

Obsady pielęgniarskie w kontekście jakości opieki i optymalizacji kosztów



Foto: © PAP/Jakub Kamiński

Samotny jak pielęgniarka na oddziale

Określenie odpowiedniej liczby pielęgniarek, która zapewni równowagę korzyści i strat towarzyszących procesowi opieki, jest nie tylko wyzwaniem dla menedżerów zdrowia, lecz także priorytetem dla gospodarki. W obliczu konieczności osiągnięcia zrównoważonego rozwoju istotne stają się takie gospodarowanie zasobami, które zapewnią bezpieczeństwo usług... przy jak najniższych kosztach.

W ciągu ostatnich dziesięcioleci udowodniono, że obsady pielęgniarskie (odpowiednia liczba kadr do potrzeb) są jednym z kluczowych czynników, który w ogromnym stopniu wpływa na końcowy wynik leczenia¹. Analizując miliony rekordów pacjentów w Kanadzie i USA, zidentyfikowano tzw. wrażliwe wskaźniki jakości opieki pielęgniarskiej, istotne z punktu widzenia występowania zdarzeń niepożądanych. Są to m.in. satysfakcja pacjenta z leczenia bólu, odleżyny związane z hospitalizacją, upadki pacjentów, zakażenia szpitalne i liczba godzin opieki pielęgniarskiej na pacjentodzień (*nursing hours per patient day* – NHPPD)^{2,3}.

Obciążenie pracą i jej efektywność od pewnego czasu są także przedmiotem zainteresowania ekonomistów, którzy udowadniają, że korzystniej jest zatrudnić pielęgniarkę niż ponosić koszty leczenia zdarzeń niepożądanych. W 1994 r. po analizie zdarzeń niepożądanych w szpitalach w USA Byron Erwin, prezydent w APM Consulting Firm, oświadczył, że pielęgniarki powinny pełnić funkcję doradczą i być zatrudniane jako personel nadzorujący, natomiast wszystkie pozostałe czynności powinny być powierzone innym przeszkolonym osobom.

Od wielu lat próbuje się określić optymalne liczby kadr pielęgniarskich, które zabezpieczą potrzeby pacjentów. Istnieje wiele metod oceny obsad pielęgniarskich, sprawdzonych w praktyce, a nawet o naukowo opisanej skuteczności, np.: WISN i LEP (powszechnie stosowane w opiece długoterminowej w Niemczech, Szwajcarii i Austrii), RAI i INMDS (Belgia) czy metody oparte na klasyfikacjach czynności pielęgniarskich. Jednocześnie próbuje się odpowiedzieć na pytanie, jak zmienne typu: liczba pielęgniarek, liczba pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę, wykształcenie pielęgniarek i wykonywanie czynności pielęgniarskich przez personel pomocniczy, wpływają na zagrożenie zdrowia i życia pacjentów oraz na ich śmiertelność. Próbuje się poszukiwać – i to skutecznie – korelacji pomiędzy usługami pielęgniarskimi a niepotrzebnymi rehospitalizacjami.

Warto inwestować w pielęgniarstwo

Fakty przemawiają za tezą, że warto inwestować w pielęgniarstwo. Każda wydana złotówka zwróci się bowiem po stokroć. Czy więc wprowadzenie optymalnego poziomu opieki pielęgniarskiej jest bezwzględnie konieczne? Czy brak jednoznacznych wytycznych dotyczących wskaźników obsady pielęgniarskiej uniemożliwia nie tylko planowanie opieki, lecz także oszacowanie jej realnych kosztów? Odpowiedź na te pytania jest twierdząca⁴. Problem jest palący, ale od czego zacząć?

