



ANALIZA POTRZEB SZKOLENIOWYCH  
PERSONELU MEDYCZNEGO ORAZ PRACOWNIKÓW  
WYKONUJĄCYCH ZAWODY NIEMEDYCZNE  
W RAMACH SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ W POLSCE

Badanie ewaluacyjne zrealizowane na zlecenie Ministerstwa Zdrowia

Wykonawca: IBC Group Central Europe Holding SA

październik 2011

Badanie zrealizował zespół w składzie:

Dominik Mytkowski

Maciej Komosa

Ewa Niedzielska


Skład, druk:

Centrum Usług Wspólnych

02-903 Warszawa, ul. Powsińska 69/71

tel. 22 694 67 57

[www.cuw.gov.pl](http://www.cuw.gov.pl)



## SPIS TREŚCI

1. STRESZCZENIE RAPORTU . . . . .	5
1.1. Opis metodologii . . . . .	5
1.2. Odpowiedzi na kluczowe pytania badawcze . . . . .	5
1.3. Najważniejsze wnioski z badania . . . . .	6
REPORT SUMMARY . . . . .	9
2. WPROWADZENIE . . . . .	13
2.1. Przedmiot badania . . . . .	13
2.2. Główne założenia i cele badania . . . . .	13
2.3. Cele szczegółowe badania . . . . .	14
3. METODOLOGIA BADANIA . . . . .	21
3.1. Badanie ankietowe CAWI . . . . .	21
3.2. Indywidualne wywiady pogłębione . . . . .	22
3.3. Analiza ekspercka . . . . .	23
3.4. Analiza dokumentów . . . . .	23
4. WYNIKI BADANIA . . . . .	25
4.1. Struktura próby . . . . .	25
4.2. Identyfikacja potrzeb szkoleniowych pracowników szpitali – osobiste potrzeby w zakresie szkoleń . . . . .	26
4.3. Identyfikacja potrzeb szkoleniowych pracowników szpitali – potrzeby w zakresie szkoleń pracowników placówki z perspektywy kadry zarządzającej (dyrektorów oraz osób zarządzających oddziałami szpitalnymi) . . . . .	57
4.4. Grupy pracowników szpitali o niskich kwalifikacjach zawodowych – skala zjawiska . . . . .	63
4.5. Identyfikacja potrzeb szkoleniowych personelu medycznego z uwzględnieniem trendów demograficznych i epidemiologicznych oraz potrzeb w zakresie kształcenia specjalistycznego i deficytowych umiejętności węższego typu . . . . .	67
4.6. Priorytetyzacja potrzeb szkoleniowych pracowników szpitali z punktu widzenia jak największego przyczynienia się do zrealizowania celu Działania 2.3 PO KL, jakim jest poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia . . . . .	76
4.7. Rozwiązania zapewniające osiągnięcie optymalnych rezultatów działań szkoleniowych w kontekście ich efektywności i trwałości . . . . .	81
5. Rekomendacje . . . . .	83
6. ZAŁĄCZNIKI . . . . .	91
6.1. Ekspertyza z zakresu demografii . . . . .	91
6.2. Ekspertyza z zakresu epidemiologii . . . . .	95
7. Literatura . . . . .	98
8. TABELA . . . . .	100



# 1. STRESZCZENIE RAPORTU

## 1.1. Opis metodologii

Celem niniejszego badania była analiza potrzeb szkoleniowych personelu medycznego oraz pracowników wykonujących zawody niemedyce w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Badaczy interesowały zarówno indywidualne potrzeby szkoleniowe pracowników zakładów opieki zdrowotnej, jak i obszary wymagające doskonalenia umiejętności zawodowych z perspektywy kadry zarządzającej, w tym ordynatorów oddziałów i pielęgniarek oddziałowych.

W celu osiągnięcia jak najbardziej rzetelnych i wyczerpujących informacji badanie zrealizowano przy zastosowaniu szerokiego wachlarza technik służących gromadzeniu danych i narzędzi badawczych. Posłużono się kwestionariuszem ankiety wypełnianej samodzielnie przez respondenta z wykorzystaniem Internetu, scenariuszem wywiadu skierowanym do pracowników systemu opieki zdrowotnej oraz ekspertów w danej dziedzinie<sup>1</sup>, analizą ekspercką i analizą dokumentów.

W badaniu wzięło udział 7465 respondentów, w tym: dyrektorzy i dyrektorzy administracyjni szpitali, ordynatorzy/kierownicy oddziałów szpitalnych, pielęgniarki oddziałowe, lekarze, pielęgniarki, położne, fizjoterapeuci, technicy medyczni, diagnosty laboratoryjni, technicy elektroradiolodzy oraz osoby zatrudnione na stanowiskach ds. finansowych. Ze względów metodologicznych pominięto niektóre grupy pracowników szpitali mocno zróżnicowane pod względem ich reprezentacji w szpitalach, jak również kwalifikacji, w tym np. psychologów klinicznych, epidemiologów szpitalnych, farmaceutów szpitalnych, pracowników pionów nadzoru nad jakością, pracowników sterylizacji.

## 1.2. Odpowiedzi na kluczowe pytania badawcze

Zgłaszane przez pracowników potrzeby szkoleniowe dotyczą przede wszystkim doskonalenia w zakresie profesjonalnym, niezbędnego dla poprawy wiedzy i umiejętności merytorycznych, a w drugiej kolejności prawnych, organizacyjnych i socjologicznych uwarunkowań pracy w ZOZ.

Potrzeby szkoleniowe pracowników z punktu widzenia kadry zarządzającej dotyczą przede wszystkim doskonalenia sposobu wykonywania pracy, efektywności pracy, zasad kontraktowania i rozliczania świadczeń dla potrzeb kontraktów z NFZ, znajomości prawa medycznego, relacji i komunikacji z pacjentem. Rozbieżności w ocenie potrzeb szkoleniowych między opinią kadry zarządzającej a opinią poszczególnych grup zawodowych mogą wynikać z innych oczekiwań w tym zakresie. Kadra zarządzająca określa potrzeby szkoleniowe przede wszystkim w zakresie umiejętności zwiększających sprawność, efektywność i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń, natomiast pracownicy chcieliby podnosić poziom umiejętności zawodowych. Wspólnym obszarem wskazywanym przez personel szpitali oraz kadrę zarządzającą są kwestie prawne, komunikacja z pacjentem i odpowiedzialność zawodowa.

Zdaniem eksperta z dziedziny epidemiologii wyniki badania ankietowego w obu grupach słabo korelują z aktualną sytuacją epidemiologiczną w Polsce. Zgodnie z aktualnymi trendami w epidemiologii chorób niezakaźnych, dominującymi przyczynami hospitalizacji są choroby układu krążenia, nowotwory, choroby metaboliczne (cukrzyca, otyłość, mocznica), przewlekłe schorzenia płuc, rehabilitacja po epizodach niedokrwienych serca i udarach mózgowych, a także urazy, zatrucia, choroby psychiczne. W opinii żadnej z badanych grup nie zaobserwowano istotnego zainteresowania zdobywaniem dodatkowej wiedzy w ww. zakresach, z wyjątkiem kardiologii.

Podobny trend zaznaczył się w kwestiach dotyczących epidemiologii chorób zakaźnych i zakażeń – w ankietach praktycznie w ogóle nie stwierdzono zainteresowania szkoleniami w tym zakresie, mimo że problemy zakażeń szpitalnych, lekooporność drobnoustrojów, niewystarczające zapobieganie zakażeniom, brak higieny szpitalnej, a także nowe i powracające choroby zakaźne są istotną przyczyną chorobowości szpitalnej i śmiertelności. Ponadto do szpitali trafia coraz więcej pacjentów z chorobami zakaźnymi wymagającymi złożonego i długotrwałego procesu

<sup>1</sup> Do analizy zaangażowano dwóch ekspertów: w dziedzinie demografii oraz epidemiologii. Sporządzone ekspertyzy wraz z notami biograficznymi ekspertów stanowią załączniki do niniejszego raportu.

diagnostycznego i terapeutycznego, jak np. gruźlica, wirusowe zapalenie wątroby typu C, HIV, choroby przenoszone przez kleszcze, choroby tropikalne. Brak świadomości personelu szpitala i kadry zarządzającej w tym zakresie należy uznać za ważną wskazówkę przy planowaniu szkoleń.

### 1.3. Najważniejsze wnioski z badania

Pracownicy ZOZ-ów podnoszą swoje kwalifikacje zawodowe z reguły co najmniej raz w roku. Szkolenia te finansują najczęściej z własnych środków. Sporadyczne są przypadki, kiedy osoby zatrudnione w ZOZ-ach szkolą się – w swojej opinii – zbyt często, natomiast większość zatrudnionego personelu uważa, że szkoli się za rzadko. Najczęstszymi powodami takiego stanu rzeczy są bariery finansowe, brak czasu, braki kadrowe, brak zastępstwa dla osoby szkolącej się, a także brak motywacji. Obserwacja powyższa jest skorelowana pozytywnie z wynikami opisanymi w punkcie 1.2, ponieważ finansowanie szkoleń zależy od pozytywnej opinii kadry kierowniczej, która nie widzi potrzeby szkoleń podnoszących umiejętności w zakresie poszczególnych specjalizacji, konkretnych procedur medycznych czy metod diagnostycznych lub terapeutycznych dla podległych pracowników. Dodatkowo wśród barier wskazywanych przez respondentów wymieniana była również atmosfera w pracy, niesprzyjająca udziałowi w kształceniu. Dlatego też, projektując w przyszłości wsparcie edukacyjne dla pracowników systemu ochrony zdrowia, preferowane powinny być szkolenia kierowane bezpośrednio do nich, a nie poprzez zakład pracy.

Za najbardziej efektywną formę szkolenia uważane są warsztaty oraz staże krajowe bądź zagraniczne. Najbardziej preferowane są szkolenia odbywające się w godzinach pracy. Większość badanych skorzystałaby chętnie ze szkolenia w postaci e-learningu, pomimo faktu, że niewielu z nich ma już na swoim koncie takie doświadczenie. Z uwagi na fakt, iż w toku przedmiotowego badania ewaluacyjnego zdiagnozowano bardzo duży wachlarz obszarów merytorycznych zgłaszanych przez pracowników wykonujących niemedyczne czynności w ramach systemu ochrony zdrowia, które powinny być wspierane w ramach systemu kształcenia ustawicznego pracowników systemu ochrony zdrowia, **należy preferować projekty przewidujące wsparcie dla tych grup w ramach studiów podyplomowych**. Minimalny czas trwania tej formy edukacyjnej pozwala na przygotowanie kompleksowego wsparcia edukacyjnego.

#### **Potrzeby szkoleniowe**

Jak twierdzą ankietowani, w większości ZOZ-ów są badane i analizowane potrzeby szkoleniowe personelu, opracowywane oraz realizowane plany szkoleń, a tematyka szkoleń w których biorą udział pracownicy jest oceniana pod względem adekwatności z punktu widzenia prawidłowego funkcjonowania ZOZ-u. W opinii eksperta w dziedzinie epidemiologii, informacje pochodzące z ankiet nie w pełni pokrywają się z potrzebami wynikającymi z aktualnej sytuacji zdrowotnej społeczeństwa. Zarówno kadra zarządzająca, jak i pracownicy nie dostrzegają potrzeb szkoleniowych w tych dziedzinach, które ze względu na rosnącą zachorowalność, powinny być doskonałe. Wyjątek stanowi kardiologia – lekarze widzą potrzebę kształcenia się w dziedzinie kardiologii, która nadal może okazać się specjalizacją pożądaną, ze względu na najwyższy udział zgonów z powodu chorób serca i krążenia w Polsce. Tak więc, biorąc pod uwagę, że około 50% zgonów w Polsce jest obecnie związanych z chorobami układu krążenia ważne jest, aby jak największa grupa lekarzy dysponowała szerokim zakresem wiedzy w tym zakresie. Należy jednak podkreślić, że planując szkolenia w dziedzinie kardiologii, trzeba uwzględnić fakt, że w szpitalach realizowane są głównie procedury z zakresu medycyny naprawczej, a nie profilaktycznej. Dlatego aby nakłady na szkolenia w zakresie kardiologii wpłynęły w istotny sposób na zachorowalność, powinny uwzględniać również profilaktykę chorób układu krążenia oraz grupę lekarzy pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej.

Ostre urazy i zatrucia są w Polsce trzecią przyczyną zgonów, dlatego bardzo istotne jest, że lekarze dostrzegają konieczność doszkalania się z medycyny ratunkowej – na prośbę o wskazanie specjalizacji, w jakiej chcieliby się kształcić, wskazało ją aż 46 lekarzy, co daje jej trzecie miejsce na liście najpopularniejszych specjalizacji (zob. tabela nr 6). Szkoleniami w tej dziedzinie powinni być objęci zarówno lekarze, jak i pielęgniarki różnych specjalności, zarówno w zakresie umiejętności, jak i poszczególnych procedur diagnostycznych i terapeutycznych, w zależności od specyfiki ośrodka.

Rehabilitacja jako specjalizacja, z którą wiąże się przyszłość zawodową, pozostaje w zainteresowaniu relatywnie niewielkiej liczby lekarzy. Jednak w miarę wzrostu zapotrzebowania na usługi rehabilitacyjne (w związku ze wzrostem liczby osób starszych w Polsce) może się okazać konieczne doksztalcenie również z tego zakresu.

Ważne jest dostrzeżenie przez lekarzy i ordynatorów potrzeby kształcenia się w zakresie języków obcych, co jest istotne z punktu widzenia wzrastającej liczby obcokrajowców w Polsce (coraz częściej pojawiający się w szpitalach obcokrajowcy). Pielęgniarki natomiast rzadziej zwracają uwagę na doskonalenie języka obcego, co przy rosnącym napływie cudzoziemców do pracy w Polsce może się okazać niewystarczające. Należy również zwrócić uwagę, że język angielski to nie tylko komunikacja z obcokrajowcami przyjeżdżającymi do Polski, ale też ważne źródło informacji, ponieważ wiele materiałów z różnych dziedzin medycyny dostępnych jest tylko w języku angielskim. Znajomość tego języka umożliwia śledzenie aktualnych trendów występujących w światowej medycynie oraz stanowi narzędzie do dyskusji.

### **Potrzeby szkoleniowe a zmiany demograficzne**

Rosnący udział osób starszych w naszym społeczeństwie może wymusić konieczność szkoleń przygotowujących do pracy z pacjentami w podeszłym wieku, pomimo że obecnie zainteresowanie tego typu szkoleniami nie jest wśród personelu medycznego duże – jedynie niecałe 11% pielęgniarek wykazało zainteresowanie pielęgniarstwem geriatrycznym (zob. tabela nr 5). Znajomość specyfiki pracy z pacjentem w podeszłym wieku będzie potrzebna niemal wszystkim pracownikom sektora ochrony zdrowia (zarówno lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej jak również pielęgniarkom i fizjoterapeutom). Niepokojący wydaje się być niski wskaźnik pielęgniarek deklarujących chęć doszkalania się z opieki długoterminowej. Wysoki poziom zainteresowania w zakresie pracy z ludźmi w podeszłym wieku wykazują jedynie fizjoterapeuci. Przy obecnych trendach może okazać się wkrótce, iż zapotrzebowanie na takie usługi medyczne przerośnie podaż w tym zakresie. Warto więc uwzględnić również ten aspekt w planowaniu szkoleń dla personelu medycznego. Obecnie personel medyczny nie dostrzega jeszcze takich potrzeb, co dodatkowo uzasadnia konieczność stymulowania kształcenia kadr medycznych w zakresie geriatry.

Zwiększone komplikacje i problemy zdrowotne kobiet decydujących się na późne macierzyństwo powoduje wzrost zapotrzebowania na umiejętności medyczne w tym zakresie (późne macierzyństwo powoduje wzrost ryzyka upośledzenia płodu i donoszenia ciąży). Utrzymujący się wysoki poziom umieralności noworodków w niektórych regionach Polski wskazuje na konieczność szkolenia umiejętności lekarzy z zakresu opieki wczesnonoworodkowej i prenatalnej. Dwie najczęstsze przyczyny zgonów w naszym kraju to choroby krążenia i nowotwory, stąd ważne jest zwrócenie uwagi na szkolenia z zakresu ratownictwa medycznego (zarówno lekarzy jak i pielęgniarek) oraz szkolenia z zakresu prewencji, równie istotnej co leczenie następstw tych chorób cywilizacyjnych. Napływ cudzoziemców do Polski w wyniku otwarcia granic wymusza na personelu medycznym znajomość języków obcych, a zatem przy planowaniu szkoleń powinna zostać zwrócona uwaga na szkolenia językowe (zwłaszcza w zakresie języka angielskiego i niemieckiego).

W ZOZ-ach nie zdarzają się zazwyczaj sytuacje, w których personelowi medycznemu brakuje kwalifikacji (tj. gdy nie wie on, w jaki sposób powinien się zachować)<sup>2</sup>. Jeżeli taka sytuacja już wystąpi, to najczęściej jest związana z brakiem umiejętności radzenia sobie z trudnym pacjentem, roszczeniową postawą oraz agresywnym zachowaniem ze strony pacjentów. Potrzebne są zatem szkolenia z zakresu doskonalenia umiejętności miękkich, co jest szczególnie ważne w momencie, w którym zmiany w społeczeństwie spowodowały istotne zmiany w osobowości i światopoglądzie większej części społeczeństwa.

### **Potrzeby w zakresie zatrudnienia**

Wyniki badań wskazują na potrzebę zatrudnienia fizjoterapeutów oraz psychiatrów<sup>3</sup>, co w świetle zmian społecznych (starzenie się społeczeństwa, wzrost średniego wieku urodzenia pierwszego dziecka) jest uzasadnione. Biorąc pod uwagę wzrost średniej wieku urodzenia pierwszego dziecka (i związane z tym trendem problemy kobiet z niepłodnością), można przewidzieć, że zwiększać się będzie zapotrzebowanie na specjalistów w zakresie ginekologii i położnictwa oraz psychiatrów (pomoc psychiatryczna).

W opinii dyrektorów istnieje potrzeba zatrudnienia internistów, anestezjologów, lekarzy medycyny ratunkowej, chirurgów ogólnych, psychiatrów, techników elektroradiologów, neonatologów, pediatrów, neurologów, kardiologów, lekarzy rehabilitantów, ortopedów. Nie wykazano zainteresowania geriatriczną, onkologią, epidemiologią, co wskazuje

<sup>2</sup> Odpowiedź na pytanie: „Czy w ZOZ-ie, którym Pan/i kieruje, według Pana/i wiedzy, zdarzają lub zdarzyły się sytuacje, w których personel nie wiedział, jak ma się zachować (nie miał wystarczających kompetencji/umiejętności, aby prawidłowo/skutecznie zareagować)?” – zob. tabela nr 26.

<sup>3</sup> Odpowiedź na pytanie: „Lekarzy jakiej specjalności należałoby zatrudnić?” – zob. tabela nr 36.

na brak dostrzegania zjawiska rosnącej populacji potencjalnych pacjentów z zakresu tych dziedzin medycyny (starzenie się społeczeństwa).

Ordynatorzy zgłaszają najczęściej potrzebę zatrudnienia lekarzy internistów, pediatrów, anestezyjologów. Niewielkie jest zainteresowanie ordynatorów i pielęgniarek oddziałowych zatrudnieniem m.in. geriatrów, co koreluje z niewielkim zainteresowaniem szkoleniami w tym zakresie i może świadczyć o niedostatecznym poziomie świadomości trendów demograficznych w polskim społeczeństwie, a mianowicie o niedostrzeganiu faktu starzenia się społeczeństwa i wzrastającej liczby chorych w podeszłym wieku.

Według pielęgniarek oddziałowych należałoby zatrudnić przede wszystkim internistów, psychiatrów, a także chirurgów. Nie wykazano zainteresowania zatrudnieniem pielęgniarek ze specjalnością opieki długoterminowej.

**Specjalizacje, które – w świetle obecnych trendów demograficznych i epidemiologicznych – będą najbardziej poszukiwane to: epidemiologia, geriatria, medycyna rodzinna, onkologia kliniczna, patomorfologia oraz rehabilitacja medyczna, jak również anestezjologia i intensywne terapie, neonatologia, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, chirurgia, chirurgia onkologiczna, ginekologia onkologiczna, kardiologia, kardiologia dziecięca, medycyna pracy, medycyna ratunkowa, neurologia dziecięca, onkologia i hematologia dziecięca, pediatria, radiologia i diagnostyka obrazowa, radioterapia onkologiczna i stomatologia dziecięca.**

**W obecnym systemie opieki zdrowotnej, obok umiejętności profesjonalnych, coraz bardziej liczy się znajomość prawa, zasad organizacji pracy, odpowiedzialności prawnej, dokumentacji medycznej, zarządzania jakością. Personel szpitali dostrzega potrzeby szkolenia w tych zakresach w niewielkim stopniu, natomiast kadra zarządzająca zgłasza istotne potrzeby szkoleniowe w tych obszarach, zarówno w stosunku do swojej grupy zawodowej, jak i podległego personelu. Należy zwrócić uwagę na brak zgłaszanych potrzeb szkoleniowych w zakresie informatyzacji szpitali i technik komputerowych, co nie jest zgodne z trendami postępującej informatyzacji w ochronie zdrowia, e-medycyny oraz przesyłania i gromadzenia danych medycznych. Najważniejszymi w tym kontekście umiejętnościami – szczególnie w odniesieniu do kadry zarządzającej, zarówno całymi szpitalami, jak i poszczególnymi oddziałami – które powinny pomóc w utrzymaniu jakości pracy ZOZ-ów, są: umiejętność organizacji i zarządzania, prawo medyczne oraz komunikowanie interpersonalne. Natomiast w kontaktach interpersonalnych bardzo istotna jest sama ich strona emocjonalna. Zadbanie o dobre samopoczucie pacjenta pozwoli na budowanie pozytywnego wizerunku ZOZ-u, z którego świadczeń ów pacjent skorzystał. Organizacja i odpowiednie zarządzanie wpłynie na dobre relacje w zespole pracowników. Odpowiedni podział zadań, przestrzeganie czasu pracy, obciążenie obowiązkami zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami i umiejętnościami, wprowadzenie dobrej atmosfery, decyzyjność są bardzo ważnymi jej elementami i powinny być ćwiczone na szkoleniach.**

Dbając o jakość funkcjonowania szpitali należałoby zapewnić finansowanie szkoleń pracownikom, którzy zgłaszają określone potrzeby i zapewnić wykwalifikowaną kadrę trenerską. Należałoby też, mimo wyższych kosztów, zapewnić praktyczne szkolenia w postaci warsztatów lub staży (gdy mowa o nabywaniu umiejętności praktycznych). Szkolenia teoretyczne, dla redukcji kosztów, mogłyby mieć charakter szkoleń e-learningowych. Taki sposób nauki pozwoli na ograniczenie kosztów związanych nie tylko z samym procesem szkolenia, ale również z dojazdami oraz noclegami.

Można zastanowić się również nad monitorowaniem jakości obsługi przez stosowanie narzędzia takiego jak ankiety wypełniane przez pacjentów, ich rodziny oraz przez personel medyczny oraz niemedyczny. Uzyska się w tym momencie pełny obraz posiadanych kompetencji, jakości udzielanych usług, a także – pośrednio – potrzeb personelu medycznego.

## REPORT SUMMARY

### 1.1. Methodology

The aim of the study was to analyse the training needs of medical and non-medical personnel within the Polish healthcare system. The authors were interested in both the individual training needs of healthcare unit employees from their point of view, and areas requiring professional improvement from the point of view of managing personnel, heads of wards and ward nurses.

In order to obtain the most reliable and exhaustive information, the study employed various research methods of data collection. The methods included a questionnaire filled out individually via the Internet, interview scenario addressed to experts in a given field, expert analysis, and document analysis.

The study covered 7465 respondents, including general managers, administration managers, heads of wards, ward nurses, physicians, nurses, midwives, physiotherapists, medical technologists, laboratory diagnosticians, radiologic technologists, and financial officers. For methodological reasons, some groups of personnel highly varied in qualifications and representation in hospitals were omitted, such as hospital epidemiologists, hospital pharmacists, quality supervision officers, or sterilisation technicians.

### 1.2. Responses to key study questions

The training needs reported by the personnel primarily concern professional training, necessary for improving expert knowledge and skills, and secondarily, the legal, organisational and sociological aspects of working in a hospital.

The training needs of the personnel from the point of view of the management mostly concern the improvement of work performance, work efficiency, contracts with NHF, knowledge of medical law, and relations and communication with patients. The minor need for medical training of hospital personnel according to the management may indicate the lack of planning in this area, unawareness of training needs of the personnel, or a unilateral approach to the issue of training, only in terms of efficient performance of tasks. At the same time, it reflects the current trends in hospitals whose managers handle administration and personnel, often without knowledge of the professional qualifications of the personnel and quality of services provided. In some cases, the personnel and the management jointly indicated the areas of law, communication with patients, and professional liability.

In the opinion of an expert in epidemiology, the results of the survey in both groups are poorly correlated with the current epidemiological situation in Poland. According to the current data on the epidemiology of non-infectious diseases, the dominant causes of hospitalisation include cardiovascular diseases, tumours, metabolic diseases (diabetes, obesity, uraemia), chronic pulmonary diseases, rehabilitation after ischemic heart failures and strokes, as well as injuries, poisoning and mental diseases. Neither of the groups under study expressed any significant interest in obtaining additional knowledge in the above areas.

A similar trend was noticed in issues concerning epidemiology of infectious diseases and infections – the surveys virtually lacked interest in training in this area, even though the problem of hospital infections, drug resistance of microorganisms, infection prevention, hospital hygiene, as well as new and recurring infectious diseases constitute an important cause of hospital incidence and morbidity (tuberculosis, flu, hepatitis C, HIV, tick-borne diseases, tropical diseases). The ignorance of hospital personnel and management in this area should be taken into account in training planning.

### 1.3. Major study conclusions

#### **Training needs**

Employees of healthcare units usually improve their professional qualifications at least once a year. Such training is most frequently financed with own funds; in sporadic cases healthcare unit employees train too often, and the majority of personnel trains too rarely. This situation is due to financial barriers, lack of time, shortage of staff, no replacement for personnel during training, and lack of motivation. This conclusion is positively correlated with the results described in section 1.2, as training funding depends on the positive opinion of the management who are unaware of the need of professional training of the personnel.

It is believed that the most efficient form of training are workshops and national or foreign apprenticeships attended during working hours. Most respondents claimed they would be willing to take part in e-learning courses, despite the fact that not many of them have had any experience with that. Most healthcare units collect and analyse the training needs of the personnel, develops and follows training plans, and the topics of such courses attended by the personnel is adequate from the point of view of healthcare unit operation. Physicians wish to train in cardiology which may still prove to be a desired specialisation due to the highest proportion of deaths from cardiovascular diseases in Poland.

Comment: taking into account that about 50% of deaths in Poland is currently related to cardio vascular diseases, it is indeed important that this field is explored by as high number of physicians as possible. However, it should be emphasised that hospitals mostly perform procedures in therapeutic, rather than preventive medicine, so it should not be expected that training expenditure in cardiology significantly affects the morbidity rate, though it may favourably influence the effects of hospital treatment.

It is important that physicians notice the need for additional training in emergency medicine.

Comment: acute injuries and poisoning are responsible for one-third of deaths in Poland, which justifies extensive training in emergency medicine.

Rehabilitation as a specialisation to build one's professional future upon is pursued by a relatively small number of physicians. However, as the demand for such services increases (due to the growing number of elderly persons in Poland), additional training in this field may also become necessary.

It is important that physicians and heads of wards notice the need for education in foreign languages, which indicates the influence of European integration and opening the borders for foreigners. On the other hand, nurses do not pay such attention to improving language skills, which may prove insufficient in view of the influx of foreigners coming to Poland to work.

English is necessary not just for communication with foreigners coming to Poland, but also for obtaining information, as a great volume of material in various fields of medicine may be found in the Internet. The language enables professionals to follow the current trends in global medicine, and provides a forum for discussion.

In each case a large group of employees indicated the absence of training in a given field, which proves the necessity of preparing relevant courses and ensuring highly qualified trainers.

The growing number of elderly people in society may force the necessity for courses in work with such people, even though the interest in such training (geriatric nursing) is scarce among nurses. These abilities will be needed by both nurses and ward nurses. Likewise, only a minor number of nurses declared the will to undergo training in long-term care. However, the needs related to work with elderly people are indicated by physiotherapists. Taking into account the current trends, it may soon turn out that the demand for this type of medical services exceeds their supply. Therefore, it is advisable to include this aspect in planning training for medical personnel. As the survey shows, the personnel fail to notice these needs by far. However, they notice the need for coping with "difficult" patients, which testifies to considerable cultural changes in society occurring in recent years.

It does not usually happen in healthcare units that the medical personnel does not know how to behave. If such situation occurs, it usually stems from the inability to handle a „difficult" patient, patient claims, or patient aggression. Also lacking is the knowledge of current legal regulations, and the ability of their interpretation. Therefore, it is also

necessary to hold courses in soft skills, which is particularly crucial at a time when social changes have caused considerable changes in personality and mentality of the majority of society members. The training should also include information about current legal regulations.

### ***The need for employment***

It has been proven necessary to employ physiotherapists and psychiatrists, which is justified in view of the social changes. One such issue concerns the increased age of women giving birth, which often leads to infertility and difficulties with carrying the baby to full term, as well as problems with delivering a healthy child caused by late age of maternity. In such case women necessarily require psychiatric help.

Managers are most interested in employing general practitioners, anaesthesiologists, emergency medicine officers, general surgeons, psychiatrists, radiologists, neonatologists, paediatricians, neurologists, cardiologists, rehabilitation officers, and orthopaedists. No interest has been shown in geriatrics, oncology, or epidemiology, which reveals the ignorance of the problem of the growing number of elderly people in our society.

Heads of wards most frequently report the need for employing general practitioners, paediatricians, and anaesthesiologists. There is only minor interest of ward heads and ward nurses in employing geriatricians, which indicates a lack of attention for the growing number of the elderly, or personnel shortages in hospitals, which necessitates the satisfaction of urgent needs, as indicated by the study.

According to ward nurses, new employees should primarily include general practitioners, psychiatrists, and surgeons. There was no interest in employing nurses specialising in long-term care.

The most desired abilities include: epidemiology, geriatrics, family medicine, clinical oncology, pathomorphology and medical rehabilitation, as well as anaesthesiology and intensive care, neonatology, orthopaedics and traumatology of bones and joints, surgery, oncological surgery, oncological gynaecology, cardiology, paediatric cardiology, occupational medicine, emergency medicine, paediatric neurology, oncology and haematology, paediatrics, radiology and image diagnostics, oncological radiotherapy and paediatric dentistry.

### ***General comments***

The employment needs reflect the everyday operation of a given hospital and the contract with NHF. The planning of human resources management does not significantly correlate with the current epidemiological situation in Poland. It should be stressed that the growing number of patients suffering from cardiovascular diseases, tumours, metabolic diseases (diabetes, obesity), pulmonary diseases, ischemic heart failures and strokes, invasive infections (e. g. sepsis), and hospital infections, such as post-surgical infections, hospital pneumonia and multi-resistant invasive infections (hospital sepsis) requires the development of specialist personnel in hospitals with reference to particular fields.

The needs of hospital personnel in terms of specific skills are more illustrative of the current trends in the epidemiology of non-infectious diseases, particularly in geriatrics, oncology, cardiology, neonatology and epidemiology.

The demand for courses in image-based examination or pain medicine and echocardiography may result from the trends in the occurrence of tumours and heart diseases as the most frequent causes of deaths on Poland.

Shortage of physicians is mainly caused by migration to Western Europe, regional disproportions in the provision of specialist services, and trends in demographics and epidemiology (e. g. the growing number of elderly people, and increasing number of accidents). Other problems include lack of interest, fear of healthcare unit policy related to the future of a given field, liquidation of units (e. g. due to unprofitability), low salaries.

Greatest attention among specialist skills is enjoyed by general ultrasound diagnostics, pain medicine, echocardiography, dietary treatment, and medical certification.

Specialist skills of greatest interest to physicians include gastroenterology, endocrinology, diabetology, and allergology.

The needs reported with reference to specialist courses also included geriatrics and medical rehabilitation, which corresponds to the demographic changes, aging of society and the growing number of the elderly.

In the current healthcare system, apart from professional qualifications, it is becoming more and more valuable to know the law, rules of work organization, legal liability, economic principles, medical records, and quality management. Hospital personnel only scarcely notices the need for training in this scope but the management reports considerable needs in this area, both with reference to themselves and the subordinate personnel. It should be noted that no training needs were reported with regard to informatisation of hospitals and computer technology, which does not agree with the trends of progressive healthcare informatisation, e-medicine, as well as transmission and storage of medical data.

In this context, the major skills which should help maintain the quality of healthcare unit services include: organization and management skills, medical law and interpersonal communication. Direct contact of the patient or their family members with someone who is able to provide explanations, devote the time, and is polite and helpful, favourably affects the approach towards the unit which provides services to the client. In interpersonal contacts it is the emotional aspect which prevails. Caring for the well-being of patients allows the development of a favourable image of the healthcare unit.

Organization and proper management promotes good relations in the team of employees. Adequate distribution of duties, observance of working hours, assignment of duties according to qualifications and skills, maintaining a pleasant atmosphere, and proper decision-making are also important elements which should be taught in courses.

In caring for the quality of unit operation, training should be financed for employees reporting specific needs, and qualified staff should be provided. Moreover, training in the form of workshops or apprenticeships should also be organised (if practical skills are to be trained), or e-learning courses (in the case of theoretical material). This form of education would allow the limitation of costs not just of the course itself but also of the transport and accommodation.

The necessity of training in specialisations related to late pregnancy and resultant complications.

Nurses, ward nurses and physicians are in need of training for soft, interpersonal skills with respect to work with difficult patients, fighting with burnout, stress management, etc., which should be taken into account.

There is a high demand for foreign language learning, especially English. It also corresponds to the demographic trend of the influx of foreigners.

One might consider the monitoring of service quality through using a tool such as questionnaires to be filled out by patients, their families, as well as medical and non-medical personnel. This would produce a full picture of competences and quality of services offered, and the needs of medical personnel.

Employees should be properly motivated for work, especially those who attend courses, often out of their own funds.

Demand for geriatricians and closely-related specialisations in working with the elderly, medical rehabilitation, etc.

The necessity of training in specialisations related to late pregnancy and resultant complications.

Nurses, ward nurses and physicians are in need of training for soft, interpersonal skills with respect to work with difficult patients, fighting with burnout, stress management, etc., which should be taken into account.

There is a high demand for foreign language learning, especially English. It also corresponds to the demographic trend of the influx of foreigners.

## 2. WPROWADZENIE

Genezą badania była konieczność określenia potrzeb szkoleniowych pracowników systemu ochrony zdrowia w Polsce, wynikająca z możliwości uzyskania dodatkowych środków finansowych na realizację projektów o charakterze edukacyjnym w ramach Działania 2.3 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki. Zleceniodawca badania, tj. Departament Funduszy Europejskich Ministerstwa Zdrowia, jest Instytucją Wdrażającą dla Działania 2.3 PO KL – Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. W związku z pełnioną funkcją oraz – jak zostało wyżej wspomniane – z możliwością uzyskania dodatkowych środków finansowych, Ministerstwo Zdrowia pragnęło uzyskać informacje użyteczne przy podejmowaniu decyzji co do typu projektów, które po zabezpieczeniu odpowiednich środków finansowych będą mogły starać się o uzyskanie dofinansowania w ramach Działania 2.3 PO KL. Uzyskane w ramach badania informacje wykorzystane zostaną również przy identyfikacji grup docelowych tych projektów, a także będą mogły zostać wykorzystane przez potencjalnych projektodawców do określenia optymalnych form wsparcia.

Ze względu na moment realizacji niniejszego badania ma ono charakter ewaluacji ex-ante i w tym kontekście stanowi wsparcie procesu planowania kolejnych projektów w ramach środków EFS.

### 2.1. Przedmiot badania

Przedmiotem niniejszego badania była identyfikacja potrzeb szkoleniowych personelu medycznego oraz pracowników wykonujących zawody niemedyce w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Badanie – a konkretnie jego część ankietowa – zostało przeprowadzone w terminie 11 lipca–20 sierpnia 2011 r. na zlecenie Ministerstwa Zdrowia, na próbie 7465 respondentów. Pytania, na które starano się znaleźć odpowiedź, dotyczą identyfikacji potrzeb szkoleniowych analizowanych w kontekście trendów demograficznych oraz epidemiologicznych występujących w polskim społeczeństwie, potrzeb w zakresie kształcenia specjalistycznego oraz w zakresie deficytowych umiejętności węższego typu, potrzeb pracowników szpitali wykonujących zawody niemedyce. Tak więc w centrum zainteresowania badaczy znajdowały się przede wszystkim:

1. Potrzeby szkoleniowe personelu medycznego pracującego w szpitalach: lekarzy, pielęgniarek, położnych, fizjoterapeutów, techników elektroradiologów, techników medycznych oraz diagnostów laboratoryjnych w opinii w tych pracowników i kadry zarządzającej szpitala.
2. Potrzeby szkoleniowe personelu administracyjnego pracującego w szpitalach: kadry zarządzającej szpitali (dyrektorzy, zastępcy dyrektorów ds. medycznych, administracyjnych, ekonomicznych), osób zatrudnionych na stanowiskach ds. finansowych (np. główni księgowi) w opinii w tych pracowników i kadry zarządzającej szpitala.

### 2.2. Główne założenia i cele badania

Omówiona powyżej potrzeba diagnozy potrzeb szkoleniowych była rozpatrywana z perspektywy samych pracowników zakładów opieki zdrowotnej (zawodów medycznych i niemedyce), jak również z punktu widzenia kadry zarządzającej szpitali oraz osób kierujących pracą oddziału szpitalnego, czyli m.in. ordynatorów oddziałów i pielęgniarek oddziałowych. Opinia pracowników jest cenną informacją dla planowania działań szkoleniowych, ponieważ wiedzą oni, jakich umiejętności im brakuje, z jakich dziedzin chcieliby podnieść swoje kwalifikacje, co ich najbardziej interesuje. Natomiast kadra zarządzająca szpitali ma szerszy ogląd dotyczący niezbędnych umiejętności, które powinny posiadać określone grupy pracowników, aby szpital prawidłowo spełniał swoje zadania.

W związku z powyższym potrzeby szkoleniowe pracowników sektora ochrony zdrowia zostały zdiagnozowane z uwzględnieniem następujących poziomów:

1. Identyfikacja potrzeb szkoleniowych personelu medycznego szpitali z punktu widzenia jego członków/poszczególnych grup zawodowych

2. Identyfikacja potrzeb szkoleniowych personelu medycznego szpitali z punktu widzenia:
  - kadry zarządzającej szpitali (w szczególności w kontekście zapewnienia prawidłowego funkcjonowania szpitali);
  - ordynatorów oddziałów (ewentualnie innych osób kierujących pracą oddziału szpitalnego) oraz pielęgniarek oddziałowych.
3. Identyfikacja potrzeb szkoleniowych kadry zarządzającej szpitali (dyrektorów i dyrektorów ds. administracyjnych/ekonomicznych) oraz pracowników zatrudnionych na stanowiskach ds. finansowych (np. główny księgowy) z punktu widzenia tych osób.

## 2.3. Cele szczegółowe badania

### 1. Identyfikacja deficytowych umiejętności personelu medycznego

Pierwszy cel szczegółowy niniejszego badania ewaluacyjnego sformułowany został jako:

**Identyfikacja deficytowych umiejętności personelu medycznego (w tym umiejętności stricte medycznych np. przeprowadzenia specjalistycznych badań medycznych z wykorzystaniem najnowszych technologii oraz umiejętności tzw. miękkich np. obsługa klienta) = identyfikacja tzw. „luki kompetencyjnej”. Uwzględnione zostaną w tym zakresie:**

- a) zadania stawiane przed personelem medycznym,
- b) warunki pracy,
- c) wymagane kwalifikacje zawodowe.

W ramach przytoczonego powyżej celu sformułowano następujące pytania badawcze:

- a) Jakiego rodzaju umiejętności/kompetencji personel medyczny nie posiada lub posiada w niewystarczającym stopniu?
- b) W jaki sposób ewentualny brak tych umiejętności/kompetencji wpływa na jakość udzielanych świadczeń?
- c) Na nabycie jakich umiejętności/kompetencji powinny być ukierunkowane ewentualne szkolenia?

Potrzeby szkoleniowe personelu medycznego były analizowane dwukierunkowo – identyfikowane były zarówno braki/luki kompetencyjne o charakterze medycznym, np. brak umiejętności przeprowadzenia specjalistycznych badań medycznych z wykorzystaniem najnowszych technologii, jak i niemedycznym (np. tzw. kompetencje miękkie związane m.in. z relacjami z pacjentem). Analiza deficytowych umiejętności została dokonana z uwzględnieniem zadań stawianych przed personelem medycznym, warunków pracy oraz wymaganych kwalifikacji zawodowych.

Pomiar został dokonany poprzez pytania zawarte w ankiecie internetowej oraz na podstawie analizy dokumentów.

### 2. Identyfikacja grup pracowników szpitali o niskich kwalifikacjach zawodowych

Drugi cel szczegółowy niniejszego badania brzmiał:

**Identyfikacja grup pracowników szpitali o niskich kwalifikacjach zawodowych, ocena skali tego zjawiska (w szczególności w kontekście ewentualnego zagrożenia utratą zatrudnienia) oraz identyfikacja potrzeb szkoleniowych tych grup pracowników.**

W ramach wymienionego powyżej celu sformułowano następujące pytania badawcze:

- a) Wśród jakich grup pracowników zatrudnionych w szpitalach w największym stopniu uwidacznia się brak kwalifikacji zawodowych?
- b) Jakie grupy pracowników szpitali przez brak kwalifikacji zawodowych są najbardziej narażone na utratę zatrudnienia?

- c) Z jakich obszarów tematycznych/w zakresie jakich umiejętności w pierwszej kolejności należy przeszkolić tych pracowników?
- d) Jakie są najbardziej oczekiwane formy/tryb podnoszenia kwalifikacji przez tych pracowników?

Poznanie zbiorowości osób, które w największym stopniu są zagrożone utratą pracy, pozwoli na odpowiednie przygotowanie oferty szkoleniowej, a zatem skierowanie wysiłków, aby zatrudniona kadra była jak najlepiej przeszkolona, a jej potencjał odpowiednio wykorzystany.

### 3. Identyfikacja potrzeb szkoleniowych personelu medycznego

Trzeci cel szczegółowy badania sformułowano jako:

#### **Identyfikacja potrzeb szkoleniowych personelu medycznego z uwzględnieniem:**

- a) trendów demograficznych oraz epidemiologicznych występujących w polskim społeczeństwie,**
- b) potrzeb w zakresie kształcenia specjalistycznego oraz w zakresie deficytowych umiejętności węższego typu.**

W ramach przytoczonego celu sformułowano następujące pytania badawcze:

- a) Jakie są priorytetowe potrzeby szkoleniowe personelu medycznego?
- b) Z jakich obszarów tematycznych/w zakresie jakich umiejętności należy w pierwszej kolejności przeszkolić poszczególne grupy personelu medycznego?
- c) Jakie są najbardziej oczekiwane formy/tryb podnoszenia kwalifikacji przez członków personelu medycznego?
- d) Czy istnieją bariery w dostępie do szkoleń? Jeśli tak, jakie są ich przyczyny? Jakie są możliwości eliminacji takich przeszkód?

Trendy epidemiologiczne świadczą o częstotliwości i dynamice występowania różnych stanów zdrowotnych w populacji (fizjologicznych i patologicznych) oraz o czynnikach i warunkach związanych z ich występowaniem. Przez rozpoznawanie sytuacji zdrowotnej grup populacyjnych można uzyskać informację na temat głównych zagrożeń i podjąć właściwe decyzje, a także opracować zasady profilaktyki. W niniejszym raporcie dokonano oceny, czy potrzeby szkoleniowe zgłaszane przez personel medyczny odpowiadają trendom epidemiologicznym występującym w polskim społeczeństwie, co pozwoli w rezultacie na pełniejsze zidentyfikowanie potrzeb szkoleniowych, również pod kątem aktualnych i przyszłych zagrożeń zdrowotnych.

Trendy demograficzne z kolei pozwalają na ocenę zmian w populacji ludności Polski. W ostatnich latach w Polsce obserwuje się istotne przemiany demograficzne związane głównie ze spadkiem płodności kobiet, wydłużaniem się średniej wieku, w którym kobiety zostają matkami, rosnącą liczbą kobiet bezdzietnych, wydłużaniem się przeciętnego trwania życia, co powoduje postępujący proces starzenia się polskiego społeczeństwa. Jednocześnie obserwuje się wzmożony ruch Polaków w celach zawodowych i turystycznych, jak również napływ cudzoziemców do naszego kraju, głównie w poszukiwaniu pracy (otwarcie rynków). W raporcie podjęta zostanie próba określenia wpływu zmian demograficznych na usługi medyczne w Polsce oraz zestawienie ich z potrzebami w zakresie potrzeb szkoleniowych personelu medycznego. Określenie wpływu aktualnych i oczekiwanych trendów w procesach demograficznych na zapotrzebowanie na usługi medyczne pozwoli to na identyfikację potrzeb szkoleniowych personelu medycznego w tym zakresie.

Identyfikacja potrzeb szkoleniowych uwzględnia zarówno potrzeby w zakresie kształcenia specjalistycznego, jak i w zakresie deficytowych umiejętności węższego typu.

Zidentyfikowane trendy epidemiologiczne, podobnie jak trendy demograficzne, w zestawieniu z analizami wyników płynących z badania, posłużyły znalezieniu odpowiedzi na pytanie:

Czy potrzeby szkoleniowe zgłaszane przez służby medyczne odpowiadają trendom demograficznym oraz epidemiologicznym występującym w społeczeństwie polskim?

Kolejnym celem badania była identyfikacja najbardziej potrzebnych specjalizacji lekarskich, w oparciu o przeprowadzone na podstawie wyników badania analizy.

Poniżej przedstawiono wykaz specjalności lekarskich i lekarsko-dentystycznych:

1. Anestezjologia i intensywne terapie
2. Audiologia i foniatryka
3. Chirurgia dziecięca
4. Chirurgia klatki piersiowej
5. Chirurgia ogólna
6. Chirurgia szczękowo-twarzowa
7. Choroby wewnętrzne
8. Choroby zakaźne
9. Dermatologia i wenerologia
10. Diagnostyka laboratoryjna
11. Epidemiologia
12. Genetyka kliniczna
13. Kardiochirurgia
14. Medycyna nuklearna
15. Medycyna pracy
16. Medycyna ratunkowa
17. Medycyna rodzinna
18. Medycyna sądowa
19. Medycyna transportu
20. Mikrobiologia lekarska
21. Neonatologia
22. Neurochirurgia
23. Neurologia
24. Okulistyka
25. Onkologia kliniczna
26. Ortopedia i traumatologia narządu ruchu
27. Otorinolaryngologia
28. Patomorfologia
29. Pediatria
30. Położnictwo i ginekologia
31. Psychiatria
32. Psychiatria dzieci i młodzieży

33. Radiologia i diagnostyka obrazowa
34. Radioterapia onkologiczna
35. Rehabilitacja medyczna
36. Urologia
37. Zdrowie publiczne
38. Alergologia
39. Angiologia
40. Balneologia i medycyna fizykalna
41. Chirurgia naczyniowa
42. Chirurgia onkologiczna
43. Chirurgia plastyczna
44. Choroby płuc
45. Diabetologia
46. Endokrynologia
47. Farmakologia kliniczna
48. Gastroenterologia
49. Geriatria
50. Ginekologia onkologiczna
51. Hematologia
52. Hipertensjologia
53. Immunologia kliniczna
54. Kardiologia
55. Kardiologia dziecięca
56. Medycyna paliatywna
57. Medycyna sportowa
58. Nefrologia
59. Neurologia dziecięca
60. Neuropatologia
61. Onkologia i hematologia dziecięca
62. Otorinolaryngologia dziecięca
63. Reumatologia
64. Seksuologia
65. Toksykologia kliniczna
66. Transfuzjologia kliniczna
67. Transplantologia kliniczna
68. Urologia dziecięca

Wykaz specjalności lekarsko-dentystycznych w podstawowych dziedzinach medycyny:

1. Chirurgia stomatologiczna
2. Chirurgia szczękowo-twarzowa
3. Ortodoncja
4. Periodontologia
5. Protetyka stomatologiczna
6. Stomatologia dziecięca
7. Stomatologia zachowawcza z endodoncją
8. Zdrowie publiczne
9. Epidemiologia

Za priorytetowe uważane są następujące dziedziny medycyny<sup>4</sup>:

1. Anestezjologia i intensywne terapie
2. Chirurgia onkologiczna
3. Epidemiologia
4. Geriatria
5. Ginekologia onkologiczna
6. Kardiologia
7. Kardiologia dziecięca
8. Medycyna pracy
9. Medycyna ratunkowa
10. Medycyna rodzinna
11. Neonatologia
12. Neurologia dziecięca
13. Onkologia kliniczna
14. Onkologia i hematologia dziecięca
15. Ortopedia i traumatologia narządów ruchu
16. Patomorfologia
17. Pediatria
18. Radiologia i diagnostyka obrazowa
19. Radioterapia onkologiczna
20. Rehabilitacja medyczna
21. Stomatologia dziecięca

Deficytowe umiejętności węższego typu będą rozumiane jako:

**określone kwalifikacje i kompetencje zawodowe, mające zastosowanie w systemie ochrony zdrowia oraz zabezpieczenia społecznego, obejmujące część zakresu danej dziedziny medycyny albo kilku dziedzin medycyny lub będące umiejętnością udzielania określonego świadczenia zdrowotnego.**

---

<sup>4</sup> Źródło: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 maja 2009 r. w sprawie uznania dziedzin medycyny za priorytetowe.

Umiejętności węższego typu mają zatem węższy zakres niż specjalizacja. Do umiejętności takich można zaliczyć<sup>5</sup>:

1. Anatomię kliniczną
2. Andrologię
3. Angiologię inwazyjną
4. Bankowanie tkanek i komórek
5. Bronchoskopię
6. Chirurgię jelita grubego
7. Chirurgię ręki
8. Chirurgiczne leczenie otyłości
9. Cytologię ginekologiczną i kolposkopię
10. Diagnostykę i terapię płodu
11. Diagnostykę mikrokrążenia
12. Echokardiografię
13. Echokardiografię prenatalną
14. Endoskopię przewodu pokarmowego
15. Endoskopię w położnictwie i ginekologii
16. Epidemiologię szpitalną
17. Ginekologię dziewczęcą
18. Genetykę onkologiczną
19. Hepatologię
20. Implantologię stomatologiczną
21. Inwazyjną Elektrofizjologię i Elektroterapię Kardiologiczną
22. Kardiologię interwencyjną
23. Kardiologię inwazyjną
24. Koordynację pobierania i przeszczepiania narządów
25. Laparoskopię urologiczną
26. Leczenie oparzeń
27. Leczenie żywieniowe
28. Mikrochirurgię
29. Medycynę bólu
30. Medycynę hiperbaryczną
31. Medycynę lotniczą
32. Medycynę manualną
33. Medycynę morską i tropikalną
34. Medycynę prewencyjną i przeciwstarzeniową
35. Medycynę rozrodu
36. Neurofizjologię kliniczną

---

<sup>5</sup> Definicja oraz lista umiejętności – źródło: projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9.03.2009 r. w sprawie umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych, Załącznik nr 1 Wykaz umiejętności. Przytoczona powyżej definicja przyjęta została dla celów niniejszego badania na podstawie projektu rozporządzenia istniejącego w momencie tworzenia ostatecznego projektu badania. Natomiast definicja znajdująca się w projekcie przyjętym w 2011 r. przez KSRM i przekazanym pod obrany Rady Ministrów nieco się różni i brzmi: „określone kwalifikacje i kompetencje zawodowe, obejmujące część zakresu danej dziedziny medycyny albo kilku dziedzin medycyny lub będące umiejętnością udzielania określonego świadczenia zdrowotnego” (źródło: <http://bip.mz.gov.pl/index?mr=m12091&ms=&ml=pl&mi=209&mx=0&mt=&my=573&ma=181181>)

37. Neuroultrasonografię
38. Ogólną diagnostykę ultrasonograficzną
39. Onkologię urologiczną
40. Organizację ochrony zdrowia wojsk
41. Ortotykę i protetykę narządu ruchu
42. Orzecznictwo lekarskie
43. Orzecznictwo sportowo-lekarskie
44. Pediatrię metaboliczną
45. Pediatryczną medycynę paliatywną
46. Psychiatrię sądową
47. Radiologię szczękowo-twarzową
48. Radiologię zabiegową
49. Rehabilitację narządu ruchu
50. Rehabilitację neurologiczną
51. Rehabilitację w chorobach wewnętrznych
52. Rehabilitację wieku rozwojowego
53. Rehabilitację narządów zmysłu
54. Uroginekologię
55. Ultrasonografię ginekologiczno-położniczą
56. Uroultrasonografię
57. Rehabilitację medyczną

#### 4. Identyfikacja potrzeb szkoleniowych pracowników szpitali wykonujących zawody niemedyczne

Czwarty cel szczegółowy badania został sformułowany jako:

**Identyfikacja potrzeb szkoleniowych pracowników szpitali wykonujących zawody niemedyczne, tj. dyrektorów szpitali, dyrektorów do spraw administracyjnych/ekonomicznych oraz osób zatrudnionych na stanowiskach ds. finansowych (np. główny księgowy).**

W ramach niniejszego celu badawczego postawiono następujące pytania:

- a) Jakie są potrzeby szkoleniowe pracowników szpitali wykonujących zawody niemedyczne?
- b) Z jakich obszarów tematycznych/w zakresie jakich umiejętności w pierwszej kolejności należy przeszkolić kadrę zarządzającą ZOZ?
- c) Z jakich obszarów tematycznych/w zakresie jakich umiejętności w pierwszej kolejności należy przeszkolić pracowników pionów administracyjnych szpitali (dyrektorów ds. administracyjnych/ekonomicznych oraz osoby zatrudnione na stanowiskach ds. finansowych)?
- d) Jakie są najbardziej oczekiwane formy/tryb podnoszenia kwalifikacji przez kadrę zarządzającą szpitali oraz pracowników pionów administracyjnych?
- e) Czy istnieją bariery w dostępie do szkoleń? Jeśli tak, jakie są ich przyczyny? Jakie są możliwości eliminacji takich przeszkód?

#### 5. Priorytetyzacja zidentyfikowanych potrzeb szkoleniowych

Piąty cel szczegółowy niniejszego badania określono jako:

**Dokonanie priorytetyzacji potrzeb szkoleniowych pracowników szpitali (personelu medycznego i niemedycznego) z punktu widzenia jak największego przyczynienia się do zrealizowania celu Działania 2.3 PO KL, jakim jest poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.**

W ramach przytoczonego celu postawiono następujące pytanie badawcze:

Zrealizowanie których ze zdiagnozowanych w trakcie badania potrzeb szkoleniowych w największym stopniu wpłynęłoby na osiągnięcie celu Działania 2.3 PO KL, jakim jest poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia?

### 6. Trwałość i efektywność rezultatów szkoleń

Szósty cel szczegółowy badania określony został jako:

**Zaproponowanie rozwiązań szkoleniowych zapewniających osiągnięcie jak najlepszych i najtrwalszych rezultatów (w stosunku do celu Działania 2.3 PO KL) przy nakładzie jak najmniejszych środków.**

W ramach niniejszego celu postawiono następujące pytania badawcze:

- a) Zrealizowanie których ze zdiagnozowanych w trakcie badania potrzeb szkoleniowych byłoby najbardziej efektywne?
- b) Zrealizowanie których ze zdiagnozowanych w trakcie badania potrzeb szkoleniowych przyniosłoby najtrwalsze rezultaty?

## 3. METODOLOGIA BADANIA

W celu osiągnięcia jak najbardziej rzetelnych i wyczerpujących informacji badanie zrealizowano wykorzystując różne techniki i narzędzia badawcze służące gromadzeniu danych. Posłużono się kwestionariuszem ankiety wypełnianej samodzielnie przez respondenta z wykorzystaniem Internetu, kwestionariuszem wywiadu skierowanym do ekspertów w danej dziedzinie, analizą ekspercką oraz analizą dokumentów.

Pogłębione wywiady miały na celu uzyskanie szerokiej informacji na temat analizowanych zmiennych, które wykorzystano do sporządzenia ankiet dla poszczególnych grup respondentów. Zastosowano nowoczesne narzędzia badania opinii z użyciem internetowej transmisji danych.

### Definicja podmiotu objętego badaniem

Dla celów niniejszego badania przyjęto, że szpitalem jest każdy, zarówno publiczny jak i niepubliczny, Zakład Opieki Zdrowotnej o charakterze stacjonarnym, sprawującym całodobową opiekę nad pacjentem.

### 3.1. Badanie ankietowe CAWI

Badanie z wykorzystaniem ankiety internetowej jest metodą badawczą służącą do zbierania danych ilościowych od dużej zbiorowości respondentów stanowiących próbę badawczą. Osoby wylosowane do badania mogą znajdować się w dowolnym miejscu pod względem geograficznym, warunkiem jest jednak posiadanie komputera z dostępem do Internetu. Dobrą stroną wykorzystania ankiety internetowej jest ograniczenie czasu i kosztów przygotowania badania oraz jego realizacji w terenie, a także przygotowania danych do analizy. Ponadto istnieje możliwość bieżącego obserwowania przebiegu badania, co ułatwia zarządzanie i kontrolę realizacji próby. Uczestnicy badania mają większe poczucie anonimowości, nie występuje w tym przypadku tzw. efekt ankietera, co z kolei ułatwia ankietowanym odpowiedzi na pytania trudne czy drażliwe. Termin wypełnienia ankiety staje się dogodny dla respondenta, gdyż w momencie kiedy ma on czas wolny ma możliwość dostępu do ankiety i odpowiedzi na jej pytania.

Ankieta CAWI, za pomocą której przeprowadzono badanie, zawiera pytania zamknięte, pytania otwarte oraz pytania półotwarte. Do udziału w badaniu Zamawiający wskazał personel medyczny oraz niemedyczny szpitali, tj. dyrektorów oraz dyrektorów ds. administracyjnych/ekonomicznych, pracowników ds. finansowych, ordynatorów oddziałów szpitalnych, pielęgniarki oddziałowe, lekarzy, pielęgniarki, techników elektroradiologów, techników medycznych, położne, fizjoterapeutów, diagnostów laboratoryjnych.

Próba do badania ilościowego została dobrana w sposób losowo-warstwowy. Warstwy stanowiły województwa oraz rodzaje szpitali (szpitale wojewódzkie, powiatowe, miejskie, kliniczne, jednostki badawczo-rozwojowe, inne).

W ten sposób zapewniono reprezentatywność próby badanej zarówno dla obszaru całego kraju, jak również struktury zatrudnienia w szpitalach. Ze względów metodologicznych pominięto niektóre grupy pracowników szpitali zróżnicowane pod względem ich reprezentacji w szpitalach, jak również kwalifikacji, w tym np. epidemiologów szpitalnych, farmaceutów szpitalnych, pracowników pionów nadzoru nad jakością, pracowników sterylizacji. Eksperti z zakresu demografii i epidemiologii nie brali udziału w procesie tworzenia ankiety, natomiast była ona konsultowana z przedstawicielami Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego i Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych oraz testowana wśród pracowników jednego z warszawskich szpitali.

### **Wielkość próby i charakterystyka badanej zbiorowości:**

W ramach niniejszego badania zebrano następującą liczbę wypełnionych ankiet:

- a. dyrektorzy/kierownictwo szpitali w Polsce – 468 ankiet
- b. dyrektorzy ds. administracyjnych/ekonomicznych szpitali w Polsce – 350 ankiet
- c. osoby zatrudnione na stanowisku ds. finansowych w szpitalach w Polsce (np. główny księgowy) – 350 ankiet
- d. ordynatorzy oddziałów szpitalnych lub inne osoby kierujące pracą oddziału szpitalnego – 476 ankiet
- e. pielęgniarki oddziałowe – 747 ankiet
- f. lekarze – 1085 ankiet
- g. pielęgniarki – 2516 ankiet
- h. położne – 339 ankiet
- i. fizjoterapeuci – 420 ankiet
- j. technicy elektroradiolodzy – 154 ankiety
- k. technicy medyczni – 239 ankiet
- l. diagności laboratoryjni – 325 ankiet

Jak wynika z powyższych danych, w sumie zebrano wypełnionych 7 465 ankiet.

## **3.2. Indywidualne wywiady pogłębione**

Badanie IDI jest stosowane jako uzupełnienie innych metod badawczych. Ma na celu pogłębienie wiedzy o badanym zjawisku oraz dotarcie do precyzyjnych informacji. W trakcie wywiadu indywidualnego podejmowane są pytania badawcze o charakterze eksploracyjnym, próby wyjaśniania i zrozumienia zjawisk, motywacji, postaw, zachowań. Wywiady pogłębione prowadzone są przez wyspecjalizowanych badaczy o nastawieniu psychologicznym, którzy umiejętnie wprowadzają kolejne tematy rozmowy, odpowiednio ukierunkowują wypowiedź respondenta, pomagają w ujawnianiu przekonań, opinii, postaw. Przebieg indywidualnego wywiadu pogłębionego jest zazwyczaj rejestrowany na kasetach audio lub video, a podstawą interpretacji wyników staje się pogłębiona analiza informacji uzyskanych w całej serii niezależnych wywiadów. Wywiady indywidualne prowadzone są zwykle w przypadkach trudnej dostępności określonego rodzaju respondentów, bądź w sytuacjach, gdy podejmowane zagadnienia mają charakter drażliwy, kontrowersyjny, intymny.<sup>6</sup>

W niniejszym badaniu ewaluacyjnym IDI zostały zastosowane w dwóch kontekstach:

- na początkowym etapie realizacji badania – w celu skonstruowania prawidłowych kwestionariuszy ankiet,
- po zebraniu i przeanalizowaniu materiału informacyjnego pochodzącego z badania CAWI – w celu odpowiedzi na część pytań badawczych. W tym przypadku dane ilościowe uzyskiwane za pomocą metody ankiety internetowej zostały uzupełnione o informacje jakościowe pochodzące z indywidualnych wywiadów pogłębionych.

