

Anna BartosiewiczUniwersytet Rzeszowski
ORCID: 0000-0003-2359-7818**Anna Jacek**Uniwersytet Rzeszowski
ORCID: 0000-0003-2899-2147

STRATEGIE ROZWOJU I WYZWANIA PIEŁĘGNIARSTWA W POLSCE I NA ŚWIECIE

Wprowadzenie

Personel pielęgniarski jest kluczowym ogniwem systemu opieki zdrowotnej dysponującym wiedzą i umiejętnościami, które pozwalają sprawnie zarządzać wysokiej jakości opieką nad pacjentem. To cała rzesza świetnie wykształconych profesjonalistów posiadających także umiejętności zarządzania, organizacyjne i doradcze w zakresie tworzenia skutecznej polityki prozdrowotnej. To wreszcie personel odgrywający istotną rolę we wdrażaniu coraz to nowszych standardów opieki i interwencji medycznych. Od ponad 150 lat pielęgniarstwo na całym świecie rozwija się bardzo dynamicznie, definiując nowe zadania, role i kompetencje wynikające ze zmieniających się warunków życia i otoczenia, i poszukuje swego miejsca w celu zapewnienia jak najlepszej opieki pacjentom, bez których ten zawód nie miałaby sensu¹.

Z uwagi na powszechne zjawisko niedoboru kadry medycznej i dokonujące się na całym świecie zmiany demograficzno-epidemiologiczne oraz zmiany struktury zawodów medycznych rządy państw coraz bardziej zwracają uwagę na wydajność, racjonalne i efektywne gospodarowanie zasobami zatrudnianego personelu. Badania naukowe dowodzą, że wprowadzenie nowych ról w pielęgniarstwie to kierunek efektywny kosztowo, przynoszący wymierne korzyści finansowe dla całego społeczeństwa². Nowe role w pielęgniarstwie polegają m.in. na przekazywaniu kompe-

¹ Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2020, poz. 562).

² D. Kilańska, *EBN czyli pielęgniarstwo oparte na faktach*, „Służba Zdrowia” 2019, nr 9–16, s. 54–58.

tencji od lekarza do pielęgniarek w celu właściwego rozłożenia zadań w poszczególnych zawodach medycznych, a także poszerzeniu zadań i kompetencji zawodowych w celu niezależnego i autonomicznego podejmowania decyzji przez pielęgniarki w procesie leczenia pacjenta. W tym miejscu należy zaznaczyć, że K. Bączyk-Rozwadowska zwraca również uwagę na inne czynniki mające wpływ na kształtowanie się nowych ról w pielęgniarstwie, twierdząc, że „dokonujący się intensywnie postęp naukowo-techniczny i potrzeby praktyki (usprawnienie procesu leczenia, zapewnienie pacjentom dostępu do świadczeń, stanowiące wyraz realizacji zadań państwa wynikających z art. 68 Konstytucji) wymuszają podział kompetencji i – co za tym idzie – czynności zawodowych między lekarzy i przedstawicieli innych profesji medycznych”³. Pionierem co do określania nowych ról w pielęgniarstwie są Stany Zjednoczone, gdzie wzrost znaczenia dyplomowanej pielęgniarki z zaawansowaną praktyką (*advanced practice registered nurse* – APRN) przyczynił się znacznie do rozszerzenia kompetencji pielęgniarskich i do nadania pielęgniarkom już w latach 70. ubiegłego stulecia uprawnień polegających na przepisywaniu recept pacjentom⁴. W Polsce tożsame regulacje zostały wprowadzone z 1 stycznia 2016 r. poprzez określenie przez ustawodawcę uprawnień pielęgniarek do samodzielnego ordynowania określonych leków, wyrobów medycznych i środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego, włącznie z wystawianiem na nie zlecenia albo recepty⁵. Ponadto od 27 października 2019 r. została przyznana kolejna kompetencja pielęgniarska – porada pielęgniarska jako zupełnie nowe i osobno finansowane przez NFZ świadczenie⁶. Można z całą pewnością stwierdzić, iż jest to „krok milowy” w rozwoju polskiego pielęgniarstwa. W niniejszym artykule dokonano przeglądu i oceny sytuacji związanej z niedoborem kadry pielęgniarskiej na świecie oraz wybranych strategii rozwoju pielęgniarstwa, a także wytycznych WHO względem tworzenia takich dokumentów.

³ K. Bączyk-Rozwadowska, *Samodzielność zawodowa pielęgniarki, położnej i ratownika medycznego*, „Studia Iuridica Toruniensia” 2018, t. XXII, s. 28.

⁴ Por. J. Ball, *Implementing Nurse Prescribing. An Updated Review of Current Practice Internationally*, ICN 2009, http://www.ptp.na1.pl/pliki/nurse_prescribing/Nurse%20prescribing_PL%2002.01.2012.pdf (17.12.2019); S. Gielen, J. Dekker, A. Francke, P. Mistiaen, M. Kroezen, *The Effects of Nurse Prescribing: A Systematic Review*, „International Journal of Nursing Studies” 2014, no. 51, s. 1048–1061; M. Kroezen, *Nurse Prescribing. A Study on Task on Substitution and Professional Jurisdictions*, Vrije Universiteit 2014, <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Proefschrift-Marieke-Kroezen-2014.pdf> (17.12.2019).

⁵ Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2014, poz. 1136).

⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2019, poz. 1864). Dodać należy, że finansowanie porady pielęgniarskiej zostało określone w zarządzeniu nr 182/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, www.nfz.gov.pl (4.01.2020).

Niedobór kadry pielęgniarskiej jako problem ogólnoświatowy

Problemem globalnym, z którym zmagają się świat, jest niedobór kadry pielęgniarskiej jako jeden z głównych czynników determinujących obecna politykę zdrowotną na świecie. Według WHO obecnie na świecie brakuje 7,2 mln personelu medycznego w stosunku do zgłaszanych potrzeb, a jak podaje raport z Trzeciego Generalnego Forum Zasobów Ludzkich w Ochronie Zdrowia, stan ten jeszcze bardziej się pogorszy, ponieważ zgodnie z prognozami w 2035 r. będzie brakować już 12,9 mln pielęgniarek⁷. Problemem globalnym, który ma ogromny wpływ na politykę zdrowotną i system ochrony zdrowia, są zmiany demograficzne: systematyczny wzrost liczby osób starszych i spadająca w stosunku do ogółu populacji liczba urodzeń⁸. Negatywny wpływ na kondycję pielęgniarstwa w państwach miał także nasilający się kryzys gospodarczy w 2008 r. W wielu krajach rządy podejmowały decyzje o ograniczeniu wydatków na opiekę zdrowotną, co wpływało z kolei hamując na liczbę rekrutowanych młodych ludzi do zawodu i poziom zatrudnienia, zwłaszcza w sytuacji, w której niedostatecznie liczny personel pielęgniarski musi sprostać zapotrzebowaniu na opiekę zdrowotną na odpowiednim poziomie. Ze względu na cięcia budżetowe i globalne pogorszenie koniunktury gospodarczej zarówno kraje rozwijające się, jak i rozwinięte dotknął problem braku personelu medycznego, a zwłaszcza pielęgniarskiego⁹. Przykładem może być Rumunia, gdzie wydatki na służbę zdrowia zmniejszyły się o 25%¹⁰. Ponadto ze względu na światowy kryzys gospodarczy wiele osób, w tym również pielęgniarki, było zmuszonych szukać zatrudnienia w innych krajach lub zmieniało kwalifikacje, porzucając zawód.