Śmiemy twierdzić, że w Polsce optymalne normy obsad personelu pielęgniarskiego nie istnieją. Próbuje się jednak ustalić minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych, ponieważ coraz mniej młodych ludzi chce pracować w tak trudnym i stresującym

„Ekonomiści udowadniają, że korzystniej jest zatrudnić pielęgniarkę niż ponosić koszty związane ze zdarzeniami niepożądanymi”

środowisku z wynagrodzeniem, które mogą otrzymać w innym miejscu, bez tak dużej odpowiedzialności. Tymczasem wyliczenia zaangażowanych w proces pielęgniarek to jedno, a rzeczywistość to drugie. Często liczy się nie perspektywa jak najdłuższego utrzymania obecnie dostępnych kadr w systemie, ale rachunek bilansujący się z wpływami od ubezpieczyciela. O tym, jak bezpieczny będzie pacjent w podmiocie leczniczym i ile osób będzie się nim opiekować, decydują więc zarządzający podmiotami leczniczymi. Dostrzegamy lukę w kwestii oceny pożądanej liczby godzin opieki pielęgniarskiej na dobę dla poszczególnych profili pacjentów (poziom kompleksowości opieki). Skutkuje to dowolną interpretacją zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z 28 grudnia 2012 r., które zaledwie wskazuje sposób rozwiązania problemu⁵.

Diagnoza obsad pielęgniarskich na przykładzie szpitala w województwie pomorskim

Określenie docelowych norm obsad pielęgniarskich musi być wynikiem decyzji opartych na ocenie zależności między poziomem obsad pielęgniarskich a wynikami leczenia pacjentów. Proces ten powinien dotyczyć wszystkich podmiotów leczniczych w Polsce, tym bardziej że dowody naukowe w tej kwestii zostały opublikowane, a więc są powszechnie dostępne.

Przykładem takiego pomiaru może być przeprowadzone w 2016 r. w województwie pomorskim badanie dotyczące wpływu poziomu obsad pielęgniarskich na rodzaj i częstotliwość wybranych, najczęściej występujących zdarzeń niepożądanych. Badanie oparto na wskaźnikach określonych przez Komisję Europejską. Objęło ono grupę 45 000 pacjentów i 528 etatów pielęgniarskich. W badaniu określono wskaźniki NHPPD na ośmiu oddziałach zachowawczych i zabiegowych. Wykazano, że są one niższe niż w prowadzonych podobną metodyką badaniach amerykańskich⁶, ale wyższe niż w badaniach brytyjskich⁷. W badaniu tym nie wykazano zależności między wskaźnikiem NHPPD a występowaniem większości analizowanych zdarzeń niepożądanych: odleżyn, upadków, zakażeń szpitalnych (ZUM, ZDO), rehospitalizacji i reoperacji, na poszczególnych oddziałach (w podziale na oddziały zachowawcze i zabiegowe). Wskaźnik NHPPD wynosił

średnio 4,2, na oddziałach zachowawczych – 3,6, a na oddziałach zabiegowych – 5. Pozwoliło to na obliczenie wskaźnika pielęgniarka-pacjent. Okazało się, że wynosił on średnio 6, przy czym na oddziałach zachowawczych – 7, natomiast na oddziałach zabiegowych – 5.

Wykazano także zależność między NHPPD a wskaźnikiem śmiertelności na oddziałach zachowawczych (tzw. nieplanowane zgony w trakcie hospitalizacji). Jak wynika z analizy zmiennych, wzrost o jedną godzinę opieki pielęgniarskiej na pacjentodzień to obniżenie śmiertelności pacjentów o 6,8 zgonu na 1000 pacjentodni.

Pielęgniarki zapracują na swoje wynagrodzenia

W praktyce oznacza to, że zwiększenie zatrudnienia pielęgniarek na oddziale zachowawczym o dwa etaty istotnie wpłynie na bezpieczeństwo hospitalizowanych pacjentów, co obniży koszty związane ze zdarzeniami niepożądanymi i przyniesie oszczędności dla systemu. Zaoszczędzone w ten sposób środki mogą być wykorzystane na inne świadczenia oraz poprawę ich dostępności dla pacjentów oczekujących w kolejkach. Pielęgniarki zapracują więc na swoje wynagrodzenia.

