

RAPORT

Deficyty kompetencyjne kadr medycznych i okołomedycznych w placówkach medycznych, z uwzględnieniem nowych zadań związanych z epidemią COVID-19 wraz z rekomendacjami,

w ramach projektu pt. „Sektorowa Rada ds. Kompetencji – Opieka zdrowotna
i Pomoc Społeczna” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach
Europejskiego Funduszu Społecznego nr POWR.02.12.00-00-0007/16

Iwona Kowalska-Bobko

Magdalena Bogdan

Katarzyna Badora-Musiał

Joanna Oberska

Agnieszka Dłutek

Spis treści

1. Wprowadzenie	3
2. Kadry medyczne i okołomedyczne w Polsce	3
3. Zasoby ludzkie w czasach walki z epidemią COVID-19	8
4. Kompetencje kadr medycznych	10
4.1. Definicja i znaczenie kompetencji	10
4.2. Kluczowe kompetencje pracowników ochrony zdrowia	11
4.3. Krzyżujące się kompetencje (<i>skill mix</i>) w zawodach medycznych i okołomedycznych	16
4.4. Polski kontekst badań nad kompetencjami pracowników ochrony zdrowia.....	18
5. Charakterystyka badania	19
5.1. Cel badawczy	19
5.2. Pole badawcze	19
5.3. Narzędzie badawcze	20
5.4. Metodyka badania	20
6. Wyniki	21
7. Wnioski i rekomendacje	67
Bibliografia	71
Aneks	77
Autorski kwestionariusz ankiety do badania deficytów kompetencyjnych kadr medycznych i okołomedycznych w placówkach medycznych, z uwzględnieniem nowych zadań związanych z epidemią COVID-19.....	77
Aneks. Spis rysunków	92

1. Wprowadzenie

Dysponowanie ograniczonymi zasobami finansowymi, infrastrukturalnymi, ale przede wszystkim kadrowymi, przy jednoczesnym wzroście potrzeb i świadomości pacjentów jest głównym problemem z jakim obecnie boryka się sektor zdrowotny w Polsce. Określenie stopnia wykorzystania lub niedopasowania kompetencjami personelu medycznego może mieć istotne znaczenie w procesie zarządzania podmiotami leczniczymi i generowania wyższej jakości usług.

O ile akty prawne regulują kwestie edukacyjne związane z realizacją specjalizacji lub ciągłym doszkalananiem profesjonalistów z zakresu ochrony zdrowia, nie zajmują się kształtowaniem kompetencji miękkich wśród kadry medycznej. Rodzi to problem, ponieważ lekarze realizujący zadania związane z awansem zawodowym, nie mają czasu na realizowanie jednocześnie dwóch ścieżek rozwoju zarówno medycznej jak i menadżerskiej. Stąd też charakteryzują się oni często wysokimi kompetencjami medycznymi, wiedzą i umiejętnościami zawodowymi, ale mają jednocześnie trudności z rozwijaniem kompetencji miękkich.

Tematyka kompetencji personelu medycznego wydaje się być zatem ważną i aktualną. Jej szczególne znaczenie pokazała także obecna sytuacja zagrożenia epidemicznego. Celem niniejszego badania naukowego była zatem analiza i ocena deficytów kompetencyjnych kadr medycznych i okołomedycznych w placówkach medycznych, z uwzględnieniem nowych zadań związanych z epidemią COVID-19 wraz z rekomendacjami.

Prezentowany raport składa się z ośmiu części, uwzględniających: wprowadzenie, charakterystykę kadr medycznych i okołomedycznych w Polsce, ocenę zasobów ludzkich w czasach walki z epidemią COVID-19, analizę teoretyczną dot. kompetencji kadr medycznych, metodyczną charakterystykę badania, otrzymane wyniki, wyciągnięte wnioski i autorskie rekomendacje. Całość uzupełnia spis piśmiennictwa i aneksów.

W oparciu o przeprowadzone analizy i zebrany w procesie badawczym materiał, można stwierdzić, iż zaprezentowane w raporcie wnioski i autorskie rekomendacje mają nie tylko wymiar naukowy, ale także praktyczny. Mogą i powinny one posłużyć do analiz systemowych oraz sektorowych w zakresie wdrażania koncepcji podnoszenia kwalifikacji personelu medycznego. Mogą one zostać także z powodzeniem wykorzystane przez kadrę zarządzającą podmiotami leczniczymi w Polsce w obszarze indywidualnych szkoleń inicjowanych przez placówki.

2. Kadry medyczne i okołomedyczne w Polsce

Dla zrozumienia potrzeb kompetencyjnych istotne jest wskazanie znaczenia kadr medycznych oraz ich niedoboru. Pracownicy sektora zdrowotnego odgrywają kluczową rolę w optymalizacji działań na rzecz zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych społeczności. W badaniach naukowych dotyczących zasobów ludzkich w ochronie zdrowia, potwierdza się zależność między liczebnością i jakością kadr medycznych a stanem zdrowia danej populacji (Campbell i in. 2013). Obecnie

większość systemów zdrowotnych na świecie mierzy się z niedoborem profesjonalistów medycznych, głównie lekarzy i pielęgniarek, a także luką pokoleniową wśród tych zawodów. Do najważniejszych przyczyn tych problemów należą m.in. nieodpowiednie planowanie w systemie kształcenia, niewłaściwe zarządzanie zasobami ludzkimi, niedofinansowanie systemów zdrowotnych, ale także starzenie się społeczeństwa czy zagrożenie stanu bezpieczeństwa w związku z występującymi współcześnie nasilonymi zagrożeniami: epidemiologicznymi, terrorystycznymi czy klimatycznymi.

Dla Polski bardzo trudno jest realnie oszacować skalę deficytu kadr medycznych. Z jednej strony jest to związane z problemem wskazania dokładnych liczb pracujących lekarzy czy pielęgniarek, z drugiej – brakuje formalnych struktur ds. planowania i prognozowania kadr systemu zdrowotnego, a tym samym strategii w tym obszarze (Domagała, Klich, 2018). Informacje na temat liczby lekarzy, dentyści, pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia gromadzone są bowiem przez różne podmioty uprawnione do tego na mocy odrębnych przepisów, w tym m.in. przepisów o statystyce publicznej. Analizując dane liczbowe (tabela 1 i 2), widoczna jest znacząca różnica między personelem pracującym w placówkach ochrony zdrowia (wg podstawowego miejsca zatrudnienia) a personelem medycznym uprawnionym do wykonywania zawodu. Jednak nie można brać pod uwagę tylko jednych czy drugich liczb, ponieważ realnie te pierwsze są niedoszacowane (ograniczamy się bowiem tylko do podstawowego miejsca zatrudnienia), drugie natomiast mogą być przeszacowane (bierzemy pod uwagę wszystkich, którzy otrzymali prawo do wykonywania zawodu, a niekoniecznie w tym zawodzie pracują). Informacji o liczbie „wykonujących zawód” na podstawie danych rejestrów lekarzy i lekarzy dentyści nie da się więc przenieść na liczbę „praktykujących lekarzy/lekarzy dentyści” (Baliński, Krajewski, 2018). Według Raportu NIL w grudniu 2017 roku na tysiąc ludności Polski przypadało 3,54 lekarza wykonującego zawód. Z kolei według najnowszych Map Potrzeb Zdrowotnych, całkowita liczba lekarzy pracujących w podmiotach leczniczych przekracza 168 tys., co w przeliczeniu na 1000 mieszkańców, daje nam wskaźnik powyżej średniej OECD (4,4). Liczba poszczególnych grup personelu medycznego na 1000 ludności, jaka podawana jest w Mapach w 2019 roku wyniosła: lekarze – 3,41, lekarze dentyści – 0,9, pielęgniarki – 6,2, położne – 0,8, fizjoterapeuci – 1,7 (Mapy potrzeb zdrowotnych, 2020).

Tabela 1. Personel pracujący w placówkach ochrony zdrowia wg podstawowego miejsca zatrudnienia (na 1000 mieszkańców)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Lekarze	2,08	2,14	2,15	2,17	2,23	2,25	2,34	2,3	2,28	2,32
Dentyści	0,32	0,34	0,32	0,32	0,34	0,33	0,35	0,35	0,34	0,35
Pielęgniarki	4,84	5,03	5,19	4,91	4,88	4,84	4,8	4,78	4,76	4,77
Położne	0,58	0,59	0,62	0,58	0,57	0,57	0,58	0,58	0,58	0,58

Źródło: Opracowanie na podstawie Biuletynu statystyczne Ministerstwa Zdrowia wydawane przez Centrum e-Zdrowia.

Tabela 2. Personel medyczny uprawniony do wykonywania zawodu (na 1000 mieszkańców)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Lekarze	3,52	3,53	3,56	3,63	3,67	3,72	3,77	3,8	3,88	3,93
Dentyści	0,98	0,99	1,01	1,03	1,04	1,05	1,07	1,07	1,1	1,1
Pielęgniarki	7,39	7,33	7,4	7,27	7,34	7,43	7,51	7,59	7,69	7,81
Położne	0,9	0,9	0,91	0,9	0,92	0,94	0,96	0,98	1,0	1,02

Źródło: Opracowanie na podstawie Biuletynu statystyczne Ministerstwa Zdrowia wydawane przez Centrum e-Zdrowia.

Ministerstwo Zdrowia dotychczas nie wypracowało rzetelnej procedury określania liczby niezbędnych specjalistów. Nie utworzono np. planowanego Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych, który miał gromadzić m.in. informacje dotyczące zapotrzebowania na miejsca szkoleniowe w określonych dziedzinach medycyny i farmacji, a także wspomagać zarządzanie systemem kształcenia pracowników medycznych (NIK, 2016). Podejmowane są jednak działania w zakresie zapewnienia kadr dla ochrony zdrowia poprzez monitorowanie zasobów kadrowych i wypracowanie narzędzi do oceny uczestniczących w systemie ochrony zdrowia lekarzy specjalistów. Planowanie specjalistycznych kadr lekarskich oparto w dużym stopniu na ocenie konsultantów krajowych powoływanych przez ministra zdrowia i na współdziałających z nimi konsultantach wojewódzkich powoływanych przez właściwych wojewodów. Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419) jednym z zadań konsultantów krajowych i wojewódzkich jest sporządzanie opinii dotyczącej oceny zasobów kadrowych oraz potrzeb kadrowych w danej dziedzinie medycyny. Oceniając sytuację kadrową oraz szacując potrzeby personalne, konsultant powinien analizować wskaźniki epidemiologiczne, wskaźniki dotyczące liczby szpitalnych oddziałów, łóżek i poradni specjalistycznych, liczebności populacji, liczby zatrudnionych specjalistów i lekarzy w trakcie specjalizacji. Uwzględniane powinny być także współczynniki liczebności populacji przypadające na jednego lekarza specjalistę lub łóżko szpitalne oraz czynniki motywacyjne zachęcające do podjęcia zatrudnienia w danej dziedzinie. Władze publiczne wspólnie z przedstawicielami profesjonalistów medycznych podejmują jednak wysiłki na rzecz opracowania strategii dla zawodów medycznych o szczególnie dotkliwych niedoborach. W tym celu w grudniu 2017 r. rząd opublikował dokument strategiczny określający krótko-, średnio- i długoterminowe cele rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce, a następnie pod koniec 2019 r. – dokument „Polityka Wieloletnia Państwa na rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce (z uwzględnieniem etapów prac zainicjowanych w roku 2018)” (MZ, 2019).

Mimo że w większości dziedzin medycyny liczba specjalistów pracujących z pacjentem zwiększa się z roku na rok, to według opinii krajowych konsultantów można wskazać jeszcze wiele obszarów, gdzie występują deficyty specjalistów i zachodzą obawy o ich powiększanie się w przyszłości. Od 2012 r. Minister Zdrowia wydaje rozporządzenia (Rozporządzenie MZ 2012, 2018, 2020b), w których określa priorytetowe dziedziny medycyny, czyli te, gdzie specjalistów brakuje w największym stopniu. W ostatnim, z dnia 30 czerwca 2020 r., po raz pierwszy wskazano choroby zakaźne. Pandemia COVID-19 uwypukliła problem deficytu lekarzy chorób zakaźnych i anestezjologów. Są województwa, gdzie od lat nikt nie zgłasza się na specjalizację w dziedzinie chorób zakaźnych, co z kolei spowodowane jest brakiem strategii dotyczącej wynagrodzeń. Obecnie w trakcie szkolenia specjalizacji w chorobach zakaźnych jest 124 medyków. Wśród anestezjologów i specjalistów intensywnej terapii wskazuje się na niedobory na poziomie 21% (Janik, 2020), chociaż ta dziedzina medycyny została wskazana za priorytetową, a tym samym lepiej płatną, już w 2012 roku.

Jednak nie tylko na brak możliwości wskazania realnej liczby pracowników medycznych (i deficytów w tym zakresie) należy zwrócić uwagę. Po pierwsze poziom niedoborów kadrowych jest bardzo zróżnicowany w poszczególnych województwach, różnicę tę widać także między miastem a wsią, gdzie dostęp do lekarzy jest wyraźnie utrudniony (NIK, 2019). Aby zniwelować dysproporcję w dostępie do podstawowej opieki zdrowotnej, w sierpniu 2019 roku prezes NFZ wprowadził pewne działania mające na celu przyciągnięcie do POZ młodych lekarzy – lekarze, którzy zdali Państwowy Egzamin Lekarski zostali dopuszczeni do wykonywania zawodu w jednostkach POZ bez ukończenia lub nawet rozpoczęcia specjalizacji, a lekarze podejmujący zatrudnienie na obszarach wiejskich otrzymali miesięczny dodatek w wysokości 5 000 zł (NFZ, 2019).

Po drugie należy zwrócić uwagę na średni wiek lekarza czy pielęgniarki, który wynosi obecnie około 50 lat¹ – 50,2 – dla lekarza (Baliński, Krajewski, 2018), 51 – dla pielęgniarki (NIPIP, 2017), co może prowadzić do tzw. „luki pokoleniowej”, tj. braku zastępowalności starszych grup wiekowych przez młodsze osoby wchodzące na rynek. W porozumieniu z Ministrem Szkolnictwa Wyższego, Minister Zdrowia ustala liczby przyjęć na studia medyczne, odrębnie dla każdego roku akademickiego i każdej uczelni. W 2012/2013 r. zniesiono liczby przyjęć dla innych zawodów medycznych. Liczby te są uzależnione od zdolności dydaktycznych uniwersytetów, takich jak kadra dydaktyczna, dostępna infrastruktura itp. Szkolenie medyczne lekarzy odbywało się na uniwersytetach medycznych, jednak z powodu niedoborów lekarzy, zdecydowano się na utworzenie kierunków medycznych na uczelniach niemedycznych, szczególnie w tych województwach, gdzie nie ma uniwersytetów medycznych: Olsztyn (od 2008 r.), Rzeszów, Kielce, Zielona Góra (od 2015 r.) i Opole (od 2017 r.). Inicjatywy te były wspierane przez samorządy wojewódzkie i wojewódzkie izby lekarskie. W 2018 r. lekarze byli kształceni na 17 uniwersytetach publicznych, z czego 12 to uniwersytety medyczne. Istnieją także trzy prywatne uniwersytety prowadzące szkolenia medyczne dla lekarzy – w Krakowie (od 2016 r.), Warszawie (od 2017 r.) i Katowicach (od 2018 r.). Znaczne zwiększenie limitów przyjęć na studia medyczne w ostatnich latach, a tym samym większa liczba absolwentów, pozwala bardziej optymistycznie spojrzeć na współczynnik zastępowalności niż jeszcze kilka lat temu (NIL, 2015). Jednak według prognoz zabezpieczenia populacji w usługi medyczne w perspektywie najbliższych lat, popyt na kadrę medyczną w opiece stacjonarnej w 2030 r. wzrośnie o dodatkowych 9500 lekarzy i 17200 pielęgniarek (Golinowska i in., 2013).

Po trzecie od wielu lat nie docenia się znaczenia systemowego uzgodnienia roli profesjonalistów medycznych jako całości, pozwalając na deregulację wynagrodzeń w poszczególnych grupach zawodowych, bez spojrzenia całościowego. To doprowadziło m.in. do obecnej sytuacji – wieloetatowości i łączenia pracy w kilku podmiotach leczniczych (średnia liczba miejsc pracy dla poszczególnych grup w 2019 roku wyniosła: dla lekarzy – 1,91, dla lekarzy dentyistów – 1,3, dla pielęgniarek – 1,62, dla położnych – 1,71) (Mapy potrzeb zdrowotnych, 2020). Analiza kształtowania polityki płacowej w naszym kraju pokazuje, że działania w tym zakresie mają głównie charakter doraźny i na ogół są odpowiedzią na falę strajków i protestów (Dubas-Jakóbczyk i in., 2018). Przeciętne wynagrodzenie brutto pracowników medycznych wyniosło w 2018 r.: dla lekarzy – 9910,12 zł (198,1%), pielęgniarek – 5327,64 (106,5%), położnych – 5380,41 (107,5%), specjalistów do spraw ratownictwa medycznego – 4987,78 (99,7%), lekarzy dentyistów – 5497,13 (109,9%) (GUS, 2020). Za systemowe rozwiązanie prawne zmierzające do stopniowego niwelowania dysproporcji w zakresie poziomu wynagrodzeń zasadniczych grup pracowników medycznych zatrudnionych w podmiotach leczniczych można uznać ustawę z 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników medycznych zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Ustawa, 2017) (oraz jej nowelizacje – Ustawa, 2018, 2019). Podejmowane działania mają podnieść poziom wynagrodzenia, co w efekcie ma się przyczynić do wzrostu zadowolenia pracowników oraz zatrzymania migracji poza granice kraju. Jednocześnie poprawa warunków wynagradzania w sektorze ochrony zdrowia ma zachęcić do podejmowania kształcenia w zawodach pielęgniarki i położnej, co z kolei ma wpłynąć na wzrost liczebności profesjonalnej kadry medycznej zatrudnionej w podmiotach leczniczych (OSR, 2018).

Należy zwrócić także uwagę na zagrożenia płynące z braku mechanizmów służących szacowaniu skali emigracji personelu medycznego, co uniemożliwia Ministrowi Zdrowia skuteczne ograniczanie tego zjawiska. Obecnie jednym z nielicznych, choć pośrednich, źródeł informacji na temat liczby wyjeżdżających lekarzy i pielęgniarek może być rejestr wydawanych zaświadczeń o prawie wykonywania zawodu w innych krajach UE na podstawie dyrektywy UE 2005/36/WE

¹ Według Map Potrzeb Zdrowotnych 2020 jest to trochę poniżej 50 lat.

(Tabela 3). Rejestr ten obejmuje jednak tylko osoby, które chcą pracować na terenie Unii Europejskiej (ale już np. nie w USA, Arabii Saudyjskiej czy Australii) (NIK, 2016). Wyniki badań pokazują, że najwyższy odsetek deklarujących gotowość i chęć migracji występuje w grupie studentów, nieco mniejszy jest już w grupie rezydentów, a najniższy w grupie specjalistów. Deklaracje związane z chęcią migracji są skorelowane z wiekiem – młodszy lekarze, młodsze pielęgniarki częściej niż personel z dłuższym stażem zawodowym deklarują, że rozważają emigrację. Wśród głównych deklarowanych powodów migracji są przesłanki ekonomiczne, konieczność podejmowania pracy na kilku etatach, ale także nadmierne obciążenie pracą i bariery w ścieżce kariery zawodowej.

Z kolei w ciągu ostatnich 10 lat tendencja zatrudniania się w Polsce lekarzy czy pielęgniarek z zagranicy cały czas utrzymuje się na niskim poziomie. Załedwie 1,8% ogółu zatrudnionych lekarzy to lekarze innej narodowości, przy średniej dla krajów OECD na poziomie 17,3%. W przypadku pielęgniarek wskaźniki te są jeszcze niższe. Rocznie przyznaje się maksymalnie kilkadziesiąt praw wykonywania zawodu obcokrajowcom. Na dzień 31 grudnia 2019 roku, prawo wykonywania zawodu posiadało 1098 lekarzy obcokrajowców (tylko z obywatelstwem innego państwa) posiadających specjalizację II st. lub tytuł specjalisty. Najwięcej było z Ukrainy, Niemiec, Białorusi, Republiki Czeskiej, Litwy, Rosji, Syrii i Szwecji. Natomiast jeśli chodzi o pielęgniarki i położne było to tylko 243 pielęgniarek oraz 15 położnych nieposiadających obywatelstwa polskiego. Najwięcej z nich posiada obywatelstwo ukraińskie (149 pielęgniarek, 8 położnych), następnie litewskie (29 pielęgniarek, 1 położna) (Janik, 2020). Ważne jest podjęcie działań ukierunkowanych na rekrutację pracowników medycznych zza wschodniej granicy, przy jednoczesnym systemowym procesie ułatwiania procesu administracyjnego dotyczącego legalizacji pobytu w Polsce, uzyskaniu pozwolenia na pracę, pomocy w nauce języka polskiego i uproszczeniu procesu nostryfikacji dyplomu. Należy jednak pamiętać, że po nostryfikacji i uzyskaniu prawa wykonywania zawodu w Polsce – czyli kraju Unii Europejskiej – osoby te mogą wyjechać do innych krajów członkowskich oferujących lepsze warunki zatrudnienia.

Tabela 3. Zestawienie liczbowe wg liczby wydanych zaświadczeń

Zaświadczenia:	2015	2016	2017	2018	2019
dla lekarzy	934	1054	861	745	691
dla dentystów	195	196	153	143	126
potwierdzające równoważność specjalizacji	272	245	242	213	168
dla pielęgniarek i położnych	1527	987	620	488	413

Source: Opracowanie na podstawie NIL, *Zestawienie liczbowe wg liczby wydanych zaświadczeń, województwa miejsca zameldowania i okresu wydania zaświadczenia*, https://nil.org.pl/uploaded_files/1583227918_zestawienie-nr-05.pdf; NIPiP, *Liczba zaświadczeń wydanych na potrzeby uznawania kwalifikacji zawodowych*, <https://nipip.pl/liczba-zaswiadczen-wydanych-na-potrzeby-uznawania-kwalifikacji-zawodowych/>.

W celu przeciwdziałania takim negatywnym trendom jak niedobór kadr medycznych wprowadza się zmiany zwiększające dostęp do usług medycznych. Konieczna jest racjonalizacja zatrudnienia, a także nadanie nowych uprawnień medycznych i okołomedycznych nowym grupom profesjonalistów, czego wynikiem jest zjawisko krzyżowania się kompetencji (skill mix). W Polsce krzyżowanie się kompetencji jest tematem nowym, poddawanym wstępnym analizom naukowym i badaniom praktycznym. Pewne rodzaje krzyżowania się uprawnień zostały uregulowane w związku z nadawaniem poszczególnym grupom profesjonalistów medycznych nowych uprawnień zawodowych: dotyczą one przede wszystkim relacji lekarz–pielęgniarka–ratownik medyczny–fizjoterapeuta. M.in. pielęgniarki i położne uzyskały prawo do



wypisywania recept i ordynacji medycznej, ratownicy medyczni – prawo do wykonywania medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych, a fizjoterapeuci – prawo do realizacji samodzielnej wizyty fizjoterapeutycznej. Powstał także nowy zawód – koordynator medyczny.

3. Zasoby ludzkie w czasach walki z epidemią COVID-19

Pandemia COVID-19 boleśnie pokazała braki i niedostatki w ochronie zdrowia, nieskuteczne i nieefektywne rozwiązania organizacyjne systemu, a także potencjalnie nienajlepsze rozwiązania finansowania sektora. Jedną z postulowanych metod zmniejszenia transmisji koronawirusa SARS-CoV-2 było ograniczenie pracy profesjonalistów medycznych: lekarzy, pielęgniarek, pielęgniarzy, ratowników medycznych tylko do jednego podmiotu leczniczego, w celu ograniczenia potencjalnego przeniesienia zagrożenia pomiędzy placówkami (Rozporządzenie MZ, 2020a), jednak szybko się z tego wycofano, ponieważ przyjęte rozwiązanie mogło prowadzić do drastycznego ograniczenia dostępu innych pacjentów do możliwości uzyskania należnych im świadczeń opieki zdrowotnej, pozostawiono więc decyzję o takim ograniczeniu dyrekcji placówki (Rozporządzenie MZ, 2020c). Aby zrekompensować utratę dochodów z powodu tego ograniczenia, NFZ ma zapewnić poszkodowanym pracownikom comiesięczne świadczenia pieniężne, finansowane z budżetu państwa. Świadczenia te są ograniczone do 10 tys. zł miesięcznie i naliczane w wysokości 80% wynagrodzenia otrzymywanego w miejscu pracy, w którym po wprowadzeniu ograniczenia pracownik przestał pracować lub, co najmniej w wysokości 50% wynagrodzenia otrzymywanego w miejscu, w którym zdecydował się pracować po wprowadzeniu ograniczenia. Odszkodowanie pokrywa także koszty składek na ubezpieczenie społeczne płacone przez pracodawcę.

Zapobiegając niedoborom personelu medycznego, dano możliwość lekarzom nieposiadającym specjalizacji w zakresie chorób zakaźnych lub nie będących anestezjologami przeniesienia lub oddelegowania (na okres do 3 miesięcy) do oddziałów chorób zakaźnych lub innych placówek, w których potrzebna jest pomoc. Ponadto lekarze przechodzący specjalistyczne szkolenie mogą zostać oddelegowani do walki z epidemią lub do wykonywania wyznaczonych zadań, zgodnie z ich aktualnymi umiejętnościami i doświadczeniem. Niektóre szpitale uzupełniły wynagrodzenie swoich pracowników o dodatek, aby zrekompensować im narażenie na kontakt z pacjentami zakażonymi koronawirusem. Ponadto decyzją ministra zdrowia, lekarze i lekarze dentyści, którzy po 13 marca 2020 r. zdali tylko część testową PES (Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego), otrzymają dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu specjalisty, bez konieczności zdawania egzaminu ustnego (Ustawa, 2020).

W ostatnich badaniach zwrócono uwagę na problem zmniejszenia się kadr po pandemii – 29% ankietowanych lekarzy zadeklarowało, że zamierza ograniczyć dalszą aktywność zawodową, a 15% chce odejść z polskiego rynku pracy, w przypadku pielęgniarek może to być ok. 10%. Dodatkowo większość lekarzy poważnie rozważa konsultacje z psychologiem (Ochnik, 2020). W zakresie pomocy psychologicznej dla personelu medycznego i innych pracowników, którzy pracują w czasie epidemii, Naczelna Izba Lekarska podjęła inicjatywę stworzenia bazy danych specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego, którzy są skłonni bezpłatnie oferować swoje usługi lekarzom, pielęgniarkom, sanitariuszom i innym medykom, zarówno przez Internet, jak i telefonicznie. Ponadto Państwowy Zakład Ubezpieczeń (PZU Życie) uruchomił infolinię oferującą wsparcie psychologiczne dla pracowników medycznych. Pracownicy ochrony zdrowia, ale także inne osoby świadczące podstawowe usługi dla społeczności w czasie pandemii są szczególnie wyczerpani, pracują dłużej niż

zwykle, pozostawiając sobie mniej czasu na sen i regenerację. Z tego powodu na świecie przygotowano kilka ogólnych strategii, które pracownicy i pracodawcy mogą zastosować, aby radzić sobie ze zmęczeniem w miejscu pracy i pracować bezpiecznie (CDC, 2020a).

W marcu 2020 r. przeprowadzono niewielkie badanie, które było skierowane do studentów i absolwentów studiów lekarskich. Wśród respondentów 41,8% pracowało obecnie w zakładzie opieki zdrowotnej, a tylko 21,7% z nich uczestniczyło w szkoleniach z zakresu przygotowania do sytuacji kryzysowych i katastrof w obecnym miejscu pracy. Respondenci ocenili gotowość swoich miejsc pracy na pandemię COVID-19 na cztery punkty. Znaczna część respondentów stwierdziła, że gdyby musieli poradzić sobie z sytuacją kryzysową dotyczącą zdrowia publicznego, nie byłoby w stanie prawidłowo zarządzać sytuacją i nie byłoby w stanie przewidzieć jej rozwoju. Menedżerowie organizacji opieki zdrowotnej powinni posiadać wiedzę i umiejętności potrzebne do zarządzania kryzysami. Wskazane byłoby, aby byli oni formalnie wykształceni w zakresie zdrowia publicznego lub administracji opieki zdrowotnej (Misztal-Okońska i in., 2020).

Szansą na odciążenie pracowników medycznych od narastających zadań administracyjnych i organizacyjnych wydaje się wprowadzenie do systemu kadr okołomedycznych (np. asystentów/sekretarek medycznych, koordynatorów/organizatorów i promotorów zdrowia). Jedną z grup specjalistów, która mogłaby stanowić skuteczne wsparcie w tym zakresie są specjaliści zdrowia publicznego, którzy dzięki interdyscyplinarnej wiedzy i ukierunkowanemu przygotowaniu do pracy w systemie zdrowotnym, bardzo dobrze sprawdzają się m.in. w roli koordynatorów pakietu onkologicznego (Golinowska i in., 2018).

Stan epidemii czy pandemii w związku z zagrożeniem życia i zdrowia chorobami zakaźnymi i podejmowane działania w sytuacji kryzysowej, tym bardziej uzasadniają strukturyzację pracy w warunkach organizacji oraz budowanie nowych zespołów kompetencyjnych. Wynika to nie tylko z sytuacji zagrożenia, w której się znajdujemy czy braku kadr medycznych (lekarskich i pielęgniarskich), ale także czynników psychologicznych takiej pracy (ciągłe zagrożenie zdrowia i życia, przemęczenie, stres, wypalenie zawodowe, konieczność decydowania o życiu i śmierci w warunkach ograniczonych zasobów sprzętowych i inne).

Z literatury przedmiotu wynika, że podczas pandemii placówki ochrony zdrowia muszą zmierzyć się z wieloma trudnościami w funkcjonowaniu. Zaliczyć do nich należy przede wszystkim: 1. konieczność przyjęcia nieproporcjonalnie dużej liczby pacjentów w porównaniu do możliwości systemu ochrony zdrowia; 2. niedobór personelu, leków, szczepionek czy sprzętu medycznego; 3. absencję wśród pracowników medycznych; 4. problemy wynikające z dużej liczby zgonów; 5. problemy logistyczne związane z transportem chorych czy wyczerpywaniem się zapasów, np. leków; 6. problemy finansowe poszczególnych placówek ochrony zdrowia (Religioni i in., 2014).

Reasumując, trzy najważniejsze obszary działania, wymagające budowania zespołów wspierających się specjalistów to: zarządzanie kryzysowe, logistyka i udzielanie świadczeń medycznych. W sytuacji kryzysowej wszyscy pracownicy poszczególnych podmiotów leczniczych muszą być włączeni w działania kryzysowe. Należy zadbać o to, aby na miejscu był personel najlepiej wykwalifikowany oraz zaktualizować wykaz kompetencji całego personelu tak, aby można je było w zależności od rozwoju sytuacji optymalnie wykorzystać.

4. Kompetencje kadr medycznych

Do priorytetowych czynników wpływających na efektywność organizacyjną i jakość udzielonych świadczeń w systemie ochrony zdrowia należą kompetencje zasobów ludzkich. Stąd coraz ważniejszym zagadnieniem, wpływającym na organizację i zarządzanie w podmiocie leczniczym, staje się ich pomiar i analiza. Taka potrzeba jest szczególnie widoczna w zarządzaniu ryzykiem w skali organizacji oraz planowania i wdrażania nowych usług. Ponadto są przydatne do pomiaru wyników szkoleń i treningów, a także zatrudniania nowych pracowników.

Pomiar kompetencji pracowników sektora jest ważny m.in. dla reform systemu ochrony zdrowia, np. w kontekście zmiany programu nauczania przyszłych profesjonalistów z zakresu ochrony zdrowia. Rozpoznawanie deficytów kompetencyjnych oraz potencjalna poprawa ich wykorzystania w miejscu pracy może pomóc sprostać wyzwaniom, które stoją przed organizacją systemu ochrony zdrowia, przyczyniając się do wzrostu wydajności systemu oraz zapewnienia lepszej opieki nad pacjentem.

Mimo to w literaturze przedmiotu jest niewiele badań kompleksowo oceniających kompetencje posiadane przez pracowników ochrony zdrowia. Ograniczają się one zwykle do konkretnych umiejętności (np. komunikacyjnych lub informatycznych) lub obszaru ich wykorzystania (np. bezpieczeństwa pacjenta). Na ten fakt składają się prawdopodobnie problemy z definicją kompetencji, niejednorodnym określeniem, jakie kompetencje posiadać powinni profesjonaliści z obszaru ochrony zdrowia, a tym samym brak narzędzi pozwalających na taką ocenę.

4.1. Definicja i znaczenie kompetencji

Wzmoczone zainteresowanie badaczy podejściem kompetencyjnym w zarządzaniu organizacją i zasobami ludzkimi spowodowało, że nie została ustalona jedna, spójna definicja terminu „kompetencja”. Różnice te wynikają z odmiennego podejścia do relacji, jaka zachodzi pomiędzy kompetencjami a osobowością. W podejściu brytyjskim i skandynawskim zakłada się, że „kompetencje zawodowe pracowników należy rozpatrywać niezależnie od trwałych struktur ich osobowości”, a w podejściu amerykańskim „dominuje pogląd, że kompetencja to względnie stała struktura cech charakteru, potrzeby psychiczne i system wartości” (Moczydłowska, 2008). Drugie z tych podejść jest więc szersze, ponieważ uwzględnia cechy i predyspozycje osobowościowe.

Definicje terminu „kompetencja” również cechują się dużą różnorodnością, co może powodować zamieszanie i trudności w zrozumieniu przedmiotu. Problem ten jest też dodatkowo pogłębiony przez zwyczajowe rozumienie terminu kompetencja jako formalne uprawnienia do podejmowania decyzji (Oleksyn, 2006). W niniejszym opracowaniu termin ten odnosi się do trwałych i zakorzenionych cech pracownika, takich jak zdolności, wiedza, umiejętności, motywacja, postawy i wartości, które przejawiają się w jego zachowaniach w trakcie pracy i mogą być podczas pracy kształtowane, a których wykorzystanie prowadzi do tworzenia wartości dodanej danej organizacji, dzięki czemu staje się dla niej źródłem przewagi konkurencyjnej.

Jednak samo zdefiniowanie terminu „kompetencja” nie jest wystarczające. Do pełnego zrozumienia tego tematu konieczne są także definicje (opisy) kompetencji, a definiowanie samych kompetencji, podobnie jak terminu, może odbywać się różnorodnie. Podczas definiowania kompetencji należy uwzględnić:

- wiedzę i umiejętności związane z obecnie realizowanymi zadaniami,
- wiedzę i umiejętności, jakie będą wymagane w przyszłości,
- zachowania związane z najlepszymi praktykami w zakresie wysokiej efektywności,
- charakterystykę realizowanych procesów, wiedzę, umiejętności i zachowania stanowiące o unikalności organizacji i jej przewadze konkurencyjnej (Pauli, 2015; Athey, Orth, 1999).