<sup>6</sup> <http://www.pentor.pl/17014.xml>

Badanie realizowane z wykorzystaniem techniki IDI miało na celu poszerzenie kontekstu badawczego o informacje o charakterze jakościowym, które mogą być kluczowe dla zrozumienia opisu badanych zjawisk i procesów zaprezentowanych w analizie danych ilościowych.

Jeden wywiad pogłębiony trwał od ok. pół do ok. półtorej godziny, zależnie od ilości istotnych dla niniejszego badania informacji, w posiadaniu których byli poszczególni respondenci. Wszystkie wywiady były nagrywane, transkrypcje zostały wykorzystane przez ewaluatorów w pracy badawczej, natomiast same nagrania niezwłocznie po dokonaniu transkrypcji zniszczone.

Wywiady indywidualne przeprowadzono z następującymi osobami:

- przedstawiciele personelu szpitali – 8 IDI,
- ekspert ds. epidemiologicznych – 1 IDI,
- ekspert ds. demograficznych – 1 IDI.

Respondentów do próby dobierano w sposób celowy, tak, aby wybrane zostały osoby posiadające największą wiedzę w interesującym badacza przedmiocie. W sumie zrealizowano 10 indywidualnych wywiadów pogłębionych.

Wymaganiem Zamawiającego badanie było, aby na eksperta ds. epidemiologicznych wybrana została osoba<sup>7</sup>, która posiada stopień naukowy doktora nauk medycznych i jest specjalistą w dziedzinie epidemiologii oraz posiada udokumentowaną działalność naukową w obszarze epidemiologii, tzn. jest autorem lub współautorem co najmniej 3 publikacji (tj. utworów opublikowanych w formie artykułu w czasopiśmie lub w formie książkowej, opisujących badania i wynikające z nich wnioski, lub zbierających w formie przeglądu wnioski z wcześniej opublikowanych prac) poświęconych problematyce wpływu czynników środowiskowych na występowanie chorób w populacji lub wpływających na stan zdrowia ludności Polski.

Natomiast ekspertem ds. demograficznych mogła zostać osoba<sup>8</sup> legitymująca się stopniem naukowym doktora oraz udokumentowaną działalnością naukową w obszarze demografii Polski, tzn. będąca autorem lub współautorem co najmniej 3 publikacji (tj. utworów opublikowanych w formie artykułu w czasopiśmie lub w formie książkowej) poświęconych problematyce zmian demograficznych w Polsce oraz współautorem co najmniej 3 raportów poświęconych problematyce zmian demograficznych w Polsce.

### 3.3. Analiza ekspercka

Informacje zebrane za pomocą ankiet internetowych zostały opracowane przy pomocy programu statystycznego, a następnie poddane analizie przez ww. eksperta ds. demograficznych oraz eksperta ds. epidemiologicznych. Przedmiotem ekspertyz, stanowiących załączniki do niniejszego raportu, jest analiza otrzymanych wyników badania pod kątem występujących aktualnie w polskim społeczeństwie **trendów demograficznych oraz trendów epidemiologicznych**.

### 3.4. Analiza dokumentów

W niniejszym opracowaniu skupiono się na analizie przepisów prawnych regulujących kwestie związane ze szkoleniami personelu zatrudnionego w ZOZ-ach oraz dokumentach traktujących o demograficznych i epidemiologicznych zmianach, dokonujących się w polskim społeczeństwie. Wykaz przeanalizowanych dokumentów znajduje się poniżej:

1. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015. Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r.
2. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty z dnia 5 grudnia 1996 r. (Dz. U. z 1997 r. Nr 28, poz. 152) ze zmianami.

<sup>7</sup> dr Paweł Grzesiowski, nota biograficzna zob. ekspertyza z zakresu epidemiologii, stanowiąca załącznik do niniejszego raportu.

<sup>8</sup> dr Aneta Ptak-Chmielewska, nota biograficzna zob. ekspertyza z zakresu demografii, stanowiąca załącznik do niniejszego raportu.

3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 marca 2004 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza stomatologa (Dz. U. Nr 57 poz. 553 z 2004 r.) ze zmianami.
4. Projekt ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry – wersja przekazana na Radę Ministrów; źródło: <http://bip.mz.gov.pl/index?mr=m12091&ms=&ml=pl&mi=209&mx=0&mt=&my=573&ma=18118>
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne, oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 197, poz. 1922 z dnia 21 listopada 2003 r.) ze zmianami.
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. Nr 213 poz. 1779) ze zmianami.
7. Ustawa z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz. U. Nr 100 poz. 1083) ze zmianami.
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 kwietnia 2004 r. w sprawie specjalizacji i uzyskiwania tytułu specjalisty przez diagnostów laboratoryjnych (Dz. U. Nr 126, poz. 1319) ze zmianami.
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2004 r. w sprawie kształcenia podyplomowego w zakresie analityki medycznej (Dz. U. Nr 269, poz. 2680).
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30.09.2002 r. w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 173 poz. 1419) ze zmianami.
11. Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 91, poz. 410) ze zmianami.
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 197, poz. 1923).
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 197, poz. 1922) ze zmianami.
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz. 1540).
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 września 1997 r. w sprawie zadań służby medycyny pracy, których wykonywanie przez pielęgniarki wymaga dodatkowych kwalifikacji, rodzaju i trybu uzyskiwania tych kwalifikacji (Dz. U. Nr 124, poz. 796).
16. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2005 r., Nr 179, poz. 1485 z późn. zm.).
17. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 22 marca 2011 r. w sprawie Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii na lata 2011–2016 (Dz. U. Nr 78, poz. 428).
18. Ustawa z dnia 26 października 1982 o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałania alkoholizmowi (Dz. U. z 2007 r. Nr 70, poz. 473 z późn. zm.).
19. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” (Dz. U. z 2005 r. Nr 143, poz. 1200 z późn. zm.).
20. Ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz.U. z 1996 r. Nr 10, poz. 55 z późn. zm.).
21. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 13 września 2005 r. w sprawie Krajowego Programu Zwalczania AIDS i Zapobiegania Zakażeniom HIV (Dz. U. z 2005 r. Nr 189, poz. 1590).
22. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2010 r. Nr 187, poz. 1259).

23. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2008 r., Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.).
24. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2004 r., Nr 210 poz. 2135 z późn. zm.).
25. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2008 roku w sprawie przekazywania informacji o programach zdrowotnych oraz wzoru dokumentu zawierającego te informacje (Dz. U. z 2008 r. Nr 163, poz. 1024).
26. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2010 r. w sprawie Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych (Dz. Urz. MZ Nr 9, poz. 53).
27. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408) i ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 104, poz. 661) ze zmianami.
28. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2010 r. w sprawie Centrum Egzaminów Medycznych (Dz. Urz. MZ Nr 9, poz. 55).
29. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 52, poz. 419),
30. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2009 r. – Przepisy wprowadzające ustawę o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta, ustawę o akredytacji w ochronie zdrowia oraz ustawę o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 76, poz. 641).
31. Zapis stenograficzny z przebiegu spotkania zespołu „Solidarne społeczeństwo, bezpieczna rodzina” i debaty o kształceniu personelu medycznego w ramach Forum Debaty Publicznej w dniu 15 grudnia 2010 r.
32. Specjalizacje deficytowe podane w myśl rozporządzenia ministra zdrowia Dz. U. 2009. Nr 84 poz. 709; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 maja 2009 r. w sprawie uznania dziedzin medycyny za priorytetowe.
33. Nowe trendy w medycynie. Autor: Agnieszka Piotrowska. Lekarz 4/2010, str. 5.
34. Wytyczne (Rekomendacje) Rec (2003) 24 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich dotyczące organizacji opieki paliatywnej. Przyjęte przez Komitet Ministrów 12 listopada 2003 r. na 860 konferencji Zastępców Ministrów.
35. Dostępność świadczeń zdrowotnych w opinii Polaków. Raport z badań. Warszawa 2006. Badanie przeprowadzono na zlecenie Ministerstwa Zdrowia.
36. Ocena możliwości osiągnięcia wskaźnika rezultatu w projekcie pn. wsparcie procesu akredytacji zakładów opieki zdrowotnej, realizowanego w ramach działania 2.3. POKL, Kutno, czerwiec 2011. Badanie przeprowadzono na zlecenie Ministerstwa Zdrowia.
37. Projekt Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22.04.2009 r. w sprawie uznania dziedzin medycyny za priorytetowe.
38. Czynniki zwiększające bezpieczeństwo podczas zabiegów szpitalnych. Badanie wśród szpitalnego personelu medycznego. Warszawa, 06.06.2011.
39. Sytuacja zdrowotna ludności Polski (red.) B. Wojtyniak, P. Goryński, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny; Warszawa 2008.
40. Problemy zdrowotne i demograficzne społeczeństwa polskiego a rodzaje zadań w zakresie edukacji zdrowotnej, H. Pieciewicz-Szczęsna, I. D. Karwat; Zdr. Publ. 2010; 120(3): 295–299.

## 4. WYNIKI BADANIA

### 4.1. Struktura próby

W badaniu wzięło udział łącznie 7465 respondentów, w tym: 468 dyrektorów/kierowników, 350 dyrektorów administracyjnych, 476 ordynatorów/kierowników oddziałów, 747 pielęgniarek oddziałowych, 1085 lekarzy (lekarzy bez specjalizacji – 307, lekarzy ze specjalizacją I stopnia – 104, lekarzy ze specjalizacją II stopnia – 665, lekarzy dentystów

bez specjalizacji – 4, a lekarzy dentystów ze specjalizacją – 5), 2516 pielęgniarek, 339 położnych, 420 fizjoterapeutów, 239 techników medycznych, 325 diagnostów laboratoryjnych, 154 techników elektroradiologów, 350 osób zatrudnionych na stanowiskach ds. finansowych.

W trakcie udziału w badaniu respondenci nie byli ze sobą powiązani w żaden sposób, nie znali swoich odpowiedzi, nawet jeśli pracowali w tym samym szpitalu. Takie skonstruowanie badania pozwala uznać powyższe próby za ilościowo i strukturalnie niezależne i umożliwia analizy trendów bez konieczności oceny zależności międzygrupowych.

## 4.2. Identyfikacja potrzeb szkoleniowych pracowników szpitali – osobiste potrzeby w zakresie szkoleń

### 1. Potrzeby szkoleniowe dyrektorów/kierowników

#### **Częstotliwość uczestniczenia w szkoleniach**

Dyrektorzy doskonalą swoje umiejętności zawodowe zazwyczaj od jednego do trzech razy w roku (49%). W szkoleniach odbywających się więcej niż cztery razy w roku dokształca się 40% z nich. (Patrz Tabela nr 1).<sup>9</sup>

#### **Finansowanie szkoleń**

Co drugi dyrektor uczestniczy w szkoleniach finansowanych w całości przez ZOZ, w którym pracuje. 37% przyznaje, że szkolenia finansuje we własnym zakresie, a 32% osób szkolenia dofinansowuje ZOZ. (Patrz Tabela nr 3).

#### **Doskonalenie umiejętności**

Dyrektorzy chcieliby doskonalić swoje umiejętności przede wszystkim w dziedzinie prawodawstwa z zakresu ochrony zdrowia (43%), ekonomii menedżerskiej (40%), stosowania przepisów ustawy z dnia 18 marca 2011 r. o działalności leczniczej (35%) oraz organizacji i zarządzania placówkami opieki zdrowotnej (34%). (Patrz Tabela nr 4, Wykres 1).

**Wykres 1. Najczęściej wybierane obszary doskonalenia umiejętności dyrektorów\***



\* Respondenci mogli wybierać maksymalnie 7 odpowiedzi, dlatego wyniki nie sumują się do 100%

Co drugi dyrektor chciałby doskonalić na kursach umiejętności kierowania zespołem. 47% z nich preferuje szkolenia z technik negocjacji, 36% – z zarządzania czasem oraz efektywnej komunikacji. Radzenie sobie ze stresem oraz przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu interesuje 34% badanych, a język obcy ze słownictwem medycznym – 30%. (Patrz Tabela nr 12). Dyrektorzy zgłaszają również zapotrzebowanie na szkolenia z języka angielskiego – niemal

<sup>9</sup> Tabele przedstawiające wyniki badań stanowią załączniki do niniejszego raportu.

wszyscy badani, którzy jednocześnie wykazali zainteresowanie kształceniem języka angielskiego. Mniejsza liczba osób chciałaby się uczyć języka niemieckiego (31%), pozostałe języki wymienia niewielki odsetek badanych. (Patrz Tabela nr 13).

Dyrektorom, jak sami wskazują, brakuje umiejętności radzenia sobie z trudnym pacjentem, roszczeniowością pacjentów oraz z agresją ze strony pacjenta. Brakuje też znajomości aktualnych przepisów prawnych oraz umiejętności interpretacji aktów prawnych<sup>10</sup>. Zaskakującym może się wydawać fakt, iż 50 % ankietowanych dyrektorów deklaruje potrzebę udziału w szkoleniach z zakresu podniesienia umiejętności zarządzania zespołem.

Dlatego też, zdaniem dyrektorów, ważne jest uzupełnienie przede wszystkim znajomości nowego prawa medycznego, umiejętności delegowania zadań i egzekwowania prawidłowej ich realizacji oraz decyzyjności – czyli umiejętności z zakresu zarządzania.

Powyższe informacje są zgodne z obserwowanymi trendami w sektorze ochrony zdrowia obejmującymi głębokie zmiany w systemie prawnym i finansów publicznych, a także organizacją ochrony zdrowia. Ważną obserwacją jest sygnalizowany problem ze wzrastającą roszczeniowością pacjentów i ich agresywnymi postawami. Zjawiska te odzwierciedlają zmieniające się postawy i modele zachowań w całym społeczeństwie. Dlatego za najpilniejsze należy uznać potrzeby szkoleń w zakresie nowego prawa medycznego, umiejętności postępowania z pacjentami roszczeniowymi, umiejętności zarządzania zespołem oraz kursy językowe.

### **Preferowana forma szkoleń**

Opisywana grupa zawodowa (tj. dyrektorzy/kierownicy szpitali) podejmuje działania, by się dokształcać. W tym celu w ciągu ostatniego roku z różnych form szkoleń skorzystała większość dyrektorów (88%). W szkoleniach nie uczestniczyło jedynie dziesięć na sto osób. (Patrz Tabela nr 2). Najbardziej odpowiednią formą szkoleń są według dyrektorów warsztaty (55%). 55% dyrektorów preferuje szkolenia stacjonarne, w tym 44% wybiera kształcenie na studiach podyplomowych. (Patrz Tabela nr 14).

Najczęściej wskazywana forma organizacji szkoleń to szkolenia organizowane w jeden weekend (46%) lub w dni powszednie (44%). Mniej osób zdecydowałoby się na szkolenia cykliczne (40%). (Patrz Tabela nr 15).

Podkreślić należy fakt, że dotychczas z internetowej formy szkoleń korzystała niemal jedna trzecia dyrektorów. Takiego doświadczenia nie ma natomiast aż dwie trzecie badanych. (Patrz Tabela nr 20). Na szkolenie z wykorzystaniem Internetu zdecydowałoby się 67% dyrektorów. Do takiej formy szkoleń nie jest przekonanych 23% badanych. (Patrz Tabela nr 21).

W ocenie dyrektorów, ZOZ-y którymi kierują, są wyposażone w sprzęt umożliwiający szkolenia e-learningowe (87%). Natomiast 11% ZOZ-ów – w opinii ich dyrektorów – nie ma takiej możliwości. (Patrz Tabela nr 22).

Jak wynika z powyższych obserwacji, dyrektorzy są otwarci na szkolenia internetowe, mimo że nie jest to jeszcze metoda popularna i dobrze im znana. W ostatnich latach obserwuje się znaczący wzrost zainteresowania e-learningiem i warto zachęcić do takiej formy szkoleń. Jest to forma wygodna, nie wymaga zaangażowania dużej ilości czasu, pozwala na elastyczne dostosowanie zarówno czasu nauki, jak i warunków technicznych. Aż 87% ZOZ-ów, jak wspomniano, nie ma problemu ze zorganizowaniem zaplecza do tego typu szkoleń. Organizacja czasu ma ogromne znaczenie i jego efektywne wykorzystanie jest priorytetowe. Rekomenduje się więc wykorzystanie takiej formy kształcenia w przypadku szkoleń dających takie możliwości nauki. Zwłaszcza, że na taką formę zdecydowałoby się aż 2/3 dyrektorów.

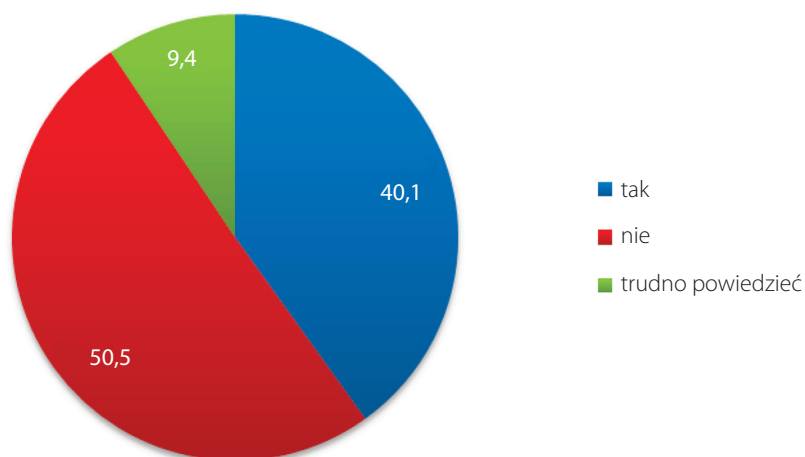
### **Trudności związane z uczestnictwem w szkoleniach**

Czterech na dziesięciu dyrektorów doświadczyło utrudnień związanych z uczestnictwem w szkoleniu. (Patrz Tabela nr 17, Wykres 2). I tak, do rezygnacji ze szkolenia było zmuszonych 90% dyrektorów, z czego 79% – więcej niż raz (Patrz Tabela nr 19). Wśród trudności wymieniano: problemy z pogodzeniem obowiązków w pracy, wynikających z niedogodnych terminów szkoleń (64%) oraz ich wysokie koszty (58%). (Patrz Tabela nr 18).

Trudności z pogodzeniem obowiązków w pracy oraz wysokie koszty szkoleń przemawiają za organizacją szkoleń mieszanych z wykorzystaniem Internetu (tzw. blended-learning) lub w pełni e-learningowych.

<sup>10</sup> Nie podano wartości w procentach, ponieważ są to spontaniczne, najczęstsze wypowiedzi badanych dyrektorów.

Wykres 2. Pojawianie się przeszkód utrudniających uczestnictwo w szkoleniu dyrektorów



**Podsumowując:** Dyrektorzy uczestniczą w szkoleniach przede wszystkim od jednego do trzech razy w roku, a szkolenia te są najczęściej finansowane przez zatrudniające ich ZOZ-y. Szkolenia są podejmowane pomimo trudności, których doświadczyło dwie piąte badanych, głównie spowodowane niedogodnymi terminami szkoleń oraz ich wysokimi kosztami. Aby nastąpił wzrost liczby osób uczestniczących w szkoleniach, należałoby podjąć takie działania, które zminimalizowałyby bariery utrudniające udział w szkoleniach. W omawianym przypadku działania te mogłyby polegać na dostosowaniu terminów szkoleń do potrzeb i możliwości dyrektorów oraz zwiększeniu możliwości dofinansowania. Z badań wynika, że ważnymi elementami kosztów szkoleń są również koszty dojazdów do odległych miejsc oraz noclegów. Najważniejszymi szkoleniami dla dyrektorów są te dotyczące znajomości przepisów prawa oraz zarządzania kierowanymi przez nich placówkami. Należy organizować szkolenia/studia podyplomowe z zakresu prawa medycznego, kodeksu spółek handlowych, ekonomiki ochrony zdrowia, zarządzania podmiotami leczniczymi, zarządzania w czasach kryzysu. Należy również w większym stopniu finansować studia podyplomowe z zakresu zarządzania w służbie zdrowia. Najbardziej właściwą formą szkoleń będą warsztaty. Szkolenia stacjonarne również odpowiadałyby na zapotrzebowanie dyrektorów. Szkolenia powinny być organizowane w jeden weekend, ewentualnie w dni powszednie w godzinach pracy. Większość dyrektorów będzie skłonna do uczestnictwa w szkoleniach e-learningowych. Jednakże należałoby, szkoląc w ten sposób, wybrać odpowiednią tematykę, która nie wymaga bezpośredniego kontaktu z wykładowcą lub uczestniczenia w praktycznych warsztatach.

## 2. Potrzeby szkoleniowe dyrektorów administracyjnych szpitali

### **Częstotliwość uczestniczenia w szkoleniach**

Dyrektorzy administracyjni najczęściej uczestniczą w szkoleniach od jednego do trzech razy w roku (57%). Częściej, bo więcej niż cztery razy w roku, dokształca się 30% z nich. (Patrz Tabela nr 1).

### **Finansowanie szkoleń**

70% dyrektorów mogło liczyć na finansowanie szkoleń przez zatrudniające ich ZOZ-y, a co czwarty dyrektor uzyskał częściowe dofinansowanie. 29% badanych natomiast musiało opłacić szkolenia z własnych środków. (Patrz Tabela nr 3).

### **Doskonalenie umiejętności**

Za obszary wymagające doskonalenia dyrektorzy administracyjni uważają organizację i zarządzanie placówkami opieki zdrowotnej (43%), ekonomię menedżerską (39%), prawodawstwo z zakresu ochrony zdrowia (38%). Co trzeci badany wymienia stosowanie przepisów ustawy z dnia 18 marca 2011 r. o działalności leczniczej. Prawie jedna trzecia (28%) zgłasza zapotrzebowanie na szkolenia z zakresu ekonomiki ochrony zdrowia oraz kontraktowania świadczeń zdrowotnych (27%). Co czwarty dyrektor chciałby się doskonalić w prawie zamówień publicznych oraz zarządzaniu jakością, a co piąty z negocjacji, budżetowania w ZOZ-ie oraz zarządzania finansami przedsiębiorstwa/spółki. (Patrz Tabela nr 4, Wykres 3).

**Wykres 3. Najczęściej wskazywane obszary doskonalenia umiejętności zawodowych dyrektorów administracyjnych szpitali\***



\* Respondenci mogli wybierać maksymalnie 7 odpowiedzi, dlatego wyniki nie sumują się do 100%.

Dyrektorzy administracyjni szpitali są zainteresowani przede wszystkim kursami z technik negocjacji (51%), umiejętności kierowania zespołem (50%), efektywnej komunikacji (40%). Mniej osób chciałoby rozwijać umiejętność radzenia sobie ze stresem, zarządzania czasem (37%), przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu (32%). Prawie jedna trzecia (28%) widzi potrzebę doskonalenia umiejętności wystąpień publicznych, a co czwarty dyrektor rozważa możliwość wzięcia udziału w szkoleniu z zastosowania języka obcego w medycynie. (Patrz Tabela nr 12)

Jedna piąta dyrektorów administracyjnych chciałaby się dokształcać z języka obcego, głównie języka angielskiego (91%). Mniejsza już liczba badanych chciałaby się uczyć innych języków – tutaj najczęściej wymieniany jest język niemiecki (30%), pozostałe języki wymienia niewielki odsetek badanych. (Patrz Tabela nr 13)

Jak wynika z powyższych obserwacji, dyrektorom administracyjnym, podobnie jak dyrektorom, brakuje wiedzy na temat aktualnie obowiązujących przepisów prawnych, co wynika z szybkich i istotnych zmian w tej dziedzinie. Ten kierunek szkoleń powinien być zalecony w pierwszej kolejności, ponieważ praktyczne stosowanie prawa w kierowaniu jednostką jest gwarantem wysokiej jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń. Ankietowani wskazują na dużą różnorodność spraw, którymi się zajmują i ich szeroki zakres, wymagający wysokich kompetencji zarządczych. Bardzo ważnym aspektem jest fakt, iż dyrektorzy identyfikują brak wystarczającej wiedzy o procesach medycznych zależących od ich decyzji. Współczesna medycyna wymusza od kadry zarządzającej ścisłą współpracę w dziedzinie zarządzania, administracji, finansowania i wykonywania świadczeń zdrowotnych, dlatego silnie wskazane są wielodyscyplinarne szkolenia z powyższych dziedzin pozwalające na optymalizację decyzji zarządczych. **Identyfikowane są również trudności związane z podejmowaniem decyzji dotyczących zakupu specjalistycznej aparatury medycznej.** Obszarem wymagającym wsparcia szkoleniowego jest również problematyka praw pacjenta oraz znajomość prawa, zarówno medycznego, jak też podatkowego. Należałoby więc uwzględnić tego typu potrzeby w planowaniu szkoleń.

#### **Preferowana forma szkoleń**

Opisywana grupa zawodowa podejmuje działania w celu realizacji swoich potrzeb szkoleniowych. W tym celu w ciągu ostatniego roku z różnych form szkoleń korzystało 89% badanych. W szkoleniach nie wzięło udziału jedynie 11% z nich. (Patrz Tabela nr 2). Mile widzianą przez dyrektorów administracyjnych formą szkoleń będą warsztaty (53%). Połowa z nich (49%) chciałaby się kształcić na szkoleniach stacjonarnych, a 48% – na studiach podyplomowych. (Patrz Tabela nr 14).

Dyrektorzy preferują szkolenia realizowane w dni powszednie w godzinach pracy (58%). Dla 42% badanych najlepszą formą są szkolenia cykliczne odbywające się przez kilka weekendów, 37% wybrałoby najchętniej szkolenia w jeden weekend, a 34% osób wybrałoby e-learning. Najmniejszym zainteresowaniem cieszą się szkolenia organizowane w dni powszednie w godzinach wieczornych (12%). (Patrz Tabela nr 15).

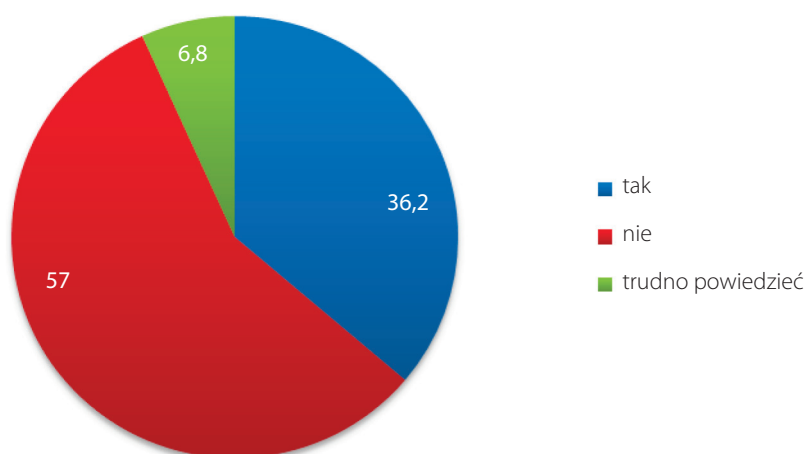
Dotychczas z internetowej formy szkoleń korzystał co czwarty dyrektor ds. administracyjnych. Natomiast aż 71% jeszcze z nich nie korzystało. (Patrz Tabela nr 20). Pomimo faktu, że większość osób nie brała udziału w szkoleniach e-learningowych, większość zdecydowałaby się na nie (65% wskazań). Jednak jednocześnie aż jedna trzecia osób (29%) wykazuje się dużą ostrożnością i nie zdecydowałaby się na szkolenia internetowe. (Patrz Tabela nr 21).

Generalnie, w ocenie dyrektorów ds. administracyjnych, ZOZ-y są wyposażone w sprzęt, który umożliwić może szkolenia e-learningowe (90%) – jedynie 8% ZOZ-ów nie ma odpowiedniej infrastruktury. (Patrz Tabela nr 22). Możemy zauważyć pewną rozbieżność między opiniami dyrektorów i dyrektorów administracyjnych w ocenie możliwości posiadanej przez ZOZ-y infrastruktury, jednak różnica ta nie jest duża.

### **Trudności związane z uczestnictwem w szkoleniach**

Dyrektorzy administracyjni w większości nie mieli trudności związanych z uczestnictwem w szkoleniu (57%). 36% z nich deklaruje, że utrudnienia się zdarzały. (Patrz Tabela nr 17, Wykres 4). Z powodu przeszkód do rezygnacji ze szkoleń było zmuszonych 83% dyrektorów i sytuacje takie zdarzyły się więcej niż raz. Nigdy z powodu trudności ze szkolenia nie zrezygnowało tylko 5% badanych. (Patrz Tabela nr 19). Głównymi powodami, które nie sprzyjają uczestnictwu w szkoleniach są bariery finansowe (61%), niedogodne terminy szkoleń (57%), zbyt duża odległość pomiędzy miejscem szkolenia a miejscem zamieszkania (51%), a także brak szkoleń z interesującej dziedziny (40%). (Patrz Tabela nr 18).

**Wykres 4. Pojawianie się przeszkód utrudniających uczestnictwo w szkoleniu dyrektorów administracyjnych szpitali**



**Podsumowując:** Dyrektorzy administracyjni najczęściej uczestniczą w szkoleniach od jednego do trzech razy w roku, mimo trudności, których doświadczyło niemal dwie piąte badanych. Trudności te związane były z finansowaniem szkoleń oraz ich niedogodnymi terminami. Dlatego też podczas programowania szkoleń należałoby uwzględnić potrzeby dyrektorów administracyjnych w tym zakresie. Szkolenia te w większości finansują zatrudniające respondentów ZOZ-y. Umiejętności, którymi zainteresowani są dyrektorzy to zarządzanie placówkami opieki zdrowotnej, finansowanie w ochronie zdrowia oraz znajomość i stosowanie przepisów prawa, a także umiejętność komunikacji interpersonalnej. Należy organizować szkolenia/studia podyplomowe z zakresu prawa medycznego, kodeksu spółek handlowych, ekonomiki ochrony zdrowia, zarządzania podmiotami leczniczymi, zarządzania w czasach kryzysu. Należy również w większym stopniu finansować studia podyplomowe z zakresu zarządzania w służbie zdrowia. Najbardziej stosowną formą szkoleń – według opinii respondentów – będą warsztaty, a szkolenia powinny być realizowane w godzinach pracy. Na szkolenie e-learningowe zdecydowałaby się większość dyrektorów administracyjnych, zatem, aby zminimalizować koszty szkoleń, należałoby wykorzystać potencjał, jaki tkwi w e-learningu. W ten sposób można byłoby zachęcić dyrektorów do częstszego uczestniczenia w szkoleniach podnoszących kwalifikacje zawodowe.

### 3. Potrzeby szkoleniowe ordynatorów/kierowników oddziałów szpitalnych

Z uwagi na rolę, jaką pełni tak grupa respondentów w systemie zarządzania placówką ochrony zdrowia, w przedmiotowym badaniu analizowano zarówno medyczne, jak i niemedyce potrzeby szkoleniowe tej grupy.

#### **Częstotliwość uczestniczenia w szkoleniach**

Jedna trzecia ordynatorów/kierowników oddziałów uczestniczy w szkoleniach ponad 6 razy w roku i jest to najczęściej wskazywana odpowiedź. Nieco mniej ordynatorów szkoli się od czterech do sześciu (32%) lub od jednego do trzech razy w roku (31%). Zidentyfikowano niewielki odsetek badanych, którzy w ogóle nie podnoszą swoich kwalifikacji zawodowych (2%). (Patrz Tabela nr 1). W ciągu ostatniego roku, w szkoleniach podnoszących kwalifikacje zawodowe, uczestniczyli niemal wszyscy ordynatorzy (96%). (Patrz Tabela nr 2).

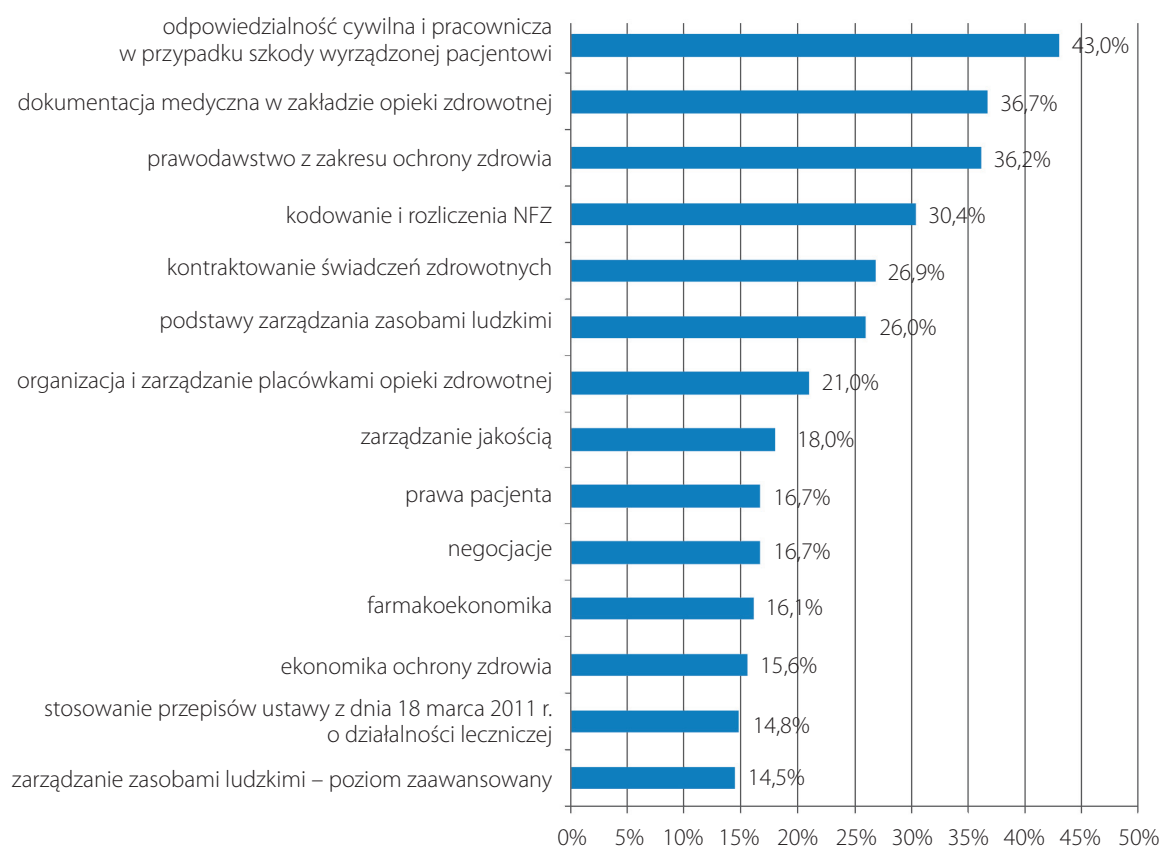
#### **Finansowanie szkoleń**

Szkolenia, w których uczestniczyli ordynatorzy były finansowane przede wszystkim przez samych zainteresowanych (89%). Niewielki odsetek osób mógł liczyć na dofinansowanie szkolenia przez zatrudniający je ZOZ (jedna osoba na dziesięć) lub na pełne finansowanie (9%). (Patrz Tabela nr 3).

#### **Doskonalenie umiejętności**

Ordynatorzy w większości widzą potrzebę uczestnictwa w szkoleniach. Najczęściej preferowaliby podnoszenie swoich kwalifikacji w zakresie odpowiedzialności cywilnej i pracowniczej w przypadku szkody wyrządzonej pacjentowi (43%). Obszary, które wskazują badani to również dokumentacja medyczna w zakładzie opieki zdrowotnej (37%) oraz prawodawstwo z zakresu ochrony zdrowia (36%). Trzy na dziesięć osób wybiera kodowanie i rozliczenia z NFZ, jedna czwarta kontraktowanie świadczeń zdrowotnych oraz podstawy zarządzania zasobami ludzkimi. (Patrz Tabela nr 4, Wykres 5).

**Wykres 5. Najczęściej wskazywane obszary doskonalenia umiejętności zawodowych ordynatorów/kierowników oddziałów szpitalnych\***



\* Respondenci mogli wybierać maksymalnie 7 odpowiedzi, dlatego wyniki nie sumują się do 100%.

Co drugi ordynator zamierza rozwijać umiejętności kierowania zespołem oraz znajomość prawnych aspektów wykonywanej przez siebie pracy. Ponad jedna trzecia potrzebuje szkoleń z języka obcego ze słownictwem medycznym oraz umiejętności w zakresie asertywności i rozwiązywania konfliktów w relacji lekarz-pacjent. (Patrz Tabela nr 12).

Języki obce, których chcą się uczyć ordynatorzy to najczęściej język angielski wymieniany przez niemal wszystkich badanych. Kolejnym językiem jest niemiecki, który wybrałaby ponad jedna czwarta ankietowanych. (Patrz Tabela nr 13). Wyrażana przez ordynatorów potrzeba doskonalenia znajomości języków obcych stoi w zgodzie z potrzebami integrującej się Europy i otwarcia granic dla cudzoziemców.

### **Preferowana forma szkoleń**

Dwie trzecie ankietowanych byłoby najbardziej zainteresowane podnoszeniem kwalifikacji podczas warsztatów. Niemal co drugi ordynator preferuje staże w klinikach krajowych i zagranicznych. Dla dwóch piątych najlepszym sposobem kształcenia są szkolenia stacjonarne, a trzy na dziesięć osób wolałaby szkolenia mieszane, gdzie część szkoleń odbywałaby się w ośrodku szkoleniowym, a część przez Internet. (Patrz Tabela nr 14). Jedna trzecia ankietowanych przyznaje, że ma już doświadczenie uczestniczenia w szkoleniach e-learningowych. (Patrz Tabela nr 20). Ordynatorzy przeważnie nie korzystali z e-learningu podczas szkoleń, ale większość z nich deklaruje, że byłaby skłonna skorzystać z e-learningu (71%). Jedna piąta wolałaby tradycyjną formę szkoleń. (Patrz Tabela nr 21).

Rekomenduje się możliwość organizacji szkoleń e-learningowych z zakresu prawa i administracji. Pozwala na to deklaracja ordynatorów o chęci podjęcia szkoleń w takiej formie, bowiem wymieniona wyżej tematyka szkoleń, nie wymaga bezpośredniej obecności trenera, nie wymaga ćwiczeń praktycznych z wykorzystaniem rekwizytów i innych materiałów oraz ogranicza koszty szkoleń.

Jednak należy uwzględnić specyfikę poszczególnych tematów, bowiem w zakresie praktycznych umiejętności, większość ordynatorów woli szkolenia wyjazdowe i staże praktyczne, a nie internetowe. W takich przypadkach można również rozważać organizację szkoleń mieszanych, uwzględniających różne technologie i techniki edukacyjne.

Ordynatorzy w większości odpowiadają, że posiadają zaplecze, aby zorganizować szkolenia e-learningowe (88%) (Patrz Tabela nr 22), co dodatkowo przemawia za rekomendacją szkoleń e-learningowych.

Formą organizacji szkoleń, która najbardziej odpowiada ordynatorom, jest szkolenie odbywające się w jeden weekend. Zainteresowana taką formą kursu jest połowa badanych. Cztery na dziesięć osób wolałaby uczęszczać na szkolenia w dni powszednie w godzinach pracy, ponad jedna trzecia wybiera szkolenie internetowe lub szkolenie cykliczne – które miałyby miejsce w kilka weekendów. Najmniejszy entuzjazm wzbudza szkolenie, które miałyby się odbywać w dni powszednie wieczorami (możliwość taką dopuszcza jedna na dziesięć osób). (Patrz Tabela nr 15).

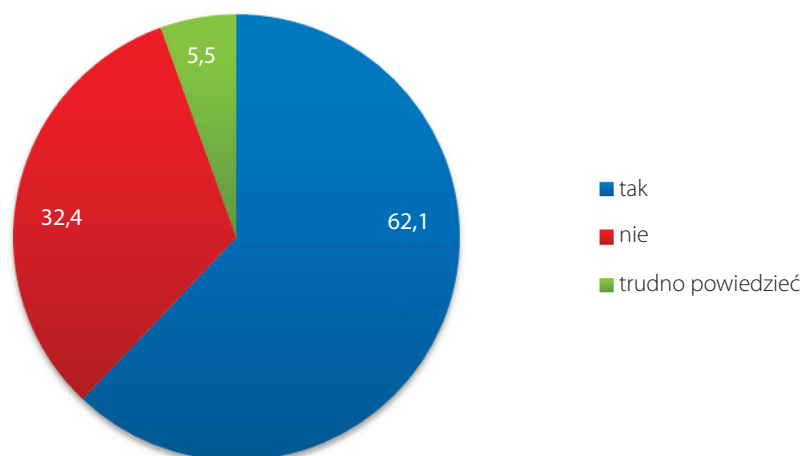
### **Trudności związane z uczestnictwem w szkoleniach**

Trzy piąte ordynatorów doświadczyło trudności związanych z uczestnictwem w szkoleniu. Żadnych problemów nie miała natomiast niemal jedna trzecia badanych. (Patrz Tabela nr 17, Wykres 6).

Trudności, na które napotykali ordynatorzy wynikały przede wszystkim z barier finansowych (61%), niedogodnych terminów szkoleń (57%) oraz braku zastępstwa dla szkolącego się pracownika (55%). Cztery osoby na dziesięć miały problem ze zbyt dużą odległością pomiędzy miejscem szkolenia a miejscem zamieszkania. (Patrz Tabela nr 18). Zdarzały się rezygnacje ze szkoleń w przypadku wystąpienia trudności, a przyznaje się do tego niemal każdy badany. (Patrz Tabela nr 19).

Trudności wskazane przez respondentów mogą być zniwelowane poprzez organizację szkoleń przez Internet. Szkolenia takie bowiem nie wymagają pokonywania odległości między miejscem szkolenia a miejscem zamieszkania oraz pozwalają na elastyczne dostosowanie czasu nauki do czasu pracy. Dodatkowo szkolenia takie są znacznie mniej kosztowne niż szkolenia stacjonarne. Z drugiej strony szkolenia internetowe nie dają jak na razie możliwości interaktywnego udziału wielu osób równocześnie w rozwiązywaniu praktycznych problemów i analizy przypadków i sytuacji klinicznych w czasie rzeczywistym, co stanowi poważne ograniczenie tej metody szkoleń.

**Wykres 6. Pojawianie się przeszkód utrudniających uczestnictwo w szkoleniu ordynatorów/kierowników oddziałów szpitalnych**



**Podsumowując:** Ordynatorzy uczestniczą w szkoleniach najczęściej ponad sześć razy w roku. Szkolenia te najczęściej finansują sami. Obszary szkoleń, które należałoby zaproponować ordynatorom, to najczęściej te związane z odpowiedzialnością za szkody wyrządzone pacjentowi, znajomością przepisów prawa, sposobem rozliczania oraz kontraktowania świadczeń z NFZ oraz zarządzaniem zespołem. Należy organizować szkolenia/studia podyplomowe z zakresu prawa medycznego, kodeksu spółek handlowych, ekonomiki ochrony zdrowia, zarządzania podmiotami leczniczymi, zarządzania w czasach kryzysu. Organizowanie szkoleń w zakresie znajomości języka obcego również spotka się z zainteresowaniem ordynatorów. Należy również w większym stopniu finansować studia podyplomowe z zakresu zarządzania w służbie zdrowia. Formą szkoleń, która będzie najbardziej odpowiadała ordynatorom są warsztaty oraz staże. Szkolenia powinny być organizowane w jeden weekend. Należałoby też zastanowić się nad ograniczeniem barier finansowych, organizując szkolenia, w miarę możliwości, w pobliżu miejsc pracy zainteresowanych oraz dostosować terminy szkoleń. Jak najbardziej zasadne wydają się być szkolenia e-learningowe, tam gdzie będzie możliwość ich zastosowania ze względu na tematykę szkolenia, pamiętając o tym, że szkolenia internetowe nie dają jak na razie możliwości interaktywnego udziału wielu osób równocześnie w rozwiązywaniu praktycznych problemów i analizy przypadków i sytuacji klinicznych w czasie rzeczywistym, co stanowi poważne ograniczenie tej metody szkoleń.

#### 4. Potrzeby szkoleniowe pielęgniarek oddziałowych

Z uwagi na rolę, jaką pełni tak grupa respondentów w systemie zarządzania placówką ochrony zdrowia, w przedmiotowym badaniu analizowano zarówno medyczne, jak i niemedyczne potrzeby szkoleniowe tej grupy.

##### **Częstotliwość uczestniczenia w szkoleniach**

Znaczna większość (93%) pielęgniarek oddziałowych dokończyła się w ciągu ostatniego roku. W szkoleniach nie uczestniczyło jedynie 5% badanych z tej zbiorowości. (Patrz Tabela nr 2).

Częstotliwość uczestnictwa w szkoleniach jest następująca – co druga pielęgniarka oddziałowa szkoli się raz, dwa lub trzy razy w roku. Od czterech do sześciu razy w roku swoje kwalifikacje podnosi jedna piąta oddziałowych, a ponad sześć razy w roku 15,7% pielęgniarek. Wcale nie kształci się 2,5% osób z tej zbiorowości. (Patrz Tabela nr 1).

##### **Finansowanie szkoleń**

Pielęgniarki oddziałowe bardzo często same muszą finansować szkolenia (co druga pielęgniarka). Jedna trzecia z nich może liczyć na całkowite finansowanie przez zatrudniającego ją ZOZ, a niemal jedna trzecia na dofinansowanie szkolenia. (Patrz Tabela nr 3).

Należy podkreślić duże różnice w dostępie do środków na szkolenia w porównaniu z kadrami kierowniczą i ordynatorami, co może wynikać z wciąż dużej hierarchizacji w szpitalach. Szkolenia specjalistyczne dla lekarzy są w większości bezpłatne, natomiast kursy specjalistyczne i kwalifikacyjne dla pielęgniarek są w większości płatne. Zdobyć dofinansowanie przez pielęgniarkę jest znacznie trudniejsze niż w przypadku lekarza. Pielęgniarka może wystąpić o dofinansowanie kursu kwalifikacyjnego bądź specjalistycznego do izby pielęgniarek i położnych. Może dostać do 70% dofinansowania, pozostałe 30% pokrywa z własnych środków lub ze środków pracodawcy, jeśli będzie taka wola tego ostatniego. Jednakże udzielenie pielęgnowiarki tego rodzaju dofinansowania nie jest obligatoryjne. Wystąpić z wnioskiem do izby i do pracodawcy może zawsze – ale jeśli oba wnioski zostaną odrzucone wówczas wszystkie koszty pokrywa we własnym zakresie.

Z tego względu mogą istnieć duże różnice w dostępie do szkoleń między pielęgniarkami na każdym szczeblu hierarchii szpitalnej a lekarzami i kadrami kierowniczą.

### Doskonalenie umiejętności

Pielęgniarki oddziałowe wyrażają potrzebę doskonalenia swoich umiejętności w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej w zakładzie opieki zdrowotnej (niemal co druga badana), 45% badanych deklaruje potrzebę szkoleń na temat odpowiedzialności cywilnej i pracowniczej w przypadku szkody wyrządzonej pacjentowi. 42% interesuje szkolenie z zarządzania jakością, a 40% – podstawy zarządzania zasobami ludzkimi. 28% wybiera podnoszenie swoich kwalifikacji w dziedzinie znajomości praw pacjenta, 27% – organizacji i zarządzania placówkami opieki zdrowotnej oraz prawodawstwa z zakresu ochrony zdrowia. (Patrz Tabela nr 4).

Obszary, w których pielęgniarki oddziałowe chciałyby doskonalić swoje umiejętności to: organizacja i zarządzanie, wskazywane przez 43% badanych, ale też komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie. Jedna piąta ankietowanych jest zainteresowana podnoszeniem kwalifikacji w dziedzinie resuscytacji krążeniowo-oddechowej oraz leczenia ran, co może wynikać z faktu, iż obecnie realizowane są kursy dla pielęgniarek w tym zakresie finansowane ze środków Działania 2.3 PO KL.

Wykres 7. Najczęściej wskazywane obszary doskonalenia umiejętności pielęgniarek oddziałowych



\* Respondenci mogli wybierać maksymalnie 7 odpowiedzi, dlatego wyniki nie sumują się do 100%.

Pielęgniarki oddziałowe najczęściej zgłaszają potrzebę doskonalenia umiejętności kierowania zespołem oraz prawnych aspektów pracy oddziału szpitalnego. Mniej osób (ok. 30%) byłoby zainteresowanych kursem z zakresu radzenia sobie ze stresem, przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu, asertywności i rozwiązywania konfliktów w relacji z pacjentem. Jedna czwarta zastanawia się nad kursami z efektywnej komunikacji, a jedna piąta z zakażeń szpitalnych, języka obcego ze słownictwem medycznym lub umiejętności pracy z trudnym pacjentem. (Patrz Tabela nr 12).

Pielęgniarki oddziałowe zgłaszają zapotrzebowanie w zakresie kształcenia z języka angielskiego – niemal wszystkie badane, które wskazały język obcy jako szkolenie, w którym chciałyby wziąć udział, odpowiadają w ten sposób. Drugim popularnym językiem jest niemiecki, którego chciałoby się uczyć 37% badanych. Inne wymieniane języki są dużo mniej popularne. (Patrz Tabela nr 13).

Powyższe obserwacje wskazują na istotną potrzebę organizowania szkoleń w zakresie prawa medycznego, umiejętności administrowania i zarządzania oddziałem i zespołem, a także psychologicznych aspektów związanych z pracą w trudnym środowisku. Oczekiwania w tym zakresie są zgodne z trendami w ochronie zdrowia i zmieniającym się otoczeniem szpitala, zarówno pod względem przepisów, jak i sytuacji epidemiologicznej, o czym świadczyć może zainteresowanie problematyką zakażeń szpitalnych.

### **Preferowana forma szkoleń**

Pielęgniarka ma obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego. Kształcenie podyplomowe powinno zawierać treści programowe zgodne z aktualnym stanem wiedzy medycznej.

Formy kształcenia preferowane przez pielęgniarki oddziałowe to szkolenia specjalizacyjne<sup>11</sup> (42%). Jedna trzecia badanych chciałyby doskonalić umiejętności podczas warsztatów, kursów kwalifikacyjnych<sup>12</sup> lub kursów specjalistycznych<sup>13</sup>. Niemal 29% myśli w tym kontekście o stażach w klinikach krajowych i zagranicznych. (Patrz Tabela nr 14).

Co druga pielęgniarka oddziałowa chciałyby, aby szkolenie, w którym będzie uczestniczyła, odbywało się w jeden weekend lub by było to szkolenie cykliczne, czyli odbywało się przez kilka weekendów. 44% za najlepsze dla siebie uważa szkolenie odbywające się w dni powszednie w godzinach pracy. Najmniej pielęgniarek jest natomiast zainteresowanych wieczornymi szkoleniami w dni powszednie. (Patrz Tabela nr 15).

Szkolenia e-learningowe nie są popularne wśród pielęgniarek – cztery piąte jeszcze w nich nie uczestniczyło. (Patrz Tabela nr 20).

Co druga pielęgniarka oddziałowa, pytana o chęć wzięcia udziału w szkoleniach e-learningowych, jest skłonna do skorzystania z takiej formy doksztalcenia. Jedna czwarta badanych z tej zbiorowości jest przeciwnego zdania. (Patrz Tabela nr 21).

Większość pielęgniarek oddziałowych jest zdania, że zatrudniające je ZOZ-y dysponują zapleczem do szkoleń e-learningowych (70%). (Patrz Tabela nr 22).

Tematy szkoleń, jakimi są zainteresowane pielęgniarki oddziałowe, mogłyby być realizowane poprzez szkolenia e-learningowe. Jednak tylko połowa pielęgniarek oddziałowych akceptuje ten sposób doksztalcenia się. Należy więc rozważyć możliwość przygotowania dla tej grupy zawodowej zarówno szkoleń stacjonarnych jak i e-learningowych. Nawet najbardziej atrakcyjne tematycznie szkolenie e-learningowe nie będzie efektywne przy braku akceptacji takiego typu przekazu informacji i wiedzy. W opinii pielęgniarek oddziałowych optymalne terminy szkoleń to weekendy lub dni powszednie w godzinach pracy. Szkolenia w godzinach pracy mogą się jednak okazać zbyt problematyczne, ponieważ duża część z pielęgniarek oddziałowych musiała zrezygnować z takich szkoleń ze względu na brak zastępstwa w pracy. Ciekawe jest spostrzeżenie, że duża część pielęgniarek nie znalazła szkoleń z interesującego je tematu.

<sup>11</sup> Szkolenie specjalizacyjne, zwane specjalizacją jest to rodzaj kształcenia, które ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę, położną specjalistycznych kwalifikacji w określonej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia oraz tytuł specjalisty w tej dziedzinie.

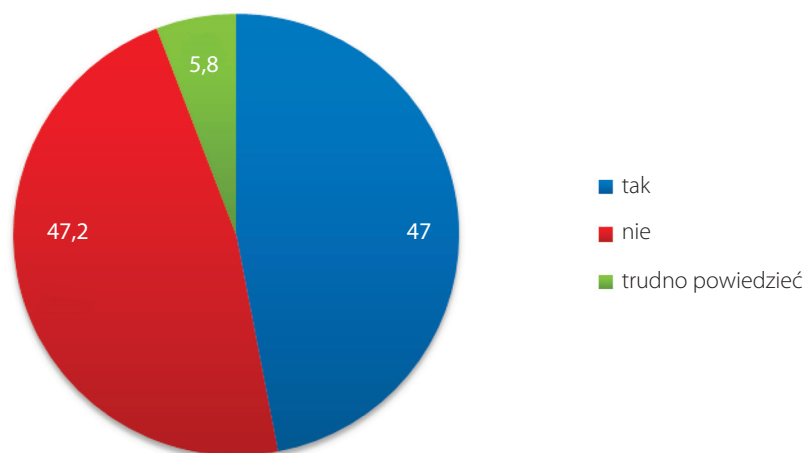
<sup>12</sup> Kurs kwalifikacyjny ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę, położną specjalistycznych kwalifikacji do udzielania określonych świadczeń zdrowotnych wchodzących w zakres danej dziedziny pielęgniarstwa lub dziedziny mającej zastosowanie w ochronie zdrowia. Do kształcenia w ramach kursu kwalifikacyjnego może przystąpić pielęgniarka, położna, która posiada prawo wykonywania zawodu; posiada co najmniej roczny staż pracy w zawodzie; została dopuszczona do odbycia kursu kwalifikacyjnego przez komisję kwalifikacyjną.

<sup>13</sup> Kurs specjalistyczny ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę, położną kwalifikacji do wykonywania określonych czynności zawodowych przy udzielaniu świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych lub rehabilitacyjnych. Do kursu specjalistycznego może przystąpić pielęgniarka, położna, która: posiada prawo wykonywania zawodu; posiada co najmniej trzymiesięczny staż pracy w zawodzie; została zakwalifikowana do odbycia kursu specjalistycznego przez organizatora kształcenia.

### Trudności związane z uczestnictwem w szkoleniach

Osoby, które chcą się kształcić napotykają jednak na pewne trudności. Dzieje się tak u niemal co drugiej pielęgniarki oddziałowej, choć jednocześnie podobny odsetek badanych twierdzi, że żadnych trudności w tym zakresie nie doświadczyła. (Patrz Tabela nr 17, Wykres 8).

Wykres 8. Pojawianie się przeszkód utrudniających uczestnictwo w szkoleniu pielęgniarek oddziałowych



Jakiego rodzaju były to trudności? Cztery piąte pielęgniarek oddziałowych miała problemy finansowe – i była to główna i najczęściej deklarowana bariera. Trudności sprawiała też, choć już mniejszej liczbie badanych, duża odległość miejsca szkolenia od miejsca zamieszkania (39%), niedogodne terminy szkoleń (38%) oraz brak szkoleń z danej dziedziny (ok. 38%). Jedna czwarta pielęgniarek oddziałowych zgłasza problem braku zastępstwa dla szkolącego się pracownika. (Patrz Tabela nr 18).

Z powodu różnych trudności związanych z uczestnictwem w szkoleniu zdarzyło się zrezygnować z dokończenia więcej niż raz trzem piątym pielęgniarek oddziałowych. Jeden raz zrezygnowała jedna czwarta z nich. Nigdy ze szkoleń nie zrezygnowało natomiast 8% badanych. (Patrz Tabela nr 19).

**Podsumowując:** Pielęgniarki oddziałowe uczestniczą w szkoleniach najczęściej od jednego do trzech razy w roku. Najczęściej same finansują te szkolenia. Wyrażają potrzebę doskonalenia umiejętności w zakresie odpowiedzialności zawodowej, znajomości prawa. Należy organizować szkolenia/studia podyplomowe z zakresu prawa medycznego, kodeksu spółek handlowych, ekonomiki ochrony zdrowia, zarządzania podmiotami leczniczymi, zarządzania w czasach kryzysu. Potrzebują też szkoleń w zakresie organizacji i zarządzania oraz komunikacji interpersonalnej. Należy również w większym stopniu finansować studia podyplomowe z zakresu zarządzania w służbie zdrowia. Najlepszą formą szkoleń dla pielęgniarek oddziałowych będą szkolenia specjalizacyjne. Preferowany termin organizacji szkoleń to jeden weekend lub szkolenia cykliczne odbywające się przez kilka weekendów. Trudności, które nie pozwalają na wzięcie udziału w szkoleniu, to brak środków finansowych i niedogodne terminy szkoleń. Dlatego też, aby wyeliminować te główne przeszkody, należałoby zastanowić się nad organizacją szkoleń e-learningowych (tam gdzie to będzie zasadne), na które zdecydowałyby się jednak jedynie co druga pielęgniarka oddziałowa, co może stanowić istotną przeszkodę w organizowaniu tego typu szkoleń.

## 5. Potrzeby szkoleniowe lekarzy

### Częstotliwość uczestniczenia w szkoleniach

Większość lekarzy w ciągu ostatniego roku uczestniczyła w szkoleniach (93%). Pozostałych 5,5% badanych w szkoleniach w ostatnim roku nie brała udziału. (Patrz Tabela nr 2). Lekarze podnoszą swoje kwalifikacje najczęściej raz do trzech razy w roku (42%). Trzech na dziesięciu lekarzy umiejętności swoje doskonalili na czterech, pięciu lub sześciu szkoleniach w roku. Ponad sześć razy w roku bierze udział w kursach jedna piąta lekarzy. Tylko 2,5% w ogóle się nie dokończyła. (Patrz Tabela nr 1).

### Finansowanie szkoleń

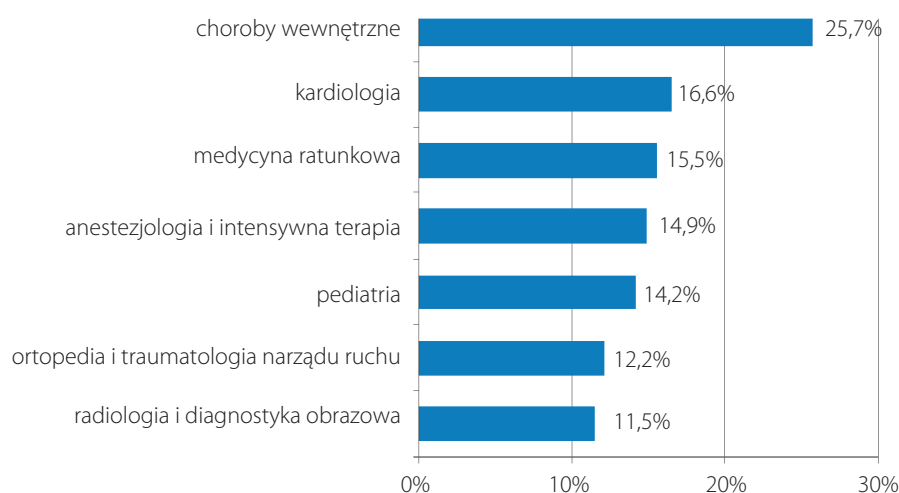
Lekarze najczęściej sami finansują szkolenia, w których uczestniczą (84%). Piętnastu lekarzom na stu zatrudniających ich ZOZ w całości finansuje szkolenia, a dofinansowuje je dziewięciu na stu badanym. (Patrz Tabela nr 3). Lekarze najczęściej przyznają też, że informacje dotyczące potrzeb szkoleniowych personelu nie są zbierane i analizowane (45% wskazań). Około jedna trzecia lekarzy mówi, że takie dane są gromadzone. (Patrz Tabela nr 23).

Należy podkreślić fakt ograniczonego udziału szpitali w finansowaniu szkoleń dla lekarzy, co z jednej strony jest związane z tym, że większość szkoleń specjalizacyjnych jest nieodpłatna,<sup>14</sup> a z drugiej, jeśli szkolenie jest odpłatne, kadra zarządzająca szpitala, która decyduje o dofinansowaniu, nie widzi uzasadnienia dla finansowania szkoleń pracowników, co należy również odnotować w kontekście tematyki szkoleń dla kadry kierowniczej. Korzyści dla szpitala z finansowania szkoleń pracowniczych powinny być ważnym tematem planowanych programów edukacyjnych.

### Doskonalenie umiejętności

Lekarze są zainteresowani doksztalaniem związanym z tematyką chorób wewnętrznych, mniej osób wskazuje na kardiologię, medycynę ratunkową, anestezjologię i intensywną terapię czy pediatrię. Kardiologia jednak może okazać się specjalizacją pożądaną obserwując w dalszym ciągu najwyższy udział zgonów z powodu chorób serca i krążenia w Polsce. Ważny jest fakt, że lekarze dostrzegają również konieczność specjalizowania się w medycynie ratunkowej. (Zob. tabela nr 6) W przypadku zawałów i innych następstw chorób serca i krążenia właśnie skuteczne ratownictwo odgrywa kluczową rolę. Jedynie 15 lekarzy wskazało na rehabilitację jako specjalizację, w której chcieliby się doszkalać, jednak, w miarę wzrostu zapotrzebowania na te usługi (w związku ze wzrostem liczby osób starszych w Polsce), może się okazać konieczne doksztalanie również z tego zakresu. (Patrz Tabela nr 6, Wykres 9)

Wykres 9. Najczęściej wskazywane obszary doskonalenia umiejętności lekarzy\*



\* Respondenci mogli wybierać maksymalnie 7 odpowiedzi, dlatego wyniki nie sumują się do 100%.