Jak podaje Irlandzka Rada Pielęgniarek i Położnych w 2013 r., ponad 1200 pielęgniarek wystąpiło z wnioskiem o wydanie zaświadczenia do pracy za granicą, a wcześniej, w latach 2009–2012, około 5 tys. irlandzkich pielęgniarek opuściło kraj ze względu na poszukiwanie lepszych warunków pracy i płacy¹¹. Inne formy redukcji kosztów, jak chociażby łączenie placówek opieki zdrowotnej i zwią-

⁷ Por. WHO, *Global Strategic Directions for Strengthening Nursing and Midwifery 2016–2020*, https://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/global-strategic-midwifery2016-2020.pdf (4.01.2020); K. Zdziebło, *Współczesne zjawiska demograficzne a problemy zdrowotne starzejącego się społeczeństwa*, „Studia Medyczne” 2008, nr 9, s. 63–69; WHO, *Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030*, <http://www.who.int/hrh/resources/globstrathrh-2030/en/> (4.01.2019).

⁸ H. Kurowska, *Spoleczno-gospodarcze uwarunkowania i konsekwencje wydłużania życia ludzkiego w Europie Środkowej w czasach nowożytnych*, Zielona Góra 2010, http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/POZ_folder_konf_prezentacja.pdf (4.01.2020).

⁹ A. Sousa, R. Scheffler, J. Nyoni, T. Boerma, *A Comprehensive Health Labour Market Framework for Universal Health Coverage*, „Bulletin of the World Health Organization” 2013, no. 91, s. 892–894, www.who.int/bulletin/volumes/91/11/13-118927/en/ (20.12.2019).

¹⁰ *European Health Systems under Siege. Medical Tourism News*, „International Medical Travel Journal” 2011, www.intmj.com/news/?EntryId82=297309 (20.12.2019).

¹¹ Irish Nursing and Midwifery Organisation, *Media Watch – Budget Cuts Focus*, World of Irish Nursing Dec 2013/Jan 2014, no. 21(10), www.inmo.ie/Home/Index/7820/11149 (20.12.2019).

zane z tym liczne zwolnienia i redukcje etatów, co miało miejsce w Irlandii, także odbiły się niekorzystnie na kondycji pielęgniarstwa. Wiele pielęgniarek, będąc niezadowolonymi z warunków pracy, płacy oraz braku możliwości rozwoju zawodowego i awansu, odchodziło z zawodu, co potwierdza wieloosrodkowe badanie przeprowadzone w 12 państwach europejskich w tym zakresie¹².

Według raportu World Health Statistics Report w Stanach Zjednoczonych jest około 3,9 mln pielęgniarek i szacuje się, że do 2020 r. będzie potrzebnych jeszcze 1,2 mln dodatkowych pielęgniarek. Natomiast American Nurses Association (ANA) – krajowa organizacja reprezentująca 4 mln pielęgniarek we wszystkich 50 stanach i terytoriach USA – wskazuje, że do 2022 r. zapotrzebowanie na pielęgniarki będzie większe niż na jakiegokolwiek inne zawody w tym kraju¹³. Ponadto ponad milion z obecnie pracujących ma 50 i więcej lat, zatem w okresie najbliższych 10–15 lat duża ich grupa odejdzie na emeryturę¹⁴. Według Kanadyjskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek w 2022 r. w Kanadzie będzie brakować 60 tys. pielęgniarek, czyli około 20% więcej niż obecnie zatrudnionych w tej branży¹⁵. Japonia jako najstarszy naród na ziemi również zmagają się z brakiem pielęgniarek. Ogromna liczba osób starszych – 1/4 z 126-milionowej populacji – wymaga wielu rąk do opieki. Kraj ten ma jednocześnie trudności z akceptacją emigrantów zarobkowych, obawiając się wzrostu przestępczości i „rozszczelnienia” bardzo hermetycznej kultury narodowej¹⁶. Z brakiem pielęgniarek zmagają się Wielka Brytania mimo dużej liczby przyjętych pracowników z Europy Środkowo-Wschodniej, m.in. Polski. Brytyjski National Health Service zatrudnia pielęgniarki spoza Unii Europejskiej, głównie z Indii i Filipin, oferując im obok relatywnie wysokich płac zaplecze i wsparcie w nowym miejscu zamieszkania¹⁷. Z przeprowadzonych badań wynika, że aż 83% spośród badanych placówek odnotowało niedobory wykwalifikowanego personelu pielęgniarskiego¹⁸.

¹² L. Aiken, M. Douglas, L. Bruyneel, K. Van de Heede, W. Sermeus, *Nurses' Reports of Working Conditions and Hospital Quality of Care in 12 Countries in Europe*, „International Journal of Nursing Studies” 2013, no. 50, s. 143–153.

¹³ J. Rupenski, *As Nursing Shortage Looms, Policymakers Step In*, „Provider” 2019, no. 5(5), <http://www.providermagazine.com/columns/Pages/2019/As-Nursing-Shortage-Looms,-Policymakers-Step-In.aspx> (20.12.2019).

¹⁴ K. Boczek, *Najbardziej pożądaną zawód świata*, „Służba Zdrowia” 2016, nr 1, s. 42–45.

¹⁵ Canadian Nurses Association, *Tested Solutions for Eliminating Canada's Registered Nurse Shortage 2009*, https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/m_highlights_e.pdf (20.12.2019).

¹⁶ A. Mizuho, *Nursing Care Workers Hard to Find but in Demand in aging Japan*, „Japan Times” 2016, <http://www.japantimes.co.jp/news/2016/06/27/reference/nursing-care-workers-hard-to-find-but-in-demand-in-aging-japan/#.WFLgyubhDIU> (20.12.2019).

¹⁷ A. Alonso-Garbayo, J. Maben, *Internationally Recruited Nurses from India and the Philippines in the United Kingdom: The Decision to Emigrate*, „Human Resources for Health” 2009, no. 7, s. 37.

¹⁸ NHS Employers, *NHS Qualified Nurse Supply and Demand Survey – Findings*. Report produced for the Health Education England Nursing Supply Steering Group, <http://hee.nhs.uk/wp-content/uploads/sites/321/2014/05/NHS-qualified-nurse-supply-and-demand-survey-12-May1.pdf> (20.12.2019).