Jak wynika z analizy przeprowadzonej dla potrzeb tego artykułu, wyniki polskich badań opartych na wskaźnikach NHPPD są zbliżone do wyników badań międzynarodowych. Powstaje więc przekonanie, że należy kontynuować badania z wykorzystaniem tej metody, przy czym warto się zastanowić nad udziałem w projekcie większej liczby podmiotów. Choć w wielu doniesieniach naukowych potwierdzono znaczenie wykształcenia personelu realizującego bezpośrednią opiekę przy pacjencie, to w przytoczonym badaniu nie oceniano odsetka opieki realizowanego przez zawody

pomocnicze⁸. Według autorów może to być znaczące dla oceny kosztów zdarzeń niepożądanych.

Mając na uwadze powyższe, podjęto się analizy propozycji uregulowania obsad pielęgniarskich *Central and Eastern European Society of Technology Assessment in Health Care (CEESTAHC)* we współpracy z *Biznes Center Club (BCC)* i porównania jej z wynikami wyżej omówionego badania.

Propozycja sposobu regulacji w Polsce „Norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych na oddziałach szpitalnych” stanowi rzeczowy materiał do dyskusji na temat metod ustalania optymalnych – pod względem zarówno bezpieczeństwa, jak i kosztów – obsad pielęgniarskich. W projekcie uwzględniono doświadczenia międzynarodowe dotyczące dwóch najczęściej występujących metod normowania czasu pracy: wskaźnika pielęgniarka-pacjent i wskaźnika godzin opieki pielęgniarskiej na pacjentodzień. Metody te znalazły zastosowanie w wielu krajach UE, ale też w USA i Australii. Już w latach 70. XX w. w szpitalach amerykańskich rekomendowano zabezpieczenie dla jednego pacjenta na poziomie 3,5 godziny opieki pielęgniarskiej na dobę. Zespół ekspertów zajmujący się planowaniem obsad pielęgniarskich ustalił wskaźniki godzin opieki pielęgniarskiej dla pacjenta w ciągu doby dla poszczególnych oddziałów szpitalnych. Wartości te wahały się od 2,6 godziny (dla oddziału opieki długoterminowej) do 9,9 godziny (dla oddziału intensywnej opieki medycznej)⁹. W kolejnych latach rekomendacje te podlegały ewaluacji w badaniach naukowych. Uwzględniały one także uwarunkowania regionalne, wskaźniki epidemiologiczne oraz politykę zdrowotną.

Porównanie wskaźników pielęgniarka-pacjent

Jak wynika z powyższych badań, optymalnym rozwiązaniem jest ustalenie norm obsad pielęgniarskich na poziomie lokalnym¹⁰. Przeprowadzając analizy, należy mieć na uwadze także czas pracy pielęgniarek.

Przykładem takiego podejścia jest wspomniane wcześniej badanie przeprowadzone w jednym z podmiotów leczniczych w województwie pomorskim. Dla porównania zmiennych z analizy przedmiotowego raportu w tabeli 1 zestawiono wskaźniki pielęgniarka-pacjent (WPP) w województwie wielkopolskim (W) i kujawsko-pomorskim (K-P) oraz te obliczone z rzeczywistych etatów pielęgniarskich i na podstawie NHPPD w Szpitalu Specjalistycznym w Wejherowie (SSW)¹¹. Analiza porównawcza ww. wskaźników dotyczyła oddziałów: chirurgii ogólnej, laryngologii, urologii, kardiologii, ortopedii i traumatologii. Wynika z niej, że w województwach wielkopolskim i kujawsko-pomorskim wskaźniki pielęgniarka-pacjent były niższe niż w SSW. Oznacza to, że pielęgniarka opiekowała się tam średnio mniejszą liczbą pacjentów. Z kolei w SSW wskaźniki te były niższe na oddziałach neurologii i chorób wewnętrznych, a także korzystniejsze dla pacjentów.

