

Alicja Domagała

Planowanie zasobów ludzkich systemu opieki zdrowotnej – doświadczenia kanadyjskie

Słowa kluczowe: zasoby ludzkie, planowanie, system zdrowotny, pielęgniarstwo

Wstęp

Artykuł powstał na podstawie publikacji pt. „Health Human Resources Modelling; Challenging the Past, Creating the Future” opublikowanego przez Canadian Health Services Research Foundation w październiku 2007 [1]. Dokument prezentuje opis trzech projektów z zakresu planowania zasobów ludzkich systemu opieki zdrowotnej, prowadzonych przy zaangażowaniu zespołów badawczych, polityków i decydentów z sześciu prowincji Kanady¹. Głównym celem przedsięwzięcia było udoskonalenie stosowanych obecnie modeli planowania zasobów ludzkich systemu zdrowotnego. Program ten został przygotowany na podstawie koncepcji planowania zasobów ludzkich opracowanej przez O'Brien-Pallasa, Tomblina Murphy i Bircha. Koncepcja ta rozszerza tradycyjne podejścia, skoncentrowane na prognozach demograficznych, proponując podejście wykorzystujące badania uwzględniające szerszy wymiar czynników mających wpływ na system opieki zdrowotnej, takich jak czynniki socjalne, polityczne, ekonomiczne, geograficzne, postęp technologiczny. Badanie przyjmuje założenia wynikające z wiedzy na temat potrzeb zdrowotnych populacji, wydajności pracowników oraz inicjatyw, jakie powinny być podjęte w celu stabilizacji kadr systemu zdrowotnego.

Według szacunków WHO braki kadrowe w opiece zdrowotnej w ujęciu globalnym wynoszą około 4 mln pracowników medycznych [2, 3]. Prognozy demograficzne (postępujący proces starzenia się populacji) oraz wzrost liczby zachorowań na choroby przewlekłe wskazują na wzrost popytu na świadczenia zdrowotne a tym samym zwiększenie zapotrzebowania na personel medyczny, zwłaszcza personel pielęgniarski.

Władze rządowe i menedżerowie zakładów opieki zdrowotnej Kanady, podobnie jak wszystkich innych

krajów, stoją obecnie przed wyzwaniem zapewnienia wystarczającej i wydajnej opieki pielęgniarskiej, aby zabezpieczyć potrzeby zdrowotne mieszkańców Kanady i we właściwym zakresie zrealizować cele systemu zdrowotnego. Wszelkie plany i prognozy liczby personelu pielęgniarskiego muszą być analizowane z uwzględnieniem zmian potrzeb zdrowotnych populacji, efektywności usług zdrowotnych i specyfiki stanowisk pracy. Tradycyjne metody wykorzystywane do planowania zasobów ludzkich systemu opieki zdrowotnej opierają się na wskaźniku aktualnej liczby świadczeniodawców w przeliczeniu na wielkość populacji objętej opieką i prognozowaniu przyszłej wielkości populacji. Metody takie nie spełniają jednak wszystkich oczekiwań, ponieważ nie uwzględniają zmian zachodzących w potrzebach zdrowotnych populacji i wydajności świadczeniodawców.

Aby zbadać powiązania pomiędzy potrzebami zdrowotnymi populacji a planowaniem zasobów ludzkich systemu opieki zdrowotnej, zrealizowano trzy niezależne, lecz powiązane z sobą projekty. Przedmiotem tych badań było przedstawienie znaczenia i wyzwań w zakresie gromadzenia informacji w celu podejmowania działań ukierunkowanych na zapewnienie warunków ciągłości i kompleksowości opieki pielęgniarskiej. Za pomocą badań populacyjnych pierwszy z projektów badał wpływ czynników demograficznych i socjalnych na wskaźniki zdrowotne. W projekcie drugim poddano analizie wydajność opieki pielęgniarskiej nad pacjentami w stanach ostrych (przy użyciu danych pochodzących z systemu informacji na temat pracy pielęgniarek oraz z bazy danych zawierających opisy przypadków pacjentów szpitalnych w stanie ostrym).

Trzeci z przedstawionych projektów badał opinię osób, które wcześniej wykonywały zawód pielęgniarki oraz opinię pielęgniarek zarejestrowanych w 6 kanadyj-

¹ Pełny tekst dokumentu dostępny jest na stronie internetowej www.chrsf.ca.

skich prowincjach. Celem tego badania było zebranie informacji na temat preferowanych działań i rozwiązań systemowych, które przyczyniłyby się do zatrzymania pielęgniarek w systemie.

Wyniki pierwszego z projektów wskazują, że wpływ wieku na zdrowie zmienia się w czasie. Zaobserwowano znaczne różnice wpływu wieku na stan zdrowia populacji i czynników ryzyka zdrowotnego nawet w okresie 11 lat, np. obecnie „przeciętny” 65-latek może spodziewać się lepszego stanu zdrowia i w związku z tym mieć mniej potrzeb zdrowotnych niż „przeciętny” 65-latek 11 lat temu. Założenie, że potrzeby zdrowotne są stałe dla poszczególnych grup wiekowych, jest więc niewłaściwe, nawet dla modeli prognozujących ograniczonych do 10-letnich przedziałów czasowych. Wpływ roku urodzenia na zdrowie różni się w zależności od analizowanego wskaźnika zdrowotnego oraz czynnika ryzyka, np. w młodszych kohortach współczynnik śmiertelności – uzależnienie od tytoniu zmniejsza się, zwiększa się natomiast zachorowalność na choroby przewlekłe oraz nadciśnienie tętnicze. Osoby posiadające niższe wykształcenie są bardziej obciążone problemami zdrowotnymi w porównaniu z osobami o wyższym wykształceniu. Mimo że starsze kohorty wykazują większą dysproporcję w zakresie stanu zdrowia, pomiędzy osobami o niskim i wysokim poziomie edukacji różnice dla młodszych kohort utrzymują się dość stabilnie. Zrozumienie kompleksowych relacji pomiędzy zdrowiem, wiekiem a rokiem urodzenia, a także czynnikami społecznymi jest bardzo istotne w celu zapewnienia właściwego i skutecznego planowania przyszłego zapotrzebowania na zasoby ludzkie systemu opieki zdrowotnej. Do właściwego planowania zasobów ludzkich systemu opieki zdrowotnej konieczne są bezpośrednie, niezależne pomiary stanu zdrowia oraz czynników ryzyka na poziomie populacji.