Lekarze zamierzają doskonalić znajomość prawnych aspektów pracy (41%), a także języka obcego ze słownictwem medycznym (41%). Język obcy, którego lekarze chcieliby się najczęściej uczyć, jest to język angielski (96%). Około jedna trzecia lekarzy jest zainteresowana językiem niemieckim. (Patrz Tabela nr 13). Jedna trzecia lekarzy chciałaby doskonalić umiejętność asertywnego zachowania i rozwiązywania konfliktów w relacjach pacjent – lekarz oraz umiejętność pracy z trudnym pacjentem. Niemal jedna czwarta zainteresowana jest szkoleniem z radzenia sobie ze stresem, a jedna piąta szkoleniem na temat przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu oraz nabyciem umiejętności komunikowania złych wiadomości. (Patrz Tabela nr 12). Lekarze przede wszystkim deklarują, że tak dobierają tematykę szkoleń, aby miała pozytywny wpływ na funkcjonowanie zatrudniającego ich ZOZ-u (80% wskazań). (Patrz Tabela nr 25).

<sup>14</sup> Szkolenia specjalizacyjne (czyli w trakcie robienia specjalizacji) są bezpłatne. Ale szkolenia z danej specjalności medycznej dotyczące „nowinek” medycznych są płatne. Lekarz pokrywa je z własnej kieszeni lub wnioskuje o sfinansowanie przez pracodawcę.

Powyższe obserwacje wskazują na narastający problem zagrożenia w środowisku lekarskim przewlekłym stresem, wynikającym m.in. z problemów komunikacyjnych na linii pacjent – personel medyczny.

### **Preferowana forma szkoleń**

Za najdogodniejszą dla nich formę szkolenia lekarze uważają warsztaty (71% wskazań). Ponadto trzy piąte lekarzy chciałoby uczestniczyć w stażach, które miałyby miejsce w klinikach krajowych i zagranicznych, a 42% szkoleniach stacjonarnych. (Patrz Tabela nr 14).

Lekarze przede wszystkim są zainteresowani szkoleniami odbywającymi się w dni powszednie w godzinach pracy (62%). Niemal połowa z nich wolałaby się kształcić w ciągu jednego weekendu, a blisko jedna trzecia na szkoleniach internetowych. Dla jednej czwartej lekarzy najbardziej dogodną formą szkolenia są szkolenia cykliczne odbywające się przez kilka weekendów. (Patrz Tabela nr 15).

Lekarze najczęściej uczestniczyli w ciągu ostatniego roku w szkoleniach zewnętrznych (95%). Co drugi lekarz brał również udział w szkoleniach wewnętrznych. (Patrz Tabela nr 16). Uważają oni jednak, że za rzadko uczestniczą w szkoleniach (77%). Niemal nie zdarzają się sytuacje, w których lekarze twierdzą, że biorą udział w szkoleniach z odpowiednią częstością lub zbyt często (1%). (Patrz Tabela nr 24).

Lekarze najczęściej nie korzystali jeszcze ze szkoleń e-learningowych (69%). (Patrz Tabela nr 20). Mimo tego około 70% lekarzy chętnie skorzystałoby ze szkoleń e-learningowych, podczas gdy jedna piąta nie chciałaby szkolić się w ten sposób. (Patrz Tabela nr 21).

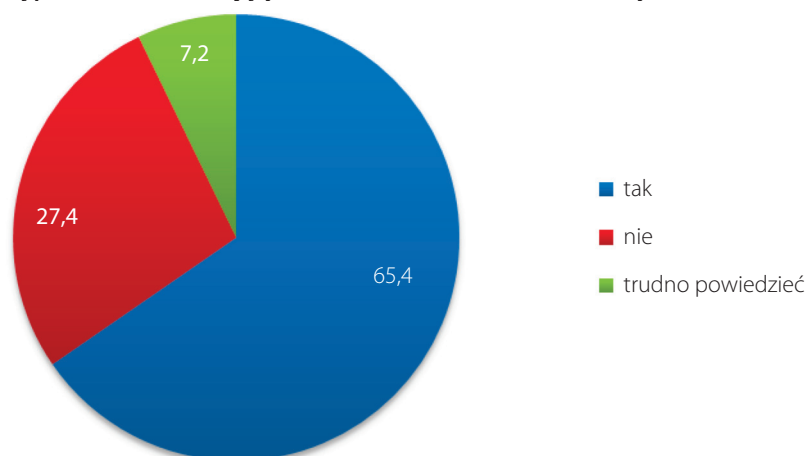
Podobnie jak w przypadku kadry zarządzającej i ordynatorów, warto wykorzystać chęć szkolenia się lekarzy przez Internet. Jest to zdecydowanie forma na tyle elastyczna, że większość zgłaszanych problemów powinna być w ten sposób rozwiązana. Jednakże takie szkolenia są możliwe tylko w przypadku nielicznych tematów zgłaszanych przez lekarzy. Większość potrzebnych szkoleń to szkolenia specjalistyczne wymagające warsztatów i ćwiczeń praktycznych.

Zdaniem lekarzy (71%) zatrudniające ich ZOZ-y posiadają sprzęt umożliwiający szkolenia internetowe. Jednak jedna czwarta badanych twierdzi, że niestety ZOZ-y nie mają możliwości technicznych, aby przeprowadzić takie szkolenia. (Patrz Tabela nr 22).

### **Trudności związane z uczestnictwem w szkoleniach**

Trzy piąte lekarzy deklaruje zaistnienie takich okoliczności, które wpłynęły negatywnie na możliwość uczestniczenia w szkoleniu. Ponad jedna czwarta natomiast nie miała żadnych trudności. (Patrz Tabela nr 17, Wykres 10).

**Wykres 10. Pojawianie się przeszkód utrudniających uczestnictwo w szkoleniu lekarzy**



Problemem, jakiego najczęściej doświadczają lekarze jest brak funduszy na szkolenia (70%). Co drugi badany z tej zbiorowości zgłasza problem dotyczący niedogodnych terminów, w jakich odbywają się szkolenia. Zbyt duża odległość pomiędzy miejscem szkolenia a miejscem zamieszkania to problem dla 48% badanych, a dla 46% taką barierą

jest brak zastępstwa. Warto zwrócić uwagę na fakt, że aż 30% lekarzy jako trudność w uczestnictwie w szkoleniu wskazuje niesprzyjającą atmosferę w pracy rozumianą jako brak akceptacji dla doszkalających się osób. (Patrz Tabela nr 18).

Większości lekarzy zdarzało się rezygnować ze szkolenia więcej niż raz, z różnych powodów (83%). Jeden raz musiało rezygnować 10% badanych. Wynika stąd, że prawie każdy lekarz był zmuszony przynajmniej raz zrezygnować z udziału w szkoleniu. (Patrz Tabela nr 19).

**Podsumowując:** Lekarze najczęściej uczestniczą w szkoleniach od jednego do trzech razy w roku. Jednak uważają oni, że szkolenia te są podejmowane za rzadko. Aby poprawić częstotliwość uczestnictwa w szkoleniach lekarzy należałoby zredukować przeszkody, które uniemożliwiają podjęcie szkoleń, a są to: brak funduszy na szkolenia (lekarze najczęściej sami finansują własne szkolenia) oraz niedogodne terminy szkoleń. Lekarze przyznają, że informacje dotyczące potrzeb szkoleniowych nie są zbierane przez ZOZ-y, w których pracują. Zaplanowanie szkoleń pracowników może pomóc we wzroście udziału lekarzy w szkoleniach. Lekarze będą mogli przygotować się do szkoleń, dostosować czas pracy zarówno swojej, jak i kolegów podejmujących zastępstwo podczas nieobecności osoby, która się szkoli.

Zorganizowanie szkoleń z zakresu chorób wewnętrznych, kardiologii, medycyny ratunkowej, anestezjologii i intensywnej terapii oraz pediatrii, będzie cieszyło się największym zainteresowaniem lekarzy. Obok umiejętności stricte medycznych lekarze zgłaszają zapotrzebowanie na szkolenia z zakresu znajomości prawa, języka obcego oraz komunikacji interpersonalnej. Proponowana forma szkoleń dla lekarzy to warsztaty, a organizacja szkoleń powinna mieć miejsce w dni powszednie w godzinach pracy, ewentualnie w ciągu jednego weekendu. Można też zaproponować lekarzom szkolenia w formie e-learningu – ale jedynie w sytuacji, kiedy tematyka szkoleń nie będzie wymagała formy warsztatowej.

## 6. Potrzeby szkoleniowe pielęgniarek

### **Częstotliwość uczestniczenia w szkoleniach**

Ponad połowa pielęgniarek szkoli się od jednego do trzech razy w roku. Dużo rzadziej uczestniczą one w szkoleniach z częstotliwością większą niż trzy razy w roku (21%). Wcale nie podnosi swoich kwalifikacji zawodowych co dziesiąta pielęgniarka. (Patrz Tabela nr 1). **Można zauważyć różnicę w porównaniu do poprzednich grup zawodowych. Ordynatorzy, dyrektorzy i lekarze szkolą się znacznie częściej niż pielęgniarki.** Różnica ta może wynikać zarówno z dyżurowego systemu zatrudnienia pielęgniarek, jak również odpłatności za szkolenia oraz braku ustawowego obowiązku szkoleń dla pielęgniarek, który istnieje w przypadku lekarzy (tzw. punkty edukacyjne). Jednak pomimo opisanych powyżej przeszkód, w ciągu ostatniego roku większość pielęgniarek uczestniczyła w szkoleniach podnoszących umiejętności zawodowe (79%). (Patrz Tabela nr 2).

### **Finansowanie szkoleń**

Szkolenia pielęgniarek najczęściej finansował zatrudniający je ZOZ (41%). Jedna trzecia sama musiała zapłacić za swoje doszkalcenie, a jednej czwartej szkolenia dofinansował ZOZ. (Patrz Tabela nr 3). Z powyższych danych wynika, iż opisywana grupa zawodowa w większym stopniu może liczyć na dofinansowanie swoich szkoleń niż kadra zarządzająca.

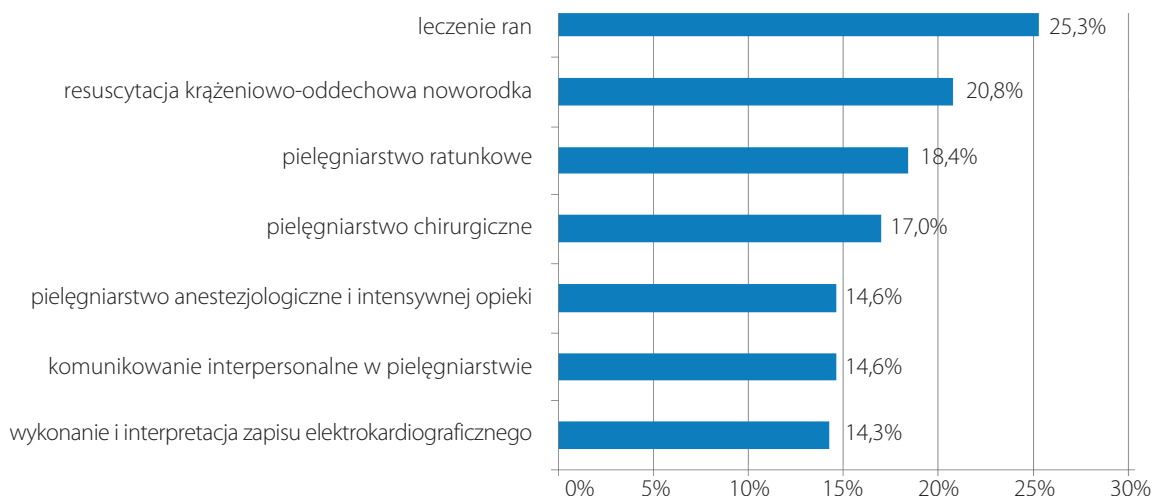
### **Doskonalenie umiejętności**

Pielęgniarki najczęściej wybierają, jako obszary wymagające przez nie doskonalenia, leczenie ran (25%) oraz resuscytację krążeniowo-oddechową noworodka (21%). 11% badanych pielęgniarek wskazało potrzebę szkolenia w zakresie pielęgniarstwa geriatrycznego. Rosnący udział ludzi starszych i starych w naszym społeczeństwie może spowodować wzrost zapotrzebowania na szkolenia związane z opieką nad takimi osobami. Umiejętności te będą potrzebne zarówno pielęgniarkom jak i pielęgniarkom oddziałowym. Podobnie niewielka liczba pielęgniarek (9,7%) zadeklarowała chęć doszkalania się z opieki długoterminowej, co przy obecnych trendach może okazać się wkrótce niewystarczające i zapotrzebowanie na takie usługi medyczne przerośnie podaż w tym zakresie. (Patrz Tabela nr 5, Wykres 11).

Powyższe obserwacje wskazują na niewielką świadomość trendów epidemiologicznych wśród pielęgniarek, w szczególności dotyczących chorób przewlekłych, opieki paliatywnej, inwazyjnych technik leczenia np. chorób

układu krążenia, opieki nad pacjentami z grupy chorób metabolicznych np. cukrzycą, osteoporozą, a także postępowania przy masowych zdarzeniach jak katastrofy komunikacyjne oraz klęski żywiołowe.

**Wykres 11. Najczęściej wskazywane obszary doskonalenia umiejętności pielęgniarek**



\* Respondenci mogli wybierać maksymalnie 7 odpowiedzi, dlatego wyniki nie sumują się do 100%

Pielęgniarki mogą liczyć na to, że zgłaszane przez nie potrzeby zostaną wzięte pod uwagę przez ich pracodawców, ponieważ deklarują, że ZOZ-y, w których są zatrudnione zbierają informacje dotyczące potrzeb szkoleniowych swojego personelu (52%). (Patrz Tabela nr 23).

Półowa pielęgniarek dostrzega potrzebę uczestniczenia w szkoleniu dotyczącym radzenia sobie ze stresem, a 42% przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu. Pielęgniarki są zainteresowane również doskonaleniem umiejętności pracy z trudnym pacjentem (38%), asertywnego zachowania i rozwiązywania konfliktów w relacji pacjent – personel medyczny (36%). Podobnie jak pielęgniarki oddziałowe, również pielęgniarki, pomimo pracy na co dzień z pacjentem, który coraz częściej pochodzi spoza granic Polski, nie dostrzegają potrzeby szkoleń z języków obcych. Przy obecnie obserwowanym trendzie napływu cudzoziemców do naszego kraju (patrz ekspertyza demograficzna) znajomość języków obcych może okazać się bardzo przydatna. Brak potrzeby szkolenia się z języków obcych wśród pielęgniarek może wynikać z dobrej obecnej znajomości języków obcych lub niskiego priorytetu zaspokojenia takiej potrzeby w kontekście potrzeb bardziej pilnych w wykonywanej przez pielęgniarki pracy. (Patrz Tabela nr 12). Te pielęgniarki, które jednak chciałyby doskonalic znajomość języków obcych, najczęściej wymieniają język angielski (90%). Język niemiecki jest wymieniany na drugim miejscu pod względem częstości deklaracji (36%). (Patrz Tabela nr 13).

Większość pielęgniarek twierdzi, że tematyka szkoleń, w których biorą udział jest odpowiednia (70%). Jednak 22% badanych uznaje, że jednak taka nie była. (Patrz Tabela nr 25).

### **Preferowana forma szkoleń**

Najbardziej dogodną formą szkoleń, według pielęgniarek, są szkolenia specjalizacyjne oraz kursy specjalistyczne wymieniane przez około 40% badanych. 37% wskazuje na kursy kwalifikacyjne. (Patrz Tabela nr 14).

Pielęgniarki chciałyby, aby szkolenia odbywały się w jeden weekend (48%) lub w dni powszednie w godzinach pracy (44%). Jedna trzecia wybrałaby szkolenia cykliczne odbywające się przez kilka weekendów. (Patrz Tabela nr 15).

Pielęgniarki najczęściej podnosiły swoje umiejętności na szkoleniach wewnętrznych (75%), a 68% podczas zewnętrznych szkoleń. (Patrz Tabela nr 16) Pielęgniarki są zdania, że biorą udział w szkoleniach za rzadko (74%), jedynie 2% osób uważa, że częstotliwość szkoleń jest odpowiednia lub że szkolenia odbywają się za często. (Patrz Tabela nr 24).

Ze szkoleń w formie e-learningu korzystało do tej pory 17% pielęgniarek, 80% natomiast w tego typu szkoleniach nie brała jeszcze udziału. (Patrz Tabela nr 20). Pomimo tego pielęgniarki chciałyby mieć możliwość skorzystania ze

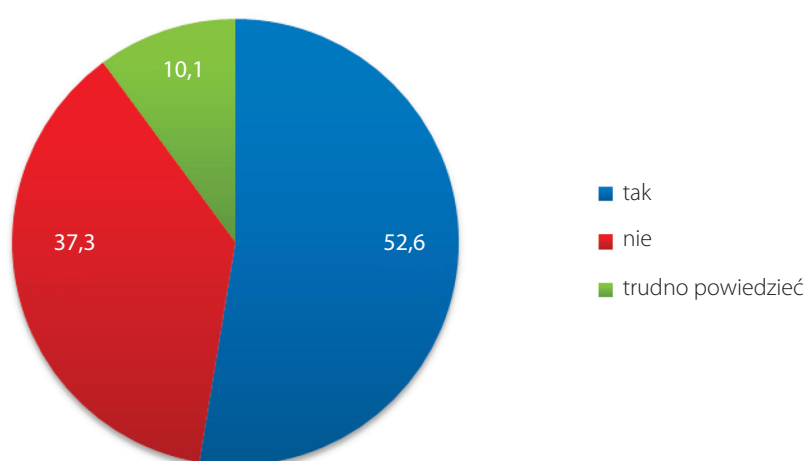
szkoleń e-learningowych (62%). Jedna czwarta z nich nie jest skłonna do podjęcia takiego doświadczenia. Jednak tematy, z jakich chciałaby szkolić się pielęgniarki, często wymagające praktycznych ćwiczeń i bezpośredniego kontaktu z wykładowcą, ze względu na specyfikę pracy nie pozwalają na organizację dużej liczby szkoleń e-learningowych. Jak wspomniano wcześniej, pielęgniarki chciałyby szkolić się głównie z leczenia ran oraz resuscytacji krążeniowo-oddechowej noworodka (patrz wykres 6), a takich umiejętności nie można nauczyć się na szkoleniach e-learningowych. (Patrz Tabela nr 21).

Pielęgniarki deklarują, że zatrudniające je ZOZ-y posiadają zaplecze, aby stworzyć warunki do szkoleń e-learningowych (55%), 36% z nich jest przeciwnego zdania. (Patrz Tabela nr 22).

### **Trudności związane z uczestnictwem w szkoleniach**

Co druga pielęgniarka deklaruje wystąpienie trudności związanych z udziałem w szkoleniu. (Patrz Tabela nr 17, Wykres 12).

**Wykres 12. Pojawianie się przeszkód utrudniających uczestnictwo w szkoleniu pielęgniarek**



Trudności, jakich doświadczały pielęgniarki, to najczęściej bariery finansowe (62%). Mniej, bo ok. 30% badanych skarży się na niedogodne terminy dostępnych szkoleń, brak zastępstwa dla szkolącego się pracownika, zbyt dużą odległość pomiędzy miejscem szkolenia a miejscem zamieszkania, brak szkoleń z danej dziedziny oraz niesprzyjającą atmosferą w pracy – brak akceptacji dla osób doszkalających się. (Patrz Tabela nr 18).

Brak dostępności dofinansowania szkoleń przez szpitale wymaga podkreślenia, podobnie jak w przypadku lekarzy, z tą różnicą, że lekarze korzystają z innych źródeł dofinansowania szkoleń np. w ramach szkoleń sponsorowanych, co jest rzadkością w przypadku pielęgniarek.

Pojawiające się przeszkody stały się powodem do rezygnacji ze szkolenia więcej niż raz dla 56% pielęgniarek. U 25% pielęgniarek taka sytuacja wystąpiła jeden raz, nigdy natomiast u 9% z nich. (Patrz Tabela nr 19).

**Podsumowując:** Pielęgniarki najczęściej szkolą się od jednego do trzech razy w roku i uważają, że szkolą się za rzadko. Trudnościami, które nie pozwalają pielęgniarkom szkolić się częściej, są przede wszystkim bariery finansowe, mimo tego, że najczęściej szkolenia pielęgniarek dofinansowywał ZOZ.

Pielęgniarki to grupa zawodowa, która szkoli się rzadziej niż dyrektorzy, ordynatorzy, pielęgniarki oddziałowe czy lekarze. Najbardziej byłyby one zainteresowane szkoleniami z leczenia ran, resuscytacji krążeniowo-oddechowej noworodka, pielęgniarstwa ratunkowego oraz pielęgniarstwa chirurgicznego. Powyższe obserwacje wskazują na niepełną zgodność z trendami epidemiologicznymi, w szczególności należałoby uzupełnić listę tematów szkoleń dla pielęgniarek o zagadnienia dotyczące chorób przewlekłych, opieki paliatywnej, inwazyjnych technik leczenia np. chorób układu krążenia, opieki nad pacjentami z grupy chorób metabolicznych np. cukrzycą, osteoporozą, a także postępowania przy masowych zdarzeniach jak katastrofy komunikacyjne, pożary, huragany, powodzie itp. Obok szkoleń z umiejętności medycznych pielęgniarki potrzebują szkoleń na temat radzenia sobie ze stresem oraz przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu. Zbieranie informacji na temat potrzeb szkoleniowych przez ZOZ-y po-

winną ułatwić uczestnictwo w szkoleniach i układanie pracy w ten sposób, aby nie kolidowała ze szkoleniem. Najbardziej dogodną formą doszkalania są szkolenia specjalistyczne oraz kursy specjalistyczne. Pielęgniarki deklarują, że są skłonne do podjęcia szkoleń e-learningowych, jednakże umiejętności, w których zamierzają się doszkalac, wymagają przede wszystkim praktycznych ćwiczeń. Szkolenia powinny się odbywać w jeden weekend lub w dni powszednie w godzinach pracy.

## 7. Potrzeby szkoleniowe położnych

### **Częstotliwość uczestniczenia w szkoleniach**

Położne doskonaliły swoje umiejętności na szkoleniach odbywających się od jednego do trzech razy w roku (57%). Częściej szkoli się 23% położnych – ponad cztery razy w roku i więcej. Wcale nie uczestniczy w szkoleniach 7% z nich.

**Odsetek położnych, które nie uczestniczą w żadnych formach doszkalających jest ponad 2–3 krotnie wyższy niż udział nie szkolących się dyrektorów, ordynatorów i lekarzy.** (Patrz Tabela nr 1).

Znaczna większość (81%) położnych doszkała się na szkoleniach w ciągu ostatniego roku, podczas gdy 16% nie uczestniczyło w żadnym szkoleniu. (Patrz Tabela nr 2).

Wskazuje to na konieczność aktywizacji edukacyjnej tej grupy zawodowej, szczególnie w świetle intensywnego rozwoju tej dziedziny i rosnącej roli położnych w opiece nad położnicą i noworodkiem. W tym kontekście należy zwrócić uwagę na niewielkie zainteresowanie szkoleniami w zakresie promocji zdrowia i szczepień ochronnych.

### **Finansowanie szkoleń**

Położne mogły liczyć na finansowanie przez zatrudniającego ZOZ (41%) lub płaciły za szkolenia z własnych środków (40%). Nieco ponad jedną piątą badanych z tej zbiorowości szkolenia dofinansował ZOZ. (Patrz Tabela nr 3).

Położne są zdania, że zatrudniającego ZOZ-y gromadzą i analizują informacje dotyczące ich potrzeb szkoleniowych (48%). (Patrz Tabela nr 23).

### **Doskonalenie umiejętności**

Położne zauważają potrzebę doskonalenia swoich umiejętności przede wszystkim w zakresie pielęgniarstwa położniczego (46%), pielęgniarstwa ginekologicznego (30%), monitorowania dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu (28%), podstaw diagnostyki ultrasonograficznej w położnictwie i ginekologii (26%), pielęgniarstwa neonatologicznego (25%), opieki nad kobietą ciężarną z cukrzycą w okresie okołoporodowym (22%). (Patrz Tabela nr 5, Wykres 13).

Trzy piąte położnych chciałoby nauczyć się radzenia sobie ze stresem, co druga położna umiejętności przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu, 47% – asertywności i rozwiązywania konfliktów w relacji pacjent – personel medyczny, a 45% prawnych aspektów pracy. (Patrz Tabela nr 12). Ponadto co druga położna chciałaby podjąć naukę języka obcego. Zainteresowanie większości osób wzbudza język angielski (87%). Na drugim miejscu wybierany jest język niemiecki (36%). (Patrz Tabela nr 13).

59% położnych uznaje, że szkolenia, w których wzięły udział, są zgodne tematycznie z ich potrzebami. Z tym twierdzeniem nie zgadza się jedna trzecia badanych. (Patrz Tabela nr 25).

### **Preferowana forma szkoleń**

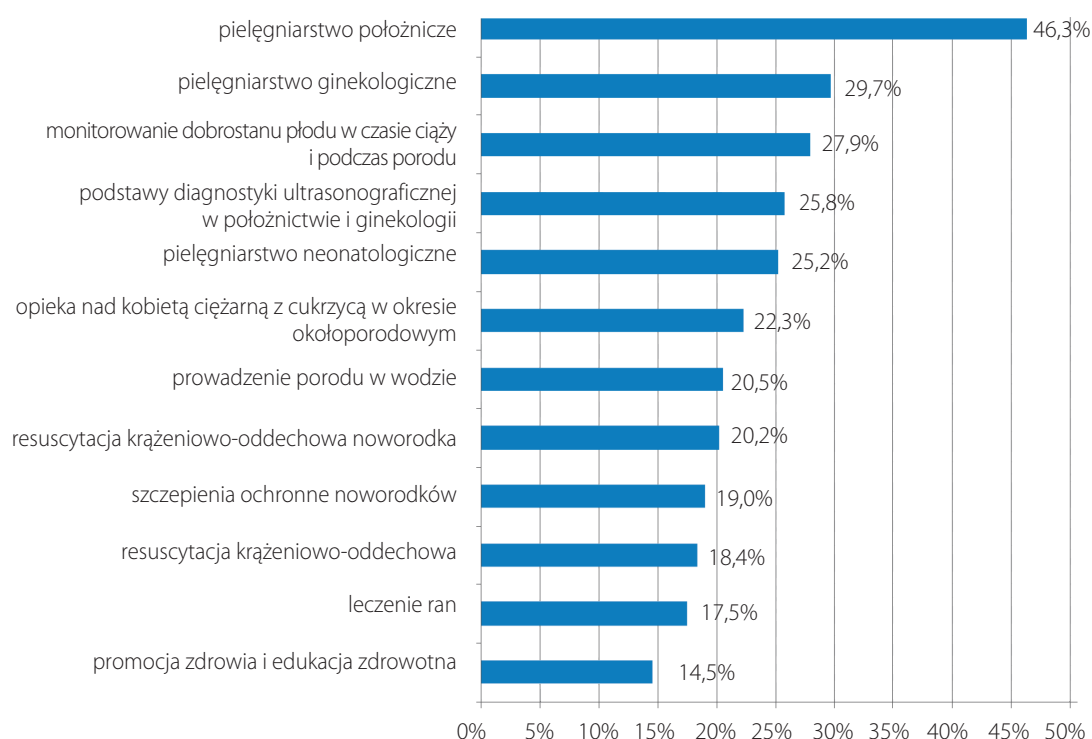
Położne preferują podnoszenie kwalifikacji w formie szkoleń specjalizacyjnych<sup>15</sup> bądź kursów specjalistycznych<sup>16</sup> (ok. 42%). 35% ankietowanych byłoby zainteresowanych kursami kwalifikacyjnymi<sup>17</sup>. (Patrz Tabela nr 14).

<sup>15</sup> Szkolenie specjalizacyjne, zwane specjalizacją jest to rodzaj kształcenia, które ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę, położną specjalistycznych kwalifikacji w określonej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia oraz tytuł specjalisty w tej dziedzinie.

<sup>16</sup> Kurs specjalistyczny ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę, położną kwalifikacji do wykonywania określonych czynności zawodowych przy udzielaniu świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych lub rehabilitacyjnych. Do kursu specjalistycznego może przystąpić pielęgniarka, położna, która: posiada prawo wykonywania zawodu; posiada co najmniej trzymiesięczny staż pracy w zawodzie; została zakwalifikowana do odbycia kursu specjalistycznego przez organizatora kształcenia.

<sup>17</sup> Kurs kwalifikacyjny ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę, położną specjalistycznych kwalifikacji do udzielania określonych świadczeń zdrowotnych wchodzących w zakres danej dziedziny pielęgniarstwa lub dziedziny mającej zastosowanie w ochronie zdrowia. Do kształcenia w ramach kursu kwalifikacyjnego może przystąpić pielęgniarka, położna, która posiada prawo wykonywania zawodu; posiada co najmniej roczny staż pracy w zawodzie; została dopuszczona do odbycia kursu kwalifikacyjnego przez komisję kwalifikacyjną.

**Wykres 13. Najczęściej wskazywane obszary doskonalenia umiejętności położnych\***



\* Respondenci mogli wybierać maksymalnie 7 odpowiedzi, dlatego wyniki nie sumują się do 100%

Położne preferują szkolenia odbywające się w weekendy (48%), a także w dni powszednie w godzinach pracy (44%). Jedna trzecia decyduje się na szkolenia cykliczne – odbywające się przez kilka weekendów. (Patrz Tabela nr 15).

Położne w podobnym stopniu uczestniczyły zarówno w szkoleniach wewnętrznych jak i zewnętrznych (ok. 70%). (Patrz Tabela nr 16). Większość (70%) położnych uważa, że częstotliwość szkoleń jest zbyt mała, a 4%, że jest ona za częsta lub odbywa się z odpowiednią częstością. (Patrz Tabela nr 24).

Niemal jedna piąta położnych brała udział w szkoleniach e-learningowych, pozostałe osoby nie mają na swoim koncie takiego doświadczenia. (Patrz Tabela nr 20). Mimo tego, że większość położnych nie miała styczności z taką formą szkoleń, zgłaszają gotowość ich podjęcia (57%), podczas gdy 32% badanych nie jest do tej formy przekonana. (Patrz Tabela nr 21).

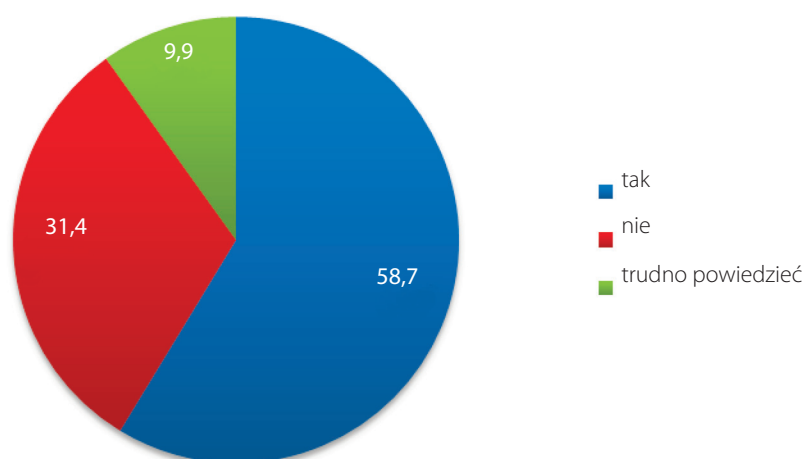
Trzy piąte położnych uznaje, że zatrudniające je ZOZ-y dysponują sprzętem niezbędnym do przeprowadzenia szkoleń internetowych, podczas gdy 32% ma przeciwne zdanie na ten temat. (Patrz Tabela nr 22).

#### **Trudności związane z uczestnictwem w szkoleniach**

Niemal trzy piąte położnych doświadczyła utrudnień w związku z planowanym uczestnictwem w szkoleniu. (Patrz Tabela nr 17, Wykres 14). Do podstawowych barier udziału w szkoleniach należą: bariera finansowa (74%), brak zastępstwa dla szkolącego się pracownika (42%), niedogodne terminy dostępnych szkoleń (39%). Po 35% badanych wymienia zbyt dużą odległość pomiędzy miejscem szkolenia a miejscem zamieszkania oraz niesprzyjającą atmosferę w pracy – brak akceptacji dla osób doszkalających się. Bariery jest też brak szkoleń z danej dziedziny (33%). (Patrz Tabela nr 18).

Położne w większości przypadków doświadczały takich trudności co najmniej raz (89%). (Patrz Tabela nr 19).

Wykres 14. Pojawianie się przeszkód utrudniających uczestnictwo w szkoleniu położnych



**Podsumowując:** Położne doskonalą swoje umiejętności od jednego do trzech razy w roku i uważają, że częstotliwość ta jest zbyt mała. Odsetek badanych z tej grupy zawodowej, którzy nie biorą udziału w szkoleniach jest wyższy niż odsetek dyrektorów, ordynatorów, pielęgniarek oddziałowych i lekarzy. Szkolenia, w niemal równym stopniu, były finansowane przez ZOZ-y lub przez same położne. Jednym z najczęściej wskazywanych powodów, dla którego położne nie szkolą się zbyt często, są bariery finansowe. Kolejną przeszkodą jest brak zastępstwa.

Położne zgłaszają zapotrzebowanie na szkolenia głównie w zakresie pielęgniarstwa położniczego. Inne szkolenia wymieniane przez położne pozwoliłyby doskonaląc umiejętności pielęgniarstwa ginekologicznego, monitorowania dobrostanu płodu w czasie ciąży i porodu, podstaw diagnostyki ultrasonograficznej w położnictwie i ginekologii, pielęgniarstwa neonatologicznego. Ponadto położne deklarują potrzebę nauki radzenia sobie ze stresem, umiejętności przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu, asertywności oraz znajomości prawa. Analiza oraz gromadzenie przez ZOZ-y informacji o potrzebach szkoleniowych pozwoliłoby na zapewnienie wysokokwalifikowanej kadry posiadającej umiejętności zgodne z zapotrzebowaniem wynikającym ze struktury zachorowań. Zapewniłoby optymalne dostosowanie obowiązków wynikających z pracy do terminów szkoleń. Podczas planowania szkoleń ważne jest uwzględnienie odpowiedniej ich formy. Położne najbardziej preferują szkolenia specjalizacyjne bądź kursy specjalistyczne. Optują za szkoleniami odbywającymi się w weekendy lub ewentualnie w dni powszednie w godzinach pracy. Byłyby też zainteresowane szkoleniami e-learningowymi, jednakże należałoby szkolenia wymagające ćwiczeń praktycznych przeprowadzać w tradycyjnej formule.

## 8. Potrzeby szkoleniowe fizjoterapeutów

### **Częstotliwość uczestniczenia w szkoleniach**

Co drugi fizjoterapeuta brał udział w szkoleniu co najmniej raz. Częściej szkoliło się 17% badanych z tej zbiorowości. Jedna czwarta ankietowanych przyznaje, że nie podnosiła swoich kwalifikacji. (Patrz Tabela nr 1). Można spostrzec, że jest to najwyższy odsetek osób, które nie biorą udziału w szkoleniach z dotychczas omówionych grup zawodowych.

Cztery piąte fizjoterapeutów podejmowało szkolenia w celu doskonalenia umiejętności zawodowych w ciągu ostatniego roku. 17% z nich natomiast nie uczestniczyło w takich zajęciach. (Patrz Tabela nr 2).

### **Finansowanie szkoleń**

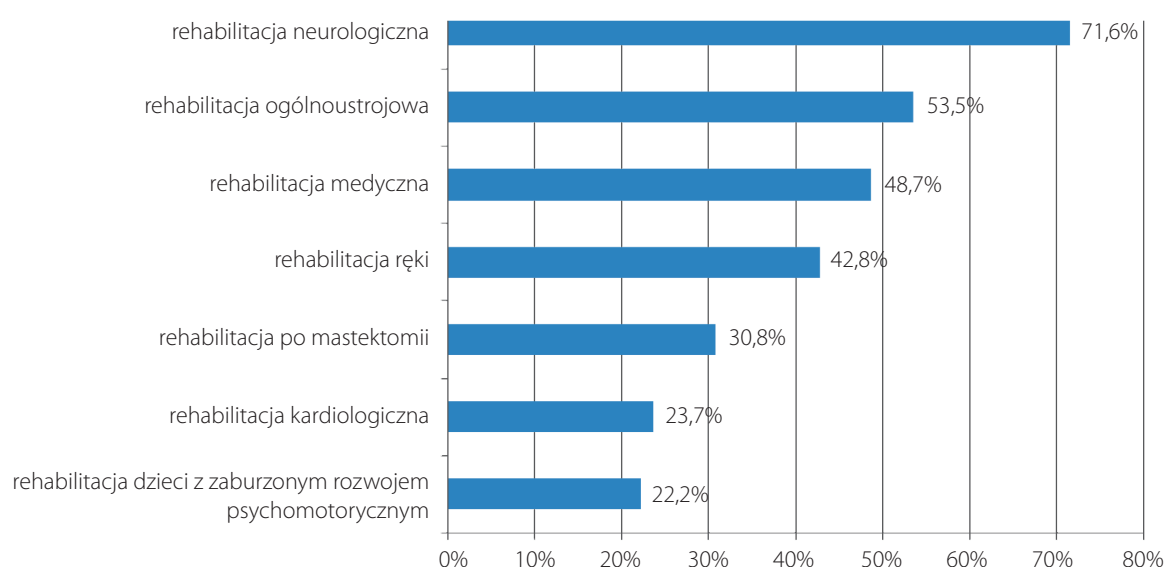
Fizjoterapeuci przeważnie finansowali szkolenia z własnych środków (64%). Na finansowanie przez zatrudniającego go ZOZ mógł liczyć co czwarty badany, dofinansowanie było udziałem co piątego fizjoterapeuty. (Patrz Tabela nr 3). Fizjoterapeuci w większości uważają, że ZOZ-y nie zbierają informacji o ich potrzebach szkoleniowych (44,2%), przeciwnego zdania jest 31% badanych. (Patrz Tabela nr 23).

### **Doskonalenie umiejętności**

Najczęściej fizjoterapeuci wskazują na następujące umiejętności, które chcieliby doskonalić: rehabilitację neurologiczną, którą wybrało 72% badanych. Co drugi fizjoterapeuta deklaruje chęć szkoleń z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej lub rehabilitacji medycznej. 43% badanych nosi się z zamiarem szkoleń z rehabilitacji ręki, 31% – rehabilitacji po mastektomii. (Patrz Tabela nr 7, Wykres 15). Jedna czwarta (24%) fizjoterapeutów widzi potrzebę szkolenia związanego z pracą z ludźmi w podeszłym wieku. (Patrz Tabela nr 12). Może się jednak okazać, że zapotrzebowanie na pracę z ludźmi w podeszłym wieku będzie w najbliższych latach wzrastać, warto więc uwzględnić również ten aspekt w planowaniu szkoleń dla personelu medycznego.

Powyższe obserwacje odzwierciedlają aktualne trendy w populacji pacjentów, ze szczególnym uwzględnieniem rehabilitacji onkologicznej, neurologicznej i dziecięcej.

**Wykres 15. Najczęściej wskazywane obszary doskonalenia umiejętności fizjoterapeutów**



\* Respondenci mogli wybierać maksymalnie 5 odpowiedzi, dlatego wyniki nie sumują się do 100%.

Fizjoterapeuci są zainteresowani doskonaleniem umiejętności pracy z trudnym pacjentem (49%), prawnych aspektów pracy (44%), języka obcego ze słownictwem medycznym (41%), asertywności i rozwiązywania konfliktów w relacji pacjent – personel medyczny (39%), radzenia sobie ze stresem (31%).

Większość fizjoterapeutów jest zainteresowana szkoleniem z języka angielskiego (93%), a ponad jedna trzecia badanych językiem niemieckim. (Patrz Tabela nr 13).

Fizjoterapeuci w większości uważają, że szkolenia, w których uczestniczyli, odpowiadały ich potrzebom (65%). Nie uważa tak 24% ankietowanych. (Patrz Tabela nr 25).

Większość (68%) spośród fizjoterapeutów jest zdania, że szkolenia dla nich odbywają się za rzadko, 26% – że jest ich wystarczająca liczba, a 1% – uważa, że jest ich za dużo. (Patrz Tabela nr 24).

### **Preferowana forma szkoleń**

Ponad połowa fizjoterapeutów za najlepszą formę szkolenia uznaje warsztaty lub szkolenia stacjonarne. 46% ankietowanych wybrałoby staże w klinikach krajowych i zagranicznych, a 37% – studia podyplomowe. (Patrz Tabela nr 14).

Ponad połowie fizjoterapeutów najbardziej odpowiadają szkolenia odbywające się w weekendy oraz w dni powszednie w godzinach pracy. Dla 46% z nich dogodna jest forma szkoleń cyklicznych odbywających się przez kilka weekendów. (Patrz Tabela nr 15).

Fizjoterapeuci przede wszystkim brali udział w szkoleniach zewnętrznych (81%), a 56% w ich wewnętrznej formie. (Patrz Tabela nr 16).

14% fizjoterapeutów uczestniczyło w szkoleniach e-learningowych, podczas gdy 84% nie brała w nich udziału. (Patrz Tabela nr 20).

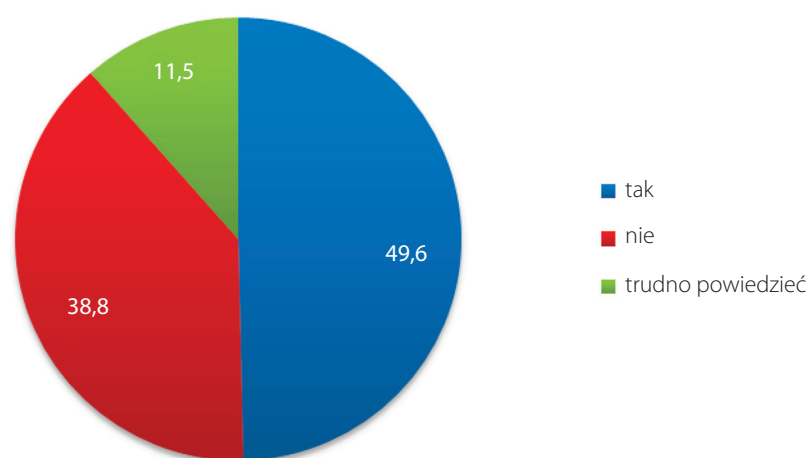
Fizjoterapeuci podjęliby się nowego doświadczenia i skorzystaliby ze szkoleń e-learningowych (60%), chociaż 30% nie jest do tego przekonana.

Fizjoterapeuci uważają, że posiadany przez ZOZ-y sprzęt jest wystarczający do przeprowadzenia szkoleń internetowych (58%). Przeciwnego zdania jest 33% badanych z tej zbiorowości. (Patrz Tabela nr 22).

### **Trudności związane z uczestnictwem w szkoleniach**

Połowa fizjoterapeutów doświadczyła utrudnień, gdy chciała wziąć udział w szkoleniu. (Patrz Tabela nr 17, Wykres 16).

**Wykres 16. Pojawianie się przeszkód utrudniających uczestnictwo w szkoleniu fizjoterapeutom**



Główną barierą okazały się przeszkody finansowe (93%). Dla 42% badanych duże znaczenie w tym względzie ma zbyt duża odległość pomiędzy miejscem szkolenia a miejscem zamieszkania. (Patrz Tabela nr 18).

Fizjoterapeuci często rezygnowali ze szkoleń z powodu wystąpienia wspomnianych trudności. Jednorazowo postąpiło tak 16% badanych, a więcej niż raz – 67%. (Patrz Tabela nr 19).

**Podsumowując:** Fizjoterapeuci podejmowali szkolenia od jednego do trzech razy w roku i uważają jednocześnie, że szkolenia odbywają się za rzadko. Najwięcej osób z tej zbiorowości, w porównaniu do pozostałych grup zawodowych, nie podejmowała żadnych szkoleń. Ci którzy się szkolili, często finansowali szkolenia z własnych środków. I właśnie bariera finansowa jest najczęstszą przyczyną rezygnacji ze szkoleń. Drugą przeszkodą jest zbyt duża odległość pomiędzy miejscem szkolenia a miejscem zamieszkania. Aby więc bariery te wyeliminować należałoby dążyć do realizowania szkoleń w ośrodkach położonych blisko miejsca zamieszkania personelu.

Potrzeby szkoleniowe, które najczęściej zgłaszają fizjoterapeuci, to przede wszystkim rehabilitacja neurologiczna. Są oni zainteresowani też rehabilitacją ogólnoustrojową, rehabilitacją medyczną oraz rehabilitacją ręki. Inne umiejętności, które są dla nich ważne to praca z trudnym pacjentem, prawne aspekty pracy, język obcy.

Najlepszą formą szkolenia będą warsztaty, opcjonalne będą też szkolenia stacjonarne. Fizjoterapeuci preferują szkolenia organizowane w weekendy lub w dni powszednie w godzinach pracy. Skorzystaliby też ze szkoleń w formie e-learningu.

## 9. Potrzeby szkoleniowe techników medycznych

### **Częstotliwość uczestniczenia w szkoleniach**

Technicy medyczni w większości podnoszą swoje umiejętności zawodowe na szkoleniach, w których biorą udział od jednego do trzech razy w roku. Dużo mniej osób kształci się częściej (11%). Niemal jedna piąta deklaruje, że wcale się nie dokształca, co przy obecnym postępie technologicznym może sprawić, że ich umiejętności będą zdecydowanie nieadekwatne do współczesnych wymagań. (Patrz Tabela nr 1).

### **Finansowanie szkoleń**

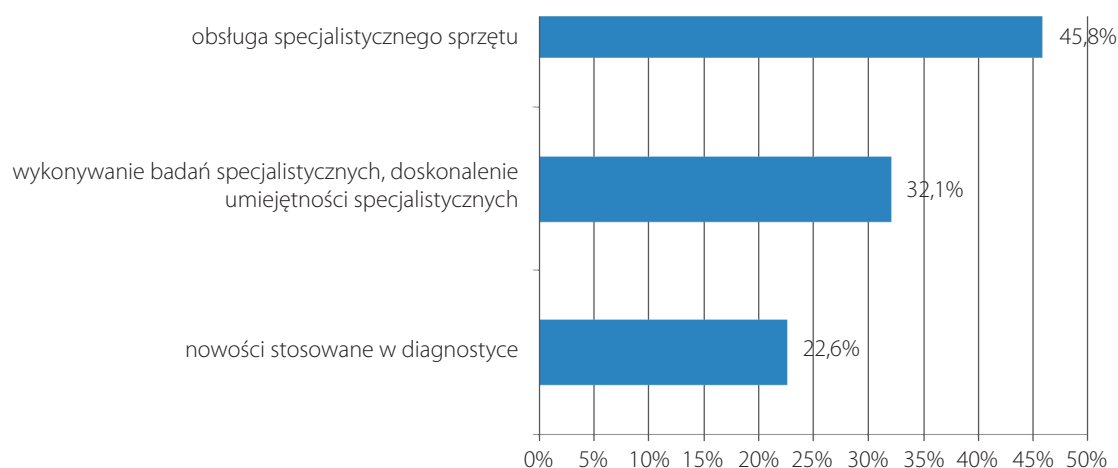
Niemal trzy piąte techników medycznych deklaruje, że ich szkolenia finansował ZOZ. Jedna piąta sama finansowała sobie szkolenia lub dofinansowała je ZOZ. Jak dotychczas to najwyższy udział z przebadanych grup zawodowych. (Patrz Tabela nr 3).

Co drugi technik medyczny jest zdania, że ZOZ-y gromadzą wiadomości na temat potrzeb szkoleniowych swoich pracowników (49%). 31% badanych natomiast jest przeciwnego zdania. (Patrz Tabela nr 23).

### **Doskonalenie umiejętności**

Technicy medyczni zgłaszają potrzebę doskonalenia umiejętności zawodowych związanych z obsługą specjalistycznego sprzętu (46%) w zakresie wykonywania badań specjalistycznych, a niemal jedna piąta chciałaby zapoznać się z nowościami stosowanymi w diagnostyce. (Patrz Tabela nr 10, Wykres 17).

**Wykres 17. Najczęściej wskazywane obszary doskonalenia umiejętności techników medycznych**



\* Respondenci odpowiadali na pytanie otwarte w zakresie obszarów wymagających doskonalenia, wypowiedzi te następnie skategoryzowano. W związku z faktem, że jedna osoba mogła wpisać kilka takich obszarów odpowiedzi nie sumują się do 100%

Technicy medyczni odczuwają potrzebę doskonalenia znajomości prawnych aspektów pracy (58%), posługiwania się językiem obcym ze słownictwem medycznym (41%), umiejętności pracy z trudnym pacjentem (35%), przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu (34%) oraz asertywności i rozwiązywania konfliktów w relacji pacjent – personel medyczny (31%). (Patrz Tabela nr 12).

W polu zainteresowania techników medycznych znajduje się też nauka języków obcych, z których największą popularnością cieszy się język angielski (91%), z dużo mniejszą częstością wymieniany jest język niemiecki (27%). (Patrz Tabela nr 13).

57% techników medycznych uznaje, że tematyka szkoleń, w których uczestniczyli jest zgodna z ich oczekiwaniami. Jedna trzecia (28%) z nich ma przeciwne doświadczenia. (Patrz Tabela nr 25).

### **Preferowana forma szkoleń**

Technicy medyczni chcieliby podnosić kwalifikacje na szkoleniach stacjonarnych (53%) lub podczas warsztatów (49%). (Patrz Tabela nr 14).

Technicy medyczni, jako najbardziej dogodną formę organizacji szkoleń, wskazują dni powszednie w godzinach pracy (57%). 43% uznaje za najbardziej dla siebie dogodne szkolenia odbywające się w jeden weekend, a 34% – szkolenia cykliczne, odbywające się przez kilka weekendów. (Patrz Tabela nr 15).

70% techników medycznych szkoliło się w ramach szkoleń wewnętrznych, a 65% poza ZOZ-em, w którym pracuje. (Patrz Tabela nr 16) Technicy medyczni uważają, że liczba szkoleń, w których uczestniczą jest zbyt mała (57%). 39% natomiast uważa, że jest wystarczająca. Niecały 1% deklaruje, że szkolenia odbywają się za często. (Patrz Tabela nr 24).

79% techników medycznych obca jest forma szkolenia e-learningowego. 17% badanych z tej zbiorowości ma doświadczenie w uczestnictwie w takich szkoleniach. (Patrz Tabela nr 20).

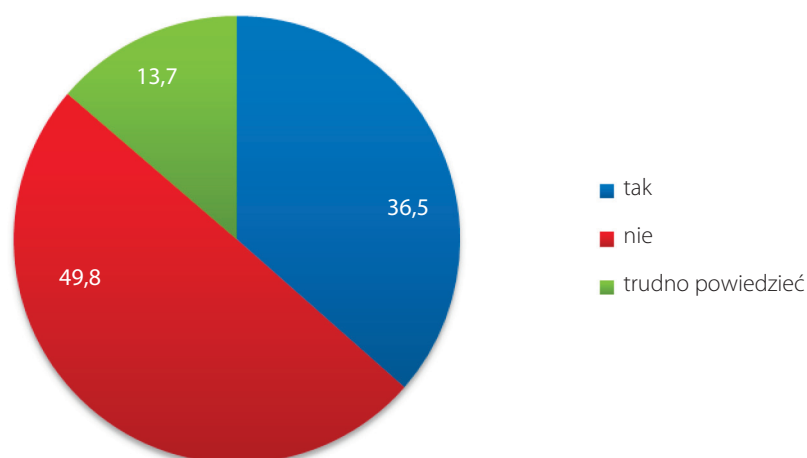
Większość techników medycznych zgłasza gotowość udziału w szkoleniach e-learningowych (56%). Jednak jedna trzecia (31%) z nich woli zostać przy tradycyjnej formie szkoleń. (Patrz Tabela nr 21).

Większość techników medycznych (79%) jest zdania, że zatrudniające ich ZOZ-y posiadają odpowiednie zaplecze do realizacji szkoleń przez Internet. 14% z nich nie sądzi, żeby ZOZ-y dysponowały takim zapleczem. (Patrz Tabela nr 22).

### **Trudności związane z uczestnictwem w szkoleniach**

Połowa techników medycznych nie doświadczała trudności związanych z uczestnictwem w szkoleniach, natomiast taka sytuacja zdarzyła się w 37% przypadków. (Patrz Tabela nr 17, Wykres 18). Jako główny powód zaistnienia trudności respondenci wskazują bariery finansowe (64%). 42% badanych uważa, że jest to konsekwencja zbyt dużej odległości pomiędzy miejscem szkolenia a miejscem zamieszkania. Około 30% badanych deklaruje, że trudności wynikają z braku szkoleń z danej dziedziny oraz niesprzyjającej atmosfery w pracy, braku akceptacji dla osób doszkalających się. (Patrz Tabela nr 18).

**Wykres 18. Pojawianie się przeszkód utrudniających uczestnictwo w szkoleniu technikom medycznym**



Co drugi technik medyczny ze względu na pojawiające się utrudnienia musiał zrezygnować ze szkolenia więcej niż jeden raz. Co piąta osoba musiała zrezygnować raz. (Patrz Tabela nr 19).

**Podsumowując:** Technicy medyczni na ogół kształcą się z częstością od jednego do trzech razy w roku i większość z nich uważa, że jest ona niewystarczająca. Po fizjoterapeutach oraz technikach elektroradiologach jest to grupa zawodowa, która najrzadziej uczestniczy w jakichkolwiek formach kształcenia, co przy obecnym postępie technologicznym może spowodować nieadekwatność umiejętności do współczesnych wymagań. Główną barierą dla uczestnictwa w szkoleniach są finanse oraz duża odległość pomiędzy miejscem szkolenia a miejscem zamieszkania.

Problemem jest też brak szkoleń z danej dziedziny. Szkolenia techników medycznych najczęściej finansował zatrudniający ich ZOZ, a potrzeby dotyczące szkoleń, według badanych, są gromadzone i analizowane. Szkolenia, które będą odpowiadały na zainteresowania techników medycznych, powinny dotyczyć obsługi specjalistycznego sprzętu oraz wykonywania badań specjalistycznych. Inne umiejętności, których potrzebują ankietowani dotyczą prawnych aspektów pracy, posługiwania się językiem obcym, umiejętności pracy z trudnym pacjentem, przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu oraz asertywności.

Preferowaną formą szkoleń są w opinii techników medycznych szkolenia stacjonarne. Warsztaty są również często wskazywane jako najbardziej efektywne. Największe zainteresowanie wzbudziłaby organizacja szkoleń w dni powszednie w godzinach pracy. W szkoleniach e-learningowych wzięłaby udział ponad połowa badanych.

## 10. Potrzeby szkoleniowe diagnostów laboratoryjnych

### **Częstotliwość uczestniczenia w szkoleniach**

Ponad połowa diagnostów laboratoryjnych uczestniczy w szkoleniach raz, dwa bądź trzy razy w roku. Jedna trzecia (29%) z nich doksztalca się częściej, a 9% nie doksztalca się wcale. (Patrz Tabela nr 1).

Większość diagnostów laboratoryjnych deklaruje uczestnictwo w szkoleniach podnoszących umiejętności zawodowe w ciągu poprzedniego roku (86%). 14% ankietowanych natomiast nie uczyniła tego. (Patrz Tabela nr 2).

### **Finansowanie szkoleń**

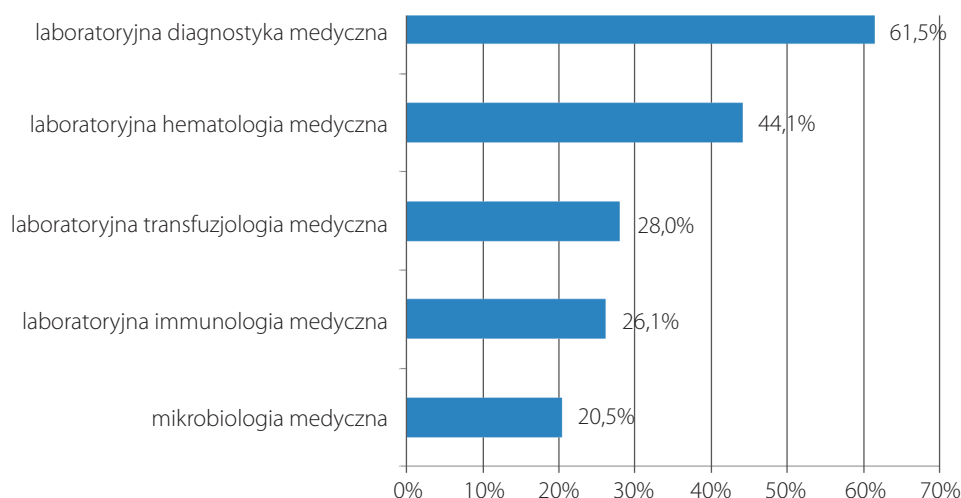
Większość diagnostów laboratoryjnych finansuje szkolenia z własnych środków (69%). Około jednej czwartej z nich ZOZ sfinansował w całości szkolenie bądź dofinansował je. (Patrz Tabela nr 3).

Diagności laboratoryjni uważają, że ZOZ-y zbierają informacje o potrzebach szkoleniowych (39%), ale też 37% badanych uznaje, że ZOZ-y tego nie robią. (Patrz Tabela nr 23).

### **Doskonalenie umiejętności**

Diagności laboratoryjni zgłaszają chęć specjalizacji w zakresie ogólnej diagnostyki medycznej – trzy piąte badanych składa takie deklaracje. 44% respondentów rozważa doksztalcanie się w hematologii medycznej, 28% w transfuzjologii medycznej, podczas gdy jedna czwarta badanych – w immunologii medycznej, a jedna piąta – w mikrobiologii. (Patrz Tabela nr 8, Wykres 19).

**Wykres 19. Specjalizacje najczęściej wskazywane przez diagnostów laboratoryjnych**



\* Respondenci mogli wybierać maksymalnie 3 odpowiedzi, dlatego wyniki nie sumują się do 100%

Większość (61%) diagnostów laboratoryjnych chciałaby doskonalić znajomość języka obcego ze słownictwem medycznym, zbliżony odsetek badanych (60%) zainteresowanych jest prawnymi aspektami pracy. Jedna trzecia respondentów chce nauczyć się radzenia sobie ze stresem. (Patrz Tabela nr 12).

Diagności laboratoryjni przede wszystkim widzą potrzebę doksztalcenia się z języka angielskiego (97%), podczas gdy jedna czwarta – z języka niemieckiego. (Patrz Tabela nr 13).

71% respondentów brało udział w kursach, które swoją tematyką były zgodne z potrzebami zatrudniających ich ZOZ-ów. 19% badanych tak nie uważa. (Patrz Tabela nr 25). Liczba szkoleń, w których uczestniczą, jest uważana za niewystarczającą (63%). Jedna trzecia badanych deklaruje, że jest ona odpowiednia, a 0,4% – że szkoleń jest za dużo. (Patrz Tabela nr 24).

### **Preferowana forma szkoleń**

Diagności laboratoryjni chętnie będą się podejmować szkolenia w formie warsztatów (50%). W trakcie szkoleń stacjonarnych chce się szkolić 49% respondentów, na stażach w klinikach krajowych i zagranicznych 40% osób, a w formie blended-learningu 36%. (Patrz Tabela nr 14).

Diagności laboratoryjni chcieliby się szkolić w dni powszednie w godzinach pracy (68%), przez Internet (40%) lub na szkoleniach odbywających się w jeden weekend (35%). (Patrz Tabela nr 15).

Diagności laboratoryjni w większości uczestniczyli w szkoleniach zewnętrznych (95%), a co drugi z nich szkolił się na kursach wewnętrznych (Patrz Tabela nr 16).

Większości diagnostów laboratoryjnych (76%) obca jest forma szkoleń e-learningowych. Co piąty badany natomiast ma już doświadczenie w szkoleniu e-learningowym. (Patrz Tabela nr 20).

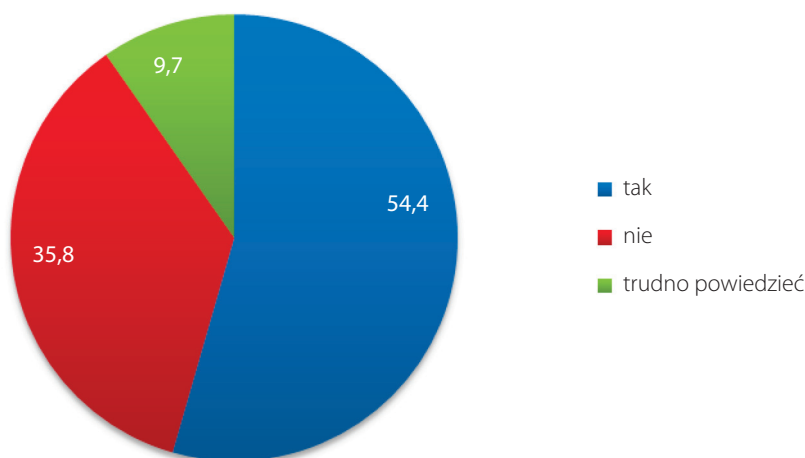
Diagności laboratoryjni w większości przypadków (75%) byliby chętni do wzięcia udziału w szkoleniach e-learningowych. 17% nie ma przekonania do elektronicznej formy doskonalenia umiejętności. Warto wykorzystać tak dużą przychylność do szkoleń e-learningowych. (Patrz Tabela nr 21).

Znaczna większość (83%) diagnostów laboratoryjnych deklaruje, że zatrudniające ich ZOZ-y są wyposażone w sprzęt odpowiedni do przeprowadzenia szkoleń internetowych, przeciwnego zdania jest 12% osób. (Patrz Tabela nr 22).

### **Trudności związane z uczestnictwem w szkoleniach**

Co drugi diagnosta laboratoryjny stwierdził zaistnienie trudności związanych z uczestnictwem w szkoleniu. (Patrz Tabela nr 17, Wykres 20).