Tabela 1. Porównanie wskaźników pielęgniarka-pacjent na podstawie etatów i obsad rzeczywistych

Oddziały	Wskaźniki pielęgniarka-pacjent		
	WPP W	WPP K-P	WPP SSW
Chirurgia ogólna	5,12	4,91	6,01
Laryngologia	4,65	4,08	5,88
Urologia	5,72	4,19	5,94
Ortopedia i traumatologia	5,01	5,72	6,79
Choroby wewnętrzne	7,15	7,38	6,13
Kardiologia	4,69	4,59	6,83
Neurologia	5,6	6,77	4,86
Choroby płuc	7,94	11,46	8,63

WPP K-P – wskaźnik pielęgniarka-pacjent, BCC, województwo kujawsko-pomorskie, etaty

WPP W – wskaźnik pielęgniarka-pacjent, BCC, województwo wielkopolskie, etaty
WPP SSW – wskaźnik pielęgniarka-pacjent, województwo pomorskie, obsady rzeczywiste

Prawdopodobną przyczyną różnic między wskaźnikami pielęgniarka-pacjent wykazanych w tabeli 1 jest niedoszacowanie wynikające z rozbieżności między etatowym czasem pracy pielęgniarki a czasem wypracowanym przez pielęgniarkę (czasem dyspozycyjnym). W Polsce średnia liczba godzin przepracowanych przez pielęgniarkę w ciągu roku jest zróżnicowana w zależności od zatrudniającego podmiotu leczniczego i szacuje się ją na 1485–1660¹². Wskaźnik NHPPD można obliczyć, mnożąc liczbę etatów przez czas dyspozycyjny i dzieląc przez liczbę pacjentodni. W analizowanym raporcie natomiast nie stwierdzono istotnych rozbieżności między województwami w zakresie liczby etatów pielęgniarskich, osobodni i hospitalizowanych pacjentów.

Analiza SWOT projektu „Normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych na oddziałach szpitalnych”

Zaproponowane w raporcie zróżnicowanie poziomów opieki i wprowadzenie odpowiednich dla nich wskaźników obsad pielęgniarskich wydaje się kierunkiem słusznym. Większość zaproponowanych w nim wskaźników potwierdzono w badaniu przeprowadzonym w SSW (tab. 2). Nie znajduje jednak uzasadnienia propozycja znacznie niższego wskaźnika pielęgniarka-pacjent dla oddziału kardiologii. W raporcie będącym przedmiotem analizy dla potrzeb tego artykułu proponowany wskaźnik wynosi 2,5 pacjenta na jedną pielęgniarkę, tj. 9,6 NHPPD, podczas gdy rzeczywisty wskaźnik obsad dla oddziału kardiologii w badaniu SSW wynosił 6,83 na jedną pielęgniarkę, tj. 3,51 NHPPD.

Dla potrzeb niniejszego artykułu dokonano oceny projektu „Normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych na oddziałach szpitalnych” w postaci analizy SWOT, którą zamieszczamy w tabeli 3.

Jak rozwiązać kryzys – rekomendacje

Na podstawie powyższej analizy można wskazać pewne rekomendacje, które być może pozwolą rozwią-

„Zwiększenie zatrudnienia pielęgniarek na oddziale zachowawczym o dwa etaty istotnie wpłynie na bezpieczeństwo hospitalizowanych pacjentów, co obniży koszty i przyniesie oszczędności dla systemu”

zać trwający od dziesięcioleci kryzys, stale pogłębiający się i generujący niepotrzebne koszty.

Ocena możliwości implementacji założeń analizowanego raportu do zarządzania opieką:

1. Zaproponowany w raporcie model wdrożenia w Polsce docelowego wskaźnika godzin opieki pielęgniarskiej na pacjentodzień lub wskaźnika pielęgniarka-pacjent jest strategią właściwą, jednakże wzorem innych krajów należy rozpocząć od wdrożenia rekomendacji wypracowanych przez ekspertów w dziedzinie pielęgniarstwa i zdrowia publicznego.
2. Pożądane jest rozpoczęcie prac, które doprowadzą do ustalenia wyjściowego wskaźnika NHPPD, w tym odsetka pielęgniarek z wyższym wykształceniem w polskich szpitalach. Pozwoli to na określenie docelowych rekomendacji obsad pielęgniarskich opartych na badaniach naukowych, optymalnych dla warunków polskich.
3. Zasadne jest oszacowanie zarówno rzeczywistych, jak i „etatowych” NHPPD i ocena tych wskaźników na bazie szerszej grupy szpitali. Pozwoli to na