Podobne problem dotyka także Niemcy, gdzie do opieki nad chorymi i starszymi osobami brakuje aż 50 tys. pielęgniarek¹⁹. Jeszcze bardziej przejmującą i ponurą rzeczywistość prezentują przykłady takich krajów, jak Malawi, RPA, Lesoto, kraje Afryki Południowej czy Wspólnoty Państw Ameryki Łacińskiej i Karaibów. W Malawi wskaźnik zatrudnionych pielęgniarek wynosi zaledwie 3,4 pielęgniarki na 10 tys. mieszkańców. Według danych w kraju tym jest zaledwie 25% wymaganej liczby pielęgniarek²⁰. W krajach Afryki Południowej niedobory kadry pielęgniarskiej są dotkliwe zwłaszcza na obszarach wiejskich, co znacznie ogranicza dostęp do opieki szczególnie dla pacjentów dotkniętych chorobami nowotworowymi i AIDS²¹. W Mozambiku na 10 000 mieszkańców przypadają tylko dwie pielęgniarki, stąd wielu pacjentów umiera, nie doczekując się rozpoczęcia leczenia antyretrowirusowego. W Lesoto większość stanowisk pielęgniarskich pozostaje nieobsadzona, a na 10 tys. mieszkańców przypada tylko 6,3 pielęgniarki. Podobna sytuacja dotyczy Wspólnoty Państw Ameryki Łacińskiej i Karaibów i takich państw, jak Jamajka, Saint Lucia, Saint Vincent, Gujana czy Tobago²². Sytuację pogarsza stosunkowo wysoki w tych krajach wskaźnik migracji na poziomie 8% w skali rocznej. W konsekwencji braku kadrowego w sektorze medycznym znacznie utrudniają leczenie i kontrolę pacjentów, zwłaszcza dotkniętych HIV/AIDS. Również duża rzesz chorych z cukrzycą z racji słabego dostępu do świadczeń zdrowotnych pozostaje bez należytej edukacji i leczenia²³. W krajach Ameryki Północnej i Południowej liczba pielęgniarek na 10 tys. mieszkańców jest bardzo zróżnicowana i kształtuje się na poziomie od 1,4 pielęgniarki na 10 tys. mieszkańców w takich krajach jak np. Chile do 92,9 pielęgniarki na 10 tys. mieszkańców w Kanadzie²⁴. Prognozy w Australii wskazują, że do 2025 r. liczba obecnie aktywnych zawodowo pielęgniarek zmniejszy się o około 109 tys.²⁵

¹⁹ S. Yang, Q. Jiang, H. Li, *The Role of Telenursing in the Management in the Management of Diabetes*, „Public Health Nurs” 2019, no. 36(4).

²⁰ International Council of Nurses, *Pielęgniarki są siłą na rzecz zmian. Efektywna opieka i racjonalne koszty*, http://www.ptp.na1.pl/pliki/ICN/20150909_ICN_Pielegniarki_sa_sila_na_rzecz_zmian.pdf (2.12.2019).

²¹ *Ibidem*.

²² World Bank, *The Nurse Labor & Education Markets in the English-speaking CARICOM: Issues and Options for Reform*, Report no. 48988-LAC, Human Development Department, Caribbean Country Management Unit Latin America and the Caribbean Region, http://siteresources.worldbank.org/INTJAMAICA/Resources/The_Nurse_Labor_Education_Market_Eng.pdf (2.12.2019).

²³ A. Hennis, H. Fraser, *Diabetes in the English – Speaking Caribbean (Special Report)*, „Pan American Journal of Public Health” 2004, no. 15(2), s. 90–93.

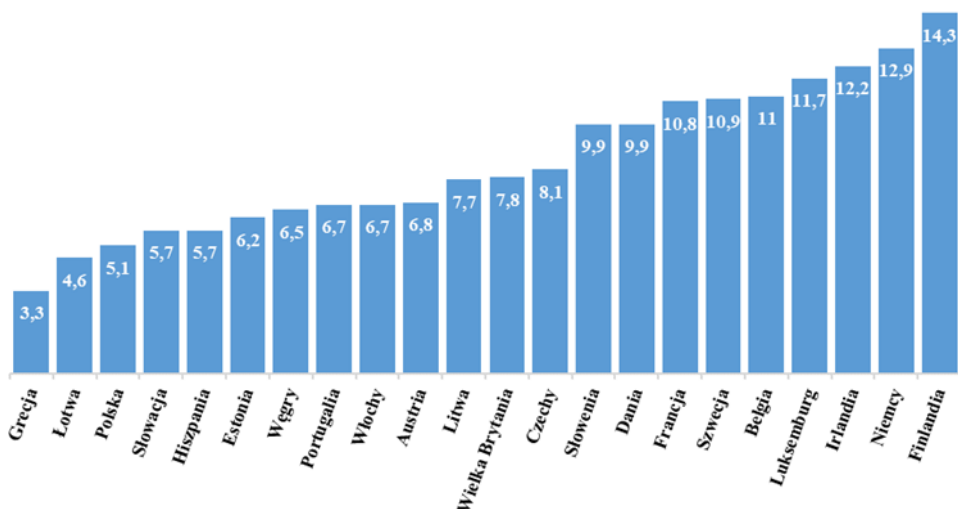
²⁴ WHO, *World Health Statistics 2014*, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf?ua=1 (2.12.2019).

²⁵ International Council of Nurses, *Pielęgniarki...*

Sytuacja Polski

W sytuacji, w której bogate kraje współczesnego Zachodu lepiej lub gorzej radzą sobie z problemem, jakim niewątpliwie jest brak personelu pielęgniarstwa, warto zapytać o sytuację Polski, zwłaszcza że należy ona do krajów, w których wydatki na zdrowie są zaliczane do najniższych wśród wszystkich członków Unii Europejskiej. Według raportu OECD przygotowanego we współpracy z Komisją Europejską w Polsce na zdrowie wydano 6,3% PKB, co plasuje ją na końcu listy krajów Unii Europejskiej. Stawkę otwiera Szwajcaria z 12,3% wydatkowanymi na zdrowie. Kolejne miejsca zajmują: Francja, Niemcy i Szwecja (11,5–10,9%). Najniższe nakłady spośród państw mają natomiast: Turcja, Czarnogóra i Rumunia (4,2–5,9%)²⁶.

Polska posiada również bardzo niski wskaźnik, jeżeli chodzi o liczbę pielęgniarek zatrudnionych bezpośrednio przy opiece nad pacjentem. Jak wynika z przedstawionych danych, wskaźnik ten nie jest zadowalający i wykazuje tendencję spadkową. Prognozuje się, że do 2030 r. liczba pielęgniarek w Polsce jeszcze się zmniejszy – do 4,01 na 1000 mieszkańców²⁷ (rysunek 1).



