrzeganie przepisów bhp, oszczędzanie na np. rękawiczkach – to codzienność polskich szpitali. Po stworzeniu możliwości zatrudnienia pielęgniarek w krajach UE z Polski wyjechało kilka tysięcy pielęgniarek. Najczęstszym miejscem migracji była Irlandia, następnie Niemcy, Dania i Wielka Brytania, która nadal jest atrakcyjnym krajem.

Wykonywanie zawodu pielęgniarki w Wielkiej Brytanii to przede wszystkim poczucie bezpieczeństwa finansowego i lepsze niż w Polsce warunki pracy. Pracując na niepełnym etacie (elastyczne formy zatrudnienia), można zaspokoić podstawowe potrzeby rodziny. Wynagrodzenie jest więc na pewno czynnikiem, który przyciąga do pracy w tym kraju. Ale to także się zmienia w związku z coraz większą liczbą pacjentów wymagających opieki. Kryzys dotknął także tego sektora usług. Cięcia kosztów spowodowały niezatrudnianie personelu zgodnie z potrzebami, co doprowadziło do nadmiernego przeciążenia pracą i konieczności podejmowania pracy w nadgodzinach bez możliwości wystarczającego wypoczynku.

Kolejnym czynnikiem mogącym mieć znaczenie w wypadku podejmowania pracy w Wielkiej Brytanii są jasno określone kompetencje. Pielęgniarki doskonale wiedzą, jakie czynności mogą wykonywać przy pacjencie oraz co powinny zrobić, aby się rozwijać i uzyskiwać kolejne poziomy rozwoju, nie zawsze pionowego, kariery zawodowej. Takie rozumienie delegowania kompetencji pozwala na autonomię w działaniu i bardziej efektywną pracę. Podnoszenie kwalifikacji umożliwia więc budowanie ścieżki kariery zawodowej i uzyskiwanie kolejnych kompetencji niezbędnych do bezpiecznego wykonywania pracy. W Polsce pielęgniarki często są obciążone wieloma zadaniami poniżej swoich kompetencji, pracują np. jako rejestratorki, wypełniają dokumentację za innych profesjonalistów czy nawet sprzątają pomieszczenia. Czynności te mógłby wykonywać inny, mniej wykształcony personel, którego praca jest tańsza. Ogranicza to także możliwość należytego wywiązania się z zadań pielęgniarskich, co budzi frustrację i niezadowolenie z pracy, często demotywując do jej należytego wykonywania.

### Narzędzia pracy

Jak pokazują wieloletnie badania prowadzone przez *Royal College of Nursing* (RCN), dla pielęgniarek



w Wielkiej Brytanii znaczące są również narzędzia pracy. Stanowią one czynnik środowiska pracy ważny także dla pielęgniarek w Polsce. Dostęp do odpowiedniego sprzętu, który np. pozwala na bezpieczne podnoszenie i przemieszczanie pacjentów czy zabezpieczenie przed zakłuciami, pozwala się skoncentrować na powierzonych zadaniach. Wśród czynników środowiska pracy, które pielęgniarki w Wielkiej Brytanii uważają za ważne, są dostęp do bezpłatnych parkingów, wyposażenie w odzież roboczą, możliwość przerwy w pracy na odpoczynek i spożycie posiłku czy zabezpieczenia rzeczy osobistych.

Pielęgniarki w Wielkiej Brytanii opiekują się mniejszą liczbą pacjentów niż w Polsce, ale jak podaje RCN, w wyniku wzrostu zapotrzebowania na opiekę wzrasta także ich obciążenie pracą. *Royal College of Nursing* podkreśla, że nie jest to bezpieczne dla pacjentów i dlatego dąży do zwiększenia obsad pielęgniarskich. Udowodniono bowiem, że każdy dodatkowy pacjent powyżej czterech przypadający na pielęgniarkę na oddziale chirurgicznym to wzrost o 7 proc. zakażeń dróg moczowych i o 24 proc. niewydolności oddechowej. Zmniejszenie obciążenia pielęgniarek z 6 do 2 pacjentów lub mniej w czasie zmiany zmniejsza ryzyko śmiertelności o 25 pacjentów na 1000 hospitalizowanych i 15 na 1000 pacjentów po zabiegach chirurgicznych. Jak pokazują badania, brak możliwości pracy na należytych poziomie i obciążenie pracą wpływają na deklarowaną chęć zmiany, rezygnacji z pracy, uważaną za zmienną charakterystyczną dla negatywnych warunków pracy.