Tabela 2. Porównanie propozycji obsad pielęgniarskich z raportu i wg badania w SSW

Typ oddziału wg propozycji raportu	Wskaźniki obsad pielęgniarskich			
	WPP raport	NHPPD raport	WPP SSW	NHPPD SSW
Oddział specjalistyczny typ I choroby wewnętrzne	5	4,8	6,13	3,91
Oddział specjalistyczny typ II urologia	6	4	5,94	4,04
Oddział specjalistyczny typ II laryngologia	6	4	5,88	4,08
Oddział specjalistyczny typ III neurologia	7	3,5	4,86	4,93
Oddział specjalistyczny typ III choroby płuc	7	3,5	8,63	2,78
Oddział kardiologii	2,5	9,6	6,83	3,51
Oddział chirurgii ogólnej	7	3,5	6,01	3,94
Oddział ortopedii	7	3,5	6,79	3,53

WPP raport – wskaźnik pielęgniarka-pacjent wg raportu

NHPPD raport – wskaźnik godzin opieki pielęgniarskiej na pacjentodzień wg raportu

WPP SSW – rzeczywisty wskaźnik pielęgniarka-pacjent wg badania w SSW

NHPPD SSW – rzeczywisty wskaźnik godzin opieki pielęgniarskiej na pacjentodzień wg badania w SSW

Tabela 3. Analiza SWOT projektu „Normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych na oddziałach szpitalnych”

Mocne strony	Słabe strony
<ul style="list-style-type: none"> • pierwsza kompleksowa propozycja norm obsad pielęgniarskich w Polsce • rekomendacje oparte na międzynarodowych badaniach naukowych • prosta metodyka planowania i oceny obsad • uwzględnienie dwóch najczęściej stosowanych wskaźników obsad pielęgniarskich • przejrzysta formuła raportu • trafna diagnoza poziomu aktualnych obsad pielęgniarskich 	<ul style="list-style-type: none"> • brak odniesienia do polskich badań naukowych • brak uwzględnienia profilu pacjenta i kompleksowości opieki (kategorii opieki) • brak uwzględnienia uwarunkowań regionalnych • brak walidacji metodyki obliczania wskaźników • brak ujednoliconych definicji wskaźników • brak odniesienia do rzeczywistego wskaźnika NHPPD i/lub pielęgniarka-pacjent • ograniczenie analiz do dwóch województw • brak określonego harmonogramu i terminu realizacji
Szanse	Zagrożenia
<ul style="list-style-type: none"> • trwające prace nad strategią dla ochrony zdrowia i pielęgniarstwa • trwająca weryfikacja regulacji prawnych dotyczących tego zagadnienia • oczekiwania ekonomistów zdrowia w zakresie szacowania kosztów leczenia i opieki • otwartość Ministerstwa Zdrowia na wdrożenie realnych wskaźników – norm obsad opartych na badaniach naukowych • dostępne krajowe badania wskazujące zależności między obsadami a wynikami leczenia • dyskusja o delegowaniu prostych zadań do zawodów pomocniczych – opiekunów medycznych • kreowanie nowych ról w pielęgniarstwie (APN) pozwalających na samorealizację poprzez zarządzanie przypadkiem, zachęcające do pozostania w zawodzie • dostrzeżenie problemu przez zarządzających podmiotami leczniczymi • kształcenie pielęgniarek na poziomie wyższym 	<ul style="list-style-type: none"> • pogłębiający się deficyt kadry pielęgniarskiej spowodowany obciążeniem pracą i nieatrakcyjnym środowiskiem pracy • wzrost liczby zdarzeń niepożądanych związanych z opieką, na który mają wpływ pielęgniarki • zmęczenie środowiska pielęgniarskiego brakiem rozwiązań dotyczących obsad pielęgniarskich i wynikająca z niego niechęć do kolejnych zmian • brak określenia transparentnych kompetencji poszczególnych uczestników systemu • brak w systemie pielęgniarstwa zaawansowanej praktyki, która posiada kompetencje do zarządzania opieką • brak odpowiedniej liczby wykwalifikowanej kadry pomocniczej przygotowanej do realizacji opieki na zlecenie pielęgniarki