Drugi z analizowanych projektów polegał na badaniu roli wydajności pracy w planowaniu zasobów ludzkich systemu opieki zdrowotnej. Wydajność odnosi się do wykonanych usług w zdefiniowanej jednostce czasu pracy świadczeniodawcy (wydajność nie oznacza, że świadczeniodawca pracuje więcej godzin, ale że wykonuje więcej usług w przepracowanej jednostce czasu). Poprawa wydajności pracy pracowników systemu opieki zdrowotnej przyczynia się do poprawy wyników działania sektora opieki zdrowotnej.

Wyniki badań pokazują, że w przypadku pielęgniarskiej opieki szpitalnej w okresach 3–4-letnich zakres usług zmienił się, a kierunek i rozmiar tych zmian różnią się w poszczególnych prowincjach kraju. Poziom zatrudnienia innych pracowników zakładu opieki zdrowotnej także w istotny sposób był powiązany ze średnią wydajnością pracy pielęgniarki. Wymagana liczba pielęgniarek potrzebnych do zapewnienia planowanego poziomu usług zależy zatem od konfiguracji innych zasobów szpitala i organizacji procesu świadczenia usług. Plany mające na celu zmiany innych zasobów (np. liczba łóżek) muszą więc uwzględniać wszystkie implikacje dotyczące wymogów opieki pielęgniarskiej w celu uzyskania pożądanego poziomu usług zdrowotnych.

W projekcie trzecim dokonano badania opinii wśród pielęgniarek na temat czynników, które wpływają na satysfakcję z pracy, zamiar przejścia na wcześniejszą emeryturę i ryzyko opuszczenia zawodu. Pielęgniarki zdefiniowały preferowane działania/inicjatywy, które przyciągnęłyby je do zawodu i utrzymałyby dłużej w systemie zdrowotnym. Ważnymi aspektami wskazywanymi przez wszystkie pielęgniarki były: odpowiednie i właściwe obciążenie pracą, pakiet korzyści socjalnych, lepsze wynagrodzenie, wsparcie procesu kształcenia ustawicznego i poprawa środowiska pracy. Jednakże działania w tym zakresie muszą być dopasowane do specyfiki grupy, np. pielęgniarki powyżej 50. roku życia oraz pielęgniarki planujące przejście na wcześniejszą emeryturę bardzo wysoko ceniły wsparcie kierownictwa. Pielęgniarki poniżej 35. roku życia ceniły zwłaszcza zatrudnienie w pełnym wymiarze czasu pracy, podczas gdy pielęgniarki z dłuższym stażem zawodowym jako priorytet wymieniały bezpieczeństwo środowiska pracy.

Pielęgniarki, które odeszły z zawodu, jako przyczynę swojej decyzji wskazywały trudne środowisko pracy, osobiste problemy zdrowotne i możliwość rozwoju zawodowego poza zawodem pielęgniarki. Prawie jedna trzecia wcześniejszych pielęgniarek nadal wykonywała pracę w systemie opieki zdrowotnej.

PROJEKT 1

Projekt stawiał następujące **pytania badawcze**:

1. Jakie są zmiany w stanie zdrowia w czasie w zależności od wieku i płci?
2. Jak porównać te zmiany pomiędzy poszczególnymi grupami społecznymi?
3. Jakie są determinanty zmian, które mogą być stosowane do szacowania zmian potrzeb zdrowotnych?

Implikacje

1. Planowanie zasobów ludzkich systemu opieki zdrowotnej nie może zakładać, że potrzeby zdrowotne populacji pozostają takie same w zależności od wieku i płci, nawet dla modeli prognozowania opartych na 10-letnich przedziałach czasowych. Wyniki badania pokazują, że modele planowania zasobów ludzkich systemu opieki zdrowotnej, które zakładają przyszłe potrzeby zasobów ludzkich wyłącznie na podstawie szacunków struktury wiekowej i struktury płciowej populacji oraz poziomu wykształcenia, bazują na nieprawidłowych założeniach.
2. Zmiany w zapotrzebowaniu na usługi zdrowotne obserwowane w grupach wiekowych różnią się w zależności od zastosowanych wskaźników. Niektóre rodzaje potrzeb zwiększają się, podczas gdy inne maleją. Ponadto modele zmian potrzeb różnią się w zależności od wieku, płci, poziomu wykształcenia i miejsca zamieszkania.
3. Zmiany potrzeb zdrowotnych populacji w czasie wymagają konsekwentnych wskaźników pomiarów potrzeb zdrowotnych, które są systematycznie gromadzone w okresowych badaniach populacyjnych.

Zachodzące zmiany w zakresie treści, sformułowania pytań, kodowania wyników badania istotnie ograniczają zakres wskaźników potrzeb zdrowotnych, jakie mogą być stosowane w analizach.