Punktem odniesienia w zarządzaniu pracownikami w organizacji nie jest pojedyncza kompetencja a cały profil kompetencyjny, czyli zestaw kompetencji przypisanych do stanowiska pracy lub roli organizacyjnej. Znaczenie kompetencji, a w zasadzie profili kompetencyjnych związanych ze stanowiskami pracy lub rolą pełnioną przez pracownika w firmie można rozpatrywać w wielu wymiarach. Na poziomie organizacji kompetencje pracowników mogą wpływać na wartość rynkową, ocenę jakości realizowanych usług, reputację danej organizacji, czy efektywność organizacyjną. Przede wszystkim jednak kompetencje wyznaczają poziom wymagań wobec pracowników zatrudnianych na danym stanowisku pracy, pozwalając na odpowiedni dobór pracowników do organizacji i stanowiska pracy. Identyfikacja luki kompetencyjnej pomiędzy pożądanym a faktycznym stanem kompetencji pracownika pomaga organizacjom zaplanować politykę szkoleniową. Kompetencje są podstawą oceny pracowniczej, a zatem ich ocena decyduje o dystrybucji środków finansowych pomiędzy szeregowych pracowników, charakteryzujących się wysoką efektywnością.

Mówiąc o kompetencjach pracowniczych, warto również wskazać różnicę między kwalifikacjami a umiejętnościami. Kwalifikacje ogólnie odnoszą się do nabywania formalnego wykształcenia, dyplomów i licencji, podczas gdy umiejętności definiuje się szerzej, jako pakiet wiedzy, atrybutów i zdolności, które umożliwiają ludziom skuteczne wykonywanie różnych zadań i mogą być rozwijane poprzez ciągłe kształcenie się. Należą do nich zarówno umiejętności techniczne, jak i umiejętności „miękkie”, z zakresu m.in. komunikacji, relacji interpersonalnych czy zarządzania.

4.2. Kluczowe kompetencje pracowników ochrony zdrowia

Potrzeby kompetencyjne wobec personelu zatrudnionego w sektorze ochrony zdrowia można zidentyfikować dwójako: po pierwsze, poprzez analizę kluczowych trendów w tym sektorze, dotyczących przede wszystkim takich aspektów jak: rozwój wiedzy i technologii medycznej, niedobór zasobów ludzkich czy zmieniająca się rola pacjenta w systemie ochrony zdrowia; po drugie, poprzez analizę zmieniającego się podejścia do funkcjonowania podmiotów medycznych w systemie ochrony zdrowia i diagnozowania ich schematów działania.

W kontekście dynamicznego rozwoju wiedzy w sektorze ochrony zdrowia, rośnie znaczenie kompetencji specjalistycznych oraz ich rozwój. Ważne jest rozpowszechnienie wiedzy związanej z nowymi procedurami, technologiami i farmaceutykami. Intensywnie rozwija się także digitalizacja medycyny z wykorzystaniem telemedycyny, elektronicznej dokumentacji medycznej, danych rzeczywistych (*real world data*), sztucznej inteligencji. Coraz wyraźniej centralną rolę w systemach ochrony zdrowia odgrywa pacjent, który jest włączany w procesy zarządzania swoim zdrowiem.

Generowanie potrzeb kompetencyjnych odbywa się m.in. na poziomie podmiotów leczniczych, gdzie kreowane jest na przykład poprzez zmieniające się podejście do zarządzania w placówkach medycznych. W tym wypadku istotne są zarówno kwestie ilościowe, jak i jakościowe. Koncepcja jaka współcześnie promowana jest w zarządzaniu jednostkami sektora ochrony zdrowia to zarządzanie efektywnością (*performance management*) (Ott, van Dijk, 2005; Frączkiewicz-Wronka i in., 2008). Potrzeby kompetencyjne personelu medycznego kreowane są także w rezultacie praktyk realizowanych przez podmioty medyczne (zarządzanie efektywnością), ale i poprzez implementację nowoczesnych form organizacji pracy. W tym kontekście, należy zauważyć, że współcześnie podstawową formą organizacji pracy w podmiotach udzielających świadczenia, szczególnie w szpitalach, są interdyscyplinarne zespoły medyczne (Shortell, Kaluzny, 2001). Światowa Organizacja Zdrowia traktuje takie zespoły jako niezbędny element doskonalenia jakości świadczeń medycznych.

Kompetencje pracowników ochrony zdrowia, biorąc pod uwagę kryterium przedmiotowe, można podzielić na medyczne, okołomedyczne i pozostałe (tj. takie, które są wspólne dla zasobów ludzkich większości sektorów gospodarki). Natomiast w klasyfikacji kompetencji w oparciu o kryterium podmiotowe, kompetencje medyczne przypisywane są do kompetencji pracowników medycznych, natomiast kompetencje okołomedyczne charakteryzować będą pozostałych pracowników systemu ochrony zdrowia, wspierających funkcjonowanie pracowników medycznych. O kompetencjach w sektorze ochrony zdrowia można mówić także z perspektywy stopnia wykorzystania umiejętności personelu lub ich potencjalnego niedopasowania.

Pracownicy ochrony zdrowia potrzebują szerokiego zakresu często złożonych umiejętności. Podobnie jednak jak w przypadku innych sektorów gospodarki, nie zawsze umiejętności pracowników ochrony zdrowia odpowiadają umiejętnościom pożądanym lub wymaganym w określonych sytuacjach w ich zawodach. W przypadku niedostatecznych umiejętności, pojawia się ryzyko zachwiania jakości lub obniżenia poziomu bezpieczeństwa świadczonych usług zdrowotnych. Z kolei w przypadku zbyt wysokich kwalifikacji w relacji do wykonywanych zadań, niepełne wykorzystanie posiadanych zasobów ludzkich powoduje określone straty względem potencjału tych zasobów. Niedopasowanie umiejętności może przyczyniać się do obniżenia satysfakcji zawodowej, wydajności, a także jakości pracy oraz zwiększonej rotacji pracowników.

Istnieje stosunkowo niewiele badań dotyczących niedopasowania umiejętności w ochronie zdrowia, w szczególności w relacji, na tle innych sektorów gospodarki narodowej. Badania PIAAC (*Programme for the International Assessment of Adult Competencies*) oraz analizy Ono, Lafortune i Schoenestein potwierdzają tezę, że nie zawsze mamy do czynienia z idealnie dopasowanymi kwalifikacjami i umiejętnościami pracowników ochrony zdrowia do ich wymagań zawodowych. W przypadku kwalifikacji skala niezgodności jest niska i ogranicza ją restrykcyjność regulacji dotyczących kształcenia i szkolenia pracowników ochrony zdrowia oraz certyfikacja ich umiejętności w momencie przystąpienia do zawodu. Lekarze i pielęgniarki, którzy brali udział w badaniu, wskazali, że mają nadmierne umiejętności, chociaż w mniejszej skali niż pracujący w innych zawodach (76% lekarzy i 79% pielęgniarek w porównaniu do 83% pracujących w innych zawodach technicznych i specjalistycznych) (Ono i in., 2013). Wyższy jest natomiast odsetek lekarzy i pielęgniarek oceniających swoje umiejętności jako niewystarczające w porównaniu do pozostałych zawodów – 51% lekarzy oraz 43% pielęgniarek wykazało, że potrzebują dodatkowego szkolenia, aby dobrze poradzić sobie z obecnymi obowiązkami, podczas gdy 40% osób pracujących w innych zawodach zgodziło się z tym stwierdzeniem (Ono i in., 2013).

W badaniach tych uwaga została zwrócona także na kategorie umiejętności i stopień, w jakim są one wykorzystywane przez pracowników. Umiejętności podzielone zostały na pięć głównych kategorii, tj. umiejętności rozwiązywania problemów, organizacji pracy własnej, współpracy, zręczności oraz umiejętności fizyczne. Wyniki sugerują, że lekarze i pielęgniarki często używają bardziej złożonego zestawu umiejętności niż pracownicy w innych zawodach technicznych i specjalistycznych. Wśród lekarzy, odsetek odpowiedzi wskazujących na korzystanie z tych umiejętności codziennie lub co najmniej raz w tygodniu, był wyższy niż odsetek pracowników w innych zawodach dla każdej z tych pięciu kategorii umiejętności. Można także wnioskować, że generalnie lekarze i pielęgniarki częściej deklarują niewystarczające umiejętności niż pracownicy w innych zawodach technicznych i specjalistycznych (Ono i in., 2013).

Wielu naukowców z różnych krajów próbowało zdefiniować obszary kompetencji dla zawodów medycznych. Ronald Epstein i Edward Hundert w artykule *Definiowanie i ocenianie kompetencji zawodowych* dokonali przeglądu i przeprowadzili krytyczną analizę proponowanych w literaturze metod oceny obszarów kompetencji oraz zaproponowali swoją definicję kompetencji zawodowych lekarzy i stażystów. Wyróżnili siedem wymiarów kompetencji zawodowych:

- kognitywne/poznawcze (związane z wykorzystywaniem i pozyskiwaniem wiedzy),
- relacyjne (np. umiejętności komunikacyjne, rozwiązywanie konfliktów, pracy w zespołach, uczenia innych),
- emocjonalne, moralne (inteligencja emocjonalna, empatia, szacunek do pacjentów),
- techniczne (umiejętności badania lekarskiego, umiejętności chirurgiczne/proceduralne),
- integracyjne (wiązane z łączeniem wiedzy z różnych dziedzin, odpowiedniego wnioskowania, zarządzanie niepewnością),
- kontekstowe (np. otoczenie kliniczne, wykorzystanie czasu), nawyki umysłu (obserwacja krytyczna, gotowość do potwierdzania i korygowania błędów) (Epstein, Hundert, 2002).

Amerykańskie Centra Kontroli Chorób i Prewencji (Centers for Disease Control and Prevention – CDC) wraz z innymi ekspertami agencji federalnych zdefiniowali 10 podstawowych usług/funkcji zdrowia publicznego, które powinny być podjęte w celu ochrony i promowania zdrowia wszystkich ludzi we wszystkich społecznościach. Funkcje te, a zwłaszcza 8., dotycząca budowania i wspierania wykwalifikowanej kadry, mogą stanowić punkt wyjścia do oceny wiedzy i umiejętności pracowników (CDC, 2020). Na ich podstawie Rada ds. Powiązań Między Środowiskiem Akademickim a Praktyką Zdrowia Publicznego (Council on Linkages Between Academia and Public Health Practice) zaproponowała osiem obszarów kompetencji, które odzwierciedlają obszary umiejętności w obrębie zdrowia publicznego oraz trzy poziomy reprezentujące etapy kariery zawodowej pracowników ochrony zdrowia. Należą do nich umiejętności analityczne/oceny, komunikacyjne, rozwoju polityki/planowania programów, kompetencji kulturowych, społecznościowe wymiary praktycznych umiejętności, umiejętności z zakresu nauk o zdrowiu publicznym, planowania finansowego i zarządzania oraz umiejętności przywódcze i myślenia systemowego (Council on Linkages, 1994).

Instytut Medycyny w USA w 2002 zlecił przeprowadzenie interdyscyplinarnego szczytu, podczas którego wyodrębniono pięć obszarów kompetencji, niezbędnych dla wszystkich pracowników ochrony zdrowia. Wśród nich znalazły się kompetencje z zakresu:



- **zapewnienia opieki skoncentrowanej na pacjencie:**
 - umiejętności identyfikacji preferencji i potrzeb pacjentów,
 - umiejętności łagodzenia bólu i cierpienia,
 - umiejętności zapewnienia stałej opieki,
 - umiejętności odpowiedniej komunikacji z pacjentami i ich edukację,
 - umiejętności promowania zdrowego stylu życia (skupienie się na zdrowiu populacji);
- **pracy w interdyscyplinarnych zespołach:**
 - umiejętności dobrej komunikacji między pracownikami,
 - współpracy w zintegrowanych zespołach;
- **korzystania z praktyk opartych na dowodach:**
 - umiejętności łączenia wyników badań i wiedzy klinicznej dla jak najlepszej optymalnej opieki nad pacjentem oraz uczestniczenie w działaniach edukacyjnych i badawczych (wykorzystanie wiedzy w praktyce, samodoskonalenie pracowników);
- **ciągłej poprawy jakości:**
 - umiejętności identyfikacji błędów i zagrożeń w opiece zdrowotnej,
 - umiejętności wdrażania podstawowych zasad bezpieczeństwa,
 - obserwacja i pomiar jakości opieki zdrowotnej z uwzględnieniem potrzeb pacjenta i społeczności,
 - projektowanie, testowanie i wprowadzanie zmian w procesach i systemach;
- **wykorzystania narzędzi informatycznych:**
 - zarządzanie wiedzą, unikanie błędów i wspieranie podejmowania decyzji przy użyciu technologii informatycznej (umiejętności korzystania z nowoczesnych technologii dla polepszenia jakości świadczonych usług) (Institute of Medicine, 2003).

Inny przykład zestawu kompetencji można znaleźć w raporcie *Podstawowe kompetencje w zakresie zdrowia publicznego w Kanadzie*, w którym wyróżniono 36 kompetencji w siedmiu obszarach: nauki o zdrowiu publicznym, analiza i ocena informacji, planowanie, realizacja i ocena polityk i programów w zakresie zdrowia publicznego, partnerstwo i współpraca z innymi członkami zespołu i interesariuszami, różnorodność i włączenie społeczne (zawierające kompetencje społeczno-kulturowe wymagane do współdziałania z różnymi osobami, grupami i społecznościami), komunikacja, przywództwo (Public Health Agency of Canada, 2019).

W Australii natomiast wyróżniono 10 podstawowych kompetencji promocji zdrowia, które lekarz zajmujący się promocją zdrowia powinien posiadać niezależnie od tego, w jakim otoczeniu pracuje. Znajdują się tutaj:

- umiejętności odpowiedniej oceny potrzeb zdrowotnych i wykazania zrozumienia uwarunkowań zdrowia,
- umiejętności planowania odpowiednich interwencji promujących zdrowie,
- umiejętności opracowywania strategii, które umożliwiają społecznościom podejmowanie inicjatyw promujących zdrowie,
- umiejętności zastosowania strategii, które koncentrują się na polityce, zmianach strukturalnych i środowiskowych,
- umiejętności współpracy ze społecznościami, organizacjami i innymi sektorami oraz wdrażanie partnerstwa na rzecz zdrowia,
- umiejętności skutecznej komunikacji z innymi profesjonalistami i klientami, umiejętności interpersonalne,
- umiejętności zastosowania wiedzy do prowadzenia promocji zdrowia,
- umiejętności organizacji i zarządzania interwencjami promującymi zdrowie,
- umiejętności oceny promocji zdrowia,
- umiejętności zastosowania odpowiednich technologii informatycznych (James i in., 2007).

Doświadczenia europejskie w zakresie kompetencji z obszaru zdrowia publicznego dotyczą głównie kompetencji specjalistów związanych z promocją zdrowia. Europejski projekt realizowany w latach 2009-2012 – *CompHP Rozwijanie kompetencji i standardów zawodowych w zakresie budowania potencjału w zakresie promowania zdrowia w Europie*, w którym uczestniczyło 24 partnerów europejskich, zawiera opracowany zestaw standardów opartych na kompetencjach i akredytacji na temat systemu promowania zdrowia, które pozytywnie wpływają na zdolność pracowników do poprawy zdrowia publicznego w Europie. Kluczowe kompetencje zdefiniowane zostały w dziewięciu dziedzinach:

- umożliwienie zmiany (umożliwienie osobom, grupom, społecznościom i organizacjom budowania zdolności promowania zdrowia w celu poprawy zdrowia i zmniejszenia nierówności w zdrowiu),
- popularyzacja zdrowia,
- pośrednictwo poprzez partnerstwo,
- komunikacja,
- przywództwo,
- ocena potrzeb i zasobów we współpracy z różnymi interesariuszami,
- planowanie,
- wdrażanie i ocena,
- badania w celu określenia zasięgu i efektywności promocji zdrowia (Barry i in., 2012).



W wielu dokumentach międzynarodowych, odnoszących się do kształtowania kompetencji pracowników sektora zdrowotnego, obserwuje się tendencję do proponowania i opracowywania szerokich ram kompetencji, obejmujących całościowo różne zawody z szeroko definiowanego obszaru ochrony zdrowia. Kompetencje te mają częściej charakter kompetencji ogólnych, społecznych, behawioralnych niż szczegółowych, opartych na kwalifikacjach i definiowaniu zakresu przedmiotowej wiedzy. W większości przypadków kluczowe kompetencje, które powinni posiadać wszyscy pracownicy ochrony zdrowia to umiejętność pracy w interdyscyplinarnych zespołach, ciągła poprawa jakości oraz wykorzystywanie nowoczesnych narzędzi technologicznych.

4.3. Krzyżujące się kompetencje (*skill mix*) w zawodach medycznych i okołomedycznych

Z raportu Światowej Organizacji Zdrowia z 2000 roku wynika, że właściwe zaprojektowanie, a następnie wdrożenie krzyżujących (łączyjących) się kompetencji (*skill mix*) znacząco wpływa na zarządzanie i efektywność działań podejmowanych w systemach zdrowotnych (WHO, 2000). Termin *skill mix* (krzyżujących się, mieszających się, łączących się umiejętności/kompetencji) jest na ogół używany w celu opisanego naczodzących na siebie kompetencji określonych grup zawodowych, podejmujących czynności w ramach tej samej organizacji. Może także odnosić się do kombinacji działań lub umiejętności niezbędnych do wykonania zadań w organizacji.

Krzyżowanie się umiejętności przede wszystkim jest uwarunkowane niedoborem umiejętności, ograniczaniem kosztów, poprawą jakości, innowacjami w medycynie, wielkością posiadanych zasobów i reformami sektorowymi.

To rosące koszty personelu wysoko wykwalifikowanego (lekarzy, pielęgniarek) oraz ograniczona ich liczba, a przez to dostępność profesjonalistów z sektora ochrony zdrowia najczęściej wymuszają stosowanie *skill mix*. Ich ocena natomiast polega na optymalnym dopasowaniu kompetencji pracowników sektorowych do potrzeb systemowych i oczekiwań pacjentów. Osiąganie idealnej mieszanki umiejętności w ochronie zdrowia jest trudne ze względu na wiele czynników, takich jak np. hierarchiczny system pracowniczy czy wysoka odrębność profesjonalna lekarzy, pielęgniarek. W procesie krzyżowania się kompetencji dochodzi do zamiany dotychczas pełnionych ról. W czasie rozszerzania istniejących ról profesjonalistów (np. lekarzy), inni pracownicy (np. pielęgniarki) muszą przyjąć pewne atrybuty poprzedniej roli. Przy krzyżowaniu się kompetencji często pojawiają się też nowe role, nowe zawody, które projektuje się tak, aby pasowały do zakresu obowiązującej praktyki, np. nowe role pielęgniarek, ratowników, radiologów, absolwentów zdrowia publicznego, asystentów medycznych (np. higienistek stomatologicznych). Należy wyraźnie podkreślić, że tylko partnerskie podejście do rozwoju tego typu kompetencji pozytywnie wpłynie na system ochrony zdrowia.

W Polsce temat krzyżowania się kompetencji jest stosunkowo nowy, poddawany dopiero wstępnym analizom naukowym oraz badaniom praktycznym.

W związku z długimi kolejkami osób oczekujących na świadczenia, brakami kadrowymi, a także wysokimi kosztami pracy najbardziej wykwalifikowanych profesjonalistów medycznych nastąpiło przyspieszenie działań regulacyjnych związanych właśnie z nadawaniem nowych uprawnień pielęgniarkom i położnym, ratownikom medycznym oraz fizjoterapeutom (Sagan i in., 2015).

Nowe uprawnienia dla pielęgniarek i położnych określiła nowelizacja ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 22 lipca 2014 roku. Od 1 stycznia 2016 r. daje ona tej grupie zawodowej możliwość samodzielnego udzielania w określonym zakresie świadczeń m.in. diagnostycznych i leczniczych oraz ordynowania niektórych leków i wyrobów medycznych, w tym wystawiania na nie recept.

W 2007 roku wprowadzono do systemu ochrony zdrowia w Polsce zawód pomocniczy dla pielęgniarek – opiekuna medycznego. Niestety nadal brakuje regulacji prawnych, które szczegółowo w sposób jednoznaczny i całościowy będą określały wzajemne relacje między członkami zespołu opiekuńczo-terapeutycznego, w tym w szczególności zasady współpracy między opiekunem medycznym a pielęgniarką. W latach 2009-2018 kwalifikacje zawodowe w zawodzie opiekun medyczny uzyskało 49 341 osób (dane Centralnej Komisji Egzaminacyjnej w Warszawie). W zakładach długoterminowej, stacjonarnej opieki zdrowotnej, według stanu na 31 grudnia 2019 r., zatrudnionych było 6041 opiekunów. Pomimo kształcenia opiekunów medycznych od 2007 r. nadal zawód ten nie jest w satysfakcjonującym stopniu rozpowszechniony i wykorzystywany w polskim systemie opieki zdrowotnej (MZ, 2019).

W przypadku ratowników medycznych kompetencje krzyżują się zarówno z kompetencjami lekarzy specjalistów ratownictwa medycznego, jak i pielęgniarek – ratownik może wykonywać czynności medyczne (ich zakres został znacznie rozszerzony w 2016 r.) w każdym podmiocie leczniczym, a nie tylko na szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR).

Fizjoterapeuci otrzymali dodatkowe uprawnienia zawodowe (swobodę w prowadzeniu rehabilitacji) w styczniu 2019 r. w związku z nowelizacją rozporządzenia o świadczeniach gwarantowanych w zakresie rehabilitacji leczniczej (Rozporządzenie MZ, 2018). Najważniejszą zmianą w kontekście samodzielności decyzyjnej fizjoterapeuty związaną z krzyżowaniem się nowych kompetencji z lekarzem jest zniesienie obowiązku wskazania przez lekarza na skierowaniu opisu dysfunkcji narządu ruchu, deficytu neurologicznego lub innej przyczyny kierowania na rehabilitację oraz liczby zleconych zabiegów fizjoterapeutycznych wraz z określeniem okolicy ciała, ewentualnej strony (prawa, lewa) i liczby poszczególnych zabiegów w cyklu. W praktyce oznacza to, że fizjoterapeuta ma prawo do zaplanowania procesu fizjoterapii zgodnie ze swoją najlepszą wiedzą przy uwzględnieniu rozpoznania medycznego. Nowe uprawnienia zawodowe fizjoterapeuty istotnie wpływają na mocno ugruntowane w systemie kompetencje lekarzy w zakresie rehabilitacji leczniczej. W przypadku lekarzy i fizjoterapeutów dochodzi do krzyżowania się kompetencji, a coraz istotniejsza rola i uprawnienia zawodowe fizjoterapeutów są powszechnie uznawane (Kowalska-Bobko i in., 2020).

Nowe uprawnienia zawodowe pielęgniarek i położnych (Ustawa, 2014), ratowników medycznych (Rozporządzenie MZ, 2016) oraz fizjoterapeutów krzyżują się z uprawnieniami, które do tej pory były realizowane przede wszystkim przez lekarzy. Są to bowiem:

- a) prawo pielęgniarek i położnych do wypisywania recept i ordynacji medycznej,
- b) prawo do wykonywania medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych,
- c) prawo do realizacji samodzielnej wizyty fizjoterapeutycznej.

Reformy systemu wprowadziły także nowe zawody okołomedyczne, uzupełniające zmieniające zakresy obowiązków ustawowo określonych zawodów medycznych, które zyskują coraz większe znaczenie. Wprowadzanie koordynowanych programów kompleksowej opieki nad pacjentem (pakiet onkologiczny, pilotaż POZ PLUS, „Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży” – KOC, „Koordynowana opieka specjalistyczna dla pacjenta po zawale mięśnia

sercowego” – KOS-zawał, „Kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna nad pacjentem z cukrzycą” – KAOS-cukrzyca, „Kompleksowe leczenie ran przewlekłych” – KLRP) wymusza realną koordynację działań, co oznacza konieczność wyznaczenia właśnie nowej roli zawodowej – koordynatora medycznego. W praktyce koordynacja opieki jest związana z aktywnym nadzorem nad realizacją zaleceń lekarskich w zaplanowanych terminach, a także z przypominaniem pacjentowi o zbliżających się wizytach (np. drogą mailową lub za pomocą SMS-a). Może też obejmować rejestrację na zlecone interwencje medyczne z wielomiesięcznym wyprzedzeniem – zarówno w samej placówce koordynującej, jak i w placówkach współpracujących (np. na konsultacje specjalistyczne). Koordynator opieki zdrowotnej to profesjonalista, który powinien posiadać wiedzę zarówno w zakresie organizacji i ekonomiki w ochronie zdrowia, jak i zdrowia publicznego oraz medycyny. W oczywisty sposób jego kompetencje krzyżują się więc z uprawnieniami pielęgniarek, sekretarek medycznych, specjalistów zdrowia publicznego czy zarządzania w ochronie zdrowia. Nie jest łatwo wskazać profesjonalistę, który posiada pełnię uprawnień do podejmowanych działań koordynacyjnych, także dlatego, że w Polsce wciąż brakuje kompleksowego kształcenia w tym zakresie. Zadania te wykonują przede wszystkim pielęgniarki, ale coraz więcej absolwentów zdrowia publicznego i ratowników medycznych odnajduje się w roli koordynatora (Kowalska-Bobko i in., 2020).

Pandemia pokazała, że wiele zawodów należy wyposażyć w dodatkowe kompetencje, np. opiekunów medycznych, którzy odgrywają w systemie coraz większą rolę. Rozszerzanie kompetencji już istniejących zawodów, nie wyklucza tworzenia nowych – oba procesy powinny przebiegać równoległe (Grzela, 2020).

4.4. Polski kontekst badań nad kompetencjami pracowników ochrony zdrowia

Dysponowanie ograniczonymi zasobami finansowymi, infrastrukturalnymi, ale przede wszystkim kadrowymi, przy jednoczesnym wzroście potrzeb i świadomości pacjentów jest głównym problemem, z jakim obecnie mierzy się sektor zdrowotny w Polsce. Określenie stopnia wykorzystania lub niedopasowania kompetencjami personelu medycznego może znacząco wpływać na proces zarządzania podmiotami leczniczymi i generowania wyższej jakości usług.

Akty prawne regulują kwestie edukacyjne związane z realizacją specjalizacji lub ciągłym doszkalaniami profesjonalistów z zakresu ochrony zdrowia, jednak nie zajmują się kształtowaniem kompetencji miękkich wśród kadry medycznej. Lekarze pełniący zadania związane z awansem zawodowym, często nie mają czasu na realizowanie jednocześnie dwóch ścieżek rozwoju zarówno medycznej, jak i menedżerskiej. Stąd też lekarze mają wysokie kompetencje medyczne, wiedzę i umiejętności zawodowe, ale nierzadko nie posiadają rozwiniętych zdolności interpersonalnych (Kęsy, 2013).

W Polsce dotychczasowe badania koncentrowały się głównie na efektywności całych podmiotów medycznych, a nawet systemów opieki zdrowotnej, nie schodząc na poziom jednostek. Co ważne, skupiały się one zazwyczaj na lekarzach, pomijając pozostałych pracowników sektora ochrony zdrowia.

W związku z brakiem narzędzi pozwalających na bieżący pomiar kompetencji w Polsce w sposób bezpośredni, należy poszukiwać źródeł pośrednich, które mogą to umożliwić. Jednym z takich narzędzi są mapy potrzeb zdrowotnych stworzone przez Ministerstwo Zdrowia. Ich analiza pozwala na identyfikację obszarów związanych z deficytami kompetencyjnymi pracowników ochrony zdrowia, jednak nie są one wystarczające do identyfikacji konkretnych kompetencji, których pracownikom służby zdrowia brakuje. Do obszarów tych należą:

- zróżnicowana umiejętność wykorzystywania dostępnych narzędzi diagnostyczno-leczniczych,
- nieadekwatna częstość wykonywania świadczeń istotnych z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjenta,
- nieadekwatne wykorzystywanie kompetencji poprzez pracowników różnego szczebla organizacyjnego systemu ochrony zdrowia oraz pomiędzy różnymi specjalizacjami,
- niepełne dostosowanie zasobów kadrowych do charakterystyki pacjentów,
- niedostateczne oraz nierównomierne (obecne i prognozowane) nasycenie kadrą medyczną (Więckowska, 2017).

5. Charakterystyka badania

5.1. Cel badawczy

Kryzys związany z COVID-19 dotyka pracodawców i pracowników różnych sektorów na całym świecie, w szczególności jednak sektor ochrony zdrowia. Trudne sytuacje wymagają zarówno nowych umiejętności od pracowników medycznych i okołomedycznych, jak i wymuszają zmianę priorytetyzacji kompetencji wśród kadry zarządzającej. Liderzy w takich okresach powinni kształcić kompetencje i wzmacniać swoje role jako osób nadających sens trudnej sytuacji i oferujących wsparcie swoim pracownikom. W momencie kryzysu powinni korzystać z innowacyjnych metod komunikacji. Powinni potrafić dostosować się do nowych warunków i umożliwiać pracownikom korzystanie z nowych technologii. Ogrywają szczególną rolę w zapewnieniu dobrego samopoczucia pracowników i obniżenia poziomu ich stresu. Ich ważnym zadaniem jest zapewnienie finansowej stabilności organizacji (Dirani, 2020). Pozostali pracownicy natomiast powinni wykazać się otwartością do proponowanych zmian, pokonując problemy, jakie stworzyła nowa sytuacja – zapoznając się i wprowadzając w życie odpowiednie wytyczne i standardy, wzmacniając relacje w zespole, ale także z pacjentem, pogłębiając swoją wiedzę (nie tylko medyczną), poprawiając jakość świadczeń.

Uwzględniając powyższe uwarunkowania cel główny niniejszego badania naukowego dotyczył

określenia deficytów w kompetencjach kadr medycznych i okołomedycznych w placówkach medycznych, z uwzględnieniem nowych zadań związanych z epidemią COVID-19.

5.2. Pole badawcze

Z uwagi na istotę problemu badawczego pole badawcze obejmowało kadrę medyczną i wspomagającą kadry medyczne, pracujące przede wszystkim w ambulatoryjnych podmiotach leczniczych, nie wykluczając pracowników opieki stacjonarnej. W badaniu użyto metodę celowego doboru próby. Do badania zostali zaproszeni:

- lekarze,
- pielęgniarki/położne,
- koordynatorzy,
- sekretarki medyczne,



- inni pracownicy sektora opieki zdrowotnej.

5.3. Narzędzie badawcze

Zdecydowana większość literatury i badań dotyczących kompetencji zajmuje się opisywaniem ich w warunkach normalnych, nie kryzysowych, jak ma to miejsce podczas pandemii COVID-19. Zidentyfikowane artykuły naukowe posłużyły do stworzenia autorskiego narzędzia do identyfikacji luk kompetencyjnych kadry medycznej i wspomagającej kadry medyczne w sytuacji kryzysu spowodowanego COVID-19.

Autorski kwestionariusz ankiety przeznaczony dla kadr medycznych i wspomagających kadry medyczne różnej wielkości został skonstruowany z wykorzystaniem pięciu obszarów kompetencji niezbędnych dla wszystkich pracowników ochrony zdrowia zaproponowanych w 2002 roku przez Instytut Medycyny w USA. Wśród nich znalazły się kompetencje z zakresu:

- zapewnienia opieki skoncentrowanej na pacjencie:
- pracy w interdyscyplinarnych zespołach:
- korzystania z praktyk opartych na dowodach:
- ciągłej poprawy jakości:
- wykorzystania narzędzi informatycznych:

Zawarte w kwestionariuszu ankiety pytania dotyczą zagadnień związanych ze zidentyfikowanymi obszarami kompetencji. Powyższe obszary zostały uzupełnione blokiem pytań dotyczących pracy w czasie pandemii COVID-19. Większość pytań została skonstruowana w taki sposób, aby otrzymać informację na temat kompetencji przed i w trakcie trwania pandemii.

Przegląd piśmiennictwa do budowy autorskiego narzędzia został przeprowadzony przy użyciu bazy EMBASE (Medline) z wykorzystaniem słów kluczowych „healthcare workforce”, „competencies”, „skills”, „measurement”, „assessment”. Do przeglądu zostały włączone artykuły w języku angielskim, opublikowane po 2015 roku oraz wybrane publikacje z bibliografii artykułów kluczowych. Włączone do przeglądu artykuły zostały przeanalizowane pod kątem identyfikacji kompetencji kluczowych dla kadr medycznych i wspomagających kadry medyczne oraz elementów zachowania, które mogą zostać użyte do opisanie lub zmierzenia poszczególnych kompetencji i ich deficytów.

Autorski kwestionariusz ankiety został przedstawiony w aneksie 1.

5.4. Metodyka badania

Niniejsze badanie miało charakter teoretyczno-empiryczny. Proces badawczy składał się z poniżej omówionych etapów:

1. Analiza teoretyczna

Analiza literatury przedmiotu przygotowana została w oparciu o studium literatury krajowej i zagranicznej, a także danych statystycznych systemu i sektora ochrony zdrowia oraz w zakresie teorii kompetencji społecznych i deficytów kompetencyjnych kadry medycznej i wspomagającej kadry medyczne. Metoda ta miała charakter analizy danych zastanych.

2. Badanie ankietowe

Wykorzystaną techniką badawczą był kwestionariusz ankiety wspomagany komputerowo (CAWI). Kwestionariusz został udostępniony na platformie do prowadzenia badań online. Wybór techniki CAWI podyktowany był silnym rozproszeniem próby badawczej w licznych podmiotach leczniczych w Polsce oraz chęcią zapewnienia badanym większego komfortu, co powinno pozwolić na uzyskanie bardziej szczerych odpowiedzi.

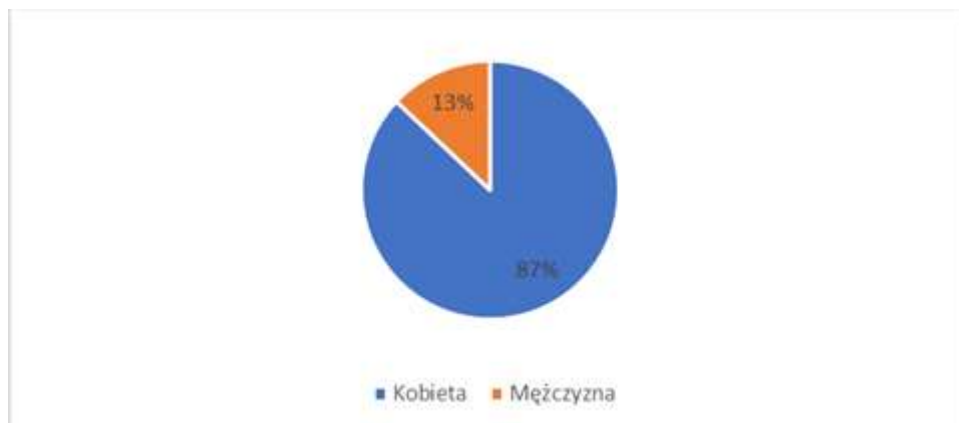
Badanie miało na celu określenie poziomu deficytów kompetencji kadry medycznej i wspomagającej kadry medyczne w czasie pandemii COVID-19. Zostało przeprowadzone w okresie grudzień 2020 – styczeń 2021. Każdy z respondentów otrzymał mailowe zaproszenie do udziału w badaniu. Zaproszenie zawierało zindywidualizowany link, dzięki czemu otrzymano pewność, że każdy badany wypełnił kwestionariusz tylko jeden raz.