diagnozę aktualnego wskaźnika godzin opieki pielęgniarskiej na pacjentodzień z uwzględnieniem uwarunkowań regionalnych.

4. Pożądane jest uwzględnienie w badaniu zawodów pomocniczych, co umożliwi oszacowanie odsetka zawodów pomocniczych w odniesieniu do wykwalifikowanych pielęgniarek.

Potrzebna wrażliwość systemu

Podsumowując – doświadczenia wielu krajów UE jasno wskazują, iż nieodłącznym elementem towarzyszącym ustaleniu norm obsad pielęgniarskich powinna być tzw. wrażliwość systemu opieki na otoczenie. Przykładem dobrej praktyki w tym zakresie jest wdrożony w Wielkiej Brytanii projekt RED FLAG. Umożliwia on zgłaszanie alertów dotyczących jakości opieki. Zgłoszenia może dokonać każdy uczestnik systemu ochrony zdrowia – pielęgniarka, pacjent, członek rodziny itp. Precyzyjnie określono także sytuacje, w których alert może być zgłoszony. Należą do nich nieplanned opóźnienie (powyżej 30 minut) podania leku, niezgodne z planem opieki monitorowanie parametrów życiowych, brak możliwości regularnej oceny ryzyka odleżyn i zmiany pozycji itd. Zarządzający opieką są zobowiązani do monitorowania sytuacji krytycznych

i podejmowania działań zapobiegających zdarzeniom niepożądanym zależnym od opieki¹³.

Ograniczanie poziomu obsad pielęgniarskich w szpitalach jest krótkowzroczne, kosztowne i niebezpieczne¹⁴. Według Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, istotne jest także szerokie wprowadzenie do systemu obsad pielęgniarskich personelu pomocniczego, który wykonywałby proste czynności opiekuńcze pod nadzorem wykwalifikowanej pielęgniarki, planującej i koordynującej opiekę nad pacjentem^{15,16,17}. Bardzo ważne jest określenie jasnych kompetencji dla poszczególnych członków zespołu. Kompetencje poszczególnych grup personelu pielęgniarskiego (asystentów pielęgniarek, pielęgniarek ogólnych, pielęgniarek specjalistów – drugi poziom studiów, pielęgniarek zaawansowanej praktyki) zostały przyjęte w 2015 r. przez Europejską Federację Stowarzyszeń Pielęgniarek i złożone w Komisji Europejskiej¹⁸.

Innym ważnym zagadnieniem, którym należy się zająć jak najszybciej, jest zarządzanie „wydajnością” kadr medycznych (*capacity planning*). To reguła powszechnie stosowana w najlepszych systemach ochrony zdrowia w UE. Tymczasem w polskich szpitalach często zdarzają się wydłużone hospitalizacje – z powodów zarówno społecznych, jak i organizacyjnych – i nie ma dobrych rozwiązań w tym zakresie. Kompleksowość opieki



Fot. © PAP/Darek Delmanowicz

powinna się zaczynać na poziomie szpitala. To szpital powinien być beneficjentem koordynowanej opieki. Wzorem innych krajów dostępność odpowiedniej liczby wykwalifikowanych pielęgniarek, które mogłyby zarządzać opieką, jest kluczowa dla zmniejszenia kosztów tej opieki.