Planowanie zasobów ludzkich systemu opieki zdrowotnej tradycyjnie było oparte na modelu uwzględniającym wielkość, liczebność i wiek świadczeniodawców oraz strukturę wiekową populacji. Takie podejście nie definiuje precyzyjnie potrzeb zdrowotnych, ale określa zapotrzebowanie na usługi zdrowotne na podstawie wielkości i struktury populacji. Czy jest to racjonalne założenie?

Problemy zdrowotne i ryzyko zgonu wzrasta wraz z wiekiem, dowody pokazują jednak, że wzrost problemów zdrowotnych z wiekiem i przeciętny wiek w chwili zgonu ulegają zmianie. Poziom stanu zdrowia w zależności od wieku częściowo odzwierciedla styl życia osób urodzonych w różnych punktach czasu (kohorty). Styl życia różnych kohort, czynniki socjalne, różne modele ekspozycji na infekcje i czynniki ryzyka (np. palenie) skutkują różnicami w długości trwania życia, śmiertelności, niepełnosprawności w okresie dojrzałości i wieku starczego.

Jednakże horyzont czasowy stosowany zazwyczaj w modelach do planowania zasobów ludzkich wynosi na ogół nie więcej niż 10 lat, co jest znacznie krótszym okresem niż efekty kohorty, które były badane i są wskazywane w piśmiennictwie. Opisujący projekt badał więc, czy stan zdrowia w zależności od wieku różni się w różnych kohortach w znacznie krótszych okresach, zwykle stosowanych do tworzenia modeli prognoz, np. czy osoby urodzone niedawno są zdrowsze w wieku 70 lat od tych, które urodziły się wcześniej? Czy ludzie urodzeni niedawno starzeją się wolniej niż osoby urodzone w latach wcześniejszych?

Metoda i wyniki

W celu sprawdzenia, czy poziom stanu zdrowotnego zmienia się istotnie w zależności od wieku pomiędzy kohortami urodzeń (osoby urodzone w różnych latach), wykorzystano wyniki badań populacyjnych z różnych lat: 1994 i 1998 roku oraz badania z 2001, 2003 i 2005 roku. Badania te obejmowały więc okres 11 lat, stosunkowo nieodległy w czasie, a wyniki tych badań były dodatkowo uzupełnione informacjami ze statystyki krajowej na temat wskaźników śmiertelności.

Poprzez wykorzystanie różnorodnych badań zdrowotnych porównano stan zdrowia pomiędzy 11 kohortami poszczególnych lat urodzenia. Badano zarówno zmiany w stanie zdrowia (pytanie badawcze nr 1), jak i w bezpośrednich czynnikach ryzyka stanu zdrowia (pytanie badawcze nr 3). Wyniki badań populacyjnych i środowiskowych prowadzą do szerokiego zakresu informacji, ale wskaźniki pomiaru są ograniczone do tych, które były mierzone w identyczny sposób we wszystkich badaniach. Wiele wskaźników nie może być wykorzystanych, ponieważ występowały różnice w sformułowaniu pytań lub pytania nie były stosowane we wszystkich

kolejnych badaniach, w rezultacie lista wskaźników była stosunkowo krótka. Analizie poddano: śmiertelność, problemy w sprawności ruchowej, występowanie bólu, słabe samopoczucie zdrowotne i zdiagnozowana jedna lub więcej chorób przewlekłych (takich jak: cukrzyca, choroba obturacyjna płuc, nowotwór, choroby układu krążenia). Zdiagnozowane nadciśnienie tętnicze, uzależnienie od tytoniu i alkoholu były zaliczone do czynników wysokiego ryzyka.

Badano także zmiany w stanie zdrowia w zależności od grup społecznych (pytanie badawcze nr 2), analizując różnice w poziomie wykształcenia oraz miejsca zamieszkania.

Problemy zdrowotne narastają wraz z wiekiem, ale czynniki ryzyka (np. uzależnienie od tytoniu i alkoholu) maleją wraz z wiekiem. Wyniki analizy wskazują, że osoby urodzone w ostatnich latach są częściej diagnozowane na nadciśnienie tętnicze oraz choroby przewlekłe. Tendencja ta zwiększa się w czasie i w zależności od grupy wiekowej. Dawniej urodzone kohorty rzadziej korzystały z wizyt u lekarza, dlatego mogą być w mniejszym stopniu zdiagnozowane. Ponadto otyłość jest jednym z czynników powodujących konieczność monitorowania ciśnienia krwi, prowadząc do wysokiej wykrywalności nadciśnienia.

Wyniki analizy pokazują, że potrzeby zdrowotne mieszkańców Kanady zmieniają się w czasie. Zrozumienie kompleksowych powiązań pomiędzy zdrowiem, wiekiem, rokiem urodzenia i czynnikami społecznymi jest kluczowe dla właściwego i efektywnego procesu planowania wymaganych zasobów ludzkich systemu opieki zdrowotnej w przyszłości.

PROJEKT 2

Projekt stawiał następujące **pytania badawcze**:

1. Czy przeciętny wskaźnik efektywności pracy pielęgniarek zmienił się w czasie w poszczególnych częściach kraju i czy te zmiany są wynikiem zmian potrzeb pacjentów?
2. Jakie czynniki wyjaśniają obserwowane różnice pomiędzy szpitalami?²
3. Jaka jest liczba wymaganego pełnozatrudnionego personelu pielęgniarskiego potrzebnego do zapewnienia efektywnej wydajności na planowanym poziomie dostarczania usług dla danych dostępnych zasobów ludzkich i rzeczowych?