Przez cały okres realizacji badania trwał jego monitoring. Polegał on na śledzeniu postępu wypełniania kwestionariuszy i podejmowaniu działań mających na celu realizację badania na pełnej próbie. Respondenci otrzymywali więc mailowe przypomnienia o możliwości wypełnienia kwestionariusza, a także informacje przekazywane osobiście przez zespół badawczy.

6. Wyniki

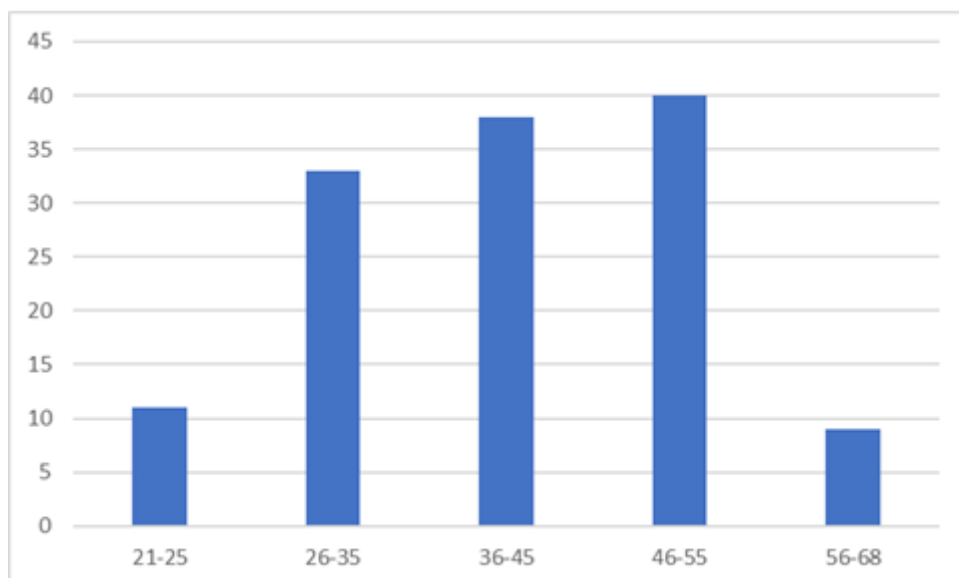
Do badania przystąpiło 131 respondentów. Kobiety stanowiły 87% badanej grupy. Średnia wieku respondentów wyniosła 41 lat, z czego najmłodszy respondent miał 21 lat, a najstarszy – 68 lat.

Rysunek 1. Płeć respondentów



Źródło: Opracowanie własne.

Rysunek 2. Wiek respondentów



Źródło: Opracowanie własne.

Ponad połowę respondentów stanowiły pielęgniarki/położne (52%). Wśród ankietowanych było także 19% lekarzy, 9% koordynatorów, 2% sekretarek medycznych. Dużą grupę (20%) stanowiły jednak osoby zajmujące inne stanowiska, wśród których najwięcej było pracowników administracyjnych, ratowników medycznych oraz diagnostów laboratoryjnych.

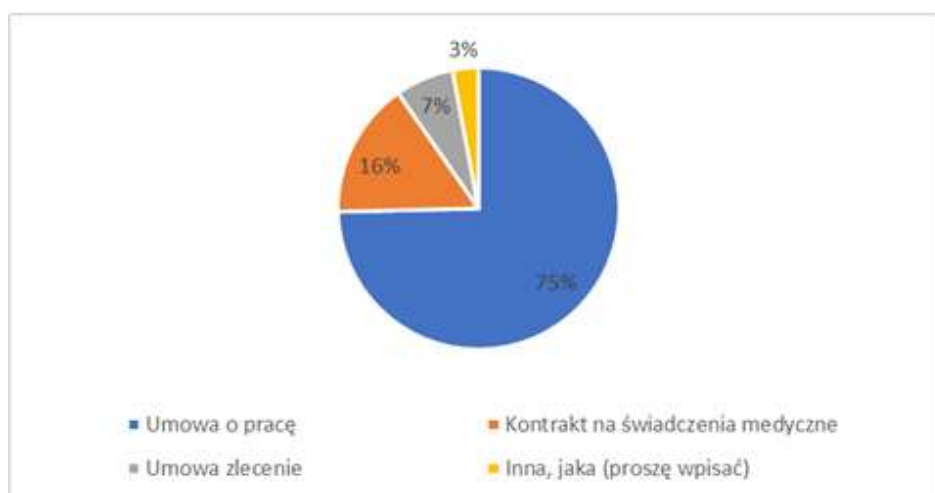
Rysunek 3. Zajmowane stanowisko



Źródło: Opracowanie własne.

75% ankietowanych wskazała jako formę zatrudnienia umowę o pracę, 16% – kontrakt na świadczenia medyczne, 7% – umowę zlecenia, 3% – inną (tę opcję zaznaczyli głównie właściciele placówek leczniczych).

Rysunek 4. Forma zatrudnienia

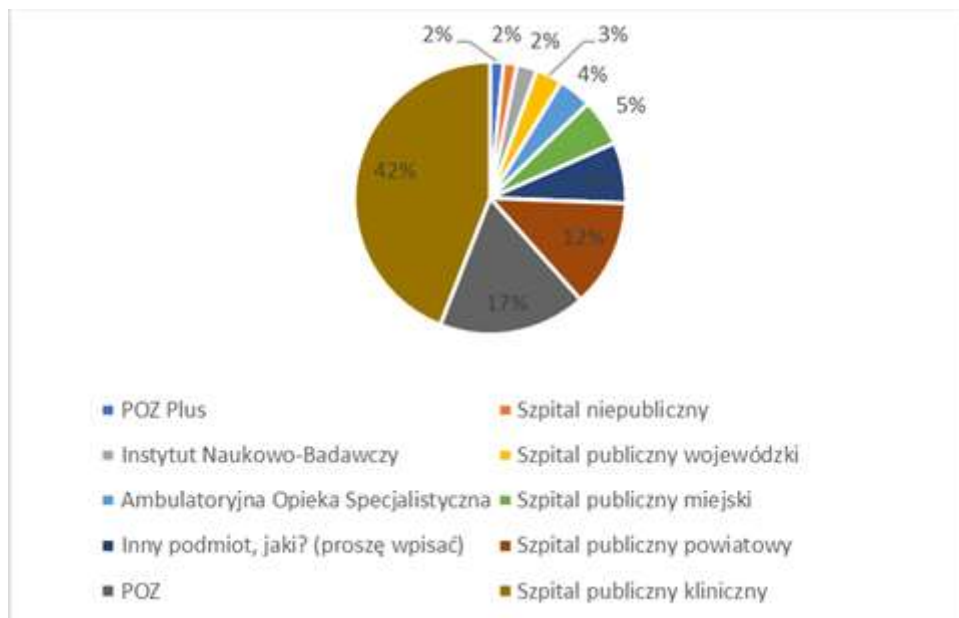


Źródło: Opracowanie własne.

Głównym miejscem pracy dla dużej części respondentów (42%) jest szpital publiczny kliniczny, a dalej POZ (17%), szpital publiczny powiatowy (12%), szpital publiczny miejski (5%), AOS (4%), szpital publiczny wojewódzki (3%), Instytut Naukowo-Badawczy, szpital niepubliczny i POZ Plus (po 2%). 7% ankietowanych wskazało jednak inny podmiot, wśród

których najczęściej pojawiały się odpowiedzi: prywatna poradnia medyczna, zakład opiekuńczo-leczniczy oraz pogotowie ratunkowe.

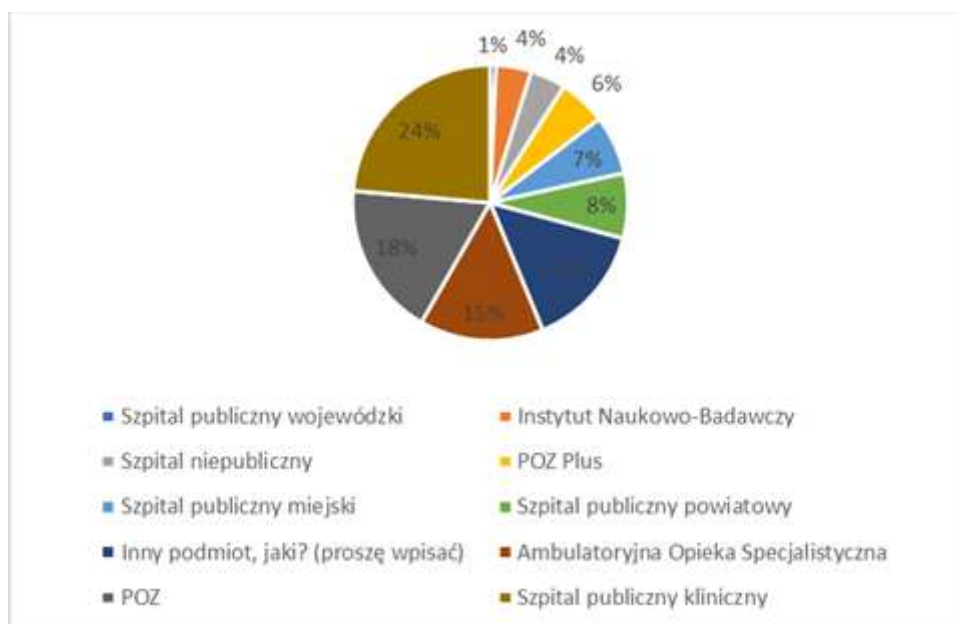
Rysunek 5. Główne miejsca pracy



Źródło: Opracowanie własne.

Respondenci byli także pytani o pozostałe miejsca, w których pracują. W tym przypadku uzyskano aż 154 odpowiedzi, co świadczy o wieloletowości ankietowanych. Podobnie jak w przypadku głównego miejsca pracy najczęściej wybierana była odpowiedź szpital publiczny kliniczny – 24% oraz POZ – 18%. W porównaniu jednak do poprzedniego pytania duża część respondentów pracuje także w AOS – 15%. Wśród pozostałych typów podmiotów leczniczych ankietowani wskazywali odpowiednio: szpital publiczny powiatowy – 8%, szpital publiczny miejski – 7%, POZ Plus – 6%, szpital niepubliczny – 4%, Instytut Naukowo-Badawczy – 4%, szpital publiczny wojewódzki – 1%. Odpowiedź „inne” wybierana była głównie przez osoby, które pracują tylko w jednym podmiocie (tak wskazało 10 respondentów).

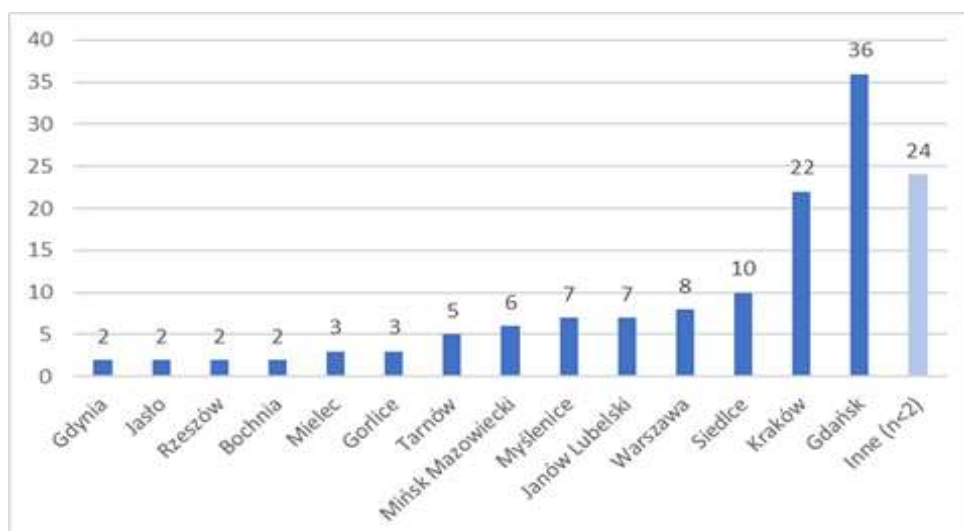
Rysunek 6. Pozostałe miejsca pracy



Źródło: Opracowanie własne.

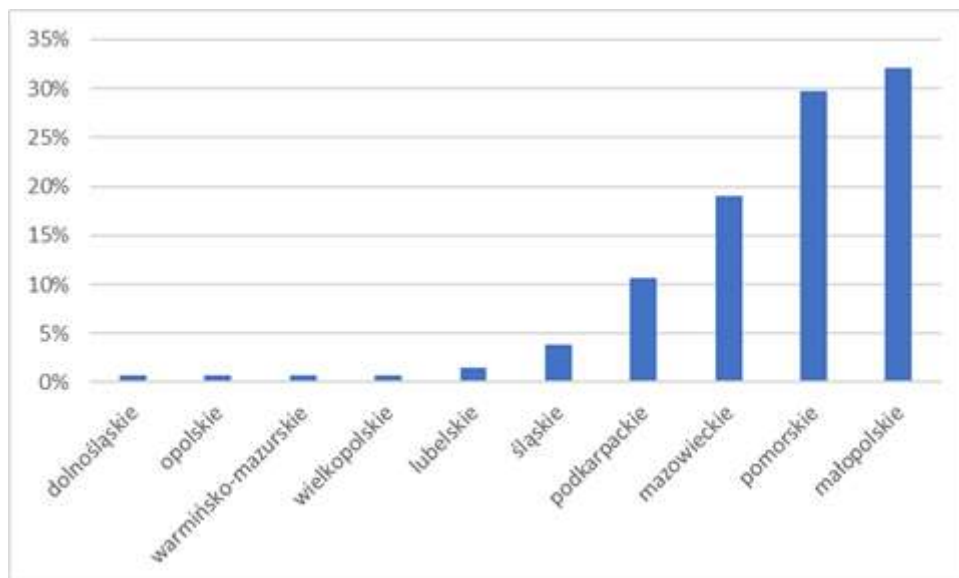
Najwięcej ankietowanych pracuje w Gdańsku (36 osób) i w Krakowie (22 osoby), a następnie w Siedlcach (10), Warszawie (8), Janowie Lubelskim (7), Myślenicach (7), Mińsku Mazowieckim (6), Tarnowie (5) i innych miejscowościach. W skali województwa najwięcej respondentów było z województwa małopolskiego, pomorskiego, mazowieckiego, podkarpackiego i śląskiego.

Rysunek 7. Miasto pracy respondentów



Źródło: Opracowanie własne.

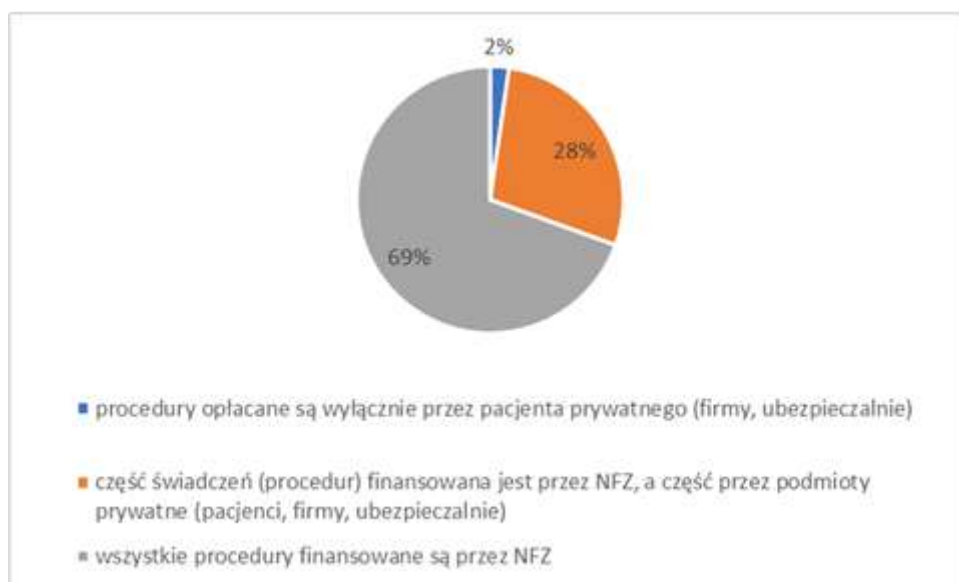
Rysunek 8. Województwo pracy respondentów



Źródło: Opracowanie własne.

Większość podmiotów (69%), dla których respondenci świadczyli usługi medyczne to podmioty, gdzie wszystkie procedury finansowane są przez NFZ, natomiast 28% stanowiły podmioty, w których część świadczeń finansowana jest przez NFZ, a część z innych źródeł (pacjenci komercyjni, firmy, instytucje ubezpieczeniowe), tylko 2% to podmioty, gdzie świadczenia opłacane są wyłącznie przez pacjenta prywatnego (firmy, ubezpieczalnie).

Rysunek 9. Sposób finansowania podmiotu dla którego pracują respondenci



Źródło: Opracowanie własne.

Bezpośredni kontakt z pacjentem COVID-19 miało aż 54% badanych, a 27% potwierdziło kontakt pośredni.

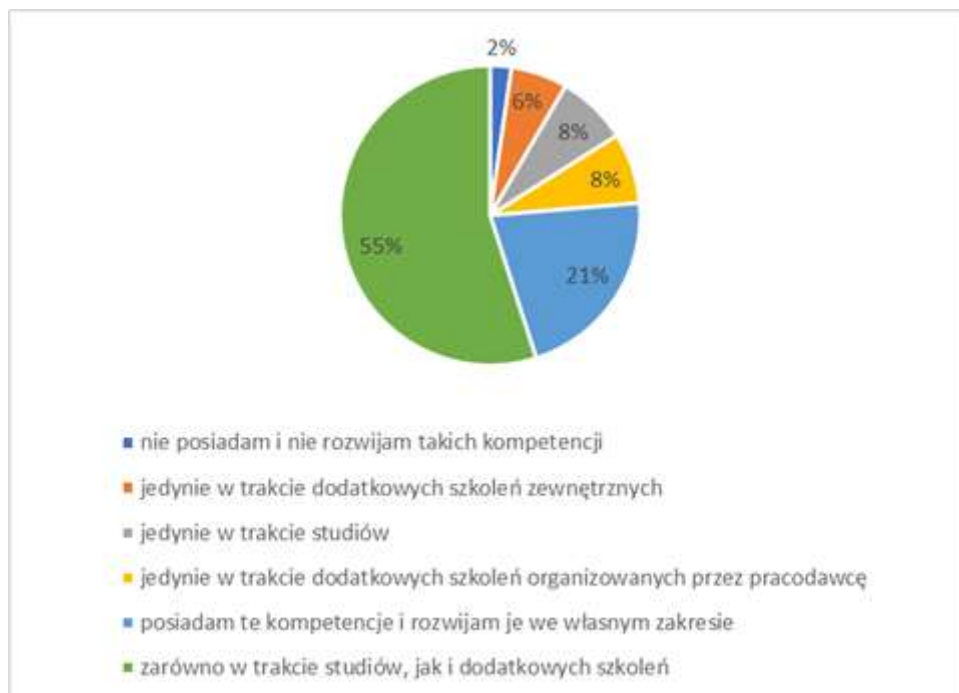
Rysunek 10. Kontakt z pacjentem Covid-19



Źródło: Opracowanie własne.

Przechodząc do pytań związanych z kompetencjami, respondenci zostali poproszeni o wskazanie, gdzie nabyli umiejętności związane z identyfikacją preferencji i potrzeb pacjenta. Ponad połowa (55%) odpowiedziała, że zarówno w trakcie studiów, jak i dodatkowych szkoleń, następnie – 21% badanych osób zaznaczyło, że posiada te kompetencje i rozwija je we własnym zakresie, 8% wskazało, że nabyło je jedynie w trakcie studiów lub jedynie w trakcie dodatkowych szkoleń organizowanych przez pracodawcę, 6% odpowiedziało, że jedynie w trakcie dodatkowych szkoleń zewnętrznych. Jedynie 2% respondentów przyznało, że nie posiada i nie rozwija takich kompetencji. Wyniki te są zadawalające, świadczą o stałym podnoszeniu swoich kwalifikacji przez badane grupy.

Rysunek 11. Miejsce nabycia kompetencji



Źródło: Opracowanie własne.

Respondenci dość jednogłośnie wskazali, że edukacja w zakresie rozprzestrzeniania się COVID-19 jest w kompetencji każdego pracownika medycznego i administracyjnego zatrudnionego w placówce (78%) lub w kompetencji zarówno lekarza, jak i pielęgniarki/położnej (21%).

Rysunek 12. Kto odpowiada za edukację w zakresie rozprzestrzeniania się Covid-19



Źródło: Opracowanie własne.

Ponad połowa badanych (56%) oceniła poziom swojej wiedzy na temat działań niezbędnych do wczesnego rozpoznawania i zapobiegania COVID-19 przekazywanej pacjentom jako wysoki (9% jako bardzo wysoki). Nikt nie wybrał odpowiedzi bardzo niska lub niska, jako przeciętną wskazało natomiast 29% respondentów.

Rysunek 13. Ocena poziomu swojej wiedzy na temat działań niezbędnych do wczesnego rozpoznawania i zapobiegania COVID-19



Źródło: Opracowanie własne.

Spośród kompetencji, które ankietowani uznali za najważniejsze w sytuacji zagrożenia epidemicznego spowodowanego pandemią COVID-19 najczęściej wybierane były: wdrożenie i ścisłe przestrzeganie standardów i zasad postępowania z pacjentami z podejrzeniem COVID-19 i chorymi na COVID-19 – 42%, właściwe/zrozumiałe komunikowanie się z pacjentem – 24% oraz właściwa współpraca z pozostałym personelem placówki w celu efektywnego diagnozowania i leczenia – 19%. Rzadziej natomiast wybierali odpowiedzi: właściwe zarządzanie ruchem pacjentów – 8%, efektywne zdalne diagnozowanie i leczenie pacjentów – 5% i identyfikacja stresu i emocji u pacjenta – 2%.

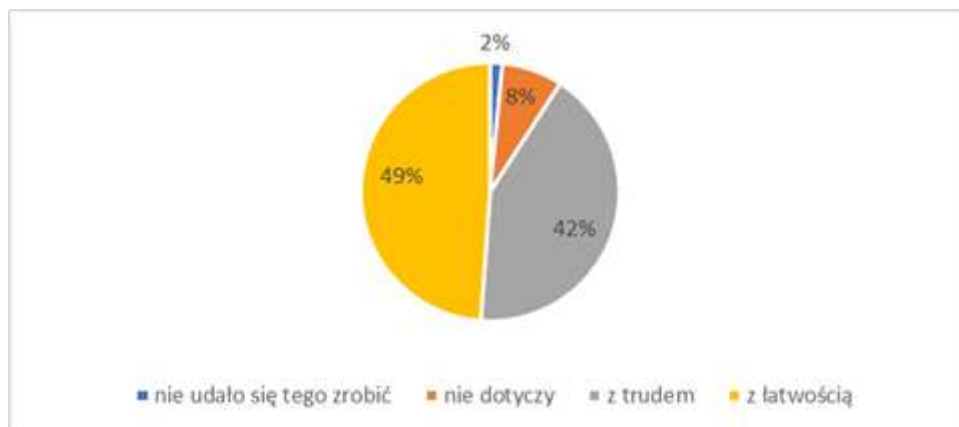
Rysunek 14. Kompetencje, które ankietowani uznali za najważniejsze w sytuacji zagrożenia epidemicznego spowodowanego pandemią COVID-19



Źródło: Opracowanie własne.

Prawie połowa badanych (49%) odpowiedziała, że z łatwością przeorganizowała pracę własną w sytuacji zagrożenia epidemicznego spowodowanego pandemią COVID-19, ale aż 42% przyznało, że zrobiło to z trudem, a 2% nie udało się tego zrobić.

Rysunek 15. Przeorganizowanie pracy własnej w sytuacji zagrożenia epidemicznego spowodowanego pandemią COVID-19



Źródło: Opracowanie własne.

Tylko 15% respondentów wskazało, że stres spowodowany zagrożeniem epidemicznym w związku z pandemią COVID-19 negatywnie wpłynął na ich działania, powodując pojawianie się błędów i chaosu. Odpowiedzi przeciwnych, w których wskazano, że taki stres wpłynął pozytywnie i mobilizująco było najwięcej – 31%, tylko 4% nie odczuło stresu z tym związanego. 20% badanych nie zauważyła zmian w swoim zachowaniu, a 30% było niezdecydowanych (wybierając odpowiedź „trudno powiedzieć”).

Rysunek 16. Wpływ stresu spowodowanego pandemią COVID-19 na pracę

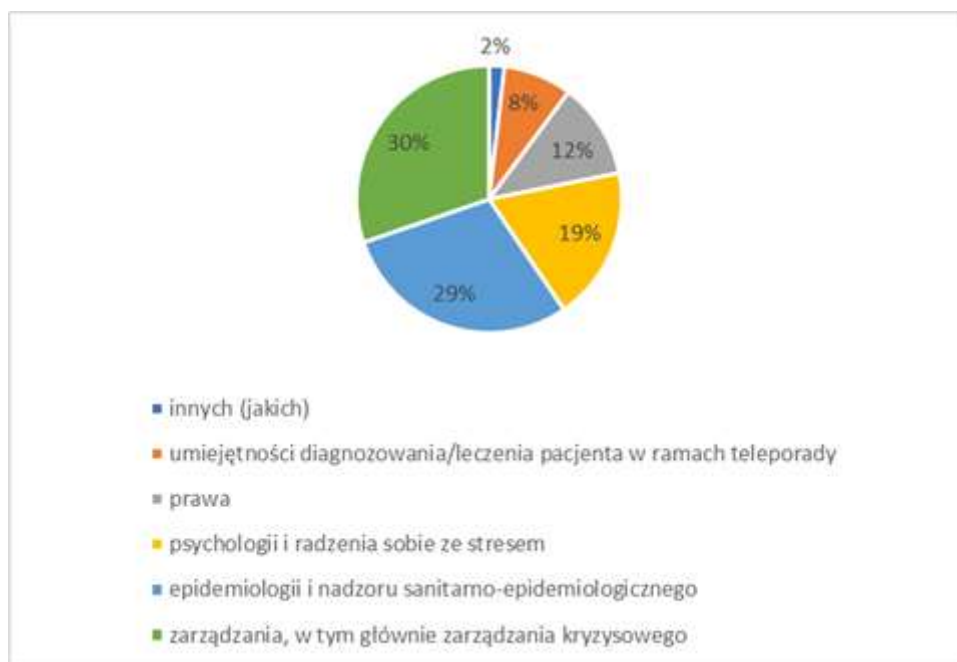


Źródło: Opracowanie własne.

Następnie respondenci proszeni byli o

wskazanie obszarów, w których najbardziej brakowało im pomocy w sytuacji pandemii COVID-19. Najbardziej popularne odpowiedzi to: zarządzanie, w tym głównie zarządzanie kryzysowe (30%) oraz epidemiologia i nadzór sanitarno-epidemiologiczny (29%). Dalej wybierane były: psychologia i radzenie sobie ze stresem (19%), prawo (12%), umiejętności diagnozowania/leczenia pacjenta w ramach teleporady (8%). Może to wskazywać na deficyty wiedzy w tych zakresach, które mogłyby być zmniejszone poprzez odpowiednie wsparcie innych podmiotów (np. psychologów czy prawników), ale także dzięki szkoleniom dedykowanym tym tematom. Wśród innych odpowiedzi wskazywano na brak wsparcia ze strony Ministerstwa Zdrowia, a także brak bezpośredniej pomocy ze strony lekarzy POZ, którzy przeszli na pracę głównie za pomocą teleporad.

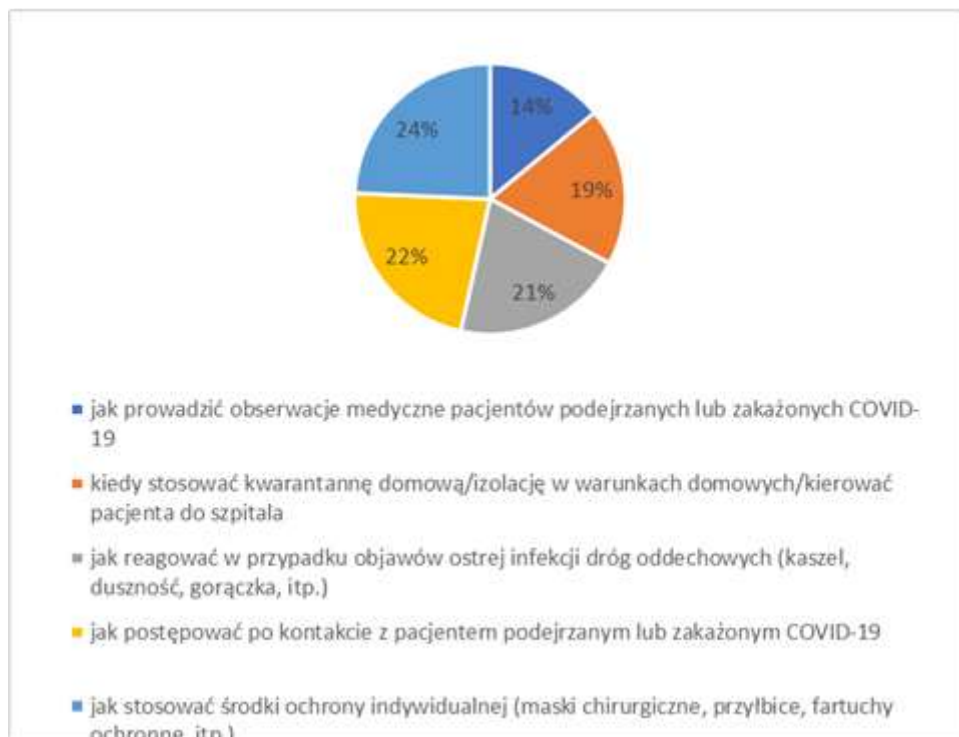
Rysunek 17. Wskazanie obszarów, w których najbardziej brakowało pomocy w sytuacji pandemii COVID-19



Źródło: Opracowanie własne.

W pytaniu dotyczącym znajomości szczegółowych instrukcji/wytycznych odpowiedzi rozłożyły się dość równomiernie, jednak należy zwrócić uwagę na fakt, że tylko mniej niż ¼ respondentów odpowiedziała na nie pozytywnie, co świadczy o sporych deficytach w tym zakresie. W odpowiedzi wybieranej najczęściej 24% ankietowanych przyznało, że zna instrukcje/wytyczne jak stosować środki ochrony indywidualnej (maski chirurgiczne, przyłbice, fartuchy ochronne itp.), 22% zapoznało się z instrukcjami postępowania po kontakcie z pacjentem podejrzanym lub zakażonym COVID-19, 21% – z instrukcjami, jak reagować w przypadku objawów ostrej infekcji dróg oddechowych (kaszel, duszności, gorączka, itp.), 19% – z instrukcjami, kiedy stosować kwarantannę domową/izolację w warunkach domowych lub kiedy kierować pacjenta do szpitala, 14% – z wytycznymi, jak prowadzić obserwacje medyczne pacjentów podejrzanych lub zakażonych COVID-19.

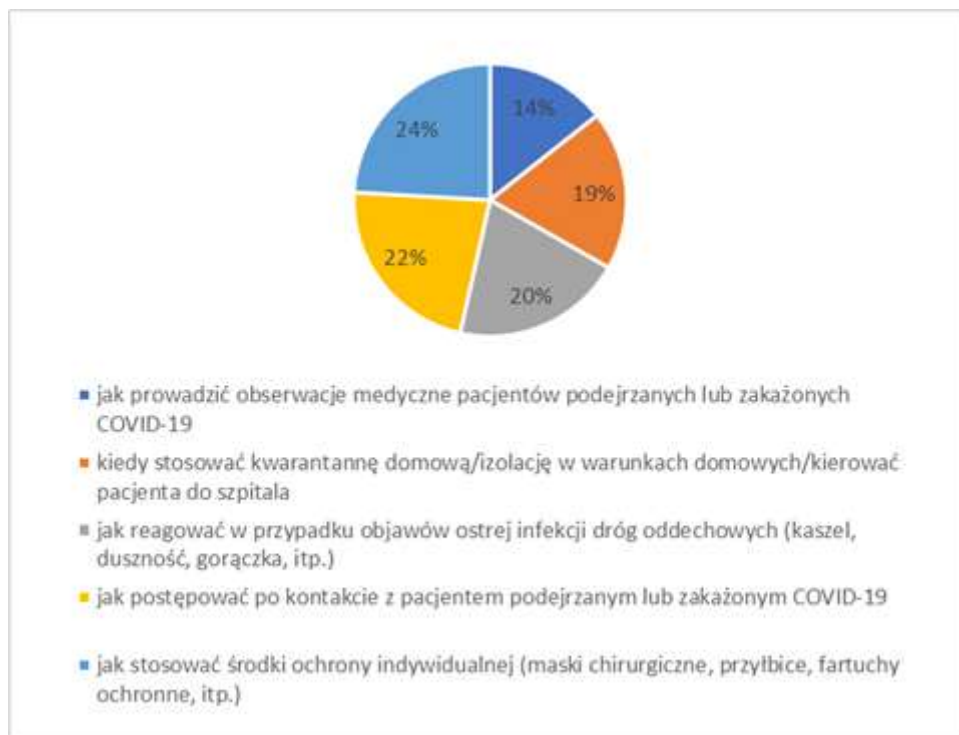
Rysunek 18. Znajomości szczegółowych instrukcji/wytycznych postępowania w sytuacji zagrożenia COVID-19



Źródło: Opracowanie własne.

W następnym pytaniu dotyczącym z kolei stosowania się do wyżej wymienionych instrukcji/wytycznych rozkład odpowiedzi wyglądał niemal identycznie, bowiem nieznanie tych instrukcji przekłada się na ich stosowanie w praktyce. Stosowanie się do tych wytycznych jest istotne przy ograniczaniu transmisji wirusa SARS-COV-2, stąd uzyskane wyniki z jednej strony są niepokojące, pokazując deficyty wiedzy w tym zakresie, z drugiej natomiast mogą świadczyć o różnych brakach, z którymi borykają się kadry medycznej i kadry wspomagające kadry medyczne (np. brak szkoleń, przeciążenie pracą – brak czasu). Brak znajomości wytycznych oraz ich stosowania może być także spowodowane zbyt długim oczekiwaniem na pojawienie się odpowiednich dokumentów z tym związanych.