Rysunek 1. Liczba pielęgniarek na 1000 mieszkańców w latach 2014–2018

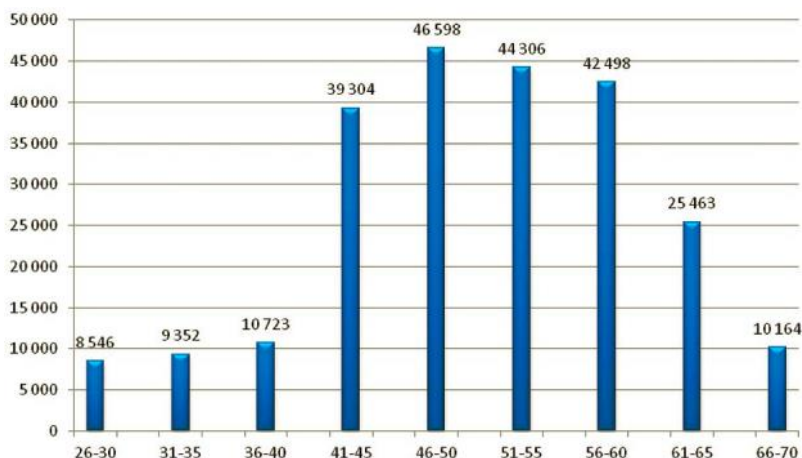
Źródło: EOCED Health Statistics 2019, <https://www.oecd.org/health/health-data.htm> (20.12.2019).

Bardzo poważnym problemem jest wiek pracujących w Polsce pielęgniarek, który od kilku lat sukcesywnie wzrasta. Średnia ich wieku na koniec 2008 r. wyno-

²⁶ Por. M. Solecka, *Polska tam, gdzie zawsze*, „Służba Zdrowia” 2018, grudzień, s. 28–33; OECD, *Nurses – Indicator*, 2019, <https://data.oecd.org/healthres/nurses.htm#indicator-chart> (20.12.2019).

²⁷ NIPiP, *Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych*, Warszawa 2017, https://nipip.pl/wp-content/uploads/2017/03/Raport_druk_2017.pdf (20.12.2019).

siła 44 lata, natomiast na koniec 2017 r. – już 50,2 roku. Obecnie wiek statystycznej polskiej pielęgniarki to 52 lata, położnej – 50 lat. Według prognoz w 2030 r. będzie to już 60 lat, a więc opiekę będą sprawowały osoby, które same z racji swojego wieku i ciężkiej, często zmianowej pracy odczuwać będą liczne dolegliwości. Sytuacja ta pozwala na stwierdzenie, że pielęgniarki są „starą demograficznie grupą zawodową”²⁸ (rysunek 2).



Rysunek 2. Struktura wieku zatrudnionych pielęgniarek i położnych w Polsce

Źródło: Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych 2017.

W Polsce obserwuje się niknące zainteresowanie młodych ludzi tym zawodem i powszechne są sytuacje, w których absolwenci studiów pielęgniarskich nie podejmują pracy ze względu na duże obciążenie fizyczne i psychiczne oraz brak satysfakcjonujących korzyści finansowych. Dlatego według M. Kózki, krajowego konsultanta w dziedzinie pielęgniarstwa, niezwykle istotna jest promocja zawodu, aby zachęcić kandydatów do podejmowania kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo²⁹. Czynnikiem demotywującym młode osoby jest niski prestiż społeczny zawodu, utrudnienia w poszerzaniu kompetencji oraz wysokość wynagrodzeń na poziomie niegwarantującym stabilności finansowej³⁰.

²⁸ *Ibidem*; W. Zgliczyński, D. Cianciara, J. Pinkas, *Nurses in Poland – Staffing and Training System*, „Progress in Medicine” 2016, no. 29(5), s. 279–283, <https://pnm.publisherspanel.com/resources/html/article/details?id=130989&language=en> (29.12.2019).

²⁹ M. Kózka, *Co czeka polskie pielęgniarstwo?*, „Analiza Przypadków. Pielęgniarstwo i Położnictwo” 2016, nr 1, s. 37–40.

³⁰ M. Tartas, G. Derewicz, M. Walkiewicz, *Źródła stresu zawodowego w pracy pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach o dużym obciążeniu fizycznym i psychicznym – hospicjum oraz chirurgii ogólnej*, „Ann Acad Med Gedan” 2009, nr 39, s. 145–153; GUS, *Struktura wynagrodzeń*, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/pracujacy-zatrudnieni-wynagrodzenia-koszty-pracy/struktura-wynagrodzen-wedlug-zawodow-w-pazdzierniku-2016-r,-4,8.html> (4.01.2020).

Z prognoz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych dotyczących sytuacji pielęgniarek w Polsce wynika, że już za niespełna 5 lat Polacy mogą zostać pozbawieni profesjonalnej opieki pielęgniarskiej i położniczej. Za 7 lat liczba pielęgniarek i położnych w Polsce może zmniejszyć się o 54 tys. Według danych Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych obecnie w Polsce zarejestrowanych jest 288 774 pielęgniarki i położne³¹.

Globalny niedobór personelu pielęgniarskiego i prezentowane powyżej przykłady z wybranych krajów nasuwają pytanie, jak należałoby ocenić jakość sprawowanej opieki pielęgniarskiej przy tak dużym niedoborze kadrowym. Wyniki badań przeprowadzonych przez Join Commission on Accreditation of Healthcare Organizations w Stanach Zjednoczonych wykazały, że niedostateczna obsada personelu pielęgniarskiego aż w 24% przyczyniła się do śmierci lub urazu pacjenta. Ponadto z raportu wynika, że w 90% ośrodków sprawujących opiekę długoterminową liczba personelu jest niewystarczająca, aby zapewnić podstawowe bezpieczeństwo i opiekę dla podopiecznych. Co więcej, jak podają badania, w szpitalach, gdzie nie wykazano braków w obsadzie stanowisk pielęgniarskich, odnotowuje się niższy wskaźnik zgonów, i odwrotnie – w placówkach z niską obsadą pielęgniarską i tym samym zwiększonym obciążeniem obowiązkami odnotowano większą częstotliwość zdarzeń niepożądanych, jak upadki pacjentów i błędy w wykonywaniu zleceń lekarskich³².

