

Marta Cebulak^{1,2}, Anna Ksykiewicz-Dorota¹

¹Katedra i Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

²Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna w Jarosławiu

Normy obsad pielęgniarstkich w pielęgniarstwie psychiatrycznym

Staffing norms in psychiatric nursing

STRESZCZENIE

Wstęp. Ocena zapotrzebowania na opiekę pielęgniarstwą i wyznaczenie odpowiedniej liczby obsad pielęgniarstkich jest istotnym elementem zapewnienia bezpieczeństwa hospitalizowanym pacjentom. Planowanie i zapewnianie opieki zgodnie z rzeczywistym zapotrzebowaniem pacjentów ułatwiają metody planowania kadrowego Patient Classification System.

Cel pracy. Celem pracy było określenie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarstwą pacjentów oddziałów psychiatrycznych dla potrzeb wyznaczania norm obsad pielęgniarstkich.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w latach 2008–2011 na oddziałach psychiatrycznych (ogólnych) w trzech szpitalach Polski południowo-wschodniej. Objęto nimi 1828 pacjentów i 44 pielęgniarstki. Metodami badawczymi były: metody mierzenia czasu pracy, metoda klasyfikacji pacjentów oraz analiza dokumentacji, natomiast technikami: obserwacja ciągła (indywidualna fotografia dnia pracy), obserwacja migawkowa (Tippetta) oraz chronometraż czynności pielęgniarstkich. Podczas badań wykorzystano wystandaryzowane narzędzia dla potrzeb obserwacji ciągłej, obserwacji migawkowej, chronometrażu oraz arkusz klasyfikacji chorych z kryteriami opieki, uprzednio poddany walidacji.

Wyniki i wnioski. Na podstawie przyjętych kryteriów opieki klasyfikowano pacjentów do trzech kategorii opieki: minimalnej, umiarkowanej i wzmożonej. Za pomocą chronometrażu obliczono czas poszczególnych czynności, wykonywanych przez pielęgniarstki, zaliczonych do pielęgnacji bezpośredniej świadczonej chorym w poszczególnych kategoriach opieki. Świadczony (rzeczywisty) czas opieki bezpośredniej, jaki przeznaczają pielęgniarstki na oddziałach psychiatrycznych w poszczególnych kategoriach opieki wynosił: I kategoria – 29 min/dobę/chorego, II kategoria – 69 min/dobę/chorego, III kategoria – 111 min/dobę/chorego. Standardowy (optymalny) czas opieki bezpośredniej dla pacjentów psychiatrycznych, jaki powinien być oferowany przez pielęgniarstki w trzech kategoriach opieki to: w I kategorii – 41 min/dobę/chorego, w II kategorii – 96 min/dobę/chorego, w III kategorii – 233 min/dobę/chorego.

W celu określenia czasu pośredniego przyjęto, że średni czas wykonywania tych czynności może wynosić 25–50% czasu pielęgnacji bezpośredniej.

Porównanie aktualnych obsad pielęgniarstkich na oddziałach psychiatrycznych do standardowych wykazało, że są one niewystarczające.

Problemy Pielęgniarstwa 2013; 21 (2): 141–149

Słowa kluczowe: oddział psychiatryczny, opieka pielęgniarstka, obsada pielęgniarstka, czas pracy, normy obsad pielęgniarstkich

ABSTRACT

Introduction. The assessment of nursing care needs and appropriate staffing is an essential part of providing the hospitalized patients with safety.

Planning and delivering care according to actual care needs are facilitated by the methods of staffing planning embraced under the name Patient Classification System.

Aim. The aim of the work was to determine the care needs of psychiatric patients for the needs of indicating the norms of staffing.

Adres do korespondencji: dr n. med. Marta Cebulak, Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna, ul. Czarnieckiego 16, 37–500 Jarosław, tel.: 697 16 96 19, e-mail: marta.cebulak@neostrada.pl

Material and methods. The study was conducted in the years 2008–2011 in general psychiatric wards in three hospitals in the south-east of Poland. The study covered 1828 patients and 44 line nurses.

The applied methods were: the method of measuring worktime, the method of patient classification and the analysis of documentation whereas the applied techniques were the continuous observation (individual photograph of a workday), snapshot observation (Tippet`s method) as well as timing of nursing activities.

During the study the standardized tools necessary for the continuous observation, snapshot observation, timing and the classification form with care criteria were used but the above had been validated.

Results and conclusions. On the basis of the assumed criteria, the patients were appointed the following care categories: minimal, moderate, intensified.

By using the timing the length of the time of the particular nursing activities (included in direct care in the particular care categories) was calculated.

The delivered (actual) time of direct care in psychiatric wards in the particular care was as follows: category 1 – 29 min/24 h/per patient; category 2 – 69 min/24 h/per patient; category 3 – 111 min/24 h/per patient.

The standard (optimal) time of direct care for psychiatric patients is as follows: category 1 – 41 min/24 h/per patient; category 2 – 96 min/24 h/per patient; category 3 – 233 min/24 h/per patient.

To determine the auxiliary time it has been assumed that the average time of performing these activities may account for 25% to 50% of direct care time.

The comparison of actual staffing in psychiatric wards with the standards has indicated that it is not sufficient.