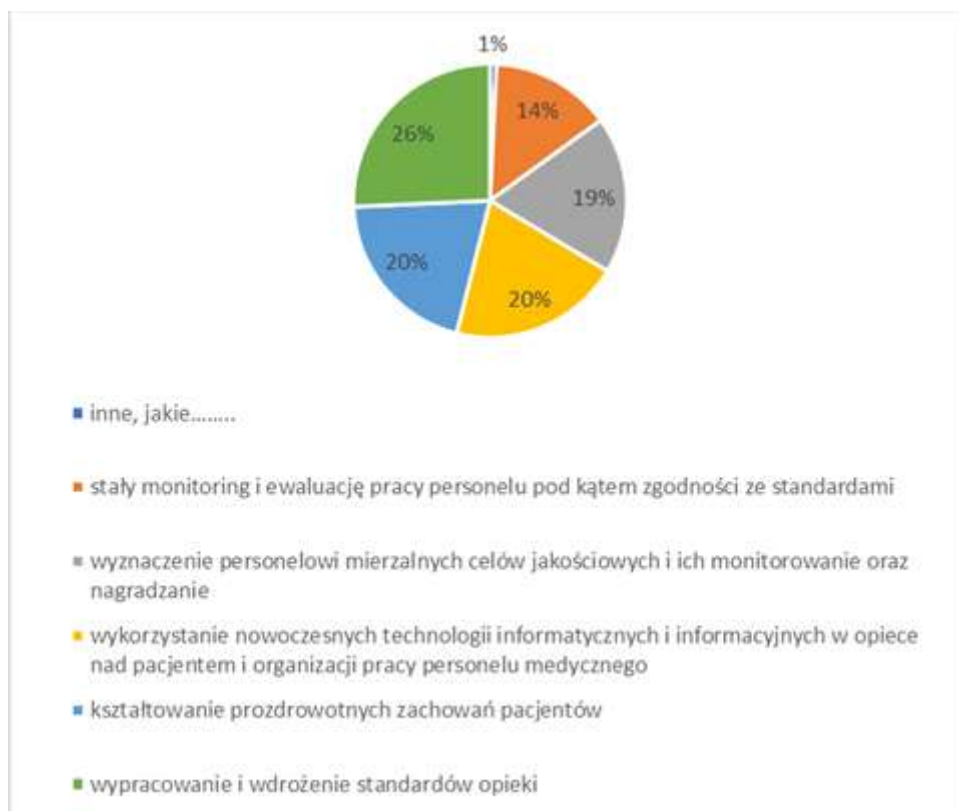
Rysunek 19. Stosowanie się do szczegółowych instrukcji/wytycznych postępowania w sytuacji zagrożenia COVID-19



Źródło: Opracowanie własne.

W kolejnym pytaniu respondenci mieli wskazać czynniki, które pozytywnie mogą wpłynąć na jakość opieki w czasie pandemii. Najwięcej wskazań uzyskało wypracowanie i wdrożenie standardów opieki (26%), jednak i w przypadku tego pytania odpowiedzi rozłożyły się dosyć równomiernie. Stąd po 20% wskazań uzyskały odpowiedzi: kształtowanie prozdrowotnych zachowań pacjentów oraz wykorzystanie nowoczesnych technologii informatycznych i informacyjnych w opiece nad pacjentem i organizacji pracy personelu medycznego, nieco mniej (14%) otrzymała odpowiedź stały monitoring i ewaluacja pracy personelu pod kątem zgodności ze standardami. Pojawiły się również odpowiedzi zaproponowane przez ankietowanych, jak zapewnienie odpowiedniej liczby personelu, zapewnienie prawidłowych warunków pracy, umożliwienie pracy studentom medycyny. Co wskazuje na fakt, iż niedobory kadrowe oraz materiałowe stanowią istotny problem podczas walki z pandemią COVID-19.

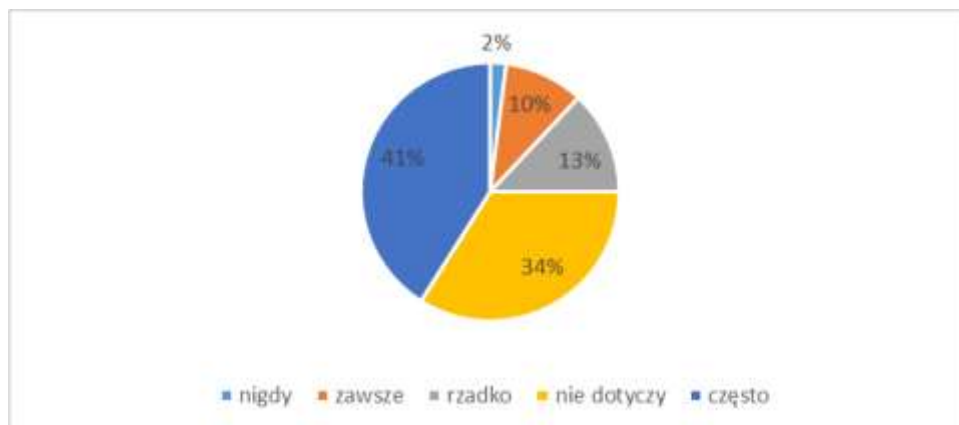
Rysunek 20. czynniki, które pozytywnie mogą wpłynąć na jakość opieki w czasie pandemii.



Źródło: Opracowanie własne.

Wraz z pandemią koronawirusa główną płaszczyzną kontaktu pacjenta z lekarzem stały się telewizyty. Z badania przeprowadzonego przez Ministerstwo Zdrowia i NFZ wynika, że w czasie epidemii 80% konsultacji medycznych odbywało się w formie teleporady. Dzięki temu pacjenci mieli możliwość ograniczenia kontaktów z innymi osobami i unikania miejsc, w których potencjalnie mogłoby dojść do zakażenia SARS CoV-2 (MZ, NFZ, 2020). Z badania wynika, że tylko 51% ankietowanych stosuje teleporadę w celu zapewnienia pacjentom opieki zawsze (10%) lub często (41%). Rzadko lub nigdy nie stosuje teleporady 15% ankietowanych. Taki rozkład procentowy zapewne spowodowany jest tym, że miejscem pracy znacznej części respondentów były szpitale, a teleporady zdominowały jednak POZ i AOS. Warto w tym miejscu przypomnieć, że dopiero w sierpniu 2020 zostało wydane stosowne rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

Rysunek 21. Stosowanie teleporad w opiece nad pacjentem w czasie COVID-19



Źródło: Opracowanie własne.

W kolejnym pytaniu respondenci mieli wskazać w ramach jakiej wizyty występowały największe problemy. Aż 36% badanych wskazało, że występowały one przede wszystkim podczas wizyty tradycyjnej, czyli z bezpośrednim kontakcie z pacjentem, natomiast tylko 11% wskazało, że były to teleporady, a 8% video-porady. Z pewnością związane jest to z brakiem znajomości oraz stosowania odpowiednich wytycznych dotyczących postępowania z pacjentem podejrzanym o COVID-19 lub chorym (na co wskazywała przeważająca część respondentów) czy z zapewnieniem środków ochrony indywidualnej, które zwłaszcza w początkowej fazie pandemii były trudno dostępne.

Rysunek 22. W ramach jakiej wizyty występowały największe problemy



Źródło: Opracowanie własne.

Z kolei przy udzielaniu teleporad największe trudności respondentów dotyczyły komunikacji z pacjentem (21%), kwestii technicznych (17%), dokumentacji medycznej (12%), zrozumienia specyfiki świadczenia telemedycznego (11%), weryfikacji tożsamości pacjenta (8%). Prawie 1/3 ankietowanych odpowiedziało, że nie stosuje teleporad lub ich to nie dotyczy

(przeważające odpowiedzi w „inne”). Pandemia przyspieszyła wdrażanie e-technik: telekonsultacji, e-recept, e-skierowań i e-zwolnień. Przed nią telekonsultacja medyczna była procedurą teoretycznie refundowaną przez NFZ (telekonsylium kardiologiczne i geriatryczne). Ustawa z 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia pozwala wykonywać wszystkie czynności związane z wykonywaniem zawodu lekarza przez systemy teleinformatyczne. Jednak w marcu 2020 r. tylko kilka procent placówek medycznych było gotowych na świadczenie usług telemedycznych, stąd trudności, jakie pojawiają się przy teleporadach, nie są zaskoczeniem. Wypracowanie odpowiednich standardów oraz szkolenia pomogą zniwelować deficyty w tym zakresie.

Rysunek 23. Trudności w udzielaniu teleporad



Źródło: Opracowanie własne.

Według ankietowanych największe deficyty występowały przy dostępie do skutecznych narzędzi umożliwiających teleporady/video-konsultacje wsparte telemonitoringiem pacjenta (24%), telemonitoring pacjenta (22%), video-konsultacje (21%). Jak wynika z badania przeprowadzonego jeszcze przed pandemią wśród kadry kierowniczej placówek ochrony zdrowia i szpitali, telemedycyna i zdalna ochrona zdrowia to najistotniejszy kierunek rozwoju branży medycznej (raport Deloitte „The future of virtual health”). Jednak dopiero pandemia COVID-19 niemal z dnia na dzień przyczyniła się do ich powszechnego zastosowania, stąd pewne deficyty, które zostały wskazane przez ankietowanych. Do tego można dodać brak odpowiednich regulacji czy programów, które mogą poprawić sytuację w tym zakresie. Trzeba pamiętać, że automatyzacja i telemonitoring wymagają bardzo często osoby, która wspiera lekarzy i w pewnych czynnościach jest od nich lepsza. Należy więc rozpowszechnić kształcenie takiej grupy zawodowej. Dopiero pod koniec listopada 2020 r. Ministerstwo Zdrowia uruchomiło projekt Domowej Opieki Medycznej (DOM), czyli system zdalnego monitoringu pacjentów z COVID-19.

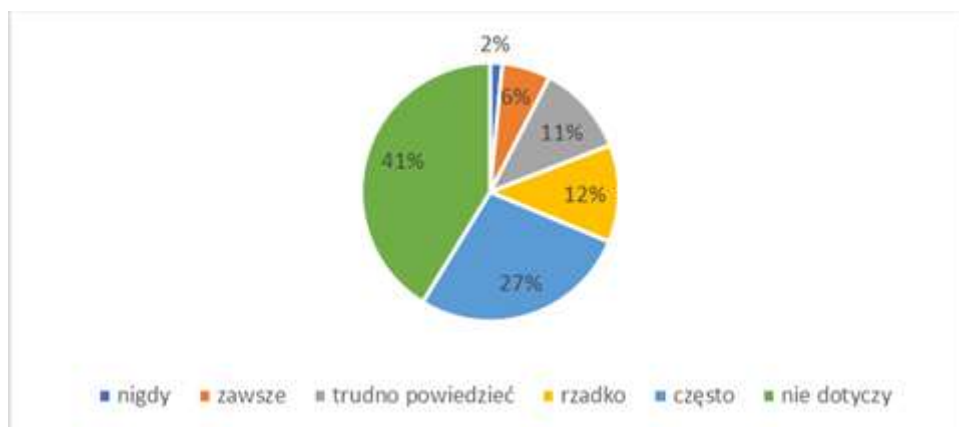
Rysunek 24. Deficyty zdalnej opieki nad pacjentem w czasie COVID-19



Źródło: Opracowanie własne.

Trudności związane z diagnozowaniem i leczeniem pacjentów poprzez system teleporad odczuwało zawsze lub często 1/3 ankietowanych, natomiast nigdy lub rzadko 14%.

Rysunek 25. Trudności związane z diagnozowaniem i leczeniem pacjentów poprzez system

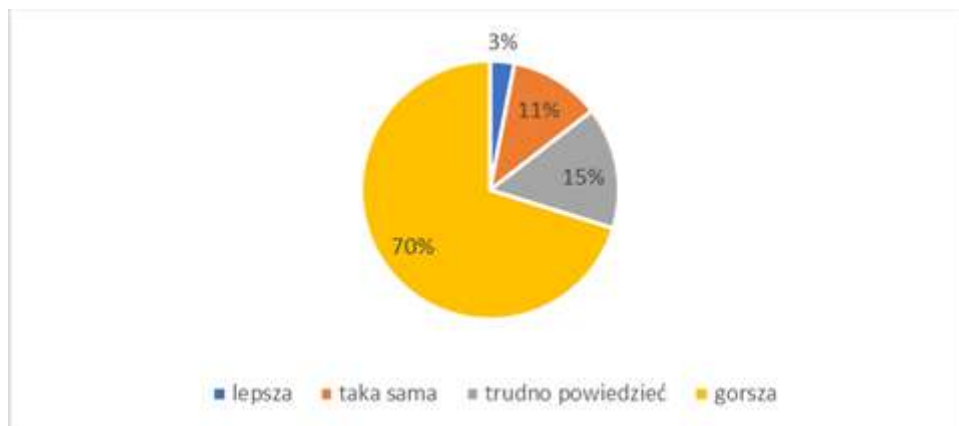


Źródło: Opracowanie własne.

Jakość opieki poprzez system teleporad przez zdecydowaną większość ankietowanych (70%) została uznana za gorszą. Tylko 3% odpowiedziało, że jest lepsza, a 11% – że jest taka sama. Niezdecydowanych natomiast było 15%. Teleporada zapewne w polskim systemie zdrowotnym zostanie i będzie szeroko używana, jest bowiem dobrym rozwiązaniem dla pacjentów, którzy

są stabilni, nie mają nowych dolegliwości, dla których lekarz świadomie może zrezygnować z badania fizykalnego i oprzeć się wyłącznie na badaniu zdalnym. Jakość opieki poprzez teleporady można poprawić poprzez odpowiednie szkolenia zarówno kadr medycznych i okołomedycznych, jak i samych pacjentów.

Rysunek 26. Jakość opieki poprzez system teleporad



Źródło: Opracowanie własne.

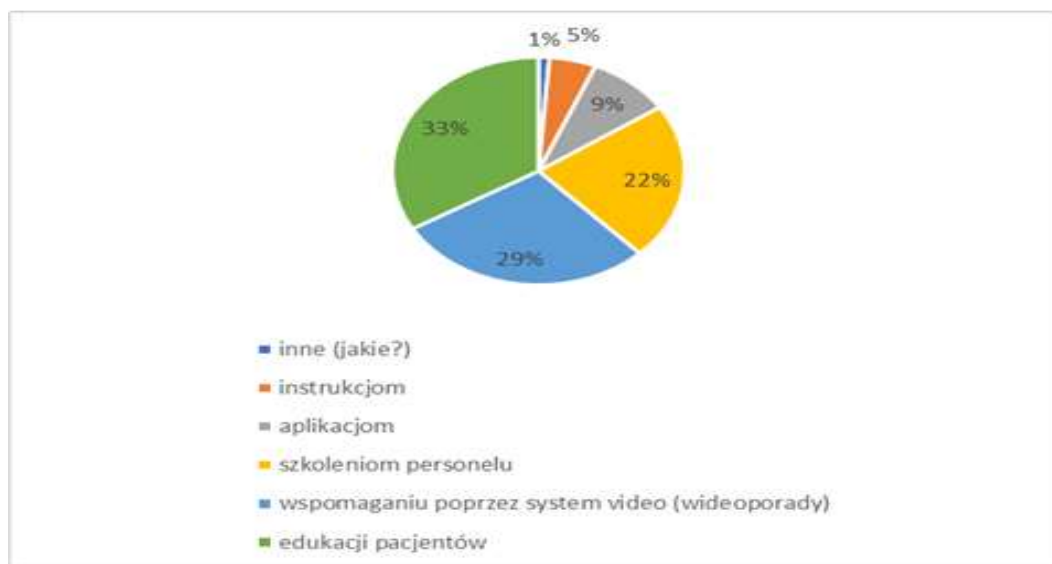
Sami ankietowani zwrócili uwagę, że jakość opieki poprzez system teleporad można poprawić przede wszystkim dzięki edukacji pacjentów (33%), wspomagananiu poprzez system video (29%), szkoleniom personelu (22%), aplikacjom (9%), instrukcjom (5%). Należy mieć na uwadze, że nie każdy pacjent nadaje się do opieki poprzez system teleporad, stąd istotne wydają się odpowiednie standardy organizacyjne oraz wytyczne w zakresie ich udzielania. Wypracowane już rozwiązania mają na celu poprawę jakości usług medycznych w podstawowej opiece zdrowotnej, przy jednoczesnym zapewnieniu bezpieczeństwa pacjentów i personelu medycznego. Teleporady w podstawowej opiece zdrowotnej stały się jednym z działań zapobiegających rozpowszechnianiu się SARS-COV-2 poprzez:

- 1) ograniczenie kontaktu pacjentów oczekujących na wizyty w placówkach POZ,
- 2) izolację osób, które mogłyby zarażać wirusem inne osoby,
- 3) rozwianie obaw, jeśli sytuacja pacjenta okaże się niegroźna dla jego zdrowia,
- 4) skrócenie czasu oczekiwania na wizyty osobiste u lekarza.

Jednak teleporady są obecnie powszechne nie tylko w POZ, dlatego na posiedzeniu 24 lipca 2020 r. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej podjęło uchwałę w sprawie przyjęcia wytycznych dla udzielania świadczeń telemedycznych wraz z rekomendacją ich stosowania przez lekarzy i lekarzy dentyków w ramach wykonywanego zawodu. W ramach uchwały zaprezentowano m.in. 10 kroków wizyty telemedycznej, które usprawnić mają świadczenie w tej formie².

² Wśród 10 kroków wizyty telemedycznej znalazły się: 1. Przygotuj i zweryfikuj sprzęt i oprogramowanie, 2. Zadbaj o poufność rozmowy, 3. Dokonaj weryfikacji tożsamości pacjenta oraz ustal miejsce jego pobytu i numer telefonu, z którego dzwoni, 4. Poinformuj pacjenta o charakterze świadczenia, 5. Postępuj profesjonalnie i odpowiedzialnie, 6. Przygotuj się na niestandardowe sytuacje, 7. Wystaw potrzebne pacjentowi dokumenty, 8. Upewnij się, czy pacjent cię rozumiał, 9. Prowadź dokumentację medyczną, 10. Nie lekceważ problemów technicznych.

Rysunek
27. Jak
można
poprawić
jakość
opieki
udzielanej
zdalnie?



Źródło: Opracowanie własne.

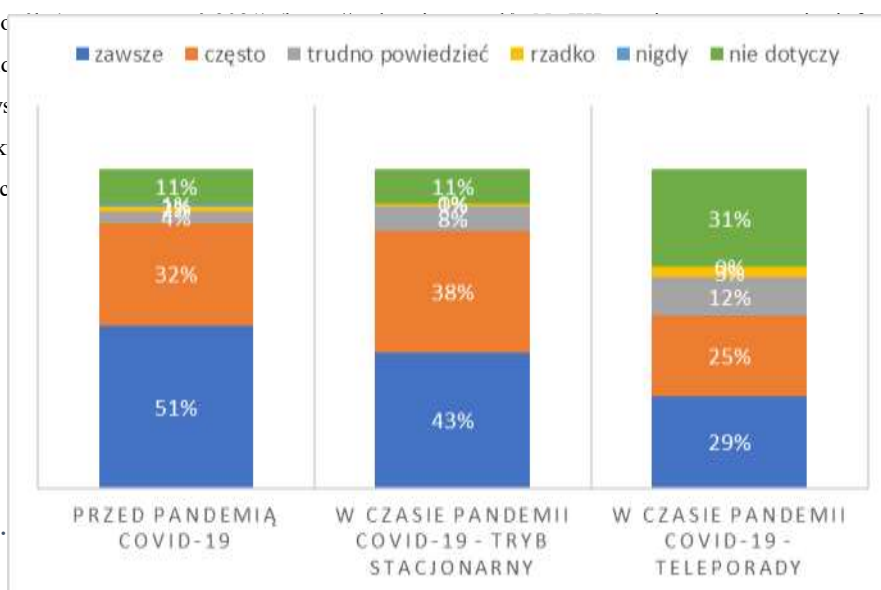
BLOK 3. Zapewnienie opieki skoncentrowanej na pacjencie

Pytania w tej części ankiety dotyczyły umiejętności w zakresie identyfikacji preferencji i potrzeb pacjentów, łagodzenia bólu i cierpienia, zapewnienia stałej opieki, edukacji oraz komunikacji z pacjentem w sytuacji przed i w czasie zagrożenia epidemicznego spowodowanego pandemią COVID-19.

Przechodząc do pytań związanych z zapewnieniem opieki skoncentrowanej na pacjencie, respondenci byli proszeni o wskazanie odpowiedzi dotyczących umiejętności w zakresie identyfikacji preferencji i potrzeb pacjentów, łagodzenia bólu i cierpienia, zapewnienia stałej opieki, edukacji oraz komunikacji z pacjentem. W każdym z 7 pytań ankietowany miał określić swoje umiejętności w sytuacji przed oraz w czasie zagrożenia epidemicznego spowodowanego pandemią COVID-19, z uwzględnieniem podziału na udzielanie porad stacjonarnych oraz teleporad.

Ankietowani mieli określić, jak często rozumiałe formułują komunikaty i zalecenia dla pacjentów. Z badania wynika, że zdecydowana większość badanych zarówno przed pandemią COVID-19 (83%), jak i w czasie jej trwania (81%), podczas wizyt stacjonarnych zawsze lub często formułowała rozumiałe dla pacjenta zalecenia i komunikaty. Jedynie podczas udzielania teleporad odsetek osób wskazujących odpowiedź zawsze i często był znacznie mniejszy i wynosił tylko 54%. Niespełna 1/3 ankietowanych odpowiedziała, że formułowanie zrozumiałych zaleceń i komunikatów podczas udzielania teleporad ich nie dotyczy. Tej samej odpowiedzi udzieliło 11% ankietowanych odnosząc się do sytuacji sprzed pandemii COVID-19 oraz udzielania porad stacjonarnych w czasie jej trwania. Aż 9% respondentów odpowiedziało, że rzadko formułuje rozumiałe komunikaty, a 12% nie było w stanie odpowiedzieć (wybrało odpowiedź „trudno powiedzieć”). Największe różnice w umiejętności zrozumiałego formułowania komunikatów i zaleceń dla pacjentów widać więc porównując porady tradycyjne, udzielane w trybie stacjonarnym z teleporadami. Nie wszyscy rozumieją, co się do nich mówi przez telefon (m.in. pacjenci przygłusi), pojawiają się również zakłócenia techniczne, hałasy w tle – to wszystko wpływa na większe problemy w komunikacji między lekarzem a pacjentem. Jednym z rozwiązań tych problemów może być wspomaganie się systemem umożliwiającym video-konsultacje, innym – przesyłanie zaleceń, kodów recepty poprzez sms czy e-mail. Ratunkiem dla systemu było wprowadzenie kilka miesięcy przed wybuchem pandemii e-recepty, którą należy uznać za przełomowy krok w kierunku rozwoju telemedycyny. E-recepta pozwoliła bowiem zbudować szereg usług telemedycznych i udostępnić pacjentowi receptę właśnie poprzez SMS i e-mail, wokół czego można sprawnie zbudować cały system telemedyczny. W sprawnej komunikacji pomaga także Internetowe Konto Pacjenta (IKP), które aktywowało już prawie 5,5 mln osób. Wyniki badania o wynikach udzielania teleporad, a także o sposobach udzielania informacji o lekach, dawkowaniu leków i przeciwciałach w związku z COVID-19.

Rysunek 28.

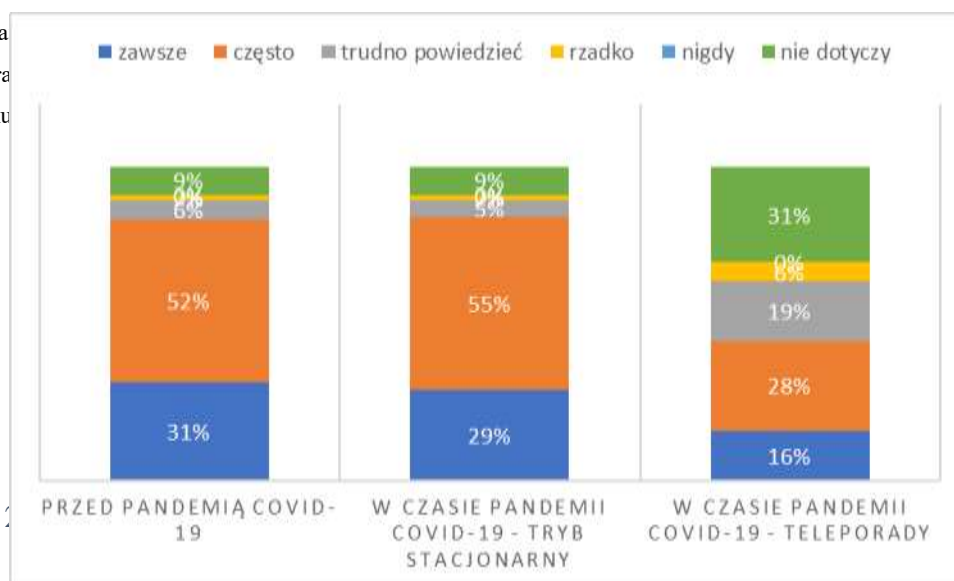


Źródło: Opracowanie własne.

Z przeprowadzonej ankiety wynika, że najwięcej trudności z rozpoznawaniem stresu i innych emocji u pacjentów miały osoby udzielające teleporad w czasie pandemii COVID-19. Mniej niż połowa ankietowanych (44%) podczas teleporad potrafi zawsze lub często rozpoznać emocje swoich pacjentów. Natomiast ponad ¾ respondentów świadczących porady przed pandemią (83%) oraz udzielających wizyt stacjonarnych w trakcie jej trwania (84%), wskazuje, że zawsze lub często są zdolni do rozpoznawania emocji pacjentów. Niemał 1/3 ankietowanych w odpowiedziach odnośnie teleporad uznała, że ich to nie dotyczy. Nikt nie udzielił odpowiedzi nigdy, natomiast 6% respondentów wskazało, że podczas udzielania teleporady

rzadko potrafią przy teleporadach medycznemu

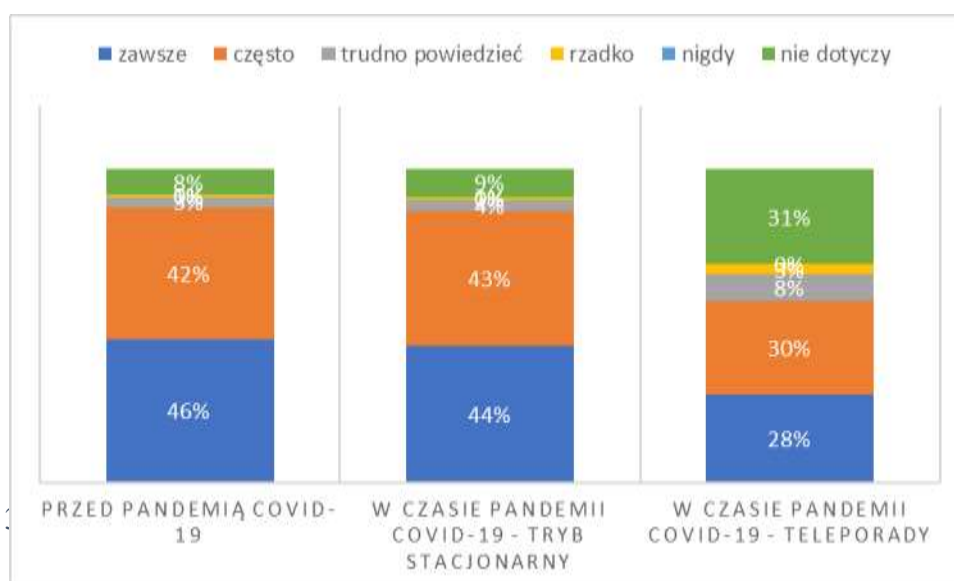
e są większe personelowi



Rysunek 2

Źródło: Opracowanie własne.

Respondenci udzielali odpowiedzi na pytanie, jak często potrafią okazywać empatię i zrozumienie w sytuacjach trudnych i zdecydowana większość odpowiedziała, że zawsze lub często: 88% przed pandemią, 87% w czasie pandemii w trybie wizyt stacjonarnych oraz zdecydowanie mniej, bo tylko 58% podczas udzielania teleporad. Aż 8% respondentów z grupy osób udzielających teleporad, nie jest w stanie określić swoich umiejętności w tym zakresie (odpowiedź „trudno powiedzieć”). W tej samej grupie (teleporady) aż 31% stwierdziło, że ich to nie dotyczy. Znaczna różnica w liczbie osób, które wybrało właśnie tę odpowiedź najprawdopodobniej wynika z zebranej grupy respondentów, którzy pracują głównie w szpitalach, a nie w POZ czy AOS, gdzie teleporady są najpopularniejsze.



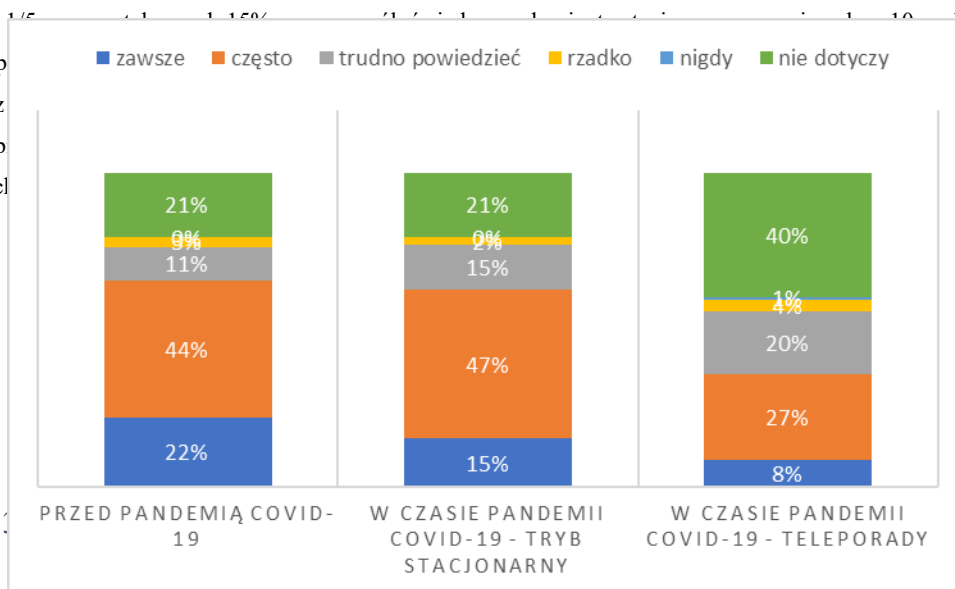
Rysunek 3

Źródło: Opracowanie własne.

Ankietowani mieli także za zadanie określić, jak często potrafią stosować techniki łagodzenia bólu i z odpowiedzi wynika, że wielu ankietowanych ta umiejętność nie dotyczy: 21% respondentów świadczących porady przed pandemią oraz taki sam odsetek osób udzielających wizyt stacjonarnych i aż 40% ankietowanych udzielających teleporad w czasie pandemii COVID-19. Ponadto

świadczących p...
Zawsze oraz...
świadczących...
...a udzielająca...
...udzielającej...
...skazało 62%...
...n teleporad.

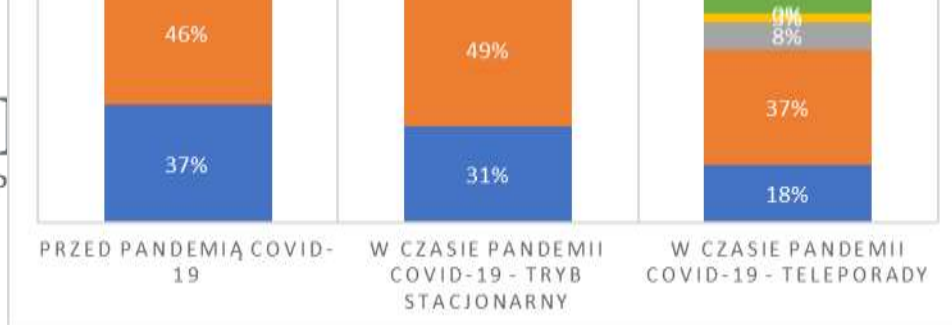
Rysunek 32. Potrafię edukować pacjentów



Źródło: Opracowanie własne.

Respondenci odpowiadali także na pytanie, jak często potrafią edukować pacjentów. Odpowiedzi ankietowanych udzielających porad stacjonarnych zarówno w czasie pandemii COVID-19, jak i przed jej wystąpieniem są bardzo zbliżone, tj.: zawsze 37% (przed COVID-19) i 31% (COVID-19 tryb stacjonarny), często 46% oraz 49%, a także odsetek osób, który udzielił odpowiedzi „nie dotyczy” jest zbliżony i wynosi 11% i 12%. Wyniki dla grupy dotyczącej teleporad są odmienne, a mianowicie aż 34% respondentów udzieliło odpowiedzi „nie dotyczy”, natomiast mniej niż 1/5 potrafi edukować pacjentów zawsze, a 37% ankietowanych wykazuje się tą umiejętnością często.

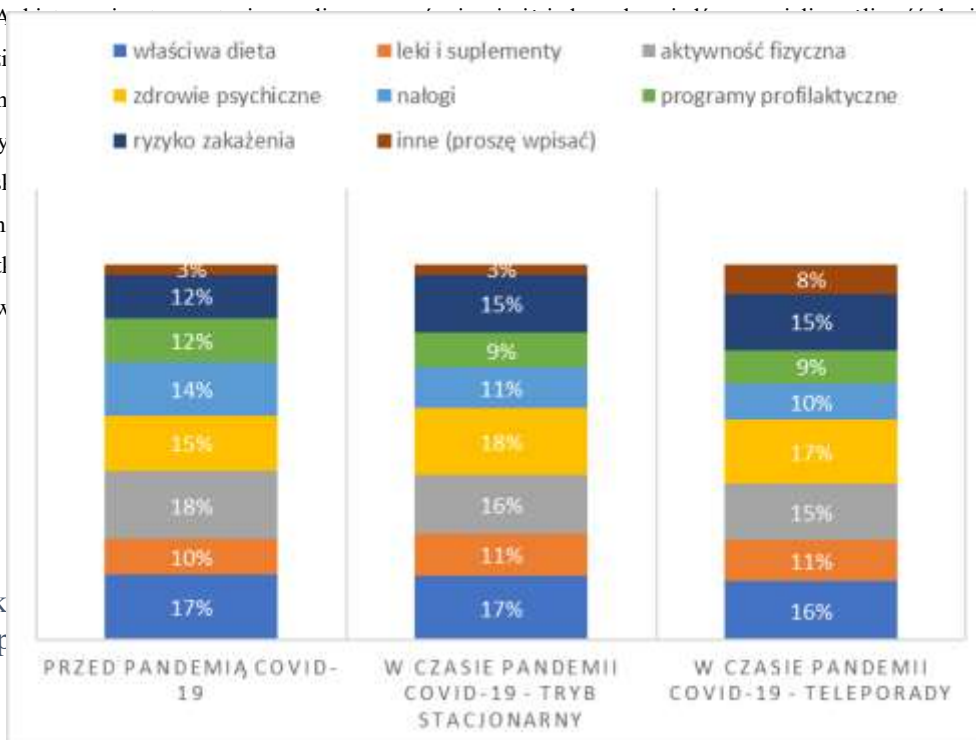
Rysunek 32. Potrafię edukować pacjentów



Źródło: Opracowanie własne.