Powyższe rozważania potwierdzają też wyniki wielośrodkowego i przekrojowego badania RN4CAST. Głównym celem projektu było udoskonalenie i rozszerzenie typowych modeli prognozowania pokazujących, w jaki sposób środowisko pracy i kwalifikacje personelu wpływają na zaangażowanie zawodowe pielęgniarek, a kiedy mogą być przyczyną wypalenia zawodowego i powodem odejścia z zawodu. Badanie RN4CAST miało również na celu pokazanie, jak zmieni się jakość opieki nad pacjentem w zależności od zmian w edukacji pielęgniarek, środowisku pracy pielęgniarskiej, stosunku liczby pielęgniarek do pacjenta i zestawu umiejętności pielęgniarek. Projekt był realizowany w latach 2009–2010 w blisko 500 szpitalach opieki ogólnej w 12 krajach w Europie: Holandii, Szwecji, Belgii, Hiszpanii, Niemczech, Anglii, Irlandii, Grecji, Norwegii, Finlandii, Polsce i Szwajcarii³³. Ogólnie rzecz biorąc, dane uzyskane w badaniu wskazały, że wszystkie kraje muszą zająć się problemami bezpieczeństwa, jakości pobytu w szpitalu, niezadowolenia i wypalenia pielęgniarki. Projekt RN4CAST ujawnił też, że plany pielęgniarek dotyczące opuszczenia pracy w szpitalach spowodowałyby przyszłe

³¹ NIPiP, *Zabezpieczenie społeczeństwa...*

³² L. Aiken, D. Sloane, L. Bruyneel, K. Van den Heede i in., *Nurse Staffing and Education and Hospital Mortality in Nine European Countries: A Retrospective Observational Study*, „The Lancet” 2014, no. 383(9931), s. 1824–1830; C. Duffield, D. Diers, L. O’Brien Pallas, C. Aisbett, M. Roche, M. King, K. Aisbett, *Nursing Staffing, Nursing Workload, the Work Environment and Patient Outcomes*, „Applied Nursing Research” 2011, no. 24(4), s. 244–255.

³³ About RN4CAST, <http://www.rn4cast.eu/about1.html> (4.01.2020).

trudności, szczególnie w Europie³⁴. We wszystkich krajach objętych prognozą zadowolenie pacjentów z jakości opieki było powiązane ze środowiskiem pracy personelu pielęgniarskiego (wsparcie kierownicze w zakresie opieki pielęgniarskiej, udział pielęgniarki w podejmowaniu decyzji, relacje między opiekunem a pielęgniarką oraz priorytety organizacyjne dotyczące opieki)³⁵. W Polsce badanie przeprowadzono wśród 2605 pielęgniarek i 4136 pacjentów z 30 szpitali, a jego wyniki wykazały, że czynniki korelowały z wypaleniem zawodowym pielęgniarek, a w konsekwencji ze zmniejszoną wydajnością zawodową, co wpłynęło na ocenę szpitalną pacjentów. Wyniki badania RN4CAST pokazują również, że średnia liczba pielęgniarek w Polsce wynosi 41, podczas gdy w Finlandii 42, dlatego oba kraje zajmują ostatnie miejsce w Europie pod względem wieku pielęgniarek. Dowodzi to, że w zawodzie nie ma zastępstwa pokoleniowego³⁶. Wyniki badań RN4CAST wskazują na ogólny wniosek, że jakość opieki nad pacjentem i ogólny stan opieki zależą od następujących czynników: braku wsparcia, funduszy i urlopów na samokształcenie personelu, przepracowania z powodu dużej liczby pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę podczas pełnienia obowiązków oddziału, zakłóceń pracy, wykonywania czynności niezwiązanych z pracą oraz gorszych warunków pracy³⁷.

Globalny niedobór personelu pielęgniarskiego odbija się także niekorzystnie na całym środowisku pielęgniarskim i prestiżu zawodowym tej grupy. Pielęgniarkom należą się godne warunki pracy i płacy w stosunku do poziomu wykształcenia, jaki muszą w tym zawodzie osiągnąć i wykonywanej pracy. Jednak w większości krajów na świecie sytuacja społeczno-ekonomiczna tej grupy zawodowej jest wręcz zła lub niekorzystna. Prowadzi to do niezadowolenia z pracy z powodu braku odpowiednich zasobów zapewniających satysfakcjonującą jakość życia³⁸. Jest to jeden z powodów podjęcia przez International Council of Nursing działań zmierzających do poprawy bezpieczeństwa pracy pielęgniarek na całym świecie. Jednym z nich jest program Leadership for Negotiation oraz kampania Positive Practice Environments³⁹. Celem tych działań jest poprawa jakości świadczonej opieki poprzez zwiększenie świadomości, wskazanie przykładów najlepszych praktyk oraz przygotowanie kadry zarządzającej i wdrażanie tych projektów w aspekcie globalnym i lokalnym. Ponadto organizatorzy wspo-

³⁴ L. Aiken, W. Sermeus, K. Van den Heede, D. Sloane i in., *Patient Safety, Satisfaction and Quality of Hospital Care: Cross Sectional Surveys of Nurses and Patients in 12 Countries in Europe and the United States*, BMJ 2012, no. 344, s. 1717.

³⁵ *Ibidem*.

³⁶ J. Haczyński i in., *Nurses in Poland – Immediate Action Needed*, „Engineering Management in Production and Services” 2017, no. 9(2), s. 97–104.

³⁷ J. Ball, *Implementing Nurse...*

³⁸ L. Aiken, M. Douglas, L. Bruyneel, K. Van de Heede, W. Sermeus, *Nurses' Reports...*, s. 143–153.

³⁹ International Council of Nurses, *Pielęgniarki...*

mnianych kampanii wskazują na konieczność aktywnego włączania się środowiska pielęgniarskiego do życia politycznego związanego z finansowaniem sektora zdrowia, co da możliwość decydowania i współtworzenia polityki wspierającej grupę zawodową pielęgniarek. Bardzo istotne są także działania promujące i wspierające badania naukowe w pielęgniarstwie jako wyznacznik niezbędny do rozwoju i sprawowaniu opieki opartej na dowodach naukowych. Niestety, ciągle w budżetach państw brak jest środków i tylko niewielki procent funduszy przeznaczany jest na *evidens-based practice*⁴⁰.

Strategie na rzecz rozwoju pielęgniarstwa na świecie

Tworzenie strategii na rzecz rozwoju pielęgniarstwa było i jest jednym z działań podejmowanych w celu poprawy sytuacji w ochronie zdrowia poprzez szeroko rozumiane inicjatywy prowadzące do wspierania i wzmacniania pielęgniarstwa.