Nursing Topics 2013; 21 (2): 141–149

Key words: psychiatric ward, nursing care, staffing, worktime, staffing norms

Wstęp

Planowanie obsad pielęgniarskich zgodnie z rzeczywistym zapotrzebowaniem chorych na opiekę ułatwiają metody planowania kadrowego określone Patient Classification System (PCS). Polegają one na przydziale pacjentów do określonych kategorii, ze względu na stopień ich samodzielności i potrzeby leczniczo-opiekuńcze [1, 2].

Metody klasyfikacji pacjentów stosowane w psychiatrii muszą uwzględniać specyfikę opieki nad tymi pacjentami oraz być zgodne ze standardami praktyki w danym środowisku [3, 4].

Niedobory kadrowe mogą zagrażać zdrowiu i bezpieczeństwu pacjentów, jak również samych pielęgniarek. Wiele przeprowadzonych badań potwierdza istnienie bezpośredniego związku pomiędzy odpowiednią obsadą pielęgniarską a stanem zdrowia pacjentów, ich zachorowalnością i śmiertelnością [5, 6].

Braki kadrowe pielęgniarek na całym świecie oraz rosnące obciążenie ich pracą to dwa poważne problemy z jakimi zmagają się obecnie pielęgniarstwo i które muszą być rozwiązane, aby zapewnić opiekę wysokiej jakości [2]. W opinii ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) w kolejnych latach kryzys dotyczący liczby pielęgniarek będzie się nasilał, a szczególnie dotkliwie będzie odczuwany w państwach cechujących się wysoką średnią wieku obecnych pielęgniarek, do których należy również Polska [7]. Eksperti WHO zwracają uwagę, że problemu niewystarczającej liczby pielęgniarek nie można rozwiązać jedynie za pomocą zwiększenia liczby zatrudnienia, ale przede wszystkim poprzez doskonalenie organizacji pracy,

aby efektywniej wykorzystać wiedzę i umiejętności pielęgniarek [8].

Głównym problemem badawczym podjętych badań było znalezienie odpowiedzi na pytanie: Jaka powinna być liczebność obsad pielęgniarskich na oddziałach psychiatrycznych w stosunku do zapotrzebowania pacjentów na opiekę?

Cel pracy

Celem pracy było określenie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską pacjentów oddziałów psychiatrycznych dla potrzeb wyznaczenia norm obsad pielęgniarskich.

Material i metody

Badania były prowadzone od 2008 do 2011 roku na oddziałach psychiatrycznych (ogólnych) w trzech szpitalach Polski południowo-wschodniej [9], reprezentujących trzy poziomy referencyjne [10]. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Lublinie. W czasie realizacji badań przestrzegano zasad etyki zgodnych z Deklaracją Helsińską [11].

W szpitalu 1 poziomu referencyjnego (powiatowym) liczba łóżek wynosiła 21, a liczba zatrudnionych pielęgniarek 11. W szpitalu 2 poziomu referencyjnego (wojewódzkim) na 66-łóżkowym oddziale zatrudniano 22 pielęgniarki. Z kolei na 42-łóżkowym oddziale w szpitalu 3 poziomu referencyjnego (klinicznym) było 11 etatów pielęgniarek odcinkowych.

Metodami badawczymi były: metody mierzenia czasu pracy, metoda klasyfikacji pacjentów oraz metoda analizy dokumentacji. Użyto następujących

technik badawczych: obserwacji ciągłej (fotografii dnia pracy), obserwacji migawkowej (techniki Tippetta) i chronometrażu. Podczas badań zastosowano wystandaryzowane i opisane w światowym piśmiennictwie narzędzia dla potrzeb obserwacji ciągłej, obserwacji migawkowej i chronometrażu oraz arkusz klasyfikacji chorych z kryteriami opieki, uprzednio poddany walidacji [12–14].

Badaniami objęto 1828 pacjentów i 44 pielęgniarki. Podczas badań wykonano:

- 6 fotografii dnia pracy;
- 2990 obserwacji migawkowych (Tippetta), w tym 2738 na dyżurach dziennych oraz 252 na dyżurach nocnych;
- 2878 pomiarów chronometrażowych poszczególnych czynności pielęgniarских, w tym 2170 pomiarów czynności świadczonych oraz 708 pomiarów czynności standardowych;
- 47 czynności klasyfikacyjnych.

Zebrany materiał poddano analizie statystycznej za pomocą programu SPSS 17.0 [15]. Dobór metod statystycznych uwarunkowano zakresem danych poddanych analizie. Testem statystycznym oceniającym zgodność i rzetelność narzędzia klasyfikacyjnego, pod względem trafności kryteriów i kategorii opieki był współczynnik zgodności W-Kendalla. W celu zweryfikowania sformułowanych hipotez zostały zastosowane następujące testy statystyczne oparte na teście chi-kwadrat: V Kramera oraz Tau-b Kendalla. Wartość analizowanych parametrów mierzonych w skali nominalnej i porządkowej określono za pomocą liczności i odsetka. Natomiast wartość parametrów mierzonych w skali interwałowej lub ilorazowej określono za pomocą wartości średniej, minimum, maksimum, odchylenia standardowego i wariancji [16–18]. W pracy przyjęto poziom istotności (p) mniejszy od 0,05. Przy obliczaniu wartości procentowych zaokrąglano wartości do 2 miejsc po przecinku.