Ostatnie pytanie związane z zapewnieniem opieki skoncentrowanej na pacjencie, dotyczyło zdolności respondentów do identyfikacji obszarów terapeutycznych lub związanych z trybem życia, w których pacjent potrzebuje dodatkowej porady lub wsparcia. A

odpowiedzi
trakcie pan
świadczony
trwania wsl
obszarów n
we wszystk
identyfikow



Rysunek
pacjent p

nia własnej
(przed i w
e teleporad
w czasie jej
fikowanych
skazywany
ndemii był

ch
edzi)

Źródło: Opracowanie własne.

BLOK 4. Praca w interdyscyplinarnych zespołach

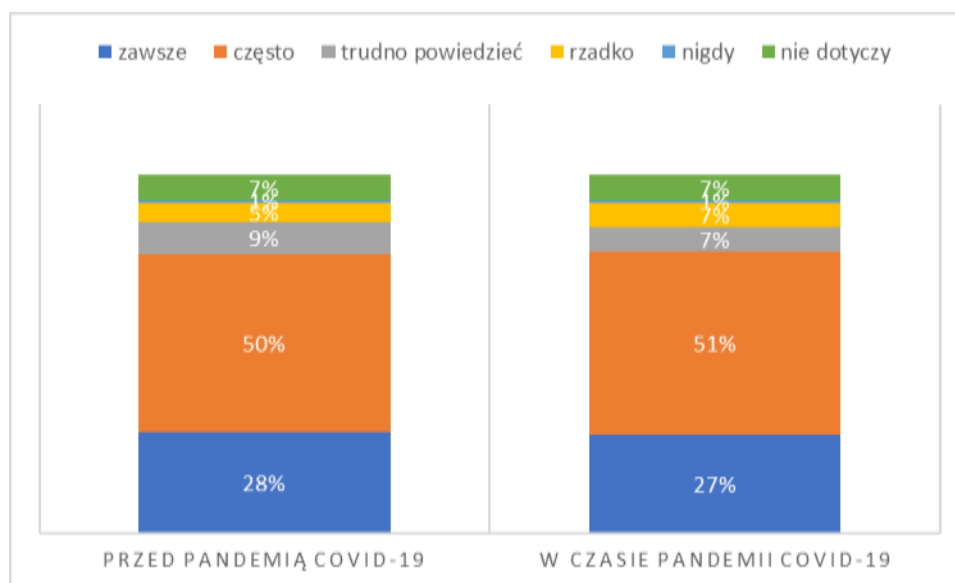
Pytania w tej części ankiety dotyczyły umiejętności w zakresie komunikacji pomiędzy pracownikami i współpracy w zintegrowanych zespołach w sytuacji przed i w czasie zagrożenia epidemicznego spowodowanego pandemią COVID-19.

Przechodząc do pytań związanych z umiejętnościami w zakresie komunikacji pomiędzy pracownikami i współpracy w zintegrowanych zespołach, respondenci odpowiadali na pytania dotyczące ich umiejętności przed oraz po wystąpieniu pandemii COVID-19.

Respondenci zostali zapytani o to, jak często włączali innych członków zespołu w proces podejmowania decyzji przed wystąpieniem pandemii COVID-19 oraz w czasie jej trwania. W obu grupach wyniki są bardzo zbliżone. Zdecydowana większość stanowiąca połowę badanych odpowiedziała, że często włącza członków zespołu w proces decyzyjny. Niemal 1/3

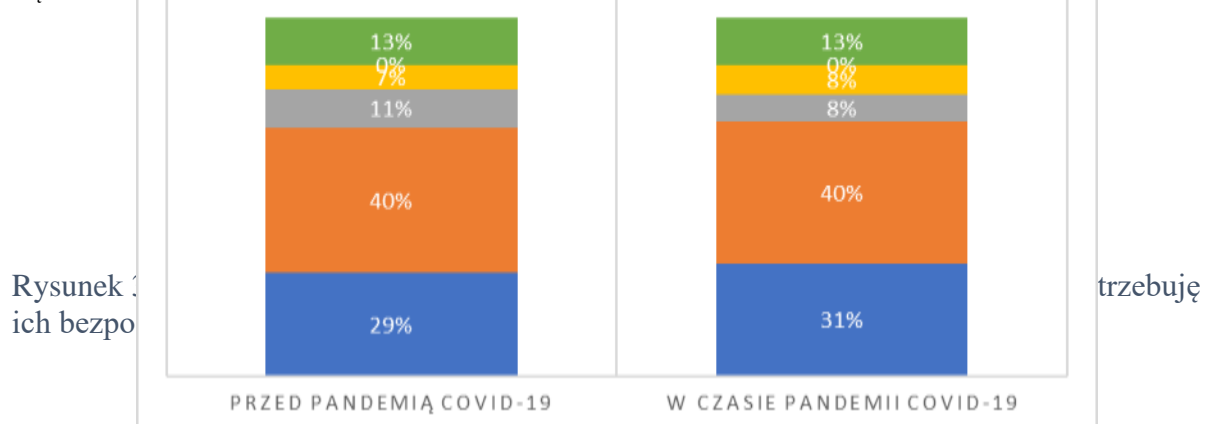
robi to zawsze (28% przed COVID-19, 27% w czasie COVID-19). Tylko 1% ankietowanych w obu porównywanych grupach wskazał odpowiedź nigdy. Może to wskazywać na fakt, iż wystąpienie pandemii nie wpłynęło na proces włączania członków zespołu w procesy decyzyjne i osoby, które robiły to przed pandemią, nadal stosują te same mechanizmy podczas podejmowania decyzji.

Rysunek 34. Włączam innych członków zespołu w proces podejmowania decyzji



Źródło: Opracowanie własne.

Następnie ankietowani odpowiadali na pytanie, które dotyczyło częstości informowania innych członków zespołu o stanie pacjenta, nawet w sytuacji, gdy respondentowi nie była potrzebna ich bezpośrednia opinia. W obu grupach 13% wskazało odpowiedź „nie dotyczy”, 9% „rzadko”, 11% „trudno powiedzieć”, 40% „często” i 29% „zawsze”. W czasie pandemii odpowiedź „zawsze” wzrosła do 31%, „często” pozostała na poziomie 40%, „trudno powiedzieć” zmniejszyła się do 8%, „rzadko” do 8% i „nie dotyczy” pozostała na poziomie 13%.



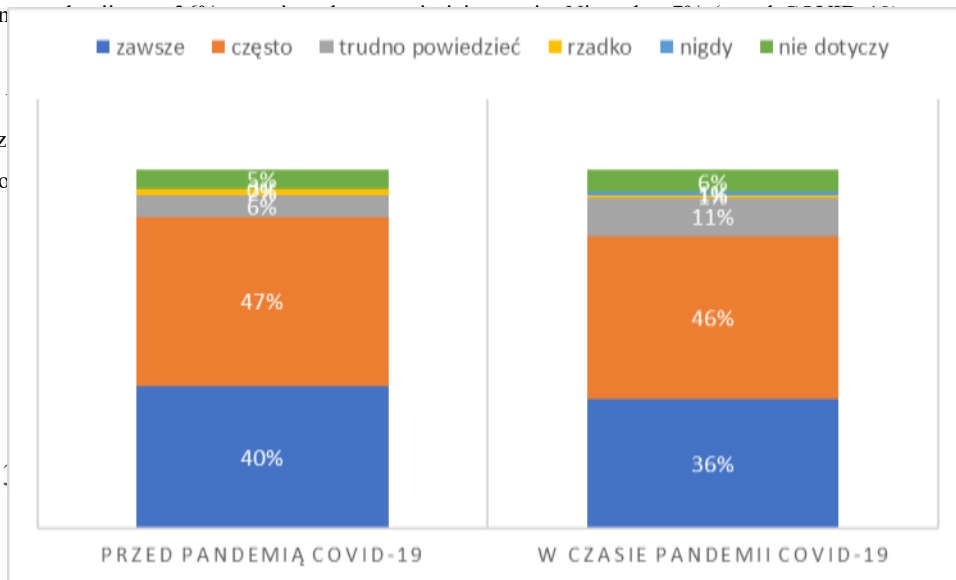
Rysunek 35. Informuję innych członków zespołu o stanie pacjenta, nawet w sytuacji, gdy nie potrzebuję ich bezpośredniej opinii

Źródło: Opracowanie własne.

W następnym pytaniu respondenci mieli za zadanie określić, jak często potrafią jasno, otwarcie i zrozumiale komunikować się z innymi członkami zespołu. Niemal połowa ankietowanych z obu grup (47% i 46%) odpowiedziała, że często jest zdolna do takiej komunikacji, natomiast odpowiedź zawsze została wskazana przez 40% respondentów pracujących przed

wystąpieniem COVID-19) (w czasie odpowiedzi „nigdy”. Po ciałem chaosu, niewiedzy, z brzyknych oraz brakiem zasobami

Rysunek 1
zespołu

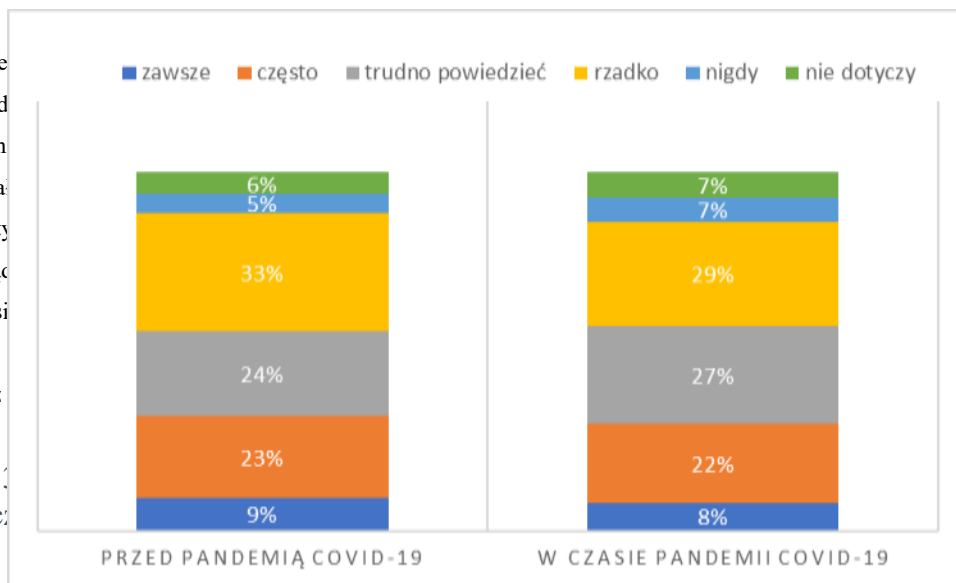


Źródło: Opracowanie własne.

W kolejnym pytaniu ankietowani odpowiadali, jak często wolą wykorzystywać swoje doświadczenie i wiedzę niż korzystać z doświadczenia innych członków zespołu podczas podejmowania decyzji. Mniej niż 1 na 10 badanych z obu grup (9% i 8%) wskazał, że woli korzystać tylko z własnej wiedzy podczas podejmowania decyzji. Niespełna ¼ respondentów zarówno z grupy przed wystąpieniem COVID-19, jak i w czasie pandemii często samodzielnie dokonuje wyborów. Niemal ¼ osób pracujących

swoich preferencjach (w czasie odpowiedzi „nigdy”. Rzadsze bazowanie typowe jest o tym, że osoby zarządzające potrzebę zasięgnięcia zaufanie do doświadczenia innych członków zespołu, niż

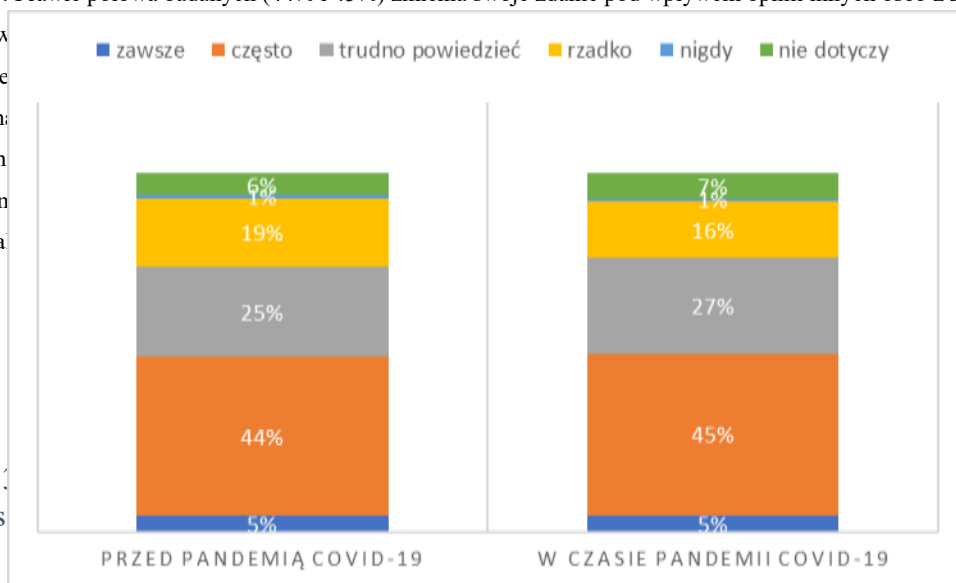
Rysunek 2
doświadczenia



Źródło: Opracowanie własne.

Następnie respondenci byli proszeni o udzielenie odpowiedzi jak często zdarza im się modyfikować swoje decyzje czy też rekomendacje pod wpływem opinii wyrażanych przez inne osoby w zespole. W obu grupach 5% wskazało, że zawsze zmieniają swoje decyzje pod wpływem opinii innych pracowników. Około ¼ badanych w obu grupach (25% przed pandemią i 27% w czasie jej trwania) nie jest w stanie precyzyjnie odpowiedzieć na to pytanie i udzieliła odpowiedzi „trudno powiedzieć”. Prawie połowa badanych (44% i 45%) zmienia swoje zdanie pod wpływem opinii innych osób z zespołu. Tylko

1% ankietow
1/5 responde
osób. Zmian
podejmowan
ponownie n
odpowiedzia



miast prawie
opinii innych
ło na proces
decyzje, co
rozłożenia

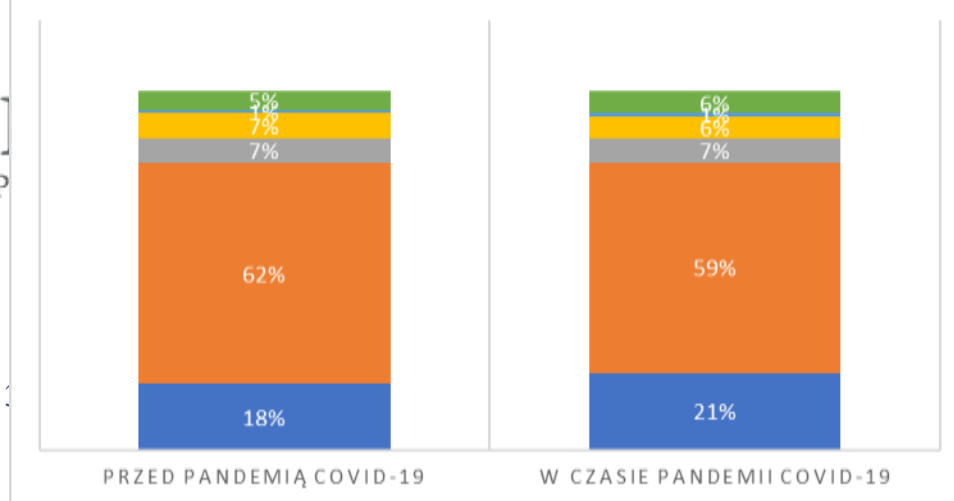
Rysunek 1
innych os

opinii

Źródło: Opracowanie własne.

W kolejnym pytaniu respondenci określali, jak często dyskutują o błędach i zagrożeniach z innymi pracownikami lub innymi członkami zespołu. Zdecydowana większość, bo aż 62% badanych z grupy przed pandemią i 59% z grupy w czasie pandemii wskazała, że często dyskutuje z innymi pracownikami. Prawie co 5. badany (18% przed pandemią i 21% w czasie pandemii) wskazał odpowiedź „zawsze”. Pozostałe odpowiedzi były wskazywane z podobną częstotliwością zarówno przed wystąpieniem pandemii, jak i w jej trakcie. Nie mniej jednak 1% badanych w obu grupach odpowiedział, że nigdy nie prowadzi dyskusji na temat dotychczas popełnionych błędów i możliwych zagrożeniach.

Rysunek 40
zespołu

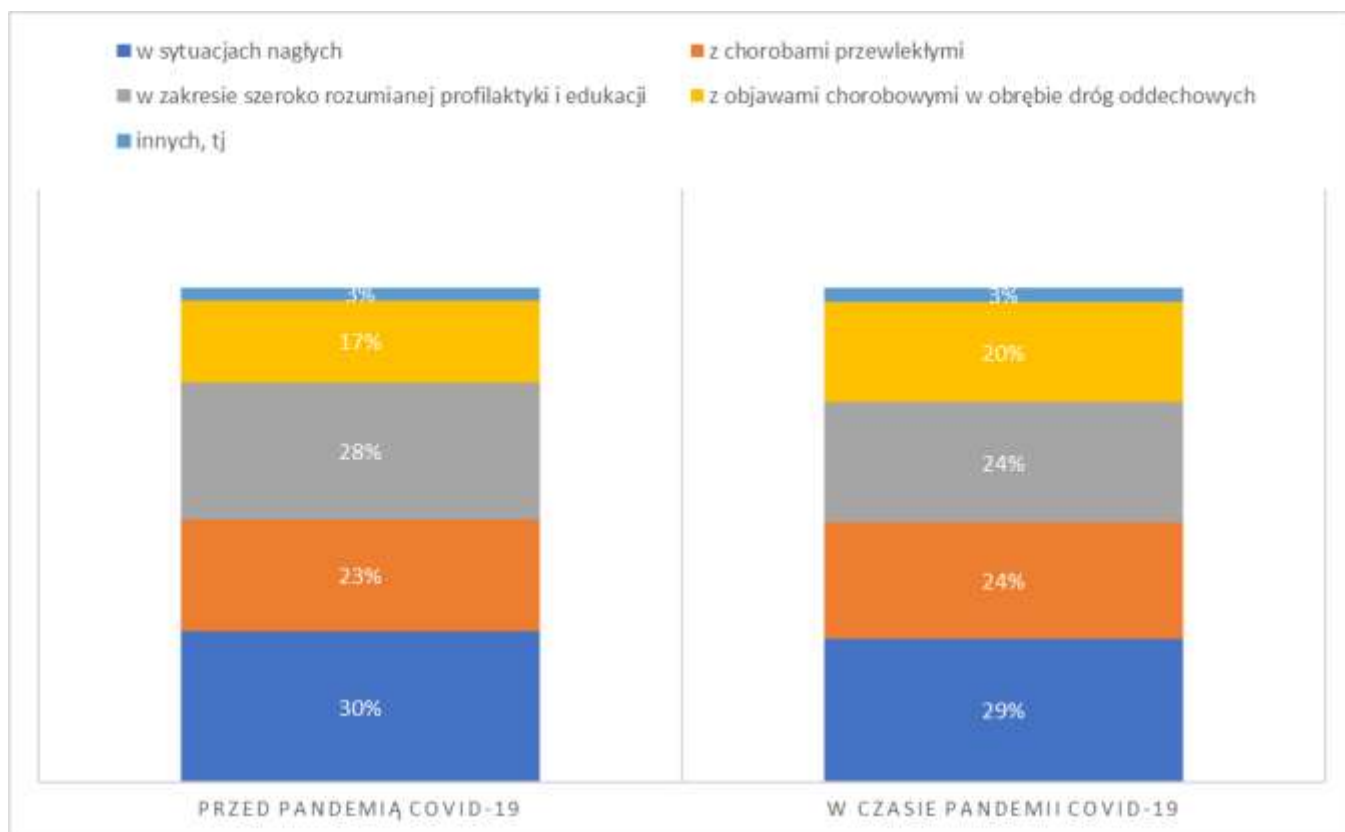


onkami

Źródło: Opracowanie własne.

Ostatnie pytanie związane z pracą w interdyscyplinarnych zespołach dotyczyło zdolności respondentów do współpracy z innymi pracownikami placówki, aby zapewnić dostęp do niezbędnej diagnostyki i świadczeń dla pacjentów przed wystąpieniem pandemii i w czasie jej trwania. Ankietowani w tym pytaniu mogli zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź oraz mieli możliwość dopisania własnej odpowiedzi w polu „inne”. Dopisane przez respondentów zostały między innymi: w celu zapewnienia odpowiedniej diagnostyki (przed i w trakcie pandemii) oraz zdanie odnoszące się do pracy w czasie pandemii „jeśli druga strona w tym okresie chce współpracować”. Zarówno respondenci udzielający porad/pracujący przed pandemią, jak i w czasie jej trwania wskazywali niemalże na te same okoliczności z taką samą częstotliwością. Do najczęściej wymienianych sytuacji należały: sytuacje nagłe (30% i 29%), współpraca w zakresie szeroko rozumianej profilaktyki i edukacji – 28% (przed COVID-19) i 24% (w czasie COVID-19) oraz występowanie chorób przewlekłych (23% i 24%). W czasie pandemii nastąpił niewielki wzrost (3 p.p.) odsetka odpowiedzi, w których respondenci wskazywali, iż występowanie objawów chorobowych w obrębie górnych dróg oddechowych jest powodem współpracy z innymi pracownikami placówki. Wzrost ten można wytłumaczyć faktem, iż w czasie pandemii COVID-19 układ oddechowy jest najbardziej narażony na wystąpienie objawów i ewentualnych powikłań w późniejszym czasie. Dlatego tak ważna jest współpraca pracowników z różnych departamentów, działów i oddziałów, tak by umożliwić jak najszybsze i najlepsze leczenie pacjenta. Spadek dotyczący profilaktyki i edukacji (4 p.p.) może mieć związek z priorytetami, jakimi kierują się obecnie pracownicy medyczni – rutynowe badania (potencjalnie) zdrowych pacjentów nie są tak ważne, jak dostarczanie opieki medycznej aktualnie chorym i zagrożonym jednostkom.

Rysunek 40. Potrafię współpracować z innymi pracownikami placówki, aby zapewnić dostęp do niezbędnej diagnostyki i świadczeń dla pacjentów (możliwość kilku odpowiedzi)



Źródło: Opracowanie własne.

BLOK 5. Korzystanie z praktyk opartych na dowodach

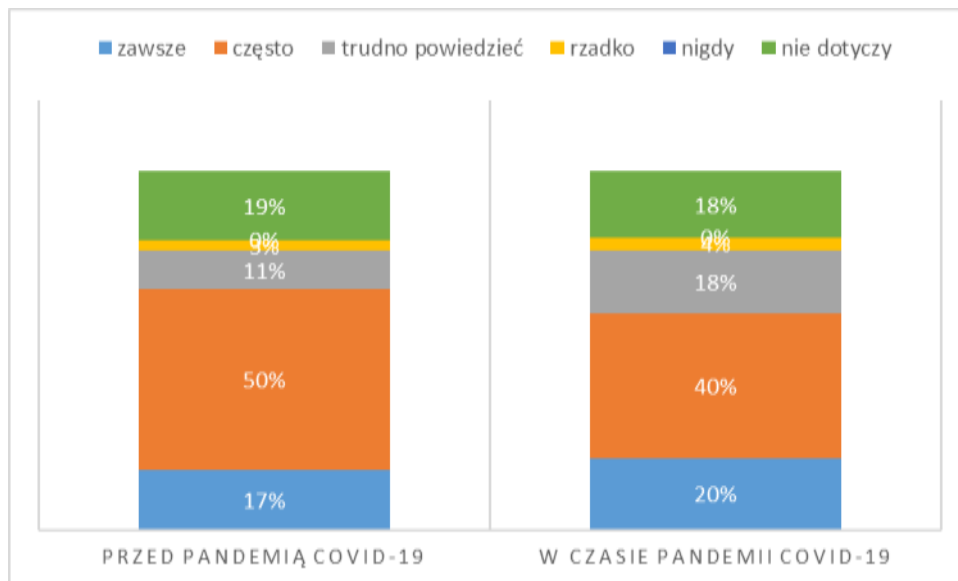
Pytania w tej części ankiety dotyczyły umiejętności w zakresie łączenia wyników badań i wiedzy klinicznej w celu zapewnienia najlepszej jakości i ciągłości opieki nad pacjentem w sytuacji przed i w czasie zagrożenia epidemicznego spowodowanego pandemią COVID-19.

Połowa ankietowanych oceniła, że potrafi wykorzystać wyniki najnowszych badań naukowych do opieki nad pacjentem. Warto zauważyć, iż w czasie zagrożenia epidemicznego spowodowanego pandemią COVID-19 mniej respondentów (40% vs. 50%) wskazuje na posiadanie tej kompetencji.

Można to interpretować dwojako, z jednej strony można wnioskować, że personel medyczny ma bardziej priorytetowe zadania w czasie trwania pandemii, tj. ratowanie życia i podtrzymywanie zdrowia niż śledzenie doniesień naukowych. Z drugiej zaś strony lekki deficyt w zakresie niniejszej kompetencji może być niepokojącym sygnałem, z uwagi na istotę doniesień naukowych w kontekście nowego zjawiska chorobowego. Bez nabywania aktualnej wiedzy trudno jest nieść pomoc, w zakresie którego personel medyczny nie był dotychczas kształcony.

Warto także podkreślić fakt, że zarówno przed, jak i trakcie pandemii nawet jedna piąta ankietowanych oceniła, iż w swojej praktyce zawodowej zawsze wykorzystuje wyniki najnowszych badań naukowych do opieki nad pacjentem. Kompetencja ta może świadczyć o wysokim poziomie profesjonalizmu personelu medycznego w naszym kraju. Niewielki wzrost (3 p.p) może świadczyć o tym, iż lekarze w dobie pandemii czują się jeszcze bardziej zobowiązani do świadczenia usług medycznych zgodnych z najnowszymi doniesieniami.

Rysunek 41. Potrafię wykorzystać wyniki najnowszych badań naukowych do opieki nad pacjentem

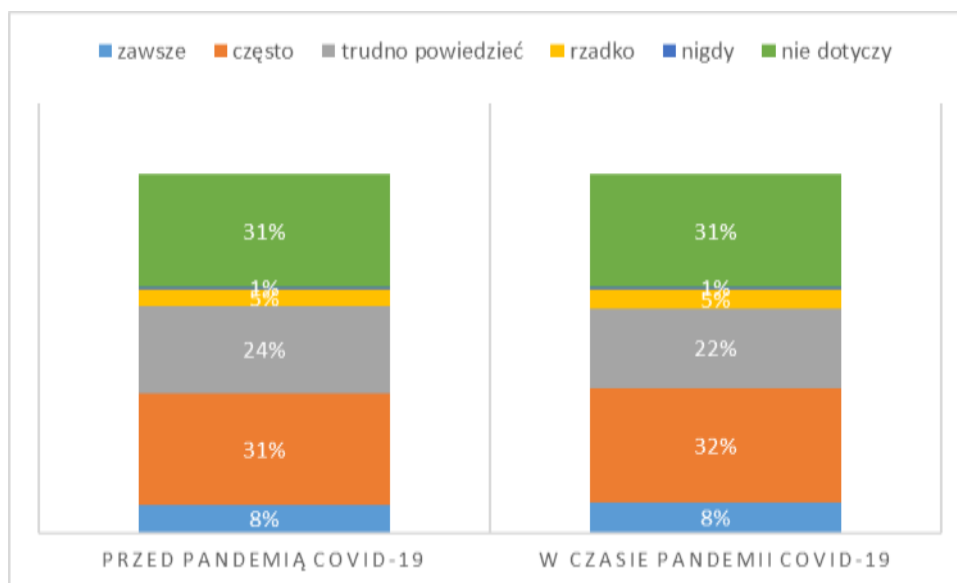


Źródło: Opracowanie własne.

Zarówno przed, jak i w trakcie zagrożenia epidemicznego spowodowanego pandemią COVID-19 ponad jedna trzecia badanych oceniła, iż zdarza im się zmienić terapię pacjenta pod wpływem wyników badań naukowych. W obu okresach 31% badanych odpowiedziało, że stwierdzenie to ich nie dotyczy.

Trudność w ocenie tej kompetencji miała prawie jedna czwarta ankietowanych, 24% przed i 22% w czasie pandemii COVID-19. Wyniki te mogą wskazywać na fakt, iż znaczna część personelu medycznego śledzi doniesienia naukowe, ale jednocześnie ma problem z ich przełożeniem na praktyczne stosowane działania terapeutyczne. Wytuczne są często niedostosowane do rzeczywistości, niemożliwe do wdrożenia lub mogłyby przyczynić się do pogorszenia jakości udzielanych świadczeń.

Rysunek 42. Zdarza mi się zmienić terapię pacjenta pod wpływem wyników badań naukowych

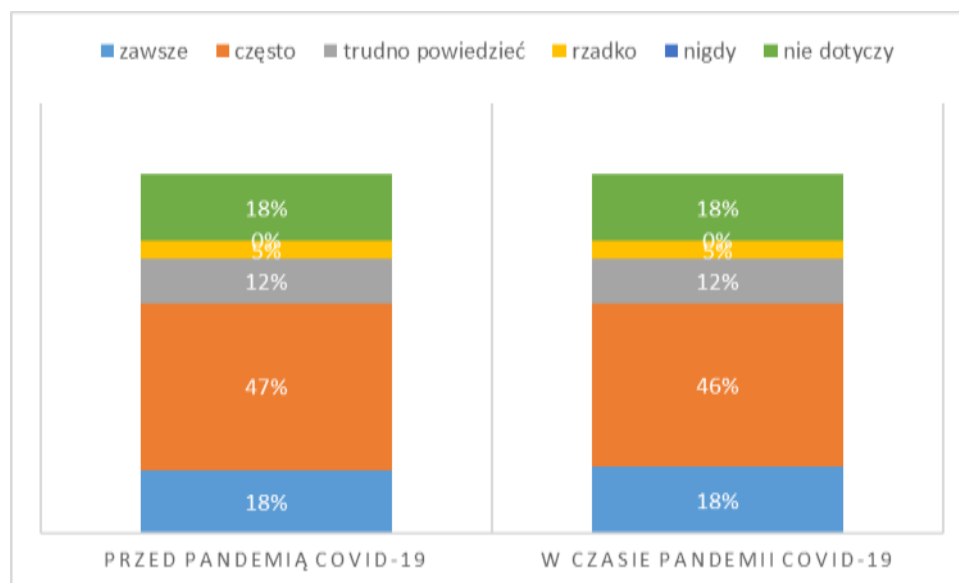


Źródło: Opracowanie własne.

Prawie połowa ankietowanych oceniła, iż analizuje wyniki aktualnych badań naukowych pod kątem wykorzystania ich w praktyce. Jak pokazują wyniki niniejszego badania poziom tej kompetencji prawie w ogóle nie jest zależny od zagrożenia epidemicznego spowodowanego pandemią COVID-19 (47% vs. 46%).

Można stwierdzić, iż ponad 65% ankietowanych zawsze lub często analizuje wyniki aktualnych badań naukowych pod kątem wykorzystania ich w praktyce. Otrzymane wyniki mogą wskazywać zatem na wysoki poziom profesjonalizmu znacznej części personelu medycznego w Polsce.

Rysunek 43. Analizuję wyniki aktualnych badań naukowych pod kątem wykorzystania ich w praktyce

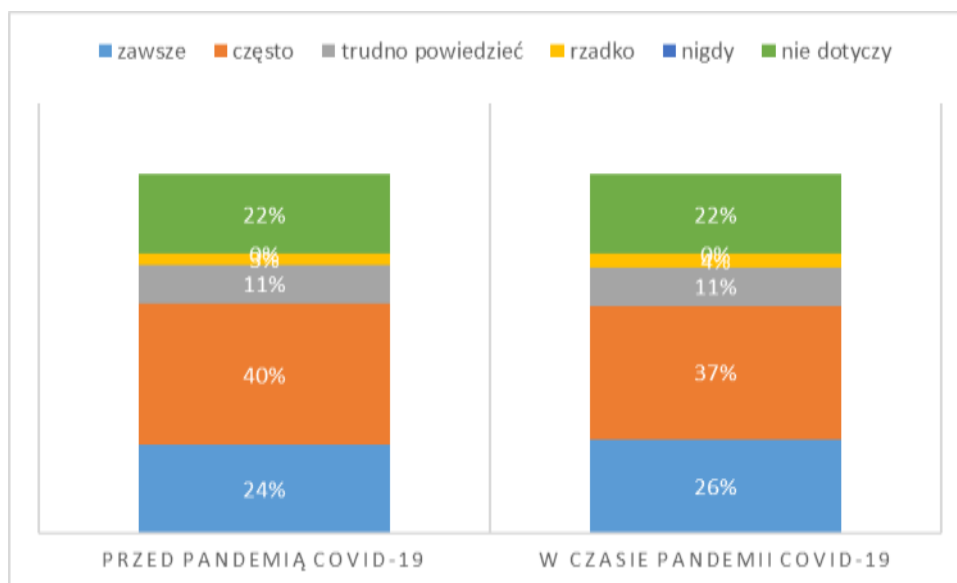


Źródło: Opracowanie własne.

Większość ankietowanych (ponad 60%) stwierdziła, że zawsze lub często jest otwarta na wdrażanie nowych terapii opisanych w literaturze naukowej. Co ciekawe, tendencja ta nie uległa znacznej zmianie w czasie pandemii COVID-19 (różnica od 2 do 3%). 22% ankietowanych określiło, iż ten obszar nie dotyczy ich kompetencji.

Mogłoby się wydawać, iż kryzysowa sytuacja epidemiczna związana z wystąpieniem nowego zjawiska chorobowego zwiększy otwartość na wdrażanie nowych terapii aktualnie opisywanych w literaturze naukowej, co się jednak nie stało.

Rysunek 44. Jestem otwarty/a na wdrażanie nowych terapii opisanych w literaturze naukowej

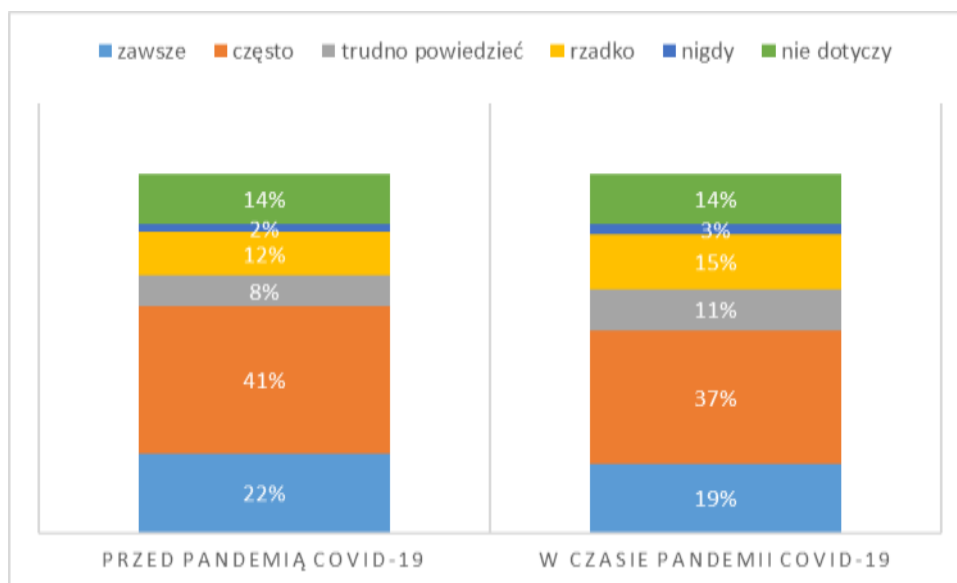


Źródło: Opracowanie własne.