Dowody naukowe wskazują na wyraźny związek trudnych warunków pracy w ochronie zdrowia z wyższymi wskaźnikami m.in. rezygnacji z pracy, świadomego bezrobocia czy migracji. Światowa Organizacja Zdrowia określiła czynniki sprzyjające podejmowaniu takich decyzji przez pracowników ochrony zdrowia. Do wyjazdu popychają takie czynniki (*push factors*), jak niskie wynagrodzenie, złe warunki pracy, brak zasobów (ludzkich, rzeczowych, finansowych), ograniczone możliwości kształcenia i rozwoju kariery, ale także zagrożenia dla zdrowia, możliwość zachorowania na HIV/AIDS i niestabilne oraz niebezpieczne środowisko pracy. Wśród czynników przyciągających potencjalnych pracowników (*pull factors*) wymienia się wysokie wynagrodzenie, gwarancję otrzymywania wynagrodzenia, lepsze warunki pracy, możliwość rozwoju kariery, lepszy dostęp do zasobów, dostęp do kształcenia podyplomowego, ale również stabilizację polityczną, gwarancję swobodnego przemieszczania się oraz pomoc otrzymywaną w pracy (od pracodawcy i pracowników). W modelu społecznego i psychicznego dobrostanu (*well being*) w relacji jednostka – organizacja znaczenie przypisuje się wysokiemu poziomowi oddziaływania rozumianego jako autonomia zawodowa i silnemu przywództwu, równowadze pomiędzy wkładem pracy a wynagradzaniem, wsparciu społecznemu

„Pielęgniarki poszukują pracy poza granicami Wielkiej Brytanii, migrują do USA czy Kanady z powodu wynagrodzeń i warunków pracy”

otrzymywanemu od kolegów i zarządzających, a także wysokiemu poziomowi przewidywalności, dającym gwarancję bezpieczeństwa wykonywania pracy. Są to również dostęp do edukacji ustawicznej i możliwość rozwoju zawodowego, a także odpowiednie do potrzeb zasoby ludzkie zmniejszające obciążenie pracą.

### Emigracja z Wielkiej Brytanii

Deklarowana chęć odejścia z organizacji i zawodu w ciągu kolejnych 6 i 12 miesięcy powinna być uważana za potencjalną stratę dla organizacji. Odchodzący pracownik zabiera ze sobą wiedzę i umiejętności, które są unikatowe dla organizacji. Stanowi to więc stratę, której koszty określa się za pomocą odpowiednich narzędzi. Zastąpienie „utraconego” pracownika innym wymaga czasu i zasobów. Zanim nowy pracownik osiągnie poziom świadczenia usług na 100 proc. możliwości poprzednika, organizacja ponosi koszty. Z wyliczeń wynika, że sięgają one od 10 tys. do 33 tys. USD (Kanada 10 100 USD, Nowa Zelandia 10 200 USD, Australia 16 600 USD, USA 33 000 USD). W Wielkiej Brytanii koszty administracyjne związane z rekrutacją pielęgniarki oszacowano na 401–637 funtów. Straty wynikające z wstępnej wydajności pracownika, który się uczy, wynoszą od 1422 do 6166 funtów. Pielęgniarki poszukują pracy poza granicami Wielkiej Brytanii, migrują do USA lub Kanady w związku z wynagrodzeniem i warunkami pracy. Rząd Wielkiej Brytanii chętnie zatrudnia pielęgniarki z zagranicy. Nie ponosi tym samym kosztów ich wykształcenia, które w Wielkiej Brytanii są wyższe niż w innych krajach UE (Peter Carter, RCN). Trzeba podkreślić, że w 2005 r. z 34 proc. pielęgniarek wykształconych w UE, które podjęły pracę w Kanadzie, aż 55 proc. pochodziło z Wielkiej Brytanii, 10 proc. tej grupy stanowiły pielęgniarki z Polski.