Wyniki

Wstępnym etapem badań nad opracowaniem norm obsad pielęgniarских w psychiatrii było dostosowanie kryteriów opieki pielęgniarskiej do potrzeb krajowych oddziałów psychiatrycznych, które umożliwiłyby klasyfikację pacjentów do odpowiednich kategorii opieki. W tym celu przeprowadzono weryfikację oryginalnego narzędzia autorów amerykańskich Pardure i Dick [19]. Po dokonaniu modyfikacji oryginalnego narzędzia, własne narzędzie poddano walidacji w zakresie kryteriów i kategorii opieki pielęgniarskiej. Testem statystycznym oceniającym zgodność i rzetelność narzędzia klasyfikacyjnego był współczynnik zgodności W-Kendalla. Po przeprowadzeniu walidacji własnego narzędzia, przy jego użyciu dokonywano przydziału pacjentów do poszczególnych kategorii opieki.

W następnym etapie przeprowadzono chronometraż czynności, wykonywanych przez pielęgniarki w ramach pielęgnacji bezpośredniej, aby określić normy czasu opieki bezpośredniej w poszczególnych kategoriach opieki.

Czas pielęgnacji bezpośredniej (Tpb), świadczony chorym na oddziałach psychiatrycznych wyniósł:

- w I kategorii opieki — 29 min/dobę/chorego,
- w II kategorii opieki — 69 min/dobę/chorego,
- w III kategorii opieki — 111 min/dobę/chorego.

Niektóre czynności podczas badań chronometrażowych nie były wykonywane przez pielęgniarki, choć wynikały z planu opieki lub były wykonywane pobieżnie, niezgodnie ze sztuką pielęgnowania. Dotyczyło to na przykład rozmów terapeutycznych, wsparcia psychicznego, edukowania pacjenta i rodziny, obserwacji pacjenta, toalety całego ciała, toalety jamy ustnej czy wykonywania iniekcji. To powodowało zniekształcenie oceny zapotrzebowania pacjentów na opiekę pielęgniarską oraz obciążenia pracą pielęgniarek.

Dlatego w celu określenia rzeczywistego zapotrzebowania na opiekę przyjęto standardowe czasy pielęgnacji bezpośredniej w poszczególnych kategoriach opieki. W celu określenia czasu czynności, które nie były wykonywane lub były wykonywane nieprawidłowo lub zbyt rzadko (z nieprawidłową częstotliwością) wykorzystano średni czas opracowany przez osobę prowadzącą badania, która wystąpiła w roli eksperta i dokonała pomiarów czasu trwania poszczególnych czynności, wykonywanych zgodnie ze sztuką pielęgnowania przez pielęgniarki oddziałów psychiatrycznych.

Czas standardowy (optymalny) pielęgnacji bezpośredniej na oddziałach psychiatrycznych wyniósł:

- w I kategorii opieki — 41 min/dobę/chorego,
- w II kategorii opieki — 96 min/dobę/chorego,
- w III kategorii opieki — 233 min/dobę/chorego.

Następnym etapem badań była ocena wielkości czasu przeznaczonego na pielęgnację pośrednią (Tpp) określaną również jako czas pozapielęgnacyjny lub pomocniczy. Do pielęgnacji pośredniej zalicza się czas przeznaczony przez pielęgniarki na przygotowanie do wszystkich czynności i zabiegów z zakresu pielęgnacji bezpośredniej, dokumentowanie, komunikowanie się z pracownikami bezpośrednio dotyczące pacjentów, koordynowanie i bieżące organizowanie pracy na oddziale oraz przerwy w pracy [20]. W określaniu czasu pielęgnacji pośredniej skorzystano z zapisów projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych. Zgodnie z projektem rozporządzenia średni czas wykonywania czynności pośrednich wynosi 25–50% czasu wykonywania czynności pielęgnacji bezpośredniej [21]. W badaniach własnych obliczenia prowadzono dla dwóch

Tabela 1. Czas pielęgnacji całkowitej w ciągu doby na poszczególnych oddziałach psychiatrycznych (w godzinach na dobę) z uwzględnieniem referencyjności szpitali

Table 1. Total care time during the day in particular psychiatric wards (in hours per day) according to the reference level of a hospital

Lp.	Oddział psychiatryczny	Średni czas Tpb	Średni czas Tpp		Średni czas Tpc	
			Stanowięcy 25% Tpb	Stanowięcy 50% Tpb	Przy czasie Tpp stanowiącym 25% Tpb	Przy czasie Tpp stanowiącym 50% Tpb
1.	Szpital I poziomu referencyjności	42,41	10,60	21,20	53,01	63,61
2.	Szpital II poziomu referencyjności	92,30	23,07	46,15	115,37	138,45
3.	Szpital III poziomu referencyjności	59,32	14,83	29,66	74,15	88,98
Ogółem		194,03	48,50	97,01	242,53	291,04

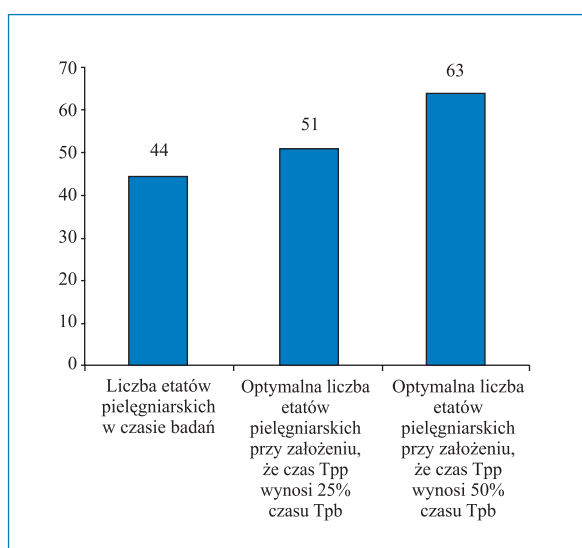
wariantów pielęgnacji pośredniej stanowiących 25% i 50% czasu pielęgnacji bezpośredniej.