**Wykres 20. Pojawianie się przeszkód utrudniających uczestnictwo w szkoleniu diagnostom laboratoryjnym**



Znaczna większość (86%) diagnostów laboratoryjnych zgłasza, jako przyczynę utrudnień, bariery finansowe. Dla 46,5% taką trudnością jest zbyt duża odległość pomiędzy miejscem szkolenia a miejscem zamieszkania, dla 42% – brak szkoleń z danej dziedziny, dla 34% – brak zastępstwa dla szkolącego się pracownika oraz niedogodne terminy dostępnego szkoleń. (Patrz Tabela nr 18).

Wśród diagnostów laboratoryjnych nieraz zdarzały się sytuacje, w których musieli zrezygnować ze szkolenia (76%). (Patrz Tabela nr 19).

**Podsumowując:** Diagnosty laboratoryjni najczęściej podejmują szkolenia od jednego do trzech razy w roku i sami je finansują. Najczęściej uważają, że wspomniana częstotliwość szkoleń jest niewystarczająca. Przeszkodę w podejmowaniu szkoleń stanowią bariery finansowe, zbyt duża odległość miejsca szkolenia od miejsca zamieszkania oraz brak szkoleń z danej dziedziny. Diagnosty laboratoryjni deklarują, że ZOZ-y zbierają informacje o ich potrzebach szkoleniowych, ale też niemal taki sam odsetek tego nie czyni.

Największym zainteresowaniem cieszą się szkolenia z laboratoryjnej diagnostyki medycznej oraz laboratoryjnej hematologii medycznej. Respondenci chętnie podjęliby też szkolenia z języków obcych ze słownictwem medycznym – zwłaszcza z języka angielskiego oraz z prawnych aspektów pracy.

Dostosowanie formy szkoleń do potrzeb może zwiększyć zainteresowanie szkoleniami – najbardziej preferowane są warsztaty. Szkolenia stacjonarne również cieszą się dużą popularnością. W opinii diagnostów laboratoryjnych szkolenia powinny odbywać się w dni powszednie w godzinach pracy. Są oni też skłonni do podjęcia szkoleń w formie e-learningu.

## 11. Potrzeby szkoleniowe techników elektroradiologów

### **Częstotliwość uczestniczenia w szkoleniach**

Niemal co drugi technik elektroradiolog podnosi swoje kwalifikacje na szkoleniach, na które uczęszcza raz, dwa bądź trzy w roku. Niemal jedna czwarta natomiast nie doksztalca się wcale. (Patrz Tabela nr 1).

W ciągu ostatniego roku technicy elektroradiolodzy w większości uczestniczyli w szkoleniach mających na celu zwiększenie kompetencji zawodowych. Ponad jedna trzecia (37%) badanych przyznaje, że nie podejmowała takich działań. (Patrz Tabela nr 2).

### **Finansowanie szkoleń**

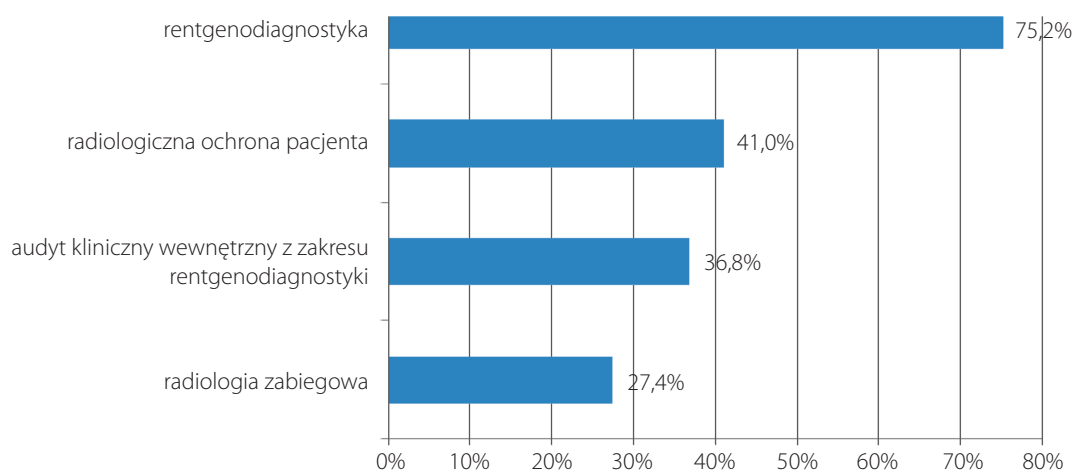
Technicy elektroradiolodzy najczęściej uczestniczyli w szkoleniach finansowanych przez ZOZ-y (52%). Dofinansowanie natomiast otrzymało 29% osób. Samodzielnie za podnoszenie kwalifikacji musiało zapłacić 17% badanych. (Patrz Tabela nr 3).

Co drugi technik elektroradiolog przyznaje, że ZOZ-y zbierają i analizują informacje dotyczące potrzeb szkoleniowych, 35% badanych ma inne zdanie na ten temat – twierdzi, że takie informacje nie są agregowane. (Patrz Tabela nr 23).

### **Doskonalenie umiejętności**

Technicy elektroradiolodzy potrzebują wzmocnienia swoich kwalifikacji przede wszystkim w dziedzinie rentgenodiagnostyki (75%). 41% ankietowanych wskazuje na radiologiczną ochronę pacjenta, 37% – wewnętrzny audyt kliniczny z zakresu rentgenodiagnostyki, a 27% – radiologię zabiegową. (Patrz Tabela nr 9, Wykres 21).

**Wykres 21. Najczęściej wskazywane obszary doskonalenia umiejętności techników elektroradiologów**



\* Respondenci mogli wybierać maksymalnie 3 odpowiedzi, dlatego wyniki nie sumują się do 100%.

Technicy elektradiolodzy chcieliby wziąć udział w kursach doskonalących prawne aspekty pracy (47%), języki obce ze słownictwem medycznym (45%), asertywność i rozwiązywanie konfliktów w relacji pacjent – lekarz (43%), umiejętność pracy z trudnym pacjentem (37%), a także radzenie sobie ze stresem (35%). (Patrz Tabela nr 12).

Niewiele osób spośród techników elektroradiologów dostrzega potrzebę nauki języków obcych. Ci, którzy wykazują takie zapotrzebowanie, najczęściej są zainteresowani językiem angielskim (96%). Jedną trzecią interesuje język niemiecki. Innymi językami, które nie są tak popularne i wymieniane przez mniejszość badanych, są: rosyjski, włoski oraz hiszpański. (Patrz Tabela nr 13).

Technicy elektroradiolodzy w większości dobrze oceniają tematykę szkoleń, w których uczestniczyli (71%). Niezadowolonych z treści podawanych podczas szkoleń jest co piąty badany. (Patrz Tabela nr 25).

### **Preferowana forma szkoleń**

Najtrafniejszą formą szkoleń dla techników elektroradiologów byłyby warsztaty (57%) lub szkolenia stacjonarne (51%). 39% badanych wolałoby podnosić swoje kwalifikacje na stażach w klinikach krajowych i zagranicznych, a 29% – na studiach podyplomowych. Jedna piąta badanych preferuje szkolenia mieszane. (Patrz Tabela nr 14).

Technicy elektroradiolodzy podnosili swoje kwalifikacje przede wszystkim na szkoleniach zewnętrznych (77%), a co drugi badany – na wewnętrznych, organizowanych przez ZOZ, w którym pracuje. (Patrz Tabela nr 16). Co drugi technik elektroradiolog jest zdania, że szkoleń, w których bierze udział, jest za mało. Jest też spora grupa osób (41%), która uważa, że liczba szkoleń jest wystarczająca. Zbyt dużą liczbą szkoleń jest znużonych 5% badanych. (Patrz Tabela nr 24).

Technicy elektroradiolodzy zazwyczaj nie korzystali nigdy ze szkoleń e-learningowych. Jedna czwarta z nich ma już jednak takie doświadczenia. (Patrz Tabela nr 20).

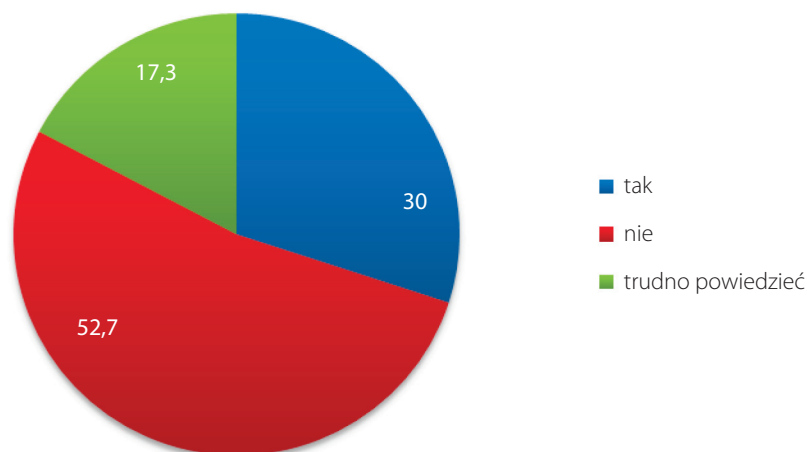
Skłonność do skorzystania z formy kształcenia w formie e-learningu wyraża większość techników elektroradiologów (65%). Do szkoleń internetowych nie jest przekonana jedna piąta osób. (Patrz Tabela nr 21).

64% techników elektroradiologów uważa, że zakłady opieki zdrowotnej, w których pracują, mają odpowiednie zaplecze, by umożliwić realizację szkoleń e-learningowych. Co czwarty badany jest zdania, że ZOZ-y takiego zaplecza nie posiadają. (Patrz Tabela nr 22).

### **Trudności związane z uczestnictwem w szkoleniach**

Półowa ankietowanych techników elektroradiologów nie miała problemów związanych z uczestnictwem w szkoleniu. Takie sytuacje zdarzyły się niemal jednej trzeciej badanych. (Patrz Tabela nr 17, Wykres 22). Trudności, jakich doświadczali technicy elektroradiolodzy, wynikały najczęściej z barier finansowych. (Patrz Tabela nr 18).

**Wykres 22. Pojawianie się przeszkód utrudniających uczestnictwo w szkoleniu technikom elektroradiologom**



Technicy elektroradiolodzy w większości byli zmuszeni do rezygnacji ze szkolenia (ci, którzy doświadczyli trudności) co najmniej jeden raz (81%). Najczęściej takie trudności nie pozwalały na szkolenia więcej niż jeden raz. (Patrz Tabela nr 19).

**Podsumowując:** Technicy elektroradiolodzy uczestniczą w szkoleniach raz, dwa bądź trzy razy w roku i częstotliwość tych szkoleń jest ich zdaniem niewystarczająca. Szkolenia najczęściej finansuje ZOZ, jednakże głównym powodem trudności, dla których badani są zmuszeni do rezygnacji ze szkoleń są bariery finansowe. Taka sytuacja może oznaczać, że chociaż ZOZ-y finansują co drugie szkolenie, jest to niewystarczające.

Technicy elektroradiolodzy najchętniej podjęliby szkolenia w zakresie rentgenodiagnostyki, radiologicznej ochrony pacjenta oraz wewnętrznego audytu klinicznego z zakresu rentgenodiagnostyki. Ponadto są zainteresowani kursami doskonalącymi znajomość przepisów prawnych, języków obcych, umiejętność asertywnego zachowania, pracy z trudnym pacjentem.

Najtrafniejszą formą szkoleń dla techników elektroradiologów byłyby warsztaty, a także szkolenia stacjonarne. Duża jest też skłonność techników elektroradiologów do szkoleń e-learningowych.

## 12. Potrzeby szkoleniowe osób zatrudnionych na stanowiskach ds. finansowych w szpitalach

### **Częstotliwość uczestniczenia w szkoleniach**

Pracownicy na stanowiskach ds. finansowych doskonalą swoje umiejętności raz, dwa bądź trzy razy w roku (59%). W szkoleniach odbywających się więcej niż trzy razy w roku uczestniczy 20% z nich. Wcale nie dokształca się 13% badanych z tej grupy. (Patrz Tabela nr 1).

W ciągu ostatniego roku 87% respondentów podejmowało różne formy szkoleń. Nie uczestniczyło w nich natomiast 12% badanych. (Patrz Tabela nr 2).

Osoby zajmujące się w ZOZ-ach kwestiami finansowymi uważają, że częstotliwość udziału w szkoleniach jest zbyt mała (58%). 42% osób z tej grupy zawodowej deklaruje, że ilość szkoleń, w których uczestniczą, jest optymalna. (Patrz Tabela nr 24).

W opinii badanych ZOZ-y dbają o rozwój zawodowy swoich pracowników i zbierają informacje o potrzebach szkoleniowych zgłaszanych przez osoby zajmujące się finansami (65%). Nie czyni tak 17% ZOZ-ów. 18% badanych nie posiada wiedzy na ten temat. (Patrz Tabela nr 23).

### **Finansowanie szkoleń**

Czterem piątym badanych z tej grupy szkolenia finansował ZOZ. Na własną rękę szkoli się jedna piąta ankietowanych, zaś piętnastu osobom na sto szkolenia dofinansowuje ZOZ. (Patrz Tabela nr 3).

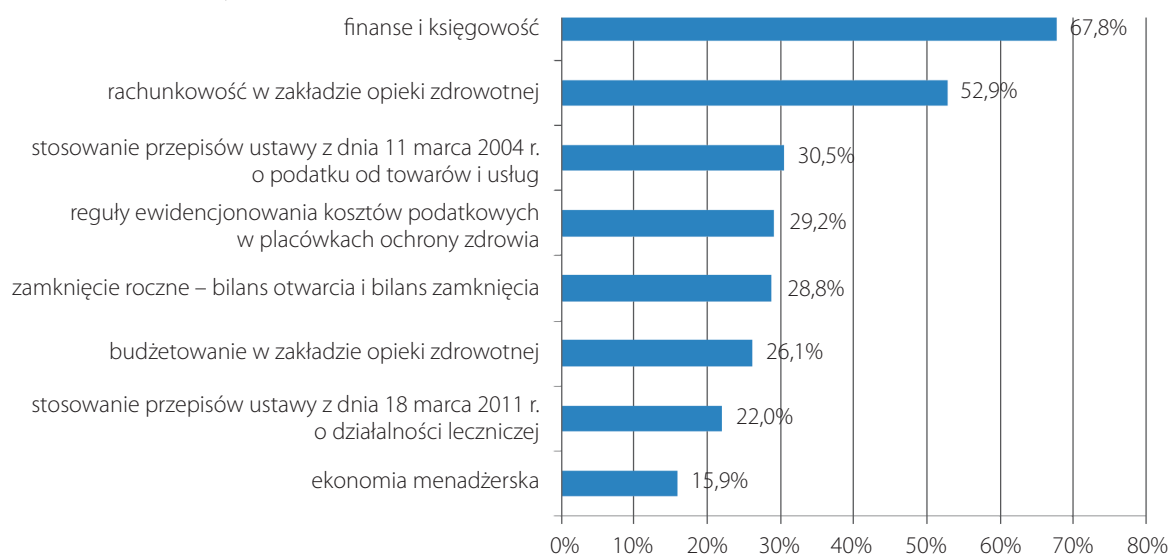
### **Doskonalenie umiejętności**

Osoby zatrudnione na stanowiskach finansowych zauważają potrzebę doskonalenia swoich umiejętności zawodowych w zakresie finansów i księgowości (68%) oraz rachunkowości w zakładzie opieki zdrowotnej. Mniejszy odsetek osób widzi potrzebę pogłębiania wiedzy w zakresie stosowania przepisów ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (31%), reguł ewidencjonowania kosztów podatkowych w placówkach ochrony zdrowia oraz zamknięć rocznych – bilansu otwarcia i bilansu zamknięcia (po 29%), a także budżetowania w zakładzie opieki zdrowotnej (26%). (Patrz Tabela nr 4, Wykres 23).

Na kursach i szkoleniach respondenci chcieliby doskonalić radzenie sobie ze stresem (44%), efektywną komunikację (43%), umiejętność kierowania zespołem (42%), techniki negocjacji (32%), zarządzanie czasem (27%) oraz umiejętność wystąpień publicznych (26%). Pracownicy na stanowiskach finansowych zapytani o szkolenia w zakresie języków obcych najchętniej skorzystaliby z języka niemieckiego (63%) lub angielskiego (55%). (Patrz Tabela nr 12).

Osoby na stanowiskach ds. finansowych są najczęściej zadowolone z tematyki szkoleń, w których wzięły udział (79%). 16% uważa, że treści szkoleń nie były adekwatna do potrzeb. (Patrz Tabela nr 25).

**Wykres 23. Najczęściej wskazywane obszary doskonalenia umiejętności przez osoby zatrudnione na stanowiskach ds. finansowych**



\* Respondenci mogli wybierać maksymalnie 5 odpowiedzi, dlatego wyniki nie sumują się do 100%.

### **Preferowana forma szkoleń**

Zdobywanie nowych umiejętności, zdaniem osób zatrudnionych na stanowiskach finansowych, powinno się odbywać podczas szkoleń stacjonarnych (59%), na studiach podyplomowych oraz warsztatach (po 46% wskazań). (Patrz Tabela nr 14). Mile widziana byłaby organizacja tych szkoleń w dni powszednie w godzinach pracy (63%). Z mniejszym entuzjazmem są przyjmowane szkolenia, które odbywałyby się w jeden weekend (38%) oraz szkolenia cykliczne – odbywające się przez kilka weekendów (30%). (Patrz Tabela nr 15).

Szkolenia w formie e-learningu nie są zbyt popularne, ponieważ większość badanych dotychczas nie uczestniczyła w takiej ich formie (75%). Niemal jedna czwarta ma już takie doświadczenie. (Patrz Tabela nr 20). 60% osób zdecydowałoby się jednak na kurs e-learningowy, podczas gdy 29% nie byłoby ku temu skłonna. (Patrz Tabela nr 21).

ZOZ-y, w opinii pracowników ds. finansowych, dysponują infrastrukturą, która może być wykorzystana w celu organizowania doszkalania przez Internet (81%). 10% badanych ma przeciwnie zdanie na ten temat. (Patrz Tabela nr 22).

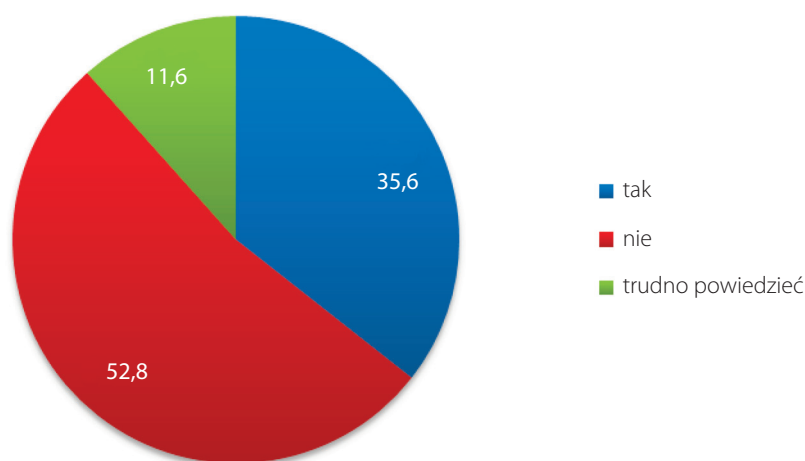
### **Trudności związane z uczestnictwem w szkoleniach**

Co druga osoba zatrudniona na stanowisku ds. finansowych nie miała problemów związanych z możliwością uczestniczenia w szkoleniu. Trudności doświadczyła jednak jedna trzecia badanych. (Patrz Tabela nr 17, Wykres 24). Przyczynami tych trudności były przede wszystkim bariery finansowe (76%). Zbyt duża odległość pomiędzy miejscem szkolenia a miejscem zamieszkania była przeszkodą dla 42% osób, zaś jednej trzeciej nie odpowiadały terminy szkoleń. (Patrz Tabela nr 18). Rezygnacje, w większości przypadków (70%), zdarzały się więcej niż raz. Nigdy nie zdarzyło się to bardzo niewielkiej części badanych (3%). (Patrz Tabela nr 19).

**Podsumowując:** Osoby zatrudnione na stanowiskach ds. finansowych najczęściej uczestniczyły w szkoleniach od jednego do trzech razy w roku. Częstotliwość szkoleń jest uznawana za zbyt małą, jednak duży jest też odsetek osób, uważających, że jest ona optymalna. Przyczyną zbyt rzadkiego uczestnictwa w szkoleniach są głównie bariery finansowe oraz zbyt duża odległość miejsca szkolenia od miejsca zamieszkania. Szkolenia osób zajmujących się finansami najczęściej były finansowane przez zatrudniające je ZOZ-y, które gromadzą informacje o potrzebach szkoleniowych swoich pracowników.

Potrzeby szkoleniowe tej grupy zawodowej dotyczą głównie finansów i księgowości oraz rachunkowości w zakładach opieki zdrowotnej. Ważna okazuje się też znajomość przepisów prawnych. Podczas kursów deklarują potrzebę szkoleń z zakresu radzenia sobie ze stresem, komunikacji interpersonalnej, umiejętności kierowania zespołem. Preferują przede wszystkim szkolenia stacjonarne organizowane w dni powszednie w godzinach pracy. Badani z tej grupy zawodowej są też zainteresowani szkoleniami w formie e-learningu.

**Wykres 24. Pojawianie się przeszkód utrudniających uczestnictwo w szkoleniu osobom zatrudnionym na stanowiskach ds. finansowych**



## PODSUMOWANIE

Pracownicy systemu ochrony zdrowia podnoszą swoje kwalifikacje zawodowe z reguły co najmniej raz w roku, a szkolenia te finansują najczęściej z własnych środków. Za najbardziej efektywną formę szkolenia uważane są warsztaty oraz staże krajowe bądź zagraniczne. Szkolenia organizowane dla personelu medycznego oraz niemedyckiego powinny odbywać się w godzinach pracy, ewentualnie w weekendy. Większość badanych skorzystałaby chętnie ze szkolenia w postaci e-learningu, pomimo faktu, że niewielka liczba badanych ma takie doświadczenia. Jest to praktyczna i elastyczna forma doksztalania i warto wykorzystać ten sposób szkolenia, przynajmniej w przypadku szkoleń, których zakres tematyczny na to pozwala. Będą to głównie szkolenia z aspektów prawnych i administracyjnych, niewymagające interaktywnego udziału wielu uczestników w czasie rzeczywistym w rozwiązywaniu problemów praktycznych. Ponadto z uwagi na fakt, iż osoby wykonujące niemedyczne czynności zawodowe zgłaszają zapotrzebowanie na zróżnicowaną tematykę szkoleń, w której chcieliby brać udział, zasadny wydaje się wspieranie przedsięwzięć edukacyjnych, które oferować będą wsparcie edukacyjne w formie studiów podyplomowych, dzięki czemu wsparcie dla tych grup zawodowych będzie miało charakter kompleksowy.

Podjęcie decyzji o uczestnictwie w szkoleniu utrudniały różne okoliczności, najczęściej były to bariery finansowe, co skutkowało rezygnacją ze szkolenia, a taka sytuacja zdarzała się w większości przypadków. Utrudnienie stanowiła też zbyt duża odległość pomiędzy miejscem, w którym odbywać miało się szkolenie, a miejscem zamieszkania jego potencjalnego uczestnika. Niwelowanie owych barier możliwe jest poprzez organizowanie szkoleń w formule e-learningu – w sytuacjach gdzie jest on możliwy do zastosowania (nie będą wymagane ćwiczenia pod okiem wykładowcy oraz bezpośredniego z nim kontaktu) – oraz organizowanie szkoleń w pobliżu miejsca zamieszkania pracowników ZOZ-ów, niewymagającego zapewnienia noclegów oraz długotrwałych dojazdów, często generujących wysokie koszty.

Z analizy zebranych danych wynika, że dyrektorzy częściej mogą korzystać ze szkoleń finansowanych przez ZOZ-y, natomiast lekarze, ordynatorzy oraz diagnostki laboratoryjni nie mają ich finansowanych w tak wysokim stopniu. Fizjoterapeuci, technicy elektroradiolodzy, technicy medyczni, osoby zatrudnione na stanowiskach ds. finansowych, pielęgniarki, diagnostki laboratoryjni, należą do grup, które najczęściej nie podejmują szkoleń lub podejmują ich mniej. Są to też grupy, których szkolenia w miarę często finansuje ZOZ, możemy więc wnioskować, że osoby z tych grup zawodowych uczestniczą w szkoleniach w przypadku, gdy ZOZ im je sfinansuje, w przeciwnym razie nie będą podejmowały szkoleń. Taka sytuacja może wynikać z przyjętej praktyki w środowisku, akceptacji takiego stanu rzeczy przez samorządy lekarskie i pielęgniarskie, a w przypadku pielęgniarek także ze zbyt wysokich, jak na ich możliwości, kosztów doksztalania (przy czym pod uwagę należy wziąć tu nie tylko koszt szkolenia, ale również dojazdu, czasem także zakwaterowania). Dodatkowym elemen-

tem jest brak rozwiązań systemowych, określających, z ilu szkoleń i z jakiego zakresu w danym roku może korzystać np. dyrektor ZOZ-u. Z badań wynika, że dyrektor doksztalca się zwykle 3–4 razy w roku. Bariery finansowe są największe w odniesieniu do pielęgniarek i położnych, diagnostów laboratoryjnych i fizjoterapeutów, mniejsze w stosunku do lekarzy, a najmniejsze dla kadry zarządzającej szpitali, co należy wiązać z nierównomiernym dostępem do środków przeznaczonych na edukację w szpitalach.

Z kolei z analizy partycypacji poszczególnych grup zawodowych w szkoleniach, wynikają następujące wnioski:

Dla dyrektorów oraz dyrektorów administracyjnych ważne jest uzupełnienie przede wszystkim znajomości nowego prawa medycznego, umiejętności delegowania zadań i egzekwowania prawidłowej ich realizacji oraz decyzyjność, czyli umiejętności z zakresu zarządzania.

Rosnący udział ludzi starszych w naszym społeczeństwie może spowodować konieczność uczestnictwa w szkoleniach przygotowujących do pracy z takimi osobami, pomimo że aktualnie zainteresowanie tego typu szkoleniami (pielęgniarstwo geriatryczne) nie jest duże wśród pielęgniarek. Umiejętności te będą potrzebne zarówno pielęgniarkom, jak i pielęgniarkom oddziałowym. Podobnie niski odsetek pielęgniarek zadeklarował chęć doszkalania się z opieki długoterminowej. Potrzeby w zakresie pracy z ludźmi w podeszłym wieku wykazują jednak fizjoterapeuci. Przy obecnych trendach może okazać się wkrótce, iż zapotrzebowanie na takie usługi medyczne przerośnie podaż w tym zakresie. Warto więc uwzględnić również ten aspekt w planowaniu szkoleń dla personelu medycznego. Obecnie, jak widać z wyników ankiety, personel medyczny nie dostrzega jeszcze takich potrzeb. Dostrzega natomiast potrzebę radzenia sobie z tzw. trudnym pacjentem.

Lekarze wyrażają potrzebę kształcenia z dziedziny kardiologii, która nadal może okazać się specjalizacją pożądaną, ze względu na najwyższy udział chorób serca i krążenia wśród liczby zgonów w Polsce. Ważny jest fakt, że lekarze dostrzegają konieczność doszkalania się z medycyny ratunkowej, gdyż skupia się ona na diagnostyce i leczeniu ostrych zachorowań i urazów wymagających natychmiastowej pomocy. Natychmiastowa pomoc bowiem ma wpływ na długoterminowe rokowanie chorego. Rehabilitacja, jako specjalizacja, z którą można wiązać przyszłość zawodową, pozostaje w zainteresowaniu relatywnie niewielkiej liczby lekarzy. Jednak w miarę wzrostu zapotrzebowania na te usługi (w związku z rosnącą liczbą osób starszych w Polsce) może się okazać konieczne doksztalcenie również z tego zakresu.

Ważne jest dostrzeganie przez lekarzy oraz ordynatorów oddziałów potrzeby kształcenia w zakresie języków obcych, co jest istotne z punktu widzenia integrującej się Europy i otwarcia granic dla cudzoziemców. Napływ cudzoziemców do naszego kraju powoduje konieczność porozumiewania się w obcych językach. Osoby posługujące się językami obcymi również potrzebują opieki medycznej, co oznacza, że wraz ze wzrostem liczby przyjeżdżających do Polski obcokrajowców, coraz więcej z nich będzie potrzebowała konsultacji lekarskiej. Natomiast pielęgniarki rzadziej zwracają uwagę na doskonalenie języka obcego, co przy rosnącym napływie cudzoziemców do pracy w Polsce może się okazać niewystarczające.

Język angielski to nie tylko komunikacja z obcokrajowcami przyjeżdżającymi do Polski, ale też ważne źródło informacji, ponieważ wiele materiałów z różnych dziedzin medycyny można odnaleźć w Internecie. Umożliwia on śledzenie trendów występujących w światowej medycynie oraz stanowi pole do dyskusji.

W przypadku diagnostów laboratoryjnych głównym obszarem, w którym występują braki wiedzy, jest diagnostyka – największe zapotrzebowanie występuje na kształcenie w zakresie diagnostyki medycznej. (zob. tabela nr 8)

Technicy medyczni zgłaszają potrzebę doszkalania się w zakresie obsługi sprzętu medycznego, co w dobie postępu technicznego wydaje się nieodzowne. Fizjoterapeuci widzą natomiast potrzebę kształcenia z rehabilitacji neurologicznej, która jest skuteczną formą leczenia pacjentów po udarach i urazach mózgu (zwłaszcza w momencie, kiedy rocznie w Polsce rejestruje się ok. 60 000–70 000 nowych zachorowań)<sup>18</sup>, kiedy dochodzi do uszkodzenia strukturalnego i/lub funkcjonalnego ośrodkowego układu nerwowego. Położne mają na celu szkolenia właśnie z pielęgniarstwa położniczego, aby pomagać we wszystkich sprawach dotyczących ciąży, porodu, położu.

<sup>18</sup> [http://www.udarmozgu.pl/dla\\_dziennikarzy/aspkty.html](http://www.udarmozgu.pl/dla_dziennikarzy/aspkty.html)

Pracownicy do spraw finansowych najczęściej wskazują na szkolenia dot. finansów, księgowości oraz rachunkowości.

W każdym przypadku, relatywnie wysoki odsetek personelu, jako dużą przeszkodę w uczestnictwie w szkoleniach, wskazał na brak szkoleń z danej dziedziny. Taka sytuacja wskazuje na potrzebę organizacji odpowiednich szkoleń i zapewnienia wysokiej klasy trenerów.

Z epidemiologicznego punktu widzenia, należy podkreślić, że potrzeby szkoleniowe zgłaszane przez pracowników, dotyczą przede wszystkim doskonalenia w zakresie aktualnie wykonywanych procedur medycznych, niezbędnego dla poprawy wiedzy i umiejętności merytorycznych, a w drugiej kolejności aspektów prawnych, organizacyjnych i socjologicznych uwarunkowań pracy w szpitalu. Jest to uzasadnione bieżącymi potrzebami, jednak nie w pełni odzwierciedla aktualne i przyszłe trendy w epidemiologii chorób w Polsce, a więc i zadania dla systemu ochrony zdrowia. Zgodnie z aktualnymi trendami w epidemiologii chorób niezakaźnych, dominującymi przyczynami hospitalizacji są i będą jeszcze przez wiele lat choroby układu krążenia, nowotwory, choroby metaboliczne (cukrzyca, otyłość, mocznica, osteoporoza), przewlekłe schorzenia płuc, rehabilitacja po epizodach niedokrwiennych serca i udarach mózgowych, a także urazy, zatrucia, choroby psychiczne. W opinii żadnej z badanych grup, poza kardiologią i onkologią, nie odnotowano potrzeb szkoleniowych uwzględniających powyższe trendy. Jeszcze mniejsza świadomość personelu dotyczy potrzeby szkoleń w zakresie zagadnień dotyczących epidemiologii chorób zakaźnych i zakażeń, mimo że problemy zakażeń szpitalnych, lekooporność drobnoustrojów, niedostateczne zapobieganie zakażeniom, niewystarczająca higiena szpitalna, a także nowe i powracające choroby zakaźne są istotną przyczyną chorobowości szpitalnej i śmiertelności. Do szpitali coraz częściej trafiają pacjenci z chorobami zakaźnymi trudnymi do rozpoznania i leczenia, jak np. gruźlica, choroby odkleszczowe, wirusowe zapalenia wątroby, zapalenia jelita grubego, HIV, nawracające zakażenia u chorych z POChP, u chorych dializowanych, u pacjentów z mukowiscydozą itp. Brak świadomości potrzeb szkoleniowych w tym zakresie wśród personelu szpitala i kadry zarządzającej należy uznać za ważną wskazówkę przy planowaniu szkoleń.

#### **4.3. Identyfikacja potrzeb szkoleniowych pracowników szpitali – potrzeby w zakresie szkoleń pracowników placówki z perspektywy kadry zarządzającej (dyrektorów oraz osób zarządzających oddziałami szpitalnymi)**

W niniejszej części raportu analizie zostaną poddane potrzeby poszczególnych grup pracowników sektora ochrony zdrowia z punktu widzenia kadry zarządzającej.

Generalnie kadra zarządzająca rzadko spotyka się z sytuacjami braku kompetencji ze strony podwładnych, jeżeli już ma to miejsce dotyczy najczęściej znajomości przepisów prawa oraz umiejętności interpersonalnych.

##### ***Potrzeby szkoleniowe pracowników z punktu widzenia kadry zarządzającej***

Dyrektorzy pytani o częstość występowania sytuacji, w których personel medyczny nie wiedział jak się zachować, odpowiadają, że nie zdarzają się one często (8%), ale „od czasu do czasu” (25%). Jedna piąta badanych deklaruje, że takie sytuacje w ogóle nie mają miejsca. Dyrektorzy administracyjni w większości nigdy nie spotkali się z sytuacją braku kompetencji ze strony personelu (30%). Co piąty dyrektor uznaje, że takie sytuacje zdarzają się „od czasu do czasu” (26%). Brak umiejętności zachowania się w określonej sytuacji, w opinii ordynatorów, nie zdarza się, a jeżeli się zdarzy jest incydentalna. W podobny sposób wypowiadają się pielęgniarki oddziałowe. Niemal co druga pielęgniarka oddziałowa wie o sytuacji, w której personel nie wiedział jak się zachować, ale sytuacje takie zdarzają się rzadko. (Patrz Tabela nr 26).

Dyrektorzy najczęściej dostrzegają luki w umiejętnościach pielęgniarek i lekarzy. Najmniejsze wątpliwości budzą kompetencje techników medycznych oraz diagnostów laboratoryjnych. Taka sytuacja może wynikać z faktu, iż dyrektorzy mają mniejszą wiedzę na temat pracy techników medycznych oraz diagnostów laboratoryjnych. Wymienione grupy zawodowe mają największy kontakt z pacjentem oraz rodziną pacjenta. Dlatego też dyrektorzy częściej mogą dowiadywać się o różnych sytuacjach, które wpłynęły na brak satysfakcji chorych osób. Więcej też pojawia się różnego rodzaju sytuacji, które wymagają natychmiastowych decyzji i w związku z tym umiejętności szybkiego reagowania.

Podobne spostrzeżenia deklarują ordynatorzy. (Patrz Tabela nr 27).

Inne grupy pracowników zidentyfikowane przez dyrektorów, w stosunku do których istnieje potrzeba doszkalania to obsługa techniczna oraz salowe. Dyrektorzy administracyjni wskazują na obsługę techniczną, pracowników recepcji oraz pracowników administracyjnych.

Jak wcześniej wspomniano częstotliwość występowania sytuacji w których zauważalny jest brak kompetencji personelu medycznego, oceniany jest przez kadrę zarządzającą jako sytuacja „rzadka”. Braki te, jak zauważymy poniżej, będą dotyczyły znajomości przepisów prawa, porozumiewania się z pacjentem, rodziną chorego oraz współpracownikami. Braki w kompetencjach ściśle medycznych nie zostały podniesione. Aby doskonalić umiejętności personelu dyrektorzy identyfikują pewne niedociągnięcia. Uważają, że ordynatorzy najczęściej nie radzą sobie z trudnym pacjentem, brakuje im wiedzy w zakresie prawa, w tym praw pacjenta, umiejętności odpowiedzi na skargi pacjentów, roszczeń odszkodowawczych wobec szpitala formułowanych ze strony pacjenta. Ponadto zdarzają się sytuacje, w których popełniają błędy w komunikacji interpersonalnej oraz brakuje im zrozumienia wymogów NFZ/prowadzenia negocjacji z NFZ/znajomości przepisów NFZ/zasad rozliczania z NFZ. Brakuje ponadto znajomości zasad prowadzenia oraz udostępniania dokumentacji medycznej.

Dyrektorzy sugerują więc uzupełnienie w pierwszej kolejności wiedzy z zakresu zarządzania zespołem, zarządzania czasem, organizacji pracy w oddziale, odpowiedniego stosunku do personelu i odpowiedniej komunikacji interpersonalnej, a także wiedzy o aktualnie obowiązujących przepisach prawa. Ważna jest też odpowiednia komunikacja z pacjentem. Na kolejnym miejscu powinni uzyskać umiejętności dot. spraw administracyjnych, prowadzenia dokumentacji, rozliczeń i przepisów z NFZ, formalno-prawnych aspektów funkcjonowania oddziału, zarządzania jakością, zarządzania kontraktem, zarządzania finansami jednostki, powiązanie udzielania świadczeń z finansami, prawa zamówień publicznych.

Lekarzom, podobnie jak pozostałym grupom zawodowym, brakuje umiejętności kontaktu/rozmowy z pacjentem konfliktowym, z rodziną pacjenta, brak umiejętności przekazywania informacji, czyli tak zwanych umiejętności komunikacyjnych. W niektórych sytuacjach uwydatnia się nieznajomość przepisów prawa, w tym niedostateczna znajomość praw pacjenta oraz nieumiejętność prowadzenia dokumentacji medycznej, a także brak współpracy z innymi lekarzami.

Najważniejsze umiejętności, które powinni doskonalić lekarze to sprawy związane z administracją, np. prowadzenie dokumentacji, rozliczeń z NFZ, interpretacja kontraktu NFZ, zasady kodowania świadczeń zdrowotnych, znajomość zmieniających się warunków realizacji umów z NFZ, formalno-prawnych aspektów funkcjonowania oddziału, znajomość aktualnych przepisów prawa. Ważna jest też umiejętność komunikowania się z pacjentem: staranność i kultura osobista w kontaktach z pacjentami, umiejętność postępowania z trudnym pacjentem.

Pielęgniarkom również brakuje, zdaniem dyrektorów oraz ordynatorów, umiejętności komunikacyjnych w relacji pielęgniarka – pacjent lub pielęgniarka – rodzina chorego. Zdarzają się też problemy z obsługą sprzętu oraz problemy merytoryczne – nieznajomość tematu (brak wiedzy medycznej) lub, pielęgniarkom mającym wiedzę medyczną, brakuje umiejętności wykorzystania tej wiedzy, a także umiejętności prawidłowej reakcji na zdarzenia nietypowe, nagłe lub stresowe. Brakuje ponadto należytej współpracy z lekarzami oraz znajomości prawa. **Dlatego też sugeruje się doskonalenie umiejętności zawodowych; wykonywania czynności medycznych; podejmowania kursów specjalistycznych np. z zakresu obsługi EKG; doskonalenie w zakresie komunikacji z pacjentem, zmiany nastawienia do pacjenta. Znajomość prawa medycznego oraz przestrzeganie praw pacjenta są kolejnymi obszarami tematycznymi, które pielęgniarki powinny zgłębiać.**

U pielęgniarek oddziałowych zdarzają się przede wszystkim braki w umiejętności zarządzania zespołem (niepełna komunikacja w przekazywaniu informacji podległemu personelowi, nie w pełni racjonalne zagospodarowanie podległych sobie zespołów; podział kompetencji; procedury postępowania, sprawy administracyjne) oraz tak jak u lekarzy oraz pielęgniarek – kontaktu z chorym i jego rodziną. Pojawiają się też braki wiedzy w zakresie zmieniającego się prawa oraz w interpretacji nowo wprowadzanych przepisów.

**Pielęgniarki oddziałowe powinny więc przede wszystkim uzyskać umiejętności zarządcze: zarządzania oddziałem, zarządzania zespołem związane z realizacją spraw administracyjnych, prowadzenia dokumentacji, rozliczeń z NFZ, formalno-prawnych aspektów funkcjonowania oddziału. Powinny się także szkolić w zakresie poprawnej komunikacji interpersonalnej.**

Położne mają problemy z kontaktem z pacjentami, a także brakuje im doświadczenia zawodowego. Zdarza się im też popełniać błędy w komunikacji interpersonalnej z innym personelem. Powinny również zyskać umiejętność obsługi sprzętu medycznego.

**Umiejętności, jakie powinny kształcić, to głównie znajomość przepisów prawa (w tym praw pacjenta), podnoszenie kwalifikacji zawodowych, właściwe podejście do pacjenta i radzenie sobie ze stresem.**

Fizjoterapeuci oraz technicy elektroradiolodzy, technicy medyczni, podobnie jak wcześniej opisywane zbiorowości mają trudności z odpowiednim podejściem do pacjenta. Brakuje im też znajomości tzw. „nowinek technicznych”, mają też problemy z obsługą nowego sprzętu czy też nowoczesnych metod terapii. Ponadto fizjoterapeuci wymagają szkoleń dotyczących techniki rehabilitacji.

**Dlatego też główne umiejętności, nad którymi powinni pracować to właściwe relacje interpersonalne, znajomość prawa medycznego oraz praw pacjenta, umiejętności techniczne związane z rozwojem aparatury; obsługa posiadanego sprzętu.**

Diagności laboratoryjni, obok relacji z pacjentem, mają też luki w prawidłowej interpretacji wyniku, co tłumaczy się brakiem możliwości doszkalania profesjonalnego oraz znajomości nowoczesnych technik stosowanych w ich dziedzinie.

**Należałoby więc w tym przypadku doskonalić umiejętności zawodowe oraz kontaktu z pacjentem. Należy poprawić komunikację na linii personel medyczny – pacjent/rodzina pacjenta oraz komunikację pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi w sektorze ochrony zdrowia np. poprzez przeszkolenie personelu medycznego w zakresie umiejętności komunikacyjnych.**

Osobom zatrudnionym na stanowisku ds. finansowych najczęściej brakuje wiedzy dotyczącej interpretacji ciągle zmieniających się przepisów (np. interpretacja przepisów finansowych, podatkowych PIT i VAT, ubezpieczeniowych).

**Najważniejsze w pracy osób na stanowiskach finansowych jest więc zapoznanie się z aktualnie obowiązującymi przepisami dotyczącymi finansów, uzyskania lub uzupełnienia wiedzy w zakresie sprawozdawczości finansowej, zasad finansowania w ZOZ-ie, znajomości przepisów podatkowych.**

Wszystkie grupy personelu wskazały braki we właściwym podejściu do pacjenta i te umiejętności muszą być uzupełnione w aktualnym czasie, kiedy zmiany w społeczeństwie spowodowały istotne zmiany w osobowości i światopoglądzie większej części społeczeństwa. Ponadto większości brakuje znajomości aktualnych przepisów prawa. (Patrz Tabela nr 28).

*Dyrektorzy uważają, że zidentyfikowane braki w kompetencjach zawodowych mogą prowadzić do niezadowolającej oceny wystawianej niektórym działom przez pacjentów, a to ze względu na powstawanie konfliktów w relacjach personel medyczny – pacjent; część pacjentów odbiera personel jako nieuprzejmy, mało mówny nie poświęcający zbyt wiele czasu dla pacjenta, w momencie gdy pacjent dziś potrzebuje nie tylko porady ale również rozmowy; brak pełnej informacji o stanie zdrowia przekazywanej choremu.<sup>19</sup>*

Również ważnym problemem mogą się okazać *konsekwencje finansowe oraz prawne, wynikające z niedoceniań przez personel zasady przestrzegania procedur, prawa, wagi prawidłowego prowadzenia dokumentacji, a także są wynikiem roszczeń ze strony pacjentów, składanych przez nich skarg i szkód z tytułu odszkodowań.*

*Braki kompetencyjne personelu stanowią przyczynę powstawania zdarzeń niepożądanych, gorszej jakości usług, wzrasta możliwość wystąpienia pomyłki, co w konsekwencji zwiększa ryzyko odpowiedzialności karnej, finansowej, a także może być przyczyną dyskomfortu psychicznego przyczyniającego się do „wypalenia zawodowego”. Nawet pojedyncze przypadki niepełnej kompetencji nowego pracownika rejestracji osłabia wizerunek całej firmy, jest to jednak trudne do wychwylenia od razu. Pracownicy przechodzą wstępne szkolenie i są pod opieką starszych pracowników i nadzoru, jednak czasem dopiero konkretna sytuacja pokazuje braki czy to wiedzy czy umiejętności komunikacji.*

<sup>19</sup> Kursywą przytoczono wypowiedzi respondentów.

W relacjach personelu medycznego *brakuje umiejętności pracy w zespole, co rodzi czasami konflikty między personelem, szczególnie w okresie urlopu, brak umiejętności negocjacji czasami kończy się nieporozumieniami na linii pracodawca – pracownik.*

Ordynatorzy również są zdania, że owe braki kompetencyjne mają bardzo duży wpływ na funkcjonowanie oddziału kierowanego przez siebie, jednak są też i tacy, którzy uważają, że nie mają one zupełnie żadnego znaczenia, np. jeden z ordynatorów mówi, że *brak asertywności pielęgniarek powoduje, że narastają konflikty między pacjentkami, a nierealne oczekiwania członków rodzin powodują okresowe pojawienie się agresji w stosunku do lekarzy, a także pielęgniarek.*

### **Plan szkoleń**

W celu zwiększenia poziomu kompetencji personelu podejmowane są starania związane z opracowywaniem planów szkoleń. Większość dyrektorów deklaruje, że w ZOZ-ie, którym kieruje, są zbierane i analizowane informacje dotyczące potrzeb szkoleniowych pracowników (76%). Trzynastu dyrektorów na stu takich wiadomości nie gromadzi, a 11% – nie ma wiedzy na ten temat. Ordynatorzy również deklarują, że w ZOZ-ach, którymi kierują, są gromadzone i analizowane informacje o potrzebach szkoleniowych personelu. Do braku takich danych przyznaje się jedna piąta ankietowanych. Cztery piąte pielęgniarek oddziałowych deklaruje, że potrzeby szkoleniowe w ich ZOZ-ach są zbierane i analizowane. (Patrz Tabela nr 29).

Dwie trzecie dyrektorów oraz dyrektorów administracyjnych deklaruje, że w ZOZ-ach, którymi kierują, powstaje plan szkoleń pracowników. Nie dzieje się tak w ponad jednej czwartej ZOZ-ów – jak wskazują dyrektorzy, natomiast zdaniem jednej piątej dyrektorów administracyjnych brakuje planów szkoleń.

Ordynatorzy w większości wyrażają zdanie, że plan szkoleń powstaje (75%). 18% deklaruje, że taki plan nie powstał w ZOZ-ach, w których są zatrudnieni.

Pielęgniarki oddziałowe twierdzą, że plan szkoleń dla pracowników jest stworzony (80% wskazań). Piętnaście pielęgniarek na sto przyznaje, że takiego planu nie ma. (Patrz Tabela nr 30).

Można wnioskować więc, że zasadniczo ZOZ-y posiadają plany szkoleń swoich pracowników.

Jak przedstawia się sytuacja związana z realizacją tych planów? Z odpowiedzi dyrektorów wynika, że jeżeli już jest tworzony plan szkoleń, to jest też realizowany. Żaden z dyrektorów nie wskazał odpowiedzi „raczej nie” lub „zdecydowanie nie”.

W podobny sposób odpowiadają ordynatorzy – raczej się je realizuje w trzech piątych przypadków, zdecydowanie są realizowane w nieco ponad jednej trzeciej. Niewielki odsetek przyznaje, że tego raczej nie robi.

Również, jak twierdzą pielęgniarki oddziałowe, stworzony plan jest realizowany w większości ZOZ-ów (96%). Niewielki odsetek z nich mówi, że tak nie jest (4%). (Patrz Tabela nr 31).

### **Częstotliwość uczestnictwa w szkoleniach**

Przy okazji oceny częstotliwości uczestnictwa w szkoleniach nigdy nie padają słowa, że pracownicy szkolą się za często. Z ocen dyrektorów wynika, że sporadyczne są przypadki, kiedy osoby zatrudnione w ZOZ-ach szkolą się zbyt często. Rzadziej niż inne grupy zawodowe szkolą się pielęgniarki oddziałowe. Rzadziej też w szkoleniach uczestniczą fizjoterapeuci, ale częstotliwość ta jest większa niż w przypadku pielęgniarek oddziałowych.

Zbyt rzadkie uczestnictwo w szkoleniach wynika przede wszystkim z braku refundacji kosztów szkolenia przez zakład pracy, czyli bariery finansowej. Nawet jeżeli zakład dofinansuje szkolenie, problemem jest np. koszt dojazdu. *Niejednokrotnie udział w jednym kongresie przekracza wysokość miesięcznej pensji. Dostęp do piśmiennictwa i e-piśmiennictwa jest zbyt drogi. Może dałoby się zorganizować darmową/b. ulgową ścieżkę dostępu dla lekarzy spoza uczelni, gdzie takowa już istnieje, jednak tylko dla lekarzy tam zatrudnionych, co przekłada się na efekt „nożyczek wiedzy”. Kurs dla pielęgniarki, studia w postaci specjalizacji ( ich koszt + dojazd z zakwaterowaniem + urlop ) są również zbyt drogie przy zarobkach ok. 2500 PLN brutto. Tak więc koszty kształcenia decydują o dostępie do wiedzy.* Inne bariery wynikają z braku czasu, nadmiaru obowiązków służbowych, zbyt małej liczby personelu (*trudności w zorganizowaniu zastępstw w grupie lekarzy z powodu obowiązujących przepisów dot. czasu pracy – umowy cywilno-prawne lekarzy*), braku motywacji do udziału w takim szkoleniu (związanej z brakiem finansowych korzyści po ukończonym szkoleniu, przez co branie

udziału w szkoleniach nie jest opłacalne; ponadto osoby w *podeszłym wieku* również nie mają chęci, aby się szkolić, co jest spowodowane zbliżaniem się do wieku emerytalnego i w związku z tym mniejsze zainteresowanie szkoleniami). Istotnym problemem jest też brak odpowiednich szkoleń *korespondujących tematycznie z zajmowanym stanowiskiem czy wykonywanym zawodem – brakuje szkoleń typowych dla danej grupy zawodowej*.

Powodami za częstego uczestnictwa w szkoleniach są szkolenia *sponsorowane, mające ukryty cel zwiększenia sprzedaży produktów wykorzystywanych w ochronie zdrowia; szkolenia sponsorowane przez firmy farmaceutyczne*. (Patrz Tabela nr 33).

### **Adekwatność tematyki szkoleń do prawidłowego funkcjonowania ZOZ**

Szkolenia, w których brali udział pracownicy ZOZ-ów w większości przypadków miały odpowiednią tematykę ocenianą z punktu widzenia prawidłowego funkcjonowania ZOZ-u. Niewielki jest odsetek badanych, którzy realizowali szkolenia niezgodne z potrzebami swojego miejsca zatrudnienia. Dyrektorzy dobrze oceniają tematykę kursów wybranych przez pielęgniarki, dyrektorów, lekarzy, kierownictwo ds. administracyjnych, ordynatorów, pielęgniarki oddziałowe. Najmniejszą zaś wiedzę dyrektorzy posiadają na temat szkoleń realizowanych przez techników medycznych, diagnostów laboratoryjnych, techników elektroradiologów, fizjoterapeutów oraz położnych. Być może taka sytuacja jest spowodowana faktem, że te grupy najrzadziej się szkolą.

Tematyka szkoleń, zdaniem ordynatorów, jest optymalnie dobierana (pod względem prawidłowego funkcjonowania ZOZ-u) przez pielęgniarki, lekarzy, ordynatorów oraz pielęgniarki oddziałowe. Na temat innych grup zawodowych objętych badaniem ordynatorzy nie mają zdania, ponieważ pojawia się duża liczba odpowiedzi „trudno powiedzieć” (od 50% do 80% tego typu wskazań w zależności od ocenianej grupy zawodowej).

Pielęgniarki oddziałowe uważają, że pielęgniarki, w większości przypadków dobrze dobierają tematykę szkoleń, jeżeli chodzi o prawidłowe funkcjonowanie ZOZ-u. (Patrz Tabela nr 34).

### **Kwalifikacje będące w zainteresowaniu ZOZ-ów**

#### **Jeżeli dyrektorzy mieliby zatrudniać osoby z niezbędnymi kwalifikacjami to najbardziej zastanawialiby się nad zatrudnieniem lekarzy oraz pielęgniarek, a najmniej potrzebni byłiby technicy medyczni oraz położne.**

Z perspektywy ordynatorów sytuacja wygląda podobnie – najczęściej zgłaszają potrzebę zatrudnienia na oddziałach, którymi kierują lekarzy oraz pielęgniarek. Najmniejsze zapotrzebowanie jest na położne.

Pielęgniarki oddziałowe zaś najczęściej widziały potrzebę zatrudnienia pielęgniarek, fizjoterapeutów oraz lekarzy. (Patrz Tabela nr 35).

Warto podkreślić, że potrzeba zatrudnienia określonych grup zawodowych jest wspólna dla dyrektorów, ordynatorów oraz pielęgniarek oddziałowych. Może to świadczyć o wspólnej potrzebie (czyli też odczuwalnym przez wszystkie grupy zarządzające braku) zatrudnienia osób reprezentujących ważne kwalifikacje z punktu widzenia ZOZ-ów.

Dyrektorzy najbardziej są zainteresowani zatrudnieniem lekarzy internistów, anestezjologów, lekarzy medycyny ratunkowej, chirurgów ogólnych, psychiatrów, radiologów, neonatologów, pediatrów, neurologów, kardiologów, lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej, ortopedów. Owe potrzeby są zgodne z określonymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 2009 r., priorytetowymi dziedzinami medycyny. Są to dziedziny niezbędne z uwagi na konieczność zabezpieczenia systemu opieki zdrowotnej w specjalistów także z tych wymienionych powyżej dziedzin.

Ordynatorzy zgłaszają najczęściej potrzebę zatrudnienia również lekarzy internistów, pediatrów, anestezjologów. Tylko trzech ordynatorów i trzy pielęgniarki oddziałowe wyraziły potrzebę zatrudnienia geriatrów, co wskazuje na brak poświęcaną uwagi ludziom starszym, których w naszym kraju przybywa jak wskazano w ekspertyzie.

Według pielęgniarek oddziałowych należałoby zatrudnić przede wszystkim internistów, psychiatrów, a także chirurgów. Nie wykazano zainteresowania zatrudnieniem pielęgniarek ze specjalnością opieki długoterminowej. (Patrz Tabela nr 36).

Bardzo niskie jest zapotrzebowanie na diabetologów, co – zważywszy na fakt rosnącego problemu otyłości – może stać się przyczyną ich niedoboru. Dlatego też – wbrew wynikom prezentowanego badania – ważne jest zapobieżenie temu problemowi i kształcenie lekarzy z tego typu specjalnością. Wielu respondentów wskazało na potrzebę zatrudnienia rehabilitantów oraz psychiatrów, co stoi w zgodzie z kierunkiem zmian społecznych w naszym kraju. Problemem jest wzrost wieku rodzenia dzieci przez kobiety, co powoduje często niepłodność i trudności z donoszeniem ciąży oraz urodzeniem zdrowego dziecka. Specjalistów z zakresu ginekologii i położnictwa oraz psychiatrii powinno zatem przybywać.

## PODSUMOWANIE

Potrzeby szkoleniowe pracowników szpitali oceniane z punktu widzenia kadry zarządzającej dotyczą przede wszystkim doskonalenia sposobu wykonywania pracy, efektywności pracy, zasad kontraktowania i rozliczania świadczeń z NFZ, znajomości aspektów finansowania działalności medycznej i prawa medycznego, relacji i komunikacji z pacjentami. Kadra zarządzająca określa potrzeby szkoleniowe przede wszystkim w zakresie umiejętności zwiększających sprawność, efektywność i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń. Z punktu widzenia epidemiologii, ocena potrzeb szkoleniowych przez kadrę kierowniczą powinna zostać uzupełniona o wnioski z aktualnej i prognozowanej sytuacji zdrowotnej i demograficznej w Polsce. Zgodnie z aktualnymi trendami w epidemiologii chorób niezakaźnych, tematyka szkoleń powinna uwzględniać aktualną wiedzę i nowoczesne umiejętności w zakresie leczenia chorób układu krążenia, nowotworów, chorób metabolicznych (cukrzyca, otyłość, mocznica), przewlekłych schorzeń płuc, rehabilitacji po epizodach niedokrwienych serca i udarach mózgowych, a także urazów, zatruc, chorób psychicznych. W kwestiach dotyczących epidemiologii chorób zakaźnych i zakażeń należy uwzględnić szkolenia w zakresie, zakażeń szpitalnych, racjonalnego stosowania leków przeciwdrobnoustrojowych w kontekście lekooporności drobnoustrojów, zapobiegania zakażeniom, higieny szpitalnej, a także rozpoznawania i leczenia nowych i powracających chorób zakaźnych.

Z punktu widzenia dyrekcji ZOZ-ów, specjalizacje, które są najbardziej poszukiwane to: epidemiologia, geriatryka, medycyna rodzinna, onkologia kliniczna, patomorfologia oraz rehabilitacja medyczna, jak również anestezjologia i intensywne terapie, neonatologia, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, chirurgia, chirurgia onkologiczna, ginekologia onkologiczna, kardiologia, kardiologia dziecięca, medycyna pracy, medycyna ratunkowa, neurologia dziecięca, onkologia i hematologia dziecięca, pediatria, radiologia i diagnostyka obrazowa, radioterapia onkologiczna i stomatologia dziecięca.

Deficyt lekarzy tych specjalności jest spowodowany głównie migracjami do Europy Zachodniej, dysproporcjami regionalnymi w świadczeniu specjalistycznych usług, występującymi trendami demograficznymi i epidemiologicznymi (np. wzrastająca liczba ludzi starszych, wzrastająca liczba wypadków). Ponadto występuje obawa przed polityką ZOZ-u związaną z przyszłością danej dyscypliny, likwidacje oddziałów (np. związanego z brakiem rentowności szpitali), małe zarobki.

Dla pacjentów brak dostępności lekarzy deficytowych specjalności może skutkować opóźnieniami diagnostycznymi oraz terapeutycznymi, które mogą stanowić źródła istotnych komplikacji zdrowotnych.

W większości ZOZ-ów są zbierane oraz analizowane potrzeby szkoleniowe personelu, opracowywane oraz realizowane plany szkoleń, a tematyka szkoleń, w których biorą udział pracownicy jest odpowiednia z punktu widzenia prawidłowego funkcjonowania ZOZ-u.

Z analizy danych wynika, że sporadyczne są przypadki, kiedy osoby zatrudnione w ZOZ-ach szkolą się zbyt często, natomiast większość zatrudnionego personelu szkoli się za rzadko. Powodami takiego stanu rzeczy są bariery finansowe, brak czasu, braki kadrowe, brak zastępstwa dla osoby szkolącej się, a także brak motywacji.

W ZOZ-ach nie zdarzają się zazwyczaj sytuacje, w których personel medyczny nie wie, w jaki sposób powinien się zachować. Jeżeli taka sytuacja wystąpi, najczęściej jest związana z brakiem umiejętności radzenia sobie z trudnym pacjentem, roszczeniowością pacjentów oraz z agresją ze strony pacjenta. Dlatego też potrzebne są szkolenia z zakresu doskonalenia umiejętności miękkich, co jest szczególnie ważne w momencie, w którym zmiany w społeczeństwie spowodowały istotne zmiany w osobowości i światopoglądzie większej części społeczeństwa. Coraz więcej osób reprezentuje postawy asertywne i roszczeniowe wobec otoczenia. Większa jest

wiedza medyczna i świadomość dbania o zdrowie i to wprost proporcjonalnie do rozwoju mediów. Pacjenci nie są też bezkrytyczni, co do decyzji lekarzy i wymagają wyjaśnień dotyczących swojego stanu zdrowia. Wzmocnione też zostały ustawowe prawa pacjenta.

Personelowi brakuje też znajomości aktualnych przepisów prawnych dotyczących funkcjonowania oddziału, ZOZ-u, zawodów medycznych, praw pacjenta, umiejętności interpretacji aktów prawnych. Problem rozliczeń z NFZ pozostaje również ważną dziedziną wymagającą odpowiednich szkoleń. Podczas szkoleń należałoby z tego powodu uzupełnić znajomość aktualnych przepisów prawa.

Wykazano potrzebę zatrudnienia lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej oraz psychiatrów, co w świetle zmian społecznych jest uzasadnione. Wzrasta bowiem znacząco udział osób starszych w naszym kraju które korzystają z rehabilitacji usprawniającej w celu podniesienia i utrzymania swojej sprawności fizycznej. Rehabilitacja powoduje, że mogą oni poruszać się sprawniej, przemierzać dłuższe dystanse pieszo, likwiduje też bóle oraz wzmacnia mięśnie kończyn. U osób starszych podniesienie sprawności fizycznej powoduje podniesienie komfortu psychicznego, witalności, chęci do życia, niweluje świadomość o byciu ciężarem dla najbliższych. Rehabilitacja oraz pomoc psychiatryczna pomaga też osobom niepełnosprawnym, przywrócić pełną lub maksymalną do osiągnięcia sprawność fizyczną, a także zdolności do pracy oraz do brania czynnego udziału w życiu codziennym. Z rehabilitacji korzystają także osoby poszkodowane w różnych wypadkach, których wynikiem są kontuzje sportowe i powypadkowe. Problemem jest również wzrost średniego wieku urodzenia pierwszego dziecka, co powoduje często niepłodność i trudności z donoszeniem ciąży oraz urodzeniem zdrowego dziecka. Pomoc ginekologiczna oraz psychiatryczna w takim przypadku bywa niezbędna.