Od kilku lat obserwujemy stałą tendencję do niepodjęcia pracy po ukończeniu szkoły przez jej absolwentów, na których wykształcenie wydatkowano pieniądze z podatków. Z danych Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych wiemy, że w najbliższych 20 latach na emeryturę odejdzie 80 520 pracujących pielęgniarek spośród urodzonych w latach 1950–1960. Prognozowana średnia liczba pielęgniarek wchodzących do systemu to 19 954, co stanowi tylko 24,69 proc. pielęgniarek,

”Oczekiwania pielęgniarek nie różnią się w całej Europie. Wszędzie od ponad stu lat pielęgniarki mają takie same potrzeby”

które odejdą w tym czasie na emeryturę. Liczba ta będzie aktualna wtedy, kiedy zostaną wypelnione wszystkie miejsca na uczelniach i wszyscy ich absolwenci podejmą pracę w systemie.

### Polki i Brytyjki

Obserwacja otoczenia nasuwa wniosek, że ważnym elementem przy podejmowaniu decyzji o odejściu z pracy jest wynagrodzenie, ale pielęgniarki w Wielkiej Brytanii bardziej cenią „większą liczbę personelu”, „lepsze warunki pracy”, „lepsze wyposażenie stanowisk pracy”. Także w badaniu przeprowadzonym w Polsce pielęgniarki wskazały, że te czynniki sprzyjają podjęciu decyzji o odejściu z pracy – 90 proc. badanych ( $N = 1045$ ) podawało, że nie ma możliwości spożycia posiłku w ciągu dnia czy podczas zmiany nocnej. Sytuacja ta jest dyskomfortowa dla prawie 60 proc. pielęgniarek.

Niemal połowa badanych nie może sugerować, które dni chciałaby mieć wolne od pracy, a co dziesiąta pielęgniarka nie ma planowanego grafiku z wystarczającym wyprzedzeniem. Co trzecia podaje, że trudno jej zaplanować życie prywatne, ponieważ godziny pracy są bardzo zmienne oraz zmuszana jest do pracy w nadgodzinach. Połowa badanych nie ma możliwości skorzystania z przerwy na odpoczynek. Co prawda połowa pielęgniarek „ma dostęp” do pokoi socjalnych, ale więcej niż co trzecia nie miała czasu, aby z nich korzystać w trakcie dyżuru. Jedna czwarta nie ma gdzie przechować swoich rzeczy osobistych, aż 40 proc. musi swoją zanieczyszczoną odzież prać w domu. Kształcenie podyplomowe jest ważne dla pielęgniarek, ale dostęp do niego potwierdziło tylko 61,8 proc. zainteresowanych.

Bardzo niepokojący jest fakt, że ponad połowa badanych wskazywała, że pracodawcy nie wprowadzają udogodnień w pracy. Warto dodać, że prawie co piąta pielęgniarka ma problemy ze zdrowiem (niepełnosprawność – 17 proc.) – to wyższy wskaźnik niż w całej populacji.

W badaniu udowodniono więc, że na deklarowaną chęć odejścia z pracy miały wpływ takie czynniki, jak trudności z połączeniem wymagań różnych osób przy realizacji zadań zawodowych, trudności z wywiązaniem się z narzuconych terminów, konieczne szybkie tempo wykonywania pracy, poczucie nierealistycznej

presji czasowej. Kolejnymi czynnikami są brak możliwości skorzystania z przerw w pracy, zmuszanie pielęgniarek do pracy w nadgodzinach, zaniedbanie zadań zawodowych. W badaniu wykazano istotną zależność statystyczną między deklarowanymi planami odejścia z pracy a sytuacją, gdy pielęgniarki są zmuszane do przepracowania wielu nadgodzin.