Nie wyważajmy otwartych drzwi

Pielęgniarstwo w Polsce potrzebuje długoterminowej strategii. Czy zatem powyższa propozycja regulacji norm obsad pielęgniarskich ma szansę powodzenia? By zarządzanie projektem było skuteczne, musi spełniać zasadę SMART. Jego założenia powinny być więc: konkretne, realne, osiągalne, określone w czasie i mierzalne. Przedstawiona propozycja rozwiązania wymaga zatem określenia harmonogramu realizacji projektu, kluczowych zadań oraz macierzy kompetencji dla osób/institucji istotnych dla projektu. Niezbędne jest także aktywne włączenie do prac nad projektem środowiska pielęgniarskiego i przedstawicieli organizacji pacjentów.

Na podstawie powyższej analizy zaproponowano następujące rekomendacje:

- oszacowanie tzw. pacjentodnia opieki – godzin opieki pielęgniarskiej na dobę,
- oszacowanie funkcjonowania zawodów pomocniczych w systemie,

„Doświadczenia wielu krajów UE wskazują, iż nieodłącznym elementem towarzyszącym ustaleniu norm obsad pielęgniarskich powinna być tzw. wrażliwość systemu opieki na otoczenie”

- wprowadzenie lokalnych (na poziomie województw) rekomendacji dotyczących obsad pielęgniarskich dla poszczególnych poziomów opieki,
- wykorzystanie rekomendowanych standardów i kompetencji dla różnych poziomów zawodu.

Elementem spajającym powinno być sukcesywne wdrażanie elektronicznego rekordu pacjenta z wykorzystaniem wystandaryzowanej dokumentacji elektronicznej, która pozwoli na koordynację i integrację opieki opartej na ujednoczonej terminologii (Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej, ICNP), co w przyszłości umożliwi rzeczywistą ocenę

”Ograniczanie poziomu obsad pielęgniarskich w szpitalach jest krótkowzroczne, kosztowne i niebezpieczne”

poziomu obsad pielęgniarskich w czasie, w którym dokonuje się proces pielęgnowania w ścieżce klinicznej.

Według autorów opracowania wyniki wskazanej powyżej analizy pozwolą:

- ocenić poziom obsad pielęgniarskich,
- optymalnie planować obsady pielęgniarskie,
- wycenić koszt opieki pielęgniarskiej,
- wdrożyć *benchmarking*,
- wystandaryzować zarządzanie opieką,
- obniżyć wskaźnik zależnych od opieki zdarzeń niepożądanych,
- obniżyć koszty opieki i rehospitalizacji,
- zwiększyć dostępność świadczeń medycznych.

Wdrażając rekomendacje dotyczące obsad pielęgniarskich, nie można zapominać o koniecznych zmianach w Kodeksie pracy, dających możliwość elastycznego planowania i organizowania pracy pielęgniarek.

Wypracowana w latach 80. XX w. w USA idea szpitali-magnesów (*Magnet Hospitals*) jest wciąż aktualna i powinna być kierunkiem promowania jakości opieki także w Polsce. Nie wyważajmy otwartych drzwi – postawmy na to, aby opieka pielęgniarska zapewniała doskonale wyniki leczenia pacjentów, a pielęgniarki miały wysoki poziom satysfakcji z pracy. Budujmy pozytywne środowisko pracy dla pracowników ochrony zdrowia, którego ważnym elementem jest zapewnienie poziomu obsad pielęgniarskich pozwalających na bezpieczne wykonywanie zadań i na ich realizację na sto procent możliwości, zgodnie z kompetencjami oraz oczekiwaniami uczestników systemu. Stwórzmy model, w którym zachętą będzie lżejsza praca, by nasze koleżanki nie uciekały tam, gdzie dba się o pozytywne środowisko pracy. Przeciążenie pracą doprowadza bowiem do nieterminowego udzielania opieki i zwiększa liczbę zdarzeń niepożądanych, których koszty ponosimy wszyscy.

Beata Wieczorek-Wójcik, Dorota Kilańska

Doktor Beata Wieczorek-Wójcik, mgr piel., jest dyrektorem ds. pielęgniarstwa i organizacji opieki w Szpitalu Specjalistycznym im. F. Ceynowy w Wejherowie.