#### 4.4. Grupy pracowników szpitali o niskich kwalifikacjach zawodowych – skala zjawiska

Zagrożenie utratą pracy może być (ale nie musi) związane z nadwyżką specjalistów z danej dziedziny i zmniejszeniem środków jakimi dysponuje szpital. W związku z powyższym mogą pojawiać się tendencje do zwalniania pracowników.

Aby odpowiedzieć sobie na pytanie, jakich grup zawodowych dotyczy ten problem oraz jakie są prawdopodobne przyczyny zagrożenia utratą pracy, zadano w ankiecie odpowiednio sformułowane pytania.

##### Dyrektorzy i dyrektorzy administracyjni

Dyrektorzy i dyrektorzy administracyjni, proszeni o wskazanie stanowisk zagrożonych utratą pracy, wskazują najczęściej pracowników administracyjnych (odpowiednio 26% oraz 32% wskazań), jednakże raczej żadne ze stanowisk nie jest uważane za zbędne (odpowiednio 30% oraz 25% wskazań na odpowiedź „żadne”). Według dyrektorów pracownicy administracyjni, mogą czuć się zagrożeni utratą pracy ze względu na poszukiwanie oszczędności i zadłużenie szpitala. *Oszczędności szuka się najczęściej w administracji, bo oszczędności w tej grupie w krótkim okresie nie wpłyną na zakres i jakość udzielanych świadczeń.* Kolejnym powodem są spodziewane reorganizacje związane z przekształceniem jednostki lub z powodu likwidacji ZOZ-u, a także opinia, że są to pracownicy *najmniej wyspecjalizowani, najłatwiejsi do zastąpienia osobami o niższym zaszeregowaniu, którym brakuje kompetencji, przygotowania, decyzywności, zaangażowania.* Doskonalenie umiejętności potrzebnych na omawianym stanowisku może pomóc w zachowaniu miejsca pracy lub pomóc w poszukiwaniu pracy w innej instytucji.

Dyrektorzy uważają, że kierownictwo, czyli oni sami, może być odwołane z powodu zmian organizacyjnych, restrukturyzacji.

Wzrost kwalifikacji zawodowych w zachowaniu stanowiska pracy, zdaniem dyrektorów, pomoże pielęgniarkom oddziałowym oraz ordynatorom. Nie będzie miało większego znaczenia dla położnych oraz techników elektroradiologów.

Dyrektorzy administracyjni najczęściej nie chcą wypowiadać się na temat potencjalnego wpływu wzrostu kwalifikacji na utrzymanie stanowiska pracy, co może oznaczać trudności z przyznaniem, że nie posiadają wiedzy na ten temat. Wskazywane powody do zwolnienia generalnie opierają się na trudnościach ekonomicznych szpitali oraz restrukturyzacji, nie wynikają zaś z braku kwalifikacji.

### Ordynatorzy

Ordynatorzy uważają, że na oddziałach, którymi kierują, żadna z grup zawodowych nie jest zagrożona utratą pracy. Jeżeli jednak będą próbowali odpowiadać to wówczas wskazują pielęgniarki, ale wskazań tych jest relatywnie niewiele.

Ordynatorzy, zdaniem dyrektorów i samych ordynatorów, mogą czuć się zagrożeni utratą pracy z tego względu, że *ponoszą odpowiedzialność za wszystkie zdarzenia niepożądane w zakresie pracy lekarskiej i pielęgniarskiej*. Dlatego więc ordynatorzy powinni być kierowani na szkolenia ze znajomości przepisów prawa, wypracowania i zachowania procedur, zarządzania oraz umiejętności interpersonalnych.

Ordynatorzy są zdania, że podniesienie kwalifikacji przez diagnostów laboratoryjnych prawdopodobnie pomogłoby im w utrzymaniu stanowiska pracy najbardziej spośród innych grup. Podobnie położnym. Nie pomogłoby natomiast tak bardzo ordynatorom/kierownikom oddziałów.

### Pielęgniarki oddziałowe

Pielęgniarki oddziałowe deklarują, że nie ma takich stanowisk, które byłyby najbardziej zagrożone utratą pracy lub nie wiedzą, jakich grup zawodowych może ten problem dotyczyć. Jedną piątą z nich jednak uważa, że grupą zawodową, która może się obawiać utraty pracy są pielęgniarki.

Pielęgniarki oddziałowe, w opinii ordynatorów, mogą czuć się zagrożone utratą pracy z powodu *ponoszenia odpowiedzialności za pracę personelu średniego, braku dopasowania do koncepcji pracy kierownictwa, nie nadążają za zmianami, nie są potrzebne oraz niskich umiejętności*. Dyrektorzy w tym przypadku zwracają uwagę na zmiany restrukturyzacyjne jako powód do zwolnienia.

Zdaniem pielęgniarek oddziałowych podnoszenie kwalifikacji zawodowych może najbardziej pomóc w zachowaniu pracy technikom elektroradiologom oraz technikom medycznym, najmniej skuteczną formą obrony przed zwolnieniem będzie dla fizjoterapeutów oraz położnych.

### Lekarze

Lekarze nie mają wiedzy, jakich grup może dotyczyć zagrożenie utratą pracy (49%). Wskazują jednak siebie – 21% – jako tych, których może dotknąć taka sytuacja. W drugiej kolejności wymieniają pielęgniarki (19%).

Powodem zwolnień lekarzy – zdaniem dyrektorów oraz ordynatorów – mogą okazać się trudności ekonomiczne szpitali i planowane restrukturyzacje. Brakuje więc w tym przypadku wskazania na lekarzy posiadających określoną specjalizację, argumentem są jedynie trudności finansowe szpitali. Mimo wszystko lekarze ze specjalizacjami określonymi jako priorytetowe zapewne znajdą pracę szybciej niż lekarze z pozostałymi specjalizacjami.

Lekarze uważają, że zwiększenie kwalifikacji/umiejętności zredukowałoby zagrożenie utratą pracy przez osoby zatrudnione na stanowiskach ds. finansowych, ordynatorów/kierowników oddziałów oraz pielęgniarki oddziałowe. Natomiast technicy elektroradiolodzy, fizjoterapeuci i diagnosty laboratoryjni nie wskazują w tak dużym stopniu na zwiększenie kwalifikacji/umiejętności jako sposobu redukcji zagrożenia utratą pracy.

### Pielęgniarki

Pielęgniarki uważają, że najbardziej zagrożoną utratą pracy grupą pracowników są właśnie one (38%). Zbliżony odsetek badanych nie potrafi odpowiedzieć na to pytanie.

Pielęgniarki, w opinii dyrektorów oraz ordynatorów, mogą czuć się zagrożone utratą pracy ze względu na nadmiar personelu. Ponadto wskazują, że *zmiany restrukturyzacyjne, zwolnienia dotyczą często młodych dobrze się zapowiadających osób tak, aby ochronić pielęgniarki w okresie okołoemerytalnym z likwidowanych oddziałów, mimo braku ich przygotowania do pracy na innych stanowiskach* lub odchodzenie samych pielęgniarek ze względu na niskie zarobki. W tym przypadku nie pomogą żadne szkolenia. Warto jednak podnosić swoje kwalifikacje, ponieważ, jeżeli nie pomogą w utrzymaniu miejsca pracy, zwiększą szansę na zatrudnienie w innych ZOZ-ach. Warto szkolić się z dziedzin wiedzy, która jest poszukiwana, czyli pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki, pielęgniarstwa chirurgicznego, pielęgniarstwa geriatrycznego, pielęgniarstwa kardiologicznego, pielęgniarstwa onkologicznego,

pielęgniarstwa opieki długoterminowej, pielęgniarstwa opieki paliatywnej, pielęgniarstwa pediatrycznego, pielęgniarstwa ratunkowego.

Pielęgniarki uważają, że w ich własnym przypadku podnoszenie kwalifikacji zawodowych pozwoliłoby zachować obecne miejsce pracy. Jednak odpowiedzi wyrażające przeciwne zdanie są w zasadzie w podobnym stopniu wybierane. Taka sytuacja oznacza, że nie ma jednoznacznego zdania na ten temat oraz wskazuje na niepewność swojej sytuacji.

#### Położne

Położne są zdania, że to właśnie one przede wszystkim mogą zostać w pierwszej kolejności zwolnione z pracy (40%). Następnie wymieniają pielęgniarstwo jako grupę najbardziej zagrożoną utratą pracy (32%). Jednak 39% osób nie potrafi wskazać, której grupie grozi zwolnienie.

Położne, mogą się obawiać utraty pracy ze względu na restrukturyzację szpitala oraz przerost zatrudnienia, wynikający również ze zmniejszenia się liczby łóżek położniczych i ginekologicznych w szpitalach. Znajomość jednak pielęgniarstwa neonatologicznego może pomóc w znalezieniu pracy w innym ZOZ-ie.

Położne są zdania, że zdobywanie umiejętności pozwoliłoby im zredukować zagrożenie utratą pracy.

#### Fizjoterapeuci

Fizjoterapeuci wskazują siebie jako tę grupę, która może doświadczyć zwolnienia z pracy. Często też pojawia się odpowiedź „trudno powiedzieć” (w 43% przypadków).

Powodami do zwolnienia fizjoterapeuty, mogą się okazać planowane likwidacje stanowisk lub występująca duża konkurencja. Na utratę pracy mogą wpływać również *zbyt niskie kontrakty na rehabilitację powodujące nadmierne obciążenie kosztowe w stosunku do uzyskiwanych przychodów, czyli nieopłacalność świadczeń rehabilitacyjnych*.

Fizjoterapeuci jednak są zdania, że wizja zwolnienia oddali się wraz z pozyskaniem nowych kompetencji.

#### Technicy medyczni

Technicy medyczni najczęściej nie wiedzą, która grupa mogłaby być zwolniona z pracy – 42% wskazań na odpowiedź „trudno powiedzieć”. Jedna czwarta ankietowanych wymienia jednak samych siebie, czyli techników medycznych.

Przerost zatrudnienia oraz potencjalna możliwość realizacji zadań zawodowych przez mniejszą liczbę zatrudnionego personelu i wydłużenie czasu pracy są powodami do zwolnienia w przypadku techników medycznych. Pojawia się też taki powód jak *zmniejszenie zapotrzebowania na te usługi medyczne*.

Technicy medyczni uważają, że pomoc w utrzymaniu miejsca pracy pozwolą nowe umiejętności, kompetencje.

#### Diagności laboratoryjni

Diagności laboratoryjni również nie wiedzą, kto może być zwolniony (42,1%), wskazują też, że nie ma takiej grupy zawodowej, której groziłaby utrata pracy (22%).

Diagności laboratoryjni również wierzą, że podnoszenie umiejętności pozytywnie wpłyną na zatrudnienie i zredukują zagrożenie utratą pracy.

#### Technicy elektroradiolodzy

Technicy elektroradiolodzy nie potrafią odpowiedzieć na pytanie, kto ich zdaniem jest zagrożony utratą pracy (41% wskazań na odpowiedź „trudno powiedzieć”). Najczęściej jednak, jeżeli zdecydują się na odpowiedź, mówią, że taka sytuacja dotyczy przede wszystkim właśnie ich (31%).

Technicy elektroradiolodzy mogą obawiać się utraty zatrudnienia ze względu na *wysoką specjalizację aparatury diagnostycznej – co umożliwia zmniejszenie liczby pracowników do jej obsługi*, ale też z drugiej strony *brak odpowiedniego sprzętu*. Kolejnym powodem jest restrukturyzacja ZOZ.

Technicy elektroradiolodzy niechętnie wypowiadają się na temat wpływu wzrostu kwalifikacji na redukcję zatrudnienia. Jeżeli rzecz będzie dotyczyła ich samych – wypowiada się jedynie 29 osób i jest to najwięcej odpowiedzi. Pytani o pozostałe stanowiska nie wiedzą w jaki sposób odpowiedzieć. (Patrz Tabela nr 38).

#### Osoby zatrudnione na stanowiskach do spraw finansowych

Według osób zatrudnionych na stanowiskach finansowych grupą zawodową, najbardziej zagrożoną utratą pracy, są pracownicy administracyjni (27% wskazań) lub właśnie oni – specjaliści „od finansów” (15%). Niewielki odsetek osób wskazuje na pracowników medycznych, jako tych, którym grozi zwolnienie z pracy. Najczęstszymi jednak odpowiedziami są te, wskazujące na brak zdania na ten temat – 34% wskazań na „trudno powiedzieć” bądź „żadne”. (Patrz Tabela nr 37).

Osoby zatrudnione na stanowiskach ds. finansowych, jak deklarują dyrektorzy, są zagrożone utratą pracy głównie z powodów zmian organizacyjnych, restrukturyzacji szpitali. Brak kompetencji to kolejny powód do zwolnienia, podobnie jak przerost zatrudnienia lub komputeryzacja księgowości ZOZ. Dlatego też, sygnałem dla osób zatrudnionych na stanowiskach finansowych, powinno być doskonalenie umiejętności dotyczących finansowania, zarządzania finansami, księgowości, znajomości prawa, zasad rozliczania świadczeń z NFZ.

**Z przytoczonych wypowiedzi wynika, że większość z grup zawodowych, które uczestniczyły w badaniu, sama wskazuje, że jest zagrożona najbardziej utratą pracy. Może wynikać z tego, że nie czują się one pewnie na zajmowanych przez siebie stanowiskach pracy. Jak dowiemy się z dalszej części raportu, planowane w ZOZ-ach przemiany restrukturyzacyjne mogą wpływać na obawy związane z utratą pracy. Jednak widocznie żadna z grup nie jest przekonana, którą z nich może dotknąć zwolnienie, co może wskazywać, że zmiany nie są w fazie wykonawczej. Jak wynika z wypowiedzi kadry zarządzającej nie ma takich grup zawodowych, które byłyby zbędne.**

**Generalnie można stwierdzić, że powodami, dla których poszczególne grupy zawodowe mogłyby zostać zwolnione z zajmowanego stanowiska są przerost zatrudnienia, zmiany restrukturyzacyjne, trudności ekonomiczne szpitali oraz pojawiające się nowe technologie, które mogą zastąpić człowieka w wykonywaniu różnych zadań.**

#### PODSUMOWANIE

Nie zostały zidentyfikowane grupy, które byłyby szczególnie zagrożone utratą pracy, a tym samym nie zostały wskazane kwalifikacje, które są zbędne lub niezgodne z polityką ZOZ-ów. Każda z pytaných grup zawodowych wskazuje, że to właśnie ona jest zagrożona utratą pracy lub unika odpowiedzi mówiąc, że nie posiada wiedzy na ten temat. Jednak z wypowiedzi dyrektorów można wywnioskować, że najbardziej zagrożeni zwolnieniami są pracownicy ds. administracyjnych.

Głównym powodem, przyczyniającym się do zwolnienia, jest poszukiwanie oszczędności przez szpital oraz jego zadłużenie. Zmiany restrukturyzacyjne oraz reorganizacja szpitali również wpływa na poczucie zagrożenia utratą pracy.

Podniesienie kwalifikacji, zdaniem dyrektorów, pomogłoby w utrzymaniu pracy ordynatorom oraz pielęgniarcom oddziałowym. Zdaniem ordynatorów oraz pielęgniarzek oddziałowych jest nieco inne, uważają oni, że podniesienie kwalifikacji może pomóc w utrzymaniu pracy głównie osobom zajmującym stanowiska związane z obsługą specjalistycznych urządzeń medycznych – aparaturą medyczną, a więc technikom medycznym, diagnostom laboratoryjnym, technikom elektroradiologom.

Mimo tego, że kadra zarządzająca wskazuje, że podniesienie kwalifikacji pomogłoby kadrze zarządzającej, diagnostom laboratoryjnym, technikom medycznym oraz technikom elektroradiologom, każda z grup zawodowych uważa, że gdyby podnosiła kwalifikacje zawodowe nie groziłaby im wizja utraty pracy.

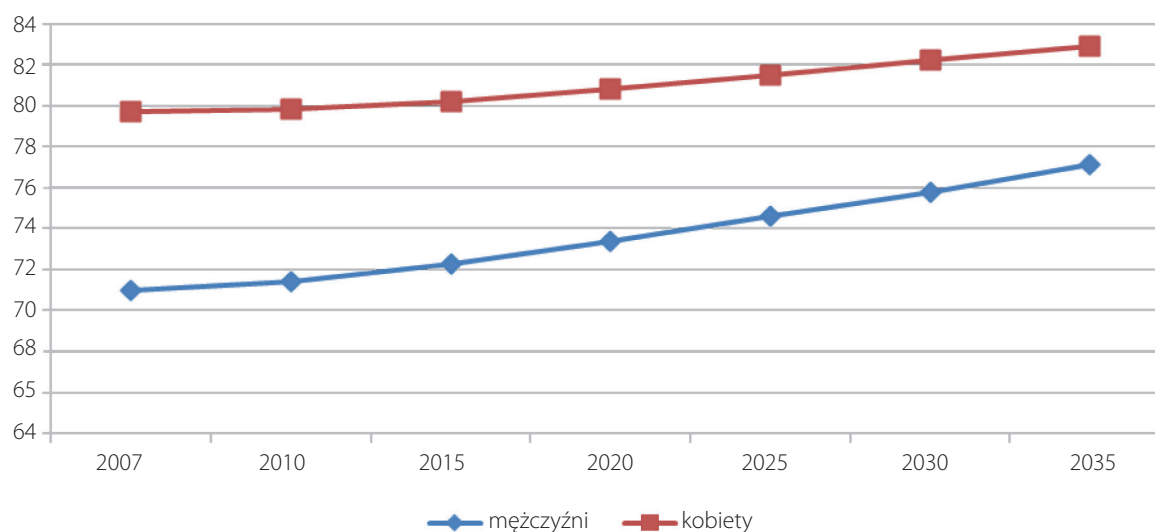
#### 4.5. Identyfikacja potrzeb szkoleniowych personelu medycznego z uwzględnieniem trendów demograficznych i epidemiologicznych oraz potrzeb w zakresie kształcenia specjalistycznego i deficytowych umiejętności węższego typu

Ustawodawca nałożył na lekarzy obowiązek kształcenia ustawicznego. W świetle aktualnych i prognozowanych trendów demograficznych i epidemiologicznych (o których mowa poniżej), odpływu wykwalifikowanego personelu medycznego do bogatszych krajów Europy Zachodniej oraz ograniczenia czasu pracy lekarzy do 48 godzin tygodniowo obserwujemy coraz większy niedostatek kadry medycznej. Aby zwiększyć dostęp do specjalistycznych usług medycznych zaproponowano w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857, z późn. zm.) możliwość uzyskania przez lekarza umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych, definiowanych jako określone kwalifikacje i kompetencje zawodowe, mające zastosowanie w systemie ochrony zdrowia oraz zabezpieczenia społecznego, obejmujące część zakresu danej dziedziny medycyny albo kilku dziedzin medycyny lub będące umiejętnością udzielania określonego świadczenia zdrowotnego. Uzyskiwanie takich umiejętności będzie skutkowało większą dostępnością do usług medycznych (dotychczas udzielanych głównie przez lekarzy specjalistów) i zmniejszeniem kolejek oczekujących. Doskonalenie zawodowe ma na celu zaktualizowanie posiadanej wiedzy i tym samym ma wpływać na podniesienie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych<sup>20</sup>.

Aby zapewnić właściwą opiekę Polakom należałoby śledzić zjawiska demograficzne oraz epidemiologiczne, ponieważ to one w głównym stopniu wyznaczają zapotrzebowanie na specjalistów określonych dziedzin medycyny. Poniżej zostały zestawione wyniki badania z trendami demograficznymi oraz epidemiologicznymi. Okazuje się, że zadeklarowane potrzeby szkoleniowe nie zawsze są zgodne z występującymi w społeczeństwie zjawiskami.

W ostatnich latach można zaobserwować wydłużanie się przeciętnego trwania życia we wszystkich województwach. Prognozy opracowane przez GUS na 2030 rok przewidują dalszy wzrost trwania życia. (Wykres 13).

Wykres 13. Trwanie życia<sup>21</sup>



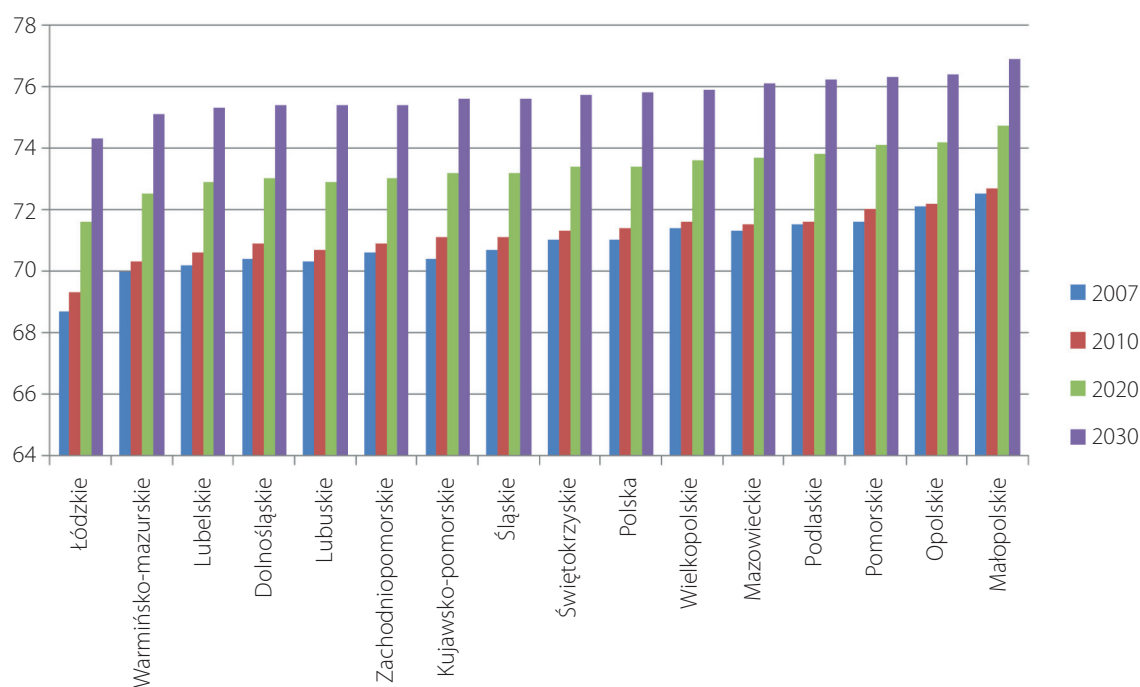
Przewiduje się, że długość życia mężczyzn wydłuży się średnio o 5,6 lat, a kobiet – o 5 lat.<sup>22</sup> (Wykres 14 i 15).

<sup>20</sup> Założenia do projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty w zakresie uzyskiwania umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych oraz doskonalenia zawodowego, z dnia 27.07.2010.

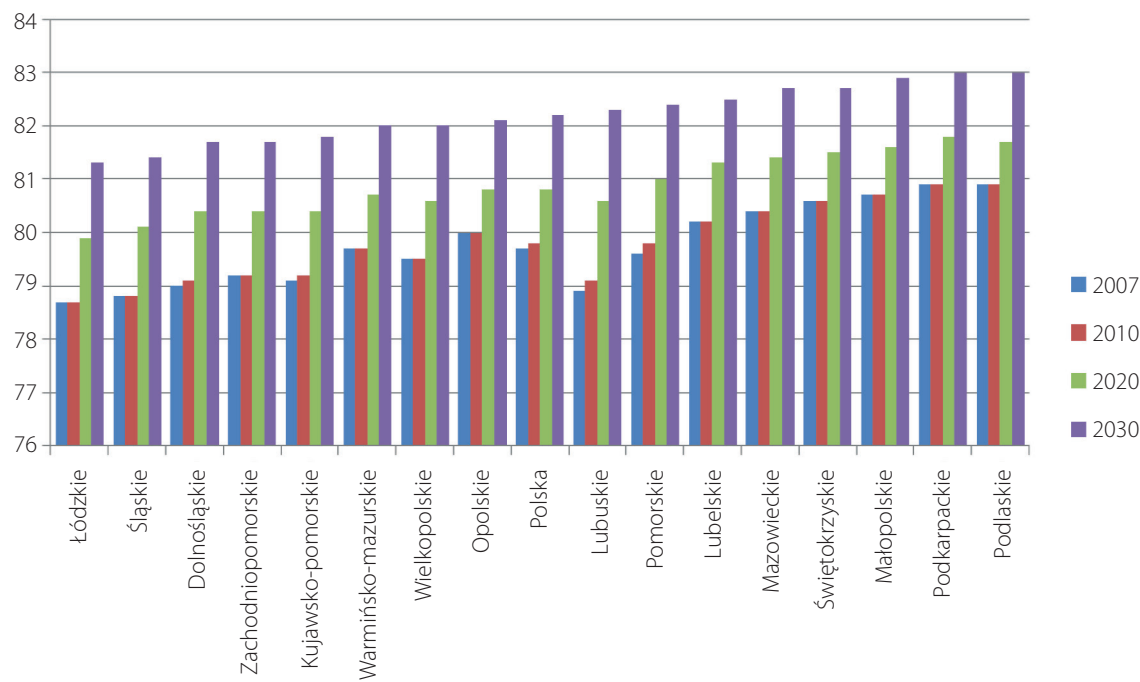
<sup>21</sup> *Ibidem*

<sup>22</sup> <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/63-terapia-uzalenienia-i-wspouzalenienia/364-demograficzny-portret-pacjenta-cz-i.html>

Wykres 14. Przeciętne trwanie życia – mężczyźni (2007–2030)



Wykres 15. Przeciętne trwanie życia – kobiety (2007–2030)

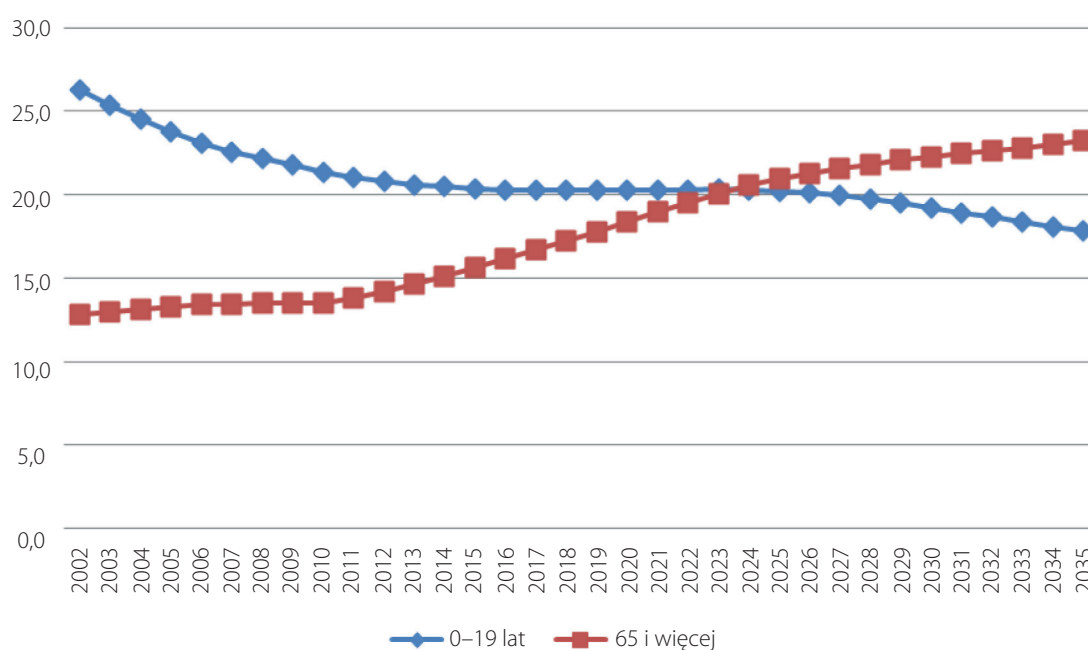


Wzrost udziału ludzi starszych w strukturze populacji wymusza konieczność dostosowania służby zdrowia do potrzeb ludzi w wieku 65 lat i więcej. Konieczne jest więc dostosowanie umiejętności personalnych osób pracujących z ludźmi starszymi do wymagań i specyfiki takiej pracy. Powoduje to wzrost zapotrzebowania na specjalizacje związane z geriatrią.

Braki kadrowe w przypadku geriatry będą wynikały z przyczyn zewnętrznych, czyli rosnącego udziału ludzi starszych w naszym społeczeństwie (podobnie jak w wielu krajach europejskich). Wzrost liczby osób w wieku emerytalnym powoduje znaczne obciążenie lekarzy pracujących z ludźmi starszymi. Sytuacja ta uwidacznia się w planach 6% lekarzy, którzy są zainteresowani uzyskaniem specjalizacji z geriatry. Dwóch dyrektorów deklaruje potrzebę zatrudnienia lekarzy specjalizujących się w dziedzinie geriatry, co może okazać się niewystarczające.

Ważnym procesem, jaki występuje w demografii, jest spadek rodności kobiet i niski przyrost naturalny, skutkujący w niektórych województwach, brakiem prostej zastępowalności pokoleń. Od lat systematycznie zmniejsza się udział w łącznej liczbie ludności dzieci i młodzieży w wieku poniżej 20 lat. W 2008 roku grupa ta stanowiła 26,3% ogółu ludności. W tym samym okresie stopniowo zwiększał się udział osób w wieku 65 lat i więcej. Według prognozy GUS, w 2035 roku udział osób starszych w łącznej liczbie ludności będzie wynosił 23,2%, co oznacza, że w 2035 roku prawie co czwarty Polak będzie miał co najmniej 65 lat. (Wykres 16)

**Wykres 16. Ludność Polski według wieku: udział dzieci i młodzieży poniżej 20 roku życia oraz osób w wieku 65 lat i więcej<sup>23</sup>**



\* Źródło: <http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/TrwanieZycia.aspx>, GUS, Warszawa 2011.

Warto uwzględnić fakt, iż wzrasta wiek kobiet rodzących pierwsze dziecko. Kobiety w wyniku zmian kulturowych decydują się na mniejszą liczbę potomstwa i w coraz późniejszym wieku. Późny wiek macierzyństwa sprzyja powikłaniom w czasie ciąży i chorowitości nowo narodzonych dzieci.

Poronienia samoistne, zgony okołoporodowe, wady wrodzone, zgony niemowląt w Polsce są najczęściej skutkiem stanów chorobowych powstających w okresie okołoporodowym, czyli w trakcie trwania ciąży matki i w okresie pierwszych 6 dni życia noworodka. Wcześnieństwo i hipotrofia wewnątrzmaciczna noworodka pozostają w związku z liczbą zgonów niemowląt. Aby nie dochodziło do zagrożenia życia kobiety ciężarnej powinno się dążyć do zapewnienia prawidłowego przebiegu ciąży oraz wczesnej identyfikacji czynników ryzyka, umożliwiających objęcie tych kobiet odpowiednią opieką. Opieka profilaktyczna nad kobietą ciężarną, szczególnie w pierwszym trymestrze ciąży, jest na wielu terenach niezadowolająca. Powodem takiego stanu rzeczy jest niezbyt wczesna zgłaszalność kobiet do lekarza, utrudniona dostępnością do badań specjalistycznych. Nie wszędzie funkcjonuje w pełni trójstopniowy system opieki prenatalnej, abstrahując od stylu życia części kobiet ciężarnych, które nie odpowiada wymogom zdrowotnym. Poprawa opieki przedporodowej nad kobietą ciężarną, rozwój nowoczesnych badań epidemiologicznych dotyczących opieki nad matką i dzieckiem oraz dysponowanie odpowiednią kadrą medyczną pozwoli na eliminację tego problemu. Pełna realizacja świadczeń profilaktycznych mających na celu zapobieganie chorobom i wczesne wykrywanie zaburzeń i odchyłań w stanie zdrowia dzieci przez realizację programów profilaktycznych, badań prze-

<sup>23</sup> GUS; <http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/TrwanieZycia.aspx>; dostęp 26.06.2011.

siewowych, bilansów zdrowia i obowiązkowych szczepień ochronnych, poprawa zaspokojenia potrzeb leczniczych dzieci, rozwój rehabilitacji dzieci przewlekle chorych oraz niepełnosprawnych, w tym z niedorozwojem umysłowym, polepszenie jakości perinatalnych świadczeń medycznych – wszystkie wymienione potrzeby wymagają odpowiedniego przeszkolenia osób, które będą potrafiły wykonać badania, dzięki którym nie będzie sytuacji oczekiwania na specjalistę z danej dziedziny ale będzie szeroki wybór dobrze opiniowanych lekarzy.

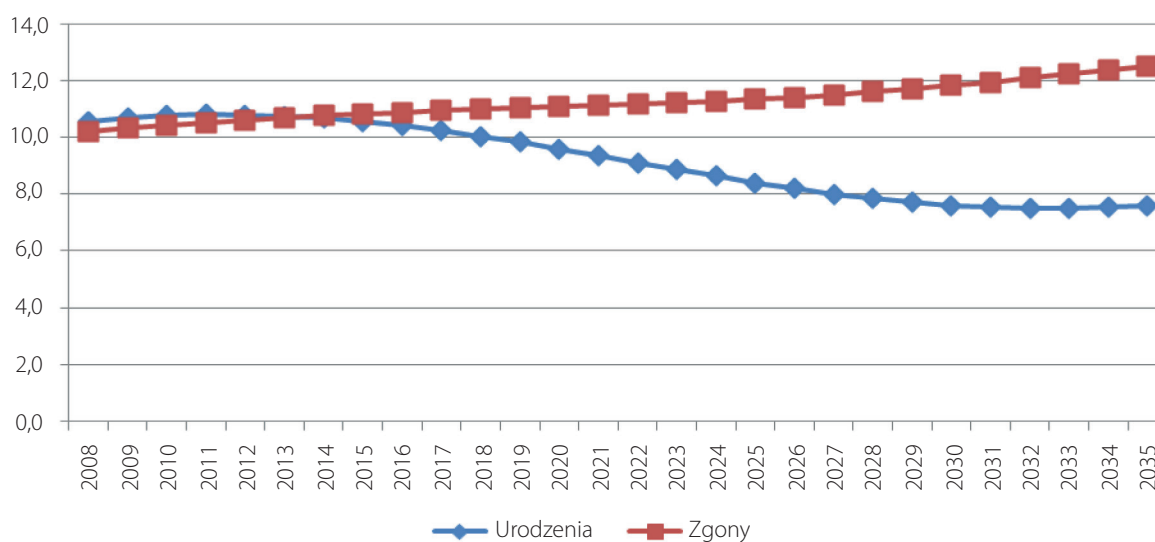
Ryzyko braków kadrowych lekarzy specjalizujących się w pediatrii, jest spowodowane brakiem zainteresowania tą specjalizacją. Likwidacja oddziałów dziecięcych zniechęca lekarzy do ubiegania się o tę specjalizację. Aby zaspokoić zapotrzebowanie w tym zakresie, w ciągu 3–5 lat powinno przybyć ok. 2 tys. specjalistów w dziedzinie pediatrii.

Podobnie jest z neonatologią, gdzie liczba lekarzy w ostatnich latach znacznie się zmniejsza, mimo, że w dziedzinie tej obserwuje się znaczny postęp i sukcesy w ratowaniu nowonarodzonych dzieci oraz ograniczenie liczby nieodwracalnych powikłań zdrowotnych. Jest to szczególnie ważne przy obserwowanym w dalszym ciągu wysokim poziomie umieralności niemowląt w naszym kraju w porównaniu do innych krajów europejskich. Powikłania pojawiać się będą częściej, również ze względu na późny wiek macierzyństwa obserwowany w ostatnich latach.

Dyrektorzy zauważają potrzebę zatrudnienia lekarzy ze specjalizacją ginekologiczną, neonatologów, pediatrów. Jednakże nie w stopniu, który byłby wystarczający. Zainteresowaniem, co prawda niewielkiego odsetka ordynatorów, cieszy się diagnostyka i terapia płodu.

Prognozy demograficzne nie przewidują znacznego wzrostu płodności w najbliższych latach, który zrównoważył by strukturę wieku ludności Polski. Nie należy więc oczekiwać znaczących zmian w tym zakresie. (Wykres 17).

**Wykres 17. Urodzenia i zgony w Polsce w latach 2008–2035<sup>24</sup>**



Prognozy demograficzne mówią raczej o rekompensacie w postaci wzrostu migracji ludzi młodych. Oczekiwany jest wzrost liczby napływających cudzoziemców. Otwarcie granic, integracja europejska powoduje, że dostęp do innych krajów stał się znacznie łatwiejszy. Z poziomu 2,6 tys. w 1990 roku poziom imigracji wzrósł do ponad 17,4 tys. w 2009 r. Liczba pozwoleń na pracę dla cudzoziemców w naszym kraju wzrosła z poziomu 17 tys. w roku 2000 do poziomu prawie 30 tys. w 2009.

Należy w tym kontekście oczekiwać wzrostu zapotrzebowania na szkolenia językowe dla personelu szpitali i placówek zdrowia.

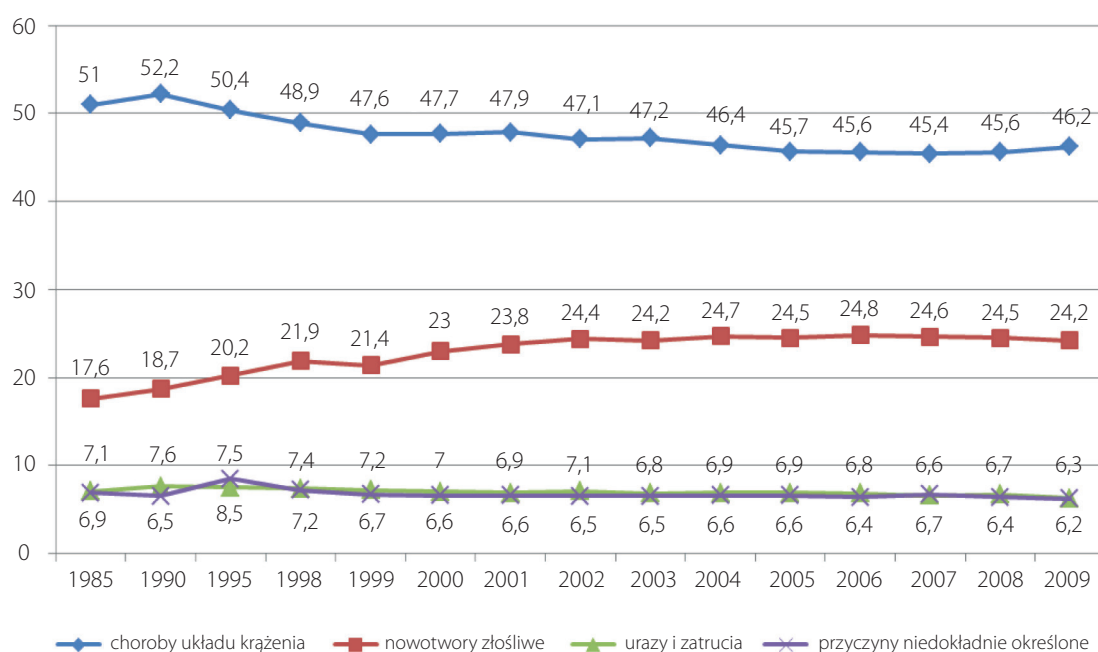
**Starzenie się społeczeństwa spowodowane wydłużaniem się trwania życia i spadkiem płodności kobiet oraz wzrost liczby osób niepełnosprawnych zmienia strukturę chorób – takie tendencje wymagają kształcenia i przygotowania chorych i ich rodzin do opieki nad osobami starszymi czy niepełnosprawnymi**

<sup>24</sup> GUS; <http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/Prognoza.aspx>; dostęp 26.06.2011.

w domu, przez służby medyczne. Zapotrzebowanie na usługi medyczne dla osób starszych (geriatria, rehabilitacja, opieka długookresowa itp.) nie są jeszcze zauważane przez personel medyczny w Polsce (niezbyt duży odsetek badanych jest zainteresowany specjalizacją w tym zakresie czy też zatrudnianiem osób z takimi kwalifikacjami). Ordynatorzy, lekarze, pielęgniarki oddziałowe i pielęgniarki nie widzą jeszcze potrzeby w doksztalcaniu się w tym kierunku ale w najbliższych latach, kiedy zjawisko starzenia się społeczeństwa nasili się, może wystąpić deficyt w tym zakresie.

Ważnym zjawiskiem determinującym zapotrzebowanie na lekarzy specjalistów oraz umiejętności węższego typu są choroby będące głównymi przyczynami zgonów. Należą do nich choroby układu krążenia oraz choroby nowotworowe – odpowiadające za 70% zgonów, a także urazy i zatrucia. (Wykres 18).

Wykres 18. Przyczyny zgonów



\* Źródło: Stan i struktura ludności oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2010 r. Stan w dniu 31 XII 2010 r., GUS, Warszawa 2011.

Jak widzimy na wykresie duży jest odsetek umieralności z powodu chorób układu krążenia i pozostaje on na w miarę stałym wysokim poziomie. Większy spadek zanotowano w latach 90-tych, obecnie trend waha się między 45% a 46%.

Z badań wynika, że kardiologia jest drugą w kolejności wymienianą przez lekarzy dziedziną wiedzy, w której chcieliby się oni doksztalcać. Można powiedzieć, że należałoby utrzymać ten trend. Pozwoli on na kontynuację odpowiedniego poziomu leczenia osób potrzebujących tego typu pomocy.

Należy jednak dokładnie przeanalizować tematykę szkoleń i potrzeby w tym zakresie, ponieważ trudno jednoznacznie odpowiedzieć, które z zagadnień kardiologicznych mają największe znaczenie – diagnostyka, terapia zachowawcza, interwencyjna czy prewencja. Należy także podkreślić, że w szpitalach realizowane są głównie procedury z zakresu medycyny naprawczej, a nie prewencyjnej, dlatego w szkoleniach należy uwzględnić tematykę prewencji pierwotnej chorób układu krążenia, skierowane także do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

Lekarze zgłaszają również potrzebę doskonalenia umiejętności w medycynie ratunkowej. Jest to dziedzina wymieniana przez nich na trzecim miejscu, co powinno pomóc w nagłych stanach kardiologicznych, a także w postępowaniu z pacjentami, którzy są ofiarami nagłych zdarzeń, np. urazy komunikacyjne, katastrofy, anomalie pogodowe. Z powodu chorób serca nadal umiera niemal co drugi Polak. Choroby te są dosyć częstą przyczyną absencji pracowniczej, hospitalizacji, a także inwalidztwa. Ratownictwo medyczne pomaga nie tylko w stanach kardiologicznych, ale także wszystkich stanach wymagających natychmiastowego działania. Lekarze (16%) oraz ordynatorzy (14%), wyra-

zają chęć doskonalenia umiejętności echokardiografii. Kardiologia interwencyjna pozostaje w zainteresowaniu 5% ordynatorów oraz lekarzy, a kardiologią inwazyjną 4% lekarzy oraz ordynatorów.

Pododdziały, poradnie udarowe, oddziały rehabilitacji powinny posiadać wykształconych specjalistów. Wczesne rozpoznawanie modyfikowalnych czynników ryzyka, takich jak: nadciśnienie tętnicze, zaburzenia gospodarki lipidowej, czy migotanie przedsionków pozwala na wdrożenie profilaktyki pierwotnej i zmniejszenie liczby udarów mózgu. Leczenie przyczynowe udaru mózgu przy pomocy terapii trombolitycznej pozwala na zmniejszenie śmiertelności i niesprawności poudarowej. **Prowadzenie szkoleń dla lekarzy w zakresie pomocy doraźnej w celu szybkiego rozpoznawania objawów udaru jest w tej kwestii priorytetowe.**

Drugą w kolejności przyczyną śmierci są choroby nowotworowe, które dotyczą niemal jednej czwartej populacji Polaków. Po wzroście liczby zgonów z powodu chorób nowotworowych z 17,6% w 1985 roku do 24,4% w 2002 roku wskaźnik umieralności z tego powodu oscyluje wokół 24%. Największy odsetek zgonów nastąpił w 2006 roku, by w 2009 spaść o 0,6 punktu procentowego. Obserwuje się w tej dziedzinie wzrost liczby zachorowań na nowotwory oraz wysoki odsetek zgonów, niską skuteczność lub brak programów wczesnego wykrywania chorób nowotworowych, opóźnienia diagnostyczne oraz terapeutyczne i niedostateczną liczbę lekarzy onkologów w stosunku do potrzeb (szczególnie braku te są dostrzegane w województwie lubuskim i śląskim, gdzie w dziedzinie ginekologii onkologicznej i onkologii oraz hematologii dziecięcej nie ma specjalistów i szkółących jednostek, a w innych dziedzinach wskaźniki specjalistów do liczby mieszkańców są niższe od zalecanych). Brak dostępności leczenia onkologicznego jest tutaj ważnym problemem. Prawdopodobnie spowodowanie kształcenia większej liczby lekarzy zajmujących się problemami onkologicznymi pozwoli większej liczbie pacjentów na wydłużenie życia. Brak „kolejek”, czyli zminimalizowanie czasu oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty na wyniki badania i łatwa dostępność do specjalistów jest w tym momencie kluczowym problemem. Potrzebni są specjaliści od badań przesiewowych mammograficznych, cytologicznych.

Z przeprowadzonych badań wynika, że lekarze raczej wybierają inne specjalizacje niż onkologia, chirurgia onkologiczna czy onkologia kliniczna, jednak dyrektorzy wskazują na potrzebę zatrudnienia lekarzy tych specjalności.

Potrzebne jest również kształcenie lekarzy medycyny pracy, bo chociaż choroby zawodowe nie są tak częstą bezpośrednią przyczyną zgonów, to istnieje zagrożenie niedoborów kadrowych spowodowanych odejściem lekarzy tej specjalności na emeryturę. Lekarze medycyny pracy w wieku powyżej 50 lat w większości województw stanowią ponad 50% wszystkich posiadających taką specjalizację, co w konsekwencji może doprowadzić do pogorszenia dostępności do świadczeń w dziedzinie medycyny pracy. Lekarzy z tą specjalizacją brakuje już w województwach dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, lubuskim, łódzkim, mazowieckim, śląskim, świętokrzyskim, wielkopolskim<sup>25</sup>. Z badań wynika jednak, że dyrektorzy nie widzą zasadniczo potrzeby zatrudnienia lekarzy z taką specjalnością, a sami lekarze nie zgłaszają takich potrzeb szkoleniowych.

W społeczeństwie można też dostrzec nasilające się problemy związane z narkomanią oraz alkoholizmem.<sup>26</sup> Problemy z alkoholem, wzrastające spożycie używek, powodują też wzrost przyjęć do zakładów leczenia odwykowego (między 2003 a 2004 rokiem o 7,5 tys. wzrosła liczba pacjentów zakładów stacjonarnych i o 15 tys. liczba pacjentów zakładów ambulatoryjnych).

Przewlekłe choroby wątroby, zaburzenia psychiczne i behawioralne, wypadki drogowe, zatrucia, urazy, samobójstwa, zwiększone ryzyko zgonu związane z nadmiernym spożywaniem alkoholu, podejmowanie ryzykownych zachowań seksualnych – wszystkie wyżej wymienione czynniki wymagają interwencji lekarza. Wzrost natomiast dostępu do narkotyków i związany z tym wzrost spożycia powoduje różnorodne choroby, jak, np. AIDS/HIV. Ważne staje się więc zwiększenie dostępności leczenia substytucyjnego i ambulatoryjnego oraz tworzenie nowych placówek leczniczych i rehabilitacyjnych o zróżnicowanych programach terapeutycznych ze szczególnym uwzględnieniem placówek ambulatoryjnych. Nie może też zabraknąć dostępu do lekarzy czy konsultantów – przeszkolonych do udzielania porad i pomocy dla rodziców, dzieci i młodzieży z zaburzeniami rozwoju i zdrowia psychicznego (zwłaszcza u dzieci najmłodszych i nastolatków), przewlekłe chorych, niepełnosprawnych, żyjących z HIV oraz małoletnich matek. Prowadzenie kształcenia lekarzy i pielęgniarek w zakresie pomocy młodzieży w rozwiązywaniu jej problemów zdrowotnych, w tym rozpoznawania oznak przemocy domowej jest w tym momencie bardzo ważne.

<sup>25</sup> Specjalizacje deficytowe podane w myśl rozporządzenia ministra zdrowia. Dz. U. 2009 r. Nr 84, poz. 709; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 maja 2009 r. w sprawie uznania dziedzin medycyny za priorytetowe.

<sup>26</sup> H. Pieciewicz-Szczęśna, I. D. Karwat: *Problemy zdrowotne i demograficzne społeczeństwa polskiego a rodzaje zadań w zakresie edukacji zdrowotnej*, w: „Zdrowie Publiczne” nr 3/2010, ss. 295–299.

**Z badania wynika, że istnieje zapotrzebowanie na lekarzy psychiatrów oraz neurologów. W toksykologii klinicznej chciałoby się kształcić 3% lekarzy. Jest to obok anestezjologów, chirurgów, kardiologów, lekarzy medycyny ratunkowej, neonatologów, ortopedów, pediatrów, radiologów, lekarzy rehabilitacji najbardziej potrzebna specjalizacja.**

**Warto zwrócić uwagę na nierównomierne rozmieszczenie terytorialne zakładów psychiatrycznych, szpitali specjalistycznych, które może powodować znaczne zróżnicowanie ich dostępności w poszczególnych województwach. Należałoby się zastanowić nad przeszkoleniem lekarzy z takimi umiejętnościami by ułatwić dostęp do nich w różnych województwach<sup>27</sup>.**

Ortopedia i traumatologia narządu ruchu jest ważna ze względu na wzrastającą liczbę wypadków. 95% pacjentów doznaje uszkodzeń narządu ruchu, wymagających często długotrwałego leczenia. Zmniejszenie się liczby lekarzy wyspecjalizowanych w tej dziedzinie i chcących się w niej specjalizować powoduje brak dostępności pacjentów do specjalistycznego leczenia. Taka sytuacja może narazić pacjentów na trwałe kalectwo, gdy w odpowiednim czasie nie zostanie udzielona pomoc i zmniejszają się wówczas szanse na wyleczenie. Migracja lekarzy z tą specjalizacją jest również niekorzystna dla pacjentów.

Ortopedia i traumatologia narządu ruchu jest szóstym w kolejności wymienianym przez lekarzy obszarem, w którym wyrażają chęć doksztalcenia (12%).

Warto zwrócić uwagę na zachorowalność oraz skutki przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego, w tym, obok urazów, na zapalne choroby reumatyczne (reumatoidalne zapalenie stawów, toczeń rumieniowaty, dna moczaniowa i inne) oraz choroby reumatyczne niezapalne (choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa i stawów obwodowych, osteoporoza i inne). Według Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007–2015 szacowana liczba hospitalizacji z powodu chorób reumatycznych sięga 18% wszystkich hospitalizacji. Pomoc w walce z chorobą można przy pomocy większej dostępności do usług rehabilitacyjnych oraz zmniejszenie nierówności w dostępie do specjalistycznej opieki medycznej. Dane demograficzne mówiące o starzeniu się społeczeństwa, oraz postępie medycyny wskazują, że procent osób zagrożonych niepełnosprawnością, a więc wymagających rehabilitacji, będzie się stale zwiększał. Stąd duże zapotrzebowanie na fizjoterapeutów oraz reumatologów. Dyrektorzy, ordynatorzy oraz pielęgniarki oddziałowe zwracają uwagę na potrzebę zatrudnienia lekarzy rehabilitacji. Rehabilitacja medyczna jest też wymieniana przez samych lekarzy oraz ordynatorów jako umiejętność węższego typu, w której chcieliby się szkolić (11,7% wskazań, zob. tab. nr 39). Jeżeli będzie mowa o specjalizacjach to nie ma zbyt dużego zapotrzebowania kadry zarządzającej ZOZ-ami na fizjoterapeutów, jest jednak na reumatologów. Występuje też zapotrzebowanie na ortopedów – takiego zdania są zarówno dyrektorzy, ordynatorzy jak i pielęgniarki. Świadczy to o odczuwalnym braku lekarzy z tą specjalnością.

Problemem jest też przewlekła obturacyjna choroba płuc, na którą choruje co dziesiąty Polak powyżej 30 roku życia. Ocenia się jednak, że około 1/3 chorych jest zdiagnozowana. Szacuje się, że w ciągu najbliższych kilkunastu lat POChP stanie się trzecią najczęstszą przyczyną śmierci. System ochrony zdrowia ma ograniczone możliwości długotrwałej opieki nad chorym. POChP zmusza więc często do porzucenia pracy dwie osoby – chorego i członka rodziny, który musi się nim opiekować. Choroba ta oraz potrzeba konsultacji lekarskich może stanowić istotne obciążenie służby zdrowia. Tendencje wskazujące na zapotrzebowanie na pulmonologów, wynikające z analiz epidemiologicznych, mają swoje odzwierciedlenie w zapotrzebowaniu dyrektorów i kierowników oddziałów na lekarzy z tą specjalizacją. Sami lekarze zgłaszają potrzebę uczestnictwa w szkoleniach traktujących o chorobach płuc (10%).

Lekarze wskazują na potrzebę kształcenia umiejętności bronchoskopii (7%).

Zapadalność na choroby zakaźne stale się obniża, jednakże warto wciąż kontrolować sytuację. Odporność na antybiotyki, zakażenia szpitalne stanowią ważne problemy współczesnego świata. Masowe przemieszczanie się ludzi do najodleglejszych zakątków świata powoduje, że pojawiają się choroby dotąd nieznanne w kraju. Rzecz dotyczy również chorób odzwierzęcych, jak np. ptasia czy świńska grypa. Aby zapobiegać tego typu sytuacjom lub mieć możliwość leczenia, ważne jest zatrudnienie odpowiedniej kadry – epidemiologów, specjalistów do chorób zakaźnych. Specjalista ds. higieny, który w Austrii jest w każdym szpitalu a w Niemczech w co piętnastym. W Niemczech do 40 000 osób umiera z powodu infekcji, którymi się zaraził w szpitalu. Drobnoustroje w szpitalach są odporne na leczenie, na antybiotyki, rzecz dotyczy nie tylko przeprowadzanych zabiegów, ale również powietrza i jedzenia

<sup>27</sup> [http://www.who.int/whosis/whostat/EN\\_WHS2011\\_Full.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS2011_Full.pdf)

– w których znajdują się drobnoustroje.<sup>28</sup> Z Polskich badań wynika, że 95% personelu medycznego spotyka się z problemem zakażeń szpitalnych. Radą na to może być kompetentny personel medyczny oraz szkolenia, które nie marginalizują tego problemu. Ważne jest zatem przeprowadzenie szkolenia na temat higieny pracy, przygotowywania posiłków, a także stosowaniu antybiotyków.<sup>29</sup> Ordynatorzy (6%) chcieliby pozyskać wiedzę z zakresu epidemiologii, lekarze również zaznaczyli taką potrzebę, jednak już w mniejszej liczbie (2%). Niewielu jest dyrektorów, którzy deklarują zamiar zatrudnienia specjalistów w dziedzinie chorób zakaźnych (3 dyrektorów).

Występują też przewlekłe choroby niezakaźne, m.in. choroby układu krążenia, niektóre rodzaje nowotworów złośliwych i cukrzyca typu 2. Czynnikiem ryzyka jest głównie wysokie ciśnienie krwi, wysokie stężenie cholesterolu w surowicy. Odpowiedzialne jest za to nie uwzględnianie w diecie owoców i warzyw, nadwaga i otyłość, niedożywienie, brak aktywności fizycznej i palenie tytoniu, natomiast zaprzestanie karmienia piersią niemowląt może zwiększać ryzyko zachorowalności niemowląt i dzieci na alergię oraz infekcje. W tym sensie ważny jest dostęp do lekarzy dietetyków, alergologów. Na potrzebę zatrudnienia alergologów zwracają uwagę dyrektorzy oraz ordynatorzy, jednak występuje ona w marginalnym stopniu.

Obserwowane ograniczenie dostępności do lekarzy specjalistów świadczy o istnieniu deficytowych specjalności. Należą do nich: epidemiologia, geriatria, medycyna rodzinna, onkologia kliniczna, patomorfologia oraz rehabilitacja medyczna, jak również anestezjologia i intensywna terapia, neonatologia, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, chirurgia, chirurgia onkologiczna, ginekologia onkologiczna, kardiologia, kardiologia dziecięca, medycyna pracy, medycyna ratunkowa, neurologia dziecięca, onkologia i hematologia dziecięca, pediatria, radiologia i diagnostyka obrazowa, radioterapia onkologiczna i stomatologia dziecięca. Zachęcenie lekarzy do podejmowania specjalizacji zapewni poprawę dostępności pacjentów do świadczeń specjalistycznych, jak również zapobiegnie tzw. „lucie pokoleniowej” w wielu specjalnościach, w dużym stopniu wynikającej z migracji młodych lekarzy.

Aby ww. specjalizacje stały się powszechne nie zaś deficytowe, należałoby zapewnić odpowiednie szkolenia oraz odpowiednie warunki tych szkoleń ograniczające do minimum trudności związane z uczestnictwem w szkoleniach.

Problemem związanym z brakiem anestezjologów i lekarzy intensywnej terapii jest głównie zbyt mało specjalistów z obu tych dziedzin, podczas gdy wzrastają potrzeby kliniczne nowoczesnej medycyny, a także z powodu migracji lekarzy z tą specjalnością – wskaźnik wydanych zaświadczeń związanych z wyjazdami wyniósł powyżej 18% (dane NRL). Lekarze posiadający tę specjalizację uzyskują wiedzę również z pomocy doraźnej, resuscytacji oraz terapii bólu. Wynika stąd, że kraj traci nie tylko lekarzy wymienionych specjalności ale też przeszkolonych dodatkowo z pomocy doraźnej, resuscytacji, terapii bólu. Anestezjologię i intensywną terapię interesuje się 15% lekarzy, jako specjalizacją, w której pragnęliby się kształcić. Dyrektorzy oraz ordynatorzy wymieniają lekarzy posiadających tę specjalizację, jako jednych z najbardziej poszukiwanych.

Kolejną dziedziną medycyny, która nie ma zbyt wielu adeptów jest medycyna ratunkowa. Zbyt małe zainteresowanie nią jest spowodowane obawą o jej przyszłość. Lekarze są kierowani do zabezpieczania Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych i Centrów Powiadamiania Ratunkowego. Przekazane przez krajowego konsultanta dane wskazują, że z minimum 3000 specjalistów z tej dziedziny, którzy powinni być zatrudnieni dla zapewnienia prawidłowego funkcjonowania systemu, specjalizację uzyskało 562 lekarzy, z czego nie wszyscy pracują w Państwowym Ratownictwie Medycznym. Lekarze odpowiadają na to zapotrzebowanie zgłaszając chęć doskonalenia umiejętności właśnie w tej dziedzinie (16%), i tym samym znalazła się ona na trzecim miejscu, jako najczęściej wskazywana. Również kadr zarządzająca szpitalami i oddziałami zauważyła potrzebę zatrudnienia lekarzy z tą specjalizacją.

Również brakuje lekarzy specjalistów radiologii i diagnostyki obrazowej. Maleje ich liczba szczególnie w małych ośrodkach. Sytuacja taka może doprowadzić do braku działów diagnostycznych w wielu jednostkach, a tym samym barier w rozwoju badań profilaktycznych. Na diagnostyce opiera się większość wymienionych wcześniej specjalności medycznych, dlatego tak ważna jest dobrze wyszkolona kadra lekarzy radiologów i techników rtg. Radiologia i diagnostyka obrazowa pozostaje w zainteresowaniu 12% lekarzy, jako dziedzina wymagająca doskonalenia umiejętności. Radiolog jest poszukiwany również przez dyrektorów oraz ordynatorów oddziałów.

<sup>28</sup> C. Kirsch, B. Działdowski, ZDF Heute Journal; <http://www.gesundheitlicheaufklaerung.de/schmutzige-krankenhauser-ruf-nach-neuen-hygienergelungen>, dostęp 30.06.2011.

<sup>29</sup> Raport bezpieczeństwa podczas zabiegów szpitalnych, czerwiec 2011 [http://www.stopzakazeniom.pl/pdf/raport\\_bezpiecz\\_enstwa.pdf](http://www.stopzakazeniom.pl/pdf/raport_bezpiecz_enstwa.pdf), dostęp 30.06.2011.

Głównym problemem pozostaje we wszystkich niemal przypadkach zbyt mała dostępność, w stosunku do potrzeb, badań diagnostycznych i możliwości leczenia zabiegowego.

## UMIĘTNOŚCI WĘZSZEGO TYPU

Wśród wskazywanych przez lekarzy umiejętności węższego typu zdecydowanie największym zainteresowaniem cieszy się ogólna diagnostyka ultrasonograficzna – kształceniem w jej dziedzinie zainteresowany jest prawie co czwarty lekarz (23,2%, zob. tab. nr 40). Kolejne cieszące się powodzeniem umiejętności węższego typu to echokardiografia, medycyna bólu i leczenie żywieniowe (odpowiednio po 16,4%, 15,7% i 13,3% wskazań). Ultrasonografię lub rehabilitację medyczną wybrałby mniej więcej co dziesiąty respondent (10,9% i 9,1% odpowiedzi).

Można zatem stwierdzić, że wybierane przez lekarzy umiejętności węższego typu odpowiadają na zapotrzebowanie w dziedzinie diagnostyki wyżej wymienionych chorób (kardiologicznych oraz nowotworowych). W potrzeby związane z zachorowalnością na choroby kardiologiczne i nowotworowe wpisuje się kształcenia w zakresie ogólnej diagnostyki ultrasonograficznej, echokardiografii, medycyny bólu, ultrasonografii. Istotne jest, że lekarze sami widzą potrzebę dokończenia się w takich umiejętnościach, które są tak bardzo potrzebne ze względu na występujące trendy (jeżeli będzie mowa o kardiologii). Zachorowalność na choroby układu krążenia i choroby nowotworowe jako jedna z głównych chorób cywilizacyjnych w Polsce wymaga bowiem ustawicznego kształcenia w zakresie diagnozowania i leczenia tych chorób. Na uwagę zasługuje fakt, że w obu jednostkach chorobowych dodatkowym czynnikiem jest wiek pacjentów (zapadalność na choroby coraz młodszych pacjentów).