Deklarację regularnego lub częstego udziału w działaniach edukacyjnych i badawczych, umożliwiających poszerzenie wiedzy przed pandemią COVID-19 wykazało 63% respondentów. Niewiele niższą tendencję w tym zakresie odnotowano w czasie pandemii COVID-19 (58%). Tylko 2% ankietowanych przed pandemią i 3% ankietowanych w czasie pandemii wskazało, że nigdy nie brało udziału w działaniach edukacyjnych.

Należy podkreślić także fakt, iż ok. 16% badanych (14% przed pandemią COVID-19 i 18% w czasie jej trwania) rzadko lub nigdy nie uczestniczyło w działaniach edukacyjnych i badawczych, umożliwiających poszerzenie wiedzy. Odsetek ten wydaje się być wysokim szczególnie w kontekście omawiania kompetencji personelu medycznego, gdzie doskonalenie zawodowe jest prawem i obowiązkiem wykonywania zawodu lekarza.

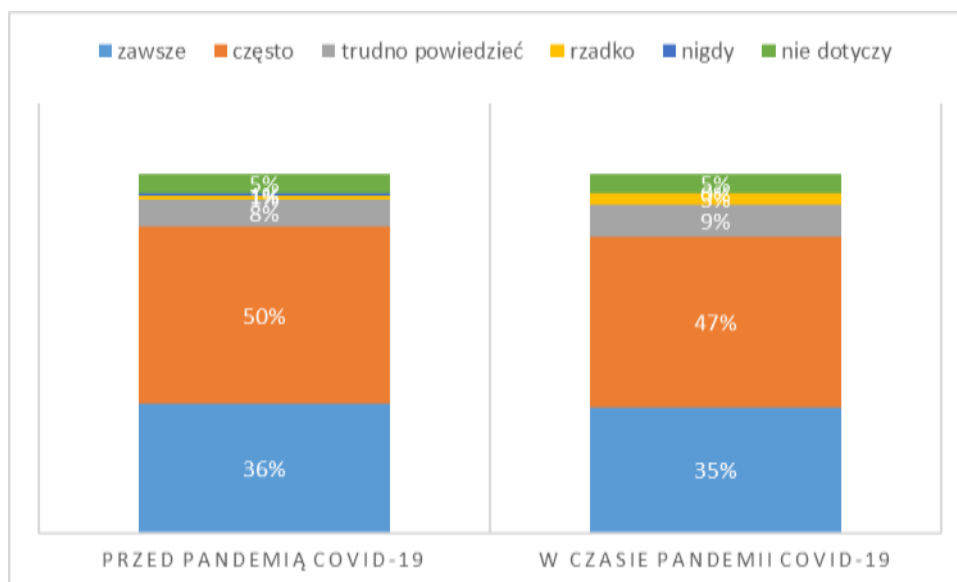
Rysunek 45. Biorę udział w działaniach edukacyjnych i badawczych, dzięki którym poszerzam swoją wiedzę



Źródło: Opracowanie własne.

Znaczna większość ankietowanych zarówno przed (86%), jak i w czasie pandemii COVID-19 (82%) deklaruje, iż w sytuacji zauważenia u siebie braku jakiegokolwiek umiejętności stara się ją rozwinąć z wykorzystaniem dostępnych dla siebie środków. Tendencji tej, jak pokazały wyniki badania, nie zmieniła sytuacja zagrożenia epidemicznego spowodowanego pandemią COVID-19.

Rysunek 46. Gdy zauważę u siebie brak jakiegokolwiek umiejętności, staram się ją rozwinąć z wykorzystaniem dostępnych dla mnie środków



Źródło: Opracowanie własne.

BLOK 6. Ciągła poprawa jakości

Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej

Brukselska 7 03-973 Warszawa

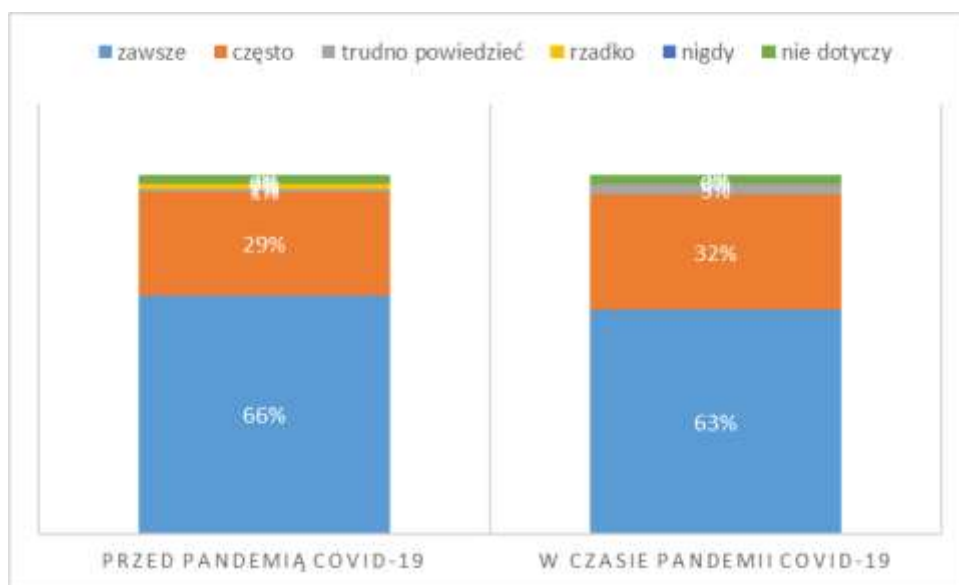
tel.: +48 22 518 10 00

e-mail: sekretariat@pracodawcyrp.pl • www.pracodawcyrp.pl

Pytania w tej części ankiety dotyczyły umiejętności w zakresie identyfikacji potencjalnych błędów i zagrożeń w ramach wykonywania zawodu, wdrażania podstawowych zasad bezpieczeństwa oraz planowania optymalnych procesów do poprawy jakości opieki nad pacjentem w sytuacji przed i w czasie zagrożenia epidemicznego spowodowanego pandemią COVID-19.

Większość ankietowanych (ponad 60%) zawsze stosuje się do standardów i wytycznych postępowania w zakresie, którego dotyczą ich obowiązki. Ok. 30% respondentów (29% przed pandemią COVID-19 i 32% w czasie jej trwania) deklaruje, że często (choć nie zawsze) stosuje się do określonych standardów i przestrzegania wytycznych.

Rysunek 47. Stosuję się do standardów i wytycznych postępowania w zakresie, którego dotyczą moje obowiązki

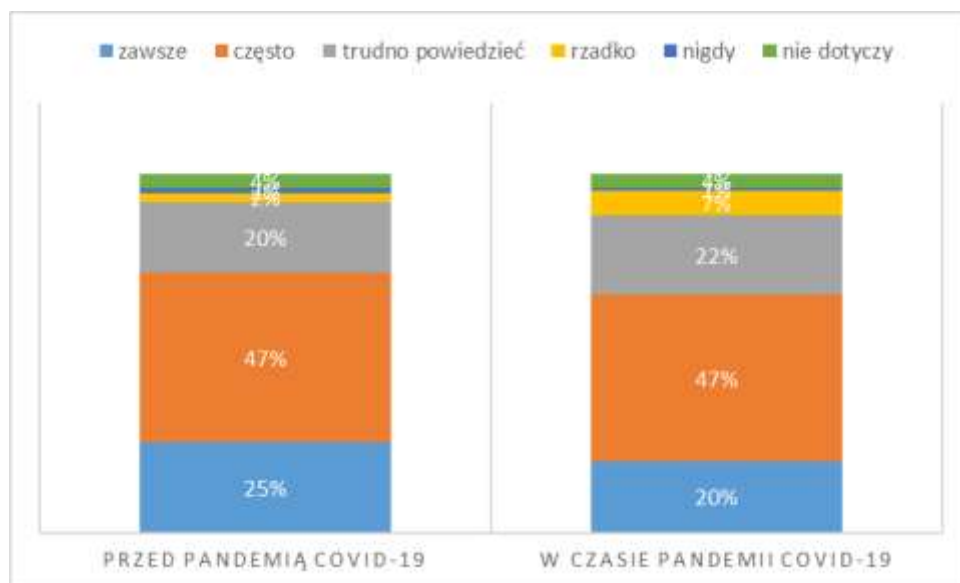


Źródło: Opracowanie własne.

Deklarację wpływu na poprawę efektywności i jakości świadczeń wykazuje znaczna większość respondentów niezależnie od sytuacji zagrożenia epidemicznego spowodowanego pandemią COVID-19. 47% badanych ma poczucie częstego wpływu, natomiast od 20 do 25% badanych ocenia, że potrafi wpływać zawsze na poprawę efektywności i jakości świadczeń. Różnica 5% może oznaczać, iż kryzysowa sytuacja pandemiczna ogranicza poczucie subiektywnego wpływu w tym zakresie.

Co istotne, trudność w ocenie swojego wpływu ma nawet jedna piąta badanych. Może to świadczyć o tym, że część personelu medycznego i okołomedycznego nie wie, czy ma wpływ na poprawę efektywności i jakości świadczeń, czy też nie. Niniejsza trudność w jasnym określeniu wpływu może wynikać z uwarunkowań systemowych, w ramach których lekarz nie otrzymuje bezpośredniej informacji odnośnie jego wpływu na poprawę efektywności i jakości świadczeń. Może to także wynikać z trudności definiowania i mierzenia pojęcia efektywności czy jakości świadczeń.

Rysunek 48. Czuję, że mam wpływ na poprawę efektywności i jakość świadczeń

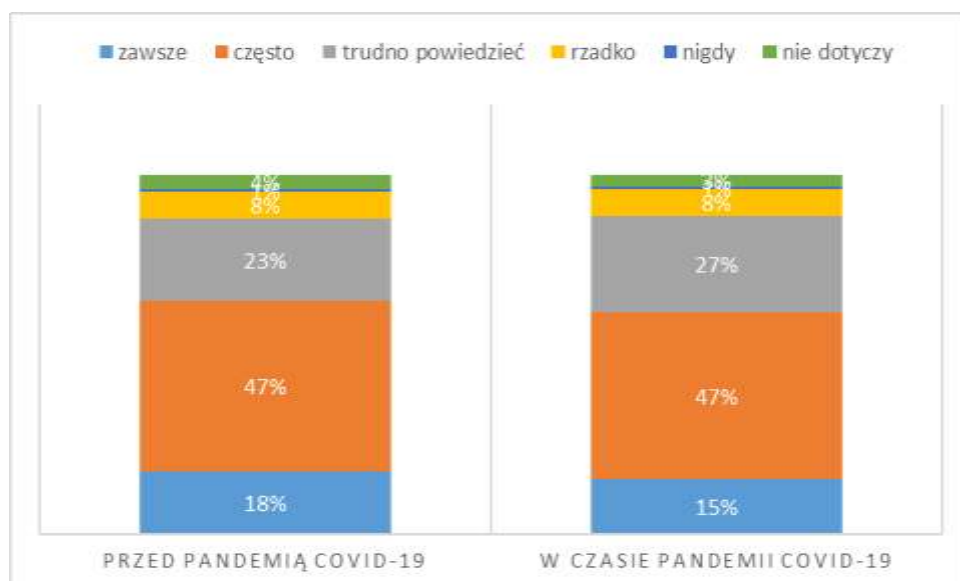


Źródło: Opracowanie własne.

Łącznie 65% ankietowanych przed pandemią i 62% w czasie pandemii twierdzi, iż implementacja zmian, które mają na celu poprawę jakości nie sprawia im problemów. Odsetek ten można ocenić jako wysoki i świadczący o sprawnym funkcjonowaniu personelu medycznego w ramach uwarunkowań systemowych.

Wyniki także w tym zakresie wskazują na trudność w ocenie, którą deklaruje ok. 1/4 respondentów. Może to także wynikać z trudności definiowania i mierzenia pojęcia jakości w systemie ochrony zdrowia.

Rysunek 49. Implementacja zmian, które mają na celu poprawę jakości nie sprawia mi problemów

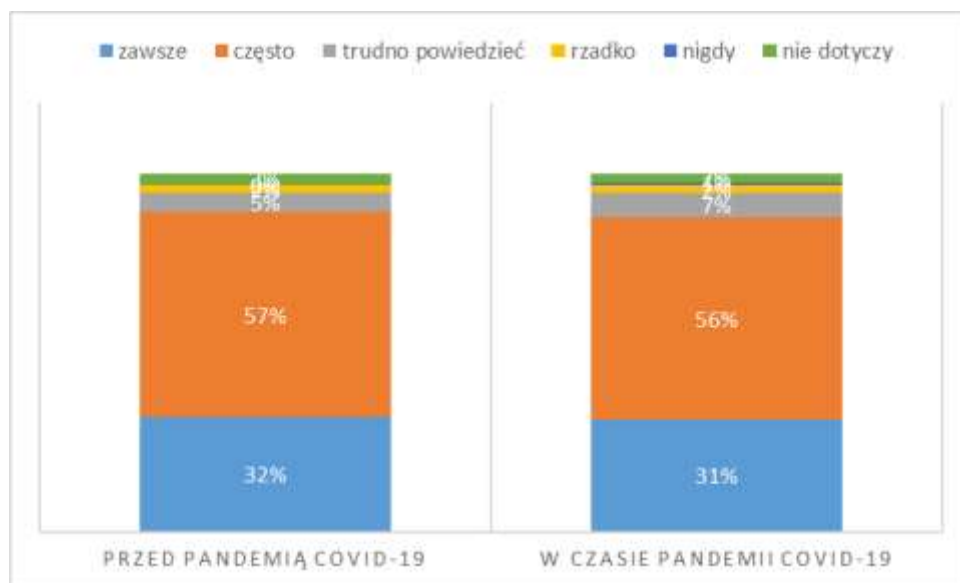


Źródło: Opracowanie własne.

Znaczna większość respondentów zarówno przed (89%), jak i w trakcie pandemii COVID-19 (87%) oceniła, iż potrafi krytycznie spojrzeć na swoje decyzje. Odpowiednio 57% i 56% ankietowanych przed i w czasie pandemii określiło, iż często potrafi krytycznie spojrzeć na swoje decyzje. 32% przed i 31% ankietowanych w trakcie trwania pandemii deklaruje, że zawsze krytycznie odnosi się do podejmowanych decyzji. Braki w zakresie tej kompetencji deklaruje od ok. 2% do 3% badanych, w zależności od analizowanego okresu – przed lub w trakcie pandemii.

Krytyczne podejście większości personelu medycznego może wskazywać na istotną kompetencję związaną z poczuciem i chęcią ciągłego doskonalenia, które to przyczynia się do ogólnej poprawy jakości i efektywności opieki nad pacjentem.

Rysunek 50. Potrafię krytycznie spojrzeć na swoje decyzje

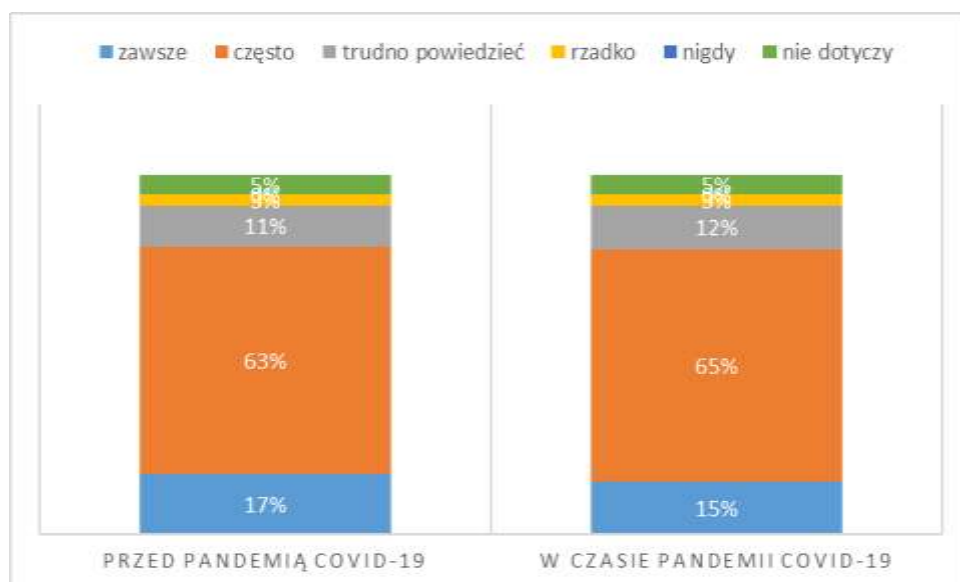


Źródło: Opracowanie własne.

Większość badanych ocenia, iż potrafi zidentyfikować procedury, które mogłyby zostać ulepszone z korzyścią dla pacjenta. Tendencji tej nie zmieniła sytuacja zagrożenia epidemicznego spowodowanego pandemią COVID-19. Zarówno przed, jak i w trakcie trwania pandemii kompetencję tę deklarowało łącznie 80% respondentów.

To wysoki i satysfakcjonujący odsetek, który może wskazywać na znajomość procedur, poczucie istotności poprawy jakości świadczeń medycznych oraz potencjalnej troski o dobro pacjenta.

Rysunek 51. Potrafię zidentyfikować procedury, które mogłyby zostać ulepszone z korzyścią dla pacjenta



Źródło: Opracowanie własne.

BLOK 7. Wykorzystanie narzędzi informatycznych

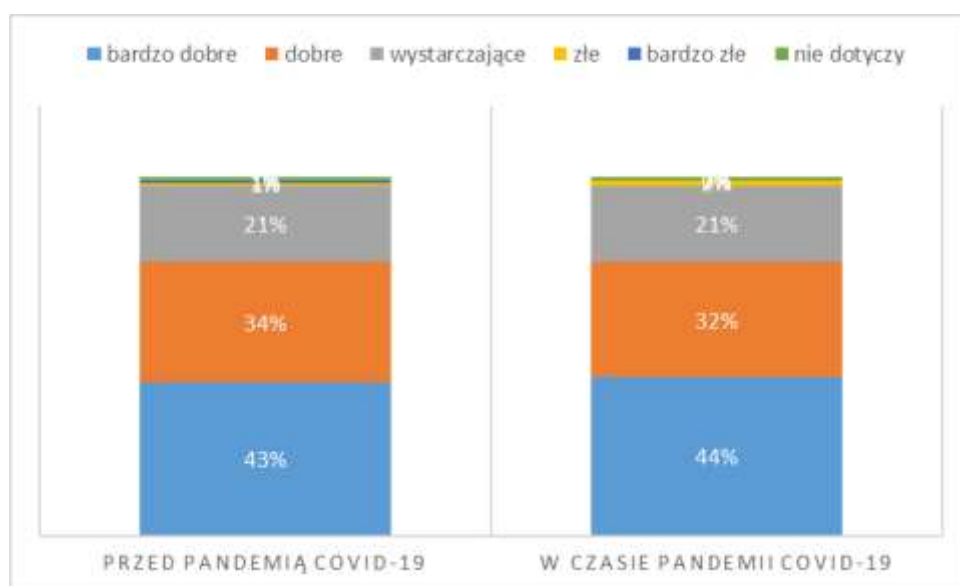
Pytania w tej części ankiety dotyczyły umiejętności w zakresie zarządzania wiedzą, unikania błędów oraz wspierania podejmowania decyzji przy użyciu technologii informatycznej w sytuacji przed i w czasie zagrożenia epidemicznego spowodowanego pandemią COVID-19.

Swoje umiejętności związane z obsługą komputera i Internetu, respondenci ocenili w przeważającej większości jako dobre i bardzo dobre. Odpowiednio 43% i 44% ankietowanych przed i w trakcie trwania pandemii określiło swoje umiejętności jako bardzo dobre, a 34% badanych przed i 32% w czasie pandemii oceniło jako dobre. Jedynie niewielki odsetek respondentów

(2% przed i w czasie pandemii) ocenił swoje umiejętności jako niewystarczające do świadczenia usług zdrowotnych. W odpowiedziach nie było znaczącej różnicy między posiadanymi umiejętnościami związanymi z obsługą komputera i Internetu zarówno przed, jak i w trakcie pandemii COVID-19.

Brak poprawy umiejętności dotyczących obsługi komputera i Internetu może być związany z brakiem dodatkowych szkoleń doskonalących kompetencje pracowników w tym zakresie. Więcej niż połowa badanych wskazuje, że mogłaby je poprawić. Rozwój systemów elektronicznych w placówkach ochrony zdrowia oraz ograniczenie kontaktów bezpośrednich z pacjentami powinien wymuszać inwestowanie w pracowników w tym zakresie.

Rysunek 52. Moje umiejętności związane z obsługą komputera/internetu są

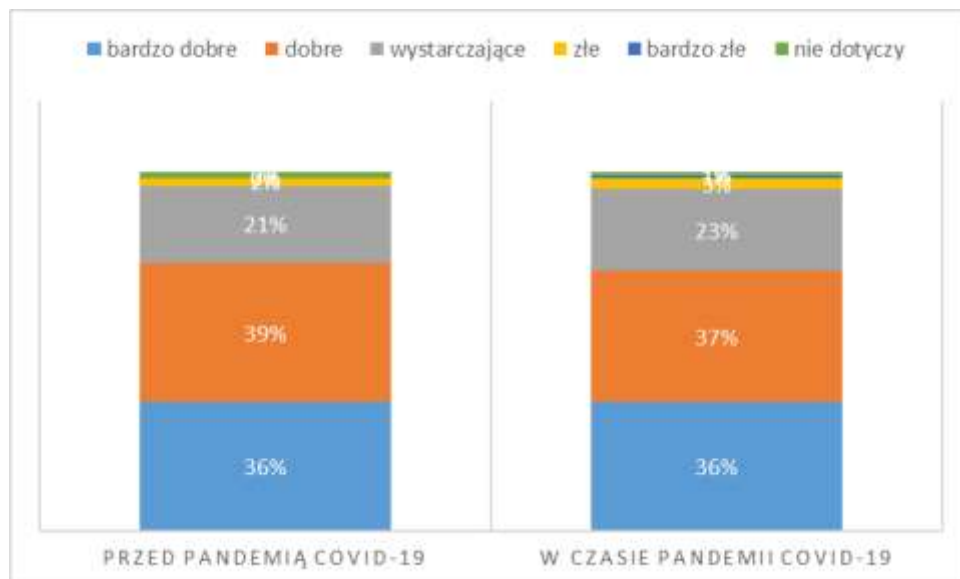


Źródło: Opracowanie własne.

Zdecydowana większość badanych określiła swoje umiejętności korzystania z baz danych i wyszukiwania informacji jako dobre i bardzo dobre (75% przed pandemią vs. 73% w czasie pandemii). Średnio co piąty ankietowany (odpowiednio 21% i 23% przed i w czasie pandemii) określił swoje kompetencje jako wystarczające. Jako złe jedynie 2% badanych określiła swoje umiejętności przed wybuchem pandemii, a w czasie jej trwania 3%, natomiast jako bardzo złe – 1%. Oznacza to dwukrotny wzrost badanych, którzy oceniają swoje kompetencje jako niewystarczające.

Korzystanie z baz danych i wyszukiwanie informacji jest kluczową umiejętnością w trakcie pandemii, kiedy nieustannie publikowane są nowe badania dotyczące postępowania i leczenia chorych. Dobre i bardzo dobre kompetencje w tym zakresie świadczą o wysokim poziomie profesjonalizmu wśród badanej kadry medycznej. Wzrost odsetka badanych określających swoje kompetencje jako złe lub bardzo złe (2% przed pandemią vs. 4% w czasie pandemii) powinien zwrócić uwagę zarządzających.

Rysunek 53. Moje umiejętności korzystania z internetowych baz danych i wyszukiwania informacji są

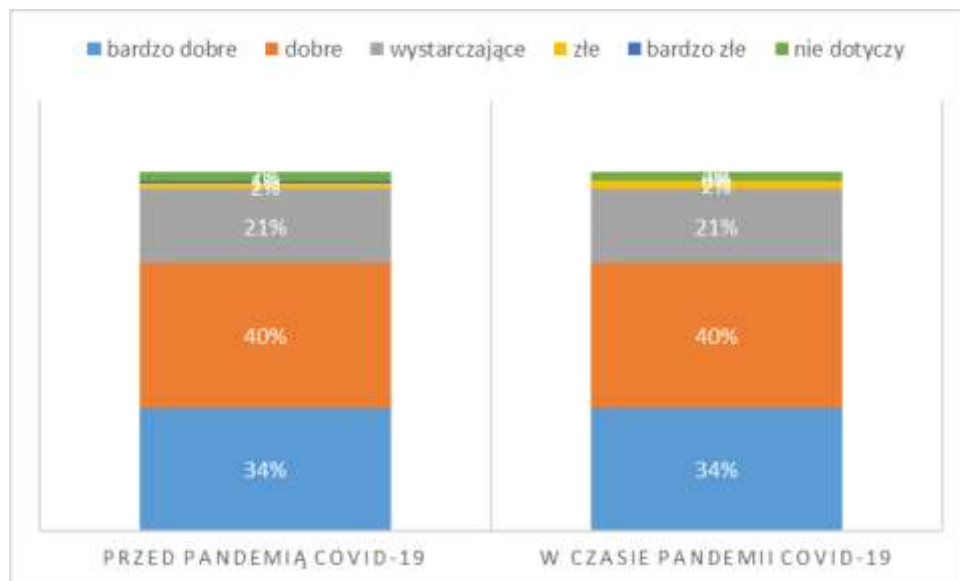


Źródło: Opracowanie własne.

Aż 74% respondentów oceniło swoje umiejętności korzystania z wewnętrznego systemu IT jako dobre lub bardzo dobre. Nie zaobserwowano zmian w odpowiedziach ankietowanych przed i w czasie pandemii. Co piąty określił swoje kompetencje jako wystarczające do obsługi systemu. Niewielki odsetek badanych określił te umiejętności jako złe i bardzo złe (3% przed pandemią vs. 2% w trakcie pandemii).

Pandemia COVID-19 nie wpłynęła w znaczący sposób na umiejętności pracowników w tym zakresie, może być to związane z brakiem dodatkowych szkoleń dla personelu w momencie ustalania nowych priorytetów w placówkach. Ponad 60% ankietowanych określa swoje kompetencje jako niepełne, w związku z tym można je uzupełnić lub wzmocnić, aby usprawnić korzystanie z systemu IT placówki.

Rysunek 54. Moje umiejętności korzystania z wewnętrznego systemu IT są

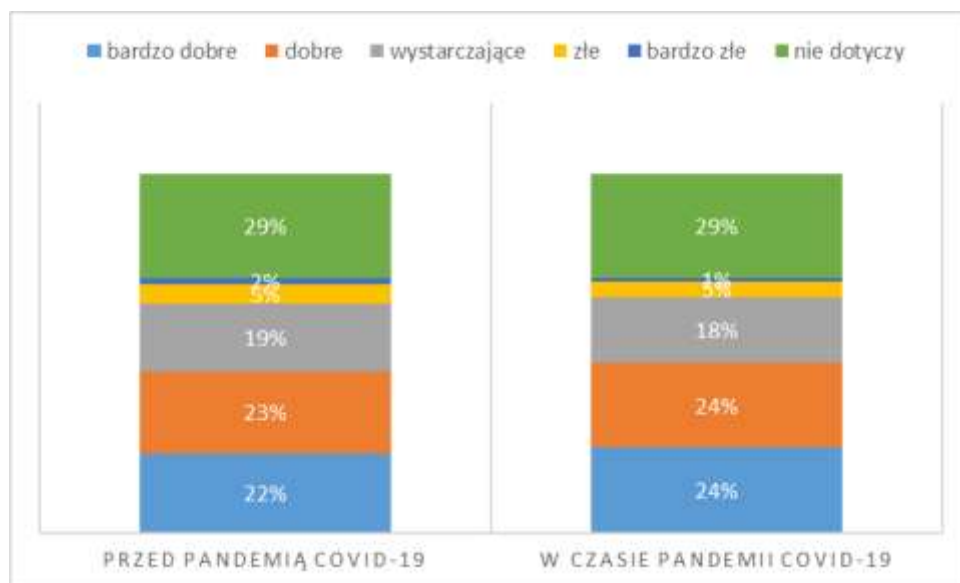


Źródło: Opracowanie własne.

Umiejętności korzystania z Internetowego Konta Pacjenta oraz e-recepty nieznacznie wzrosły u badanych w czasie pandemii. Przed pandemią COVID-19 45% respondentów określiło swoje umiejętności jako dobre i bardzo dobre, podczas gdy w czasie jej trwania odsetek ten wyniósł 48%. Co piąty ankietowany (odpowiednio 19% i 18% przed i w czasie pandemii) określił swoje umiejętności jako wystarczające. Przed pandemią 5% uczestników badania określiło swoje umiejętności jako złe, a 2% jako bardzo złe. W czasie pandemii odsetki te nie uległy większym zmianom – 5% respondentów określiło swoje kompetencje jako złe, a 1% jako bardzo złe.

Mimo wzmożonej częstości korzystania z IKP oraz e-recepty w czasie pandemii COVID-19, respondenci nie zauważyli większych różnic w umiejętnościach ich obsługi. Może to być podyktowane brakiem dodatkowych szkoleń dla pracowników ze względu na zmieniające się priorytety w placówkach ochrony zdrowia spowodowane pandemią. Aż 6% badanych określiło swoje umiejętności jako złe lub bardzo złe – jest to oznaka pilnej potrzeby rozwinięcia kompetencji pracowników w tym zakresie.

Rysunek 55. Moje umiejętności korzystania z ikp oraz e-recepty są

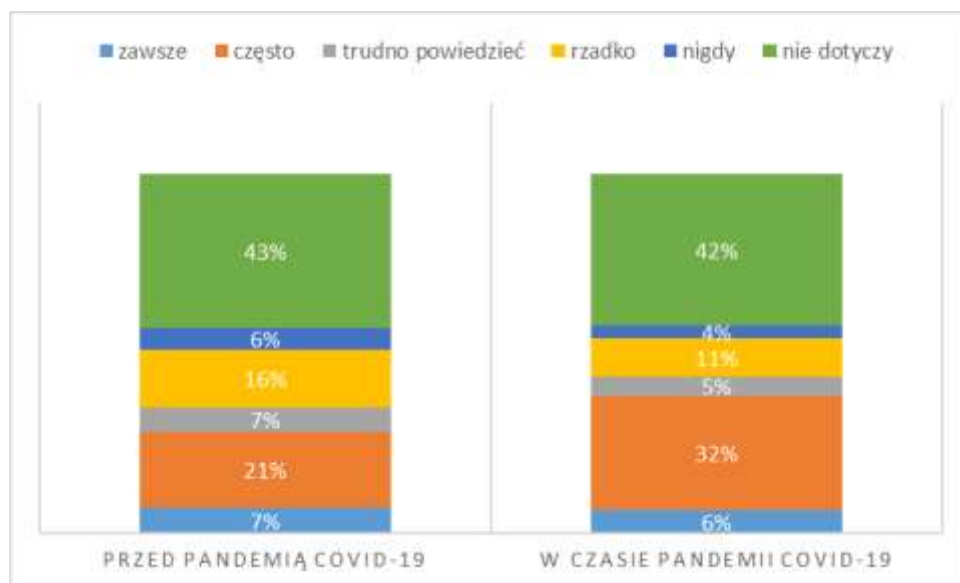


Źródło: Opracowanie własne.

W czasie pandemii znacząco wzrósł odsetek badanych, którzy często wykorzystują nowoczesne technologie do udzielania porad pacjentom (28% vs. 38% odpowiednio przed i w czasie pandemii). Na stosunkowo wysokim poziomie pozostał odsetek respondentów, którzy rzadko lub nigdy nie korzystają z nowoczesnych technologii (22% przed pandemią COVID-19 vs. 15% w czasie pandemii). 42% ankietowanych odpowiedziało, że stwierdzenie to ich nie dotyczy.

Udzielanie porad pacjentom poprzez użycie telemedycyny i innych nowoczesnych technologii odgrywa ważną rolę w momencie podwyższonego zagrożenia epidemicznego, ograniczania gromadzenia się oraz przemieszczania się ludzi. Wzrost ich wykorzystania świadczy o samym wzroście tych kompetencji u kadry medycznej, a także umiejętności adaptowania się do nowych warunków. Odpowiedzi w tym pytaniu związane są także z tym, że duża część badanych jest zatrudniona w szpitalach, a teleporady są używane głównie w POZ i AOS.

Rysunek 56. Wykorzystuję nowoczesne technologie (np. Telemedycynę) do udzielania porad pacjentom

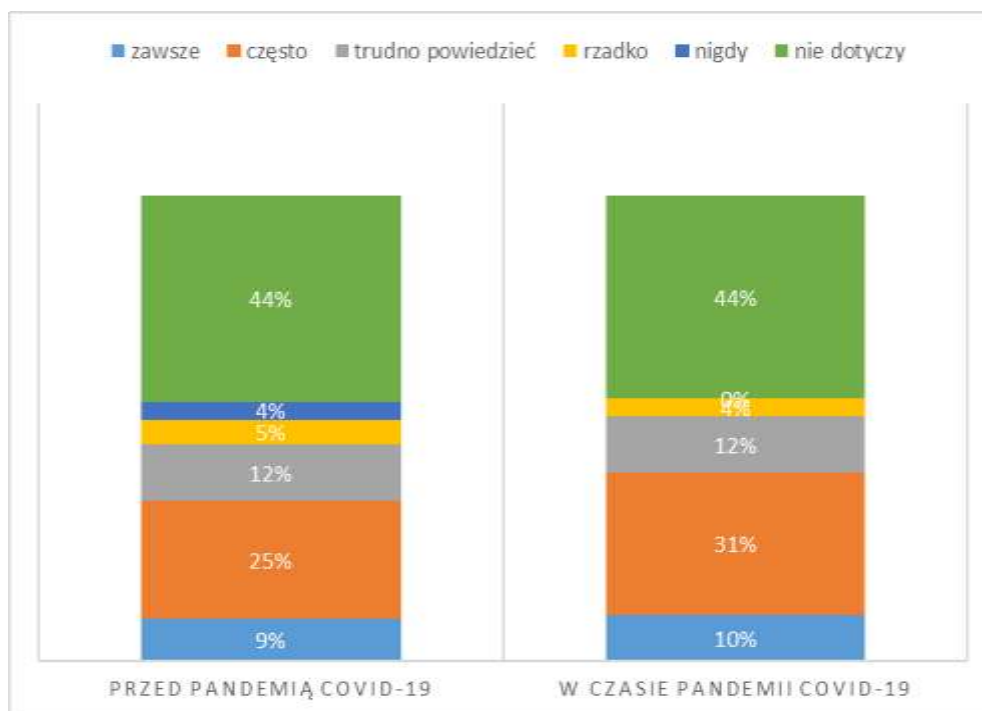


Źródło: Opracowanie własne.