Doktor Dorota Kilańska, mgr piel., pełni funkcję EFN Director w European Nursing Research Foundation (ENRF), jest pracownikiem Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Przypisy

- ¹ Penoyer D.A.: *Nurse staffing and patient outcomes in critical care: a concise review*. „Critical Care Med” 38/2010, s. 1521-1528.
- ² *An Integrated Analysis of Nurse Staffing and Related Variables: Effects on Patient Outcomes*. <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/Columns/KeynotesofNote/StaffingandVariablesAnalysis.html> [dostęp: 10.06.2015].
- ³ Kurtzman E.T., Corrigan J.M.: *Measuring the contribution of nursing to quality, patient safety, and health care outcomes*. „Policy, Politics & Nursing Pract” 8/2007, s. 20-36.
- ⁴ *Nursing and midwifery services contributing to equity, access, coverage, quality and sustainability in the health services: Midterm plan 2002–2005*. Retrieved December 2005. Pan American Health Organization 2004. <http://www.paho.org/English/AD/THS/OS?nursvcseng.pdf> [dostęp: 10.09.2015].
- ⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2012 r. poz. 1545).
- ⁶ Stanton M.W.: *Hospital Nurse Staffing and Quality of Care*. Agency for Health care Research and Quality 2004, <http://www.ahrq.gov> [dostęp: 11.09.2015].
- ⁷ Cookson G., McGovern A.: *The Cost-Effectiveness of Nurse Staffing and Skill Mix on Nurse Sensitive Outcomes. A Report for The National Institute for Health and Care Excellence*. University of Surrey. April 2014. <https://www.nice.org.uk/guidance/sg1/documents/safe-staffing-guideline-consultation9> [dostęp: 13.10.2015].
- ⁸ Wieczorek-Wójcik B.: *Poziom obsad pielęgniarskich a częstość i rodzaj zdarzeń niepożądanych*. Praca doktorska, GUM, Gdańsk 2016.
- ⁹ Pieciewicz H.: *Normowanie pracy pielęgniarek a zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską w lecznictwie stacjonarnym na Białorusi na przykładzie wybranych szpitali wojewódzkich*. Praca doktorska. Lublin 2002.
- ¹⁰ *Odpowiednia obsada pielęgniarska ratuje życie pacjentów. Informacje i zadania dla działania*. http://www.ptp.na1.pl/pliki/pdf/ICN_IND_2006.pdf [dostęp: 11.07.2015].
- ¹¹ Wieczorek-Wójcik B.: Op. cit.
- ¹² Krzemińska A.: *Minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych*, Opole, 20 lutego 2013.
- ¹³ *Safe staffing for nursing in adult inpatient wards in acute hospitals NICE safe staffing guideline. Draft for consultation, 12 May to 10 June 2014*. <https://www.nice.org.uk/guidance/gid-safenursestaffingadultwardsacutehospitals/documents/safe-staffing-guideline-consultation> [dostęp: 10.11.2015].
- ¹⁴ Bartel A.P., Chan C.W., Song-Hee K.: *Should Hospitals Keep Their Patients Longer? The Role of Inpatient and Outpatient Care in Reducing Readmissions*. National Bureau of Economic Research 2014, s. 1-35.
- ¹⁵ *Opinia Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w sprawie Projektu Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami*. <http://www.ptp.na1.pl> [dostęp: 13.12.2015].
- ¹⁶ *Stanowisko Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w sprawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28.12.2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami*. <http://www.ptp.na1.pl> [dostęp: 13.12.2015].
- ¹⁷ *Stanowisko Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w sprawie obsad pielęgniarskich w zakładach opieki zdrowotnej*. <http://www.ptp.na1.pl> [dostęp: 13.12.2015].
- ¹⁸ <http://www.efnweb.be/wp-content/uploads/EFN-Workforce-Matrix-3-1-Executive-Summary-09-11-2016.pdf>.