Implikacje

Dwie istotne implikacje wynikają z analizy zasobów ludzkich systemu zdrowotnego jako części procesu świadczenia usług zdrowotnych:

- Poziom zatrudnienia innych grup zawodowych pracowników szpitala w istotny sposób jest powiązany z wydajnością pielęgniarek, co sugeruje, że wymagana liczba pielęgniarek zależy od poziomu zatrudnienia innych zasobów szpitala.

² Inne czynniki rozważane w badaniu jako możliwe determinanty wydajności pracy pielęgniarek to: liczba godzin pracy pracowników administracji, personelu diagnostycznego i terapeutycznego oraz liczba finansowanych łóżek szpitalnych.

- Wymagana liczba i rodzaj zasobów ludzkich systemu opieki zdrowotnej jest uzależniona od wymaganego poziomu usług i dostępności innych zasobów ludzkich i rzeczowych. W przypadku opieki pielęgniarskiej w lecznictwie zamkniętym w okresach 3–4-letnich wskaźnik wydajności usług się zmienił; zarówno kierunek tych zmian, jak i ich zakres był różny w poszczególnych prowincjach Kanady.

Wyniki

Analiza została ograniczona do przypadków ostrych stanów na oddziałach szpitalnych. Badanie ograniczono do analizy danych z lat 1998–2001 trzech prowincji Kanady. Liczba przypadków wymagających interwencji pielęgniarki w przeliczeniu na równoważnik pełnozatrudnionej pielęgniarki w analizowanym czasie spadła we wszystkich trzech prowincjach. Odnotowane zmniejszenie liczby tych interwencji było jednak związane ze znacznym wzrostem przyjęć pacjentów w ciężkim stanie. Wyniki analizy pokazują, że w przypadku szpitalnej opieki pielęgniarskiej w analizowanym okresie 4 lat zakres efektów opieki zdrowotnej, mierzony jako poprawa przypadków ciężkich stanów szpitalnej opieki medycznej, zmienia się, a kierunek i zakres tych zmian są różne w poszczególnych prowincjach kraju. Ponadto wyniki pokazują, że poziom zatrudnienia innych pracowników systemu opieki zdrowotnej jest w istotny sposób powiązany ze średnią wydajnością pracy pielęgniarki. Wymagana liczba pielęgniarek potrzebnych do zapewnienia planowanej opieki zdrowotnej zależy więc od konfiguracji pozostałych zasobów szpitala. Badanie zostało jednak ograniczone i uwaga skoncentrowana tylko na opiece szpitalnej.

Prezentowana koncepcja wydajności bazuje na wydajności przypadków lecznictwa szpitalnego, niemniej jednak efekty/wyniki zdrowotne opieki stacjonarnej nie były szczegółowo analizowane. Wyniki te mogą zależeć od czynników będących poza zakresem opieki stacjonarnej (włączając w to dostępne usługi w systemie, wsparcie pacjenta po wypisaniu ze szpitala, jak również specyficzne cechy pacjenta oraz uwarunkowania społeczne i ekonomiczne). Szpitale ze znacznie wyższym poziomem opieki pielęgniarskiej charakteryzują się znacznie niższym wskaźnikiem średniego czasu pobytu w szpitalu.

PROJEKT 3

Wnioski z realizacji projektu wskazują na dwie istotne implikacje:

- Jeden rodzaj strategii zatrzymania pielęgniarek w systemie nie może być preferowany przez pielęgniarki zaliczane do różnych grup, konieczne jest uwzględnienie zróżnicowania w zależności od specyfiki grupy i ścieżki kariery. Inicjatywy polityczne w tym zakresie muszą być odpowiednio ukierunkowane i dopasowane, aby przyciągnąć ponownie osoby, które odeszły z zawodu i zatrzymać te, które obecnie są zatrudnione w systemie.

- Indywidualne opisy stanowiska pracy i pracodawcy pomagają zrozumieć intencje pielęgniarek w zakresie kariery zawodowej.

Badanie prowadzone w Stanach Zjednoczonych wśród zarejestrowanych pielęgniarek, które były niezatrudnione lub zatrudnione poza pielęgniarstwem, wskazują, że decyzje o pracy w zawodzie były ściślej powiązane z czynnikami zawodowymi (takimi jak preferowana dziedzina kliniczna, elastyczność czasu pracy, bezpieczeństwo pracy i obciążenie pracą) niż z czynnikami osobistymi (np. potrzeby finansowe). Niezatrudnione pielęgniarki były bardziej skłonne do powrotu do zawodu niż te, które podjęły już pracę poza pielęgniarstwem. Badania jakościowe prowadzone w Australii wśród osób, które odeszły z pielęgniarstwa, sugerują, że wśród młodszych pielęgniarek decyzje o opuszczeniu zawodu były powiązane z niezdolnością do osiągnięcia celów kariery zawodowej, natomiast w przypadku starszych pielęgniarek – przyczyną była dysproporcja pomiędzy wysokim poziomem odpowiedzialności i wymagań zawodowych a niskim statusem społecznym i trudnymi warunkami pracy. Inne badania prowadzone w Australii wskazują, że ponad połowa osób, które odeszły z pielęgniarstwa, zdecydowało się opuścić zawód z takich powodów, jak: problemy łączenia pracy zawodowej z życiem rodzinnym, formalne wymagania kontraktu, niski prestiż zawodowy.