Czas pielęgnacji całkowitej (Tpc) na poszczególnych oddziałach psychiatrycznych przedstawiono w tabeli 1.

W dalszej kolejności obliczono normy obsad pielęgniarzkich dla potrzeb oddziałów psychiatrycznych zgodnie z zapotrzebowaniem pacjentów na opiekę oraz z uwzględnieniem czasu dyspozycyjnego, wypracowanego przez pielęgniarki w ciągu roku, który obliczono na podstawie grafików pracy pielęgniarek [4, 21].

Z analizy materiału badawczego wynika, że w celu zapewnienia rzeczywistego zapotrzebowania na opiekę pielęgniarzką pacjentów na badanych oddziałach psychiatrycznych, przyjmując w skali roku, że czas Tpp wynosi 25% czasu Tpb, łącznie powinno być zatrudnionych 51 pielęgniarek odcinkowych. Przy założeniu, że czas Tpp wynosi 50% czasu Tpb to optymalna liczba zatrudnionych pielęgniarek na badanych oddziałach powinna wynosić 63. W okresie badanym łącznie na wszystkich oddziałach zatrudnionych było 44 pielęgniarki. Różnica między optymalną a rzeczywistą liczbą etatów pielęgniarzkich, przy założeniu, że czas Tpp stanowi 25% czasu Tpb wynosi 7 etatów, natomiast przy założeniu, że czas Tpp wynosi 50% czasu Tpb różnica ta wynosi 19 etatów (ryc. 1).

W tabeli 2 przedstawiono zestawienie porównawcze liczby etatów pielęgniarek odcinkowych na oddziałach psychiatrycznych w okresie badanym oraz pożądaną wielkość obsad pielęgniarzkich na oddziałach w sytuacji, gdy czas Tpp wynosi 25% i 50% czasu Tpb.



Rycina 1. Zapotrzebowanie na etaty pielęgniarzkie w klasyfikacji pacjentów do trzech kategorii opieki w badanych szpitalach w skali roku (ogółem)

Figure 1. Need for nurses' staffing in classifying patients for the three categories i the examined hospitals during a year

W każdym ze szpitali obliczono również deficyt liczby pielęgniarek w ciągu doby, z uwzględnieniem 12-godzinnego systemu pracy, który obowiązywał we wszystkich badanych oddziałach i przy założeniu, że czas pielęgnacji pośredniej (Tpp) wynosi 25% i 50% czasu pielęgnacji bezpośredniej (tab. 3).

Tabela 2. Zestawienie porównawcze rzeczywistej liczby etatów pielęgniarских na badanych oddziałach psychiatrycznych z optymalną liczbą wynikającą z zapotrzebowania chorych na opiekę w skali roku

Table 2. Comparison of real staffing in examined psychiatric wards with optimal amount resulting from annual patients' care needs

Lp.	Oddział psychiatryczny	Liczba łózek	Liczba etatów pielęgniarских odcinkowych w czasie badań	Pożądana liczba etatów przy założeniu, że czas Tpp wynosi 25% czasu Tpb	Pożądana liczba etatów przy założeniu, że czas Tpp wynosi 50% czasu Tpb
1.	Szpital I poziomu referencyjności	21	11	11	14
2.	Szpital II poziomu referencyjności	66	22	24	29
3.	Szpital III poziomu referencyjności	42	11	16	20
Ogółem		129	44	51	63

Tabela 3. Zestawienie porównawcze aktualnej liczby pielęgniarских w ciągu doby oraz standardowej liczby pielęgniarских w ciągu doby na oddziałach psychiatrycznych z uwzględnieniem 12-godzinnego i 8-godzinnego systemu pracy

Table 3. Comparison of actual amount of nurses during the day with the standard amount of nurses during the day in psychiatric wards taking account of the 12-hour and 8-hour work system

Lp.	Oddział psychiatryczny	Liczba łózek	Aktualna średnia liczba pielęgniarek w ciągu doby	Standardowa liczba pielęgniarских w ciągu doby z uwzględnieniem 12-godzinnego systemu pracy		Standardowa liczba pielęgniarских w ciągu doby z uwzględnieniem 8-godzinnego systemu pracy	
				Przy czasie Tpp stanowiącym 25% Tpb	Przy czasie Tpp stanowiącym 25% Tpb	Przy czasie Tpp stanowiącym 25% Tpb	Przy czasie Tpp stanowiącym 25% Tpb
1.	Szpital I poziomu referencyjności	21	4	4	5	7	8
2.	Szpital II poziomu referencyjności	66	8	10	12	14	17
3.	Szpital III poziomu referencyjności	42	5	6	7	9	11
Ogółem		129	17	20	24	30	36

Dyskusja

Odpowiednia obsada pielęgniarska oznacza stosowną liczbę pracowników o zróżnicowanych kwalifikacjach i umiejętnościach, świadczących całodobowo opiekę zdrowotną, w pełni zaspokajając potrzeby pacjenta i zapewniając komfortowe i bezpieczne warunki pracy. Organizując odpowiednią obsadę pielęgniarską, należy uwzględnić złożoność świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez pielęgniarki, zróżnicowane kwalifikacje i umiejętności pracowników oraz posiadane przez każdego z nich doświadczenie zawodowe [5, 22]. Jak podkreśla Międzynarodowa Rada Pielęgniarek, jednym z priorytetów w odniesieniu do jakości opieki zdrowotnej i jakości w pielęgniarstwie jest bezpieczeństwo pacjentów, a odpowiednia obsada kadr może je zapewnić [5].