W kolejnym pytaniu respondenci określali, jak często potrafią rozpoznać, czy wybór odpowiedniej formy opieki telemedycznej (np. teleporady lub video-wizyty) będzie miał wpływ na poprawność diagnozy i ustalenie planu leczenia. Prawie co dziesiąty badany (12%) miał trudności z odpowiedzią na to pytanie. W czasie pandemii większa część respondentów często wykorzystywała tę umiejętność (31% w czasie vs. 25% przed pandemią). Istotny jest fakt, że w czasie pandemii nie pojawiły się odpowiedzi 'nigdy', podczas gdy przed pandemią taką odpowiedź wskazało 4% respondentów. Tylko 10% ankietowanych odpowiedziało, że zawsze potrafi rozpoznać, czy wybór formy telemedycyny będzie miał znaczenie.

Pandemia COVID-19 zwiększyła częstotliwość używania usług telemedycyny, szczególnie w POZ i AOS. Rozwój umiejętności rozpoznawania, która z jej form będzie miała wpływ na poprawność diagnozy i ustalenie planu leczenia ma kluczowe znaczenie dla zdrowia i bezpieczeństwa pacjentów.

Rysunek 57. Rozpoznaję, w jakich sytuacjach wybór odpowiedniej formy opieki telemedycznej, np. teleporady lub video-wizyty będzie miał wpływ na poprawność diagnozy i ustalenie planu leczenia

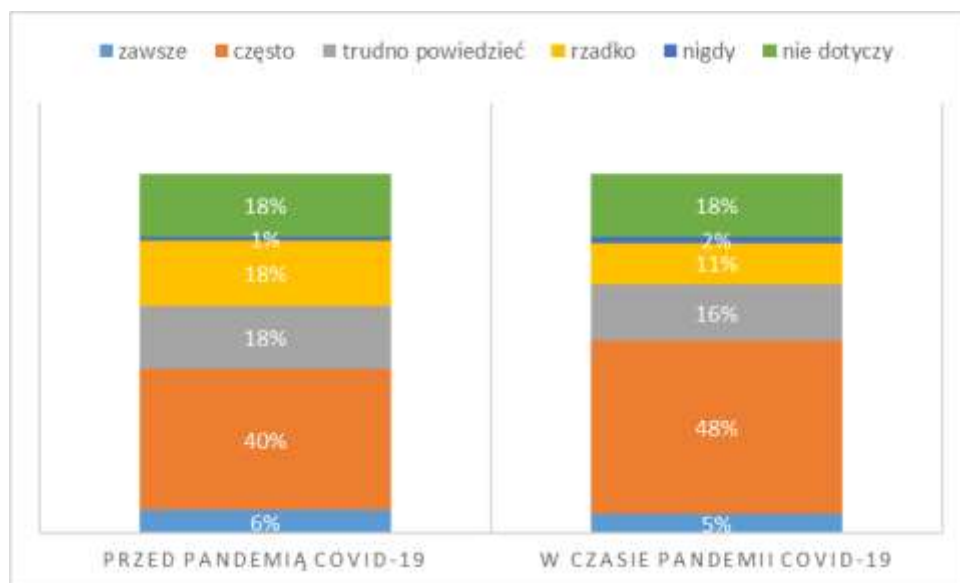


Źródło: Opracowanie własne.

Respondenci udzielali odpowiedzi na pytanie, jak często wykorzystują technologię informatyczną do podejmowania decyzji. Prawie 1/5 badanych (odpowiednio 18% i 16% przed i w czasie pandemii COVID-19) miała trudności z odpowiedzią na to pytanie. W czasie pandemii z technologii informatycznej w czasie podejmowania decyzji korzystało często lub zawsze 53% ankietowanych, przed pandemią – 46%. Rzadko z technologii informatycznych korzystało 18% badanych przed pandemią i 11% w czasie jej trwania. Tylko 1% ankietowanych przed i 2% w czasie pandemii wskazało, że nigdy nie używa tej kompetencji.

Technologie informatyczne wspomagające podejmowanie decyzji dostarczają kluczowych informacji i wiedzy podczas podejmowania decyzji. Wykorzystują technologie takie jak Big Data, sztuczna inteligencja czy data mining. Są pomocne w diagnostyce, wyborze najefektywniejszych terapii i unikaniu błędów. Istotny jest wzrost ich użycia w czasie pandemii, kiedy niedostępne są potwierdzone wieloletnimi badaniami metody leczenia i diagnostyki. Ponad 50% ankietowanych regularnie używa narzędzi informatycznych w swojej pracy, co świadczy o wysokim poziomie profesjonalizmu badanej kadry medycznej.

Rysunek 58. Wykorzystuję technologię informatyczną do podejmowania decyzji

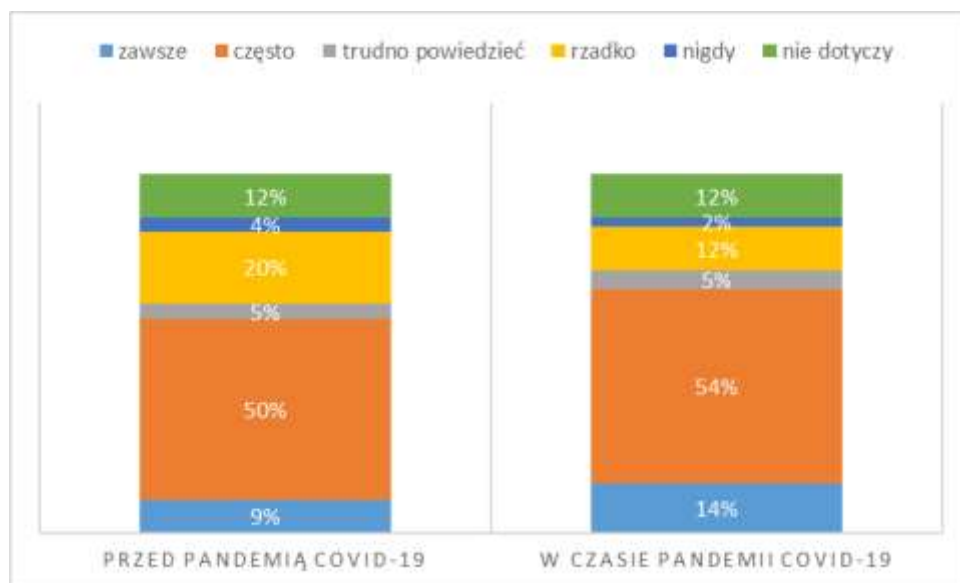


Źródło: Opracowanie własne.

Ankietowani odpowiadali także na pytanie, jak często wykorzystują technologię informatyczną do komunikacji z innymi członkami zespołu. 12% respondentów określiło, że ta umiejętność ich nie dotyczy. 14% badanych w czasie pandemii w porównaniu z 9% badanych przed pandemią zawsze wykorzystuje technologię informatyczną do kontaktu z członkami zespołu. 54% respondentów określiło, że wykorzystuje tę umiejętność często (wzrost o 4 p.p. w stosunku do stanu przed pandemią). Znacząco zmniejszyła się ilość odpowiedzi ‘rzadko’ – z 20% przed pandemią do 12% w czasie – oraz ‘nigdy’ – z 4% przed pandemią do 2% w czasie pandemii COVID-19.

Pandemia COVID-19 i ograniczenia związane z reżimem sanitarnym wymusiły wzrost komunikacji z użyciem technologii informatycznych w wielu sektorach na całym świecie. Z odpowiedzi uzyskanych w badaniu, takie zmiany obserwować można także w sektorze ochrony zdrowia w Polsce.

Rysunek 59. Wykorzystuję technologię informatyczną do komunikacji z innymi członkami zespołu

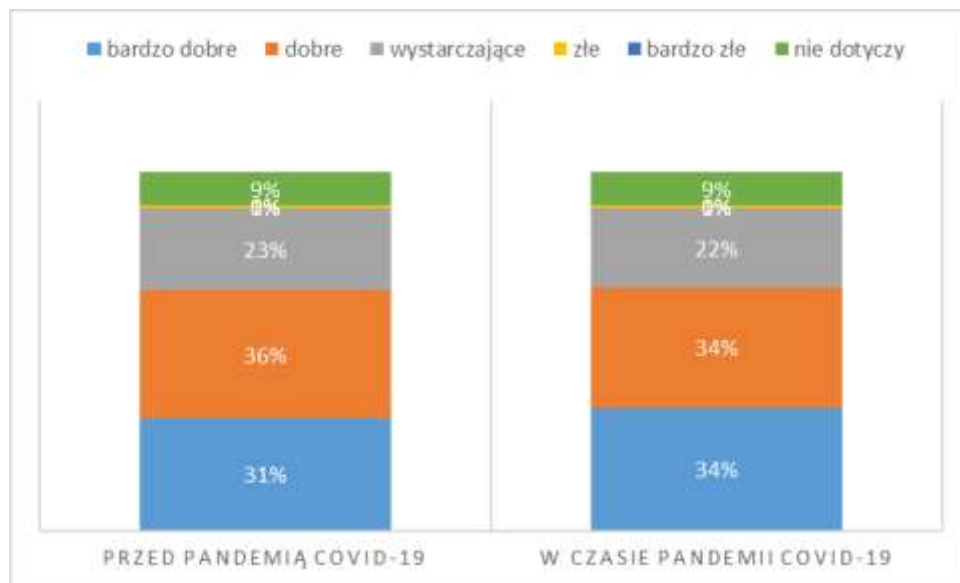


Źródło: Opracowanie własne.

Ostatnie pytanie, na jakie odpowiadali respondenci, dotyczyło umiejętności związanych z zachowaniem bezpieczeństwa i tajności informacji pacjentów w Internecie i na nośnikach danych. Odpowiedzi ankietowanych nieznacznie zmieniły się pod wpływem pandemii. 9% badanych określiła, że powyższa kompetencja ich nie dotyczy. Co trzeci badany (31% przed pandemią i 34% w czasie pandemii) określił swoje umiejętności jako bardzo dobre. Jako dobre swoje kompetencje oceniło odpowiednio 36% i 34% badanych przed i w czasie pandemii. Mniej więcej co piąty badany (23% i 22%) uznał swoje umiejętności za wystarczające. 9% badanych uważa swoje kompetencje w tym zakresie za złe.

Ponad 2/3 badanych określiło jako bardzo dobre i dobre swoje umiejętności w zakresie zachowania bezpieczeństwa i tajności informacji pacjentów w Internecie i na nośnikach danych. Świadczy to o wysokim profesjonalizmie badanej grupy. Istnieje jednak nadal duża potrzeba wzmacniania tej kompetencji, bo aż co dziesiąty badany nie potrafi zapewnić bezpieczeństwa i tajności danych pacjentów. Bezpieczne korzystanie z Internetu i przekazywanie danych wrażliwych pacjentów dotyczących ich stanu zdrowia jest niezbędne do utrzymania wysokiej ufności pacjentów do przechowywania ich danych w placówkach medycznych oraz do uniknięcia przekazania takich danych niewłaściwym osobom.

Rysunek 60. Moje umiejętności związane z zachowaniem bezpieczeństwa i tajności informacji pacjentów w internecie/na nośnikach danych są



Źródło: Opracowanie własne.

7. Wnioski i rekomendacje

Z analizy ankiet wynika, że główne różnice związane ze swoją pracą respondenci odczuli nie bezpośrednio z powodu stanu zagrożenia epidemicznego, a z powodu wprowadzenia świadczenia, jakim jest teleporada. Udzielanie porad na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności w podstawowej opiece zdrowotnej było możliwe już przed wybuchem pandemii (zostało to uregulowane rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 31 października 2019 r., zmieniającym rozporządzenie z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej). W połączeniu z obowiązkiem wystawiania e-zwolnień lekarskich (od 1 grudnia 2018 r.) oraz e-receptą (obowiązkową od 8 stycznia 2020 r.), stwarzało warunki do kompleksowej obsługi pacjenta bez konieczności bezpośredniego z nim kontaktu. Wówczas lekarze rodzinni bardzo sceptycznie i krytycznie podszli do nowych możliwości, twierdząc, że nie jest to sposób na rozwiązywanie większości problemów pacjenta i odpowiedzialnej oceny jego stanu zdrowia (Pochrzęst-Motyczyńska, 2019). Usługa z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności została usankcjonowana w przepisach prawa także w opiece psychiatrycznej i terapii uzależnień, w specjalistycznych poradach z zakresu neurologii udzielanych osobom dorosłym oraz hemodializie. Sformułowanie „teleporada” pojawiło się natomiast dopiero w ustawie specjalnej z 2 marca 2020 r. jako świadczenie udzielane w związku z przeciwdziałaniem COVID-19. W praktyce jednak nazwa „teleporada” stała się nazwą rodzajową dla wszystkich świadczeń udzielanych za pomocą systemów teleinformatycznych (Fałek i in., 2020).

Pandemia COVID-19 praktycznie z dnia na dzień wymusiła zmianę podejścia do stosowania porad medycznych na odległość, stając się dominującą formą kontaktu z chorymi. Nie wszystkie ośrodki były jednak do tego odpowiednio przygotowane, niektóre nie wdrożyły w pełni systemów zakładanych w ramach platformy P1. Pojawiły się więc problemy na wielu płaszczyznach. Trudności związane z diagnozowaniem i leczeniem pacjentów poprzez system teleporad odczuwała 1/3 ankietowych, dotyczyły one głównie komunikacji z pacjentem, kwestii technicznych, dokumentacji medycznej, zrozumienia

specyfiki świadczenia telemedycznego, a także weryfikacji tożsamości pacjenta. Spowodowane było to m.in. brakiem kompetencji cyfrowych zarówno po stronie lekarzy/pielęgniarek, jak i pacjentów. Zdecydowana większość ankietowanych uznała jakość opieki poprzez system teleporad za gorszą. Jednak zwrócono uwagę, że można ją poprawić przede wszystkim dzięki edukacji pacjentów, wspomaganie poprzez system video oraz odpowiednim szkoleniom.

Spora część ankietowanych (ok. 30%) zdecydowanie gorzej określiła swoje kompetencje związane z zapewnieniem opieki skoncentrowanej na pacjencie poprzez system teleporad (nie wykazano dużych różnic w tym zakresie porównując porady tradycyjne zarówno przed, jak i w trakcie trwania pandemii). Dotyczyło to zrozumiałego formułowania komunikatów i zaleceń dla pacjentów, rozpoznawania ich stresu i innych emocji, stosowania technik łagodzenia bólu, okazywania empatii i zrozumienia w sytuacjach trudnych, a także edukowania swoich podopiecznych.

W trakcie pandemii zauważalnie wzrosły kompetencje dotyczące rozpoznawania, w jakich sytuacjach wybór odpowiedniej formy opieki telemedycznej (np. teleporady lub video-wizyty) będzie mieć wpływ na poprawność diagnozy i ustalenie planu leczenia.

Odpowiedzi ankietowanych wskazują na nieznaną wytycznych wprowadzonych w celu ograniczenia transmisji wirusa SARS-CoV-2. Braki te przełożyły się na rzadkie stosowanie się do nich (tylko 1/5 badanych wskazała, że zna je i stosuje). Wyniki takie mogły wynikać z faktu, że wytyczne dotyczące postępowania podczas epidemii COVID-19 były wydawane przez kilka ośrodków: Głównego Inspektora Sanitarnego, Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, medyczne towarzystwa naukowe, a także konsultantów poszczególnych specjalizacji lekarskich. Placówki musiały zatem poświęcać dodatkowe zasoby na analizę i interpretację przepisów i uwarunkowań, zmierzyć się z niepewnością co do prawidłowości podejmowanych kroków, np. w zakresie schematu testowania pacjentów i pracowników medycznych (co niosło za sobą również konsekwencje finansowe) (Żakowiecki, Helak, 2020). W maju Polska Federacja Szpitali apelowała do Głównego Inspektora Sanitarnego o opracowanie spójnych wytycznych dotyczących „odmrażania” działalności szpitali. Organizacja zwróciła się również do Ministerstwa Zdrowia o zorganizowanie mechanizmu zbierania w jednym miejscu i ujednoczenie wytycznych pochodzących od różnych instytucji (PAP, 2020).

Prawie połowa badanych przyznała, że z łatwością przeorganizowała pracę własną w sytuacji zagrożenia epidemicznego spowodowanego pandemią COVID-19, ale niewiele mniej stwierdziło, że zrobiło to z trudem, natomiast tylko 2% nie udało się tego zrobić. Co ciekawe było dwa razy więcej ankietowanych, na których stres spowodowany epidemią wpłynął pozytywnie i mobilizująco niż tych, na których oddziaływał negatywnie.

Według ankietowanych do najważniejszych kompetencji, potrzebnych w sytuacji zagrożenia epidemicznego spowodowanego pandemią COVID-19 należą: wdrożenie i ścisłe przestrzeganie standardów i zasad postępowania z pacjentami z podejrzeniem i chorych na COVID-19, właściwe/zrozumiałe komunikowanie się z pacjentem, a także właściwa współpraca z pozostałym personelem placówki w celu efektywnego diagnozowania i leczenia.

Obszary, w których w sytuacji pandemii COVID-19 najbardziej brakowało respondentom pomocy to przede wszystkim zarządzanie, w tym głównie zarządzanie kryzysowe oraz epidemiologia i nadzór sanitarno-epidemiologiczny. Dalej wybierane były: psychologia i radzenie sobie ze stresem, a także prawo.

Pytania na temat pracy w interdyscyplinarnych zespołach, korzystania z praktyk opartych na dowodach czy ciągłej poprawy jakości porównywały sytuację przed oraz po wystąpieniu pandemii COVID-19. Nie odnotowano jednak istotnych różnic w odpowiedziach respondentów w tych zakresach.

Zaskakujące okazały się odpowiedzi ankietowanych na pytania z bloku dotyczącego wykorzystania narzędzi informatycznych. Tworząc kwestionariusz ankiety założono, że kompetencje w tym zakresie wzrosły po wybuchu pandemii. Jednak nie odnotowano znaczących różnic w posiadanych umiejętnościach, ocenionych przez respondentów wysoko zarówno przed, jak i w trakcie trwania pandemii. Dobre i bardzo dobre kompetencje w tym zakresie świadczą o wysokim poziomie profesjonalizmu wśród badanej kadry medycznej i okołomedycznej. Tylko niewielki odsetek ankietowanych ocenił swoje umiejętności wykorzystania narzędzi informatycznych jako niewystarczające do świadczenia usług zdrowotnych. Jednak ponad połowa badanych wskazała, że mogłaby poprawić swoje kompetencje w tym zakresie. Tylko o 10% wzrost odsetek badanych, którzy wykorzystują nowoczesne technologie do udzielania porad pacjentom, co prawdopodobnie spowodowane było miejscem pracy (szpital) znacznej części respondentów, teleporady są natomiast używane głównie w POZ i AOS. Podobny wzrost odnotowano w przypadku wykorzystywania technologii informatycznej do komunikacji z innymi członkami zespołu.

Kluczowym obszarem, czy też procesem dla personelu medycznego jest rozwój. Rozumieć go należy w dwójnasób, jako działania rozwijające kompetencje zatrudnionych pracowników oraz zarządzanie karierą. Dla obydwu kategorii niezbędne są dedykowane, odpowiednio zorganizowane i właściwie tematycznie dobrane szkolenia.

Należy jednak:

1. Połączyć system szkoleń z oceną pracowniczą, zwłaszcza bieżącą – po to, aby szkolenia mogły stanowić narzędzie poprawy efektywności pracy;
2. Zadbać o odpowiedni fundusz szkoleniowy i czas, a także formę prowadzonych szkoleń;
3. Wyznaczyć jasną ścieżkę kariery;
4. Rozwijać u personelu medycznego kompetencje interpersonalne. Zadbać o system weryfikacji efektywności tych szkoleń (połączyć z oceną pracowniczą);
5. Wynagradzać za aktualizację i rozwój kompetencji specjalistycznych oraz administracyjnych, zarządczych niezbędnych do prawidłowego udzielania świadczeń.

Rekomendacje szczegółowe wynikające z rozpoznanych deficytów kompetencyjnych kadr medycznych przed i w trakcie pandemii COVID-19:

1. Konieczne rozwijanie kompetencji cyfrowych poprzez szkolenia i doskonalenie kompetencji w zakresie zdalnego udzielania świadczenia zdrowotnego/porady medycznej.

- a. Nauka i obsługa systemów teleinformatycznych.
 - b. Komunikacja interpersonalna w warunkach zdalnych.
 - c. Znajomość zasad wypełniania dokumentacji medycznej przy udzielaniu świadczenia w trybie zdalnym.
2. Konieczne rozwijanie kompetencji na temat znajomości otoczenia polityczno-prawnego w systemie zdrowotnym – rozumienie standardów i konsekwencji ich stosowania.
- a. Znajomość instytucji systemowych i ich uprawnień.
 - b. Znajomość standardów postępowania organizacyjno-zarządczego i konsekwencji ich stosowania.
 - c. Umiejętność właściwej hierarchizacji wydawanych decyzji administracyjnych i regulacji prawnych.
 - d. Umiejętność wdrażania standardów postępowania wydawanych przez różne instytucje systemowe.
3. Konieczne rozwijanie kompetencji w zakresie radzenia sobie ze stresem i stresogennymi warunkami działania w warunkach zagrożenia epidemiologicznego i innych.
- a. Efektywne zarządzanie energią osobistą (zwłaszcza umiejętność zdrowego rozładowywania napięcia i efektywna regeneracja organizmu).
 - b. Skuteczne radzenie sobie ze stresem, napięciem własnym i pacjenta, a także z negatywnymi emocjami pacjenta (i jego rodziny).
 - c. Work-life balans, czyli równowaga między aktywnością zawodową i poza zawodową.
 - d. Odpowiednie nastawienie do pracy – zdrowy dystans i zdrowa troska o siebie.
 - e. Zdrowa empatia i właściwe (niewypalające) wspieranie pacjenta w cierpieniu zamiast zbyt silnej wypalającej empatii lub uprzedmiotawiania relacji z pacjentem).
 - f. Korzystanie ze wsparcia psychologicznego, emocjonalnego (trudne sytuacje w pracy z pacjentem, śmierć pacjenta, itp.) oraz wymiana i dzielenie się doświadczeniem – grupy spotkaniowe, grupy wsparcia.
4. Rozwijanie kompetencji w zakresie komunikacji interpersonalnej z pacjentem i w pracy zespołowej.
- a. Budowanie zdrowych relacji i efektywna komunikacja w zespołach terapeutycznych (na oddziale, w placówce medycznej).
 - b. Budowanie pozytywnej opartej na zaufaniu relacji z pacjentem (odpowiednio pozytywne stymulowanie pacjenta do brania części odpowiedzialności za leczenie).
 - c. Zaufanie i autorytet lekarza – co buduje a co psuje dobrą relację z pacjentem. Relacja symetryczna i niesymetryczna – władza i zależność vs partnerstwo.
 - d. Dobra komunikacja z pacjentem: zasady komunikacji werbalnej i niewerbalnej w kontakcie z pacjentem. Komunikacja jedno i dwukierunkowa oraz jej znaczenie w budowaniu dobrej relacji z pacjentem.
 - e. Język i reakcje lekarza na zachowanie i osobę pacjenta. Wpływ słów na podświadomość pacjenta.

- f. Uważny kontakt i obecność w relacji z pacjentem oraz miejsce i rola komunikacji merytorycznej w relacji z pacjentem.
- g. Typy psychologiczne pacjentów i różne style zachowań oraz komunikacji. Dobieranie właściwych strategii komunikacyjnych do konkretnego typu psychologicznego pacjenta.
- h. Współodpowiedzialność pacjenta za proces leczenia (compliance) – praca z przekonaniami pacjenta w celu wzmocnienia jego odpowiedzialności za proces leczenia i stosowanie się do zaleceń terapeutycznych.

Przedstawiciele poszczególnych grup personelu medycznego nie można traktować tożsamo. Posiadają oni inne atrybuty i inne metody pracy. Atrybuty lekarzy i pielęgniarek są już zdefiniowane. Zatem należy zidentyfikować cechy specyficzne dla pozostałych profesji medycznych.

- i. Efektywna komunikacja w organizacji, w zespole.
- j. Role w zespole – formalne i nieformalne. Role w zespole związane ze specyfiką wykonywanych zadań.

4. Rozwijanie kompetencji w zakresie zarządzania kryzysowego.

- a. Mechanizmy i źródło powstawania sytuacji kryzysowej i określenie potrzeby działań zapobiegających.
- b. Kształtowanie polityki informacyjnej w zarządzaniu kryzysowym.
- c. Zarządzanie zmianą w organizacji w zespole.
- d. Sytuacje trudne – stres i emocje i ich wpływ na współpracę w zespole. Komunikacja w zespole w stresie i pod presją emocji.
- e. Działanie pokryzysowe.

Bibliografia

1. Athey T.R., Orth M.S. (1999). *Emerging competency methods for the future*. Human Resource Management: Published in Cooperation with the School of Business Administration, The University of Michigan and in alliance with the Society of Human Resources Management, 38(3):215-25, [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-050X\(199923\)38:3<215::AID-HRM4>3.0.CO;2-W](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-050X(199923)38:3<215::AID-HRM4>3.0.CO;2-W).
2. Baliński P., Krajewski R. (2018). *Lekarze i lekarze dentyści w Polsce – charakterystyka demograficzna. Stan w dniu 31.12.2017 roku*, Naczelna Izba Lekarska, Warszawa, maj 2018 roku, ISBN 978-83-948240-2-0, (dostęp online: 23.12.2020) https://nil.org.pl/uploaded_images/1575630206_demografia-2017.pdf.

3. Barry M.M., Battel-Kirk B., Davison H., Dempsey C., Parish R., Schipperen M., Speller V., van der Zanden G., Zilnyk A. on behalf of the CompHPPartners (2012). *The CompHP Project Handbooks*. International Union for HealthPromotion and Education (IUHPE), Paris, (dostęp online: 23.12.2020) https://www.academia.edu/3261647/The_CompHP_Project_Handbooks.
4. CDC (2020a). *What Workers and Employers Can Do to Manage Workplace Fatigue during COVID-19*, Community, Work & School, 19 May 2020, (dostęp online: 23.12.2020) <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/managing-workplace-fatigue.html>
5. CDC (2020b). *10 Essential Public Health Services*, Public Health Professionals Gateway, Public Health Systems & Best Practices, 22 September 2020, (dostęp online: 23.12.2020) <https://www.cdc.gov/publichealthgateway/publichealthservices/essentialhealthservices.html>.
6. CEZ (2010-2020). Biuletyny statystyczne Ministerstwa Zdrowia wydawane przez Centrum e-Zdrowia, (dostęp online: 23.12.2020) <https://cez.gov.pl/projekty/statystyka/biuletyn-statystyczny>.
7. Council on Linkages (2014). *Core Competencies for Public Health Professionals*, Council on Linkages Between Academia and Public Health Practice, 26 June 2014, (dostęp online: 23.12.2020) http://www.phf.org/resourcestools/Documents/Core_Competencies_for_Public_Health_Professionals_2014June.pdf.
8. Dirani K.M., Abadi M., Alizadeh A., Barhate B., Garza R.C., Gunasekara N., Majzun Z. (2020). *Leadership competencies and the essential role of human resource development in times of crisis: a response to Covid-19 pandemic*. Human Resource Development International, 23(4), 380-394. doi:10.1080/13678868.2020.1780078.
9. Domagała A., Klich J. (2018). *Planning of Polish physician workforce – systemic inconsistencies, challenges and possible ways forward*, Health Policy, 122, s. 102–108, doi: 10.1016/j.healthpol.2017.11.013. Epub 2017 Dec 1. PMID: 29208419.
10. Dubas-Jakóbczyk K, Domagała A, Mikos M. (2018). *Impact of the doctor deficit on hospital management in Poland: A mixed-method study*. *Int J Health Plann Manage*. 2019 Jan;34(1):187-195. doi: 10.1002/hpm.2612. Epub 2018 Aug 22. PMID: 30132977.
11. Epstein R.M., Hundert E.M. (2002). *Defining and assessing professional competence*. JAMA. 2002 Jan 9;287(2):226-35. doi: 10.1001/jama.287.2.226. PMID: 11779266.
12. Fątek A., Janiszewski R., Jakubiak K. (2020). *Wpływ epidemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2 na system opieki zdrowotnej w Polsce*, Modern Healthcare Institute, http://www.covidaochronazdrowia.pl/raport_KRL.pdf.

13. Frączkiewicz-Wronka A., Austen A., Majowska M. (2008). *Odplyw profesjonalistów medycznych – postulowane narzędzia jego ograniczenia*. Zarządzanie Zasobami Ludzkimi. 2008(2):11-28, (dostęp online: 23.12.2020) <https://www.ipiss.com.pl/?zsl=odplyw-profesjonalistow-medycznych-postulowane-narzedzia-jego-ograniczenia>.
14. Golinowska S., Kocot E. i Sowa A. (2013). *Zasoby kadr dla sektora zdrowotnego. Dotychczasowe tendencje i prognozy*, Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, 2013: T. 11, nr 2, s. 125–147, doi: 10.4467/20842627OZ.14.012.1622.
15. Golinowska S., Sowada Ch., Tambor M., Domagała A., Kuszewski K. (2018), *Co dalej z ochroną zdrowia w Polsce – stan i perspektywy*, Zeszyty mBank – CASE Nr 156/2018, (dostęp online: 23.12.2020) https://case-research.eu/files/?id_plik=5724.
16. Grzela E. (2020). Sektor ochrony zdrowia potrzebuje nowych zawodów medycznych, Puls Medycyny, 23-06-2020, (dostęp online: 23.12.2020) <https://pulsmedycyny.pl/czy-sektor-ochrony-zdrowia-potrzebuje-nowych-zawodow-medycznych-994661>.
17. GUS (2020). *Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2018 roku*, (dostęp online: 23.12.2020) <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/pracujacy-zatrudnieni-wynagrodzenia-koszty-pracy/struktura-wynagrodzen-wedlug-zawodow-w-pazdzierniku-2018-roku,4,9.html>.
18. Institute of Medicine (2003). *Health Professions Education: A Bridge to Quality*. Institute of Medicine (US) Committee on the Health Professions Education Summit. Washington (DC): National Academies Press (US).
19. James R., Howat P., Shilton T., Hutchins C., Burke L., Woodman R. (2007). *Core Health Promotion competencies for Australia*. Curtin University, Perth. (dostęp online: 23.12.2020) http://www.phaa.net.au/documents/healthpromo_core_hp_competencies_2007.pdf
20. Janik J. (2020). *Czy w Polsce będzie coraz więcej lekarzy i pielęgniarek z innych krajów?*, „Rynek Zdrowia” 4 marca 2020, (dostęp online: 23.12.2020) <https://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Czy-w-Polsce-bedzie-coraz-wiecej-lekarzy-i-pielengniarek-z-innych-krajow,203612,14,2.html>.
21. Kęsy M. (2013). *Kształtowanie kompetencji menedżerskich personelu medycznego w szpitalach*, Wydawnictwo UJ, Kraków.
22. Kowalska-Bobko I., Gałązka-Sobotka M., Frączkiewicz-Wronka A., Badora-Musiał K., Buchelt B. (2020). *Krzyżujące się kompetencje (skill mix) w zawodach medycznych i okołomedycznych*, Medycyna Pracy 71 (3), s. 1-16, <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00817>.

23. Mapy Potrzeb Zdrowotnych (2020). *Kadry medyczne*,
<https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3403>.
24. Misztal-Okońska P., Goniewicz K., Hertelendy A.J., Khorram-Manesh A., Al-Wathinani A., Alhazmi R.A., Goniewicz M. (2020). *How Medical Studies in Poland Prepare Future Healthcare Managers for Crises and Disasters: Results of a Pilot Study. Healthcare (Basel)*. 2020 Jul 9;8(3):202. doi: 10.3390/healthcare8030202. PMID: 32659897; PMCID: PMC7551878.
25. Moczydłowska J.M. (2008). *Zarządzanie kompetencjami zawodowymi a motywowanie pracowników*. Difin, Warszawa.
26. MZ (2019). *Polityka Wieloletnia Państwa na Rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce (z uwzględnieniem etapów prac zainicjowanych w roku 2018)*, (dostęp online: 23.12.2020) <https://www.gov.pl/web/zdrowie/polityka-wieloletnia-panstwa-na-rzecz-pielęgniarstwa-i-polożnictwa-w-polsce>.
27. MZ, NFZ (2020). Raport z badania satysfakcji pacjentów korzystających z teleporad u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w okresie epidemii COVID-19, Warszawa, 8 sierpnia 2020
28. NIK (2016). *NIK o kształceniu kadr medycznych*, 31 marca 2016, (dostęp online: 23.12.2020) <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-ksztalceniu-kadr-medycznych.html>.
29. NIK (2019). *Raport: System ochrony zdrowia w Polsce – Stan obecny i pożądane kierunki zmian*, KZD.034.001.2018, Nr ewid. 8/2019/megainfo/KZD, (dostęp online: 23.12.2020) <https://www.nik.gov.pl/plik/id,20223,vp,22913.pdf>.
30. NIL (2015). *Lekarze specjaliści i lekarze dentyści specjaliści 2015*, Krajewski R., Naczelna Izba Lekarska, (dostęp online: 23.12.2020) <http://www.nil.org.pl/aktualnosci/lekarze-specjalisci-i-lekarze-dentyści-specjalisci-sytuacja-demograficzna>.
31. NIL (2020). *Zestawienie liczbowe wg liczby wydanych zaświadczeń, województwa miejsca zameldowania i okresu wydania zaświadczenia*, (dostęp online: 23.12.2020) https://nil.org.pl/uploaded_files/1583227918_zestawienie-nr-05.pdf.
32. NIPiP (2017). *Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych*, (dostęp online: 23.12.2020) https://nipip.pl/wp-content/uploads/2017/03/Raport_druk_2017.pdf.
33. NIPiP (2020). *Liczba zaświadczeń wydanych na potrzeby uznawania kwalifikacji zawodowych*, (dostęp online: 23.12.2020) <https://nipip.pl/liczba-zaswiadczen-wydanych-na-potrzeby-uznawania-kwalifikacji-zawodowych/>.