Zamiar opuszczenia zawodu lub przejścia na wcześniejszą emeryturę przez pielęgniarki może mieć znaczny wpływ na podaż siły roboczej na rynku pracy. Pielęgniarki zatrudnione w szpitalach, wskazujące wyższą satysfakcję zawodową i niezależność finansową, w mniejszym stopniu planują odejście z zawodu. Pielęgniarki, które nie są zadowolone ze swojej pracy, znacznie częściej wskazują na zamiar opuszczenia systemu niż ich zadowolone koleżanki. Obecne badania prowadzone w Kanadzie wskazują na częsty zamiar opuszczenia zawodu przez młode pielęgniarki, cieszące się lepszym stanem zdrowia, pracujące w niepełnym wymiarze czasu pracy. Częściej zamiar opuszczeniem pielęgniarstwa był także wskazywany przez osoby posiadające wykształcenie niższe niż magisterskie. Pielęgniarki, które planują pozostanie w zawodzie, są bardziej zadowolone ze swojej pozycji i nie przewidują niestabilności pracy. Mimo że literatura przedmiotu przepełniona jest strategiami i rekomendacjami, jak zatrzymać pracujące pielęgniarki i podnieść ich satysfakcję zawodową, strategie te mają charakter ogólny i nie są zróżnicowane w zależności od grupy wiekowej pielęgniarek oraz specyficznych uwarunkowań. Zatem kolejne zadanie opisywanego badania polegało na określeniu preferowanych inicjatyw politycznych, mających na celu zatrzymanie obecnych zasobów pielęgniarskich w systemie. Podjęto próbę zdefiniowania czynników, które warunkują satysfakcję z pracy pielęgniarki, wpływają na zamiar przejścia na wcześniejszą emeryturę oraz zwiększają ryzyko opuszczenia zawodu pielęgniarki. W wyniku badania zidentyfikowano preferowane dla tych grup inicjatywy polityczne, które wpłynęłyby na ich zatrzymanie w systemie. W grupie osób, które zrezygnowały z wykonywania zawodu, ba-

dano zakres możliwości ścieżki kariery zawodowej poza pielęgniarstwem oraz umiejętności pielęgniarstwie, które pomagają zdobyć pracę poza pielęgniarstwem.

Metoda i wyniki

Badaniu poddano trzy grupy pielęgniarek: 1) wcześniejsze zarejestrowane pielęgniarki, które opuściły pielęgniarstwo i nie są obecnie zarejestrowane w zawodzie, 2) zarejestrowane pielęgniarki, które utrzymują rejestrację, lecz nie pracują już w zawodzie pielęgniarstwa lub są bezrobotne, 3) zarejestrowane pielęgniarki, które pozostają w praktyce, ze szczególnym uwzględnieniem pielęgniarek poniżej 35. roku życia.

Pytanie badawcze nr 1

Jakie są indywidualne cechy pracy i pracodawcy wśród pielęgniarek, które wpływają na: a) satysfakcję zawodową, b) ryzyko opuszczenia zawodu, c) decyzję o wcześniejszej emeryturze?

- a) **satysfakcja zawodowa.** Pielęgniarki zatrudnione w niepełnym wymiarze czasu pracy i spotykające się ze swoim przełożonym co najmniej raz w roku w celu omówienia rozwoju kariery i warunków zatrudnienia, wykazują wyższe zadowolenie z pracy (wsparcie kierownictwa). Satysfakcja z pracy jest także wyższa w przypadku pielęgniarek aktywnie włączonych w działania swojej grupy zawodowej. Mniej zadowolone są pielęgniarki, które uważają, że inwestują zbyt dużo czasu w szkolenia i rozwój. Satysfakcja zawodowa była także niższa w przypadku pielęgniarek, które nisko oceniały postrzeganie wizerunku tego zawodu, oraz pielęgniarek narzekających na problemy formalne i prawne związane z funkcjonowaniem praktyki,
- b) **ryzyko opuszczenia zawodu.** Indywidualne osoby, które wybrały karierę pielęgniarstwa z przyczyn altruistycznych, są bardziej narażone na ryzyko odejścia z zawodu niż te, które wybrały ten zawód z innych powodów. Pielęgniarki, które dostrzegały wiele innych alternatywnych opcji kariery, także były bardziej zagrożone odejściem z systemu niż te, które dostrzegały mniej możliwości. Pielęgniarki, które były zadowolone ze swojej pracy, również były mniej narażone na ryzyko odejścia z zawodu niż ich niezadowolone koleżanki,
- c) **przechodzenie na wcześniejszą emeryturę przez pielęgniarki powyżej 50. roku życia.** Zamiar przejścia na wcześniejszą emeryturę przed 65. rokiem życia był znacznie częściej wskazywany przez pielęgniarki, które opiekowały się małymi dziećmi, lub te, które miały dzieci w wieku szkolnym. Zamiar wcześniejszego przejścia na emeryturę był rzadziej wskazywany przez pielęgniarki zatrudnione w szpitalach, w porównaniu z pielęgniarkami środowiskowymi. Pielęgniarki pełniące funkcje menedżerskie także były mniej narażone na opuszczenie profesji przed 65. rokiem życia.

Pytanie badawcze nr 2

Jakie działania w zakresie zatrzymania w zawodzie są preferowane przez pielęgniarki, które: a) planują pozostanie w pielęgniarstwie, b) są w grupie ryzyka opuszczenia systemu, c) planują wcześniejszą emeryturę?