Obsada pielęgniarska komplementarna do zapotrzebowania pacjentów na opiekę przekłada się na bezpieczeństwo pacjentów i pielęgniarek oraz nie dopuszcza do marnotrawstwa kadr, w miejscach gdzie potrzeby pacjentów są mniejsze. Przyczynia się również do zwiększenia satysfakcji zawodowej oraz zapobiega wypaleniu zawodowemu [5].

Metodą planowania obsad pielęgniarskich zgodnie z zapotrzebowaniem chorych na opiekę jest metoda klasyfikacji pacjentów (PCS, Patient Classification System) [1, 2].

Na krajowych oddziałach psychiatrycznych nie było dotąd prowadzonych badań nad dostosowaniem metod PCS do ich specyfiki. Zastosowanie systemu klasyfikacji pacjentów opracowanego w innym systemie organizacyjnym wymaga weryfikacji poszczególnych elementów metody i dostosowania jej do warunków organizacyjnych i stanu opieki pielęgniarskiej w Polsce [3, 4].

Ksykiewicz-Dorota powołując się na analizę piśmiennictwa dotyczącego obliczania czasu pielęgnacji całkowitej (na który składa się czas pielęgnacji bezpośredniej i pośredniej) przeznaczonego na jednego pacjenta w ciągu doby, a w konsekwencji określenia liczby obsad pielęgniarskich, podkreśla, że czas ten jest bardzo zróżnicowany, zależny od specyfiki oddziału szpitalnego, systemu organizacyjnego danego kraju oraz preferowanej metody wyznaczania norm czasowych [4].

W badaniach własnych opracowano normy czasu pielęgnacji bezpośredniej (Tpb) dla pacjentów oddziałów psychiatrycznych, które wyniosły: dla pacjentów z I kategorii opieki — 41 min/dobę/pacjenta, dla pacjentów z II kategorii opieki — 96 min/dobę/pacjenta, natomiast dla pacjentów z III kategorii — 233 min/dobę/pacjenta.

W celu określenia czasu pielęgnacji pośredniej przyjęto, że czas ten (Tpp) stanowi 25% i 50% cza-

su wykonania czynności pielęgnacji bezpośredniej, zgodnie z zapisami projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych [21].

Pielęgnacja pośrednia, wynosząca 25% czasu wykonania czynności pielęgnacji bezpośredniej w przeliczeniu stanowi 20% czasu pielęgnacji całkowitej. Z kolei pielęgnacja pośrednia, wynosząca 50% czasu pielęgnacji bezpośredniej stanowi w przeliczeniu 33,33% czasu pielęgnacji całkowitej.

Jak podaje Ksykiewicz-Dorota i wsp. za Daugherty czas pielęgnacji pośredniej powinien stanowić 10–25% całej puli czasu pracy pielęgniarek [23].

W badaniach własnych analiza struktury czasu pracy pielęgniarek wykazała, że na badanych oddziałach psychiatrycznych dla dorosłych czynności z zakresu pielęgnacji bezpośredniej (Tpb) zajmowały pielęgniarkom średnio 38,19% czasu pracy w ciągu doby. Czas czynności pośrednich (Tpp) wykonywanych z dala od pacjenta na badanych oddziałach wynosił 61,81% [9].

Autorzy amerykańscy Schroder i Washington [24], opisując zastosowanie systemu klasyfikacji pacjentów w psychiatrii wyszczęgnili 5 kategorii opieki z czasem pielęgnacji bezpośredniej i pośredniej. W określaniu czasu opieki w tej klasyfikacji nie mierzono czasu poszczególnych czynności, lecz użyto krytycznych wskaźników, jako jednostek pomiaru, w których każdy wskaźnik reprezentował grupę czynności pielęgniarskich z przypisaną im liczbą punktów, a nie konkretny pomiar czasu każdej czynności. Reasumując, I kategoria opieki odnosiła się do pacjentów wymagających minimalnej opieki z czasem pielęgnacji bezpośredniej i pośredniej przypadającej na jednego pacjenta w ciągu doby wynoszącym 1,5 godz. Do II kategorii opieki, obejmującej opiekę umiarkowaną przewidziano pacjentów z czasem opieki 2,5 godz./dobę. Kategoria III dotyczyła pacjentów wymagających opieki wzmożonej z czasem opieki 4,0 godziny w ciągu doby. Kategoria IV to grupa pacjentów wymagających intensywnej opieki z czasem opieki bezpośredniej i pośredniej 5 godz./dobę. Kategoria V to grupa opieki krytycznej z czasem opieki 7 godz. w ciągu doby [24].