Konieczność podejmowania wspólnych wysiłków na rzecz strategicznych kierunków wzmacniania pielęgniarstwa WHO akcentuje już od 2002 r. Na szczególną uwagę zasługuje dokument *Globalne, strategiczne kierunki wzmocnienia pielęgniarstwa i położnictwa 2016–2020 (Global Strategic Directions for Strengthening Nursing and Midwifery 2016–2020)*, który przedstawia konieczność zwiększenia dostępności do wysokiej jakości, efektywnej kosztowo opieki pielęgniarskiej i wskazuje strategiczne kierunki działań na różnych szczeblach (globalnym, krajowych, regionalnych) mających na celu wzmocnienie pielęgniarstwa. Na szczeblu krajowym wymieniane są m.in.: opracowywanie krajowych planów rozwoju pielęgniarstwa, opracowywanie, wdrażanie i wspieranie systemów zarządzania jakością w pielęgniarstwie, opracowywanie i wdrażanie planów poprawy warunków pracy pielęgniarek dla zapewnienia pozytywnego środowiska pracy, tworzenie mechanizmów podnoszących poziom zaangażowania pielęgniarek w procesy decyzyjne związane z polityką zdrowotną, tworzenie wielosektorowych grup wspierających rozwój pielęgniarstwa, aktualizacja programów nauczania na studiach pielęgniarskich o treści kształtujące asertywność, rozwijające umiejętności przywódcze, negocjacyjne, pomagające wpływać na politykę zdrowotną. Przedstawiane działania są zgodne z globalną strategią WHO dotyczącą zasobów ludzkich w ochronie zdrowia – *The Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030*⁴¹.

Przykłady innych krajów na świecie pokazują, iż tworzenie takich strategii ma miejsce co najmniej od kilkudziesięciu lat i bardzo często było odpowiedzią na aktualny bądź prognozowany kryzys w ochronie zdrowia. Już pod koniec lat 90.

⁴⁰ Elsevier Clinical Solutions, National Survey and Forum for Nurse Executives Leveraging Evidence-based Practice to Enhance Healthcare Quality, Reliability, Patient Outcomes and Cost-containment 2014, <http://visit.clinicaldecisionsupport.com/l/7222/2014-05-12/n9fy1> (2.12.2019).

⁴¹ WHO, *Global Strategic...*

rząd Irlandii przedstawił ramy określające strategię rozwoju przyszłości zawodu i praktyki pielęgniarskiej jako fundament, który zapewni strukturę, będzie wspierał zmiany, innowacje i wzmacniał rozwój praktyki pielęgniarskiej, tak aby mogła ona sprostać wyzwaniom i potrzebom opieki zdrowotnej⁴². Podobne przedsięwzięcie podjęła Kanada już w 1999 r., w obliczu trwającego w całym kraju kryzysu w pielęgniarstwie – niekontrolowanego niedoboru pielęgniarek, co było istotną przyczyną pogorszenia jakości opieki zdrowotnej w tym państwie. Pierwszy dokument pod nazwą *W kierunku strategii pielęgniarskiej dla Kanady: dokument konsultacyjny dla interesariuszy* był fundamentem dla wydanej pod koniec 2000 r. *Strategii pielęgniarstwa dla Kanady*, która wskazywała jako podstawowy cel osiągnięcie i utrzymanie odpowiedniej podaży personelu pielęgniarskiego⁴³. Ponadto w 2012 r. z inicjatywy Kanadyjskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego (Canadian Nurses Association) powstała Krajowa Komisja Ekspercka, która opracowała 5-letnią strategię (na lata 2012–2017) dla pielęgniarstwa kanadyjskiego pod nazwą *A Nursing Call to Action*, zakładającą wielosektorową współpracę na rzecz poprawy ochrony zdrowia i pielęgniarstwa w kraju, lepszego wykorzystania posiadanych zasobów ludzkich, wskazując na ekonomiczne korzyści interwencji pielęgniarskich, ze szczególnym naciskiem na efektywność opieki pielęgniarskiej w szeroko pojętej deinstytucjonalizacji opieki medycznej umiejscowionej w podstawowej opiece (*primary care*) oraz miejscu zamieszkania pacjentów⁴⁴. Strategiczny, systemowy plan rozwoju pielęgniarstwa w Argentynie został przedstawiony przez argentyńskie Ministerstwo Zdrowia w 2008 r. pod nazwą *National Plan for Nursing Development (Recursos humanos: Residencias Enfermería)*. Główne cele i założenia rozwoju pielęgniarstwa w tym kraju kładą szczególny nacisk na jakość edukacji pielęgniarskiej, tworzenie partnerstw pomiędzy ośrodkami dydaktycznymi kształcącymi pielęgniarki, a także na działania wpływające na wzrost liczby pielęgniarek w kraju⁴⁵. Działania podjęte w tej kwestii w Australii i Szkocji skupiały się na podnoszeniu jakości opieki nad pacjentem poprzez rozwijanie praktyki pielęgniarskiej opartej na badaniach naukowych i innowacjach, wspieranie kadry pielęgniarskiej w rozwoju zawodowym i praktyce klinicznej, promowanie kultury bezpieczeństwa i jakości w praktyce

⁴² *A Strategy for Practice Development*, Health Service Executive (HSE) South 2006, <https://www.lenus.ie/handle/10147/45662> (4.01.2020).

⁴³ *The Nursing Strategy for Canada*, Advisory Committee on Health Human Resources 2000, <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/nursing/nursing-strategy-canada.html> (4.01.2020).

⁴⁴ R. Shasanmi, E. Kim, S. De Bortoli Cassiani, *National Nursing Strategies in Seven Countries of the Region of the Americas: Issues and Impact*, „Rev Panam Salud Publica” 2015, no. 38(1), s. 64–72, <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2015.v38n1/64-72/en> (4.01.2020); *A Nursing Call to Action*, National Expert Commission, Canada 2012, https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/files/en/nec_report_e.pdf (4.01.2020).

⁴⁵ R. Shasanmi, E. Kim, S. De Bortoli Cassiani, *National Nursing...*, s. 64–72.

pielęgniarskiej, tworzenie pozytywnych oraz elastycznych środowisk pracy, zapewnienie atrakcyjnych ścieżek rozwoju zawodowego, poszerzenie dostępu do kształcenia na kierunku pielęgniarstwo⁴⁶.

Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa w Polsce

Niepokojące prognozy na przyszłość, a także wyzwania i problemy, z którymi zmagają się obecnie polski system ochrony zdrowia, wymuszają zaplanowanie i podjęcie konkretnych działań systemowych. Opublikowany w maju 2019 r. raport NIK *System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian* w jednej z głównych rekomendacji przedstawia konieczność przygotowania długookresowej strategii rozwoju systemu ochrony zdrowia, która powinna określać cele systemu z uwzględnieniem wyzwań demograficznych i epidemiologicznych oraz priorytetowe kierunki rozwoju, w tym m.in. poprawę wykorzystania zasobów systemu – również zasobów kadrowych⁴⁷.

W obszarze pielęgniarstwa koncepcja opracowania takiej strategii została zainicjowana ponad 2 lata wcześniej od powstania raportu NIK w formie dokumentu pod nazwą *Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce*, a jego powstanie jest znaczącym osiągnięciem dla środowiska pielęgniarstwa w Polsce.