Respondenci w odpowiedzi na powyższe pytanie utworzyli listę 5 preferowanych inicjatyw spośród 21 przedstawionych przez zespół badawczy. **Najwyżej ocenione przez respondentów było: odpowiednie obciążenie pracą, pakiet korzyści socjalnych, lepsze wynagrodzenie, wsparcie procesu kształcenia ustawicznego oraz poprawa środowiska pracy.** Jednakże proponowane inicjatywy powinny być dopasowane do specyfiki poszczególnych grup, np. pielęgniarki powyżej 50. roku życia oraz te, które zamierzały przejść na wcześniejszą emeryturę, wysoko oceniały wsparcie menedżerskie. Pielęgniarki zagrożone wyjściem z systemu byłyby zainteresowane większą dostępnością poszukiwanych stanowisk pielęgniarstwie, a te poniżej 50. roku życia wysoko preferowały pracę zmianową. Znaczenie krótszego tygodnia pracy było najczęściej wskazywane przez pielęgniarki w wieku powyżej 50 lat, które były zagrożone odejściem z systemu, oraz przez pielęgniarki, które planowały wcześniejszą emeryturę. Pielęgniarki w wieku poniżej 35 lat wysoko ceniły pracę w pełnym wymiarze zatrudnienia.

Pytanie badawcze nr 3

Jakie czynniki wpłynęły na decyzję o opuszczeniu pielęgniarstwa jako ścieżki kariery przez wcześniejsze pielęgniarki?

Co najmniej 20% wcześniejszych pielęgniarek wskazało, że następujące przyczyny w sposób umiarkowany albo istotny wpłynęły na ich decyzję o opuszczeniu zawodu: trudności w łączeniu pracy zawodowej z życiem rodzinnym (54,3%), odpowiedzialność za jakość opieki i bezpieczeństwo pacjentów (39,9%), problemy wynikające z pracy zmianowej (38,6%), niezadowolenie z pielęgniarstwa (37%), praca zmianowa w weekendy (33,2%), możliwości uzyskania wyższego wynagrodzenia w innych dziedzinach (31%), lepsze możliwości pracy w innych dziedzinach (29,3%), przejście do zawodu opiekuna (21,8%) i problemy z radzeniem sobie z ciężką pracą fizyczną (20,9%). **Ilościowa analiza odpowiedzi pokazuje, że główne kwestie, jakie wpłynęły na decyzję pielęgniarek o opuszczeniu zawodu, to problemy związane z: środowiskiem pracy, uwarunkowaniami osobistymi i rodzinnymi, jak również możliwości pracy poza pielęgniarstwem.**

Pytanie badawcze nr 4

Wśród wcześniejszych pielęgniarek, które opuściły pielęgniarstwo jako ścieżkę kariery zawodowej: a) jakie są możliwości kariery poza pielęgniarstwem, b) jakie umiejętności pielęgniarstwa pomagają znaleźć pracę poza zawodem, c) jakie czynniki wyjaśniają decyzję o pozostaniu w rejestrze?

- a) **jakie są możliwości kariery poza pielęgniarstwem?** Wcześniejšie pielęgniarki najczęściej podjęły pracę w następujących zawodach: pokrewne zawody opieki zdrowotnej, np. asystent socjalny (31,8%), usługi edukacyjne (11,5%), inne usługi (10%, np. opiekunki do dzieci), rozwój naukowy i badawczy (3,9%), finanse i ubezpieczenia (3%),
- b) **jakie umiejętności pomagają pielęgniarkom znaleźć pracę poza zawodem?** Wśród umiejętności ułatwiających znalezienie pracy poza zawodem respondenci najczęściej wskazywali: wielozadaniowość (70,6%), odpowiedzialność za wykonywane obowiązki (69,8%), umiejętność pracy z ludźmi (69,8%), skuteczna komunikacja (67,3%), umiejętność pracy pod presją (66,8%), skuteczne wykorzystanie czasu (65,6%), adaptacja do zmian (64,2%), posiadanie profesjonalnych zachowań (63,7%), doświadczenie w przeprowadzaniu oceny potrzeb (63,4%), praca autonomiczna (62,8%),
- c) **jakie czynniki wyjaśniają decyzję o pozostaniu w rejestrze?** Decyzje o pozostaniu w rejestrze były na ogół związane z utrzymaniem swojego statusu jako profesjonalisty (46,3%), potencjalny powrót do pielęgniarstwa (37,4%) oraz inne przyczyny (12,8%).

Pytanie badawcze nr 5

Jakie są preferowane przez wcześniejsze pielęgniarki działania, które przyciągnęłyby je ponownie do zawodu?

Spośród 21 działań wskazanych przez zespół badawczy respondenci stworzyli listę rankingową preferowanych inicjatyw, które mogłyby spowodować ponowne przyciągnięcie pielęgniarek do zawodu. Wysoko ocenione przez wszystkie wcześniejsze pielęgniarki zostały: odpowiednie obciążenie pracą, lepsze wynagrodzenie i poprawa warunków pracy. Osoby poniżej 35. roku życia szczególnie ceniły zatrudnienie w pełnym wymiarze czasu pracy, podczas gdy pielęgniarki w średnim wieku jako priorytet wskazywały bezpieczeństwo pracy. Preferowana praca zmianowa była wysoko ceniona przez pielęgniarki poniżej 50. roku życia. Możliwość zdobycia pozycji była bardzo ważna dla pielęgniarek w wieku 35 lat i powyżej.