Z kolei Pardue i Dick na oddziałach psychiatrycznych również w Stanach Zjednoczonych wyszczęgnili 4 kategorie opieki i zaproponowały następujące normy czasu opieki bezpośredniej i pośredniej: w I kategorii — 4 godz., w II kategorii — 6 godz., w III kategorii — 8 godz., a w IV kategorii — 15 godz. na jednego pacjenta w ciągu doby. Szpital psychiatryczny, w którym pracują autorki składał się z 7 oddziałów psychiatrycznych: diagnostycznego

z intensywną opieką, oddziału dla pacjentów z zaostrzeniem zaburzeń psychicznych, oddziału dla pacjentów o umiarkowanym natężeniu zaburzeń psychicznych, oddziału psychogeriatrycznego, oddziału dla osób uzależnionych oraz oddziałów dla dzieci i młodzieży. W tych badaniach godziny opieki były określane szacunkowo, podobnie jak u Schroder i Washington, na podstawie ocen ekspertów (osób zarządzających, lekarzy i nauczycieli zawodu) [19].

Badań autorów amerykańskich Schroder i Washington oraz Pardue i Dick w zakresie czasu pielęgnacji bezpośredniej i pośredniej nie można porównać z wynikami badań własnych, ponieważ autorzy przedstawionych badań stosowali inną metodę obliczania czasu pielęgnacji bezpośredniej i pośredniej.

Zdaniem autorów niniejszego artykułu określanie czasu opieki bazujące na szacunkowej ocenie specjalistów co do czasu opieki jakiego wymagają pacjenci z poszczególnych kategorii jest bardzo subiektywne i może przyczynić się do zawyżania lub zaniżania czasu opieki. Weryfikując normy czasu opieki bezpośredniej oraz pośredniej, należy zastosować metody mierzenia czasu pracy, przy użyciu obserwacji migawkowej Tippetta i chronometrażu [4, 12–14].

Z kolei Kalifornijskie Stowarzyszenie Pielęgniarek podaje optymalny poziom obsad pielęgniarских obowiązujący w Kalifornii na oddziale psychiatrycznym, wyrażony współczynnikiem pielęgniarka:pacjent, który wynosi 1:6 [5].

W badaniach własnych poziom obsad pielęgniarских wyrażony współczynnikiem pielęgniarka:pacjent jest zależny od przyjętego czasu pielęgnacji pośredniej (Tpp). Przy założeniu, że czas pielęgnacji pośredniej wynosi 50% czasu wykonania czynności z zakresu pielęgnacji bezpośredniej (Tpb) to współczynnik pielęgniarka:pacjent wynosi 1:6 i jest zgodny z poziomem obsad obowiązujących na oddziale psychiatrycznym w Kalifornii. Przy założeniu, że czas pielęgnacji pośredniej wynosi 25% czasu pielęgnacji bezpośredniej to wówczas współczynnik pielęgniarka:pacjent wynosi 1:7.

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie (PTP) stoi na stanowisku, że liczba pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę w leczeniu stacjonarnym w Polsce powinna być ustalana na podstawie badań naukowych i powinna uwzględniać zatrudnienie pracowników pomocniczych, to znaczy opiekunów medycznych. Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie podkreśla, że nie można arbitralnie podawać liczby pacjentów na oddziale szpitalnym podlegających opiece jednej pielęgniarki w ciągu zmiany bez uwzględnienia specyfiki tego oddziału i stanu pacjentów, którzy na nim przebywają. Biorąc pod uwagę analizy dotychczas przeprowadzonych badań na podstawie wiarygodnej metodyki badawczej, PTP proponuje poziom obsad

pielęgniarskich, który zgodnie z wynikami badań może kształtować się następująco dla oddziałów zachowawczych: 1 pielęgniarka na 6 pacjentów + 1 opiekun medyczny lub w zależności od stopnia intensywności opieki, czyli: w przypadku pacjentów niesamodzielnych w ocenie skali ADL do 2 pkt. — 1 pielęgniarka na 2 pacjentów + 1 opiekun medyczny; między 2 a 4 pkt. skali ADL 1 pielęgniarka na 4 pacjentów + 2 opiekunów medycznych; w przypadku punktacji od 4 do 5 pkt. 2 pielęgniarki na 8 pacjentów + 2 opiekunów medycznych; w przypadku powyżej 6 pkt. — 1 pielęgniarka na 15–20 pacjentów + 2 opiekunów medycznych. Docelowo 1 pielęgniarka na 5 pacjentów. Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie uważa, że bardzo istotne jest wprowadzenie do systemu obsad pielęgniarских pracowników pomocniczych, którzy wykonywaliby proste czynności opiekuńcze pod nadzorem pielęgniarki, która planowałaby opiekę i ustalała jej cele [25].

Zatrudnianie na krajowych oddziałach szpitalnych opiekunów medycznych jest elementem tak zwanej substytucji usług, która jest konieczna dla stabilizacji kosztów opieki. Substytucja usług polega na zastępowaniu niektórych czynności wykonywanych przez wysokokwalifikowaną, kosztowniejszą grupę pracowników pracą innych osób, oferujących pracę na tym samym poziomie jakości, ale znacznie tańszą [26, 27]. W systemach opieki zdrowotnej dotyczy to przekazywania niektórych świadczeń wykonywanych przez lekarzy — pielęgniarkom i położnym [28], jak również przekazywania prostszych czynności, niewymagających wiedzy i umiejętności pielęgniarских i położnych dyplomowanych lub licencjatów na inny szczebel organizacyjny, najczęściej do osób zatrudnionych na stanowiskach pomocy pielęgniarских lub położniczych. W Polsce są to opiekunowie medyczni [26].

W Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 roku w sprawie kwalifikacji pracowników działalności podstawowej przewiduje się zatrudnienie na stanowiskach pomocniczych opiekunów medycznych [29].

Opiekunowie medyczni będą mogli przejąć część kompetencji zawodowych pielęgniarских z zakresu zadań pielęgnacyjno-opiekuńczych [30]. Uwzględnienie w strukturze organizacyjnej szpitali zawodu pomocniczego (opiekuna medycznego) wiąże się z koniecznością jednoznacznego zróżnicowania obowiązków pielęgniarских i pracowników pomocniczych zgodnie z posiadaną wiedzą oraz poziomem umiejętności. Wykonywanie przez pracowników pomocniczych zadań, do których nie posiadają kwalifikacji może narażać na ryzyko bezpieczeństwa pacjentów. Zdefiniowanie czynności wykonywanych przez pielęgniarki, których mogliby podjąć się inni pracownicy może przyczynić się do bardziej efektywnego wykorzystania czasu

pracy pielęgniarek, zoptymalizowania opieki, podniesienie jakości świadczonych usług oraz obniżenia kosztów [30, 31]. Wprowadzenie w krajowym systemie opieki zdrowotnej zawodu opiekuna medycznego jest szczególnie zasadne w sytuacji niedoboru kadry pielęgniarskiej [30].

W chwili obecnej (stan na styczeń 2013 r.) w obowiązujących aktach prawnych dotyczących świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień nie ma zapisu wskazującego, że opiekun medyczny wchodzi w skład zespołu terapeutycznego [32].

Tradycją lecznictwa psychiatrycznego w Polsce jest zatrudnianie sanitariuszy do pomocy pielęgniarkom w czynnościach pielęgnacyjno-opiekuńczych, w stosowaniu przymusu bezpośredniego czy wykonywaniu obchodu oddziału. Jednak sanitariusze, mimo że są wyszczególnieni w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 roku w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami [29], jako pracownicy działalności podstawowej nie mają zdefiniowanych zadań, które powinni wykonywać przy pacjencie. Nie są oni również przygotowani do sprawowania opieki tak jak opiekunowie medyczni. Stąd zasadne byłoby rozważenie możliwości uzupełnienia przez sanitariuszy kwalifikacji i uzyskania kompetencji opiekuna medycznego w celu bardziej profesjonalnego wykonywania czynności z zakresu pielęgnacji bezpośredniej podstawowej.

Podsumowując, wprowadzenie do praktyki zarządzania planowania obsad kadrowych według metod PCS wymaga zmian w innych sferach funkcjonowania szpitala, między innymi w sposobie przydziału zadań do wykonania, metodzie sprawowanej opieki nad pacjentami, treści pełnionych funkcji związanych z zakresem opieki czy stopniem odpowiedzialności za wyniki opieki. Wykorzystywanie metody PCS w szpitalu wiąże się z posiadaniem rezerwowej kadry pielęgniarskiej, aby zabezpieczyć potrzeby oddziałów o zwiększonym zapotrzebowaniu na opiekę. Te elementy są podstawą poprawy jakości świadczeń, a sposób planowania obsad zgodny z zapotrzebowaniem pacjentów na opiekę jest początkiem działań na rzecz poprawy jakości opieki pielęgniarskiej [4].

Z dniem 1 stycznia 2013 roku weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 roku dotyczące minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Zostały w nim uwzględnione kryteria opieki dla oddziałów o profilu psychiatrycznym, lecz nie uwzględniono norm czasu opieki bezpośredniej dla pacjentów w poszczególnych kategoriach opieki. W Rozporządzeniu tym również uwzględniono średni dobowy czas wykonywania

świadczeń pielęgniarskich pośrednich, który może wynosić 10–25% średniego dobowego czasu świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich [33].

Być może normy czasu pielęgnacji bezpośredniej dla pacjentów oddziałów psychiatrycznych w poszczególnych kategoriach opieki przedstawione w niniejszym artykule będą mogły posłużyć w określaniu minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek na oddziałach psychiatrycznych.

Wnioski

1. Zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską pacjentów na oddziałach psychiatrycznych w szpitalach o różnym poziomie referencyjności jest zbliżone. Świadczony czas opieki bezpośredniej, jaki przeznaczają pielęgniarki na oddziałach psychiatrycznych w poszczególnych kategoriach wynosił: I kategoria — 29 min/dobę/chorego, II kategoria — 69 min/dobę/chorego, III kategoria — 111 min/dobę/chorego. Standardowy czas opieki bezpośredniej na tego typu oddziałach w trzech kategoriach opieki wynosił: I kategoria — 41 min/dobę/chorego, II kategoria — 96 min/dobę/chorego, III kategoria — 233 min/dobę/chorego.
2. Aktualne obsady pielęgniarskie na oddziałach psychiatrycznych są niewystarczające w stosunku do zapotrzebowania pacjentów na opiekę.
3. Na podstawie standardowych czasów pielęgnacji bezpośredniej obliczono liczbę obsad pielęgniarskich w ciągu doby i w skali roku, dzięki którym można zapewnić pacjentom opiekę zgodną z zapotrzebowaniem. Liczba obsad pielęgniarskich zależy od liczby pacjentów i ich zdolności do samoopieki.