34. NFZ (2019). Zarządzenie Nr 115/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.
35. Ochnik M. (2020). *Szykują się masowe odejścia lekarzy. Czy po pandemii będzie miał nas kto leczyć?*, (dostęp online: 23.12.2020) <https://www.poradnikzdrowie.pl/aktualnosci/szykuja-sie-masowe-odejscia-lekarzy-czy-po-pandemii-bedzie-mial-nas-kto-leczyc-aa-dV32-foSE-yPcN.html>.
36. Oleksyn T. (2006). *Zarządzanie kompetencjami. Teoria i praktyka*. Oficyna Ekonomiczna, Kraków.
37. Ono T., Lafortune G., Schoenstein M. (2013), *Health Workforce Planning in OECD Countries*, OECD Health Working Papers No. 62, OECD Publishing, Paris.
38. OSR (2018). Ustawa o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, UD 388.
39. Ott M., Van Dijk H. (2005). *Effects of HRM on client satisfaction in nursing and care for the elderly*. Employee Relations 27(4):413-424, doi: 10.1108/01425450510605723.
40. PAP (2020). *Eksperci: epidemiczne wytyczne dla placówek są niespójne i nadal niekompletne*, Rynek zdrowia, czerwiec 9, 2020, udostępniono 15.09.2020 na: <https://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Eksperci-epidemiczne-wytyczne-dla-placowek-sa-niespojne-i-nadal-niekompletne,208749,1.html>.
41. Pauli U. (2015). *Modele kompetencyjne w międzynarodowym zarządzaniu zasobami ludzkimi*, w: Pochtowski A. (red.), *Zarządzanie zasobami ludzkimi na rynkach międzynarodowych*. Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa.
42. Pochrząst-Motyczyńska A. (2019), *Teleporady nie odciążą służby zdrowia*, Prawo.pl, 6.11.2019, <https://www.prawo.pl/zdrowie/porady-przez-telefon-od-5-listopada-2019-r-mozliwe-juz-u-lekarza,495714.html>.
43. Public Health Agency of Canada (2019). *Core Competencies for Public Health in Canada*, (dostęp online: 23.12.2020) <https://www.canada.ca/en/public-health/services/public-health-practice/skills-online/core-competencies-public-health-canada.html>.
44. Religioni U., Czerw A., Walewska-Zielecka B., Augustynowicz A. (2012). *Obszary zarządzania placówką medyczną w sytuacji wystąpienia pandemii grypy*, Journal of Health Sciences. 2014;4(9):181-190. ISSN 1429-9623 / 2300-665X.



45. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny, Dz.U. 2012 poz. 1489.
46. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2016 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego. Dz.U. z 2016 r., poz. 587.
47. Rozporządzenie (2018a) Ministra Zdrowia z dnia 6 września 2018 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny, Dz.U. 2018 poz. 1738.
48. Rozporządzenie (2018b) Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Dz.U. z 2018 r., poz. 2396.
49. Rozporządzenie (2020a) Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2020 r. w sprawie standardów w zakresie ograniczeń przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 przez osoby wykonujące zawód medyczny mające bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem tym wirusem, Dz.U. 2020 poz. 775.
50. Rozporządzenie (2020b) Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2020 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny, Dz.U. 2020 poz. 1156.
51. Rozporządzenie (2020c) Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardów w zakresie ograniczeń przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 przez osoby wykonujące zawód medyczny mające bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem tym wirusem, Dz.U. 2020 poz. 1275.
52. Sagan A., Kowalska-Bobko I., Mokrzycka A. (2016). *The 2015 emergency care reform in Poland: Some improvements some unmet demands and some looming conflicts*. Health Policy, 120(11):1220-1225, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.09.009>.
53. Shortell S.M., Kaluzny A.D. (2001). *Podstawy zarządzania opieką zdrowotną*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków.
54. Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw. Dz.U. z 2014 r., poz. 1136.
55. Ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, Dz.U. 2017 poz. 1473.

56. Ustawa z dnia 13 września 2018 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw, Dz.U. 2018 poz. 1942.
57. Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, Dz.U. 2019 poz. 1565.
58. Ustawa z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu, Dz.U. 2020 poz. 1493.
59. WHO (2000). *The World Health Report 2000. Health systems: improving performance*. Geneva: World Health Organization; 2000.
60. Więckowska B. (2017). *Mapy potrzeb zdrowotnych jako narzędzie evidence based management w systemie ochrony zdrowia w Polsce*, [w:] Jarosiński M. *Współczesne wyzwania organizacji ochrony zdrowia*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa, s. 13-35.
61. Żakowiecki P., Helak M. (2020). *Usługi publiczne w kryzysie: pandemia w ochronie zdrowia*, Polityka Insight, http://www.pte.pl/pliki/2/12/Fundacja_Przyjazny_Kraj_.pdf

Aneks

Autorski kwestionariusz ankiety do badania deficytów kompetencyjnych kadr medycznych i okołomedycznych w placówkach medycznych, z uwzględnieniem nowych zadań związanych z epidemią COVID-19.

BLOK 1. Metryczka

Płeć:

- Kobieta
- Mężczyzna

Wiek (proszę wpisać): lat/a

Pracownik:

- Lekarz
- Pielęgniarka/Położna
- Koordynator
- Sekretarka medyczna
- Inny (proszę wpisać)

Forma zatrudnienia:

- Umowa o pracę
- Kontrakt na świadczenia medyczne



- Umowa zlecenie
- Inna, jaka (proszę wpisać)

Miejsce pracy. Proszę zaznaczyć wszystkie adekwatne typy podmiotów leczniczych, w których pracujesz symbolem 'X'.

- POZ
- POZ Plus
- Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna
- Szpital publiczny:
 - Szpital miejski
 - Szpital powiatowy
 - Szpital wojewódzki
 - Szpital kliniczny
- Szpital niepubliczny
- Instytut Naukowo-Badawczy
- Inny podmiot, jaki? (proszę wpisać)

Miejsce pracy (miejscowość, województwo). Proszę wpisać:

Charakter podmiotu, dla którego świadczysz usługi medyczne:

- wszystkie procedury finansowane są przez NFZ
- część świadczeń (procedur) finansowana jest przez NFZ, a część przez pacjentów prywatnych (firmy, ubezpieczalnie)
- procedury opłacane są wyłącznie przez pacjenta prywatnego (firmy, ubezpieczalnie)

Kontakt z pacjentem COVID-19:

- Bezpośredni
- Pośredni
- Brak kontaktu

Moje kompetencje/umiejętności związane z identyfikacją preferencji i potrzeb pacjenta zostały nabyte:

- jedynie w trakcie studiów*
- jedynie w trakcie dodatkowych szkoleń*
 - zewnętrznych*
 - organizowanych przez pracodawcę*
- zarówno w trakcie studiów, jak i dodatkowych szkoleń*
- posiadam te kompetencje i rozwijam je we własnym zakresie*
- nie posiadam i nie rozwijam takich kompetencji*

BLOK 2. Metryczka COVID-19

Uważam, że edukacja w zakresie rozprzestrzeniania się COVID-19:

- jest w kompetencji lekarza*
- jest w kompetencji pielęgniarki/położnej*
- jest w kompetencji zarówno lekarza, jak i pielęgniarki/położnej*
- jest w kompetencji każdego pracownika medycznego i administracyjnego zatrudnionego w placówce*

Moja wiedza przekazywana pacjentom na temat działań niezbędnych do wczesnego rozpoznawania i zapobiegania dalszego rozprzestrzeniania się COVID-19 jest:

- bardzo wysoka*
- wysoka*
- przeciętna*
- niska*
- bardzo niska*
- nie dotyczy*

Kompetencje, które uznają za krytyczne w sytuacji zagrożenia epidemicznego spowodowanego pandemią COVID-19 to (możliwość wskazania 2 odpowiedzi):

- właściwe/zrozumiałe komunikowanie się z pacjentem*
- identyfikacja stresu i emocji u pacjenta*
- efektywne zdalne diagnozowanie i leczenie pacjentów*
- właściwa współpraca z pozostałym personelem placówki w celu efektywnego diagnozowania i leczenia itp.*
- wdrożenie i ścisłe przestrzeganie standardów i zasad postępowania z pacjentami z podejrzeniem COVID-19 i chorymi na COVID-19*
- właściwe zarządzanie ruchem pacjentów*
- inne, jakie?*

Przeorganizowałem pracę własną w sytuacji zagrożenia epidemicznego spowodowanego pandemią COVID-19:

- z łatwością*
- z trudem*
- nie udało się tego zrobić*
- nie dotyczy*

Uważam, że stres spowodowany zagrożeniem epidemicznym w związku z pandemią COVID-19:

- wpłynął pozytywnie na moje działania, zmobilizował mnie*
- wpłynął negatywnie na moje działania – pojawiły się błędy i chaos*
- trudno powiedzieć*
- nie zauważyłam/em zmian w moim zachowaniu*
- nie odczuwam stresu z tym związanego*

Praca w okresie pandemii COVID-19 wpłynęła na życie prywatne moje i mojej rodziny:

- na pewno tak*
- wydaje mi się, że tak*
- trudno powiedzieć*
- wydaje mi się, że nie*
- na pewno nie*

Biorąc pod uwagę sytuację zagrożenia epidemicznego spowodowanego pandemią COVID-19, w zespole najbardziej brakowało mi osób posiadających kompetencje z zakresu (możliwość wskazania 2 odpowiedzi):

- psychologii i radzenia sobie ze stresem*
- epidemiologii i nadzoru sanitarno-epidemiologicznego*
- zarządzania, w tym głównie zarządzania kryzysowego*
- umiejętności diagnozowania/leczenia pacjenta w ramach teleporady*
- prawa*
- innych (jakich).....*

Znam szczegółowe instrukcje/wytyczne (możliwość wielu odpowiedzi):

- jak stosować środki ochrony indywidualnej (maski chirurgiczne, przyłbice, fartuchy ochronne, itp.)*
- jak właściwie myć ręce*
- jak reagować w przypadku objawów ostrej infekcji dróg oddechowych (kaszel, duszność, gorączka, itp.)*
- jak postępować po kontakcie z pacjentem podejrzanym lub chorym na COVID-19*
- jak prowadzić obserwacje medyczne*
- kiedy stosować kwarantannę domową/izolację w warunkach domowych/kierować pacjenta do szpitala*

Stosuję się do wytycznych/instrukcji (możliwość wielu odpowiedzi):

- jak stosować środki ochrony indywidualnej (maski chirurgiczne, przyłbice, fartuchy ochronne, itp.)*
- jak właściwie myć ręce*
- jak reagować w przypadku objawów ostrej infekcji dróg oddechowych (kaszel, duszność, gorączka, itp.)*
- jak postępować po kontakcie z pacjentem podejrzanym lub chorym na COVID-19*
- jak prowadzić obserwacje medyczne*
- kiedy stosować kwarantannę domową/izolację w warunkach domowych/kierować pacjenta do szpitala*

Uważam, że jakość opieki w czasie pandemii można poprawić poprzez (wybierz trzy najważniejsze odpowiedzi):

- wypracowanie i wdrożenie standardów opieki*
- stały monitoring i ewaluację pracy personelu pod kątem zgodności ze standardami*
- wykorzystanie nowoczesnych technologii informatycznych i informacyjnych w opiece nad pacjentem i organizacji pracy personelu medycznego*
- wyznaczenie personelowi mierzalnych celów jakościowych i ich monitorowanie oraz nagradzanie*
- kształtowanie prozdrowotnych zachowań pacjentów*
- inne, jakie.....*

W sytuacji zagrożenia spowodowanego pandemią COVID-19 w celu zapewnienia pacjentom opieki stosuję teleporady:

- zawsze*
- często*
- trudno powiedzieć*
- rzadko*
- nigdy*
- nie dotyczy*

Uważam, że w sytuacji zagrożenia epidemicznego spowodowanego pandemią COVID-19 największe problemy występowały przy prowadzeniu:

- teleporady*
- wizyty tradycyjnej (bezpośredni kontakt z pacjentem)*
- trudno powiedzieć*
- nie dotyczy*

Odczuwam trudności z diagnozowaniem i leczeniem pacjentów poprzez system teleporad:

- zawsze*
- często*

- trudno powiedzieć
- rzadko
- nigdy
- nie dotyczy

Uważam, że jakość opieki poprzez system teleporad jest:

- lepsza
- taka sama
- gorsza
- trudno powiedzieć

Uważam, że jakość opieki poprzez system teleporad można poprawić dzięki (możliwość wskazania 2 odpowiedzi):

- szkoleniom personelu
- instrukcjom
- wspomaganii poprzez system video (wideoporady)
- aplikacjom
- edukacji pacjentów
- inne (jakie?)

BLOK 3. Zapewnienie opieki skoncentrowanej na pacjencie

Pytania w tej części ankiety dotyczyć będą umiejętności w zakresie identyfikacji preferencji i potrzeb pacjentów, łagodzenia bólu i cierpienia, zapewnienia stałej opieki, edukacji oraz komunikacji z pacjentem w sytuacji przed i w czasie zagrożenia epidemicznego spowodowanego pandemią COVID-19.

Proszę o zaznaczenie znakiem X jednej z poniższych odpowiedzi

	Przed pandemią COVID-19	W czasie pandemii COVID-19 – tryb stacjonarny	W czasie pandemii COVID-19 – teleporady
Zrozumiałe formułuję komunikaty i zalecenia dla pacjentów	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i> <input type="checkbox"/> <i>często</i> <input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i> <input type="checkbox"/> <i>nigdy</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i> <input type="checkbox"/> <i>często</i> <input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i> <input type="checkbox"/> <i>nigdy</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i> <input type="checkbox"/> <i>często</i> <input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i> <input type="checkbox"/> <i>nigdy</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>

Potrafię rozpoznać stres i emocje u pacjentów	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i> <input type="checkbox"/> <i>często</i> <input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i> <input type="checkbox"/> <i>nigdy</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i> <input type="checkbox"/> <i>często</i> <input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i> <input type="checkbox"/> <i>nigdy</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i> <input type="checkbox"/> <i>często</i> <input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i> <input type="checkbox"/> <i>nigdy</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>
Potrafię okazywać empatię i zrozumienie w sytuacjach trudnych	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i> <input type="checkbox"/> <i>często</i> <input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i> <input type="checkbox"/> <i>nigdy</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i> <input type="checkbox"/> <i>często</i> <input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i> <input type="checkbox"/> <i>nigdy</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i> <input type="checkbox"/> <i>często</i> <input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i> <input type="checkbox"/> <i>nigdy</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>
Potrafię stosować techniki łagodzenia bólu	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i> <input type="checkbox"/> <i>często</i> <input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i> <input type="checkbox"/> <i>nigdy</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i> <input type="checkbox"/> <i>często</i> <input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i> <input type="checkbox"/> <i>nigdy</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i> <input type="checkbox"/> <i>często</i> <input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i> <input type="checkbox"/> <i>nigdy</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>
Potrafię edukować pacjentów	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i> <input type="checkbox"/> <i>często</i>	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i> <input type="checkbox"/> <i>często</i>	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i> <input type="checkbox"/> <i>często</i>

	<input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i> <input type="checkbox"/> <i>nigdy</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>	<input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i> <input type="checkbox"/> <i>nigdy</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>	<input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i> <input type="checkbox"/> <i>nigdy</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>
Identyfikuję obszary terapeutyczne lub związane z trybem życia, w których pacjent potrzebuje dodatkowej porady lub wsparcia (możliwość kilku odpowiedzi)	<input type="checkbox"/> <i>właściwa dieta</i> <input type="checkbox"/> <i>leki i suplementy</i> <input type="checkbox"/> <i>aktywność fizyczna</i> <input type="checkbox"/> <i>zdrowie psychiczne</i> <input type="checkbox"/> <i>nałogi</i> <input type="checkbox"/> <i>programy profilaktyczne</i> <input type="checkbox"/> <i>ryzyko zakażenia</i> <input type="checkbox"/> <i>inne (proszę wpisać)</i>	<input type="checkbox"/> <i>właściwa dieta</i> <input type="checkbox"/> <i>leki i suplementy</i> <input type="checkbox"/> <i>aktywność fizyczna</i> <input type="checkbox"/> <i>zdrowie psychiczne</i> <input type="checkbox"/> <i>nałogi</i> <input type="checkbox"/> <i>programy profilaktyczne</i> <input type="checkbox"/> <i>ryzyko zakażenia</i> <input type="checkbox"/> <i>inne (proszę wpisać)</i>	<input type="checkbox"/> <i>właściwa dieta</i> <input type="checkbox"/> <i>leki i suplementy</i> <input type="checkbox"/> <i>aktywność fizyczna</i> <input type="checkbox"/> <i>zdrowie psychiczne</i> <input type="checkbox"/> <i>nałogi</i> <input type="checkbox"/> <i>programy profilaktyczne</i> <input type="checkbox"/> <i>ryzyko zakażenia</i> <input type="checkbox"/> <i>inne (proszę wpisać)</i>

BLOK 4. Praca w interdyscyplinarnych zespołach

Pytania w tej części ankiety dotyczyć będą umiejętności w zakresie komunikacji pomiędzy pracownikami i współpracy w zintegrowanych zespołach w sytuacji przed i w czasie zagrożenia epidemicznego spowodowanego pandemią COVID-19.

Proszę o zaznaczenie znakiem X jednej z poniższych odpowiedzi

	Przed pandemią COVID-19	W czasie pandemii COVID-19
Włączam innych członków zespołu w proces podejmowania decyzji	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i> <input type="checkbox"/> <i>często</i> <input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i>	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i> <input type="checkbox"/> <i>często</i> <input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i>

	<input type="checkbox"/> <i>nigdy</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>	<input type="checkbox"/> <i>nigdy</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>
Informuję innych członków zespołu o stanie pacjenta, nawet gdy nie potrzebuję ich bezpośredniej opinii	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i> <input type="checkbox"/> <i>często</i> <input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i> <input type="checkbox"/> <i>nigdy</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i> <input type="checkbox"/> <i>często</i> <input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i> <input type="checkbox"/> <i>nigdy</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>
Potrafię jasno, otwarcie i zrozumiale komunikować się z innymi członkami zespołu	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i> <input type="checkbox"/> <i>często</i> <input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i> <input type="checkbox"/> <i>nigdy</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i> <input type="checkbox"/> <i>często</i> <input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i> <input type="checkbox"/> <i>nigdy</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>
Wolę wykorzystywać swoje doświadczenie i wiedzę niż korzystać z doświadczenia innych członków zespołu podczas podejmowania decyzji	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i> <input type="checkbox"/> <i>często</i> <input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i> <input type="checkbox"/> <i>nigdy</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i> <input type="checkbox"/> <i>często</i> <input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i> <input type="checkbox"/> <i>nigdy</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>
Zdarza mi się modyfikować moje decyzje/rekomendacje pod wpływem opinii innych osób w	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i> <input type="checkbox"/> <i>często</i>	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i> <input type="checkbox"/> <i>często</i>

zespole	<input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i> <input type="checkbox"/> <i>nigdy</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>	<input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i> <input type="checkbox"/> <i>nigdy</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>
Dyskutuję o błędach i zagrożeniach z innymi pracownikami/ innymi członkami zespołu	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i> <input type="checkbox"/> <i>często</i> <input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i> <input type="checkbox"/> <i>nigdy</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i> <input type="checkbox"/> <i>często</i> <input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i> <input type="checkbox"/> <i>nigdy</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>
Potrafię współpracować z innymi pracownikami placówki, aby zapewnić dostęp do niezbędnej diagnostyki i świadczeń dla pacjentów (możliwość kilku odpowiedzi)	<input type="checkbox"/> <i>w sytuacjach nagłych</i> <input type="checkbox"/> <i>z chorobami przewlekłymi</i> <input type="checkbox"/> <i>w zakresie szeroko rozumianej profilaktyki i edukacji</i> <input type="checkbox"/> <i>z objawami chorobowymi w obrębie dróg oddechowych</i> <input type="checkbox"/> <i>innych, tj.</i>	<input type="checkbox"/> <i>w sytuacjach nagłych</i> <input type="checkbox"/> <i>z chorobami przewlekłymi</i> <input type="checkbox"/> <i>w zakresie szeroko rozumianej profilaktyki i edukacji</i> <input type="checkbox"/> <i>z objawami chorobowymi w obrębie dróg oddechowych</i> <input type="checkbox"/> <i>innych, tj.</i>

BLOK 5. Korzystanie z praktyk opartych na dowodach

Pytania w tej części ankiety dotyczyć będą umiejętności w zakresie łączenia wyników badań i wiedzy klinicznej w celu zapewnienia najlepszej jakości i ciągłości opieki nad pacjentem w sytuacji przed i w czasie zagrożenia epidemicznego spowodowanego pandemią COVID-19.

Proszę o zaznaczenie znakiem X jednej z poniższych odpowiedzi.

	Przed pandemią COVID-19	W czasie pandemii COVID-19
--	--------------------------------	-----------------------------------



<p>Potrafię wykorzystać wyniki najnowszych badań naukowych do opieki nad pacjentem</p>	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i> <input type="checkbox"/> <i>często</i> <input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i> <input type="checkbox"/> <i>nigdy</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i> <input type="checkbox"/> <i>często</i> <input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i> <input type="checkbox"/> <i>nigdy</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>
<p>Zdarza mi się zmienić terapię pacjenta pod wpływem wyników badań naukowych</p>	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i> <input type="checkbox"/> <i>często</i> <input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i> <input type="checkbox"/> <i>nigdy</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i> <input type="checkbox"/> <i>często</i> <input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i> <input type="checkbox"/> <i>nigdy</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>
<p>Analizuję wyniki aktualnych badań naukowych pod kątem wykorzystania ich w praktyce</p>	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i> <input type="checkbox"/> <i>często</i> <input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i> <input type="checkbox"/> <i>nigdy</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i> <input type="checkbox"/> <i>często</i> <input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i> <input type="checkbox"/> <i>nigdy</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>
<p>Jestem otwarty/a na wdrażanie nowych terapii opisanych w literaturze naukowej</p>	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i> <input type="checkbox"/> <i>często</i> <input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i>	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i> <input type="checkbox"/> <i>często</i> <input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i>

	<input type="checkbox"/> <i>nigdy</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>	<input type="checkbox"/> <i>nigdy</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>
Biorę udział w działaniach edukacyjnych i badawczych, dzięki którym poszerzam swoją wiedzę	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i> <input type="checkbox"/> <i>często</i> <input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i> <input type="checkbox"/> <i>nigdy</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i> <input type="checkbox"/> <i>często</i> <input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i> <input type="checkbox"/> <i>nigdy</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>
Gdy zauważę u siebie brak jakiejś umiejętności, staram się ją rozwinąć z wykorzystaniem dostępnych dla mnie środków	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i> <input type="checkbox"/> <i>często</i> <input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i> <input type="checkbox"/> <i>nigdy</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i> <input type="checkbox"/> <i>często</i> <input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i> <input type="checkbox"/> <i>nigdy</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>

BLOK 6. Ciągła poprawa jakości

Pytania w tej części ankiety dotyczyć będą umiejętności w zakresie identyfikacji potencjalnych błędów i zagrożeń w ramach wykonywania zawodu, wdrażania podstawowych zasad bezpieczeństwa oraz planowania optymalnych procesów do poprawy jakości opieki nad pacjentem w sytuacji przed i w czasie zagrożenia epidemicznego spowodowanego pandemią COVID-19.

Proszę o zaznaczenie znakiem X jednej z poniższych odpowiedzi

	Przed pandemią COVID-19	W czasie pandemii COVID-19
Stosuje się do standardów i wytycznych postępowania w zakresie,	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i>	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i>



którego dotyczą moje obowiązki	<input type="checkbox"/> <i>często</i> <input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i> <input type="checkbox"/> <i>nigdy</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>	<input type="checkbox"/> <i>często</i> <input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i> <input type="checkbox"/> <i>nigdy</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>
Czuję, że mam wpływ na poprawę efektywności i jakość świadczeń	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i> <input type="checkbox"/> <i>często</i> <input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i> <input type="checkbox"/> <i>nigdy</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i> <input type="checkbox"/> <i>często</i> <input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i> <input type="checkbox"/> <i>nigdy</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>
Implementacja zmian, które mają na celu poprawę jakości nie sprawia mi problemów	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i> <input type="checkbox"/> <i>często</i> <input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i> <input type="checkbox"/> <i>nigdy</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i> <input type="checkbox"/> <i>często</i> <input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i> <input type="checkbox"/> <i>nigdy</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>
Potrafię krytycznie spojrzeć na swoje decyzje	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i> <input type="checkbox"/> <i>często</i> <input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i> <input type="checkbox"/> <i>nigdy</i>	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i> <input type="checkbox"/> <i>często</i> <input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i> <input type="checkbox"/> <i>nigdy</i>

	<input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>	<input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>
Potrafię zidentyfikować procedury, które mogłyby zostać ulepszone z korzyścią dla pacjenta	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i> <input type="checkbox"/> <i>często</i> <input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i> <input type="checkbox"/> <i>nigdy</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i> <input type="checkbox"/> <i>często</i> <input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i> <input type="checkbox"/> <i>nigdy</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>

BLOK 7. Wykorzystanie narzędzi informatycznych

Pytania w tej części ankiety dotyczyć będą umiejętności w zakresie zarządzania wiedzą, unikania błędów oraz wspierania podejmowania decyzji przy użyciu technologii informatycznej w sytuacji przed i w czasie zagrożenia epidemicznego spowodowanego pandemią COVID-19.

Proszę o zaznaczenie znakiem X jednej z poniższych odpowiedzi

	Przed pandemią COVID-19	W czasie pandemii COVID-19
Moje umiejętności związane z obsługą komputera/Internetu są	<input type="checkbox"/> <i>bardzo dobre</i> <input type="checkbox"/> <i>dobrze</i> <input type="checkbox"/> <i>wystarczające</i> <input type="checkbox"/> <i>złe</i> <input type="checkbox"/> <i>bardzo złe</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>	<input type="checkbox"/> <i>bardzo dobre</i> <input type="checkbox"/> <i>dobrze</i> <input type="checkbox"/> <i>wystarczające</i> <input type="checkbox"/> <i>złe</i> <input type="checkbox"/> <i>bardzo złe</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>
Moje umiejętności korzystania z internetowych baz danych i wyszukiwania informacji są	<input type="checkbox"/> <i>bardzo dobre</i> <input type="checkbox"/> <i>dobrze</i>	<input type="checkbox"/> <i>bardzo dobre</i> <input type="checkbox"/> <i>dobrze</i>

	<input type="checkbox"/> <i>wystarczające</i> <input type="checkbox"/> <i>złe</i> <input type="checkbox"/> <i>bardzo złe</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>	<input type="checkbox"/> <i>wystarczające</i> <input type="checkbox"/> <i>złe</i> <input type="checkbox"/> <i>bardzo złe</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>
Moje umiejętności korzystania z wewnętrznego systemu IT są	<input type="checkbox"/> <i>bardzo dobre</i> <input type="checkbox"/> <i>dobre</i> <input type="checkbox"/> <i>wystarczające</i> <input type="checkbox"/> <i>złe</i> <input type="checkbox"/> <i>bardzo złe</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>	<input type="checkbox"/> <i>bardzo dobre</i> <input type="checkbox"/> <i>dobre</i> <input type="checkbox"/> <i>wystarczające</i> <input type="checkbox"/> <i>złe</i> <input type="checkbox"/> <i>bardzo złe</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>
Moje umiejętności korzystania z IKP oraz e-recepty są	<input type="checkbox"/> <i>bardzo dobre</i> <input type="checkbox"/> <i>dobre</i> <input type="checkbox"/> <i>wystarczające</i> <input type="checkbox"/> <i>złe</i> <input type="checkbox"/> <i>bardzo złe</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>	<input type="checkbox"/> <i>bardzo dobre</i> <input type="checkbox"/> <i>dobre</i> <input type="checkbox"/> <i>wystarczające</i> <input type="checkbox"/> <i>złe</i> <input type="checkbox"/> <i>bardzo złe</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>
Wykorzystuję nowoczesne technologie (np. telemedycynę) do udzielania porad pacjentom	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i> <input type="checkbox"/> <i>często</i> <input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i> <input type="checkbox"/> <i>nigdy</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i> <input type="checkbox"/> <i>często</i> <input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i> <input type="checkbox"/> <i>nigdy</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>



Wykorzystuję technologię informatyczną do podejmowania decyzji	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i> <input type="checkbox"/> <i>często</i> <input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i> <input type="checkbox"/> <i>nigdy</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i> <input type="checkbox"/> <i>często</i> <input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i> <input type="checkbox"/> <i>nigdy</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>
Wykorzystuję technologię informatyczną do komunikacji z innymi członkami zespołu	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i> <input type="checkbox"/> <i>często</i> <input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i> <input type="checkbox"/> <i>nigdy</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>	<input type="checkbox"/> <i>zawsze</i> <input type="checkbox"/> <i>często</i> <input type="checkbox"/> <i>trudno powiedzieć</i> <input type="checkbox"/> <i>rzadko</i> <input type="checkbox"/> <i>nigdy</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>
Moje umiejętności związane z zachowaniem bezpieczeństwa i tajności informacji pacjentów w Internecie/na nośnikach danych są	<input type="checkbox"/> <i>bardzo dobre</i> <input type="checkbox"/> <i>dobre</i> <input type="checkbox"/> <i>wystarczające</i> <input type="checkbox"/> <i>złe</i> <input type="checkbox"/> <i>bardzo złe</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>	<input type="checkbox"/> <i>bardzo dobre</i> <input type="checkbox"/> <i>dobre</i> <input type="checkbox"/> <i>wystarczające</i> <input type="checkbox"/> <i>złe</i> <input type="checkbox"/> <i>bardzo złe</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i>

Aneks. Spis rysunków

Rysunek 1. Płeć respondentów.....	21
Rysunek 2. Wiek respondentów	22
Rysunek 3. Zajmowane stanowisko	23
Rysunek 4. Forma zatrudnienia.....	23
Rysunek 5. Główne miejsce pracy	24
Rysunek 6. Pozostałe miejsce pracy	25
Rysunek 7. Miasto pracy respondentów	25
Rysunek 8. Województwo pracy respondentów	26
Rysunek 9. Sposób finansowania podmiotu dla którego pracują respondenci	26
Rysunek 10. Kontakt z pacjentem Covid-19.....	27
Rysunek 11. Miejsce nabycia kompetencji	27
Rysunek 12. Kto odpowiada za edukację w zakresie rozprzestrzeniania się Covid-19.....	28
Rysunek 13. Ocena poziomu swojej wiedzy na temat działań niezbędnych do wczesnego rozpoznawania i zapobiegania COVID-19	29
Rysunek 14. Kompetencje, które ankietowani uznali za najważniejsze w sytuacji zagrożenia epidemicznego spowodowanego pandemią COVID-19	30
Rysunek 15. Przeorganizowanie pracy własnej w sytuacji zagrożenia epidemicznego spowodowanego pandemią COVID-19	31
Rysunek 16. Wpływ stresu spowodowanego pandemią COVID-19 na pracę.....	31
Rysunek 17. Wskazanie obszarów, w których najbardziej brakowało pomocy w sytuacji pandemii COVID-19	32
Rysunek 18. Znajomości szczegółowych instrukcji/wytycznych postępowania w sytuacji zagrożenia COVID-19.....	33
Rysunek 19. Stosowanie się do szczegółowych instrukcji/wytycznych postępowania w sytuacji zagrożenia COVID-19	33
Rysunek 20. czynniki, które pozytywnie mogą wpłynąć na jakość opieki w czasie pandemii.	34
Rysunek 21. Stosowanie teleporad w opiece nad pacjentem w czasie COVID-19	35
Rysunek 22. W ramach jakiej wizyty występowały największe problemy	36
Rysunek 23. Trudności w udzielaniu teleporad	37
Rysunek 24. Deficyty zdalnej opieki nad pacjentem w czasie COVID-19.....	37
Rysunek 25. Trudności związane z diagnozowaniem i leczeniem pacjentów poprzez system.....	38
Rysunek 26. Jakość opieki poprzez system teleporad.....	39
Rysunek 27. Jak można poprawić jakość opieki udzielanej zdalnie?	40
Rysunek 28. Zrozumiałe formułuję komunikaty i zalecenia dla pacjentów	41
Rysunek 29. Potrafię rozpoznać stres i emocje u pacjentów	42
Rysunek 30. Potrafię okazywać empatię i zrozumienie w sytuacjach trudnych.....	42
Rysunek 31. Potrafię stosować techniki łagodzenia bólu	43
Rysunek 32. Potrafię edukować pacjentów.....	43

Rysunek 33. Identyfikuję obszary terapeutyczne lub związane z trybem życia, w których pacjent potrzebuje dodatkowej porady lub wsparcia (możliwość wyboru kilku odpowiedzi)	44
Rysunek 34. Włączam innych członków zespołu w proces podejmowania decyzji.....	45
Rysunek 35. Informuję innych członków zespołu o stanie pacjenta, nawet gdy nie potrzebuję ich bezpośredniej opinii	45
Rysunek 36. Potrafię jasno, otwarcie i zrozumiale komunikować się z innymi członkami zespołu.....	46
Rysunek 37. Wolę wykorzystywać swoje doświadczenie i wiedzę niż korzystać z doświadczenia innych członków zespołu podczas podejmowania decyzji.....	46
Rysunek 38. Zdarza mi się modyfikować moje decyzje/rekomendacje pod wpływem opinii innych osób w zespole.....	47
Rysunek 39. Dyskutuję o błędach i zagrożeniach z innymi pracownikami/ innymi członkami zespołu.....	48
Rysunek 40. Potrafię współpracować z innymi pracownikami placówki, aby zapewnić dostęp do niezbędnej diagnostyki i świadczeń dla pacjentów (możliwość kilku odpowiedzi)	48
Rysunek 41. Potrafię wykorzystać wyniki najnowszych badań naukowych do opieki nad pacjentem	50
Rysunek 42. Zdarza mi się zmienić terapię pacjenta pod wpływem wyników badań naukowych	50
Rysunek 43. Analizuję wyniki aktualnych badań naukowych pod kątem wykorzystania ich w praktyce	51
Rysunek 44. Jestem otwarty/a na wdrażanie nowych terapii opisanych w literaturze naukowej	52
Rysunek 45. Biorę udział w działaniach edukacyjnych i badawczych, dzięki którym poszerzam swoją wiedzę	53
Rysunek 46. Gdy zauważę u siebie brak jakiejś umiejętności, staram się ją rozwinąć z wykorzystaniem dostępnych dla mnie środków.....	54
Rysunek 47. Stosuję się do standardów i wytycznych postępowania w zakresie, którego dotyczą moje obowiązki.....	55
Rysunek 48. Czuję, że mam wpływ na poprawę efektywności i jakość świadczeń	55
Rysunek 49. Implementacja zmian, które mają na celu poprawę jakości nie sprawia mi problemów.....	56
Rysunek 50. Potrafię krytycznie spojrzeć na swoje decyzje.....	57
Rysunek 51. Potrafię zidentyfikować procedury, które mogłyby zostać ulepszone z korzyścią dla pacjenta.....	58
Rysunek 52. Moje umiejętności związane z obsługą komputera/internetu są	59
Rysunek 53. Moje umiejętności korzystania z internetowych baz danych i wyszukiwania informacji są	60
Rysunek 54. Moje umiejętności korzystania z wewnętrznego systemu it są.....	60
Rysunek 55. Moje umiejętności korzystania z ikp oraz e-recepty są.....	61
Rysunek 56. Wykorzystuję nowoczesne technologie (np. Telemedycynę) do udzielania porad pacjentom	62

Rysunek 57. Rozpoznaję, w jakich sytuacjach wybór odpowiedniej formy opieki teledygnicznej, np. teleporady lub video-wizyty będzie miał wpływ na poprawność diagnozy i ustalenie planu leczenia.....	63
Rysunek 58. Wykorzystuję technologię informatyczną do podejmowania decyzji.....	64
Rysunek 59. Wykorzystuję technologię informatyczną do komunikacji z innymi członkami zespołu.....	65
Rysunek 60. Moje umiejętności związane z zachowaniem bezpieczeństwa i tajności informacji pacjentów w internecie/na nośnikach danych są	66