Podsumowanie

Planowanie zasobów ludzkich systemu opieki zdrowotnej tradycyjnie oparte było na ekstrapolacji wskaźnika wielkości populacji świadczeniodawców w stosunku do spodziewanej przyszłej populacji. Analiza obejmowała wpływ zmian demograficznych na poszczególne profesje zawodów medycznych. W rezultacie takie planowanie jest ograniczone do analizy wpływu zmian demograficznych na wydajność zasobów ludzkich systemu zdrowotnego, relatywnie do wielkości obsługiwanej populacji i wykorzystuje założenia stałego poziomu zarówno w odniesieniu do wydajności opieki zdrowotnej, jak również stanu zdrowotnego w zależności od wieku. Polityka zasobów ludzkich w systemie zdrowotnym i badań w tym zakresie powinna być budowana

na podstawie potrzeb zdrowotnych populacji, niezależnych pomiarów podaży i popytu. Pytania badawcze i działania muszą odzwierciedlać konteksty, w jakich są zadawane, włączając działania edukacyjne i obecny kontekst sytuacji społecznej, politycznej, geograficznej i ekonomicznej. Decydenci i politycy zdrowotni powinni udoskonalić szacowanie potrzebnych zasobów ludzkich systemu opieki zdrowotnej poprzez bardziej precyzyjne uwzględnienie potrzeb zdrowotnych populacji, analizę wydajności pracowników i strategię bazującą na działaniach mających na celu dopasowanie do oczekiwań poszczególnych grup świadczeniodawców. Powinny być rozwijane te modele i strategię planowania zasobów ludzkich systemu opieki zdrowotnej, które są oparte na analizie potrzeb, ukierunkowane na rezultaty i wyniki oraz uznające kompleksową i dynamiczną naturę czynników wpływających na te decyzje. Zrozumienie wzajemnych powiązań pomiędzy stanem zdrowia, wiekiem a rokiem urodzenia, a także czynnikami socjalnymi jest bardzo istotne w celu zapewnienia właściwego i skutecznego planowania przyszłego zapotrzebowania na zasoby ludzkie systemu opieki zdrowotnej

Planowanie zasobów ludzkich w systemie opieki zdrowotnej nie może być kontynuowane tylko w teorii, strategię wsparcia modelu planowania zasobów ludzkich systemu zdrowotnego, które opiera się na potrzebach zdrowotnych, ukierunkowane na wyniki i podatne na zmiany zachodzące w świadczeniu usług, musi być wdrażane i oceniane na podstawie trwającego procesu. Konieczna jest istotna inwestycja w infrastrukturę planowania i zarządzania danymi. Następnym krokiem w opisanych badaniach powinno być rozszerzenie proponowanego podejścia na wszystkie prowincje Kanady. Wszystkie dane statystyczne i symulacje modeli powinny być aktualizowane co dwa lata w celu upewnienia się, że zmiany w potrzebach i cechach populacji są uwzględnione w planowaniu zasobów ludzkich systemu opieki zdrowotnej. Model musi być testowany także na innych grupach zawodów medycznych, aby ocenić wpływ zmian różnych świadczeniodawców.

Rekomendacje dla Polski

Przedstawione powyżej badania przeprowadzone w Kanadzie są działaniami ukierunkowanymi na realizację celów zmierzających do poprawy systemu planowania zasobów ludzkich ochrony zdrowia. Zgodnie z wytycznymi WHO opublikowanymi w *Raporcie o stanie zdrowia na świecie 2006 – „Wspólna praca na rzecz zdrowia”* [3], każdy kraj powinien podjąć inicjatywy w zakresie opracowania strategii i planów zmierzających do wzmocnienia potencjału kadrowego pod względem liczebnym i rodzajowym, co wpłynie na poprawę wyników zdrowotnych i wzmocnienie wydajności na poziomie krajowym (**Tabela I**).

Sytuacja kadr medycznych wymaga podjęcia natychmiastowych działań mających na celu realną poprawę satysfakcji zawodowej pielęgniarek i innych grup pracowników medycznych.

	2006	2010	2015
Inicjatywa na poziomie kraju	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Opracowanie strategii i planów na poziomie krajowym ▪ Zwiększenie inwestycji w edukację ▪ Dzielenie się najlepszymi doświadczeniami w dziedzinie zarządzania 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wdrażanie programów i ocena tych, które zostały wprowadzone wcześniej ▪ Potencjał kadrowy wzmocniony pod względem liczebnym i rodzajowym ▪ Poszerzenie krajowej bazy informacyjnej 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zapoczątkowanie nowego cyklu planowania i wdrażania ▪ Polepszenie wyników zdrowotnych ▪ Wzmocnienie wydajności na poziomie krajowym
Solidarność na poziomie światowym	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nadanie omawianym problemom wysokiej rangi politycznej na poziomie światowym ▪ Ujednolicenie praktyk dotowania ▪ Dzielenie się najlepszymi doświadczeniami 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Podwyższenie rangi politycznego problemu ▪ Zwiększenie/utrzymanie przepływu zasobów kontrolowanej migracji ▪ Poszerzenie światowej bazy wiedzy 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utrzymanie wysokiej rangi politycznej ▪ Utrzymanie wsparcia dla działań na poziomie kraju ▪ Korzystanie z potężnej bazy wiedzy i informacji

Tabela 1. Dziesięcioletni plan działania na rzecz rozwoju liczebności personelu medycznego.

Źródło: WHO Raport o stanie zdrowia na świecie 2006 – „Wspólna praca na rzecz zdrowia WHO”, Genewa 2006.