Piśmiennictwo

1. Giovannetti P. Understanding patient classification systems. *J. Nurs. Adm.* 1979; 9 (2) :4–9.
2. Wiskow Ch. Pomiar obciążenia pracą w określaniu potrzeb kadrowych. Przegląd piśmiennictwa. Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, Warszawa 2009.
3. Cebulak M., Ksykiewicz-Dorota A. Metody klasyfikacji pacjentów w planowaniu obsad pielęgniarskich na oddziałach psychiatrycznych. *Post. Psychiatr. Neurol.* 2009; 18: 285–291.
4. Ksykiewicz-Dorota A. Planowanie obsad pielęgniarskich w lecznictwie stacjonarnym. Wyd. Czelej, Lublin 2001.
5. Międzynarodowa Rada Pielęgniarek. Odpowiednia obsada pielęgniarska ratuje życie pacjentów. Informacje i zadania dla działania. Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie i Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2006.
6. Papp E.M. Zarządzanie zdrowiem i bezpieczeństwem w miejscu pracy. Program dla pielęgniarek. Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, Warszawa 2007.
7. Stanowisko XV Krajowego Zjazdu Delegatów Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w sprawie umieszczenia na liście kierunków studiów objętych Programem „Kierunki Zamawiane” Kierunku — Pielęgniarstwo. <http://www.ptp.>

- na1.pl/pliki/PTP_Stanowiska/04_PTP_STAN_01_12_2009.pdf; data pobrania: 23 lipca 2011.
8. Pieciewicz-Szczęśna H., Matwiejczyk T., Walczuk E. Efektywność wykorzystania zasobów pielęgniarskich w lecznictwie stacjonarnym na Białorusi. *Probl. Pielęg.* 2009; 17 (4): 294–300.
 9. Cebulak M. Zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską pacjentów oddziałów psychiatrycznych. Rozprawa doktorska. AM, Lublin 2012.
 10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych (Dz.U. 1998, nr 164, poz. 1193).
 11. Poznańska S. Przewodnik etyczny w pielęgniarskich badaniach naukowych. Wydawnictwo OVO, Warszawa 1998.
 12. Ksykiewicz-Dorota A. (red.) Zarządzanie w pielęgniarstwie. Wyd. Czelej, Lublin 2005.
 13. Mikołajczyk Z. Techniki organizatorskie w rozwiązywaniu problemów zarządzania. Wyd. Nauk. PWN, Warszawa 1994.
 14. Wołk R., Strzelecki T.J. Badanie metod i normowanie pracy. Wyd. Politechniki Warszawskiej, Warszawa 1993.
 15. Malarska A. Statystyczna analiza danych wspomaganą programem SPSS. Wyd. SPSS, Kraków 2005.
 16. Brzeziński J. Elementy metodologii badań psychologicznych. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 1984.
 17. Bedyńska S., Brzezińska A. (red.) Statystyczny drogowskaz. Wyd. Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej Academica, Warszawa 2007.
 18. Nawojczyk M. Przewodnik po statystyce dla socjologów. Wyd. SPSS, Kraków 2010.
 19. Pardure S.F., Dick C.T. Patient classification: Illness acuity and nursing care needs. *J. Psychosoc. Nurs. Ment. Health Serv.* 1986; 24 (12): 23–30.
 20. Lenartowicz H. Kadra pielęgniarska w lecznictwie stacjonarnym (z badań nad wykorzystaniem czasu pracy i kwalifikacji zawodowych). AM, Lublin 1987.
 21. Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych.
 22. Safe Staffing Saves Lives. Information and Action Tool Kit. Genewa: ICN International Nurses Day 2006: 53–56.
 23. Ksykiewicz-Dorota A., Wysokiński M., Kurek M. Normy obsady pielęgniarskich na oddziałach intensywnej opieki medycznej i ośrodkach sztucznej nerki. *Zdr. Publ.* 2002; 112 (1): 55–59.
 24. Schroder P.J., Washington W.P. Administrative decision making: staff-patient ratios (A patient classification system for a psychiatric setting). *Perspect. Psychiatr. Care* 1982; 20 (3): 111–123.
 25. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w sprawie obsad pielęgniarskich w zakładach opieki zdrowotnej. Warszawa 2010. http://www.ptp.na1.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=465&Itemid=7; data pobrania: 27 lipca 2011.
 26. Kulczycka K., Ksykiewicz-Dorota A., Saracen A., Karauda M., Gradowska S. Specyfika zarządzania zasobami kadrowymi w systemie opieki zdrowotnej. *Ann. UMCS Sect. D* 2005; 60 (16): 172–175.
 27. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w sprawie zapotrzebowania na umiejętności i kompetencje poszczególnych profesjonalistów ochrony zdrowia. Warszawa 2009. http://www.ptp.na1.pl/pliki/pdf/PTP_stanowisko_umiejtnosci_i_kompetencje.pdf; data pobrania: 31 sierpnia 2011.
 28. Włodarczyk C. Reforma opieki zdrowotnej w Polsce. Studium polityki zdrowotnej. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 1998.
 29. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. 2011, nr 151, poz. 896).
 30. Markiewicz I. Ocena zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską pacjentów w zakładach opieki długoterminowej. Rozprawa doktorska. AM, Lublin 2011.
 31. Duffield C., Gardner G., Catling-Paull C. Nursing work and the use of nursing time. *J. Clin. Nurs.* 2008; 17 (24): 3269–3274.
 32. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. 2009, nr 140, poz. 1146 z późn. zm.).
 33. 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. 2012, nr 0, poz. 1545).