## PODSUMOWANIE

Można zauważyć, że generalnie zapotrzebowanie na lekarzy specjalistów oraz posiadane przez nich umiejętności węższego typu korespondują z demograficznymi oraz epidemiologicznymi trendami – głównie, jeżeli będziemy mówić o kardiologii, medycynie ratunkowej, psychiatrii, anestezjologii i intensywnej terapii, rehabilitacji, neonatologii, chirurgii, pediatrii, radiologii oraz diagnostyce obrazowej. Dwie najczęstsze przyczyny zgonów w naszym kraju to choroby układu krążenia i nowotwory, stąd ważne jest zwrócenie uwagi na szkolenia w tym zakresie, a także szkolenia z zakresu prewencji a nie tylko leczenia następstw tych chorób cywilizacyjnych.

Nadal niewielkie jest zainteresowanie takimi dziedzinami jak onkologia, medycyna pracy, geriatria, reumatologia. W związku z procesem starzenia się społeczeństwa nastąpi wzrost zapotrzebowania na umiejętności związane z pracą z ludźmi starszymi, zarówno umiejętności medyczne, rehabilitacyjne jak i interpersonalne (ludzie starsi wymagają stałej opieki, stąd też dodatkowa rola personelu w szkoleniu rodziny do opieki). W związku z powyższym należy wziąć pod uwagę szkolenia z zakresu geriatricznej, reumatologii oraz zwrócić uwagę na umiejętności komunikowania się z osobami starszymi.

Uczynienie wyżej wymienionych specjalności priorytetowymi wynika głównie z niedoborów kadrowych, migracji lekarzy z tymi specjalizacjami za granicę oraz rosnącego na nich zapotrzebowania<sup>30</sup>. Należałoby więc popularyzować w środowisku medycznym te właśnie dziedziny.

W celu poprawy jakości świadczeń zdrowotnych należałoby podjąć skuteczne działania, w tym wsparcie kształcenia ustawicznego osób pracujących w sektorze ochrony zdrowia. Należałoby też usprawnić wczesną diagnostykę i czynną opiekę nad osobami zagrożonymi chorobami układu krążenia, udarami mózgowymi, nowotworami, powikłaniami cukrzycy, chorobami układu oddechowego oraz chorobami reumatycznymi, szczególnie przez działania podstawowej opieki zdrowotnej. Zwiększenie i optymalne wykorzystanie systemu ochrony zdrowia oraz infrastruktury samorządowej dla potrzeb promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.<sup>31</sup>

Wśród umiejętności węższego typu największym zainteresowaniem cieszą się: ogólna diagnostyka ultrasonograficzna, medycyna bólu, echokardiografia, leczenie żywieniowe oraz orzecznictwo lekarskie. Zapotrzebowa-

<sup>30</sup> Projekt z dnia 22.04.2009 r. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie uznania dziedzin medycyny za priorytetowe.

<sup>31</sup> Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015; Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r.

nie na badania obrazowe czy też z zakresu medycyny bólu oraz echokardiografii może wynikać z trendów zachorowalności na różnego rodzaju nowotwory oraz choroby serca będące najczęstszymi przyczynami zgonów w Polsce.

Ze względu właśnie na opisane we wstępie utrzymujące się tendencje epidemiologiczne dotyczące kardiologii, onkologii, szczególnie chirurgii onkologicznej, ginekologii onkologicznej, onkologii klinicznej, onkologii i hematologii dziecięcej, radioterapii onkologicznej oraz medycyny pracy, czyli najczęstsze przyczyny zgonów w Polsce, należałoby zwiększyć liczbę wykonywanych zabiegów, a tym samym zainteresowanie lekarzy podjęciem specjalizacji w tych dziedzinach. Należałoby też dążyć do zmniejszenia dysproporcji między regionami w świadczeniu usług kardiologicznych. W Polsce na 1 milion mieszkańców przypada 45 kardiologów, w województwie warmińsko-mazurskim jest ich 22, opolskim, lubuskim, podkarpackim, zachodniopomorskim – 25–30. W krajach UE wskaźnik ten jest niemal 2-krotnie wyższy<sup>32</sup>.

Dużą popularnością cieszy się też tematyka związana z orzecznictwem lekarskim – zwiększone komplikacje i problemy zdrowotne kobiet decydujących się na późne macierzyństwo powodują wzrost zapotrzebowania na umiejętności medyczne w tym zakresie (późne macierzyństwo powoduje wzrost ryzyka upośledzenia płodu i donoszenia ciąży). Dlatego tak ważną okazuje się neonatologia. Utrzymujący się wysoki poziom umieralności noworodków w niektórych regionach Polski wskazuje na konieczność szkolenia lekarzy z zakresu opieki wczesno noworodkowej i prenatalnej.

Specjalizacje, którymi najbardziej są zainteresowani lekarze to choroby wewnętrzne, kardiologia, medycyna ratunkowa, anestezjologia i intensywne terapię oraz pediatria.

Napływ cudzoziemców do naszego kraju w wyniku otwarcia granic wymusza na personelu medycznym podnoszenie poziomu znajomości języków obcych (zwłaszcza języka angielskiego i niemieckiego). Dlatego też szczególna uwaga podczas planowania szkoleń powinna być zwrócona na kształcenie w obszarze języków obcych.

<sup>32</sup> Projekt z dnia 22.04.2009 r. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie uznania dziedzin medycyny za priorytetowe.

#### **4.6. Priorytetyzacja potrzeb szkoleniowych pracowników szpitali z punktu widzenia jak największego przyczynienia się do zrealizowania celu Działania 2.3 PO KL, jakim jest poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia**

Zgodnie ze Szczegółowym Opisem Priorytetów PO KL 2007–2011 poprawa jakości w zakładach opieki zdrowotnej to jeden z trzech celów Działania 2.3 PO KL. Według SzOP PO KL „(...) dążąc do zwiększenia sprawności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce, w szczególności w obliczu zadłużenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej, w tym szpitali, niezbędne jest prowadzenie działań ukierunkowanych na lepsze zarządzanie zakładami opieki zdrowotnej oraz na podnoszenie jakości udzielanych przez nie świadczeń zdrowotnych. Zwiększenie racjonalności gospodarowania środkami finansowymi w ochronie zdrowia będzie wspomagane w ramach EFS dzięki rozwijaniu umiejętności kadry zarządzającej szpitalami z zakresu efektywnego zarządzania oraz wiedzy o skutecznych i efektywnych technologiach medycznych.”

Wysoką jakość funkcjonowania systemu ochrony zdrowia zapewnia podnoszenie jakości standardów świadczonych usług, lepsze zarządzanie zakładami opieki zdrowotnej, podejmowanie właściwych decyzji dotyczących finansowania, podnoszenia kwalifikacji i umiejętności pracowników zajmujących się schorzeniami stanowiącymi główne przyczyny zgonów, realizację strategii promocyjno-informacyjnej w zakresie podejmowania przez personel medyczny odpowiednich szkoleń, realizowanie polityki zatrudniania specjalistów deficytowych dziedzin medycyny. Ważne są

też te czynniki, które, obok czysto medycznych umiejętności personelu, decydują o opiniach na temat ZOZ-u, czyli o umiejętnościach komunikacji interpersonalnej, właściwych relacji z pacjentem oraz współpracownikami.

Analizując wyniki badania należy podzielić potrzeby szkoleniowe na dwa rodzaje – tematyka niemedyczna, obejmująca wiedzę i umiejętności związana z komunikacją interpersonalną, umiejętnością właściwego podejścia zarówno do pacjenta jak i współpracowników oraz tematyka medyczna, obejmująca wiedzę i umiejętności związane ściśle z wykonywanym zawodem, czyli umiejętności medyczne.

W kontekście zapewniania wysokiej jakości usług medycznych oraz niemedycznych, bardzo ważne okazuje się zorganizowanie dla dyrektorów szkoleń z zakresu prawodawstwa z zakresu ochrony zdrowia, ekonomii menedżerskiej, stosowania przepisów ustawy z dnia 18 marca 2011 roku o działalności leczniczej, organizacji i zarządzania placówkami opieki zdrowotnej.

Dyrektorzy, doksztalając się w ramach ww. obszarów tematycznych będą w stanie lepiej i efektywniej zarządzać oddziałami oraz lepiej wywiązywać się z obowiązków służbowych, co bezpośrednio wpłynąć może na postrzeganie jakości funkcjonowania oddziałów.

Pytani o wpływ potrzeb szkoleniowych na poprawę funkcjonowania jakości oddziału ordynatorzy stwierdzają, że najważniejszym czynnikiem w tym zakresie będzie organizacja szkoleń dotyczących odpowiedzialności cywilnej i pracowniczej w przypadku szkody wyrządzonej pacjentowi, prowadzenia dokumentacji medycznej w zakładzie opieki zdrowotnej, prawodawstwa z zakresu ochrony zdrowia, a także kodowania i rozliczenia świadczeń z NFZ.

Poprawę jakości funkcjonowania oddziału pielęgniarki oddziałowe uzależniają od właściwego prowadzenia dokumentacji medycznej, znajomości problematyki odpowiedzialności cywilnej i pracowniczej w przypadku wyrządzenia szkody pacjentowi, zarządzania jakością oraz posiadania co najmniej podstawowych umiejętności zarządzania zasobami ludzkimi. Jedna czwarta pielęgniarek oddziałowych wskazuje w tym miejscu na kwestię znajomości praw pacjenta, prawodawstwa z zakresu ochrony zdrowia, organizacji i zarządzania placówkami opieki zdrowotnej, zarządzania zasobami ludzkimi. (Patrz Tabela nr 42). Zatem w celu podniesienia jakości funkcjonowania oddziałów szpitalnych należałoby podnieść kompetencje pielęgniarek oddziałowych w wymienionych zakresach.

Realizacja potrzeb szkoleniowych, które zdaniem pielęgniarek przyczyniłyby się poprawy jakości funkcjonowania oddziału, dotyczą głównie organizacji i zarządzania oraz komunikowania interpersonalnego w pielęgniarstwie. (Patrz Tabela nr 43). Dopiero na kolejnych miejscach znalazły się umiejętności takie, jak: resuscytacja krążeniowo-oddechowa, leczenie ran, pielęgniarstwo epidemiologiczne, pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki, pielęgniarstwo zachowawcze, pielęgniarstwo chirurgiczne, wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego, pielęgniarstwo w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

Dziedziny wymagające doskonalenia, wymieniane przez grupy zawodowe, można uznać za priorytetowe, a tym samym mające bezpośredni wpływ na poprawę jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Potrzeby szkoleniowe wynikają z zaobserwowanego niedoboru tych umiejętności i nie z perspektywy systemu ale z perspektywy pojedynczego pracownika. Zyskanie kompetentnych pracowników, podejmujących właściwe decyzje, umiających porozumiewać się w zespole, umiających współpracować ze specjalistami z innych dziedzin oraz pacjentami i ich rodzinami poprawić może postrzeganie jakości wykonywanych usług.

W zakresie zaś specjalności, które są najbardziej poszukiwane przez lekarzy, wyłaniają się anestezjologia, chirurgia ogólna, choroby wewnętrzne, kardiologia, medycyna ratunkowa, neonatologia, neurologia, onkologia, ortopedia, pediatria, psychiatria, pulmonologia, radiologia, ginekologia, rehabilitacja. Natomiast jako umiejętności węższego typu, które wymagają doskonalenia, lekarze wskazują przede wszystkim ogólną diagnostykę ultrasonograficzną, echokardiografię, medycynę bólu, leczenie żywieniowe, ultrasonografię oraz rehabilitację medyczną.

Ordynatorzy, podobnie jak pozostali lekarze, preferują doskonalenie umiejętności w zakresie ogólnej diagnostyki ultrasonograficznej, medycyny bólu, echokardiografii, leczenia żywieniowego, rehabilitacji medycznej, orzecznictwa lekarskiego.

Należałoby jednak zwrócić uwagę nie tylko na wskazywane przez personel potrzeby szkoleniowe, ale też na określone w dokumentach – Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 maja 2009 roku w sprawie uznania dziedzin medycyny za priorytetowe – dziedziny medycyny, na które istnieje bądź będzie istniało w najbliższym czasie zapotrzebowanie. Jest to ważne ze względu na zapewnienie pacjentom dostępu do usług medycznych. Personel medyczny nie wskazuje na potrzebę uzyskania specjalizacji z medycyny pracy, jednakże lekarzy takiej specjalizacji może

zabraknąć ze względu na wchodzenie w wiek emerytalny lekarzy z tą specjalizacją. Należałoby więc podjąć nie tylko działania zmierzające do realizowania szkoleń z dziedzin, na które istnieje zapotrzebowanie personelu, ale także z innych potrzebnych dziedzin medycyny.

Jak wskazują badania jakość opieki zdrowotnej oraz jej skuteczność stanowią coraz istotniejszy element jakości życia. Poprawa postrzegania systemu opieki zdrowotnej, dzięki niewymagającemu kosztownych inwestycji życzliwemu traktowaniu chorego, i zapewnieniu mu ciągłości opieki, jest najbardziej racjonalnym kierunkiem działań. **Największą zidentyfikowaną słabość obecnego systemu stanowi dominująca w społeczeństwie krytyczna opinia o systemie ochrony zdrowia. Znajdują więc tutaj uzasadnienie, jako jeden z możliwych sposobów poprawy sytuacji – umiejętności miękkie – związane z komunikacją z pacjentem oraz rodziną chorego, co bezpośrednio wpłynie na kształtowanie pozytywnego obrazu ochrony zdrowia. Wyniki wskazują na dostrzeganie przez personel medyczny istotnych potrzeb w tym zakresie, szczególnie widoczne w wypowiedziach kadry zarządzającej.**

Wymieniane przez respondentów dziedziny, które wymagają przez nich doskonalenia świadczą o potrzebie podnoszenia kwalifikacji zawodowych.

Personel szpitali zgłasza indywidualne zapotrzebowanie na szkolenia przede wszystkim z zakresu realizowanych przez siebie zadań obejmujących pełnione obowiązki zawodowe. Poniżej przedstawiono potrzeby szkoleń w kolejności od najczęściej do rzadziej zgłaszanych:

1. Dyrektorzy zgłaszają najczęściej potrzebę doskonalenia swoich umiejętności w obszarach:
  - prawodawstwa z zakresu ochrony zdrowia,
  - ekonomii menadżerskiej,
  - stosowania przepisów ustawy z dnia 18 marca 2011 r. o działalności leczniczej<sup>33</sup>,
  - organizacji i zarządzania placówkami opieki zdrowotnej.
2. Dyrektorzy administracyjni widzą potrzebę doskonalenia swoich umiejętności z zakresu:
  - organizacji i zarządzania placówkami opieki zdrowotnej,
  - ekonomii menadżerskiej,
  - prawodawstwa z zakresu ochrony zdrowia,
  - stosowania przepisów ustawy z dnia 18 marca 2011 r. o działalności leczniczej<sup>34</sup>,
  - ekonomiki ochrony zdrowia,
  - kontraktowania świadczeń zdrowotnych,
  - prawa zamówień publicznych,
  - zarządzania jakością.
3. Pracownicy zatrudnieni na stanowiskach ds. finansowych najczęściej zgłaszają potrzebę doskonalenia umiejętności z zakresu:
  - finansów i księgowości,
  - rachunkowości w zakładach opieki zdrowotnej,
  - stosowania przepisów ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług<sup>35</sup>,
  - reguł ewidencjonowania kosztów podatkowych w placówkach ochrony zdrowia,
  - zamknięć rocznych – bilansu otwarcia i bilansu zamknięcia,
  - budżetowania w zakładzie opieki zdrowotnej,
  - przepisów ustawy z dnia 18 marca 2011 r. o działalności leczniczej<sup>36</sup>.

<sup>33</sup> Dz. U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654.

<sup>34</sup> j.w.

<sup>35</sup> Dz. U. z 2004 r. Nr 54, poz. 535, z późn. zm.

<sup>36</sup> Dz. U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654.

4. Ordynatorzy są zainteresowani przede wszystkim szkoleniami i doskonaleniem umiejętności z zakresu:
  - odpowiedzialności cywilnej i pracowniczej w przypadku szkody wyrządzonej pacjentowi,
  - zasad prowadzenia dokumentacji medycznej w zakładzie opieki zdrowotnej,
  - prawodawstwa z zakresu ochrony zdrowia,
  - rozliczeń z NFZ i zasad kontraktowania świadczeń,
  - zarządzania zasobami ludzkimi.
5. Pielęgniarki oddziałowe są zainteresowane szkoleniami z zakresu:
  - organizacji i zarządzania,
  - komunikowania interpersonalnego w pielęgniarstwie.
6. Lekarze najczęściej zgłaszają potrzebę zdobywania wiedzy i umiejętności w zakresie:
  - chorób wewnętrznych,
  - kardiologii,
  - medycyny ratunkowej,
  - anestezjologii i intensywnej terapii,
  - pediatrii.
7. Pielęgniarki jako najważniejsze obszary wymagające szkolenia wskazują:
  - leczenie ran,
  - resuscytację krążeniowo-oddechową noworodka,
  - pielęgniarstwo ratunkowe,
  - pielęgniarstwo chirurgiczne.
8. Położne chciałyby doskonalić swoje umiejętności przede wszystkim w zakresie:
  - pielęgniarstwa położniczego,
  - pielęgniarstwa ginekologicznego,
  - monitorowania dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu,
  - podstaw diagnostyki ultrasonograficznej w położnictwie i ginekologii,
  - pielęgniarstwa neonatologicznego,
  - opieki nad kobietą ciężarną z cukrzycą w okresie okołoporodowym,
  - prowadzenia porodu w wodzie,
  - resuscytacji krążeniowo-oddechowej noworodka.
9. Najczęściej zgłaszane potrzeby szkoleniowe fizjoterapeutów to:
  - rehabilitacja neurologiczna,
  - rehabilitacja ogólnoustrojowa,
  - rehabilitacja medyczna,
  - rehabilitacja ręki,
  - rehabilitacja po mastektomii,
  - rehabilitacja kardiologiczna,
  - rehabilitacja dzieci z zaburzonym rozwojem psychosomatycznym.
10. Technicy medyczni chcieliby doskonalić się przede wszystkim w zakresie:
  - obsługi specjalistycznego sprzętu,
  - wykonywania oraz doskonalenia badań specjalistycznych,
  - doskonalenia umiejętności specjalistycznych oraz nowości stosowanych w diagnostyce.

11. Diagnostycy laboratoryjni są zainteresowani szkoleniami w zakresie:
  - metod diagnostycznych ogólnej diagnostyki medycznej,
  - metod diagnostycznych w hematologii, transfuzjologii,
  - metod diagnostycznych w immunologii, mikrobiologii.
12. Technicy elektroradiolodzy najczęściej poszerzyliby swoje kwalifikacje z zakresu:
  - rentgenodiagnostyki,
  - radiologicznej ochrony pacjenta,
  - audytu klinicznego wewnętrznego z zakresu rentgenodiagnostyki,
  - radiologii zabiegowej.

UWAGA!!!

a gdzie jest I. ?

- II. Z punktu widzenia kadry zarządzającej oraz ordynatorów oddziałów i pielęgniarek oddziałowych potrzeby szkoleniowe są następujące:
  1. Dyrektorzy oraz dyrektorzy administracyjni wyrażają potrzebę odbycia szkoleń z zakresu:
    - nowego prawa medycznego,
    - umiejętności delegowania zadań,
    - egzekwowania prawidłowej realizacji zadań, czyli umiejętności z zakresu zarządzania.
  2. Dla pracowników zatrudnionych na stanowiskach ds. finansowych najważniejsze byłyby szkolenia z:
    - aktualnie obowiązujących przepisów dotyczących finansów,
    - sprawozdawczości finansowej,
    - zasad finansowania w ZOZ-ie,
    - przepisów podatkowych.
  3. Dla ordynatorów najczęściej wskazywane są szkolenia z zakresu:
    - zarządzania zespołem,
    - zarządzania czasem,
    - organizacji pracy w oddziale,
    - komunikacji interpersonalnej,
    - aktualnie obowiązujących przepisów prawa,
    - komunikacji z pacjentem,
    - zasad prowadzenia dokumentacji, rozliczeń i przepisów z NFZ,
    - formalnoprawnych aspektów funkcjonowania oddziału szpitalnego,
    - zarządzania jakością,
    - zarządzania finansami jednostki,
    - prawa zamówień publicznych.
  4. Dla pielęgniarek oddziałowych najważniejsze byłyby szkolenia dotyczące:
    - umiejętności zarządzania oddziałem, zarządzania zespołem,
    - umiejętności związanych z realizacją spraw administracyjnych: prowadzenie dokumentacji, rozliczeń z NFZ, formalnoprawne aspekty funkcjonowania oddziału,
    - poprawnej komunikacji interpersonalnej.
  5. Najważniejsze obszary, które powinni doskonalić lekarze to:
    - kwestie związane z administracją np. prowadzenie dokumentacji, rozliczeń z NFZ, interpretacja kontraktu NFZ, zasady kodowania świadczeń zdrowotnych, znajomość zmieniających się warunków realizacji umów z NFZ,

- formalnoprawne aspekty funkcjonowania oddziału, znajomość aktualnych przepisów prawnych z tej dziedziny,
  - umiejętność komunikowania się z pacjentem: staranność i kultura osobista w kontaktach z pacjentami, umiejętność postępowania z trudnym pacjentem.
6. Dla pielęgniarek najczęściej wskazywane są szkolenia w zakresie:
- wykonywania czynności medycznych i zabiegów specjalistycznych np. EKG,
  - komunikacji z pacjentem,
  - prawa medycznego,
  - przestrzegania praw pacjenta.
7. Dla położnych najczęściej wskazywanymi obszarami doszkalania są:
- przepisy prawa (w tym prawa pacjenta),
  - kwalifikacje zawodowe (w zakresie prowadzenia porodów, instrumentowania, opieki nad noworodkiem, re-suscytacji, wiedzy nt. zdarzeń zdrowotnych w sytuacjach nagłych),
  - właściwa postawa w relacji z pacjentem,
  - radzenie sobie ze stresem.
8. Fizjoterapeuci, technicy elektroradiolodzy oraz technicy medyczni najczęściej powinni doszkalać się w zakresie:
- relacji interpersonalnych,
  - prawa medycznego oraz praw pacjenta,
  - umiejętności technicznych związanych z rozwojem aparatury, a także obsługą posiadanego sprzętu.
9. Diagnostyci laboratoryjni powinni uzupełniać swoją wiedzę w obszarze:
- prawidłowej interpretacji uzyskanego wyniku,
  - komunikacji z pacjentem.

#### 4.7. Rozwiązania zapewniające osiągnięcie optymalnych rezultatów działań szkoleniowych w kontekście ich efektywności i trwałości

Efektywność i trwałość działań szkoleniowych uzależniona jest od dostosowania oferty szkoleń skierowanych do personelu zarówno pod względem pożądanej częstotliwości organizowanych szkoleń, jak i pod względem programowym oraz odnośnie form i sposobów organizacji zajęć dydaktycznych.

##### Ocena częstotliwości udziału w szkoleniach

- Jak już wcześniej powiedziano, w ocenie około połowy respondentów reprezentujących kadrę kierowniczą (dyrektorzy i kierownicy) personel podległych im placówek uczestniczy w szkoleniach odpowiednio często. Wyraźnie odmienne wyniki odnotowano jedynie w przypadku pielęgniarek oddziałowych, które zdaniem ponad 80% badanych dyrektorów szkolą się za rzadko. Pracownicy na pozostałych stanowiskach wskazują, że szkolą się zbyt rzadko – od 24% (diagnostyci laboratoryjni) do 39% (kierownicy ds. administracyjno-ekonomicznych). Jednocześnie znikoma liczba dyrektorów wskazała na jakiegokolwiek grupy zawodowe, które uczestniczą w szkoleniach zbyt często. Jedynie w przypadku lekarzy i ordynatorów uzyskano znaczące odsetki wskazań (odpowiednio 3,1% oraz 4,3%). Zbliżony rozkład wyników (z wyłączeniem opinii na temat pielęgniarek oddziałowych) uzyskano analizując wskazania dyrektorów administracyjnych (Patrz Tabela nr 32).
- Ocena dokonana przez personel zakładów opieki zdrowotnej wskazuje na to, że dla większości stanowisk częstotliwość udziału w szkoleniach postrzegana jest jako zbyt niska (od 50% wskazań dla techników elektroradiologów do 77% dla lekarzy; Patrz Tabela nr 24). Rozbieżność pomiędzy opiniami kadry kierowniczej, a stanowiskiem per-

sonelu uznać należy za istotną. Analiza wyników wskazuje na zainteresowanie personelu badanych placówek przewyższające zapotrzebowanie wskazane przez kadrę kierowniczą.

- Przytoczone wyniki wskazują na to, że wśród pracowników ZOZ-ów istnieje zapotrzebowanie na zwiększenie częstotliwości udziału w szkoleniach.

### **Bariery utrudniające dostępność szkoleń**

- Od 30% (technicy elektroradiolodzy) do ponad 65% (lekarze) respondentów w poszczególnych grupach zawodowych wskazało, że w przeszłości doświadczyło trudności chcąc uczestniczyć w szkoleniu.
- Wśród najczęściej wskazywanych trudności znalazły się:
  - bariery finansowe – wskazywane przez większość respondentów. W poszczególnych grupach zawodowych najczęściej wskazań na tę trudność odnotowano wśród fizjoterapeutów – ponad 90% i diagnostów laboratoryjnych – ponad 85%. Zbieżną opinię wyrazili dyrektorzy i dyrektorzy administracyjni, którzy w większości (odpowiednio 70 i 63% wskazań) uznali wysokie koszty szkoleń za główną przyczynę zbyt rzadkiego uczestnictwa pracowników w szkoleniach.
  - niedogodne terminy dostępnych szkoleń stanowią problem głównie dla kadry kierowniczej, ordynatorów i lekarzy (odpowiednio: dyrektorzy – ponad 60%, dyrektorzy administracyjni i ordynatorzy – po 56%, lekarze ponad 50% wskazań). Problem ten postrzegany jest przez kadrę kierowniczą jako jedna z głównych przyczyn niedostatecznej częstotliwości z jaką ich personel bierze udział w szkoleniach.
  - trudności ze znalezieniem zastępstwa dla szkolącego się pracownika utrudniają odpowiednio częste uczestnictwo w szkoleniach najczęściej ordynatorom (ponad 55% wskazań), lekarzom (ponad 45%) i położnym (ponad 42%).
  - zbyt duża odległość pomiędzy miejscem szkolenia a miejscem zamieszkania (około 40% wskazań, Patrz Tabele nr 18, 33).
- Wymienione trudności bardzo często bywają przyczyną rezygnacji z udziału w szkoleniach. Bardzo wysoki odsetek uczestników badania (od ponad 54% w przypadku techników medycznych do ponad 85% w przypadku ordynatorów, Patrz Tabela nr 19) zadeklarował, że zdarzyło mu się zrezygnować z udziału w szkoleniu ze względu na wspomniane wyżej bariery więcej niż 1 raz. W związku z tym projektowane działania szkoleniowe powinny uwzględniać oczekiwania potencjalnych uczestników w zakresie organizacji i formy finansowania udziału w szkoleniach. Poza dostosowaniem oferty programowej do aktualnych potrzeb grup docelowych, jest to jeden z warunków uzyskania trwałości rezultatów podejmowanych działań.

### **Preferowane formy kształcenia i organizacji szkoleń**

Poszczególne grupy zawodowe zadeklarowały w badaniu zróżnicowane preferencje w zakresie form kształcenia. Analiza zebranych danych wskazuje, że zbliżone preferencje można zauważyć w takich grupach jak pielęgniarki oddziałowe, pielęgniarki i położne – stosunkowo niewielkie w porównaniu z innymi grupami, zainteresowanie warsztatami i szkoleniami stacjonarnymi, e-learningiem i studiami podyplomowymi, a zdecydowanie wyższe w odniesieniu do szkoleń specjalizacyjnych i kursów kwalifikacyjnych, specjalistycznych i doksztalających (w przypadku grup zawodowych, których te formy kształcenia dotyczą). Ordynatorzy, lekarze – zainteresowani są w największym stopniu warsztatami i stażami w klinikach, a kadra kierownicza i pracownicy na stanowiskach ds. finansowych – studiami podyplomowymi (Patrz Tabela nr 14). Wskazuje to na konieczność dostosowania form kształcenia w odniesieniu do poszczególnych grup zawodowych.

Nieco mniejsze zróżnicowanie odnotowano natomiast w odniesieniu do preferencji poszczególnych grup zawodowych dotyczących form organizacji szkoleń. Najwięcej wyborów padło na szkolenia odbywające się w godzinach pracy, a najmniej na szkolenia realizowane w dni powszednie, wieczorami (Patrz Tabela nr 15). Poza pierwszym przypadkiem, w którym widoczne są różnice pomiędzy personelem, a kadrą kierowniczą (pracownicy częściej preferują szkolenia odbywające się w godzinach pracy), zróżnicowanie w poszczególnych grupach zawodowych określić można jako stosunkowo niewielkie.

## Korzystanie z e-learningu

Największy odsetek respondentów, którzy mieli jakikolwiek kontakt ze szkoleniami realizowanymi w formie e-learningu odnotowano wśród ordynatorów, dyrektorów i lekarzy (około 30%), najniższy zaś wśród fizjoterapeutów (ponad 13%) i reprezentantów zawodów pielęgniarских oraz techników medycznych (około 17–18%, Patrz Tabela nr 20). Jednocześnie zdecydowana większość respondentów deklaruje skłonność do skorzystania z e-learningu w jakiegokolwiek formie kształcenia (np. szkolenie, kurs, studia podyplomowe). Poza respondentami z grupy techników medycznych, w której odsetek osób skłonnych do skorzystania z e-learningu wyniósł ponad 56%, w pozostałych grupach zawodowych odnotowano rozkłady odpowiedzi zawierające od 60 do ponad 70% deklaracji o pozytywnym nastawieniu do e-learningu (Patrz Tabela nr 21).

W opinii zdecydowanej większości respondentów ZOZ-y dysponują zapleczem umożliwiającym uczestnictwo personelu w szkoleniach e-learningowych. Najwyższe odsetki wskazań potwierdzających tę tezę odnotowano wśród kadry kierowniczej oraz wśród personelu administracyjnego (blisko 90%). Nieco niższe zaś wśród pielęgniarek, położnych i fizjoterapeutów (około 60%, Patrz Tabela nr 22).

Szkolenia e-learningowe w formie blended-learning oraz e-learning znalazły się na odpowiednio czwartej i piątej pozycji wśród form szkoleń preferowanych przez respondentów. Wśród poszczególnych grup zawodowych tę formę szkoleń wskazał najwyższy odsetek diagnostów laboratoryjnych (ponad 36% dla blended-learningu i ponad 23% dla e-learningu), ordynatorów (odpowiednio: 30 i 20%) oraz dyrektorzy (ponad 26 i ponad 20%). Ta forma kształcenia okazała się najmniej popularna wśród pielęgniarek (ponad 7% dla obu form) i położnych (ponad 7 i ponad 8%, Patrz Tabela nr 14).

Wyniki przeprowadzonych analiz wskazują, że efektywność działań szkoleniowych zależy w dużej mierze od dostosowania oferty szkoleniowej pod względem programowym (Patrz Tabele nr 18 i 33) do oczekiwań poszczególnych grup zawodowych. Niemniej ważnym wydaje się odpowiedni dobór form kształcenia. Ponieważ potrzeby w tym zakresie są zróżnicowane, dostosowanie do nich może stanowić czynnik decydujący o powodzeniu programów szkoleniowych. Istotnym elementem jest również sposób organizacji szkoleń. Jak wskazują analizy wypowiedzi respondentów badania niedostosowanie w tym zakresie często prowadzi potencjalnych uczestników szkoleń do rezygnacji. W tym kontekście wartościową formą realizacji szkoleń wydaje się być kształcenie na odległość w postaci szkoleń blended-learning oraz e-learning. Te formy kształcenia (jakkolwiek możliwość ich zastosowania jest w pewnym stopniu ograniczona ze względu na specyfikę tematyczną, wymogi formalne i możliwości techniczne) umożliwiają ograniczenie większości barier utrudniających pracownikom ZOZ-ów dostęp do szkoleń w pożądanym przez nich zakresie. Zastosowanie kształcenia na odległość pozwala w znacznym stopniu rozwiązać problemy związane z terminami zajęć, wysokimi kosztami (koszt przygotowania szkolenia można rozłożyć na znacznie większą liczbę uczestników).

Dostosowanie oferty szkoleń do oczekiwań potencjalnych uczestników pozwoli na realizację zakładanych celów dydaktycznych, a tym samym przełoży się na trwałość planowanych rezultatów działań szkoleniowych

## 5. REKOMENDACJE

Uwzględniając przeprowadzone badania, biorąc pod uwagę analizę demograficzną Polski i epidemiologiczne trendy stanu zdrowia populacji, a także aktualną sytuację w systemie ochrony zdrowia, należy w szczególności zapewnić:

### I. SZKOLENIA MEDYCZNE

1. Szkolenia personelu zatrudnionego w szpitalach w zakresie:
  - a) dla lekarzy
    - choroby wewnętrzne
    - kardiologia
    - medycyna ratunkowa
    - anestezjologia i intensywna terapia

- pediatria
  - ortopedia i traumatologia narządów ruchu
  - radiologia i diagnostyka obrazowa
- b) dla pielęgniarek
- leczenie ran
  - resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka
  - pielęgniarstwo ratunkowe
  - pielęgniarstwo chirurgiczne
  - pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki
  - komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie
  - wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego
- c) dla położnych
- pielęgniarstwo położnicze
  - pielęgniarstwo ginekologiczne
  - monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu
  - podstawy diagnostyki ultrasonograficznej w położnictwie i ginekologii
  - pielęgniarstwo neonatologiczne
  - opieka nad kobietą ciężarną z cukrzycą w okresie okołoporodowym
  - prowadzenie porodu w wodzie
  - resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka
  - szczepienia ochronne noworodków
  - resuscytacja krążeniowo-oddechowa
  - leczenie ran
- d) dla fizjoterapeutów
- rehabilitacja neurologiczna
  - rehabilitacja ogólnoustrojowa
  - rehabilitacja medyczna
  - rehabilitacja ręki
  - rehabilitacja po mastektomii
  - rehabilitacja kardiologiczna
  - rehabilitacja dzieci z zaburzonym rozwojem psychomotorycznym
- e) dla techników medycznych
- obsługa specjalistycznego sprzętu
  - wykonywanie badań specjalistycznych, takich jak:
    - badania immunohistochemiczne
    - angiografia TK
    - rezonans magnetyczny
    - żywienie pozajelitowe
    - żywienie dietetyczne w chorobach u dzieci
    - radiologia cyfrowa

- badania radiologiczne w szczególnych wskazaniach (np. zdjęcia ortopedyczne, pediatryczne, sylwetkowe kończyn, kręgosłupa)
  - pomiary i analiza np. ciśnień inwazyjnych, rzutu serca, przepływów
  - badania funkcjonalne mózgu
  - środki cieniujące podawane w badaniach TK i RM
  - medycyna nuklearna
  - nowości stosowane w diagnostyce
- f) dla diagnostów laboratoryjnych
- diagnostyka medyczna
  - laboratoryjna hematologia medyczna
  - laboratoryjna transfuzjologia medyczna
  - laboratoryjna immunologia medyczna
  - mikrobiologia medyczna
- g) dla techników elektroradiologów
- rentgenodiagnostyka
  - radiologiczna ochrona pacjenta
  - wewnętrzny audyt kliniczny z zakresu rentgenodiagnostyki
  - radiologia zabiegowa.
2. Programy szkoleniowe mające na celu zwiększenie zatrudnienia lekarzy specjalistów w szpitalach w zakresie:
- a) onkologii,
  - b) chorób wewnętrznych,
  - c) kardiologii,
  - d) geriatry,
  - e) rehabilitacji,
  - f) neonatologii,
  - g) epidemiologii,
  - h) anestezjologii i intensywnej terapii,
  - i) medycyny pracy,
  - j) medycyny ratunkowej,
  - k) medycyny rodzinnej,
  - l) neurologii dziecięcej,
  - m) ortopedii i traumatologii narządów ruchu,
  - n) patomorfologii,
  - o) pediatrii,
  - p) radiologii i diagnostyki obrazowej.
3. Programy szkoleniowe mające na celu zdobywanie umiejętności lekarskich w zakresie:
- a) ogólnej diagnostyki ultrasonograficznej,
  - b) echokardiografii,
  - c) medycyny bólu,
  - d) leczenia żywieniowego,

- e) ultrasonografii,
- f) rehabilitacji medycznej,
- g) endoskopii przewodu pokarmowego.

## II. SZKOLENIA Z TEMATÓW I DZIEDZIN NIEMEDYCZNYCH MAJĄCYCH ZASTOSOWANIE W MEDYCYNIE

1. Prawo medyczne, aktualnie obowiązujące przepisy dotyczące organizacji, finansowania, prowadzenia dokumentacji medycznej, zarządzania jakością w opiece zdrowotnej.
2. Rozliczanie i kontraktowanie świadczeń z NFZ.
3. Zarządzanie zespołem, czasem, organizacją pracy w oddziale.
4. Komunikacja interpersonalna, komunikacja z pacjentem, postępowanie w sytuacjach trudnych, walka ze stresem.
5. Nauka języków obcych.
6. Komputeryzacja i informatyzacja medyczna.

## REKOMENDACJE

Część A – rekomendacje operacyjne						
Lp.	Tytuł raportu	Wniosek	Rekomendacja	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin realizacji
1	2	3	4	5	6	7
1	„Analiza potrzeb szkoleniowych personelu medycznego oraz pracowników wykonujących zawody nie-medyczne w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce”.	Zidentyfikowano potrzebę szkoleniową w zakresie wiedzy i umiejętności związanej z zarządzaniem w podmiotach leczniczych. Przedmiotowa luka kompetencyjna dotyczy kadry zarządzającej. Zidentyfikowano potrzeby szkoleniowe w zakresie szeroko rozumianego zarządzania podmiotami leczniczymi, obejmującymi takie obszary jak np. prawodawstwo z zakresu ochrony zdrowia, ekonomii menedżerskiej, stosowania przepisów ustawy z dnia 18 marca 2011 r. o działalności leczniczej, organizacji i zarządzania placówkami opieki zdrowotnej, kierowania zespołem, technik negocjacji, zarządzania czasem oraz efektywnej komunikacji).	Należy organizować szkolenia/studia podyplomowe dla personelu zarządzającego podmiotami leczniczymi (np. dyrektorzy, ordynatorzy, pielęgniarki oddziałowe) z zakresu prawa medycznego, kodeksu spółek handlowych, ekonomiki ochrony zdrowia, zarządzania podmiotami leczniczymi, zarządzania w czasach kryzysu – zakres programowy z zależności od wykonywanego zawodu i stanowiska.	Podmioty lecznicze, samorząd lekarski, samorząd pielęgniarski, samorząd terytorialny, Ministerstwo Zdrowia.	Realizacja rekomendacji powinna się odbywać na bieżąco, w ramach dostępnych środków krajowych oraz środków europejskich, jeżeli będzie taka możliwość, w obecnym i przyszłym okresie programowania.	do 31.12.2013 r.
2	„Analiza potrzeb szkoleniowych personelu medycznego oraz pracowników wykonujących zawody nie-medyczne w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce”.	Zidentyfikowano problemy dotyczące zwłaszcza kadry zarządzającej (dyrektorzy, dyrektorzy ds. administracyjnych, ordynatorzy, pielęgniarki oddziałowe), związane z brakiem umiejętności zarządzania zespołem pracowników oraz z brakiem wiedzy z zakresu odpowiedzialności cywilno-prawnej.	Należy wspierać zaspokajanie zdiagnozowanych potrzeb szkoleniowych (z rozważeniem i zaproponowaniem różnych wariantów tego wsparcia). Należy również w większym stopniu finansować tym grupom zawodowym studia podyplomowe z zakresu zarządzania w służbie zdrowia.	Samorząd lekarski i pielęgniarski, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Centrum Kształcenia Pielęgniarek i Położnych, Ministerstwo Zdrowia.	Realizacja rekomendacji powinna odbywać się na bieżąco, ze środków krajowych lub/oraz środków europejskich	do 31.12.2013

1	2	3	4	5	6	7
3	„Analiza potrzeb szkoleniowych personelu medycznego oraz pracowników wykonujących zawody nie-medyczne w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce”.	Zidentyfikowano problemy z komunikowaniem się personelu medycznego podmiotów leczniczych z pacjentami/rodzinami pacjentów (trudności z radzeniem sobie z roszczeniami postawą pacjentów, nierównymi oczekiwaniami, agresywnymi zachowaniami), jak również pomiedzy członkami personelu medycznego.	Należy poprawić komunikację na linii personel medyczny-pacjent/rodzina pacjenta oraz komunikację pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi w sektorze ochrony zdrowia np. poprzez przeszkolenie personelu medycznego w zakresie umiejętności komunikacyjnych.	Ministerstwo Zdrowia, podmioty lecznicze, samorząd lekarski, akademie medyczne, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych.	Realizacja rekomendacji powinna odbywać się na bieżąco, ze środków krajowych lub/ oraz środków europejskich.	do 31.12.2013
4	„Analiza potrzeb szkoleniowych personelu medycznego oraz pracowników wykonujących zawody nie-medyczne w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce”.	W stosunku do osób zatrudnionych na stanowiskach ds. finansowych zidentyfikowano zapotrzebowanie na szkolenia dotyczące obsługi finansowej podmiotów leczniczych, rozliczenia i kontraktowania świadczeń z NFZ, budżetowania w podmiotach leczniczych.	Należy zorganizować szkolenia dot. rozliczania, kontraktowania świadczeń z NFZ, budżetowania w podmiotach leczniczych dla osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych na stanowiskach ds. finansowych i dla koderów świadczeń zdrowotnych.	Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, uczelnie wyższe i inne instytucje szkoleniowe.	Realizacja rekomendacji powinna odbywać się na bieżąco, ze środków krajowych lub/ oraz środków europejskich.	do 31.12.2013
5	„Analiza potrzeb szkoleniowych personelu medycznego oraz pracowników wykonujących zawody nie-medyczne w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce”.	W grupie lekarzy zidentyfikowano przede wszystkim potrzeby kształcenia w zakresie chorób wewnętrznych, kardiologii, medycyny ratunkowej, anestezjologii i intensywnej terapii, pediatrii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu.	Należy organizować dla tej grupy zawodowej szkolenia w zakresie wskazanych specjalizacji.	Ministerstwo Zdrowia, podmioty lecznicze, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, samorząd lekarski.	Realizacja rekomendacji powinna odbywać się na bieżąco, ze środków krajowych lub/ oraz środków europejskich.	do 31.12.2013
6	„Analiza potrzeb szkoleniowych personelu medycznego oraz pracowników wykonujących zawody nie-medyczne w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce”.	W grupie położnych zidentyfikowano zapotrzebowanie na umiejętności związane z opieką nad noworodkiem:	Należy realizować szkolenia dla położnych z zakresu pielęgniarstwa położniczego, pielęgniarstwa ginekologicznego, monitorowania doborstanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu, podstawa diagnostyki ultrasonograficznej w położnictwie i ginekologii, pielęgniarstwa neonatologicznego opieki nad kobietą ciężarną, z ciążą w okresie okołoporodowym, prowadzenia porodu w wodzie, resuscytacji krążeniowo-oddechowej noworodka, szczyepień ochronnych noworodków, leczenia ran.	Ministerstwo Zdrowia, podmioty lecznicze, Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, samorząd zawodowy.	Realizacja rekomendacji powinna odbywać się na bieżąco, ze środków krajowych lub/ oraz środków europejskich.	do 31.12.2013

1	2	3	4	5	6	7
7	„Analiza potrzeb szkoleniowych personelu medycznego oraz pracowników wykonujących zawody nie-medyczne w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce”.	Indywidualne potrzeby szkoleniowe personelu medycznego nie pokrywają się z potrzebami systemu ochrony zdrowia wynikającymi ze zmian demograficznych (w tym przede wszystkim starzenie się społeczeństwa).	Należy wdrożyć programy edukacyjne dla lekarzy, pielęgniarek, rezydentów oraz innych zawodów medycznych w zakresie potrzeb ludzi starszych. Należy opracować zmiany systemowe zwiększające elastyczność systemu w stosunku do zmian demograficznych (np. starzenie się społeczeństwa).	Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, uczelnie medyczne, samorząd zawodowy, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Centrum Pielęgniarek i Położnych.	Realizacja rekomendacji powinna odbywać się na bieżąco, ze środków krajowych lub/ oraz środków europejskich.	do 31.12.2013
8	„Analiza potrzeb szkoleniowych personelu medycznego oraz pracowników wykonujących zawody nie-medyczne w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce”.	Główną przyczyną rezygnacji ze szkoleń są trudności finansowe (szczególnie w przypadku pielęgniarek, położnych i diagnostów laboratoryjnych).	Należy zwiększyć liczbę przedsięwzięć edukacyjnych adresowanych dla pracowników systemu ochrony zdrowia finansowanych ze środków publicznych, w tym w miarę możliwości/dostępności z wykorzystaniem środków europejskich.	Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, samorządy zawodowe oraz inne instytucje organizujące kształcenie poszczególnych grup zawodowych – w zakresie środków krajowych oraz unijnych.	Realizacja rekomendacji powinna odbywać się na bieżąco, ze środków krajowych lub/ oraz środków europejskich	do 31.12.2013
9	„Analiza potrzeb szkoleniowych personelu medycznego oraz pracowników wykonujących zawody nie-medyczne w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce”.	Większość badanych deklaruje gotowość do podjęcia szkoleń e-learningowych.	Należy wspierać internetowe formy kształcenia – szkolenia e-learningowe w przypadku szkoleń czysto teoretycznych, które nie wymagają ćwiczeń praktycznych, a także teoretycznych modułów pozostałych szkoleń.	Ministerstwo Zdrowia, jednostki szkoleniowe, samorząd zawodowy.	Realizacja rekomendacji powinna odbywać się na bieżąco, ze środków krajowych lub/ oraz środków europejskich.	do 31.12.2013
10	„Analiza potrzeb szkoleniowych personelu medycznego oraz pracowników wykonujących zawody nie-medyczne w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce”.	Preferowane formy szkoleń to szkolenia w czasie pracy oraz w weekendy.	Rekomenduje się organizowanie szkoleń w dni powszednie w godzinach pracy lub w weekendy. Ponadto z uwagi na fakt, iż w toku przedmiotowego badania ewaluacyjnego zdiagnozowano bardzo duży wachlarz obszarów merytorycznych zgłaszanych przez pra.	Ministerstwo Zdrowia, potencjalni projektodawcy projektów szkoleniowych	Realizacja rekomendacji powinna odbywać się zarówno przy okazji szkoleń organizowanych ze środków krajowych, jak i tych ze środków UE.	do 31.12.2013

1	2	3	4	5	6	7
11	<p>„Analiza potrzeb szkoleniowych personelu medycznego oraz pracowników wykonujących zawody medyczne w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce”.</p>	<p>W toku przeprowadzonego badania zdiagnozowano szereg obszarów tematycznych wymagających wsparcia szkoleniowego obejmującego zarówno tematykę stricto miedzyną jak również zagadnienia związane z zarządzaniem w systemie ochrony zdrowia. Szczegółowy wykaz w ramach których należy prowadzić kształcenie został wymieniony w rozdziale 5 Rekomendacje mniejszego raportu.</p>	<p>W procesie planowania działań szkoleniowych dla personelu medycznego oraz dla pracowników wykonujących niemedyczne czynności zawodowe należy uwzględnić obszary tematyczne wymienione w rozdz. 5 Rekomendacje niniejszego raportu.</p>	<p>Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwo Rozwoju Regionalnego – w zakresie inicjowania szkoleń finansowanych ze środków EFS; Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, samorządy zawodowe oraz inne instytucje organizujące kształcenie poszczególnych grup zawodowych – w zakresie środków krajowych oraz unijnych.</p>	<p>Realizacja rekomendacji powinna odbywać się zarówno przy okazji szkoleń organizowanych ze środków krajowych, jak i tych ze środków UE.</p>	<p>do 31.12.2013</p>

## 6. ZAŁĄCZNIKI

### 6.1. Ekspertyza z zakresu demografii

**Ekspertyza sytuacji demograficznej w Polsce na potrzeby badania ewaluacyjnego „Analiza potrzeb szkoleniowych personelu medycznego oraz pracowników wykonujących zawody niemedyczne w ramach opieki zdrowotnej w Polsce”.**

**Autor: dr Aneta Ptak-Chmielewska<sup>43</sup>**

Ogólne tendencje demograficzne w naszym kraju wskazują iż po okresie zmniejszania się liczby mieszkańców Polski (lata: 1997–2007) w wyniku niskiego przyrostu naturalnego lub nawet ubytku naturalnego ludności oraz ujemnego salda stałych migracji zagranicznych, od 2008 r. proces ten został zahamowany i od tamtego czasu notowany jest niewielki przyrost liczby mieszkańców. W okresie ostatnich 3 lat liczba ludności zwiększyła się z 38 115,6 tys. do 38 186,9 tys. osób, czyli o 71,3 tys. Biorąc jednak pod uwagę dużą liczbę Polaków przebywających czasowo za granicą (migracje długookresowe), liczba ta może być mniejsza nawet o ok. 2 mln osób.

Zarejestrowany przyrost liczby mieszkańców w ostatnim okresie to rezultat głównie niewielkiej przewagi liczby urodzeń nad liczbą zgonów i dążącej do równowagi wymiany na stałe ludności z zagranicą. Zahamowanie spadkowego trendu liczby ludności w Polsce jest jedynie przejściowe. W najbliższych latach, w wyniku wejścia w wiek matrymonialny i prokreacyjny roczników niżej demograficznego, liczba urodzeń ponownie zacznie się zmniejszać, co przy rosnącej liczbie zgonów (związanej ze starzeniem się społeczeństwa) spowoduje zjawisko ubytku naturalnego ludności, i w konsekwencji zmniejszania się liczby ludności Polski. Pierwsze objawy tych procesów można już zaobserwować, gdyż po okresie wzrostu liczby zawieranych małżeństw w latach 2002–2008 ich liczba zmniejszyła się w 2009 r. o prawie 7 tysięcy.

W wyniku procesów ruchu naturalnego (urodzeń i zgonów) oraz migracji następuje dalsze zmniejszanie się liczby oraz udziału dzieci i młodzieży wśród mieszkańców Polski (pomimo przejściowego wzrostu liczby urodzeń), powodując spadek udziału ludności w wieku produkcyjnym 15–64 lata oraz kontynuowanie wzrostowej tendencji liczby osób starszych (w 2010 r. już 13,6% ludności Polski jest w wieku 65 lat i więcej). Ekonomicznym wyrazem tych zmian jest wynik wymiany generacji (wchodzenie ludności w wiek produkcyjny i wychodzenie z niego do roczników wieku poprodukcyjnego oraz liczba zgonów ludności w wieku produkcyjnym, a także saldo migracji zagranicznych ludności w tym wieku) zbliżający się do zera. Oznacza to, że w najbliższym czasie Polska wejdzie w fazę zmniejszania się liczebności zasobów pracy i tempo tych zmian będzie w kolejnych latach wzrastać.

We wzorcach płodności i dzietności obserwuje się następujące tendencje:

- zmiany modelu dzietności w okresie 1980–2010 – w pierwszej fazie (echo wyżu demograficznego z lat 80-tych) wiązało się to ze wzrostem liczby urodzeń dzieci trzeciej, czwartej i dalszych kolejności, a obecnie – pierwszej i drugiej;
- wzrost urodzeń pozamałżeńskich, co związane jest głównie z wzrostem liczby związków partnerskich i wzrostem liczby kobiet decydujących się na samotne macierzyństwo;
- przesunięcie maksymalnego poziomu płodności z grupy wieku kobiet 20–24-letnich do grupy 25–29-letnich; dalsze upodabniania się wzorców płodności kobiet zamieszkujących w miastach i na wsi (dotychczas to wyższa płodność kobiet ze wsi podnosiła ogólny poziom płodności kobiet w kraju);
- utrzymywanie się wzrostu średniego wieku matek w momencie rodzenia dzieci w Polsce.

<sup>43</sup> Dr Ptak-Chmielewska pracuje na stanowisku adiunkta w Instytucie Statystyki i Demografii w Szkole Głównej Handlowej. Tytuł doktora otrzymała w 2004 roku w Kolegium Analiz Ekonomicznych SGH, rozprawa doktorska z tematu: Studia karier równoległych w demografii. Dr Ptak-Chmielewska jest sekretarzem Komitetu Nauk Demograficznych PAN, oraz członkiem i redaktorem Zeszytów Naukowych Sekcji Analiz Demograficznych KND PAN. Jest też członkiem EAPS (European Association for Population Studies) oraz IUSSP (International Union for the Scientific Study in Population). Jej zainteresowania badawcze koncentrują się głównie na demografii, demografii stosowanej, analizie demograficznej, statystyce wielowymiarowej i zaawansowanych metodach analizy historii zdarzeń oraz badaniach empirycznych (wzdłużnych, przekrojowych, retrospektywnych i panelowych). Metody analizy demograficznej stosuje zarówno w demografii jak i w naukach społecznych i ekonomicznych.

W efekcie tych zmian w ostatnich 2–3 latach tylko przejściowo powstrzymana została tendencja spadkowa współczynnika zastępowalności pokoleń, ale i tak ubytek międzygeneracyjny w urodzeniach stanowi ok. 30%.

Utrzymuje się malejący trend natężenia zgonów, w tym także niemowląt, co w konsekwencji powoduje wzrost przeciętnego trwania życia Polaków. Obserwuje się względną stabilizację struktury zgonów według głównych przyczyn chorobowych. Jednocześnie jednak ta poprawa w zakresie umieralności nie spowodowała w ostatnich latach: wyraźnej zmiany w dysproporcji płciowej (w dalszym ciągu bowiem przeciętne dalsze trwanie życia kobiet w Polsce jest dłuższe o 8,5 roku od przeciętnego dalszego trwania życia mężczyzn) i nadal obserwujemy w tym zakresie znaczną różnicę między Polską a innymi krajami o najniższej umieralności, gdzie różnica ta jest dwukrotnie niższa. Pomimo niskiego już poziomu umieralności niemowląt wciąż jest on 2-krotnie wyższy niż w krajach Europy o najniższym poziomie umieralności niemowląt. Nie zmniejsza się wysoka nadumieralność Polaków spowodowana chorobami układu krążenia i nowotworowymi w stosunku do krajów europejskich notujących niską umieralność z powodu tych chorób.

Na obszarze Polski mają miejsce niemal wszystkie formy (w różnej skali tego zjawiska) współczesnych procesów migracyjnych. Obserwujemy zarówno migracje zarobkowe, uchodźstwo jak i repatriacje i nielegalne przekroczenia granicy. W ostatnich latach obserwujemy znaczne zmniejszenie szacowanej liczby Polaków nieobecnych w kraju w związku z wyjazdem za granicę na pobyt czasowy, najczęściej w celach zarobkowych. Prawdopodobnie skutki kryzysu ekonomicznego wpłynęły na decyzje o powrocie do kraju przeważającej grupy tych osób, ale jednak część z nich po utracie pracy prawdopodobnie zmieniła jedynie kraj przebywania. Nadal spada liczba Polaków opuszczających kraj na stałe (trwa to od rekordowego roku 2006) oraz wzrost osiedlających się w Polsce na stałe obywateli innych państw (trend ten, chociaż powolny, jest obserwowany od 2003 r.), wśród nich z pewnością jest część Polaków, którzy wcześniej opuścili kraj na stałe a teraz wracają do kraju. W wyniku tego saldo stałych migracji zagranicznych w Polsce po raz pierwszy od lat 60. jest prawie zrównoważone. Wzrasta liczba wniosków o nadanie w Polsce statusu uchodźcy. Kontynuowana jest spadkowa tendencja liczby rodzin i osób przybywających do Polski w ramach repatriacji. Nowelizacja przepisów regulujących dostęp do polskiego rynku pracy skutkuje rosnącą liczbą wydanych zezwoleń na pracę. W większości zezwolenia takie uzyskują obywatele Ukrainy, Chin, Wietnamu, Białorusi, Turcji i struktura ta nie zmienia się znacząco w czasie (Raport RRL).

Nie obserwuje się istotnych zmian w przestrzennym kształtowaniu się zjawisk i procesów demograficznych. W dalszym ciągu najwyższym przyrostem liczby mieszkańców, głównie w wyniku migracji ludności, cechują się niemal bez wyjątku wszystkie powiaty otaczające największe miasta Polski, w tym szczególnie stolicy regionów, przy czym w samych ośrodkach regionalnych rozpoczął się już proces wyludniania (deurbanizacja). W przeciwieństwie do tego zjawiska ubytek ludności kontynuowany jest na obszarach peryferyjnych większych ośrodków miejskich, co przy przewadze wśród migrujących z tych terenów głównie ludzi młodych i wykształconych pogłębia na tych obszarach proces starzenia się ludności. Niepokojące jest utrzymywanie się dużych rozpiętości przestrzennych w poziomie umieralności niemowląt (3–12 zgonów na 1000 urodzeń żywych średnio w latach 2002–2009). Bardzo wysoka umieralność niemowląt obejmuje część województw Polski zachodniej przeżywających strukturalne trudności gospodarcze oraz warmińsko-mazurskiego, podlaskiego, lubelskiego, podkarpackiego, mazowieckiego, a szczególnie wysoki poziom umieralności występuje w wielu powiatach woj. śląskiego i w pasie powiatów małopolskich na granicy z woj. śląskim. (Raport RRL)

## Płodność

Polska należy do krajów będących w okresie istotnych przemian demograficznych. Etap transformacji ustrojowej spowodował głębokie zmiany w podstawowych procesach demograficznych. W okresie ostatnich 20 lat (czyli po 1989 roku) poziom płodności w naszym kraju obniżył się do poziomu znacznie niższego niż poziom zastępowalności pokoleń. Spadkowi poziomu płodności towarzyszył proces opóźniania dzietności, czyli wzrost wieku najwyższej płodności. Z modelu dwójki dzieci przeszliśmy na model rodziny z jednym dzieckiem. Przyczyny tych zmian różne, zarówno ekonomiczne (wzrost kosztów posiadania dziecka) jak i kulturowe i społeczno-behawioralne (zmiana życiowych preferencji, norm społecznych i wartości). Badacze próbują wyjaśnić przyczyny tych zmian wykorzystując dostępne narzędzia badawcze, ale w dalszym ciągu wiele obszarów zostaje niewyjaśnionych. Niezależnie jednak od prac badawczych obserwowany trend jest bardzo niepokojący.

Utrzymuje się spadkowa tendencja płodności i zmian modelu rodziny. Skutki społeczno-ekonomiczne tych procesów zostały nieco osłabione zmniejszeniem skali przebywania Polaków czasowo za granicą oraz zrównoważeniem emigracji i imigracji stałych. Zahamowanie spadku liczby mieszkańców Polski, jak dowodzą tego prognozy, jest jednak tylko przejściowe, a to oznacza jedynie chwilowe osłabienie tempa starzenia się ludności kraju, które przy-

spieszy już w bliskiej przyszłości. Rysujące się przyszłe tendencje w procesach demograficznych mają ogromne znaczenie dla programowania przyszłego rozwoju społeczno-ekonomicznego.

Współczynnik płodności ogólnej podaje liczbę dzieci żywo urodzonych w danym okresie kalendarzowym w przeliczeniu na 1000 kobiet w wieku zdolności rozrodczej. Do 2003 roku obserwowano spadek poziomu płodności ogólnej. Trend ten zmienił kierunek w 2004 roku. Rozpoczął się wówczas trwający do 2009 roku wzrost poziomu płodności ogólnej. Oceniając te przemiany należy wziąć pod uwagę to, że na wartość omawianego współczynnika mają wpływ:

- cząstkowe współczynniki płodności według wieku matek (wzorzec płodności),
- struktura według wieku kobiet w okresie zdolności rozrodczej.

Wiek o najwyższej płodności to obecnie wiek 25–29 lat, podczas gdy w latach 90-tych był to wiek 20–24 lata.

Spadkowi liczby urodzeń towarzyszy proces opóźniania urodzeń w czasie. Kobiety obecnie decydują się na potomstwo w coraz późniejszym wieku. Średni wiek kobiety przy urodzeniu dziecka wynosi obecnie 28,6 roku, podczas gdy 10 lat temu wynosił 27,4 roku, a 20 lat temu wynosił 26,2 roku. W miastach średni wiek przy urodzeniu dziecka jest nawet wyższy osiągając poziom bliski 29 lat. Największe zmiany zaobserwowano dla urodzenia pierwszego dziecka. Średni wiek przy urodzeniu pierwszego dziecka w 2000 roku wynosił 24,5, a w 2009 prawie 26,5.

Opisane wyżej przemiany ujmujemy syntetycznie za pomocą współczynnika dzietności teoretycznej, który informuje, jaką średnią liczbę dzieci urodziłaby kobieta w okresie zdolności rozrodczej przy cząstkowych współczynnikach płodności ustalonych na poziomie danego roku kalendarzowego. Trendy tych współczynników w latach 1980–2009 ogółem w Polsce oraz w miastach i na wsi wskazuje iż w latach 90-tych osiągnęliśmy poziom poniżej prostej zastępowalności pokoleń (2,14 dziecka na kobietę). Przy czym w miastach poziom ten został zaobserwowany już w roku 1985, a na wsi w roku 1995 czyli 10 lat później. Obecnie obserwowany jest nieznaczny wzrost tego współczynnika do poziomu ok 1,4. Demografowie jednak nie oczekują wzrostu poziomu współczynnika dzietności do poziomu zapewniającego prostą zastępowalność pokoleń.