Niezadowolone z wynagrodzenia zgłaszało ponad 90 proc. badanych pielęgniarek ( $N = 1020$ ), przy czym tylko dla więcej niż co piąta czynnik ten okazał się ważny przy podjęciu decyzji o odejściu z pracy. Jednak mniej więcej co siódma pielęgniarka spośród zadowolonych z wynagrodzenia także deklaruje chęć odejścia z pracy, co wskazuje na inne ważne czynniki mogące mieć wpływ na taką decyzję. Dwunastokrotny wzrost ryzyka odejścia z pracy odnotowano, kiedy pielęgniarki nie mogły wykonywać jej w sposób, w jaki powinna być wykonana. Ryzyko to wzrasta pięciokrotnie w sytuacji, kiedy pielęgniarka ocenia swoją pracę jako stresującą. Ponadczterokrotnie wzrasta ryzyko odejścia z pracy, kiedy pielęgniarki nie mogą liczyć na pomoc pracodawcy przy aktach agresji w pracy i braku szacunku dla wykonywanej pracy. Co czwarta badana chce odejść z pracy w związku z trudnościami z połączeniem wymagań różnych osób w tym samym czasie, trudnością z wywiązaniem się z narzuconych terminów, koniecznością zaniedbywania zadań i pozostawianiem po godzinach w pracy. Także nieregulowane godziny pracy prawie czterokrotnie zwiększają ryzyko odejścia z pracy.

### Od stu lat to samo

Podsumowując – oczekiwania pielęgniarek są takie same w Polsce i Wielkiej Brytanii, ale także w całej Europie. Wszędzie od ponad 100 lat pielęgniarki mają takie same potrzeby, uważane za niezbędne do bezpiecznego wykonywania pracy. Zmiana otoczenia, rozwój medycyny, wiedzy i kompetencji powodują, że walka o lepszy byt trwa od dziesięcioleci. Pielęgniarki chcą mieć wpływ na sposób wykonywania swoich zadań nie tylko dlatego, że są lepiej wykształcone. Będąc najdłużej z pacjentem, najbliżej jego problemów, często lepiej potrafią rozpoznać potrzeby i odpowiedzieć rozwiązaniem właściwe dla sytuacji pacjenta. Tak się dzieje w wielu miejscach, gdzie wiedza pielęgniarek jest doceniona, a one są równoprawnymi członkami zespołów terapeutycznych. Pielęgniarki, angażując się w wykonywanie zadań zawodowych, chcą wykorzystywać swoją wiedzę i kompetencje w sposób, w jaki zostały do tego przygotowane, ale chcą „sprzedać” swoje kompetencje za cenę, która rekompensuje ich zaangażowanie. Dysproporcje pomiędzy wkładem pracy i warunkami pracy a wynagrodzeniem są w Polsce znaczne. Marnotrawione są kompetencje pielęgniarek – dla zasady, a nie dlatego, że są zbyt cenne. Budzi to niezadowolenie. Ponadto przepaść pomiędzy wynagrodzeniem personelu, który

jest zaangażowany w wykonanie bardzo wielu czynności z dużą intensywnością, a innymi grupami zawodowymi jest bardzo duża. Znamy przykłady, gdy lekarz za dyżur otrzymuje miesięczne wynagrodzenie pielęgniarki. Te dysproporcje dodatkowo zniechęcają do angażowania się w pracę. Cierpią na tym pacjenci. Pielęgniarki poszukują dodatkowych możliwości zatrudnienia, ale dzieje się to kosztem życia prywatnego, a także pacjentów.