Strategia to kompleksowe rozwiązania zidentyfikowanych uprzednio problemów, będące wynikiem prac szerokiego gremium liderów, wskazujące konkretne kroki, które muszą zostać podjęte dla poprawy kondycji polskiego pielęgniarstwa. Strategia to pierwszy w Polsce dokument o charakterze planistycznym określający kierunki działań, jakie należy podjąć, aby zapewnić wysoką jakość, bezpieczeństwo i dostęp pacjentów do opieki pielęgniarstwa⁴⁸. Zespół ekspertów opracowujących strategię został powołany w marcu 2017 r. przez Ministra Zdrowia, oficjalne rozpoczęcie prac nastąpiło 16 maja 2017 r. – połączone z uroczystymi obchodami Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Położnej. Następnie prace kontynuowano podczas 4 posiedzeń plenarnych i 15 spotkań w podzespołach roboczych. Dokument pod nazwą *Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce* został ukończony 29 grudnia 2017 r., natomiast oficjalne ogłoszenie *Strategii* przez Ministra Zdrowia nastąpiło 9 stycznia 2018 r.

⁴⁶ *Nursing 2030. Vision at a Glance*, Scottish Government 2017, <https://www.gov.scot/publications/nursing-2030-vision-9781788511001/> (6.01.2020); *Nursing and Midwifery Strategic Plan 2015–2019*, Metro South Health 2015, <https://metrosouth.health.qld.gov.au/sites/default/files/nursing-widwifery-strat-plan-15-19.pdf> (6.01.2020).

⁴⁷ Zob. D. Kilańska, *Strategia dla pielęgniarstwa*, „Analiza Przypadków. Pielęgniarstwo i Położnictwo” 2017, nr 6, s. 6–15.

⁴⁸ *Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce*, https://nipip.pl/wp-content/uploads/2018/01/dokument_strategia-rozwoju-pielęgniarstwa-i-polożnictwa-w-polsce_do-wyslenia.pdf (7.01.2020).

Celem głównym dokumentu jest zapewnienie wysokiej jakości, bezpieczeństwa i dostępności do opieki pielęgniarskiej. Cele pośrednie to zwiększenie liczby pielęgniarek i położnych w polskim systemie opieki zdrowotnej i powstrzymanie emigracji zarobkowej oraz zmotywowanie absolwentów do podejmowania pracy w zawodzie i utrzymanie na rynku pracy pielęgniarek i położnych nabywających uprawnienia emerytalne⁴⁹.

Minister Zdrowia, podejmując decyzje dotyczące organizacji i funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce – w szczególności w obszarze pielęgniarstwa i położnictwa, będzie uwzględniał propozycje działań określone w *Strategii*, mając na uwadze możliwości i zasoby (m.in. finansowe) budżetu państwa oraz systemu ochrony zdrowia. *Strategia* będzie jednym z ważnych narzędzi w realizacji polityki zdrowotnej Ministra Zdrowia w najbliższej perspektywie czasowej⁵⁰.

W efekcie dyskusji i uzgodnień eksperckich w poszczególnych podzespołach zostały wypracowane propozycje szczegółowych celów i działań, które należy podjąć, aby zaplanowane cele zostały osiągnięte w okresie realizacji *Strategii*: perspektywa 5-letnia, 10-letnia i 15-letnia. Rozpoznane problemy pogrupowano w pięć obszarów tematycznych: kształcenie przed- i podyplomowe pielęgniarek i położnych; rola i kompetencje pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia; normy zatrudnienia – określenie liczby pielęgniarek i położnych oraz ich kwalifikacji w poszczególnych zakresach świadczeń; warunki pracy, wynagrodzenia i prestiż zawodów pielęgniarki i położnej; nowy zawód medyczny jako zawód pomocniczy dla zawodu pielęgniarki w systemie opieki zdrowotnej. Środki finansowe przewidziane na realizację celów i działań *Strategii* będą pochodzić z wielu źródeł, w tym m.in. z: publicznych funduszy krajowych, tj. budżetu państwa oraz państwowych funduszy celowych, a także środków innych jednostek sektora finansów publicznych, publicznych środków wspólnotowych oraz innych źródeł. Monitorowanie realizacji i ocena poziomu osiągniętych celów będą cykliczne, będą obejmowały 5-letnie okresy realizacji (zgodnie z harmonogramem) i zostaną przedstawiane w formie raportu⁵¹.

Aktualnie *Strategia* zyskała rangę dokumentu rządowego pod nazwą *Polityka wieloletnia Państwa na rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce* i co istotne, znalazła się w wykazie prac legislacyjnych rządu⁵². Pierwsze efekty *Strategii* to zmiany dotyczące norm zatrudnienia. Szczegółowo określa to pod-

⁴⁹ *Polityka wobec pielęgniarek i położnych w wykazie prac legislacyjnych rządu*, <http://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Polityka-wobec-piellegniarek-i-poloznich-w-wykazie-prac-legislacyjnych-rzadu,194342,14.html> (7.01.2020).

⁵⁰ *Ibidem*.

⁵¹ *Strategia na rzecz rozwoju...*

⁵² *Porada pielęgniarska powinna z założenia być samodzielną decyzją pielęgniarki*, <https://www.medexpress.pl/porada-piellegniarska-powinna-z-zalozenia-byc-samodzielnna-decyzja-piellegniarki/73392> (7.01.2020).

pisane przez Ministerstwo Zdrowia i obowiązujące od 2019 r. rozporządzenie jako odpowiedź na zbyt duże obciążenie pracą personelu pielęgniarskiego. Według nowych norm wymiar etatu został przeliczony na liczbę łóżek na oddziałach szpitalnych i kształtuje się w następujący sposób: w wymiarze 0,6 na łóżko w oddziałach zachowawczych oraz 0,7 w oddziałach zabiegowych. Wyjątek stanowią oddziały pediatryczne, gdzie równoważniki zatrudnienia zostały ustalone do poziomu 0,8 w oddziałach zachowawczych i 0,9 w oddziałach zabiegowych⁵³.

Podsumowanie

Perspektywy, jakie ma przed sobą dziś polskie pielęgniarstwo, zależą w głównej mierze od polityki i strategii przyjmowanej przez decydentów na szczeblu centralnym, a także od samych pielęgniarek oraz ich gotowości do podjęcia nowych ról w systemie ochrony zdrowia oraz zastosowania w swojej praktyce zawodowej nowych technologii.

Jak wskazują międzynarodowe badania, wzmocnienie pielęgniarstwa oraz inwestycja w zasoby ludzkie w pielęgniarstwie przynosi nieocenione korzyści dla pacjentów oraz całego systemu ochrony zdrowia w postaci m.in. skróconego czasu oczekiwania na świadczenia medyczne, lepszego dostępu do opieki medycznej, zmniejszenia śmiertelności szpitalnej, zmniejszenia czasu pobytu pacjentów w szpitalu, obniżenia kosztów opieki medycznej oraz polepszenia klinicznych wyników opieki medycznej⁵⁴. Jednak aby pielęgniarki mogły stawać się partnerami i wpływać na tworzenie polityki zdrowotnej, potrzebna jest wiedza w zakresie znajomości mechanizmów tworzenia polityki jako warunek niezbędny i pozwalający na włączenie się pielęgniarek do grona decydentów⁵⁵.