Odraczenie decyzji o urodzeniu dziecka spowodowało, iż nie wszystkie planowane dzieci przyszły na świat ze względu na ograniczenia biologiczne kobiet (menopauza). Znaczny wzrost wieku pierworódek powoduje, że ciążę wiąże się z większym ryzykiem poronienia i wad genetycznych płodu. Zmiany spowodowane są nie tylko decyzją indywidualną kobiety, ale również presją społeczeństwa, konkurencją na rynku pracy. Rosnąca presja na rynku pracy stawia kobiety przed trudnym wyborem realizacji kariery zawodowej czy rodzinnej. Polityka rodzinna państwa nie ułatwia w wystarczającym stopniu godzenia obowiązków rodzicielskich z zawodowymi. Niezależnie jednak od przyczyny demografowie nie przewidują w najbliższych latach odwrócenia tendencji opóźniania urodzenia dziecka w czasie, więc należy przygotować służbę zdrowia na rosnące zapotrzebowanie na specjalistyczne badania i umiejętności lekarzy w tym zakresie.

Na ogólny poziom liczby urodzeń ma wpływ również rosnący udział kobiet bezdzietnych. Znaczna część z tych kobiet, to kobiety dobrowolnie decydujące się na bezdzietność. Zmiana stylu życia, choroby cywilizacyjne spowodowały jednak, że rośnie udział kobiet, które nie mogą zająć w ciąży pomimo wielu starań. Należy więc uwzględnić zapotrzebowanie na specjalistyczne umiejętności lekarzy w tym zakresie, natomiast personel szpitalny (pielęgniarki i obsługa techniczna) powinien zostać przeszkolony w zakresie odpowiedniego traktowania kobiet, dla których problemy z poczęciem i donoszeniem ciąży stanowią główny aspekt ich życia.

### Umieralność i przeciętne trwanie życia

Znaczny spadek płodności, a co za tym idzie spadek liczby urodzeń powoduje postępujące „starzenie się” społeczeństwa. Udział ludności w wieku starszym 65+ obecnie wynosi 13,6%, podczas gdy na początku lat 90-tych wynosił 9,8%, niestety prognozy podają wzrost tego udziału do 23% ok. 2030 roku. Jednocześnie postęp w medycynie spowodował wydłużenie się przeciętnego trwania życia zarówno kobiet jak i mężczyzn. Jeszcze 20 lat temu oczekiwana długość życia mężczyzny wynosiła 66 lat a kobiety 75 lat, obecnie oczekiwana długość życia mężczyzny wynosi 71,5 a kobiety ponad 80 lat.

Znaczący wzrost ludności w wieku starszym pociąga za sobą nie tylko konsekwencje ekonomiczne (system emerytalny) ale również konieczność dostosowania służby zdrowia, opieki społecznej i sektora usług do potrzeb ludzi

w wieku 65+. Kobiety w wieku lat 60 mają obecnie szansę przeżyć średnio kolejnych ponad 23 lata (mężczyźni: 17,9), podczas gdy w 1990 było to niespełna 20 lat (dla mężczyzn: 15,3).

Konieczne jest dostosowanie umiejętności personalnych osób pracujących z ludźmi starszymi do wymagań i specyfiki takiej pracy. Powoduje to również wzrost zapotrzebowania na specjalizacje lekarskie związane z geriatrią. Specyfika osób starszych wymaga dostosowania również personelu technicznego oraz pielęgniarek i obsługi do pracy z ludźmi nie z nie w pełni sprawnymi zmysłami i znacznie osłabionej kondycji fizycznej.

Z analizy umieralności w Polsce wynika, że wciąż jej poziom jest o wiele wyższy niż w wielu krajach zachodnich UE, w wyniku czego Polacy żyją krócej – mężczyźni o ponad 8, a kobiety o 4–5 lat – w porównaniu z mieszkańcami tych krajów, a szczególnie w porównaniu z mieszkańcami krajów skandynawskich. Ekspertyzy pozwalają twierdzić, że sytuacja ta jeszcze w dużym stopniu warunkowana jest stylem życia Polaków, a w tym nadal niewłaściwym modelem żywienia. Pomimo np. wzrostu spożycia owoców, który miał miejsce w okresie transformacji politycznej, ekonomicznej i społecznej, Polska zajmuje jedno z ostatnich miejsc pod względem jego poziomu wśród krajów europejskich. Przyczyną wysokiej nadumieralności Polaków w stosunku do zachodnich krajów UE, powodowanej głównie chorobami układu krążenia i nowotworowymi (choroby układu krążenia 45,6% zgonów, nowotwory 25,2% zgonów w 2008 roku), należy upatrywać m.in. w tym, że modyfikacja polskiego modelu żywienia w kierunku prozdrowotnym nie postępuje w wymaganej skali. Muszą zatem zostać wzmożone wysiłki w celu wdrażania prawidłowego modelu żywienia. Konieczne jest zwrócenie uwagi na zapobieganie nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom poprzez poprawę żywienia i aktywności fizycznej.

Obserwowane tendencje powinny skłonić służbę zdrowia do zwrócenia uwagi na rolę dietetyków i lekarzy zajmujących się otyłością. Nie wystarczy tylko zwalczać następstwa, można zająć się profilaktyką i uzyskać wymierne efekty zdrowotne w tym zakresie.

W Polsce, obniżyła się znacznie umieralność niemowląt, jednakże jest ona jeszcze ponad 2-krotnie wyższa od krajów europejskich o najniższych poziomach umieralności niemowląt. Wpływ na wysoką umieralność okołoporodową mają także nieodpowiednie zachowania zdrowotne znacznej części kobiet będących w ciąży. Niepokojąca jest przy tym koncentracja niekorzystnego kształtowania się wysokiego poziomu umieralności niemowląt w pewnych rejonach Polski. Powinien on dotyczyć głównie powiatów, gdzie w latach 2002–2009 współczynnik umieralności niemowląt przeciętnie wyniósł 9 i więcej zgonów na 1000 urodzeń żywych. Są to następujące powiaty: w woj. dolnośląskim: ząbkowicki – 11,5, strzebiński – 10,1, lubański – 9,5, trzebnicki – 9,2; w woj. kujawsko-pomorskim: wąbrzeski – 9,9 i lipnowski – 9,5; w woj. lubelskim: rycki – 9,1; w woj. podkarpackim: ropczycko-sędziszowski – 9,5 i leski – 9,4; w woj. podlaskim: łomżyński – 9,7; w woj. pomorskim: m. Gdańsk – 10,3; w woj. śląskim: m. Świętochłowice – 10,9, m. Zabrze – 10,0, m. Bytom – 9,6, m. Rybnik – 9,6, m. Chorzów – 9,4 i m. Katowice – 9,2; w woj. zachodniopomorskim powiat łobeski – 9,2. (Źródło: Raport RRL 2010).

## Migracje

Prognozy demograficzne nie przewidują znacznego wzrostu płodności w najbliższych latach, który zrównoważyłby strukturę wieku ludności Polski. Nie należy więc oczekiwać znaczących zmian w tym zakresie. Prognozy demograficzne mówią raczej o rekompensacie w postaci wzrostu migracji ludzi młodych. Oczekiwany jest wzrost liczby napływających cudzoziemców. Otwarcie granic, integracja europejska powoduje, że dostęp do innych krajów stał się znacznie łatwiejszy. Z poziomu 2,6 tys. w 1990 roku poziom imigracji wzrósł do ponad 17,4 tys. w 2009. Liczba pozwoleń na pracę dla cudzoziemców w naszym kraju wzrosła z poziomu 17 tys. w roku 2000 do poziomu prawie 30 tys. w 2009. Należy oczekiwać wzrostu zapotrzebowania na szkolenia językowe dla personelu szpitali i placówek zdrowia.

## Wnioski

W kontekście przedstawionych trendów demograficznych przy określaniu potrzeb szkoleniowych pracowników służby zdrowia należy uwzględnić:

1. W związku z procesem starzenia się społeczeństwa nastąpi wzrost zapotrzebowania na umiejętności związane z pracą z ludźmi starszymi, zarówno umiejętności medyczne, rehabilitacyjne jak i interpersonalne (ludzie starsi wymagają stałej opieki, stąd też dodatkowa rola personelu w szkoleniu rodziny do opieki).

2. Zwiększone komplikacje i problemy zdrowotne kobiet decydujących się na późne macierzyństwo powoduje wzrost zapotrzebowania na umiejętności medyczne w tym zakresie (późne macierzyństwo powoduje wzrost ryzyka upośledzenia płodu i donoszenia ciąży).
3. Utrzymujący się wysoki poziom umieralności noworodków w niektórych regionach Polski wskazuje na konieczność szkolenia umiejętności lekarzy z zakresu opieki wczesno noworodkowej i prenatalnej.
4. Dwie najczęstsze przyczyny zgonów w naszym kraju to choroby krążenia i nowotwory, stąd ważne jest zwrócenie uwagi na szkolenia z zakresu ratownictwa medycznego (zarówno lekarzy jak i pielęgniarek) oraz szkolenia z zakresu prewencji a nie tylko leczenia następstw tych chorób cywilizacyjnych.
5. Napływ cudzoziemców do naszego kraju w wyniku otwarcia granic wymusza na personelu medycznym znajomość języków obcych i na szkolenia językowe (zwłaszcza angielski i niemiecki) powinna być zwrócona uwaga przy planowaniu zapotrzebowania na szkolenia.

## 6.2. Ekspertyza z zakresu epidemiologii

**Ekspert w zakresie epidemiologii dr med. Paweł Grzesiowski<sup>44</sup>**

**Ekspertyza sytuacji epidemiologicznej w Polsce na potrzeby badania ewaluacyjnego „Analiza potrzeb szkoleniowych personelu medycznego oraz pracowników wykonujących zawody niemedyczne w ramach opieki zdrowotnej w Polsce”**

Ekspertyza sytuacji epidemiologicznej w Polsce jest realizowana w zakresie projektu badawczego określającego bieżące potrzeby szkoleniowe personelu medycznego oraz pracowników wykonujących zawody niemedyczne w szpitalach w Polsce.

### 1. Wprowadzenie

Edukacja personelu jest jednym z podstawowych warunków prawidłowego, bezpiecznego i skutecznego udzielania świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z ogólnie znaną zasadą, połowa wiedzy medycznej nabytej na studiach medycznych zmienia się co 10–20 lat, dlatego szkolenia ustawiczne personelu medycznego zatrudnionego w szpitalach jest koniecznością wynikającą ze specyfiki tej dziedziny, jak również zmieniającego się otoczenia, tj. uwarunkowań prawnych, ekonomicznych, organizacyjnych w ochronie zdrowia.

Planując zadanie szkoleniowe dla personelu medycznego wskazane jest uwzględnienie różnych zmiennych i przesłanek, w szczególności:

- bieżących potrzeb personelu medycznego, wynikających z wykonywanych świadczeń zdrowotnych i zmian w otoczeniu szpitali (prawo, ekonomia, zarządzanie, informatyzacja itp.),
- bieżących potrzeb kadry zarządzającej, wynikających z zadań kontraktowych szpitali i codziennego funkcjonowania jednostki oraz konieczności zapewnienia najwyższej jakości świadczeń zdrowotnych,
- bieżących i przyszłych potrzeb w kontekście zmian demograficznych polskiego społeczeństwa i personelu medycznego zatrudnionego w polskich szpitalach,

<sup>44</sup> Dr med. Paweł Grzesiowski: Specjalista II stopnia z pediatrii, uzyskał tytuł doktora nauk medycznych w 1996 r. w Akademii Medycznej w Warszawie. W latach 1989–1998 – asystent w Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Warszawie, w latach 1999–2010 r. adiunkt w Narodowym Instytucie Leków w Warszawie; kierownik Zakładu Profilaktyki Zakażeń i Zakażeń Szpitalnych. Od 2000 r. pracuje również jako konsultant w szpitalach w zakresie epidemiologii szpitalnej i kontroli zakażeń szpitalnych. Od 2011 r. dyrektor NZOZ przy Fundacji Instytut Profilaktyki Zakażeń, w skład którego wchodzi Przychodnia Szczepień Ochronnych i Centrum Medycyny Podróży w Warszawie. Pełni wieloletnio funkcje eksperta Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych i Europejskiej Agencji Leków (EMA), zastępcy członka Rady Zarządzającej Europejskiego Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC), sekretarza Pediatrycznego Zespołu Ekspertów Programu Szczepień Ochronnych przy Ministrze Zdrowia. Od 2003 r. przewodniczący zarządu Stowarzyszenia Higieny Lecznictwa, członek zarządu Polskiego Towarzystwa Wakcynologii oraz założyciel i prezes Fundacji „Instytut Profilaktyki Zakażeń”. Autor i współautor ponad 200 naukowych publikacji krajowych i zagranicznych, w tym m.in. z zakresu odporności, szczepień ochronnych, terapii i kontroli zakażeń oraz zakażeń szpitalnych. Od 1997 r. prowadzi punkt informacyjny dla pacjentów i lekarzy na temat szczepień ochronnych.

- bieżących i przyszłych potrzeb w kontekście trendów epidemiologicznych stanu zdrowia populacji polskiej z uwzględnieniem aktualnych i prognozowanych wskaźników zachorowalności i śmiertelności,
- aktualnej sytuacji na rynku pracy w obszarze ochrony zdrowia i tendencji migracyjnych personelu medycznego,
- narodowych i regionalnych planów zdrowotnych oraz innych uwarunkowań wynikających z polityki zdrowotnej państwa oraz kontekstu zdrowia publicznego.

## 2. Uzasadnienie rekomendacji – przegląd aktualnej sytuacji epidemiologicznej stanu zdrowia populacji w Polsce

### a. Epidemiologiczne trendy w zakresie chorób niezakaźnych

Aktualna sytuacja w zakresie chorób niezakaźnych w Polsce nie zmieniła się istotnie w ciągu ostatnich lat. Stałymi, ugruntowanymi przyczynami chorobowości i śmiertelności w polskim społeczeństwie są choroby układu krążenia (około 50% przyczyn zgonów), choroby nowotworowe (około 30% przyczyn zgonów), choroby metaboliczne (cukrzyca, otyłość, mocznica, osteoporoza), przewlekłe schorzenia płuc, wątroby, udary mózgowie, alergie, urazy, zatrucia i choroby psychiczne.

Szereg niekorzystnych zjawisk zdrowotnych ulega nasileniu w wyniku rozwoju cywilizacyjnego Polski, w szczególności chorób wynikających z przewlekłego stresu, złego odżywiania, nałogów, niezdrowego trybu życia, zachowań ryzykownych. Dodatkowym problemem narastającym w ostatnich latach są schorzenia wynikające z częstych podróży, katastrof i wypadków komunikacyjnych oraz ostrych zatruc.

Statystycznie, spośród chorób układu krążenia stanowiących najpoważniejsze zagrożenie zdrowotne należy wskazać na chorobę niedokrwienną serca, nadciśnienie tętnicze, nadciśnienie płucne, choroby naczyń. Schorzenia układu krążenia wymagają specjalistycznego postępowania w szpitalu, jednak jest to najczęściej etap późny, gdy interwencje medyczne mają charakter naprawczy i nie są w stanie przywrócić pełnego zdrowia. Z tego względu rola personelu szpitali w prewencji pierwotnej chorób układu krążenia jest ograniczona, przy czym, świadomość tego zjawiska i zapobiegania wtórnym problemom zdrowotnym powinna być silnie rozwijanym kierunkiem edukacji personelu szpitali. Personel szpitalny powinien zdobywać wiedzę i umiejętności w zakresie precyzyjnej i nowoczesnej diagnostyki chorób układu krążenia, z wykorzystaniem najnowszych technik obrazowania i inwazyjnych technik diagnostycznych, jak również leczenia farmakologicznego, chirurgicznego, kardiologii inwazyjnej, implantologii, transplantologii.

Drugim z najważniejszych problemów zdrowotnych polskiego społeczeństwa są choroby nowotworowe. Przyczyny rosnącej liczby chorych obejmują zarówno czynniki środowiskowe (zanieczyszczenie środowiska, ekspozycja na czynniki rakotwórcze, wrodzone predyspozycje), jak i zmiany demograficzne – wydłużenie okresu życia. Rola personelu szpitala w profilaktyce pierwotnej zachorowań na nowotwory jest podobnie ograniczona, jak w przypadku chorób układu krążenia. Najważniejsze zadania medycyny szpitalnej, naprawczej to szybkie i pewne rozpoznanie wczesnych stadiów choroby nowotworowej, skuteczne i bezpieczne leczenie dostępnymi metodami, tj. chemioterapią, chirurgią, radioterapią, a także nowymi metodami z wykorzystaniem manipulacji genetycznych, immunoterapii, terapii hormonalnej itd. Największy wzrost zachorowalności na nowotwory dotyczy osób powyżej 45 lat, co wskazuje na ważny kierunek szkoleń dla lekarzy chorób wewnętrznych.

Kolejne problemy zdrowotne wymagające specjalistycznego przygotowania personelu medycznego to choroby metaboliczne (cukrzyca, otyłość, mocznica, osteoporoza), przewlekłe schorzenia płuc, wątroby, udary mózgowie, alergie, urazy, zatrucia oraz choroby psychiczne. Choroby metaboliczne są uwarunkowane wieloma czynnikami, zarówno wrodzonymi, jak i środowiskowymi, których eliminacja lub modyfikacja wymaga wielopłaszczyznowych interwencji, edukacji zdrowotnej społeczeństwa oraz planowych programów zdrowia publicznego. Dla personelu szpitali szkolenia powinny obejmować przede wszystkim nowe obszary wiedzy oraz doskonalenie umiejętności we wczesnym rozpoznaniu i leczeniu oraz profilaktyce wtórnej i trzeciorzędowej powikłań.

Ważnym czynnikiem chorobowości w kontekście populacyjnym są nadzwyczajne sytuacje zdrowotne związane z masowym oddziaływaniem czynników fizycznych lub chemicznych, jak pożary, huragany, powodzie, awarie zakładów produkcyjnych, zatrucie żywności, bioterroryzm. W tym zakresie szkolenia personelu szpitali są niezbędnym elementem zabezpieczenia zdrowotnego ludności, zarówno w zakresie medycyny ratunkowej, jak i wszystkich dyscyplin i umiejętności pokrewnych.

## b. Epidemiologiczne trendy w zakresie chorób zakaźnych

Mimo niewątpliwego postępu w tej dziedzinie, osiągniętego między innymi dzięki szczepieniom, poprawie warunków życia, stosowaniu antybiotyków, pojawiają się nowe zagrożenia zdrowotne ze strony chorobotwórczych czynników biologicznych. Największe zagrożenia ze strony chorób zakaźnych w umiarkowanej strefie klimatycznej obejmują ostre zakażenia bakteryjne (choroby inwazyjne wywołane przez meningokoki, pneumokoki, pałeczki jelitowe), epidemie zakażeń wirusowych (np. grypa, SARS, HIV, HCV), zakażenia odzwierzęce lub przenoszone przez owady (choroby odkleszczowe – borelioza, choroby przenoszone przez komary – gorączka zachodniego Nilu), a także epidemiczne zakażenia przenoszone przez skażoną żywność (np. E.coli EHEC, Salmonella, Campylobacter). Dodatkowym problemem staje się coraz powszechniejsza oporność czynników biologicznych na leki, w tym prątków gruźlicy oraz gronkowców i pałeczek jelitowych. W szczególności czynniki te stanowią ryzyko dla populacji pacjentów hospitalizowanych, którzy z powodu osłabienia odporności wynikającego z przewlekłych schorzeń, są bardziej podatni na zakażenia szpitalne. Problematyka zakażeń związanych z procedurami medycznymi, w tym skutecznej prewencji tych zakażeń, monitorowania, sterylizacji, dezynfekcji, higieny szpitalnej, racjonalnej polityki antybiotykowej, jest jednym z priorytetowych kierunków edukacji personelu medycznego w krajach europejskich. Oficjalne statystyki szpitalne często nie zawierają wiarygodnych danych o zakażeniach szpitalnych, jednak w wyniku nowych przepisów, zmieniła się sytuacja w szpitalach, prawo znacznie wyprzedziło zmiany w procedurach medycznych, a przede wszystkim w świadomości personelu medycznego. Szpitale stały się obiektem afer medialnych, roszczeń odszkodowawczych oraz dochodzeń prokuratorskich. Niewielka część personelu medycznego ma obecnie świadomość, że zakażenia szpitalne są zjawiskiem ściśle związanym z hospitalizacją, rzadko uwzględniają w swoim postępowaniu czynniki ryzyka ze strony pacjenta (choroba podstawowa i schorzenia towarzyszące), jak również ze strony szpitala (personel, organizacja pracy, wyposażenie) oraz zjawisk niezależnych (np. wzrost częstości określonego typu zakażeń w środowisku pozaszpitalnym, lekooporność drobnoustrojów). W aktualnej sytuacji szczególnego znaczenia nabiera kształcenie wielospecjalistyczne wszystkich pracowników szpitali, zarówno personelu medycznego jak i kadry zarządzającej, w zakresie praktycznej interpretacji i analizy ryzyka w odniesieniu do zakażeń szpitalnych, jak również szerokiej diagnostyki, terapii i prewencji tych zakażeń opartych na nowoczesnej wiedzy i doskonaleniu umiejętności.

W aktualnej sytuacji wzrasta inwazyjność procedur medycznych i narasta zagrożenie w postaci lekoopornych drobnoustrojów, jak również liczba pacjentów z licznymi czynnikami ryzyka zakażenia związanego z hospitalizacją. Ta sytuacja zwiększa potrzebę intensywnych działań edukacyjnych i organizacyjnych mających na celu podniesienie świadomości personelu medycznego i skuteczności prewencji.

## Wnioski

W kontekście przedstawionych trendów epidemiologicznych przy określaniu potrzeb szkoleniowych pracowników ochrony zdrowia należy uwzględnić:

1. Choroby niezakaźne – tematyka szkoleń powinna obejmować następujące zagadnienia:
  - a) choroby układu krążenia – jest to najczęstsza przyczyna zachorowalności i umieralności w Polsce. W tej dużej grupie schorzeń, najpoważniejsze zagrożenie zdrowotne stanowią choroba niedokrwienna serca i jej powikłania, nadciśnienie tętnicze i powikłania, nadciśnienie płucne, choroby naczyń,
  - b) choroby nowotworowe – jest to druga co do częstości przyczyna umieralności w Polsce. Największy wzrost zachorowalności na nowotwory w ostatnich latach dotyczy osób powyżej 45 lat, co wskazuje na ważny kierunek szkoleń dla lekarzy chorób wewnętrznych,
  - c) urazy, zatrucia – trzecia co do częstości przyczyna umieralności w Polsce, w tym wypadki komunikacyjne, jak również katastrofy i zdarzenia masowe, anomalie pogodowe, klęski żywiołowe,
  - d) choroby metaboliczne i inne schorzenia przewlekłe – cukrzyca, otyłość, mocznicza, osteoporoza, choroby płuc, choroby wątroby, alergia – zapadalność na te choroby rośnie ze względu na różne czynniki, w tym wydłużenie okresu życia, czynniki środowiskowe i styl życia (dieta, aktywność fizyczna),
  - e) choroby psychiczne, udary mózgowe.
2. Choroby zakaźne – tematyka szkoleń powinna obejmować następujące zagadnienia:
  - a) zakażenia bakteryjne (choroby inwazyjne wywołane przez meningokoki, pneumokoki, pałeczki jelitowe),
  - b) nowe i powracające zakażenia wirusowe (np. grypa, SARS, HIV, HCV, odra),

- c) zakażenia odzwierzęce lub przenoszone przez owady (choroby odkleszczowe – borelioza, choroby przenoszone przez komary – gorączka zachodniego Nilu),
- d) epidemiczne zakażenia przenoszone przez skażoną żywność (np. E. coli EHEC, Salmonella, Campylobacter),
- e) oporność drobnoustrojów na leki,
- f) zakażenia szpitalne,
- g) szczepienia ochronne.

### 3. Literatura

1. Wysocki M. J., Zejda J. E. Epidemiology of chronic non-infectious diseases in Poland in the second half of 20<sup>th</sup> century. *Przegl Epidemiol.* 2007; 61(4): 615–28.
2. Polakowska M., Piotrowski W. Incidence of diabetes in the Polish population: results of the Multicenter Polish Population Health Status Study–WOBASZ. *Pol Arch Med Wewn.* 2011 May; 121(5): 156–63.
3. Marcinkowska M., Ignaszak-Szczepaniak M., Wawrzyniak A., Dytfeld J., Marcinkowska W. H., Ignaszak-Szczepaniak M., Wawrzyniak A., Dytfeld J., Horst-Sikorska W. A discussion of the intervention thresholds in osteoporosis treatment in Poland. *Endokrynol Pol.* 2011; 62(1): 30–6.
4. Grabowska-Fudala B., Jaracz K., Górna K. [Stroke incidence, case fatality and mortality-current trends and future prognosis]. *Przegl Epidemiol.* 2010; 64(3): 439–42.
5. Szukalski P. [Decomposition of changes in life expectancy by age groups, Poland, 1950–2008]. *Przegl Epidemiol.* 2010; 64(3): 425–30.
6. Gacek M. [Selected lifestyle and health condition indices of adults with varied models of eating]. *Rocz Państw Zakł Hig.* 2010; 61(1): 65–9.
7. Wysocki M. J., Car J. [Changes of hierarchy among causes of death in some European Union countries]. *Przegl Epidemiol.* 2010; 64(1): 115–8.
8. Gładysz A., Fleischer-Stepniewska K. [Renaissance of infectious diseases]. *Pol Merkur Lekarski.* 2011 May; 30(179): 313–5.
9. Jagielski T., Augustynowicz-Kopeć E., Zwolska Z. [Epidemiology of tuberculosis: a global, European and Polish perspective]. *Wiad Lek.* 2010; 63(3): 230–46.
10. Zieliński A., Czarkowski M. P. [Infectious diseases in Poland in 2008]. *Przegl Epidemiol.* 2010; 64(2): 151–8.
11. Garus-Pakowska A., Szatko F, Pakowski M. [Legal aspects of the health care institution liability for nosocomial infections]. *Med Pr.* 2009; 60(4): 335–43.
12. Mazińska B., Olczak A., Grzesiowski P., Hryniewicz W.: Narodowy Program Ochrony Antybiotyków. *Klinika Pediatryczna*, 2005, 13, 4, 404–406.
13. van de Sande-Bruinsma N., Grundmann H., Verloo D., Tiemersma E., Monen J., Goossens H., Ferech M.; European Antimicrobial Resistance Surveillance System Group; European Surveillance of Antimicrobial Consumption Project Group. Antimicrobial drug use and resistance in Europe. *Emerg Infect Dis.* 2008; 14(11): 1722–30.
14. Grzesiowski P.: Współczesne metody terapii i profilaktyki zakażeń ograniczające rozwój lekooporności. *Nowa Klinika*, 2008, 15, 7–8, 761–767.
15. Grzesiowski P.: Ocena ryzyka zakażeń szpitalnych – niezbędny element prewencji. *CMJ*, 2010.

## 7. LITERATURA

1. Jędrychowski W.: Podstawy epidemiologii. Wydawnictwo UJ, Kraków 2002.
2. Podstawy epidemiologii ogólnej, epidemiologia chorób zakaźnych. Podręcznik dla studentów nauk medycznych i pielęgniarskich studiów licencjackich, red. L. Jabłoński, I. D. Karwat. Wyd. Czelej, Lublin 2002.
3. Rozporządzenie MZ z dnia 22 kwietnia 2005 r. w sprawie czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki. Dz. U. 2005, Nr 81, poz. 716.
4. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach. (Dz. U. 126.1384).
5. Jędrychowski W.: Epidemiologia. Wprowadzenie. Metody badań. PZWL, Warszawa 1999.
6. Rozporządzenie MZ z dnia 11 marca 2005 r. w sprawie rejestru zakażeń zakładowych oraz raportów o wystawieniu tych zakażeń. Dz. U. Nr 54, poz. 484.
7. Ustawa o zakażeniach i chorobach zakaźnych u ludzi z dnia 5 grudnia 2008 r. (Dz. U. 2008 Nr 234, poz. 1570).
8. Meldunki Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH bieżące i archiwizowane.
9. Holzer J.: Demografia. Polskie Wyd. Ekonomiczne, Warszawa 2003.
10. S. Rywik, J. Znajd, H. Przystalska-Malkin et. al.: Monitorowanie trendów zachorowalności i umieralności spowodowanej chorobami układu krążenia oraz ich determinantów badanie długofalowe. POL-MONIKA, G. Sigurdsson, V. Gudnason, Estimation of 10-yers risk of.
11. Stanisław A.: Biostatystyka. Podręcznik dla studentów i lekarzy. Wyd. UJ, Kraków 2005.
12. Roczniki statystyczne GUS za lata aktualne.
13. Raporty ze Spisów Powszechnych w Polsce.
14. Meldunki PZH bieżące i archiwizowane.
15. <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Malopolska-opieka-krotkoterminowa-bez-kolejnych-dotacji-z-Urzedu-Wojewodzkiego,109525,1.html>
16. <http://www.csioz.gov.pl/publikacja.php?id=5>

## 8. TABELE

Tabela nr 1. Częstość korzystania ze szkoleń zawodowych

	Jak często uczestniczy Pan/i w szkoleniach podnoszących Pana/i umiejętności zawodowe?											
	Dyrektorzy/ kierownicy	Dyrektorzy ds. administracyjnych	Ordynatorzy	Pielęgniarki oddziałowe	Lekarze	Pielęgniarki	Położne	*Fizjoterapeuci	Technicy medyczni	Diagnosty laboratoryjni	**Technicy elektrodiolodzy	Stanowiska ds. finansowych
	N = 335	N = 278	N = 472	N = 741	N = 1080	N = 2501	N = 336	N = 420	N = 237	N = 324	N = 122	N = 297
% wskazań												
wcale	3,6	4,0	1,9	3,0	2,5	9,1	6,8	25,2	18,1	9,0	23,0	12,8
1-3 razy w roku	48,7	57,2	30,5	55,5	42,3	54,6	56,8	49,3	54,0	54,6	46,7	58,6
4-6 razy w roku	23,6	21,9	32,2	21,5	29,8	12,0	11,3	11,2	7,6	16,4	8,2	11,8
ponad 6 razy w roku	15,8	9,0	34,3	15,7	21,3	9,2	11,6	4,5	3,4	13,0	3,3	8,4
trudno powiedzieć	8,4	7,9	1,1	4,5	4,1	15,2	13,4	9,8	16,9	7,1	18,9	8,4

\* W narzędziach badawczych użyto określenia potoczego *rehabilitant* w celu zwiększenia stopy zwrotu ankiet.

\*\* W narzędziach badawczych użyto określenia potoczego *radiolog* w celu zwiększenia stopy zwrotu ankiet.

Tabela nr 2. Szkolenia zawodowe podejmowane w ciągu ostatniego roku

Czy w ciągu ostatniego roku uczestniczył Pan/uczestniczyła Pani w szkoleniach podnoszących Pana/i umiejętności zawodowe?												
	Dyrektorzy/ kierownicy	Dyrektorzy ds. administracyjnych	Ordynatorzy	Pielęgniarki oddziałowe	Lekarze	Pielęgniarki	Położne	Fizjoterapeuci	Technicy medyczni	Diagności laboratoryjni	Technicy elektrodiody	Stanowiska ds. finansowych
	N = 319	N = 264	N = 462	N = 716	N = 1045	N = 2262	N = 314	N = 314	N = 191	N = 293	N = 93	N = 255
% wskazań												
tak	87,5	88,6	96,3	93,4	93,4	79,4	80,9	81,8	63,9	86,0	61,3	86,7
nie	10,3	10,6	3,0	5,0	5,5	18,2	16,2	16,6	34,0	13,7	36,6	12,2
trudno powiedzieć	2,2	0,8	0,6	1,5	1,1	2,4	2,9	1,6	2,1	0,3	2,2	1,2

Tabela nr 3. Źródła finansowania szkoleń

Z jakich źródeł były finansowane te szkolenia?												
	Dyrektorzy/ kierownicy	Dyrektorzy ds. administracyjnych	Ordynatorzy	Pielęgniarki oddziałowe	Lekarze	Pielęgniarki	Położne	Fizjoterapeuci	Technicy medyczni	Diagności laboratoryjni	Technicy elektrodiagnostyki	Stanowiska ds. finansowych
	N = 261	N = 220	N = 408	N = 537	N = 913	N = 1509	N = 223	N = 242	N = 116	N = 229	N = 59	N = 211
	% wskazań											
szkolenie finansowane w 100% przez ZOZ, w którym pracuję	53,6	70,0	9,3	33,7	14,7	40,9	41,3	27,3	58,6	27,5	51,9	84,8
szkolenie dofinansowane przez ZOZ	31,8	25,9	10,8	30,7	8,7	24,8	22,0	18,2	21,6	23,6	28,8	15,2
szkolenie finansowane przez inne źródła	37,2	28,6	88,5	54,4	84,1	35,4	40,4	64,0	22,4	69,4	17,3	19,0
nie wiadomo	5,0	4,1	3,9	7,6	10,3	14,6	15,2	10,3	13,8	6,1	15,4	84,8

\* Liczby nie sumują się do 100% ponieważ respondenci mogli wskazać więcej niż jedną odpowiedź, ze względu na fakt, iż mogli oni brać udział w kilku szkoleniach, a każde z nich mogło być finansowane z różnych źródeł.

Tabela nr 4. Obszary doskonalenia umiejętności zawodowych

Biorąc pod uwagę wykonywane przez Pana/ią obowiązki zawodowe, proszę wskazać, w jakich obszarach widzi Pan/i potrzebę doskonalenia swoich umiejętności?	% wskazań					Dyrektorzy/ Kierownicy	Dyrektorzy administracyjni	Ordynatorzy	Pielęgniarki oddziałowe	Stanowisko ds. finansowych
	N = 317	N = 270	N = 461	N = 738	N = 295					
1	2	3	4	5	6					
organizacja i zarządzanie placówkami opieki zdrowotnej	34,4	43,0	21,0	27,4	0,0					
ekonomia menadżerska	40,4	38,5	13,9	11,2	15,9					
prawodawstwo z zakresu ochrony zdrowia	43,2	38,4	36,2	27,0	11,9					
stosowanie przepisów ustawy z dnia 18 marca 2011 r. o działalności leczniczej	35,0	33,0	14,8	15,2	22,0					
ekonomika ochrony zdrowia	27,1	27,8	15,6	9,1	0,0					
kontraktowanie świadczeń zdrowotnych	25,2	27,0	26,9	10,0	7,1					
prawo zamówień publicznych	10,4	25,6	5,0	7,3	0,0					
zarządzanie jakością	27,1	24,4	18,0	42,1	11,5					
negocjacje	17,0	21,5	16,7	21,7	3,4					
budgetowanie w zakładzie opieki zdrowotnej	15,1	20,7	0,0	0,0	26,1					
zarządzanie finansami przedsiębiorstwa/spółki	16,1	19,6	0,0	0,0	0,0					
realizacja i kontrola realizacji umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z NFZ	17,4	16,3	0,0	0,0	7,5					
rozliczenia z NFZ	0,0	16,3	0,0	0,0	0,0					
marketing i sprzedaż usług zdrowotnych	25,2	15,9	2,8	4,3	3,7					
zarządzanie zasobami ludzkimi – poziom zaawansowany	14,8	15,9	14,5	25,3	9,5					
dokumentacja medyczna w zakładzie opieki zdrowotnej	24,9	14,8	36,7	47,8	2,4					
czas pracy w zakładach opieki zdrowotnej	16,7	14,4	10,2	25,6	8,1					
komunikacja – relacje interpersonalne (wewnątrz i na zewnątrz organizacji)	17,7	14,4	0,0	0,0	6,4					

1	2	3	4	5	6
podstawy zarządzania zasobami ludzkim	9,8	11,9	26,0	40,4	3,4
prawo cywilne	8,8	11,9	0,0	0,0	0,0
zarządzanie kryzysowe	10,4	10,7	7,2	6,6	2,7
zarządzanie łańcuchem dostaw – zarządzanie usługami outsourcingowymi	2,5	9,6	0,0	0,0	0,0
public relations	6,3	9,3	6,3	5,6	6,1
rachunkowość w zakładzie opieki zdrowotnej	4,1	9,3	0,0	0,0	52,9
odpowiedzialność cywilna i pracownicza w przypadku szkody wyrządzonej pacjentowi	14,8	8,5	43,0	45,3	0,7
farmakoekonomika	8,5	7,8	16,1	8,4	0,7
prawo handlowe	8,5	7,4	0,0	0,0	3,7
prawa pacjenta	12,0	6,3	16,7	27,9	0,7
projekt doradcy a zarządzanie projektem	3,2	5,9	0,0	0,0	0,0
strategie e-biznesu	5,0	5,2	1,3	1,8	1,0
stosowanie przepisów ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług	1,6	4,8	0,0	0,0	30,5
zamknięcia roczne – bilans otwarcia i bilans zamknięcia	1,9	4,1	0,0	0,0	28,8
reguly ewidencjonowania kosztów podatkowych w placówkach ochrony zdrowia	1,6	3,0	0,0	0,0	29,2
mapa procesów	4,4	2,6	0,7	2,0	5,1
trudno powiedzieć	1,6	0,4	1,7	0,5	0,7
kodowanie i rozliczenia z NFZ	19,6	0,0	30,4	8,1	3,4
finanse i księgowość	0,0	0,0	0,0	0,0	67,8
organizacja i ekonomika ochrony zdrowia	0,0	0,0	0,0	0,0	9,2
rozliczanie usług outsourcingowych	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0
struktura finansowa projektu doradczego	0,0	0,0	0,0	0,0	2,7
zamówienia publiczne	0,0	0,0	0,0	0,0	8,8
żadne	0,6	0,0	1,3	0,3	0,0

\* Liczby nie sumują się do 100% ponieważ respondenci mogli wskazać do 5 odpowiedzi.

**Tabela nr 5. Obszary doskonalenia umiejętności zawodowych pielęgniarki/położne**

Biorąc pod uwagę wykonywane przez Pana/ią obowiązki zawodowe, proszę wskazać, w jakich obszarach widzi Pan/i potrzebę doskonalenia swoich umiejętności?	% wskazań			
	Pielęgniarki N = 722	Pielęgniarki N = 2472	Położne N = 337	
	2	3	4	
1				
aktywizacja podopiecznych z wykorzystaniem elementów terapii zajęciowej	3,7	2,4	1,2	
edukator w cukrzycy	6,9	6,6	4,5	
endoskopia	6,1	5,9	0,0	
hartowanie i kształtowanie kikutu amputowanej kończyny	1,1	1,1	0,0	
kompresjoterapia	0,7	1,2	0,0	
komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie	34,5	14,6	13,1	
leczenie ran	19,3	25,3	17,5	
medyczna pielęgnacja stóp	0,8	1,1	0,0	
monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu	0,0	0,0	27,9	
opieka nad dzieckiem z chorobą nowotworową	1,5	3,0	0,0	
opieka nad dziećmi i młodzieżą z cukrzycą	1,5	3,9	0,0	
opieka nad osobami z cukrzycą stosującymi terapię ciągłego podskórnego wlewu insuliny CPWI	2,2	2,9	1,8	
opieka nad kobietą ciężarną z cukrzycą w okresie okołoporodowym	0,0	0,0	22,3	
opieka nad pacjentem ze stomią jelitową	2,5	4,7	0,0	
organizacja i zarządzanie	43,1	9,5	12,5	
pediatryczna domowa opieka paliatywna	0,7	2,8	0,0	
pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki	12,0	14,6	0,0	
pielęgniarstwo chirurgiczne	12,2	17,0	0,0	
pielęgniarstwo diabetologiczne	7,5	10,4	0,0	
pielęgniarstwo epidemiologiczne	14,4	6,0	7,1	

1	2	3	4
pielęgniarstwo geriatryczne	7,3	10,7	0,0
Pielęgniarstwo ginekologiczne	0,0	0,0	29,7
pielęgniarstwo kardiologiczne	7,8	13,2	0,0
pielęgniarstwo nefrologiczne	1,5	2,9	0,0
pielęgniarstwo nefrologiczne z dializoterapią	1,7	1,9	0,0
pielęgniarstwo neonatologiczne	4,8	3,6	25,2
pielęgniarstwo neurologiczne	5,7	5,5	0,0
pielęgniarstwo onkologiczne	7,9	9,9	0,0
pielęgniarstwo operacyjne	7,8	7,5	10,7
pielęgniarstwo opieki długoterminowej	7,8	9,7	0,0
pielęgniarstwo opieki paliatywnej	3,6	7,4	0,0
pielęgniarstwo pediatriczne	6,8	11,6	0,0
pielęgniarstwo położnicze	0,0	0,0	46,3
pielęgniarstwo psychiatryczne	8,2	8,1	0,0
pielęgniarstwo ratunkowe	9,6	18,4	0,0
pielęgniarstwo rodzinne	2,4	7,5	11,9
pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania	0,8	1,6	0,0
pielęgniarstwo w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej	11,6	7,9	0,0
pielęgniarstwo w ochronie zdrowia pracujących	1,8	3,4	0,0
pielęgniarstwo zachowawcze	11,6	10,2	0,0
pielęgnowanie dziecka wentylowanego mechanicznie	2,4	2,7	0,0
pielęgnowanie pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie	4,4	3,9	0,0
pielęgnowanie pacjenta w warunkach leczenia uzdrowskiego	2,1	2,1	0,0
pielęgnowanie w chorobach narządu wzroku	1,7	1,1	0,0
podstawy dializoterapii	1,8	1,8	0,0
podstawy diagnostyki ultrasonograficznej w położnictwie i ginekologii	0,0	0,0	25,8
podstawy opieki paliatywnej	1,8	3,7	0,0

1	2	3	4
poradnictwo dietetyczne	3,6	5,1	8,3
poradnictwo w zakresie przygotowania rodziny do pełnienia funkcji prokreacyjnej	0,0	0,0	11,6
profilaktyka chorób narządu żucia oraz pierwsza pomoc w nagłych stanach stomatologicznych u populacji w wieku szkolnym	0,1	0,9	0,0
profilaktyka chorób piersi	3,3	3,8	0,0
promocja zdrowia i edukacja zdrowotna	0,0	0,0	14,5
prowadzenie psychoterapii podstawowej z wykorzystaniem elementów psychoterapii kwalifikowanej	5,5	4,7	0,0
prowadzenie porodu w wodzie	0,0	0,0	20,5
przeciwdziałanie przemocy w rodzinie	2,1	2,4	2,1
przygotowywanie i podawanie leków przeciwnowotworowych u dorosłych	1,8	2,6	2,4
psychoedukacja osób uzależnionych i ich rodzin	3,6	4,0	0,0
rehabilitacja osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi	5,0	4,7	0,0
resuscytacja krążeniowo-oddechowa	19,9	4,8	18,4
resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka	4,7	20,8	20,2
szczepienia ochronne	4,0	8,2	0,0
szczepienia ochronne noworodków	0,0	0,0	19,0
techniki ciągle pozaustrojowego oczyszczania krwi	1,7	1,6	0,0
terapia bólu ostrego u dorosłych	8,3	10,2	11,9
terapia bólu przewlekłego u dorosłych	9,0	9,8	9,8
trening pęcherza moczowego	2,5	1,1	0,0
trudno powiedzieć	0,7	0,4	0,3
wykonanie badania spirometrycznego	1,8	2,5	0,0
wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego	10,8	14,3	13,4
wykonywanie i ocena testów skórnych	1,5	1,9	0,0
wykonywanie konikopunkcji, obarczenie odmy przeżnej oraz wykonanie dojścia doszpikowego	1,9	1,7	0,0
żadne	0,4	0,2	0,0
żywienie enteralne i parenteralne	8,7	6,0	0,0

\* Liczby nie sumują się do 100% ponieważ respondenci mogli wskazać do 5 odpowiedzi.

Tabela nr 6. Obszary doskonalenia umiejętności zawodowych lekarze

Proszę wskazać, w ramach jakiej specjalizacji chciałby Pan/chciałaby Pani doskonalić swoje umiejętności	Liczebności
1	2
choroby wewnętrzne	76
kardiologia	49
medycyna ratunkowa	46
anestezjologia i intensywne terapia	44
pediatria	42
ortopedia i traumatologia narządu ruchu	36
radiologia i diagnostyka obrazowa	34
onkologia kliniczna	28
neonatalogia	24
położnictwo i ginekologia	24
chirurgia ogólna	20
rehabilitacja medyczna	15
choroby zakaźne	13
psychiatria	12
kardiochirurgia	11
urologia	11
medycyna rodzinna	10
neurologia	10
otorynolaryngologia	9
psychiatria dzieci i młodzieży	9
chirurgia plastyczna	8
mikrobiologia lekarska	8
neurochirurgia	8

	1	2
dermatologia i wenerologia		2
radioterapia onkologiczna		7
audiologia i foniatrya		7
zdrowie publiczne		5
chirurgia dziecięca		4
genetyka kliniczna		3
okulistyka		3
diagnostyka laboratoryjna		2
transfuzjologia kliniczna		2
chirurgia klatki piersiowej		1
chirurgia szczękowo-twarzowa		1
epidemiologia		1
medycyna nuklearna		1
medycyna pracy		1
patomorfologia		1
żadne		1
trudno powiedzieć		1

Tabela nr 7. Obszary doskonalenia umiejętności zawodowych fizjoterapeuci

Biorąc pod uwagę wykonywane przez Pana/ią obowiązki zawodowe, proszę wskazać, w jakich obszarach widzi Pan/i potrzebę doskonalenia swoich umiejętności?	% wskazań N = 409
rehabilitacja neurologiczna	71,6
rehabilitacja ogólnoustrojowa	53,5
rehabilitacja medyczna	48,7
rehabilitacja ręki	42,8
rehabilitacja po mastektomii	30,8
rehabilitacja kardiologiczna	23,7
rehabilitacja dzieci z zaburzonym rozwojem psychomotorycznym	22,2
rehabilitacja noworodków i niemowląt	16,4
rehabilitacja pulmonologiczna	13,9
rehabilitacja narządu słuchu i mowy	8,1
rehabilitacja osób niedowidzących i niewidomych	3,4
rehabilitacja dzieci z wadami twarzoczaszki	2,7
żadne	1,7
trudno powiedzieć	1,5

\* Liczby nie sumują się do 100% ponieważ respondenci mogli wskazać do 5 odpowiedzi.

**Tabela nr 8. Obszary doskonalenia umiejętności zawodowych diagnostów laboratoryjni**

Biorąc pod uwagę wykonywane przez Pana/ią obowiązki zawodowe, proszę wskazać, w jakich obszarach widzi Pan/i potrzebę doskonalenia swoich umiejętności?	% wskazań N = 322
laboratoryjna diagnostyka medyczna	61,5
laboratoryjna hematologia medyczna	44,1
laboratoryjna transfuzjologia medyczna	28,0
laboratoryjna immunologia medyczna	26,1
mikrobiologia medyczna	20,5
parazytologia medyczna)	13,7
laboratoryjna genetyka medyczna	12,1
epidemiologia	11,8
cytomorfologia medyczna	7,5
laboratoryjna toksykologia medyczna	1,9
zdrowie publiczne	1,6
trudno powiedzieć	0,9
zdrowie środowiskowe	0,3

\* Liczby nie sumują się do 100% ponieważ respondenci mogli wskazać do 3 odpowiedzi.

Tabela nr 9. Obszary doskonalenia umiejętności zawodowych technicy elektroradiolodzy

Biorąc pod uwagę wykonywane przez Pana/ią obowiązki zawodowe, proszę wskazać, w jakich obszarach widzi Pan/i potrzebę doskonalenia swoich umiejętności?	% wskazań N = 117
rentgenodiagnostyka	75,2
radiologiczna ochrona pacjenta	41,0
audyt kliniczny wewnętrzny z zakresu rentgenodiagnostyki	36,8
radiologia zabiegowa	27,4
radioterapia	7,7
medycyna nuklearna	6,8
audyt kliniczny wewnętrzny z zakresu radiologii zabiegowej	3,4
audyt kliniczny wewnętrzny z zakresu radioterapii	0,9
żadne	1,7
trudno powiedzieć	5,1

\* Liczby nie sumują się do 100% ponieważ respondenci mogli wskazać do 3 odpowiedzi.

**Tabela nr 10. Obszary doskonalenia umiejętności zawodowych technicy medyczni**

<b>Biorąc pod uwagę wykonywane przez Pana/ią obowiązki zawodowe, proszę wskazać, w jakich obszarach widzi Pan/i potrzebę doskonalenia swoich umiejętności?</b>	<b>% wskazań N = 190</b>
obsługa specjalistycznego sprzętu	45,8
wykonywanie badań specjalistycznych, doskonalenie umiejętności specjalistycznych	32,1
nowości stosowane w diagnostyce	22,6
szkolenie w zakresie kontaktów z pacjentem, w tym – pacjentem wymagającym szczególnego traktowania (ostry dyżur)	5,8
szkolenia z zakresu informatyki; obsługa komputera, znajomość programów komputerowych	5,3
kontrola jakości w pracowni rtg	5,3
nauka języka obcego angielskiego (medycznego), ukierunkowanego na specjalność, którą prezentuję	4,2
nowelizacja i aktualizacja przepisów prawnych	3,7
analiza wyników	2,1
umiejętności współpracy z innym personelem	1,6
zarządzanie zasobami ludzkim	1,1
statystyka medyczna	1,1
archiwizacja i rejestracja pacjenta	0,5
aspekty związane z ochroną środowiska	0,5

\* Liczby nie sumują się do 100% ponieważ respondenci mogli wskazać do 3 odpowiedzi.

Tabela nr 12. Umiejętności zawodowe doskonalone na kursach i szkoleniach

	Proszę wskazać, jakie umiejętności chciałby Pan/chciałaby Pani rozwinąć, doskonalić na kursach, szkoleniach?												
	Dyrektorzy/ kierownicy N = 312	Dyrektorzy administracyjni N = 271	Ordynatorzy N = 463	Pielęgniarki oddziałowe N = 675	Lekarze N = 1075	Pielęgniarki N = 2460	Położne N = 337	Fizjoterapeuci N = 419	Technicy medyczni N = 236	Diagności laboratoryjni N = 318	Technicy elektrodiagnostyki N = 111	Stanowisko ds. finansowych N = 282	
	% wskazań												
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
asertywność i rozwiązywanie konfliktów w relacji pacjent-lekarz	0,0	0,0	33,9	30,8	34,8	35,8	47,2	39,1	31,4	13,5	43,2	0,0	
autoprezentacja	9,0	13,3	6,9	3,4	6,2	2,5	5,6	6,0	5,9	11,0	4,5	12,8	
efektywna komunikacja	35,6	39,5	15,6	26,2	16,4	21,1	28,2	22,7	11,4	22,0	21,6	42,9	
inteligencja emocjonalna	20,2	20,3	13,0	12,1	11,3	11,7	19,3	9,8	7,2	9,1	13,5	22,7	
język obcy ze słownictwem medycznym	30,1	23,6	35,0	20,7	40,5	27,8	41,2	41,1	51,3	61,0	45,0	17,4	
kompetencje wielkulturowe	4,5	4,8	2,4	3,1	1,7	1,8	2,4	2,6	2,1	1,9	1,8	3,5	
komunikacja z dzieckiem	0,0	0,0	5,0	5,0	8,4	9,6	0,0	12,4	13,1	1,3	13,5	0,0	
mobbing	9,3	10,3	6,5	11,0	10,4	20,0	24,9	8,8	18,6	12,3	9,9	9,6	
opieka nad pacjentem diabetologicznym	0,0	0,0	0,0	2,7	0,0	7,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
opieka nad pacjentem z chorobą popromienną	0,0	0,0	0,0	1,8	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
praca z pacjentem w podeszłym wieku	0,0	0,0	6,3	6,5	8,6	12,8	0,0	24,8	11,0	1,3	9,9	0,0	
prawne aspekty pracy	0,0	0,0	51,0	54,4	40,6	22,5	45,4	43,8	57,6	60,4	46,8	0,0	

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
problem równouprawnienia w ZOZ i problematyka gender	0,6	0,7	0,2	2,1	1,0	1,5	1,2	1,7	2,5	3,1	1,8	3,9
przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu	33,7	31,7	28,7	35,3	22,8	42,2	48,7	28,6	33,5	28,0	27,0	24,8
radzenie sobie ze stresem	34,3	39,1	25,3	37,9	23,6	52,3	57,6	31,0	29,2	33,0	35,1	43,6
techniki negocjacji	46,8	51,3	15,8	15,4	10,7	8,7	13,4	11,7	8,1	16,7	16,2	31,9
trudno powiedzieć	3,2	3,0	0,4	0,0	1,8	0,6	0,6	1,2	0,8	0,6	0,0	4,6
umiejętność kierowania zespołem	50,0	49,8	53,8	62,4	14,5	8,4	9,5	16,5	10,2	28,0	12,6	41,5
umiejętność komunikowania złych wiadomości	0,0	0,0	14,7	0,0	19,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
umiejętność pracy w zespole	11,9	10,7	9,9	14,5	15,6	22,0	18,1	14,3	9,3	13,8	21,6	19,5
umiejętność pracy z trudnym pacjentem	0,0	0,0	24,2	20,7	33,9	38,4	0,0	49,2	35,2	10,4	36,9	0,0
umiejętność rozmowy z pacjentem u kresu życia	0,0	0,0	5,2	9,2	8,7	14,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
wypełnianie dokumentacji medycznej	0,0	0,0	10,8	13,6	12,8	8,5	11,0	10,3	14,0	15,1	13,5	0,0
wystąpienia publiczne	29,5	28,0	16,8	11,0	12,6	4,8	6,5	6,7	8,9	14,2	5,4	25,5
zakażenie szpitalne	0,0	0,0	0,0	21,5	0,0	19,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
zarządzanie czasem	35,9	36,9	12,7	14,1	9,7	7,3	10,4	7,6	4,7	9,4	5,4	27,3
żadne	2,2	1,5	0,6	0,0	1,8	0,2	0,0	0,2	0,8	0,6	0,0	0,4

\* Liczby nie sumują się do 100% ponieważ respondenci mogli wskazać do 5 odpowiedzi.

Tabela nr 13. Język obcy będący w zainteresowaniu personelu ZOZ

	Jaki język obcy Pana/Panią interesuje?											
	Dyrektorzy/ kierownicy N = 94	Dyrektorzy administracyjni N = 64	Ordynatorzy N = 154	Pielęgniarki oddziałowe N = 141	Lekarze N = 1085	Pielęgniarki N = 655	Położne N = 135	Fizjoterapeuci N = 168	Technicy medyczni N = 118	Diagności laboratoryjni N = 189	Technicy elektrodiolodzy N = 49	Stanowisko ds. finansowych N = 49
% wskazań												
afrykański	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
angielski	94,7	90,6	93,5	95,0	96,4	89,5	87,4	92,9	90,7	96,8	95,9	55,1
arabski	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
chiński	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
duński	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
francuski	4,3	3,1	11,7	5,0	14,9	5,2	7,4	4,2	5,1	11,1	2,0	2,0
hiszpański	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
hiszpański	6,4	12,5	5,2	0,7	12,3	3,2	8,9	9,5	2,5	13,2	6,1	4,1
holenderski	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0
japoński	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
łaciński	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,7	0,6	0,0	0,5	2,0	0,0
niemiecki	30,9	29,7	27,3	36,9	32,0	39,2	36,3	36,3	27,1	26,5	32,7	63,3
norweski	0,0	0,0	0,0	0,7	0,5	1,8	1,5	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0
polski język migowy	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	3,7	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0
portugalski	0,0	0,0	0,6	0,0	0,2	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0
rosyjski	8,5	9,4	8,4	7,1	3,8	5,5	7,4	9,5	5,9	3,7	10,2	4,1
rumuński	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
szwedzki	1,1	3,1	0,0	0,0	0,7	0,3	1,5	0,6	0,8	0,0	0,0	0,0
włoski	6,4	4,7	3,2	6,4	4,3	9,3	8,1	5,4	6,8	4,8	8,2	0,0

Tabela nr 14. Formy kształcenia

Jakimi formami kształcenia byłby Pan/byłaby Pani najbardziej zainteresowany/a?												
	Dyrektorzy/ kierownicy	Dyrektorzy administracyjni	Ordynatorzy	Pielęgniarki oddziałowe	Lekarze	Pielęgniarki	Położne	Fizjoterapeuci	Technicy medyczni	Diagności laboratoryjni	Technicy elektrodiagnostyki	Stanowisko ds. finansowych
	N = 308		N = 466	N = 733	N = 1078	N = 2497	N = 336	N = 416	N = 232	N = 323	N = 109	N = 286
% wskazań												
warsztaty	54,9	52,6	67,8	35,6	70,8	19,2	25,6	58,9	48,7	50,2	56,9	45,5
staże w klinikach krajowych i zagranicznych	25,0	17,9	47,0	28,5	57,6	20,2	25,3	45,7	24,6	39,6	38,5	4,2
szkolenia stacjonarne	54,9	48,5	39,1	18,1	41,7	13,9	11,3	56,3	52,6	48,9	51,4	58,7
blended-learning	26,6	26,5	30,5	13,1	23,9	7,7	7,1	17,5	13,8	36,2	20,2	19,6
szkolenia e-learningowe	20,5	17,9	20,4	7,4	17,5	7,3	8,3	8,4	11,2	23,5	13,8	14,7
studia podyplomowe	43,8	48,1	15,7	0,0	13,9	0,0	0,0	37,3	12,1	24,8	29,4	45,8
trudno powiedzieć	3,2	3,0	3,0	1,0	3,5	2,2	2,4	2,4	6,9	4,0	3,7	5,2
szkolenia specjalizacyjne	0,0	0,0	0,0	41,6	0,0	44,1	42,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
kurs kwalifikacyjny	0,0	0,0	0,0	33,6	0,0	36,5	34,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
kurs specjalistyczny	0,0	0,0	0,0	33,4	0,0	42,5	42,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
kurs dokształcający	0,0	0,0	0,0	23,2	0,0	21,4	20,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
studia licencjackie	0,6	1,5	0,0	1,5	0,0	6,4	3,6	0,0	21,6	0,0	0,0	0,0
studia licencjackie pomostowe	0,0	0,0	0,0	6,7	0,0	10,1	8,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
studia magisterskie	0,6	3,4	0,0	10,1	0,0	12,4	11,9	0,0	12,5	0,0	0,0	0,0

\* Liczby nie sumują się do 100% ponieważ respondenci mogli wskazać do 3 odpowiedzi.

Tabela nr 15. Preferowana forma organizacji szkoleń

	Jaka forma jego organizacji byłaby najbardziej dla Pana/Pani dogodna?										
	Dyrektorzy/ kierownicy	Dyrektorzy administracyjni	Ordynatorzy	Pielęgniarki oddziałowe	Lekarze	Pielęgniarki	Położne	Fizjoterapeuci	Technicy medyczni	Diagnosty laboratoryjni	Stanowisko ds. finansowych
	N = 305	N = 270	N = 467	N = 739	N = 1078	N = 2493	N = 336	N = 418	N = 233	N = 322	N = 283
	% wskazań										
szkolenie odbywające się w jeden weekend	46,2	36,7	52,9	50,5	45,6	47,6	48,2	55,5	42,9	35,4	37,5
w dni powszednie – kilka dni pod rząd, w godzinach pracy	43,9	57,8	43,3	44,4	62,3	44,3	43,5	55,3	57,1	68,3	63,3
szkolenie internetowe (e-learning)	35,1	33,7	36,6	29,1	31,7	25,8	24,4	15,8	23,6	40,1	22,6
szkolenie cykliczne – odbywające się przez kilka weekendów	39,7	41,5	36,4	48,0	25,9	36,2	33,3	45,9	33,5	26,4	29,0
w dni powszednie – kilka dni pod rząd, wieczorami	11,1	11,5	9,6	16,0	10,8	10,3	11,0	15,8	10,7	9,0	13,4
trudno powiedzieć	3,9	2,2	2,1	1,9	4,9	5,4	5,7	4,1	2,1	2,8	3,9

\* Liczby nie sumują się do 100% ponieważ respondenci mogli wskazać do 3 odpowiedzi.

Tabela nr 16. Forma szkolenia

Proszę wskazać, jaka była forma szkoleń, w których uczestniczył/a Pan/i w ciągu ostatniego roku?																
	Lekarze	N = 969	Pielęgniarki	N = 1780	Położne	N = 253	Fizjoterapeuci	N = 254	Technicy medyczni	N = 120	Diagności laboratoryjni	N = 251	Technicy elektromiologii	N = 56	Stanowisko ds. finansowych	N = 219
	<b>% wskazań</b>															
wewnętrzne (organizowane przez ZOZ, w którym Pan/i pracuje)	51,2		74,6		73,1		56,3		70,0		51,4		55,4		32,9	
zewnętrzne	95,0		67,5		70,8		80,7		65,0		94,8		76,8		96,8	
trudno powiedzieć	1,3		1,4		0,4		0,8		2,5		0,0		0,0		0,0	

\* Liczby nie sumują się do 100% ponieważ respondenci mogli wskazać więcej niż 1 odpowiedź.