Niewłaściwa alokacja zasobów, nadmierne przeciążenie pracą, nierealne oczekiwania, liczne zadania w tym samym czasie i dodatkowo wynagrodzenie nieadekwatne do wkładu pracy to podstawowe zmienne odstrasające od pracy w charakterze pielęgniarki w Polsce, mimo że w ostatnich latach uczelnie odnotowują wzrost zainteresowania wykształceniem w tym zawodzie. Zadania pielęgniarek w poszczególnych krajach nie różnią się – wszędzie pielęgnują one pacjentów. Czynią to jednak w odmienny sposób, ponieważ mają do dyspozycji różne narzędzia i różne kompetencje. Często są pierwszym punktem kontaktu pacjenta z ochroną zdrowia i w opiece zamkniętej opiekują się pacjentami przez całą dobę, 7 dni w tygodniu i 365 dni w roku, oceniając potrzeby, zgłaszając problemy i poszukując rozwiązań umożliwiających jak najlepsze funkcjonowanie pacjentów bez względu na ich sprawność fizyczną, psychiczną czy społeczną. Wszędzie tam, gdzie pozwolono, aby mogły wziąć

sprawy w swoje ręce, odnotowuje się lepsze efekty terapii. Jeżeli chcemy zatrzymać wykształcone dużym nakładem środków pielęgniarki, podejźmy do tego systemowo, a nie na zasadzie gaszenia pożarów. Taka strategia generuje tylko dodatkowe koszty dla wszystkich uczestników skomplikowanego procesu, jakim jest wzmacnianie zdrowia pacjenta. W każdym kraju problemy, które zmuszają pielęgniarki do podejmowania desperackich prób zmiany sytuacji, są takie same, a jednak nieporównywalne. Ma to związek nie tylko z poziomem rozwoju społeczeństwa, ale przede wszystkim z wyrażanymi potrzebami i oczekiwaniami wobec poziomu świadczonej opieki. Z drugiej strony, 90 proc. świadczących usługi pielęgniarskie to kobiety, które oprócz ról zawodowych mają do wypełnienia wiele ról społecznych. To potęguje problem, a stworzenie pozytywnego środowiska pracy w celu zatrzymania wykształconych kadr stanowi wyzwanie nie tylko dla menedżerów ochrony zdrowia. To zadanie przede wszystkim dla polityków. Tym bardziej że w Wielkiej Brytanii już dzisiaj potrzebnych jest 20 tys. pielęgniarek, a w USA w najbliższych 10 latach będzie ich potrzebnych aż milion.

*Dorota Kilańska*

*Autorka, była prezes Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, jest członkinią zarządu Europejskiej Federacji Stowarzyszeń Pielęgniarek (EFN) i ekspertem Komisji Europejskiej ds. pielęgniarstwa.*



### Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia Dolnego Śląska

ogłasza nabór do udziału w projekcie  
„Zarządzanie zmianą gospodarczą  
w przedsiębiorstwach branży medycznej”

Celem jest rekrutacja pięciu organizacji pracodawców branży medycznej, którzy wydelegują łącznie 50 swoich przedstawicieli do udziału w szkoleniach z zakresu zarządzania zmianą gosp. w przedsiębiorstwach branży medycznej.

Szkolenia odbędą się w miesiącach maj-lipiec 2015r.

Projekt ma zasięg ogólnopolski.

Udział w projekcie jest bezpłatny.

Spotkanie rekrutacyjne odbędzie się 27 lutego 2015r.  
w Śląskiej Izbie Lekarskiej, ul. Grażyńskiego 49a, Katowice.

Prosimy o potwierdzenie przybycia do dnia 26 lutego 2015r.

Marcin Sarnowski tel. 71 349 80 63,  
mail: m.sarnowski@pracodawcyzdrowia.pl

Cztowiek – najlepsza inwestycja!



KAPITAŁ LUDZKI  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



Projekt Współfinansowany ze środków Unii Europejskiej  
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.