Bibliografia

- Aiken L., Douglas M., Bruyneel L., Van de Heede K., Sermeus W., *Nurses' Reports of Working Conditions and Hospital Quality of Care in 12 Countries in Europe*, „International Journal of Nursing Studies” 2013, no. 50.
- Aiken L., Sermeus W., Van den Heede K., Sloane D. i in., *Patient Safety, Satisfaction and Quality of Hospital Care: Cross Sectional Surveys of Nurses and Patients in 12 Countries in Europe and the United States*, BMJ 2012, no. 344.e1717.

⁵³ NIPiP, <https://nipip.pl/normy-7-02-2019/> (7.01.2020).

⁵⁴ *Nursing and Midwifery Strategic Plan...*

⁵⁵ International Council of Nurses, *Guidelines on Shaping Effective Health Policy*, ICN Geneva 2015, www.icn.ch/images/stories/documents/publications/guidelines/guideline_shaping.pdf (7.01.2020).

- Aiken L., Sloane D., Bruyneel L., Van den Heede K. i in., *Nurse Staffing and Education and Hospital Mortality in Nine European Countries: A Retrospective Observational Study*, „The Lancet” 2014, no. 383(9931).
- Alonso-Garbayo A., Maben J., *Internationally Recruited Nurses from India and the Philippines in the United Kingdom: The Decision to Emigrate*, „Human Resources for Health” 2009, no. 7.
- Boczek K., *Najbardziej pożądany zawód świata*, „Służba Zdrowia” 2016, nr 1.
- Bączyk-Rozwadowska K., *Samodzielność zawodowa pielęgniarki, położnej i ratownika medycznego*, „Studia Iuridica Toruniensia” 2018, t. XXII.
- Duffield C., Diers D., O’Brien Pallas L., Aisbett C., Roche M., King M., Aisbett K., *Nursing Staffing, Nursing Workload, the Work Environment and Patient Outcomes*, „Applied Nursing Research” 2011, no. 24(4).
- Gielen S., Dekker J., Francke A., Mistiaen P., Kroezen M., *The Effects of Nurse Prescribing: A Systematic Review*, „International Journal of Nursing Studies” 2014, no. 51.
- Haczyński J., Skrzypczak Z., Winter M., *Nurses in Poland – Immediate Action Needed*, „Engineering Management in Production and Services” 2017, no. 2.
- Hennis A., Fraser H., *Diabetes in the English – Speaking Caribbean (Special Report)*, „Pan American Journal of Public Health” 2004, no. 15(2).
- Kilańska D., *EBN czyli pielęgniarstwo oparte na faktach*, „Służba Zdrowia” 2019, nr 9–16.
- Kilańska D., *Strategia dla pielęgniarstwa*, „Analiza Przypadków. Pielęgniarstwo i Położnictwo” 2017, nr 6.
- Kózka M., *Co czeka polskie pielęgniarstwo?*, „Analiza Przypadków. Pielęgniarstwo i Położnictwo” 2016, nr 1.
- Solecka M., *Polska tam, gdzie zawsze*, „Służba Zdrowia” 2018, grudzień.
- Tartas M., Derewicz G., Walkiewicz M., Budziński W., *Źródła stresu zawodowego w pracy pielęgniarzek zatrudnionych w oddziałach o dużym obciążeniu fizycznym i psychicznym – hospicjum oraz chirurgii ogólnej*, „Ann Acad Med Gedan” 2009, nr 39.
- Yang S., Jiang Q., Li H., *The Role of Telenursing in the Management in the Management of Diabetes*, „Public Health Nurs” 2019, no. 36(4).
- Zdziebło K., *Współczesne zjawiska demograficzne a problemy zdrowotne starzejącego się społeczeństwa*, „Studia Medyczne” 2008, nr 9.

Streszczenie

Stale zmieniające się otoczenie oraz ciągle rosnące potrzeby i wymagania pacjentów sprawiają, że pielęgniarstwo definiuje swoje kompetencje, szuka swojego miejsca w systemie ochrony zdrowia z niezmienną misją, jaką jest ratowanie ludzkiego życia oraz opieka nad pacjentem. Dokonujące się stale zmiany w ochronie zdrowia, w społeczeństwie, a także w strukturach zawodów medycznych powodują, że pielęgniarstwo nieustannie dąży do swego rozwoju i stara się podejmować dialog merytoryczny z osobami odpowiedzialnymi za politykę zdrowotną celem nakreślenia ram funkcjonowania zawodu w aktualnej rzeczywistości oraz jego przyszłości. Przegląd strategii rozwoju pielęgniarstwa wielu krajów pozwala wnioskować o ich pozytywnym oddziaływaniu na zdrowie publiczne w danym kraju oraz na wzrost jakości opieki nad pacjentem. Ogromnym osiągnięciem dla pielęgniarstwa w Polsce jest inicjatywa stworzenia *Strategii rozwoju dla pielęgniarstwa*. Jest to pierwszy dokument o charakterze planistycznym, który określa kierunki działań zapewniające wysoką jakość, bezpieczeństwo i dostęp pacjentów do profesjonalnej opieki pielęgniarstwa.

Słowa kluczowe: niedobór kadry pielęgniarstwa, strategia rozwoju, pacjent

DEVELOPMENT STRATEGIES AND CHALLENGES IN NURSING IN POLAND AND IN THE WORLD

Summary

Constantly changing environment and constantly growing needs and requirements of patients, make nursing define its competences, look for place in the health care system, plan tasks and create nursing development strategies. It tries to meet the requirements, becoming at the same time a key link in the health care system and a fully autonomous profession but with an unchangeable mission which is to save human life and care for the patient. Permanent changes in health care, in society as well as in the structures in medical professions cause that nursing constantly strives for its development and tries to engage substantive dialogue with those responsible for health policy, in order to outline the framework of the profession in the actual reality and its future. A review of selected national strategies for nursing development, the circumstances in which they developed and key assumptions allow to conclude about their positive impact on public health in a given country and on the quality of patient care. What connects individual strategies is the priority treatment of multi-sectoral cooperation in health care, aspects related to the promotion of the profession, education of nurses and the definition of new roles and new competences in the context of the requirements and needs of a given country. An example may be prescribing, providing nursing advice or introducing the role of an advanced practice nurse. A great achievement for nursing in Poland is the initiative of creation *Strategy of Development for nursing*. It is a planning document that defines the directions of activities ensuring high quality, safety and access to nursing care of patients.

Keywords: nursing shortage, development strategy, patient