Tabela nr 17. Trudności związane z uczestnictwem w szkoleniu

	Czy zdarzyło się Panu/i doświadczyć trudności, gdy chciał/a Pan/i wziąć udział w szkoleniu? (bez względu na rodzaj przyczyny – np. zawodowe, osobiste)											
	Dyrektorzy/ kierownicy	Dyrektorzy administracyjni	Ordynatorzy	Pielęgniarki oddziałowe	Lekarze	Pielęgniarki	Położne	Fizjoterapeuci	Technicy medyczni	Diagnostyci laboratoryjni	Technicy elektrodiagnostyki	Stanowiskowo ds. finansowych
	N = 307	N = 265	N = 472	N = 742	N = 1070	N = 2476	N = 334	N = 417	N = 233	N = 318	N = 110	N = 284
	% wskazań											
tak	40,1	36,2	62,1	47,0	65,4	52,6	58,7	49,6	36,5	54,4	30,0	35,6
nie	50,5	57,0	32,4	47,2	27,4	37,3	31,4	38,8	49,8	35,8	52,7	52,8
trudno powiedzieć	9,4	6,8	5,5	5,8	7,2	10,1	9,9	11,5	13,7	9,7	17,3	11,6

Tabela nr 18. Trudności związane z uczestnictwem w szkoleniu

	Na czym polegały trudności, jakich Pan doświadczył/Pani doświadczyła?													
	Dyrektorzy/ kierownicy	Dyrektorzy administracyjni	Ordynatorzy	Pielęgniarki oddziałowe	Lekarze	Pielęgniarki	Położne	Fizjoterapeuci	Technicy medyczni	Diagnostyci laboratoryjni	Technicy elektrodiagnostyki	Stanowiskowi ds. finansowych		
	N = 119	N = 95	N = 288	N = 340	N = 693	N = 1281	N = 195	N = 202	N = 84	N = 172	N = 32	N = 100		
% wskazań													Liczebność	%
bariery finansowe	58,0	61,1	60,8	80,3	69,1	62,4	74,4	92,6	64,3	85,5	23	76,0		
niedogodne terminy dostępnych szkoleń	63,9	56,8	56,6	37,9	50,2	37,6	38,5	24,8	22,6	33,7	15	34,0		
brak zastępstwa dla szkolącego się pracownika	26,1	17,9	55,2	25,6	45,7	35,1	42,1	25,2	28,6	34,3	13	18,0		
zbyt duża odległość pomiędzy miejscem szkolenia a miejscem zamieszkania	48,7	50,5	42,0	38,5	47,6	32,2	35,4	42,1	32,1	46,5	14	42,0		
obowiązki wynikające z opieki nad dzieckiem/ dziećmi lub innymi osobami	12,6	14,7	19,1	19,1	29,2	25,2	19,0	16,3	20,2	19,8	4	20,0		
brak szkoleń z danej dziedziny	25,2	40,0	17,7	37,4	19,3	30,0	32,8	21,3	35,7	42,4	14	24,0		
niesprzyjająca atmosfera w pracy, brak akceptacji dla osób doszkalających się	9,2	13,7	16,3	19,1	30,0	29,3	35,4	24,8	32,1	26,7	5	8,0		

\* Liczby nie sumują się do 100% ponieważ respondenci mogli wskazać dowolną liczbę odpowiedzi.

Tabela nr 19. Częstość rezygnacji z uczestnictwa w szkoleniu z powodu pojawiających się przeszkód

	Czy z powodu wymienionych powyżej barier zdarzyło się Panu/i zrezygnować ze szkolenia?											
	Dyrektorzy/ kierownicy	Dyrektorzy administracyjni	Ordynatorzy	Pielęgniarki oddziałowe	Lekarze	Pielęgniarki	Położne	Fizjoterapeuci	Technicy medyczni	Diagności aboratoryjni	Technicy elektrodiody	Stanowisko ds. finansowych
	N = 121	N = 95	N = 292	N = 346	N = 692	N = 1293	N = 195	N = 207	N = 85	N = 172	N = 32	N = 98
	% wskazań											
nigdy	2,5	5,3	0,7	7,5	1,9	8,9	4,1	8,2	9,4	4,7	3,1	3,1
1 raz	10,7	7,4	8,9	25,4	10,3	24,9	14,9	16,4	21,2	11,0	18,8	14,3
więcej niż 1 raz	79,3	83,2	85,6	61,8	83,1	55,6	74,4	66,7	54,1	76,2	62,5	70,4
trudno powiedzieć	7,4	4,2	4,8	5,2	4,8	10,6	6,7	8,7	15,3	8,1	15,6	12,2

Tabela nr 20. Korzystanie ze szkoleń w formie e-learningu

	Czy zdarzyło się Panu/i skorzystać z jakiegokolwiek formy kształcenia (np. szkolenie, kurs, studia podyplomowe) w formie e-learningu?												
	Dyrektorzy/ kierownicy	Dyrektorzy administracyjni	Ordynatorzy	Pielęgniarki oddziałowe	Lekarze	Pielęgniarki	Położne	Fizjoterapeuci	Technicy medyczni	Diagnosty laboratoryjni	Technicy elektrodiagnosty	ds. finansowych	N
	N = 309	N = 264	N = 471	N = 733	N = 1070	N = 2471	N = 334	N = 419	N = 233	N = 322	N = 109	N = 284	
	<b>% wskazań</b>												
tak	31,4	26,5	34,8	17,2	29,2	17,0	18,0	13,6	17,2	22,4	26,6	24,3	
nie	66,7	70,5	63,7	81,2	69,1	79,8	80,5	83,8	79,0	75,5	72,5	75,0	
trudno powiedzieć	1,9	3,0	1,5	1,6	1,8	3,3	1,5	2,6	3,9	2,2	0,9	0,7	

Tabela nr 21. Skłonność do korzystania ze szkoleń w formie e-learningu

	Czy byłby Pan skłonny/byłaby Pani skłonna skorzystać z jakiegokolwiek formy kształcenia (np. szkolenie, kurs, studia poddyplomowe) w formie e-learningu?											
	Dyrektorzy/ kierownicy	Dyrektorzy administracyjni	Ordynatorzy	Pielęgniarki oddziałowe	Lekarze	Pielęgniarki	Położne	Fizjoterapeuci	Technicy medyczni	Diagności laboratoryjni	Technicy elektrodiagnosty	Stanowisko ds. finansowych
	N = 309	N = 266	N = 473	N = 735	N = 1074	N = 2490	N = 336	N = 418	N = 236	N = 323	N = 109	N = 285
	% wskazań											
zdecydowanie tak	25,9	25,9	23,0	20,1	26,4	21,8	23,2	21,3	17,4	29,1	25,7	20,4
raczej tak	41,1	39,5	48,2	43,0	46,6	39,8	34,8	38,8	39,0	45,5	39,4	39,3
raczej nie	18,8	23,7	18,8	20,8	16,0	20,9	25,6	21,1	24,2	13,0	14,7	26,7
zdecydowanie nie	4,5	4,9	3,8	3,7	5,1	5,7	6,0	9,1	7,2	4,0	5,5	2,8
trudno powiedzieć	9,7	6,0	6,1	12,4	5,9	11,8	10,4	9,8	12,3	8,4	14,7	10,9

Tabela nr 22. Dysponowanie przez ZOZ-y zapleczem umożliwiający uczestniczenie w szkoleniach e-learningowych

Czy ZOZ, którym Pan/i kieruje, dysponuje zapleczem (tj. sprzętem komputerowym, dostępem do internetu), umożliwiającym realizację szkoleń e-learningowych (tj. szkoleń realizowanych za pośrednictwem internetu)?	Dyrektorzy/ kierownicy	N = 292	Dyrektorzy administracyjni	N = 253	Ordynatorzy	Pielęgniarki oddziałowe	N = 740	Lekarze	N = 1078	Pielęgniarki	N = 2490	Położne	N = 337	Fizjoterapeuci	N = 418	Technicy medyczni	N = 237	Diagnosty laboratoryjni	N = 323	Technicy elektrodiagnosty	N = 104	Stanowisko ds. finansowych	N = 282
	% wskazań																						
zdecydowanie tak	48,3	52,6	53,4	36,5	27,8	18,7	20,2	18,7	35,4	38,1	29,8	47,2											
raczej tak	39,0	37,2	35,0	33,6	42,9	36,3	39,5	39,5	43,9	44,9	34,6	39,0											
raczej nie	8,2	5,9	8,1	18,2	17,3	23,5	20,8	23,4	9,7	9,0	17,3	9,9											
zdecydowanie nie	2,4	2,0	2,6	10,7	7,6	12,7	11,6	10,0	5,1	3,7	6,7	0,7											
trudno powiedzieć	2,1	2,4	0,9	0,9	4,3	8,8	8,0	8,4	5,9	4,3	11,5	3,2											

Tabela nr 23. Zbieranie i analizowanie potrzeb szkoleniowych pracowników ZOZ-u

	Czy w ZOZ-ie, którym Pan/i kieruje/w którym Pan/i pracuje są zbierane i analizowane informacje dotyczące potrzeb szkoleniowych personelu?							
	Lekarze	Pielęgniarki	Położne	Fizjoterapeuci	Technicy medyczni	Diagnosty laboratoryjni	Technicy elektrodiagnosty	Stanowiska ds. finansowych
	N = 1071	N = 2485	N = 337	N = 416	N = 236	N = 322	N = 121	N = 295
	% wskazań							
tak	31,5	52,4	48,4	31,3	49,2	38,5	51,2	64,7
nie	44,9	25,8	30,0	44,2	31,4	36,6	34,7	17,3
trudno powiedzieć	23,6	21,8	21,7	24,5	19,5	24,8	14,0	18,0

Tabela nr 24. Ocena częstotliwości udziału w szkoleniach w ocenie pracowników ZOZ-ów

Ocena częstotliwości udziału w szkoleniach w ocenie pracowników						
	zdecydowanie za dużo	za dużo	w sam raz	za mało	zdecydowanie za mało	trudno powiedzieć
<b>Ocena częstotliwości udziału w szkoleniach w ocenie lekarzy</b>						
lekarzy	0,0	0,1	1,3	34,2	43,1	17,4
<b>Ocena częstotliwości udziału w szkoleniach w ocenie pielęgniarek</b>						
pielęgniarki	0,0	0,7	1,5	37,6	37,4	17,4
<b>Ocena częstotliwości udziału w szkoleniach w ocenie położnych</b>						
położne	0,0	0,8	3,2	39,1	31,2	20,2
<b>Ocena częstotliwości udziału w szkoleniach w ocenie fizjoterapeutów</b>						
fizjoterapeuci	0,4	0,8	25,7	43,2	24,5	5,4
<b>Ocena częstotliwości udziału w szkoleniach w ocenie techników medycznych</b>						
technicy medyczni	0,8	0,0	38,5	45,1	12,3	3,3
<b>Ocena częstotliwości udziału w szkoleniach w ocenie techników elektroradiologów</b>						
technicy elektroradiolodzy	1,8	3,6	41,1	35,7	14,3	3,6
<b>Ocena częstotliwości udziału w szkoleniach w ocenie diagnostów laboratoryjnych</b>						
diagności laboratoryjni	0,0	0,4	33,7	39,7	23,4	2,8
<b>Ocena częstotliwości udziału w szkoleniach w ocenie osób zatrudnionych na stanowiskach ds. finansowych</b>						
stanowiska ds. finansowych	0,0	0,5	41,6	43,4	11,3	3,2

Tabela nr 25. Tematyka szkoleń i jej adekwatność z punktu widzenia prawidłowego funkcjonowania ZOZ-u

Czy Pana/i zdaniem tematyka szkoleń, w których bierze Pana/i udział jest odpowiednia z punktu widzenia prawidłowego funkcjonowania ZOZ-u?					
% wskazań					
	zdecydowanie tak	Raczej tak	Raczej nie	Zdecydowanie nie	trudno powiedzieć
<b>Czy Pana/i zdaniem tematyka szkoleń, w których biorą udział pracownicy jest adekwatna do Pana/i potrzeb? W ocenie lekarzy</b>					
lekarze	13,1	66,9	11,9	2,3	5,9
<b>Czy Pana/i zdaniem tematyka szkoleń, w których biorą udział pracownicy adekwatna do Pana/i potrzeb? W ocenie pielęgniarek</b>					
pielęgniarki	11,6	58,1	16,9	5,3	8,1
<b>Czy Pana/i zdaniem tematyka szkoleń, w których biorą udział pracownicy jest adekwatna do Pana/i potrzeb? W ocenie położnych</b>					
położne	9,0	50,4	23,6	9,3	7,8
<b>Czy Pana/i zdaniem tematyka szkoleń, w których biorą udział pracownicy jest adekwatna do Pana/i potrzeb? W ocenie fizjoterapeuci</b>					
fizjoterapeuci	19,2	45,6	16,1	7,4	11,8
<b>Czy Pana/i zdaniem tematyka szkoleń, w których biorą udział pracownicy jest adekwatna do Pana/i potrzeb? w ocenie techników medycznych</b>					
technicy medyczni	16,1	40,7	14,4	13,1	15,7
<b>Czy Pana/i zdaniem tematyka szkoleń, w których biorą udział pracownicy adekwatna do Pana/i potrzeb? W ocenie diagnostów laboratoryjnych</b>					
diagnostycy laboratoryjni	12,4	60,7	15,5	3,7	7,7
<b>Czy Pana/i zdaniem tematyka szkoleń, w których biorą udział pracownicy adekwatna do Pana/i potrzeb? W ocenie techników techników elektroradiologów</b>					
technicy elektroradiolodzy	18,5	52,9	13,4	5,9	9,2
<b>Czy Pana/i zdaniem tematyka szkoleń, w których biorą udział pracownicy adekwatna do Pana/i potrzeb? W ocenie osób zatrudnionych na stanowiskach ds. finansowych</b>					
stanowiska ds. finansowych	21,3	57,4	12,4	3,4	5,5

**Tabela nr 26. Sytuacje, w których personel nie wiedział jak się zachować**

Czy w ZOZ-ie, którym Pan/i kieruje, według Pana/i wiedzy, zdarzają lub zdarzyły się sytuacje, w których personel nie wiedział, jak ma się zachować (nie miał wystarczających kompetencji/umiejętności, aby prawidłowo/skutecznie zareagować)?				
	Dyrektorzy/kierownicy N = 273	Dyrektorzy administracyjni N = 237	Ordynatorzy N = 464	Pielęgniarki oddziałowe N = 731
	% wskazań			
takie sytuacje zdarzają się bardzo często	3,3	1,3	0,4	1,4
takie sytuacje zdarzają się często	5,1	5,5	1,9	2,5
takie sytuacje zdarzają się od czasu od czasu	24,9	25,7	20,0	13,1
takie sytuacje zdarzają się rzadko	17,9	13,5	16,4	14,6
takie sytuacje zdarzają się bardzo rzadko	15,8	13,1	26,3	19,4
nigdy nie spotkałem/am się ani nie słyszałem/am o takiej sytuacji	22,0	30,0	25,4	34,2
trudno powiedzieć	11,0	11,0	9,5	14,8

\*Pielęgniarki oddziałowe oceniali tylko pielęgniarki ordynatorzy wszystkich pracowników medycznych.

Tabela nr 27. Grupy pracowników, u których uwydatniają się braki w kompetencjach

Jakich grup zawodowych dotyczyły te sytuacje? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)	% wskazań *** N = 170	% wskazań ** N = 123	% wskazań * N = 476
dyrektor/kierownik	14,1	8,1	
dyrektor ds. administracyjnych/ekonomicznych	8,8	12,2	
stanowisko ds. finansowych	12,9	11,4	
ordynator/kierownik oddziału szpitalnego	27,6	26,0	
pielęgniarka oddziałowa	31,2	31,7	11,1
lekarz	48,2	52,0	41,6
pielęgniarka	59,4	59,3	45,0
położna	15,9	17,1	2,9
fizjoterapeuci	14,1	7,3	4,4
technik radiolog	13,5	11,4	4,4
technik medyczny	4,7	3,3	2,1
diagnosta laboratoryjny	6,5	4,9	1,9
inne	24,1	26,8	7,4

\* Ocena ordynatorów/kierowników oddziałów.

\*\* Ocena dyrektorów administracyjnych.

\*\*\* Ocena dyrektorów/kierowników.

**Tabela nr 27A. Grupy pracowników, u których uwydatniają się braki w kompetencjach zdaniem dyrektorów\* oraz dyrektorów administracyjnych\*\***

Jakich grup zawodowych dotyczyły te sytuacje? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)	Liczebność N = 34*	Liczebność N = 27**
obsługa techniczna, gospodarcza	16	9
repcja, rejestratorki	1	6
pracownicy administracyjni	0	7
sekretarki medyczne	2	2
kucharki	2	1
ochrony	0	1
personel pomocniczy	0	1
pracownicy fizyczni	0	1
pracowników działów kadr i płac, organizacyjno-prawnego	0	1
salowe	12	1
kierowcy	3	0
opiekun medyczny, sanitariusz	3	0
osoby sprząające	2	0
dyspozytorzy medyczni	1	0

Tabela nr 28. Umiejętności, których brakuje personelowi

Jak Pan/i sądzi, jakiego rodzaju umiejętności nie posiadają lub posiadają w niewystarczającym stopniu...?	Umiejętności, których uzupełnienie jest najpilniejsze/najważniejsze:
pielęgniarka oddziałowa	komunikacja, organizacja pracy
lekarz	asertywność, fachowa wiedza medyczna, znajomość prawa
pielęgniarka	komunikacja z pacjentem, obsługa sprzętu, pierwsza pomoc medyczna
położna	obsługa sprzętu medycznego
fizjoterapeuta	techniki rehabilitacji, asertywność
technik elektromiolog	nowe techniki badania
technik medyczny	obsługa sprzętu, aspekty prawne pracy
diagnosta laboratoryjny	nowoczesne techniki
osoby zatrudnione na stanowiskach ds. finansowych	przepisy prawne

Tabela nr 29. Zbieranie i analizowanie potrzeb szkoleniowych pracowników ZOZ-u

Czy w ZOZ-ie, którym Pan/i kieruje/w którym Pan/i pracuje są zbierane i analizowane informacje dotyczące potrzeb szkoleniowych personelu?				
	Dyrektorzy/kierownicy N = 288	Dyrektorzy administracyjni N = 253	Ordynatorzy N = 467	Pielęgniarki oddziałowe N = 730
% wskazań				
tak	76,4	72,7	71,9	79,0
nie	12,5	10,3	20,3	13,3
trudno powiedzieć	11,1	17,0	7,7	7,7

Tabela nr 30. Plan szkoleń dla pracowników w ZOZ-ie

Czy w ZOZ-ie, którym Pan/i kieruje został stworzony plan szkoleń dla pracowników (lub inny dokument określający ścieżkę rozwoju zawodowego)?				
	Dyrektorzy/kierownicy N = 290	Dyrektorzy administracyjni N = 252	Ordynatorzy N = 469	Pielęgniarki oddziałowe N = 736
	% wskazań			
tak	64,1	61,9	74,8	80,0
nie	27,2	20,2	17,7	14,3
trudno powiedzieć	8,6	17,9	7,5	5,7

Tabela nr 31. Realizacja planów szkoleń

	Czy istniejący plan szkoleń jest realizowany?			
	Dyrektorzy/kierownicy N = 186	Dyrektorzy administracyjni N = 154	Ordynatorzy N = 348	Pielęgniarki oddziałowe N = 588
	% wskazań			
zdecydowanie tak	38,7	24,0	36,8	47,1
raczej tak	61,3	73,4	59,8	49,0
raczej nie	0,0	1,9	3,4	3,1
zdecydowanie nie	0,0	0,6	0,0	0,5
trudno powiedzieć	0,0	24,0	0,0	0,3

Tabela nr 32. Ocena częstotliwości udziału w szkoleniach pracowników ZOZ-ów

Ocena częstotliwości udziału w szkoleniach w ocenie dyrektorów/kierowników							
% wskazań							
	zdecydowanie za często	za często	z odpowiednią częstotliwością	za rzadko	zdecydowanie za rzadko	trudno powiedzieć	
1	2	3	4	5	6	7	
dyrektorów/kierownictwa placówki	0,0	0,0	54,5	31,9	5,4	8,2	
kierownictwa ds. administracyjnych/ekonomicznych	0,0	0,8	49,4	31,2	7,9	10,7	
osób zajmujących stanowiska ds. finansowych (np. główny księgowy)	0,0	0,4	54,8	26,2	7,9	10,7	
ordynatorów/kierowników oddziałów szpitalnych	0,0	4,5	51,4	25,9	7,0	11,1	
pielęgniarek oddziałowych	0,0	0,4	0,4	53,1	29,2	8,1	
lekarzy	0,0	3,1	56,3	25,0	4,7	10,9	
pielęgniarek	0,0	0,7	59,3	27,4	5,2	7,4	
położnych	0,0	1,0	46,9	26,0	4,2	21,9	
fizjoterapeuci	0,0	0,9	39,2	32,8	8,6	18,5	
techników radiologów	0,0	0,0	37,9	28,2	9,7	24,3	
techników medycznych	0,0	0,0	39,3	20,4	9,2	31,1	
diagnostów laboratoryjnych	0,0	1,5	46,2	20,3	4,1	27,9	
innych grup pracowników	0,0	0,5	34,7	22,8	8,4	33,7	
Ocena częstotliwości udziału w szkoleniach w ocenie dyrektorów administracyjnych							
dyrektorów/kierownictwa placówki	0,0	0,4	48,7	32,9	7,5	10,5	
kierownictwa ds. administracyjnych/ekonomicznych	0,0	0,5	46,4	35,0	10,9	7,3	
osób zajmujących stanowiska ds. finansowych (np. główny księgowy)	0,0	0,5	54,4	27,6	6,0	11,5	
ordynatorów/kierowników oddziałów szpitalnych	0,5	4,9	49,8	22,0	5,4	17,6	
pielęgniarek oddziałowych	0,0	1,4	51,7	27,3	5,7	13,9	
lekarzy	0,0	5,7	51,2	20,6	5,7	16,7	

1	2	3	4	5	6	7
pielęgniarek	0,0	1,4	54,7	25,0	4,2	14,6
położnych	0,0	1,2	45,7	17,9	4,6	30,6
fizjoterapeuci	0,0	1,0	42,8	23,7	5,7	26,8
techników radiologów	0,0	0,0	38,6	20,1	7,1	34,2
techników medycznych	0,0	1,1	39,1	15,6	5,0	39,1
diagnostów laboratoryjnych	0,0	1,1	43,4	18,3	4,0	33,1
innych grup pracowników	0,0	0,0	38,5	24,1	10,7	26,7
<b>Ocena częstotliwości udziału w szkoleniach w ocenie ordynatorów</b>						
ordynatorów/kierowników oddziałów szpitalnych	0,0	0,2	49,4	36,1	10,1	4,2
pielęgniarek oddziałowych	0,0	0,9	45,3	36,6	7,6	9,6
lekarzy	0,0	0,2	51,4	38,1	7,1	3,1
pielęgniarek	0,0	0,5	40,3	41,7	11,7	5,8
położnych	0,0	0,8	16,9	13,1	3,8	65,4
fizjoterapeuci	0,0	1,1	14,4	26,5	11,6	46,4
techników radiologów	0,0	0,0	11,0	16,2	4,4	68,4
techników medycznych (tj. techników elektroradiologów lub techników ortopedów)	0,0	0,0	6,9	20,6	4,6	67,9
diagnostów laboratoryjnych	0,0	0,0	9,6	8,0	3,2	79,2
innych grup pracowników	0,0	0,0	15,2	18,5	9,3	57,0
<b>Ocena częstotliwości udziału w szkoleniach w ocenie pielęgniarek oddziałowych</b>						
pielęgniarek oddziałowych	0,0	0,1	52,0	34,4	11,2	2,2

Tabela nr 33. Przyczyny zbyt częstego lub zbyt rzadkiego uczestniczenia w szkoleniach pracowników ZOZ-ów

Główne przyczyny, dla których pracownicy ZOZ-u za często/za rzadko uczestniczą w szkoleniach	Dyrektorzy % wskazań	Dyrektorzy administracyjni % wskazań
zbyt wysokie koszty szkolenia	70,1	63,8
brak czasu, niedogodne terminy	22,0	19,7
duże obciążenie pracą	19,8	16,4
brak motywacji	17,5	15,8
brak szkoleń typowych dla danej grupy zawodowej, brak odpowiedniej ilości szkoleń tematycznych w danej dziedzinie	15,3	13,2
duża odległość od miejsca zamieszkania	7,9	7,2
obowiązki rodzinne	4,0	4,6
zła organizacja szkoleń	2,8	0,0
brak informacji o szkoleniach	1,7	1,3
mało interesująca tematyka szkoleń	1,1	0,0
dyrektor – za rzadko ponieważ ze strony jednostki nadzorującej szkolenie dyrektora traktuje się jako raczej coś niepożądanego, szczególnie wtedy kiedy środki finansowe na szkolenie są z zakładu. Ograniczenia w kształceniu stawiane przez bezpośrednich przełożonych	1,1	0,0
brak kompetentnych ofert szkoleniowych	0,6	0,0
brak ośrodków szkoleniowych	0,6	0,0
niski poziom tanich szkoleń	0,6	0,0
brak planów szkoleń w odniesieniu do lekarzy	0,6	0,7
nieracjonalne wymogi dotyczące uprawnień do wykonywania podstawowych czynności pielęgnarskich; wymogi nieadekwatne do potrzeb; zbyt duża liczba kursów wymaganych do specjalizacji	0,6	1,3
słaba dostępność odpowiednich szkoleń	0,0	2,0
mała ilość szkoleń kierowanych do ZOZ-ów	0,0	2,6
brak realnej konkurencji	0,6	0,0
za dużo jest propozycji szkoleń	0,6	0,0
za często: szkolenia sponsorowane przez firmy farmaceutyczne	1,7	0,7
za często: ponieważ korzystają z każdej okazji szkolenia przy pełnej obsadzie oddziałów	0,6	1,3
za często: ze względu na nieobecność	0,0	1,3

**Tabela nr 34. Tematyka szkoleń i jej adekwatność z punktu widzenia prawidłowego funkcjonowania ZOZ-u**

Czy Pana/i zdaniem tematyka szkoleń, w których biorą udział pracownicy jest odpowiednia z punktu widzenia prawidłowego funkcjonowania ZOZ-u, którym Pan/i kieruje? W ocenie dyrektorów/kierowników						
	% wskazań					
	zdecydowanie tak	raczej tak	raczej nie	zdecydowanie nie	trudno powiedzieć	
1	2	3	4	5	6	
dyrektorzy/kierownictwo placówki	23,0	62,8	3,8	1,9	8,4	
kierownictwo ds. administracyjnych/ekonomicznych	19,5	59,7	3,8	2,1	14,8	
osoby zajmujące stanowiska ds. finansowych (np. główny księgowy)	23,5	57,1	3,2	2,4	13,8	
ordynatorów/kierowników oddziałów szpitalnych	17,2	59,2	6,0	2,1	15,5	
pielęgniarek oddziałowych	22,0	58,8	5,6	2,4	11,2	
lekarzy	22,6	59,7	5,2	0,8	11,7	
pielęgniarek	23,7	63,4	3,5	0,8	8,6	
położnych	14,2	56,8	3,2	1,6	24,2	
fizjoterapeuci	17,0	51,4	4,6	1,8	25,2	
techników radiologów	13,5	52,0	2,5	2,0	30,0	
techników medycznych	13,4	46,0	3,2	1,6	35,8	
diagnostów laboratoryjnych	13,2	51,1	3,2	1,6	31,1	
innych grup pracowników	13,0	46,1	1,6	2,6	36,8	
Czy Pana/i zdaniem tematyka szkoleń, w których biorą udział pracownicy jest odpowiednia z punktu widzenia prawidłowego funkcjonowania ZOZ-u, którym Pan/i kieruje? W ocenie dyrektorów administracyjnych						
dyrektorzy/kierownictwo placówki	29,1	55,6	3,6	0,4	11,2	
kierownictwo ds. administracyjnych/ekonomicznych	29,2	58,3	2,8	0,5	9,3	
osoby zajmujące stanowiska ds. finansowych (np. główny księgowy)	31,9	51,2	3,3	0,5	13,1	
ordynatorów/kierowników oddziałów szpitalnych	17,5	57,3	5,3	0,0	19,9	
pielęgniarek oddziałowych	20,1	56,4	5,9	0,0	17,6	

1	2	3	4	5	6
lekarzy	17,0	56,3	4,4	0,5	21,8
pielęgniarek	18,5	60,2	4,3	0,0	17,1
położnych	15,1	50,0	4,1	0,0	30,8
fizjoterapeuci	15,9	47,1	4,2	0,0	32,8
techników radiologów	16,4	44,1	3,4	0,0	36,2
techników medycznych	15,0	41,0	3,5	0,6	39,9
diagnostów laboratoryjnych	17,5	43,3	2,3	0,0	36,8
innych grup pracowników	13,9	47,9	4,2	0,0	33,9
<b>Czy Pana/i zdaniem tematyka szkoleń, w których biorą udział pracownicy jest odpowiednia z punktu widzenia prawidłowego funkcjonowania ZOZ-u, którym Pan/i kieruje?</b>					
<b>W ocenie ordynatorów</b>					
ordynatorów/kierowników oddziałów szpitalnych	26,6	58,1	7,2	1,7	6,5
pielęgniarek oddziałowych	22,1	59,2	5,9	0,3	12,6
lekarzy	33,1	60,7	2,4	0,2	3,6
pielęgniarek	20,2	64,7	4,6	0,5	10,1
położnych	13,1	20,5	0,8	1,6	63,9
fizjoterapeuci	10,4	30,5	6,1	3,0	50,0
techników radiologów	1,7	21,7	5,8	1,7	69,2
techników medycznych	2,4	22,6	5,6	2,4	66,9
diagnostów laboratoryjnych	4,6	9,2	2,8	2,8	80,7
innych grup pracowników	7,1	25,0	6,4	2,9	58,6
<b>Czy Pana/i zdaniem tematyka szkoleń, w których biorą udział pracownicy jest odpowiednia z punktu widzenia prawidłowego funkcjonowania ZOZ-u, którym Pan/i kieruje?</b>					
<b>W ocenie pielęgniarek oddziałowych</b>					
pielęgniarek	25,1	67,7	4,6	,5	2,0

Tabela nr 35. Deklarowana potrzeba zatrudnienia osób

Czy w Pana/i opinii, w ZOZ-ie, którym Pan/i kieruje, występuje potrzeba zatrudnienia? Ocena dyrektorów/kierowników						
	zdecydowanie tak	raczej tak	raczej nie	zdecydowanie nie	trudno powiedzieć	
	% wskazań					
1	2	3	4	5	6	
ordynatorów/kierowników oddziałów szpitalnych	12,4	9,8	24,0	51,1	2,7	
pielęgniarek oddziałowych	6,7	8,5	28,6	54,9	1,3	
lekarzy	39,1	22,3	16,4	19,5	2,7	
pielęgniarek	20,6	24,6	25,8	26,6	2,4	
położnych	5,2	8,5	21,7	61,8	2,8	
fizjoterapeutów	11,5	15,5	24,3	45,6	3,1	
techników radiologów	7,8	11,9	21,1	56,0	3,2	
techników medycznych	1,9	8,9	25,4	59,6	4,2	
diagnostów laboratoryjnych	6,0	13,4	22,6	54,8	3,2	
osób na stanowiska ds. finansowych	10,5	13,4	28,9	42,7	4,6	
inne	9,6	11,2	19,7	42,7	16,9	
Czy w Pana/i opinii, w ZOZ-ie, którym Pan/i kieruje, występuje potrzeba zatrudnienia? Ocena dyrektorów administracyjnych						
ordynatorów/kierowników oddziałów szpitalnych	11,2	10,2	27,3	45,4	5,9	
pielęgniarek oddziałowych	5,1	6,1	35,9	48,0	5,1	
lekarzy	32,4	24,4	22,2	14,2	6,7	
pielęgniarek	16,2	23,3	32,4	21,9	6,2	
położnych	3,1	10,4	26,6	54,2	5,7	
fizjoterapeutów	7,5	17,0	29,5	39,5	6,5	
techników radiologów	7,0	9,5	31,5	43,5	8,5	

1	2	3	4	5	6
techników medycznych	2,6	12,6	27,2	48,7	8,9
diagnostów laboratoryjnych	4,3	8,0	33,0	47,3	7,4
osób na stanowiska ds. finansowych	11,0	11,0	33,5	37,8	6,7
inne	14,6	11,9	24,5	28,5	20,5
<b>Czy na oddziale, którym Pan/i kieruje występuje potrzeba zatrudnienia? Ocena ordynatorów/kierowników oddziałów</b>					
pielęgniarek oddziałowych	14,1	5,1	13,1	66,3	1,3
lekarzy	45,9	20,0	14,9	17,8	1,4
pielęgniarek położnych	43,6	22,2	13,6	19,5	1,1
fizjoterapeuci	3,6	4,9	10,2	76,9	4,4
techników radiologów	29,6	25,1	12,0	30,6	2,7
techników medycznych	5,5	4,6	14,7	69,7	5,5
diagnostów laboratoryjnych	5,6	9,8	13,2	67,5	3,8
inne	4,0	3,5	12,3	74,9	5,3
	25,3	7,8	10,1	47,5	9,2
<b>Czy na oddziale, którym Pan/i kieruje występuje potrzeba zatrudnienia? Ocena pielęgniarek oddziałowych</b>					
lekarzy	25,5	19,5	25,7	21,6	7,8
pielęgniarek położnych	47,8	21,0	19,0	10,9	1,4
fizjoterapeuci	9,5	9,1	13,4	63,6	4,3
techników radiologów	29,3	22,3	14,9	27,7	5,8
techników medycznych	1,4	5,3	13,9	70,7	8,7
diagnostów laboratoryjnych	5,5	3,2	14,2	67,9	9,2
inne	1,4	2,4	13,8	72,4	10,0
	34,2	16,0	7,2	30,8	11,8

Tabela nr 36. Potrzebne specjalizacje

Lekarzy jakiej specjalności należałoby zatrudnić?	Liczebność w ocenie dyrektorów/ kierowników	Liczebność w ocenie dyrektorów administracyjnych	Liczebność w ocenie ordynatorów	Liczebność w ocenie pielęgniarek oddziałowych
1	2	3	4	5
alergolog	3	0	3	0
anestezjolog	31	37	36	14
audiolog i foniatra	2	1	1	0
balneolog	3	1	4	1
chemioterapeuta	1	1	0	1
chirurg naczyniowy	4	3	7	0
chirurg dziecięcy	3	0	2	4
chirurg klatki piersiowej	0	1	0	0
chirurg ogólny	24	23	18	17
chirurg onkolog	5	1	2	4
chirurg plastyczny	1	1	0	0
chirurg ortopeda	0	1	2	0
chirurg szczękowo-twarzowy	0	0	2	0
specjalista chorób zakaźnych	3	1	3	1
dermatolog	3	2	0	3
diabetolog	0	1	9	3
diagnosta laboratoryjny	0	0	1	0
endokrynolog	2	2	4	1
endokrynolog dziecięcy	0	1	0	0
foniatra	0	0	0	1
gastrolog dziecięcy	0	0	0	1
gastrolog	7	8	10	2
genetyk	1	0	0	0

	1	2	3	4	5
geriatra		2	3	4	5
ginekolog		2	1	3	3
ginekolog endokrynolog		10	10	4	5
ginekolog położnik		1	2	0	1
ginekolog onkologiczny		4	0	6	3
hematolog		1	0	1	1
higienistka stomatologiczna		2	4	3	0
immunolog		1	1	0	0
internista		1	0	0	0
internista gastrolog		42	29	40	27
kardiolog		0	0	0	1
kardiolog dziecięcy		19	16	19	13
kardiolog inwazyjny		0	0	2	0
kardiolog ze znajomością UKG		2	0	1	0
laryngolog		0	0	1	0
laryngolog dziecięcy		5	0	2	1
lekarz rezydent		0	0	1	1
lekarz medycyny pracy		0	0	1	0
lekarz medycyny ratunkowej		3	0	1	1
lekarz medycyny rodzinnej		27	20	12	10
nefrolog		11	8	1	2
neonatolog		1	4	7	3
neurochirurg		21	15	16	8
neurolog		5	3	5	1
neurolog dziecięcy		20	15	17	12
okulista		0	0	3	1
onkolog		6	4	5	2
		12	10	0	5

1	2	3	4	5
onkolog chemioterapeuta	0	0	1	0
onkolog ginekolog	0	0	1	0
onkolog kliniczny	1	0	10	1
specjalista opieki paliatywnej	1	3	2	1
ortopeda	15	14	7	11
ortopeda traumatolog	0	1	3	0
otolaryngolog	1	1	5	2
patolog	3	1	3	1
pediatra	21	29	30	12
pediatra neonatolog	1	2	0	
pielęgniarka z specjalnością opieki długoterminalnej	0	0	0	1
pielęgniarka ze specjalizacją okulistyczną	0	1	0	0
psychiatra	24	15	16	21
psychiatra dzieci i młodzieży	3	1	4	1
psychiatra specjalista terapii uzależnień	0	0	0	1
psycholog kliniczny	1	0	1	0
pulmonolog	11	13	6	8
pulmonolog dziecięcy	0	1	0	0
radiolog	22	18	17	5
radiolog interwencyjny	1	0	0	0
radiolog zabiegowy	0	0	2	0
radioterapeuta	4	2	4	3
radioterapeuta onkolog	1	0	2	0
lekarz rehabilitacji narządów ruchu	0	0	2	0
lekarz rehabilitacji	16	6	16	11
reumatolog	4	4	7	1
reumatolog dziecięcy	0	0	1	0

1	2	3	4	5
rezydent kardiologiczny	0	0	1	0
rezydent	0	0	1	0
rezydent – ortopedia traumatologia	0	0	1	0
opiekun medyczny	0	0	0	1
seksuolog	0	1	1	0
stażysta	0	0	2	0
stomatolog	2	2	0	0
technik protetyk	1	1	0	0
toksykolog	1	1	0	0
torakochirurg	4	3	0	0
transplantolog	1	1	0	0
traumatolog	1	0	0	0
urolog	6	10	3	5

Ponieważ potrzeby zatrudnienia lekarzy z określoną specjalizacją są bardzo zróżnicowane, dlatego w tabeli pojawia się duża liczba specjalizacji często wskazywana przez pojedyncze osoby.

Tabela nr 37. Stanowiska zagrożone utratą pracy

Jak Pan/i sądzi – osoby na jakich stanowiskach pracy są w ZOZ-ie, którym Pan/i kieruje, w największym stopniu zagrożone utratą pracy? (można zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi)												
	Dyrektorzy/ kierownicy	Dyrektorzy administracyjni	Ordynatorzy	Pielęgniarki oddziałowe	Lekarze	Pielęgniarki	Położne	Fizjoterapeuci	Technicy medyczni	Diagności laboratoryjni	Technicy elektrodiagnozy	Stanowiska ds. finansowych
	N = 243	N = 215	N = 476	N = 747	N = 1008	N = 2376	N = 325	N = 420	N = 228	N = 313	N = 99	N = 270
% wskazań												
żadne	29,6	24,7	31,7	30,3	13,7	15,8	14,5	12,5	23,7	22,0	17,2	25,9
trudno powiedzieć	19,8	21,9	21,8	29,2	48,8	38,9	39,7	42,6	42,1	49,5	41,4	34,4
pielęgniarki	14,8	12,1	15,5	21,8	19,4	38,4	31,7	15,2	10,5	5,4	22,2	3,7
lekarze	4,5	3,7	10,3	1,6	21,2	1,3	1,5	1,0	1,8	0,3	1,0	0,7
inne	14,0	14,0	6,3	0,0	3,0	5,3	3,1	2,0	3,1	6,7	2,0	7,8
ordynatorzy/kierownicy oddziałów szpitalnych	3,3	0,9	5,7	0,7	1,4	0,2	0,6	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0
fizjoterapeuci	8,6	7,4	4,8	1,6	5,4	4,7	3,1	41,1	6,6	2,9	7,1	1,9
technicy medyczni	3,7	3,3	2,9	0,7	3,0	1,7	2,8	11,2	24,6	8,3	14,1	1,5
pielęgniarki oddziałowe	2,5	2,3	2,1	6,0	0,6	1,5	1,2	1,0	0,9	1,0	0,0	0,0
położne	7,0	5,1	1,7	4,7	4,9	9,8	39,7	2,0	3,9	2,6	10,1	2,2
diagności laboratoryjni	7,0	2,8	0,6	0,8	2,8	2,9	2,8	6,2	4,4	15,7	7,1	0,4
technicy elektrodiagnosty	2,9	5,6	0,2	0,4	3,0	2,8	2,2	9,2	10,1	2,9	31,3	3,0
kierownictwo	12,3	13,0	0,0	0,0	3,8	1,1	1,8	1,7	0,4	0,3	0,0	3,7
pracownicy administracyjni	25,5	31,6	0,0	0,0	7,6	5,1	2,2	4,0	3,9	3,5	6,1	27,0
pracownicy na stanowiskach ds. finansowych	7,4	7,4	0,0	0,0	1,1	0,7	0,9	1,0	0,0	0,6	2,0	14,8

Tabela nr 38. Ocena wpływu wzrostu kwalifikacji na redukcję zagrożenia utratą pracy

Czy sądzi Pan/Pani, że zwiększenie kwalifikacji/umiejętności zredukowałoby zagrożenie utratą pracy przez osobę zajmującą stanowisko...? Ocena dyrektorów/kierowników						
% wskazań						
	1	2	3	4	5	6
		zdecydowanie tak	raczej tak	raczej nie	zdecydowanie nie	trudno powiedzieć
kierownictwo		16,7	13,3	50,0	16,7	3,3
pracownicy administracyjni		17,7	27,4	38,7	11,3	4,8
pracownicy na stanowiskach ds. finansowych		11,1	33,3	33,3	22,2	0,0
ordynatorów/kierowników oddziałów szpitalnych		28,6	42,9	14,3	14,3	0,0
pielęgniarek oddziałowych		16,7	50,0	16,7	16,7	0,0
lekarzy		9,1	36,4	27,3	27,3	0,0
pielęgniarek		13,9	33,3	38,9	11,1	2,8
położnych		0,0	5,9	64,7	29,4	0,0
fizjoterapeuci		15,0	15,0	45,0	25,0	0,0
techników radiologów		0,0	14,3	71,4	14,3	0,0
techników medycznych		11,1	0,0	55,6	33,3	0,0
diagnostów laboratoryjnych		6,3	12,5	50,0	31,3	0,0
innych grup pracowników		5,9	5,9	47,1	29,4	11,8
<b>Czy sądzi Pan/Pani, że zwiększenie kwalifikacji/umiejętności zredukowałoby zagrożenie utratą pracy przez osobę zajmującą stanowisko...? Ocena dyrektorów administracyjnych</b>						
kierownictwo		10,7	10,7	53,6	17,9	7,1
pracownicy administracyjni		13,4	11,9	52,2	11,9	10,4

1	2	3	4	5	6
pracownicy na stanowiskach ds. finansowych	18,8	18,8	31,3	18,8	12,5
ordynatorów/kierowników oddziałów szpitalnych	50,0	0,0	0,0	0,0	50,0
pielęgniarek oddziałowych	0,0	20,0	20,0	40,0	20,0
lekarzy	12,5	37,5	25,0	12,5	12,5
pielęgniarek	12,5	29,2	33,3	20,8	4,2
położnych	0,0	18,2	27,3	36,4	18,2
fizjoterapeuci	6,3	6,3	37,5	43,8	6,3
techników radiologów	8,3	8,3	41,7	25,0	16,7
techników medycznych	0,0	14,3	42,9	14,3	28,6
diagnostów laboratoryjnych	0,0	33,3	33,3	16,7	16,7
innych grup pracowników	17,6	11,8	23,5	41,2	5,9
<b>Czy sądzi Pan/Pani, że zwiększenie kwalifikacji/umiejętności zredukowałoby zagrożenie utratą pracy przez osobę zajmującą stanowisko...? Ocena ordynatorów</b>					
ordynatorów/kierowników oddziałów szpitalnych	11,5	26,9	26,9	26,9	7,7
pielęgniarek oddziałowych	22,2	22,2	22,2	22,2	11,1
lekarzy	20,4	22,4	30,6	16,3	10,2
pielęgniarek	18,3	22,5	36,6	15,5	7,0
położnych	25,0	50,0	25,0	0,0	0,0
fizjoterapeuci	11,8	23,5	41,2	5,9	17,6
techników radiologów	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0
techników medycznych	21,4	28,6	35,7	7,1	7,1
diagnostów laboratoryjnych	33,3	33,3	0,0	33,3	0,0
innych grup pracowników	31,0	6,9	41,4	6,9	13,8
<b>Czy sądzi Pan/Pani, że zwiększenie kwalifikacji/umiejętności zredukowałoby zagrożenie utratą pracy przez osobę zajmującą stanowisko...? Ocena pielęgniarek oddziałowych</b>					
ordynatorów/kierowników oddziałów szpitalnych	25,0	25,0	25,0	25,0	25,0
pielęgniarek oddziałowych	22,0	29,3	26,8	12,2	9,8

1	2	3	4	5	6
lekarzy	9,1	36,4	36,4	18,2	9,1
pielęgniarek	14,0	28,7	30,6	14,6	12,1
położnych	25,8	16,1	32,3	9,7	16,1
fizjoterapeuci	10,0	10,0	60,0	20,0	10,0
techników radiologów	0,0	66,7	33,3	0,0	0,0
techników medycznych	20,0	40,0	20,0	20,0	20,0
diagnostów laboratoryjnych	33,3	16,7	33,3	16,7	33,3
innych grup pracowników	32,5	10,0	27,5	12,5	17,5
<b>Czy sądzi Pan/Pani, że zwiększenie kwalifikacji/umiejętności zredukowałoby zagrożenie utratą pracy przez osobę zajmującą stanowisko...? Ocena lekarzy</b>					
dyrektor/kierownik	16,2	10,8	29,7	21,6	21,6
dyrektor ds. administracyjnych/ekonomicznych	12,5	20,8	36,1	16,7	13,9
stanowisko ds. finansowych (np. główny księgowy)	18,2	36,4	27,3	18,2	18,2
ordynator/kierownik oddziału szpitalnego	14,3	35,7	21,4	21,4	7,1
pielęgniarka oddziałowa	33,3	16,7	50,0	0,0	0,0
lekarz	15,9	16,8	40,7	19,2	7,5
pielęgniarka	11,1	24,2	38,9	16,3	9,5
położna	13,0	23,9	37,0	21,7	4,3
fizjoterapeuci	9,6	15,4	48,1	23,1	3,8
technik radiolog	6,9	13,8	48,3	17,2	13,8
technik medyczny	3,3	23,3	53,3	13,3	6,7
diagnosta laboratoryjny	16,0	4,0	52,0	20,0	8,0
inne	0,0	7,1	46,4	32,1	14,3
<b>Czy sądzi Pan/Pani, że zwiększenie kwalifikacji/umiejętności zredukowałoby zagrożenie utratą pracy przez osobę zajmującą stanowisko...? Ocena pielęgniarek</b>					
dyrektor/kierownik	20,0	24,0	20,0	20,0	16,0
dyrektor ds. administracyjnych/ekonomicznych	14,0	20,4	39,8	10,8	15,1

1	2	3	4	5	6
stanowisko ds. finansowych (np. główny księgowy)	7,1	21,4	35,7	21,4	14,3
ordynator/kierownik oddziału szpitalnego	33,3	33,3	33,3	0,0	0,0
pielęgniarka oddziałowa	11,8	20,6	20,6	35,3	11,8
lekarz	17,2	6,9	55,2	13,8	6,9
pielęgniarka	18,3	23,4	28,9	16,6	12,8
położna	14,5	23,3	32,6	16,6	13,0
fizjoterapeuci	11,6	13,7	36,8	23,2	14,7
technik radiolog	17,5	10,5	38,6	24,6	8,8
technik medyczny	13,9	16,7	41,7	22,2	5,6
diagnosta laboratoryjny	12,9	17,7	35,5	24,2	9,7
inne	10,2	17,3	23,5	25,5	23,5
<b>Czy sędzi Pan/Pani, że zwiększenie kwalifikacji/umiejętności zredukowałoby zagrożenie utratą pracy przez osobę zajmującą stanowisko...? Ocena położonych</b>					
dyrektor/kierownik	0,0	40,0	20,0	0,0	40,0
dyrektor ds. administracyjnych/ekonomicznych	0,0	20,0	40,0	20,0	20,0
stanowisko ds. finansowych (np. główny księgowy)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6
ordynator/kierownik oddziału szpitalnego	0,0	0,0	50,0	0,0	50,0
pielęgniarka oddziałowa	25,0	0,0	50,0	0,0	25,0
lekarz	33,3	0,0	33,3	33,3	0,0
pielęgniarka	17,4	27,2	35,9	10,9	8,7
położna	27,0	22,6	27,0	11,3	12,2
fizjoterapeuci	11,1	33,3	44,4	0,0	11,1
technik radiolog	0,0	57,1	42,9	0,0	0,0
technik medyczny	0,0	25,0	37,5	12,5	25,0
diagnosta laboratoryjny	14,3	0,0	57,1	14,3	14,3
inne	22,2	11,1	55,6	11,1	22,2

1	2	3	4	5	6
<b>Czy sędzi Pan/Pani, że zwiększenie kwalifikacji/umiejętności zredukowałoby zagrożenie utratą pracy przez osobę zajmującą stanowisko...? Ocena fizjoterapeuci</b>					
dyrektor/kierownik	14,3	0,0	57,1	28,6	0,0
dyrektor ds. administracyjnych/ekonomicznych	0,0	30,8	23,1	7,7	38,5
stanowisko ds. finansowych (np. główny księgowy)	25,0	0,0	50,0	0,0	25,0
ordynator/kierownik oddziału szpitalnego	0,0	0,0	50,0	50,0	0,0
pielęgniarka oddziałowa	0,0	0,0	50,0	50,0	0,0
lekarz	0,0	25,0	0,0	50,0	25,0
pielęgniarka	25,4	22,0	18,6	22,0	11,9
położna	14,3	0,0	42,9	28,6	14,3
fizjoterapeuci	22,8	22,8	25,3	15,4	13,6
technik radiolog	14,7	29,4	29,4	11,8	14,7
technik medyczny	17,5	27,5	27,5	7,5	20,0
diagnosta laboratoryjny	18,2	31,8	27,3	9,1	13,6
inne	14,3	28,6	28,6	28,6	14,3
<b>Czy sędzi Pan/Pani, że zwiększenie kwalifikacji/umiejętności zredukowałoby zagrożenie utratą pracy przez osobę zajmującą stanowisko...? Ocena techników medycznych</b>					
dyrektor/kierownik	0,0	0,0	0,0	100	0,0
dyrektor ds. administracyjnych/ekonomicznych	20,0	0,0	0,0	60,0	20,0
stanowisko ds. finansowych (np. główny księgowy)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ordynator/kierownik oddziału szpitalnego	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
pielęgniarka oddziałowa	0,0	0,0	50,0	0,0	50,0
lekarz	0,0	0,0	50,0	0,0	50,0
pielęgniarka	0,0	21,7	56,5	4,3	17,4
położna	0,0	0,0	50,0	25,0	25,0
fizjoterapeuci	7,7	15,4	46,2	23,1	7,7
technik radiolog	0,0	31,8	36,4	18,2	13,6

1	2	3	4	5	6
technik medyczny	27,3	25,5	25,5	12,7	9,1
diagnosta laboratoryjny	11,1	44,4	11,1	11,1	22,2
inne	28,6	42,9	0,0	14,3	14,3
<b>Czy sądzi Pan/Pani, że zwiększenie kwalifikacji/umiejętności zredukowałoby zagrożenie utratą pracy przez osobę zajmującą stanowisko...? Ocena diagnostów laboratoryjnych</b>					
dyrektor/kierownik	0,0	100	0,0	0,0	0,0
dyrektor ds. administracyjnych/ekonomicznych	33,3	22,2	33,3	0,0	11,1
stanowisko ds. finansowych (np. główny księgowy)	50,0	50,0	0,0	0,0	0,0
ordynator/kierownik oddziału szpitalnego	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
pielęgniarka oddziałowa	33,3	33,3	0,0	0,0	33,3
lekarz	0,0	0,0	100	0,0	0,0
pielęgniarka	18,8	25,0	37,5	6,3	12,5
położna	12,5	25,0	37,5	25,0	0,0
fizjoterapeuci	22,2	11,1	11,1	22,2	33,3
technik radiolog	11,1	11,1	11,1	22,2	44,4
technik medyczny	19,2	19,2	23,1	11,5	26,9
diagnosta laboratoryjny	32,7	12,2	20,4	16,3	18,4
inne	38,1	9,5	38,1	0,0	14,3
<b>Czy sądzi Pan/Pani, że zwiększenie kwalifikacji/umiejętności zredukowałoby zagrożenie utratą pracy przez osobę zajmującą stanowisko...? Ocena techników elektroradiologów</b>					
technicy elektroradiolodzy	37,9	13,8	13,8	13,8	20,7

\* Należy zwrócić uwagę na fakt, że od pielęgniarek do diagnostów laboratoryjnych odpowiedzi przedstawiono poglądomo, nie należy ich interpretować. Można natomiast jedynie zwrócić uwagę na stanowisko na którym są zatrudnione osoby i je jednocześnie oceniają. Niewielu badanych zdecydowało się bowiem ocenić inne stanowiska.

Tabela nr 39. Umiejętności węższego typu – ordynatorzy

Biorąc pod uwagę wykonywane przez Pana/ią obowiązki zawodowe oraz warunki pracy (np. rodzaj wykorzystywanej aparatury medycznej) proszę wskazać, jakie umiejętności węższego typu chciałby Pan/chciałaby Pani doskonalić?	1	2	% wskazań N = 429
ogólna diagnostyka ultrasonograficzna			22,4
medycyna bólu			18,9
echokardiografia			13,8
leczenie żywnieniowe			13,5
rehabilitacja medyczna			11,7
orzecznictwo lekarskie			10,3
bronchoskopia			8,4
chirurgia jelita grubego			8,2
endoskopia przewodu pokarmowego			6,8
epidemiologia szpitalna			6,3
neuroultrasonografia			6,3
psychiatria sądowa			5,6
uroultrasonografia			5,4
kardiologia interwencyjna			5,1
hepatologia			4,9
pediatria metaboliczna			4,9
genetyka onkologiczna			4,2
mikrochirurgia			4,2
radiologia zabiegowa			4,0
diagnostyka i terapia płodu			3,7
kardiologia inwazyjna			3,7
leczenie oparzeń			3,5
neurofizjologia kliniczna			3,5

1	2
inwazyjna elektrofizjologia i elektroterapia kardiologiczna	3,3
żadne	3,3
anatomia kliniczna	2,8
chirurgia ręki	2,8
chirurgiczne leczenie otyłości	2,8
ultrasonografia ginekologiczno-położnicza	2,8
endoskopia w położnictwie i ginekologii	2,6
koordynacja pobierania i przeszczepiania narządów	2,6
uroginekologia	2,3
onkologia urologiczna	2,1
trudno powiedzieć	2,1
angiologia inwazyjna	1,9
cytologia ginekologiczna i kolposkopia	1,6
diagnostyka mikrokrążenia	1,4
echokardiografia prenatalna	1,4
orzecznictwo sportowo-lekarskie	1,4
radiologia szcękowo-twarzowa	1,4
bankowanie tkanek i komórek	1,2
laparoscopia urologiczna	1,2
medycyna hiperbaryczna	1,2
ginekologia dziewczęca	0,9
medycyna morska i tropikalna	0,9
andrologia	0,7
medycyna lotnicza	0,5
medycyna rozrodu	0,5

Tabela nr 40. Umiejętności węższego typu – lekarze

Biorąc pod uwagę wykonywane przez Pana/ią obowiązki zawodowe oraz warunki pracy (np. rodzaj wykorzystywanej aparatury medycznej) proszę wskazać, jakie umiejętności węższego typu chciałby Pan/chciałaby Pani doskonalić?	1	2
ogólna diagnostyka ultrasonograficzna		23,2
echokardiografia		16,4
medycyna bólu		15,7
leczenie żywieniowe		13,3
ultrasonografia		10,9
rehabilitacja medyczna		9,1
endoskopia przewodu pokarmowego		8,8
orzecznictwo lekarskie		7,5
bronchoskopia		7,1
ultrasonografia ginekologiczno-położnicza		5,2
kardiologia interwencyjna		5,1
chirurgia ręki		4,9
anatomia kliniczna		4,5
chirurgia jelita grubego		4,4
mikrochirurgia		4,3
pediatria metaboliczna		4,3
hepatologia		4,2
kardiologia inwazyjna		4,1
neuroultrasonografia		4,1
uroginekologia		3,5
inwazyjna elektrofizjologia i elektroterapia kardiologiczna		3,4
endoskopia w położnictwie i ginekologii		3,2
diagnostyka i terapia płodu		3,0
genetyka onkologiczna		3,0

1	2
trudno powiedzieć	2,9
cytologia ginekologiczna i kolposkopia	2,7
neurofizjologia kliniczna	2,7
żadne	2,7
onkologia urologiczna	2,5
medycyna rozrodu	2,4
echokardiografia prenatalna	2,3
leczenie oparzeń i	2,3
psychiatria sądowa	2,2
orzecznictwo sportowo-lekarskie	2,1
epidemiologia szpitalna	2,0
ginekologia dziewczęca	2,0
radiologia zabiegowa	1,9
koordynacja pobierania i przeszczepiania narządów	1,8
radiologia szczękowo-twarzowa	1,7
andrologia	1,4
angiologia inwazyjna	1,3
laparoscopia urologiczna	1,2
medycyna morska i tropikalna	1,1
chirurgiczne leczenie otyłości	1,0
diagnostyka mikrokrażenia	0,8
medycyna hiperbaryczna	0,8
bankowanie tkanek i komórek	0,6
implantologia stomatologiczna	0,6
medycyna lotnicza	0,4
organizacja ochrony zdrowia	0,3

**Tabela nr 41. Umiejętności specjalistyczne – lekarze**

Proszę wskazać, w ramach jakiej specjalizacji chciałby Pan/chciałaby Pani doskonalić swoje umiejętności:	1	2	% wskazań
gastroenterologia			12,8
endokrynologia			12,1
diabetologia			11,7
alergologia			10,8
choroby płuc			9,7
chirurgia onkologiczna			8,8
geriatria			6,0
nefrologia			6,0
ginekologia onkologiczna			5,9
neurologia dziecięca			5,9
reumatologia			5,9
kardiologia dziecięca			5,7
medycyna sportowa			5,7
medycyna paliatywna			5,3
chirurgia naczyniowa			4,8
seksuologia			4,8
trudno powiedzieć			4,8
hipertensjologia			4,2
transplantologia kliniczna			4,2
farmakologia kliniczna			3,8

1	2
balneologia i medycyna fizykalna	3,5
hematologia	3,5
immunologia kliniczna	3,5
otorynolaryngologia dziecięca	3,3
żadne	3,1
onkologia i hematologia dziecięca	2,7
toksykologia kliniczna	2,7
urologia dziecięca	2,7
angiologia	1,3
neuropatologia	1,1
chirurgia stomatologiczna	*Liczebność: 1
chirurgia szczękowo-twarzowa	Liczebność: 8
epidemiologia	Liczebność: 1

\* Trzy ostatnie wiersze są poświęcone specjalizacjom wybieranym przez dentystów, ze względu na niewielką ich liczebność dane podano w liczbach bezwzględnych.



1	2	3
farmakoekonomika	16,0	6,8
kodowanie i rozliczenia z NFZ	32,6	6,6
zarządzanie kryzysowe	6,7	6,2
prawo zamówień publicznych	4,9	5,7
public relations	6,5	5,4
marketing	3,4	3,6
mapa procesów	1,0	2,1
strategie e-biznesu	1,6	2,0

Tabela 43. Wpływ potrzeb szkoleniowych na poprawę jakości funkcjonowania oddziału zdaniem pielęgniarek oddziałowych

Jak Pan/i sądzi, zrealizowanie których ze wskazanych przez Pana/Panią, potrzeb szkoleniowych w największym stopniu wpłynęłoby na poprawę jakości funkcjonowania oddziału, w którym Pan/i pracuje?	1	2	% wskazań N = 611
organizacja i zarządzanie			40,1
kommunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie			33,9
resuscytacja krążeniowo-oddechowa			19,0
leczenie ran			18,7
pielęgniarstwo epidemiologiczne			14,9
pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki			12,1
pielęgniarstwo zachowawcze			11,8
pielęgniarstwo chirurgiczne			11,5
wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego			11,5
pielęgniarstwo w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej			10,5
pielęgniarstwo opieki długoterminowej			8,7
pielęgniarstwo ratunkowe			8,7
terapia bólu ostrego u dorosłych			8,5
terapia bólu przewlekłego u dorosłych			8,5
pielęgniarstwo kardiologiczne			8,2
pielęgniarstwo psychiatryczne			8,2
żywnienie enteralne i parenteralne			8,0
pielęgniarstwo geriatryczne			7,9
pielęgniarstwo diabetologiczne			7,7
pielęgniarstwo pediatriczne			7,7
pielęgniarstwo onkologiczne			7,7

1	2
pielęgniarstwo operacyjne	7,5
edukator w cukrzycy	6,9
endoskopia	6,5
pielęgniarstwo neurologiczne	6,4
prowadzenie psychoterapii podstawowej z wykorzystaniem elementów psychoterapii kwalifikowanej	5,9
rehabilitacja osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi	5,7
pielęgniarstwo neonatologiczne	5,1
szczepienia ochronne	4,7
resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka	4,6
pielęgnowanie pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie	4,4
aktywizacja podopiecznych z wykorzystaniem elementów terapii zajęciowej	4,3
psychoedukacja osób uzależnionych i ich rodzin	3,9
poradnictwo dietetyczne	3,9
pielęgniarstwo opieki paliatywnej	3,8
opieka nad pacjentem ze stonią jelitową	2,9
profilaktyka chorób piersi	2,8
pielęgnowanie dziecka wentylowanego mechanicznie	2,6
pielęgniarstwo rodzinne	2,5
wykonywanie konikopunkcji, obarczenie odmy przeźnej oraz wykonanie dojścia dożłokowego	2,5
opieka nad osobami z cukrzycą stosującymi terapię ciągłego podskórnego wlewu insuliny CPWI	2,5
przeciwdziałanie przemocy w rodzinie	2,5
opieka nad dziećmi i młodzieżą z cukrzycą	2,1
podstawy opieki paliatywnej	2,1
trening pęcherza moczowego	2,1

1	2
wykonanie badania spirometrycznego	2,0
opieka nad dzieckiem z chorobą nowotworową	2,0
pielęgniarstwo w ochronie zdrowia pracujących	1,8
podstawy dializoterapii	1,8
pielęgnowanie w chorobach narządu wzroku	1,8
wykonywanie i ocena testów skórnych	1,8
techniki ciągłe pozaustrojowego oczyszczania krwi	1,6
przygotowywanie i podawanie leków przeciwnowotworowych u dorosłych	1,6
pielęgniarstwo nefrologiczne z dializoterapią	1,5
pielęgniarstwo nefrologiczne	1,3
pielęgnowanie pacjenta w warunkach lecznictwa uzdrowiskowego	1,3
pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania	1,1
hartowanie i kształtowanie kikutu amputowanej kończyny	1,1
kompresjoterapia	1,0
medyczna pielęgnacja stóp	1,0
pediatryczna domowa opieka paliatywna	0,7
profilaktyka chorób narządu żucia oraz pierwsza pomoc w nagłych stanach stomatologicznych u populacji w wieku szkolnym	0,3































