Niewątpliwie część wniosków wynikających z przeprowadzonych badań mogłaby być także wykorzystana w planowaniu zasobów ludzkich polskiego systemu zdrowotnego, zwłaszcza w odniesieniu do pielęgniarek. Wskaźnik zatrudnienia pielęgniarek na 10000 mieszkańców w Polsce wynosi 49, wskaźnik ten dla Kanady jest dwukrotnie wyższy i wynosi 99,5³. Różnice te pokazują, jak trudna jest sytuacja pielęgniarstwa w naszym kraju. Według prognoz Rządowego Centrum Studiów Strategicznych niedobór pielęgniarek w polskim systemie opieki zdrowotnej w roku 2010 będzie wynosić ponad 60 tysięcy. Ponadto obserwuje się stały spadek zainteresowania kształceniem w zawodach pielęgniarstwa i położnej. Niekorzystna jest także struktura wiekowa w tej grupie zawodowej, większość pielęgniarek ma 25–30-letni staż zawodowy, a połowa pracujących obecnie pielęgniarek w ciągu najbliższych 15 lat przejdzie na emeryturę. Jednak zwiększa się popyt na świadczenia pielęgniarstwa i opiekuńcze. Brak działań stabilizujących tę sytuację może w przyszłości spowodować realne zagrożenie dla systemu opieki zdrowotnej.

Skuteczne wspieranie pracowników ochrony zdrowia wiąże się z koniecznością poprawy systemu wynagrodzeń, ale także poprawą warunków pracy oraz wyeliminowaniem zagrożeń dla ich zdrowia. Wsparcie zarówno ze strony sektora publicznego, jak i prywatnego stanowi podstawę działań na rzecz zatrzymania pracowników systemu opieki zdrowotnej na stanowiskach pracy. Bardzo istotne znaczenie ma również zwiększenie możliwości kształcenia ustawicznego, zachęcanie do rozwoju zawodowego oraz wsparcie kierownictwa. Nad znalezieniem skutecznych rozwiązań w tym zakre-

sie kraje muszą pracować zarówno indywidualnie, jak i wspólnie. Rządy powinny przyciągać i zatrzymywać taką liczbę pracowników ochrony zdrowia, która będzie wystarczająca do zaspokojenia potrzeb zdrowotnych ludności danego kraju [2, 3]. Wykorzystując wiedzę i doświadczenia innych krajów oraz uwzględniając bieżące problemy polskiej kadry pielęgniarstwa, powinniśmy opracować strategię długofalowych działań na rzecz zapewnienia zasobów pielęgniarstwa. Podobnie jak w przypadku opisanej Kanady powinniśmy **stworzyć centralny rejestr pielęgniarek**, który byłby podstawą analiz i racjonalnego planowania. Istotnym problemem naszego kraju jest także odchodzenie od zawodu pielęgniarstwa⁴ oraz migracja zarobkowa. Wśród kluczowych rekomendacji dla naszego kraju, których wdrożenie mogłoby poprawić sytuację pielęgniarstwa, jest skoncentrowanie się na redukcji i ograniczeniu znaczenia czynników stymulujących pielęgniarstwo do migracji. Konieczne jest więc podjęcie działań legislacyjnych, politycznych i systemowych ukierunkowanych na wzmocnienie pozycji i roli pielęgniarstwa w systemie, poprawa warunków wynagrodzenia, poprawa warunków pracy, stworzenie ścieżek kariery i możliwości rozwoju, podjęcie działań umożliwiających migrację wewnętrzną [4]. Ważnym obszarem działań jest również ponowne przyciągnięcie do systemu tych osób, które zrezygnowały z zawodu. W planowaniu takich działań można wykorzystać wnioski z opisanego powyżej projektu 3, poszerzając oczywiście informacje o wyniki badania polskich pielęgniarek. Ważnym elementem planowania kadr medycznych jest więc także rozwijanie międzynarodowej współpracy badawczej w tym zakresie.

³ Na podstawie WHO Health Statistics 2007, www.who.int/whosis/whostat2007/en/index.html, dane za rok 2003.

⁴ Według szacunków Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych około 30 tys. osób uprawnionych do wykonywania zawodu pielęgniarstwa nie wykonuje swojego zawodu.

Abstract:***Health human resources planning – Canadian experience*****Key words:** human resources, planning, health care system, nursing

The article is based on the document „Health Human Resources Modelling; Challenging the Past, Creating the Future” published by Canadian Health Services Research Foundation. The article describes three separate but related projects, which are undertaken to link population health needs to health care staff planning, to present the value and challenges in using health human resources data to inform policy makers on nursing productivity and needs. Project 1, using health data survey explored the level, distribution and patterns of health indicators by demographic and social aspects. During realisation of project 2, nursing productivity was studied by analyzing data for inpatient episodes of care and severity. Project 3 surveyed former nurses and registered nurses across six Canadian provinces.

Policy makers can improve estimates health human resources by incorporating population health needs, productivity analyses and evidences based policy strategies tailored for providers. Models and strategies for health human resources planning that are need-based, outcome-directed and that recognize the complex and dynamic nature of the impact these decisions need to be developed and implemented.

Piśmiennictwo:

1. *Health Human Resources Modelling; Challenging the Past, Creating the Future*; Canadian Health Services Research Foundation, Ottawa, październik 2007.
2. *WHO Report „Human resources for Health in the WHO European Region”*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2006.
3. WHO, *Raport o stanie zdrowia na świecie 2006 – „Wspólna praca na rzecz zdrowia”*, WHO, Genewa 2006.
4. Wójcik G., Sienkiewicz Z., Wrońska I., *Migracja zawodowa personelu pielęgniarskiego jako nowe wyzwania dla systemów ochrony zdrowia*, „Problemy pielęgniarstwa” 2007, 15(2): 3.
5. WHO Health Statistics 2007, <http://www.who.int/whosis/whostat2007/en/index.html>

O autorce:

dr n. med. Alicja Domagała – adiunkt w Zakładzie Polityki Zdrowotnej i Zarządzania Instytutu Zdrowia Publicznego Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków.