

**Pomiar obciążenia pracą w określaniu potrzeb kadrowych.
Przegląd piśmiennictwa**

**WORKLOAD MEASUREMENT DETERMINING STAFFING LEVELS.
A LITERATURE REVIEW**



**Pomiar obciążenia pracą w określaniu potrzeb kadrowych.
Przegląd piśmiennictwa**

WORKLOAD MEASUREMENT DETERMINING STAFFING LEVELS.
A LITERATURE REVIEW

Opracowane przez Christiane Wiskow

Dla Międzynarodowej Rady Pielęgniarek



Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (MRP)/ International Council of Nurses (ICN)



Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie (PTP)/Polish Nurses Association (PNA) 2009

Redakcja naukowa:

dr n med. Aleksandra Gaworska-Krzemińska Uniwersytet Medyczny w Gdańsku

Tłumaczenie książki było możliwe dzięki funduszom Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego oraz Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Lublinie.

Wszystkie prawa zastrzeżone, łącznie z tłumaczeniem na inne języki.

Żadna część tej publikacji nie może być powielana drukiem, kserograficznie ani w żadnej innej formie, przechowywana w systemach informacyjnych, przekazywana w jakiegokolwiek formie, ani sprzedawana bez pisemnej zgody International Council of Nurses. Fragmenty (nie dłuższe niż 300 słów) mogą być powielane bez zgody, pod warunkiem wskazania źródła.

Copyright © 2006 by ICN - International Council of Nurses, 3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva, Switzerland
ISBN: 92-95040-67-8 Printing: Imprimerie Fornara

Spis treści

Podziękowania	5
Opinie ekspertów pielęgniarstwa:	6
- dr Andrea Baumann	
- dr Hyeoun-Ae Park	
Wykaz skrótów	14
Streszczenie	15
1. Wstęp	17
2. Problemy obsady kadrowej w kontekście opieki zdrowotnej	20
3. Dlaczego mierzyć obciążenie pracą w pielęgniarstwie?	26
4. Definicja pojęć związanych z problematyką obciążenia pracą w pielęgniarstwie	28
5. Czy obciążenie pracą w pielęgniarstwie można zmierzyć?	31
6. Klasyfikacja metod pomiaru obciążenia pracą	36
7. Analiza krytyczna narzędzi pomiaru obciążenia pracą w pielęgniarstwie	40
8. Opis metod	43
8.1. Metody pomiaru oparte na klasyfikacjach poziomu niesamodzielności pacjenta	44
8.1.1. Metoda oceny stanu pacjenta (RAI)	44
8.1.2. Metoda pomiaru samodzielności funkcjonalnej (FIM)	47
8.1.3. Kryteria opieki (CC)	49
8.2. Metody czynnościowe	51
8.2.1 Wskaźniki obciążenia pracą dla określenia potrzeb kadrowych (WISN)	51
8.2.2 Godziny pracy pielęgniarzkiej a „pacjentodzień” (NHPPD)	57
8.2.3 Minimalny zestaw danych pielęgniarzskich (NMDS)	60
8.2.4 Dokumentacja realizacji czynności pielęgniarzskich (LEP)	63
8.2.5 Pielęgniarzka opieka zindywidualizowana (SIIPS)	67
8.3 Metody oparte na planie opieki	71
8.3.1 Pielęgniarzki Projekt Badawczy (PRN)	71
8.3.2 Planification Informatisée des Soins Ifirmiers Requis (PLAISIR)	75
9. Pomiar obciążenia pracą w innych grupach zawodowych	79
10. Podsumowanie i wnioski	87
Bibliografia	91

Podziękowania

Autorka pragnie podziękować wszystkim, którzy uczestniczyli w realizacji badań – udzielając informacji i porad, udostępniając materiały, poświęcając swój czas.

Specjalne podziękowania dla: Mireille Kingma, Judith Oulton, Naeema Al.-Gasseer, Alexandre Goubarev, Mario Dal Poz, Laura Pearson, Bill Ratteree, Hyeoun-Ae Park, Duncan Chappell, Michael Isfort, Clarissa Negri, Jean-François Negri, Hélène Sabourin, Anne Casey, Caroline Hyde-Price, Jon Richards, Sara Gorton, Doncho Donev, Tracy Bury.

O Autorce

Christiane Wiskow, MPH, przez wiele lat pracowała jako asystentka pielęgniarstwa i pracownik socjalny (instruktor) w niemieckiej służbie zdrowia. Obecnie pracuje jako samodzielny konsultant ds. zdrowia publicznego, specjalizuje się w zarządzaniu zasobami ludzkimi w sektorze zdrowia. Uczestniczy w działalności różnych organizacji międzynarodowych i szkół wyższych, m.in. prowadząc badania dotyczące zarządzania zasobami ludzkimi w systemach opieki zdrowotnej w Afryce, badania porównawcze kierunków rozwoju opieki rehabilitacyjnej w krajach europejskich. Prowadzi gościnnie wykłady dotyczące projektów współpracy w ramach zdrowia publicznego w krajach Europy południowo-wschodniej. Jest konsultantem naukowym projektu wspólnego ILO/ICN/WHO/PSI dotyczącego zjawiska przemocy w miejscu pracy w sektorze zdrowia.

OPINIE EKSPERTÓW PIEŁĘGNIARSTWA

Dwa bardzo poważne problemy, z jakimi mierzy się obecnie pielęgniarstwo i które muszą być rozwiązane, jeśli mamy zapewnić pacjentom opiekę wysokiej jakości, to braki kadrowe pielęgniarek na całym świecie oraz rosnące obciążenie ich pracą. W ciągu ostatnich lat wiele uwagi poświęca się narzędziom pomiaru obciążenia pracą, aby precyzyjnie określić potrzeby kadrowe w tym zawodzie.

ICN zleciła Christince Wiskow jako konsultantowi ds. pielęgniarstwa przeprowadzenie analizy piśmiennictwa pod kątem **pomiaru obciążenia pracą w określaniu potrzeb kadrowych**. Poniżej przytaczamy dwie opinie ekspertów pielęgniarstwa, posiadających doświadczenie w omawianym zakresie, a pochodzących z różnych regionów. Korzystamy tu z okazji, aby podziękować Andreai Baumann i Hyeoun-Ae Park za ich cenny wkład w powstanie niniejszego opracowania.

Problem pomiaru pracy

Andrea Baumann, RN, PhD,

Prodziekan ds. pielęgniarstwa na Wydziale Nauk o Zdrowiu

McMaster University, Hamilton, Ontario, Kanada

baumanna@mcmaster.ca

Pomiar obciążenia pracą w określaniu potrzeb kadrowych

Pomiar obciążenia pracą w pielęgniarstwie to wyzwanie, jakim pracownicy merytoryczni i administracyjni próbują stawić czoła od kilku dziesięcioleci. Wiskow (2003) słusznie podkreśla, że pielęgniarstwo generuje największe koszty w bezpośredniej opiece nad pacjentem, dlatego też niekoniecznie jest zainteresowane jak najbardziej sprawnym i skutecznym realizowaniem usług. Przeprowadzony przez tę autorkę przegląd piśmiennictwa pozwala na ogólną ocenę narzędzi międzynarodowych stosowanych w pomiarze obciążenia pracą w pielęgniarstwie w różnych sektorach publicznych. Pomiar pracy pielęgniarek pomaga pracodawcom kontrolować koszty i poprawiać skuteczność. Według Wiskow, termin „pomiar obciążenia pracy” powinien być definiowany jako „pomiar ilości pracy w pielęgniarstwie” albo „wskaźnik czasu pracy w pielęgniarstwie”. Pełne zrozumienie znaczenia i oddziaływania ilości pracy pielęgniarek wymaga dalszych, pogłębionych badań.

Autorzy zwracają uwagę, że instrumenty mierzą tylko to, co można zobaczyć i przewidzieć, gubiąc gdzieś całą istotę praktyki pielęgniarstwa. Większość zgadza się, że to właśnie czynniki niematerialne mają decydujący wpływ na zrozumienie istoty tej pracy. Pomiar nie ujmuje wielu z tych niematerialnych zjawisk. Wymienia się kilka przyczyn takiej sytuacji. Komputery mają obecnie możliwość prowadzenia specjalistycznych baz danych i modelowania narzędzi, ale nie rozwiązano jeszcze problemu gromadzenia danych użytecznych i spójnych (Baumann & Blythe, 2003a) Problem nie leży jednak tylko we wprowadzanych danych, ale raczej w tym, co człowiek jest w stanie uzyskać (zebrać) i co próbuje mierzyć. Brakuje mianowicie zdolności określenia niematerialnych aspektów pracy i uwzględnienia zmiennych ludzkich i środowiskowych, które wpływają na efekty pracy.

Które z aspektów pracy trudno jest mierzyć? W tym komentarzu trudno przedstawić pełną ich listę, ale przytoczmy kilka ważnych przykładów. Dyskusja dotyczy kilku aspektów niematerialnych, kluczowych w ocenie wartości pracy i produktywności pojedynczego pracownika. Poniżej przedstawiono trzy przykłady, ważne dla naszych rozważań, zwłaszcza jeśli chcemy posunąć się naprzód w rozwiązywaniu problemu.

Przykład pierwszy wiąże się z działalnością poznawczą i można go nazwać „procesem decyzyjnym jednostki”. Boblin et al. (1999) w swoim nowatorskim artykule przedstawili analizę poznawczych aspektów pracy pielęgniarskiej, które nie poddają się badaniom ilościowym. Opisali „kompleksową sieć interakcji związanych z wdrażaniem nowej roli pielęgniarskiej, zestaw umiejętności przywódczych (takich jak współpraca, negocjacje, delegowanie zadań) koniecznych do włączenia innych do współpracy, decyzje dotyczące przyznania odpowiednich środków, ustalanie priorytetów, budowanie strategii” (s. 6). Są to właśnie elementy niewidoczne, które wymykają się narzędziom pomiaru. Kompleksowość procesu decyzyjnego zwiększają dodatkowo takie aspekty, jak częstotliwość, niepewność czy nieprzewidywalność.

Drugi przykład to czynnik ludzki, w ostatnich badaniach określany jako „kapitał ludzki”. Wprowadzono tu nową ideę inwestowania w pracownika i nietraktowania go już wyłącznie jako *automatu* zdolnego wykonywać określone zadania. Jak stwierdza Lin (2001), „kapitał ludzki ujawnia się w sposób niematerialny – w wiedzy, umiejętnościach, powiązaniach społecznych, które mogą być aktywowane i wykorzystane dla zwiększenia efektywności, stanowią dla pracowników i pracodawców wartość dodatkową”. Kiedy pracodawcy uznają, że pracownicy mają także pewien kapitał, ich wzajemne kontakty ulegają zmianie. Z punktu widzenia pracodawcy, pracownicy o różnych kwalifikacjach i zdolnościach nie są już postrzegani jako łatwi do zastąpienia, a jakość zespołu staje się kluczem do skutecznego działania (Baumann & Blythe, 2003b). Pracę stosunkowo łatwo mierzyć, jeśli zakładamy, że inne atrybuty pozostają niezmiennie, np. ten sam poziom zaangażowania, energii, wiedzy, te same zadania. Tu właśnie stajemy przed wyzwaniem.

Gdzie więc organizacje powinny kierować swoją energią? W czasach braków kadrowych i starzenia się grupy pracowników wielu twierdzi, że mniej uwagi trzeba zwracać na pomiar pracy, a więcej na inwestowanie w kapitał ludzki, nabór pracowników i zatrzymywanie tych najlepszych. Pracodawcy preferujący podejście „inwestycyjne” traktują pracowników jako formę kapitału; inwestując w ich umiejętności, oczekują większego zaangażowania i produktywności. Taka postawa zapobiega marnowaniu kapitału ludzkiego i pozwala pielęgniarkom w pełni wykorzystywać ich potencjał, co prowadzi do lepszych wyników w opiece nad pacjentami (Baumann & Blythe, 2003b).

Przykład trzeci to wpływ czynników środowiskowych na zdolność personelu do wykonywania pracy. W wielu placówkach jest on rozumiany wprost jako oczywisty brak środków i (zwłaszcza ostatnio) osób do pracy. Autorzy podkreślają, że zdrowe i produktywne środowisko pracy sprzyja: poprawie warunków pracy, rozwojowi zawodowemu, niewystępowa-

niu zjawiska przemocy, inwestycjom w kształcenie ustawiczne, zwiększeniu poziomu zatrudnienia tak, aby zoptymalizować obciążenie pracą, odpowiednim wynagrodzeniem, pracy zespołowej, współpracy międzyzawodowej, karierze zawodowej. Czynniki te tradycyjnie nie są uwzględniane w pomiarze obciążenia pracą. Obecnie jednak, wobec braków kadrowych w pielęgniarstwie, byłoby mądrze ze strony pracodawców przyjrzeć się takim właśnie aspektom swoich organizacji.

Wartościowanie i pomiar pracy to zagadnienie wielowymiarowe. Produktywność w miejscu pracy obejmuje pomiar zmiennych materialnych i niematerialnych, takich jak podejmowanie decyzji. Elementy niematerialne pracy pielęgniarstwie są kluczowe dla tego zawodu. W związku z tym trzeba zobaczyć więcej niż tylko zadania realizowane przez pielęgniarki, zbadać takie elementy, jak jakość podejmowania decyzji, motywacja i zaangażowanie w pracę, środowisko pracy danej osoby. Trzeba wziąć pod uwagę takie elementy, jak poprawa wyników naboru do pracy i zatrzymania osób wartościowych, aspekty jakościowe pracy pielęgniarstwie. Analiza Wiskow podkreśla kompleksowość tej pracy i wyzwanie, jakim jest pomiar pracy w sytuacji braków kadrowych i różnorodności warunków pracy w skali globalnej.

Baumann A., O'Brien-Pallas L., Armstrong-Stassen M., Blythe J., Bourbonnais R., Cameron S. et al. (2001), *Commitment and care. The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation.

Baumann A., Blythe J. (2003a), *Nursing human resources. Cost versus human capital in the restructured health care system*. "Health Perspectives: An International Journal" 2003 vol. 3(1):27-34.

Baumann A., Blythe J. (2003b), *Restructuring, reconsidering, reconstructing. Implication for health human resources*. "International Journal of Public Administration" vol. 26(14):1561-1579.

Boblin-Cummings S., Baumann A., Deber R. (1999, January/February), *Critical elements in the process of decision making. A nursing perspective*. "Canadian Journal of Nursing Leadership" vol. 12(1):6-13.

Lin N. (2001), *Social capital. A theory of social structure and action*. Cambridge University Press: Cambridge.

Tworzenie elektronicznego systemu klasyfikacji pacjentów i doboru personelu pielęgniarskiego w oparciu o pomiar pracy wykorzystujący wskaźnik niesamodzielności pacjentów

Hyeoun-Ae Park,

Seul National University

Wprowadzenie

Zapotrzebowanie na opiekę zdrowotną w Korei Południowej wzrastało znacząco do roku 1989, kiedy to publiczny system ubezpieczeń zdrowotnych objął całą populację. W odpowiedzi na to zapotrzebowanie przedsiębiorcy koreańscy zbudowali w połowie lat 90tych XX w. duże szpitale (ponad 1000 łóżek), co z kolei spowodowało wzrost konkurencji w sektorze opieki. Innym powodem zmian w opiece koreańskiej były naciski krajów rozwiniętych, aby otworzyć rynek dla podmiotów zagranicznych. Instytucje opieki zdrowotnej próbują znaleźć sposób przetrwania w warunkach silnej konkurencji wewnętrznej i zewnętrznej.

Jednym ze sposobów jest poprawa jakości opieki – co nie jest możliwe bez zrównoważenia potencjału kadrowego i obciążenia pracą. Pielęgniarki stanowią co najmniej 1/3 pracowników szpitalnych i wpływają znacząco na jakość opieki (np. poprzez bezpośredni kontakt z pacjentami), zarządzanie tą grupą zawodową jest podstawowym elementem strategii przetrwania placówek ochrony zdrowia.

Pielęgniarki w Korei Południowej pracują zgodnie z nowym prawem medycznym, według którego placówki służby zdrowia muszą zatrudnić co najmniej 2 pielęgniarki na każdym 5 pacjentów. Przełożeni planują wykorzystanie personelu w oparciu o tę zasadę. Nie odzwierciedla ona jednak zmian dziennych w zapotrzebowaniu na czas pielęgniarek, co zazwyczaj powoduje, że brakuje pracowników do zapewnienia odpowiedniej jakości opieki.

Duże szpitale koreańskie próbują teraz stosować klasyfikację pacjentów do oceny zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską, a w konsekwencji do określenia potrzeb kadrowych. Takie klasyfikowanie jest jednak trudne i czasochłonne – pomogłoby opracowanie odpowiedniego systemu elektronicznego, łączącego obie funkcje.

Niniejszy artykuł opisuje rozwój systemu elektronicznego klasyfikacji pacjenta i potrzeb kadrowych do określenia zapotrzebowania na personel pielęgniarski, w oparciu o wskaźnik dziennej zależności pacjentów od pomocy opiekunów.

Metoda badawcza

Nasz system klasyfikacji pacjentów wykorzystuje poniższych 8 deskryptorów do obliczenia zapotrzebowania pacjenta na opiekę pielęgniarską: odżywianie, higiena, aktywność fizyczna, podawanie leków, obserwacja/pomiar, komunikacja/świadomość, diagnozowanie/leczenie, instruowanie/wsparcie emocjonalne. W każdym deskrypcie wyróżniono cztery poziomy opieki, w oparciu o zakres opieki potrzebnej pacjentowi niesamodzielnemu. Na przykład dla deskryptora „aktywność fizyczna” wyróżniono następujące poziomy:

klasa 1 (opieka minimalna): może podejmować aktywność fizyczną bez pomocy

klasa 2 (opieka średnia): może podejmować aktywność fizyczną przy częściowej pomocy

klasa 3 (opieka rozszerzona): potrzeba ćwiczeń pasywnych; może zmieniać pozycję przy częściowej pomocy

klasa 4 (opieka intensywna): pacjent leżący; nie jest w stanie samodzielnie zmienić pozycji

Oblicza się częstotliwość występowania każdej klasy dla wszystkich 8 deskryptorów, a pacjent jest przypisany do klasy o najwyższej częstotliwości. Jeśli pacjentowi przypisano tę samą częstotliwość w więcej niż jednej klasie, jest przypisywany do klasy wyższej.

Aby ocenić zapotrzebowanie kadrowe pielęgniarek, najpierw ocenia się całkowite zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską, które stanowi sumę wszystkich godzin opieki (bezpośredniej i pośredniej), obliczoną przez pomnożenie liczby pacjentów w każdej klasie przez średni czas opieki nad pacjentem typowym w danej klasie. Całkowite zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską jest następnie przekładane na liczbę pielęgniarek potrzebnych do udzielenia tej opieki pacjentom, poprzez podzielenie potrzebnej opieki przez średnią liczbę godzin pracy w ciągu dnia. Wymagana liczba pielęgniarek na każdej zmianie jest określona w oparciu o przewidywane obciążenie pracą dla każdej zmiany.

Średnie godziny opieki bezpośredniej i pośredniej na pacjenta na dany dzień w każdej klasie, zastosowane w tym badaniu, przejęto z badań koreańskich dotyczących czasu i czynności. Na przykład średnia godzin opieki bezpośredniej dla pacjentów internistycznych szpitali specjalistycznych z klas 1-4 wynosiła odpowiednio 2.8, 4.3, 5.5 i 6.1 godziny. Średnia godzin opieki bezpośredniej dla pacjentów oddziałów neurochirurgicznych z klas 1-4 wynosiła odpowiednio 3.2, 3.9, 5.1 i 6.2 godziny, a w oddziałach chirurgii ortopedycznej odpowiednio 2.0, 2.5, 3.5 oraz 5.0 godziny. Średnia czasu opieki pośredniej wynosiła 44.5 minuty dla pacjentów internistycznych i 46 minut dla pacjentów chirurgicznych.

Założono, że pielęgniarka pracuje 8 godzin dziennie, w ciągu doby realizowane są 3 zmiany. Założono też (w oparciu o wyniki wcześniejszych badań), że zapotrzebowanie pa-

cyjntów na opiekę jest takie samo we wszystkie dni tygodnia. Przyjęto (również w oparciu o wcześniejsze badania) następujące zapotrzebowanie na pielęgniarki na poszczególnych zmianach: 40% zmiana poranna, 35% zmiana popołudniowa, 25% zmiana nocna.

Wyniki

System klasyfikacji pacjentów i doboru pracowników składa się z następujących 5 modułów (dostępnych w menu): wprowadzenie, zarządzanie podstawowymi danymi, informacja o pacjentach, wyszukiwanie, wydruk. Korzystając z tych modułów, każdy zespół pielęgniarski może samodzielnie tworzyć klasyfikacje pacjentów i proporcjonalnie dobierać pracowników.

System jest obecnie stosowany w szpitalu klinicznym w Seulu. Każdy pacjent jest klasyfikowany przez wyznaczoną pielęgniarkę codziennie około godziny 9 rano. Wprowadzanie danych trwa około 30 s. na pacjenta. W razie potrzeby, jeśli w ciągu 24 godzin nastąpi znacząca zmiana w rodzaju lub ilości potrzebnej opieki, przeprowadzana jest ponowna klasyfikacja. W związku z tym raport określający zapotrzebowanie na personel pielęgniarski jest generowany co najmniej raz dziennie.

Dyskusja

Opisany system klasyfikuje pacjentów i w oparciu o tę klasyfikację szacuje zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską. System klasyfikacyjny oparto na wskaźnikach niesamodzielności pacjentów, ponieważ to kryterium pozwala na szybszą ocenę niż np. kryterium samodzielności i aktywności pacjentów. Pielęgniarki kwestionują jednak jego dokładność i wiarygodność, ponieważ uważają, że nie odzwierciedla kompleksowości ich pracy.

System porównuje zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarką wyliczoną w oparciu o wspomnianą klasyfikację pacjentów z liczbą dostępnego personelu oraz ze wspomnianymi wymogami prawa koreańskiego, pomaga przełożonym w elastycznym gospodarowaniu kadrami. Obecnie jednak system jest wykorzystywany wyłącznie do celów statystycznych (w odniesieniu do pacjentów w stanach ostrych), a wyprodukowane dane statystyczne są uwzględniane przy decyzjach dotyczących wykorzystania kadry oraz przy planowaniu budżetu pod koniec roku.

System przygotowano przy założeniu, że zapotrzebowanie pacjentów na opiekę jest takie samo we wszystkie dni tygodnia, a na poszczególnych zmianach pielęgniarskich wynosi odpowiednio 40%, 35% i 25%. Konieczne są dalsze badania dotyczące różnic w zapotrzebowaniu na opiekę w poszczególnych dniach tygodnia i między poszczególnymi zmianami, za-

leżnie od sytuacji, jak również te pozwalające opracować kryteria oceny wskaźników zapotrzebowania na przedstawicieli różnych grup personelu pielęgniarskiego.

System może służyć jako narzędzie gromadzenia danych do określenia zapotrzebowania ilościowego na personel pielęgniarski na każdym oddziale. Korzystając z niego, pielęgniarki na stanowiskach kierowniczych uzyskają dokładną informację dotyczącą zapotrzebowania na pracowników na poszczególnych oddziałach w konkretnym czasie, co poprawi skuteczność zarządzania kadrami. A to z kolei poprawi opiekę pielęgniarską, dzięki lepszemu dopasowaniu liczby pracowników zaangażowanych w danym czasie w bezpośrednią opiekę nad pacjentem.

WYKAZ SKRÓTÓW

ACPM	Association of Chartered Physiotherapists in Management
AAS	Acitivités Afférentes aux Soins
ADL	Activities of Dailz Living
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AIRC	Australian Industrial Relations Commission
ANA	American Nurses Association
ANF	Australian Nursing Federation
AUVB/ UGIB	Algemene Unie van Verpleegkundigen van Belgien/ Union Générale des Infirmier(e)s de Belgique
BRAVE	Brigade Resource Allocation to Vehicle
CFARF	Center for Functional Assessment Research Foundation
CIHI	Canadian Institute for Health Information
CSP	Chartered Societz of Phzsiotherapz
EROS	Équipe de Recherche Opérationnelle en Santé
FIM	Functional Independence Measure
FRAN	Formulaire de Relevé des Actions en Nursing
FTE	Full-time Equivalent
HIV	Human Immunodeficiency Virus
ICN	International Council of Nurses
ICU	Intensive Care Unit
LEP	Leistungserfassung in der Pflege
MDS	Minimum Data Set
MIS	Management Information System
MPD	Minimum Psychiatric Data
NMDS	Nursing Minimum Data Set
NHPPD	Nursing Hours per Patient Day
NHS	National Health Service
PANDA	Patient Analysis Nursing Diagnosis and Assessment
PLAISIR	Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis
PRN	Projet de Recherche en Nursing
RAI	Resident Assessment Instrument
RAP	Resident Assessment Protocol
RCN	Royal College of Nurses
RUG	Resource Utilization Group
SIIPS	Soins Infirmiers Individualisées à la Personne Soignée
UK	United Kingdom
USA	United States of America
WHO	World Health Organization
WISN	Workload Indicator of Staffing Need
WLI	Workload Index
WTE	Whole-time Equivalent

STRESZCZENIE

Obciążenie pracą to zagadnienie analizowane także w obszarze pielęgniarstwa, często przywoływane jako przyczyna odchodzenia z zawodu lub zagrożenie dla zdrowia pielęgniarek. Ograniczenia wydatków w opiece zdrowotnej to główny powód, dla którego wszyscy w nią zaangażowani muszą przedstawiać dokumentację potwierdzającą konieczność ponoszonych kosztów. Dotychczas stosowano już wiele metod oceny jakości i kosztów pracy pielęgniarek, w tym systemy klasyfikacji pacjentów i pomiaru obciążenia pracą.

Niniejsze badanie ma na celu analizę najważniejszych znanych i wykorzystywanych obecnie instrumentów pomiaru obciążenia pracą pielęgniarek, wskazanie podobieństw i różnic między nimi, jak również ich skuteczności w określaniu zapotrzebowania na kadrę pielęgniarską.

Zarządzanie kadrami w opiece zdrowotnej to zadanie polegające na łączeniu różnych interesów i celów, często wywołujące wiele napięć. Określenie zapotrzebowania na personel wymaga zapewnienia równowagi między bezpieczeństwem pacjenta i jakością opieki, dobrymi warunkami pracy, a dostępnymi zasobami. W czasach ograniczeń budżetowych najtrudniej uzasadnić wydatki na opiekę pielęgniarską, jako że jest ona jednym z elementów generujących największe koszty w ochronie zdrowia. Z drugiej strony badania pokazują, że liczba i dobór personelu pielęgniarskiego decydują o jakości opieki, a nawet o bezpieczeństwie pacjentów.

Pomiar obciążenia pracą pielęgniarek to tylko jedna z możliwości badania pracy tej grupy i zapotrzebowania na nią. Jego głównym celem jest określenie kosztów i dostosowywanie zasobów kadrowych do potrzeb pacjentów. Według kryterium funkcji najczęściej wyróżnia się trzy kategorie systemów pomiaru: metody oparte na aktywności pacjenta, metody oparte na niesamodzielności pacjenta i metody wynikające z planu opieki.

Podstawowe pytanie dotyczy tego, jak rozumie się obciążenie pracą pielęgniarek. W większości publikacji jest ono definiowane jako działania pielęgniarek, choć uzupełniane dodatkowym komentarzem. Trudno jest opisać kompleksowość pracy pielęgniarskiej. Dodatkowo wydaje się, że pielęgniarki same rozumieją pojęcie „obciążenia pracą” inaczej niż jest to przyjęte w systemach pomiarowych, gdzie nie uwzględnia się ani wielowymiarowości ich działań, ani aspektów jakościowych tej pracy.

Metody pomiaru obciążenia pracą są w literaturze opisane bardzo różnie, co wynika z faktu, że trudno jest w prosty sposób przedstawić dobrą praktykę. Każda z tych metod ma swoje słabe i mocne strony. Wady jakościowe danych, brak wiarygodności prowadzą do stwierdzenia, że nie istnieje obiektywne narzędzie pomiaru. Sugeruje się uznanie ich za

wskaźnik obciążenia pracą, dostarczający wybranych argumentów przemawiających za lepszym zarządzaniem zasobami i przejrzystością pracy pielęgniarskiej. Wartość metod pomiarowych leży w ich możliwościach wykorzystania do obiektywnej i systematycznej dokumentacji pracy pielęgniarskiej oraz do podejmowania lepszych decyzji kadrowych. Doświadczenie pokazuje, że przyczyniają się one także do większego doceniania tej pracy i refleksji nad nią.

Wybór instrumentu czy podejścia zależy od konkretnej sytuacji, w jakiej ma być zastosowany. Musi być podjęty po rozważeniu celów i przyczyn, odbiorców informacji oraz określeniu zakresu badania. Należy także wziąć pod uwagę aspekty organizacyjne, takie jak dostępność i koszty wyposażenia, szkolenie personelu, czas potrzebny na wykonanie pomiarów. Najdroższe i najbardziej zaawansowane są metody wykorzystujące narzędzia elektroniczne, ale niewiele z nich można wykorzystać w krajach uboższych, gdzie brakuje odpowiednich środków i sprzętu.

Kolejnym etapem dyskusji nad pomiarem obciążenia pracą pielęgniarek powinny być ustalenia terminologiczne. Biorąc pod uwagę różne wymiary pracy pielęgniarskiej, sugeruje się wprowadzenie takiego nazewnictwa metod pomiarowych, które ujawniałoby, czy mierzona jest ilość, czy czas pracy.

1. WSTĘP

Uzasadnienie

Warunki pracy odgrywają ogromną rolę w naborze i zatrzymaniu pielęgniarek, jak również w jakości oferowanej opieki. Obciążenie pracą to jedno z zagadnień związanych z pracą zawodową pielęgniarek, często przywoływane jako przyczyna odchodzenia z zawodu, czy zagrożenie dla zdrowia pielęgniarek. Istnieją badania potwierdzające, że ilość pracy pielęgniarek stale wzrasta. Na przykład w szpitalach niemieckich średnie obciążenie pielęgniarki na pełnym etacie wzrosło od 1996 do 1998 roku o 7%, podczas gdy liczba pielęgniarek zatrudnionych w szpitalach ogólnych spadła, przy wzroście liczby lekarzy. Ponieważ lekarze wiele zadań zlecają pielęgniarkom, zmiany te można uznać za wskaźnik zwiększonego obciążenia pielęgniarek pozostałych w zawodzie¹.

Obciążenie pracą pielęgniarek rośnie ze względu na wzrost popytu oraz zmiany demograficzne, technologiczne, zmiany w terapii. Krótszy okres hospitalizacji pacjenta i starzenie się społeczeństwa wymagają bardziej intensywnej opieki. Powyższe, a także problemy społeczne, powodują zmiany w sposobach opieki, często zwiększające obciążenie pielęgniarek. Jednym ze skutków takiej sytuacji są zmiany w warunkach pracy, związane z ryzykiem obniżenia jakości opieki i zagrożenia bezpieczeństwa pacjentów². Według ostatniego badania przeprowadzonego przez Amerykańskie Towarzystwo Pielęgniarskie (ANA), 76% z 7251 pytanym pielęgniarek informowało o zwiększeniu liczby obsługiwanych pacjentów, 75% mówiło, że powoduje to obniżenie jakości opieki, a 69% wskazało niewłaściwe zarządzanie zasobami ludzkimi jako jedną z przyczyn tej sytuacji³.

Kolejną konsekwencją zmniejszenia liczby pracowników może być zwiększenie stresu pracowników i alarmujące dane o wypaleniu zawodowym – coraz poważniejszy problem obserwowany w sektorze zdrowia. Regularne badania brytyjskie wykazują rosnący wskaźnik pielęgniarek w opiece publicznej (National Health Service – NHS), które odczuwają zbyt dużą presję w pracy: z 35% w 1992 do 52% w 1998 (najwyższy wskaźnik – 56% w 1996 roku⁴).

Zmiany w potrzebach zdrowotnych, w tym zmiany demograficzne w krajach uprzemysłowionych, wzrost zachorowań o charakterze epidemii (np. HIV/AIDS), stanowią prawdziwe wyzwanie dla systemów zdrowotnych na całym świecie. Rosnące zapotrzebowanie na opiekę, przy ograniczonych środkach finansowych, stawiają system w sytuacji kryzysowej.

¹ M. Isfort, F. Weidner (2001).

² C. Parmantier et al. (1999).

³ American Nurses Association (2001).

⁴ I. Secombe, G. Smith (1996, 1998).

Cięcia finansowe to podstawowy powód, dla którego wszyscy partnerzy w opiece zdrowotnej zmuszeni są do przedstawienia uzasadnień dla realizowanych działań. Pielęgniarki, tak jak inne grupy zawodowe, muszą w przejrzysty sposób przedstawić swoją pracę decydom i politykom. Opracowano już różne metody oceny jakości i kosztów opieki pielęgniarskiej oraz systemy pomiaru obciążenia pracą. Uzyskane dzięki nim informacje są wykorzystywane przy alokacji zasobów. Pytanie, jak dokładnie mierzyć obciążenie pracą, wymaga szczególnej uwagi, ze względu na mnogość dostępnych na rynku narzędzi.

Badanie

Cel badania

Badanie opisane w tej publikacji miało na celu zapoznanie się z głównymi narzędziami stosowanymi obecnie do pomiaru obciążenia pracą w pielęgniarstwie, z uwzględnieniem podobieństw i różnic między nimi oraz stopnia ich wykorzystania w określaniu potrzeb kadrowych.

W wynikach przedstawiono doświadczenia z różnymi narzędziami oraz podjęto próbę wskazania ich słabych i mocnych stron.

W informacjach wstępnych uwzględniono specyficzne uwarunkowania związane z potrzebami kadrowymi w opiece zdrowotnej. Konieczne wydają się wyjaśnienia terminów używanych w odniesieniu do problematyki obciążenia pracą pielęgniarek, jak również dyskusja nad samym pojęciem „obciążenia pracą”, ze względu na różne definicje obecne w piśmiennictwie, reprezentujące odmienne okoliczności społeczno-kulturowe oraz punkty widzenia badaczy i uczestników projektów.

Analiza narzędzi pomiarowych dotyczy głównych aspektów teoretycznych i metodologicznych. Szczegółowy opis wybranych instrumentów oraz ich zastosowania pozwala na przedstawienie pogłębionych informacji (w oparciu o przykłady), uzupełnionych o krótkie omówienie narzędzi używanych w pokrewnych grupach zawodowych. We wnioskach przedstawiono najważniejsze podobieństwa i różnice między nimi oraz problemy wymagające rozważenia przy stosowaniu niektórych form pomiaru.

Metoda badawcza

Badanie przeprowadzono w oparciu o przegląd piśmiennictwa literaturową, realizowaną w Internecie za pośrednictwem baz danych CINAHL i PUBMED. Dodatkowo przeprowadzono także kwerendy w różnych bibliotekach publicznych i fachowych. Podczas wyszukiwania stosowano następujące słowa kluczowe (w różnych kombinacjach): pielęgniarstwo,

obciążenie pracą, pomiar, obsadzanie stanowisk (ang. *staffing*). Prośbę o dostarczenie potrzebnych informacji i materiałów wysłano do towarzystw członkowskich ICN i innych ważnych podmiotów, umieszczono również stosowne ogłoszenie w biuletynie elektronicznym Afronets. Przeprowadzono wywiady osobiste w Genewie, Francji i Niemczech, zbierając informacje uzupełniające do materiału uzyskanego z piśmiennictwa. Badania prowadzono w językach: angielskim, francuskim i niemieckim.

Ograniczenia

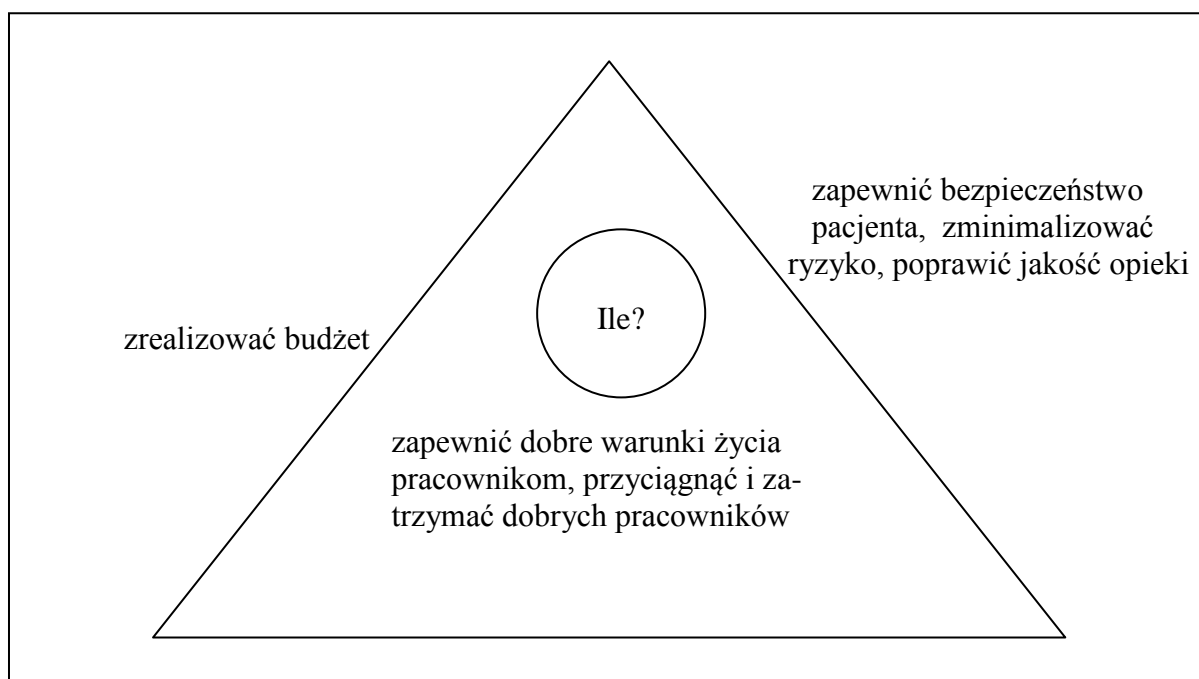
Badanie nie stanowi wyczerpującej, globalnej analizy wszystkich stosowanych narzędzi pomiarowych. Jedną z przyczyn tego stanu rzeczy jest bariera językowa, ograniczająca wyszukiwanie do 3 języków podstawowych. Nawet w obrębie tych języków można zaobserwować dominację informacji z USA, Kanady i Wielkiej Brytanii. Kulturowe aspekty pielęgniarstwa uwzględniono tylko w jednej publikacji, z Nowej Zelandii, nie znaleziono ich w żadnej z publikacji anglo-amerykańskich, niemieckich czy francuskich. W różnych regionach świata mogą być stosowane różne metody, czego w niniejszym badaniu nie brano pod uwagę. Liczba różnych narzędzi jest ogromna, nie wszystkie można uwzględnić w przeglądzie piśmiennictwa. Te opisane należy traktować raczej jako wybór, niż wyczerpujący materiał porównawczy. Uzyskana informacja wskazuje, że metody pomiaru obciążenia pracą są często rozwijane na szczeblu lokalnym⁵, co sugerowałoby konieczność zapoznania się z tzw. szarą literaturą (niepublikowaną), często niedostępną. Źródła wykorzystane w badaniu są często źródłami wtórnymi, opisującymi i komentującymi stosowanie wybranych instrumentów.

⁵ Np. R. Endacott, A. Chellel (1996), Jenkins-Clarke (1992).

2. PROBLEMY OBSADY KADROWEJ W KONTEKŚCIE OPIEKI ZDROWOTNEJ

Zarządzanie zasobami ludzkimi w opiece zdrowotnej wymaga wyważenia interesów wielu stron, co często powoduje napięcia między zaangażowanymi podmiotami. Menedżerowie i politycy dodatkowo podlegają naciskom związanym z ograniczeniami finansowymi i rosnącym zapotrzebowaniem na lepszą opiekę zdrowotną – dostępną wszędzie, dla każdego, tania, zapewniającą dobre warunki pracy dla personelu. Innymi słowy, zaplanowanie obsady personalnej wymaga zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta, jakości opieki i dobrych warunków pracy przy dostępnych środkach finansowych.

Ryc. 1. Cele obsady personalnej. Źródło: Audit Commission Portfolio Project Team, 2001.



Ryc. 1. stanowi ilustrację potrzeb, wobec których podejmowane są decyzje dotyczące obsady personalnej. Planowanie obsady kadrowej jest konieczne na poziomie makro i mikro. Na poziomie makro należy określić rodzaj i liczbę pracowników służby zdrowia ze względu na potrzeby populacji. Według O'Brien-Pallas (1993), modele pozwalające na prognozowanie zapotrzebowania na pielęgniarki i położne na szczeblu makro nie zostały opracowane poprawnie⁶.

⁶ L.L. O'Brien-Pallas (1993).

Badania prognozowanej podaży i popytu na usługi pielęgniarskie w Korei⁷ pokazują skutki, jakie niosą wymagania dotyczące obsady pielęgniarskiej na szczeblu krajowym, jeśli weźmie się pod uwagę różne standardy przygotowania zawodowego. Badacze przewidzieli zapotrzebowanie na usługi pielęgniarskie na okres do roku 2015 w oparciu o metody demograficzne i prognozowanie podstawowe. Zapotrzebowanie na pielęgniarki w placówkach klinicznych oszacowano w oparciu o metody pochodne, dane z publicznego systemu ubezpieczeń zdrowotnych i statystyki dotyczące korzystania z opieki zdrowotnej. Dla potrzeb badania prognozowaną ogólną liczbę pielęgniarek potrzebnych w placówkach klinicznych obliczono na podstawie wskaźników ich produktywności⁸. Produktywność pielęgniarki definiowana jest jako liczba pacjentów, którymi pracownik zajmuje się w ciągu dnia. Ten wskaźnik pokazuje także średnie obciążenie pracą. Autorzy podkreślają, że liczba pacjentów powinna zostać ograniczona, ponieważ obciążenie pracą wpływa negatywnie na jakość opieki. Za wskaźnik produktywności przyjęto 3 różnych pacjentów na 1 standardową pielęgniarkę, na jego podstawie przeprowadzono porównanie potrzeb karowych w trzech różnych sytuacjach:

- (1) prawo medyczne w Korei Południowej określa standard 2.5 pacjentów szpitalnych i 30 pacjentów ambulatoryjnych na 1 pielęgniarkę,
- (2) w wyniku przeprowadzonych badań (z zastosowaniem klasyfikacji pacjentów) ustalono standardowy wskaźnik produktywności dla opieki wysokiej jakości na 1.5 pacjentów szpitalnych i 40 pacjentów ambulatoryjnych,
- (3) aktualna produktywność w placówkach klinicznych, według statystyki krajowej, to średnio 5.0 pacjentów szpitalnych i 60 pacjentów ambulatoryjnych.

Tylko 16% przebadanych placówek spełniało standardy wyznaczone przez prawo medyczne. Według prognoz opracowanych na podstawie bieżącej produktywności, od roku 2010 spodziewany jest nadmiar podaży pielęgniarek. Standard ten nie jest jednak zadowalający w odniesieniu do jakości opieki i satysfakcji pielęgniarek. Z kolei szacunki oparte na standardzie optymalnym (2), zapowiadające znaczący niedobór pielęgniarek, są nierealistyczne, jeśli uwzględnić ograniczone zasoby opieki zdrowotnej. Zgodnie ze standardem prawnym (1), podaż pielęgniarek nieco przekracza zapotrzebowanie na ich usługi. Obecny wskaźnik zatrudnienia pielęgniarek (60%) przewiduje jednak poważne braki kadrowe w przyszłości. Jedno z proponowanych przez autorów rozwiązań to strategia polegająca na zatrzymaniu pielę-

⁷ H.A. Park, C. Eunyong (2001).

⁸ Zapotrzebowanie na pielęgniarki w placówkach nieklinicznych oszacowano według innych kryteriów, nieopisanych w niniejszej pracy.

gniarek w zawodzie i zatrudnianiu bezrobotnych, przy niezwiększonym naborze na studia kierunkowe.

Opieka zdrowotna to sektor zatrudniający wiele osób, wśród nich najważniejszą grupą są pracownicy zawodów medycznych – to ich działalność decyduje o jakości opieki. Grupa ta jednak generuje także największe koszty – według szacunków 60-80% budżetu⁹. Z kolei pielęgniarstwo stanowi jeden z największych kosztów w obrębie tej grupy¹⁰. Na przykład wynagrodzenie pielęgniarek stanowi 50% całego wynagrodzenia w szpitalach szwajcarskich¹¹ lub 75% całkowitych kosztów funkcjonowania oddziałów intensywnej opieki medycznej brytyjskiej publicznej służby zdrowia¹². Jednocześnie personel pielęgniarstwa ponosi największe „ofiary” w czasach ograniczeń budżetowych¹³.

Z drugiej strony istnieją badania mówiące, że liczba i jakość personelu pielęgniarstwa decydują o jakości opieki, a nawet o bezpieczeństwie pacjentów. W ostatnim raporcie Amerykańskiego Towarzystwa Medycznego (AMA) dotyczącym badania 168 szpitali w Pennsylvanii wykazano, że ryzyko zgonu pacjenta szpitalnego wzrasta przy średnim wskaźniku obciążenia pracą pielęgniarek. Dodanie jednego pacjenta pod opiekę danej pielęgniarki zwiększa ryzyko zgonu w ciągu 30 dni o 7%. Ryzyko to wzrasta do 14%, jeśli obciążenie zwiększy się średnio o 4-6 pacjentów. Badacze uważają, że przeciążenie pielęgniarek pracą może być przyczyną 20 000 niepotrzebnych zgonów pacjentów rocznie. Twierdzą również, że wypalenie zawodowe pielęgniarek wzrasta wraz z przeciążeniem obowiązkami i wiele pracowników z tego powodu odchodzi z zawodu¹⁴.

Niektóre kraje dostosowują lub zmieniają swoje regulacje prawne, uwzględniając dane takie jak te przedstawione powyżej. Określają w nich najczęściej minimalną liczbę obsady personalnej gwarantującą bezpieczeństwo pacjenta. W 1999 roku w stanie California przyjęto prawo, które wzywa Departament Zdrowia do określenia minimalnej liczby pielęgniarek dyplomowanych na pacjenta na wszystkich oddziałach szpitalnych, także chirurgicznych i intensywnej opieki medycznej. Prawo wymaga także zapewnienia, że kadra posiada konieczne umiejętności, co stanowi barierę w zastępowaniu pielęgniarek dyplomowanych personelem niewykwalifikowanym. To jednak tylko pierwszy krok. Zasada ta dotyczy tylko kilku grup zawodowych, liczba personelu i stan pacjentów decydują o tym, jak definiowana jest „bez-

⁹ T. Martineau, J. Martinez (1997); WHO (2000); P. Hornby, P. Forte (2002).

¹⁰ S. Jenkins-Clark (1992).

¹¹ P. Van Gele (1996).

¹² R. Endacott, A. Chellel (1996).

¹³ L.L. O'Brien-Pallas (1993).

¹⁴ N.n. (2002). Śmierć z powodu braku pielęgniarki. „New York Times”, 25.10.2002.

pieczna obsada kadrowa”¹⁵. W Victorii (Australia) minimalne proporcje liczbowe pielęgniarek i pacjentów określono prawem w sierpniu 2000¹⁶. Ustalono m.in., że na oddziałach chirurgicznych i internistycznych dużych szpitali miejskich powinna być co najmniej 1 pielęgniarka na 4 pacjentów. Ze względu na tę regulację oraz dalsze inicjatywy rządowe, zatrudniono dodatkowo 3000 pielęgniarek. W kwietniu 2002 zabroniono korzystania z agencji pośrednictwa pracy – taka forma zatrudniania dopuszczalna jest tylko w wyjątkowych sytuacjach pojawienia się nieplanowanego wakatu. Takie rozwiązania zachęcają wiele pielęgniarek dyplomowanych do powrotu do zawodu, wzrasta liczba chętnych na studia, zmniejsza się liczba pracowników przebywających na zwolnieniach lekarskich oraz odchodzących z pracy, poprawia się morale personelu. Jednak Buchan (1999) ostrzega, że określone proporcje liczby pielęgniarek i pacjentów mogą być wkrótce traktowane tylko „statystycznie”, a Parish (2002) cytuje doradcę RCN mówiącego, że wskaźniki te nie są wystarczająco elastyczne, aby można je dostosować do specyficznych, lokalnych okoliczności. Największym problemem w określeniu minimalnych proporcji, według tego samego doradcy, jest to, że stają się one normą lub standardem¹⁷ i – według Buchan (1999) – w praktyce traktowane są jako wskaźniki maksymalnej potrzebnej liczby personelu¹⁸.

Pytanie o odpowiedni zestaw umiejętności i zawodów w opiece zdrowotnej, zazwyczaj będące pytaniem o „zestaw umiejętności” – to kolejna kwestia do rozważenia przy podejmowaniu decyzji kadrowych, także wpływająca na obciążenie pracą pielęgniarek. Buchan i Dal Poz (2002) twierdzą, że taki zestaw umiejętności jest definiowany różnie w różnych krajach i systemach ochrony zdrowia, zależnie od uwarunkowań prawnych, kulturowych, praktyki zawodowej i dostępnych środków. Według tych autorów istnieją badania sugerujące, że wzrost zatrudnienia personelu mniej wykwalifikowanego z przyczyn finansowych nie jest rozwiązaniem skutecznym w każdej sytuacji, ale niektórym organizacjom pomógł poprawić wydajność. Nakładanie się ról pielęgniarek i lekarzy sugeruje, że można by rozszerzyć zakres pracy tych pierwszych – nawet przy obowiązujących regulacjach prawnych. Dotyczy to zwłaszcza pielęgniarek ogólnych, pielęgniarek specjalistycznych i położnych zatrudnionych w placówkach klinicznych – wszystkich, dzięki którym można poprawić wyniki opieki bez podnoszenia jej kosztów¹⁹.

¹⁵ J. Buchan (1999).

¹⁶ C. Parish (2002).

¹⁷ Tamże.

¹⁸ J. Buchan (1999).

¹⁹ J. Buchan, M.R. Dal Poz (2002).

Brytyjska Komisja Audytu (2001) opisuje różne metody stosowane w brytyjskiej publicznej służbie zdrowia (NHS), które mają na celu ocenę trafności obsady kadrowej²⁰:

- pomiar wyników

Jako podstawową metodę zapewnienia jakości opieki i bezpieczeństwa pacjentów zaleca się raczej analizowanie danych dotyczących wyników opieki niż obciążenia pracą. Odwrotnie niż w przypadku większości wskaźników obciążenia pracą, pomiar wyników ma charakter obiektywny. Do podstawowych wskaźników wyników, które można wykorzystać, należą: liczba wypadków, jakim ulegają pacjenci, liczba skarg na opiekę na oddziale, liczba wypadków wśród personelu, liczba i długość zwolnień lekarskich personelu. Z jednej strony im bardziej kompleksowy zestaw wskaźników, tym lepiej, ale zbyt wiele może być z kolei zbyt czaso- i kosztochłonne. Wiadomo również, że obsada kadrowa to nie jedyny czynnik wpływający na wyniki opieki, ale nadal ilość pracy i liczba dostępnego personelu zdolnego wykonać konieczne zadania należą do kluczowych. Opracowano narzędzie zwane „Quality Pointers Tool” (*wskaźniki jakościowe*), które ma ilustrować oddziaływanie doboru kadry na jakość opieki. Stwarza ono dodatkowe możliwości znajdowania obszarów problemowych, a nie mierzy samego wyniku.

- benchmarking

Metoda pozwalająca zebrać informacje pomocne przy ocenie obsady kadrowej względem potrzeb. Wykorzystuje dane dotyczące jakości opieki i obsady kadrowej z podobnych placówek i porównuje je między sobą, np. za punkt wyjścia przyjmuje się średni wynik placówki NHS. Oddziały, na których pracuje porównywalnie mniej osób i jakość opieki jest niższa, zyskują argument w negocjacjach o zatrudnienie dodatkowego personelu. Dobre strony benchmarkingu to nisze koszty, obiektywizm danych i łatwość zrozumienia. Z drugiej strony może on być przez personel odbierany jako metoda narzucana przez kierownictwo, co wiąże się z niechęcią i brakiem akceptacji. Benchmarking nie uwzględnia też lokalnych uwarunkowań które mogą wpływać na poziom obciążenia pracą.

- konsultacje

Konsultacje z pracownikami dają możliwość bezpośredniego wykorzystania ich wiedzy o pacjentach, są najprostszym sposobem oceny obsady kadrowej na każdym oddziale i poszczególnych zmianach. Uzyskana ta drogą ocena zawodowa może być uzupełniona danymi ilościowymi, np. dotyczącymi wybranych wyników, liczby pacjentów, jak również wiedzą personelu kierowniczego. Według Komisji Audytu, metoda ta może być stosowana w wielu

²⁰ Audit Commission Portfolio Project Team (2001).

placówkach NHS, ale nie jest sformalizowana. Jej stosowanie zazwyczaj nie powoduje zwiększonego zapotrzebowania na nowych pracowników. Wadą konsultacji jest, że nie daje logicznych powiązań między oddziałami czy placówkami, ze względu na kilka czynników.

- narzędzia pomiaru obciążenia pracą

Wartość tych narzędzi leży w zaangażowaniu pracowników w proces ustalania obsady kadrowej, w planowanie opieki, lepszy podział środków. Pomiar obciążenia pracą to najbardziej skomplikowana metoda określania obsady kadrowej. Jest czasochłonny – i codziennie stosowany. Autorzy wymieniają więcej jego wad niż zalet, np.

- systemy pomiaru obciążenia pracą są trudne w opracowaniu i stosowaniu; zazwyczaj wymagają wyznaczenia osoby odpowiedzialnej za projekt, udostępnienia narzędzi teleinformatycznych, ciągłego dostarczania informacji przez personel oddziału;
- szacunkowe pomiary obciążenia pracą i planowania obsady kadrowej mają charakter bardziej idealistyczny niż realistyczny, zorientowany na standardy optymalne;
- wywołują wiele problemów, ponieważ cele ich wprowadzania nie są odpowiednio jasne, często prowadzą do rozczarowania osiągniętymi wynikami;
- pozostaje fundamentalne pytanie dotyczące metodologii; np. przy rosnącym obciążeniu zadaniami administracyjnymi przy kontroli stanu pacjenta i poziomu jego niesamodzielności, wzrasta proporcjonalnie ilość opieki pośredniej, przez co zachwianiu ulega integralność systemu.

3. DLACZEGO MIERZYĆ OBCIĄŻENIE PRACĄ W PIELEŃNIARSTWIE?

Wiele jest przyczyn i celów pomiaru pracy pielęgniarskiej. Można je wiązać z różnymi zainteresowaniami podmiotów zaangażowanych w opiekę jej przebiegiem i efektami. Wśród głównych celów wymienić można następujące:

- ocena stanu pacjenta i określenie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską: co leży w interesie pacjentów i klientów, a także interesie zawodowym pielęgniarek,
- określenie i zarządzanie obsadą kadrową: główny przedmiot zainteresowania pielęgniarek, w aspekcie warunków pracy, bezpośrednio także interes klientów, jeśli chodzi o jakość opieki,
- określenie wysokości kosztów i zarządzanie środkami finansowymi: interes płatnika finansującego opiekę zdrowotną, a także interes pielęgniarek, jeśli chodzi o właściwy przydział środków,
- pomiar wyników interwencji pielęgniarskich: w interesie pacjentów, a z punktu widzenia zawodowego w interesie pielęgniarek.

Cele te nie są rozłączne. Należałoby raczej powiedzieć, że dobrze ilustrują wielowymiarowość istoty pomiarów w pielęgniarstwie. Ponadto, celem tworzenia systemów informacji pielęgniarskiej jest lepsze poznanie i zrozumienie problemów obciążeń kadrowych przez różne zainteresowane strony (w aspekcie poprawy jakości opieki), a przez pielęgniarki – większe docenienie przez nie same ich znaczenia, różnorodności i poziomu skomplikowania całego wkładu pielęgniarstwa w opiekę zdrowotną. Pomiar obciążenia pracą pielęgniarek to tylko jeden z wielu aspektów pomiaru pracy i potrzeb pielęgniarskich. Jego głównym celem jest określenie wymagań względem pielęgniarstwa, czy to w perspektywie finansowej, czy obsady kadrowej względem potrzeb pacjentów.

W ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat opracowano i wdrożono różne metodologie pomiaru zapotrzebowania na pracę pielęgniarek i pomiaru obciążenia pracą pielęgniarek. O'Brien-Pallas (1993) sformułowała podstawowe w tej kwestii pytanie: *Jak najlepiej można zmierzyć zapotrzebowanie pacjentów na pomoc pielęgniarek i jak określić, ile pielęgniarek potrzeba, aby taką opiekę zrealizować?*²¹ Pytanie to pozostaje aktualne, nie znaleziono żadnej magicznej formuły łączącej wszystkie potrzeby i aspekty pomiaru pracy pielęgniarskiej.

²¹ L.L. O'Brien-Pallas (1993) s. 1.

Towarzystwo Pielęgniarek Nowego Brunswiku (1996) zdefiniowało pomiar obciążenia pracą pielęgniarek jako *określenie całkowitego czasu pracy pielęgniarek, obejmujące usługi bezpośrednio i pośrednio, potrzebnego klientom, oraz liczby pielęgniarek potrzebnych do zrealizowania tych usług*. Dodatkowo autorzy ci twierdzą, że systemy pomiaru obciążenia pracą są projektowane, aby pomóc w alokacji personelu, planowaniu obsady kadrowej i decyzjach budżetowych²².

O'Brien et al. (2002) definiują pomiar obciążenia pracą pielęgniarek nieco szerzej, jako *kompleksowy proces mający na celu zebranie różnych danych, umożliwiających podjęcie racjonalnej decyzji dotyczącej alokacji zasobów w obrębie pielęgniarstwa i alokacji zasobów pielęgniarskich względem klientów*. Autorzy wymieniają kilka czynników wpływających na pomiar obciążenia pracą, takich jak: liczba i rotacja pacjentów, czynniki demograficzne, cechy osobiste, okoliczności zewnętrzne, zachorowalność i niepełnosprawność, samoopieka, motywacja, wsparcie rodzinne, czynniki specyficzne dla danego przypadku, zalecana terapia, sposób przyjęcia pacjenta. Zwracają uwagę na element wymagany do pomiaru obciążenia pracą pielęgniarek – rozróżnienie między pracą pielęgniarską i „poza pielęgniarską”, aby móc uzyskane wyniki łączyć z odpowiednim zestawem umiejętności²³. Włączenie zestawu umiejętności, choć w literaturze przywoływane jako ważny czynnik, rzadko jest uwzględniane w metodach pomiaru.

²² Nurses Association of New Brunswick (1996).

²³ A.J. O'Brien, M. Abas, J. Christensen, P. Nicholis, T. Le Prou, A. Hekau, J. Vanderpyl (2002).

4. DEFINICJA POJĘĆ ZWIĄZANYCH Z PROBLEMATYKĄ OBCIĄŻENIA PRACĄ W PIELĘGNIARSTWIE

W piśmiennictwie znaleźć można różne terminy wiążące się z pomiarem obciążenia pracą pielęgniarek. Nawet jednak tych kilka najpopularniejszych ma często bardzo odmienne definicje. Ta różnorodność pojęć i definicji daje wrażenie różnic w podejściu, filozofii, celach opieki, a więc i metodach jej pomiaru.

O znaczeniu stosowania poprawnych, jasnych pojęć i ich definicji w dyskusjach o sprawach pielęgniarstwa na szczelbu ogólnoswiatowym mówiono już na Kongresie ICN w 1909. Jeden z jego uczestników stwierdził wówczas: *aby realizować cele naszego stowarzyszenia – takie jak dyskusja o sprawach zdrowia różnych grup ludności – wcześniej czy później będziemy musieli określić wspólne podstawy naszej pracy. Musimy opracować coś w rodzaju „pielęgniarskiego esperanto”, które w dłuższej perspektywie przekształci się w uniwersalną terminologię i metodologię opieki, stosowane przez wszystkich członków naszej organizacji*²⁴. Mniej więcej 90 lat później działania podejmowane w tym obszarze zakończyły się stworzeniem Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP)²⁵.

Nie zawsze jest łatwe, ani nawet możliwe, znalezienie odpowiednich pojęć, równoważnych w wielu językach. Na przykład termin „potrzeba opieki pielęgniarskiej” (ang. *nursing need*) ma w języku niemieckim dwa odpowiedniki podobne brzmieniowo, ale odmienne znaczeniowo. „Pflegebedürftigkeit” dotyczy tylko określonej potrzeby pacjenta, zgodnej z regulacjami prawnymi. Natomiast „Pflegebedarf” dotyczy zapotrzebowania pacjenta na opiekę pielęgniarską z punktu widzenia doświadczonej pielęgniarki, jak i z punktu widzenia samego pacjenta (subiektywnie). Te trzy aspekty rozpoznawania zapotrzebowania (prawny, zawodowy, klienta) mogą się znacznie różnić między sobą²⁶.

Słowa kluczowe dotyczące obciążenia pracą pielęgniarek to na przykład *niesamodzielność pacjenta, czy ostry stan kliniczny*. Opisują one stan chorobowy oraz poziom niesprawności pacjenta. Kilku autorów zwraca jednak uwagę, że samo określenie stanu pacjenta nie przekłada się bezpośrednio na zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską, ani tym bardziej na poziom obciążenia pracą tej grupy²⁷. Tak samo diagnozy medyczne nie oddają różnorod-

²⁴ P. Van Gele (1996). Tłumaczenie własne autorki.

²⁵ Tamże.

²⁶ M. Isfort et al., op. cit. s. 45 i n.

²⁷ A.J. O'Brien et al. (2002), R. Endacott et al. (1996).

ności zapotrzebowania na pomoc pielęgniarską w procesie opieki²⁸. Trzeba umieć odróżnić niesamodzielność pacjenta (ang. *patient dependency*) od jego zależności od pielęgniarki (ang. *nursing dependency*) – kolejnego terminu, jaki pojawia się w kontekście obciążenia pracą. Komisja Audytu brytyjskiej NHS zaproponowała następujące definicje tych pojęć:

- niesamodzielność pacjenta: ocena zdolności pacjenta do zajęcia się sobą, np. jeśli chodzi o przyjmowanie posiłków, higienę osobistą, poruszanie się,
- zależność pacjenta od pielęgniarki: całkowite zapotrzebowanie pacjenta na opiekę pielęgniarską, w tym edukację, rehabilitację i pomoc psychologiczną²⁹.

Kolejny ważny termin to „intensywność pielęgnowania” (ang. *nursing intensity*), która dotyczy ilości czasu, jaki pielęgniarka musi poświęcić danemu pacjentowi, niezależnie od postawionej diagnozy czy jej/jego poziomu niesamodzielności funkcjonalnej.

Wreszcie pytanie decydujące – jak definiuje się „obciążenie pracą pielęgniarek” (ang. *workload of nurses*)? Biorąc pod uwagę wszystkie elementy tej pracy, można powiedzieć, że jest to całość usług pielęgniarskich. Według O’Brien et al. (2002) najszersza definicja opisuje je jako *ilość i rodzaj pracy pielęgniarskiej*³⁰. W większości przeglądanych publikacji termin „obciążenie pracą” jest definiowany ogólnie, jako „działania pielęgniarek w procesie opieki”, ewentualne rozróżnienie dotyczy wyodrębnienia dwóch kategorii: opieki bezpośredniej i pośredniej. Opieka bezpośrednia zazwyczaj jest rozumiana jako działania realizowane w obecności pacjenta. Definicje opieki pośredniej są różne (zob. Rozdział 8 – opis instrumentów), ale zazwyczaj odnoszą się do działań pielęgniarek realizowanych nie w obecności pacjenta, ale związanych ze sprawowaną nad nim opieką. Przykładowo wymienia się: komunikację dotyczącą pacjenta (prowadzoną z personelem medycznym lub rodziną), prowadzenie dokumentacji, sprawy związane z „zarządzaniem danym przypadkiem” i tzw. inne. Definicje różnie traktują włączenie do form pośrednich działań takich, czyszczenie czy utrzymanie w porządku otoczenia, zależy to również od kontekstu, a zwłaszcza od treści opisu stanowiska pracy w danej jednostce.

W Wielkiej Brytanii funkcjonują dwie definicje obciążenia pracą. Jedna z nich mówi, że jest to „łączna ilość czasu spędzonego na pracy dla każdego pacjenta oddzielnie”, druga – „odnosi liczbę pielęgniarek pracujących na oddziale do ogólnego pomiaru aktywności na oddziale”³¹.

²⁸ Dubois-Fresney (1993).

²⁹ R. Endacot et al. (1996).

³⁰ Arthur and James, 1994. Cyt. za: A.J. O’Brien et al. (2002).

³¹ S. Jenkins-Clarke (1992), s. 1.

W piśmiennictwie francuskim różnice w definiowaniu obciążenia pracą wiążą się z dwoma wymiarami jego postrzegania. Z jednej strony będzie to „obciążenie pielęgniarek” lub „obciążenie opieką” (fr. *charge en travail*), co jest podobne do definicji odnoszącej się do opieki bezpośredniej. Z drugiej – „obciążenie pracą” (fr. *charge en travail*), które to podejście łączy działania pielęgniarskie w opiece bezpośredniej z działaniami pośrednimi. W większości publikacji, w których przeprowadzono analizę metod pomiaru obciążenia pracą, obciążenie pracą pielęgniarek łączy formy pośrednie i bezpośrednie. Należy o tym pamiętać, mając na względzie, że niektóre metody wykorzystują pomiar niesamodzielności pacjenta do określenia zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską, a następnie przenoszą wynik na potrzeby kadrowe.

5. CZY OBCIĄŻENIE PRACĄ W PIELEŃNIARSTWIE MOŻNA ZMIERZYĆ?

Choć większość publikacji opisuje obciążenie pracą jako działania pielęgniarek, można również znaleźć wiele komentarzy krytykujących takie podejście. Krytycyzm ten wiąże się z faktem, że trudno jest ująć opisać całą kompleksowość pracy pielęgniarskiej. Działania mierzone większością metod odzwierciedlają tylko te zachowania pielęgniarek, które dają się obserwować – co stanowi zaledwie wierzchołek góry lodowej na tle ogromu i zróżnicowania funkcjonalnego pracy pielęgniarskiej. Na przykład mierząc puls pacjenta, doświadczona i wykwalifikowana pielęgniarka nie tylko liczy i zapisuje uzyskany wynik, ale jednocześnie także obserwuje i ocenia wiele wskaźników stanu fizycznego i psychicznego pacjenta. Wiedza, doświadczenie, poglądy i wartości reprezentowane przez pielęgniarkę to kluczowe aspekty określające jej działania poznawcze związane z oceną stanu pacjenta. Trudności w pomiarze i wartościowaniu tych profesjonalnych zachowań i ocen są między innymi przedmiotem dyskusji dotyczących ustalenia „zestawu umiejętności” zawodowych³². Wiedza i działania to integralne elementy pielęgniarstwa, a zbyt często – na co zwraca uwagę Hughes (1999, s. 34) – są one pomijane. Każde działanie pielęgniarskie oparte jest na ocenie okoliczności, w tym na analizowaniu znacznych ilości specjalistycznych informacji i wyciąganiu wniosków. Poza wiedzą wyuczoną każda pielęgniarka ma swoje własne, wyjątkowe doświadczenia zawodowe i osobiste, które kształtują jej sposób pracy i powodują różnice w indywidualnej realizacji procedur zawodowych.

Stosowane metody pomiaru często nie odzwierciedlają wielofunkcjonalności pracy pielęgniarskiej, ani trudności w wyodrębnieniu i obserwacji jej poszczególnych składników. Metody skoncentrowane na działaniach analizują pracę pielęgniarek linearnie, jednocześnie uwzględniając czas w taki sposób, jakby były one realizowane równolegle i całkowicie odrębnie³³. Mówiąc o pomiarze obciążenia pracą, trzeba uwzględnić trudności w pomiarze wielu czynności wykonywanych równocześnie (np. instruowanie studenta podczas opieki nad pacjentem, przy jednoczesnej obserwacji drugiego pacjenta przebywającego w tym samym pomieszczeniu³⁴). Inny przykład, przytoczony przez eksperta pielęgniarstwa, to nieustanne słuchanie i obserwacja podczas dokonywania badań i pomiarów. Niektóre typy obserwacji klinicznej są rejestrowane i traktowane jako odrębna aktywność – nie docenia się jednak w ten

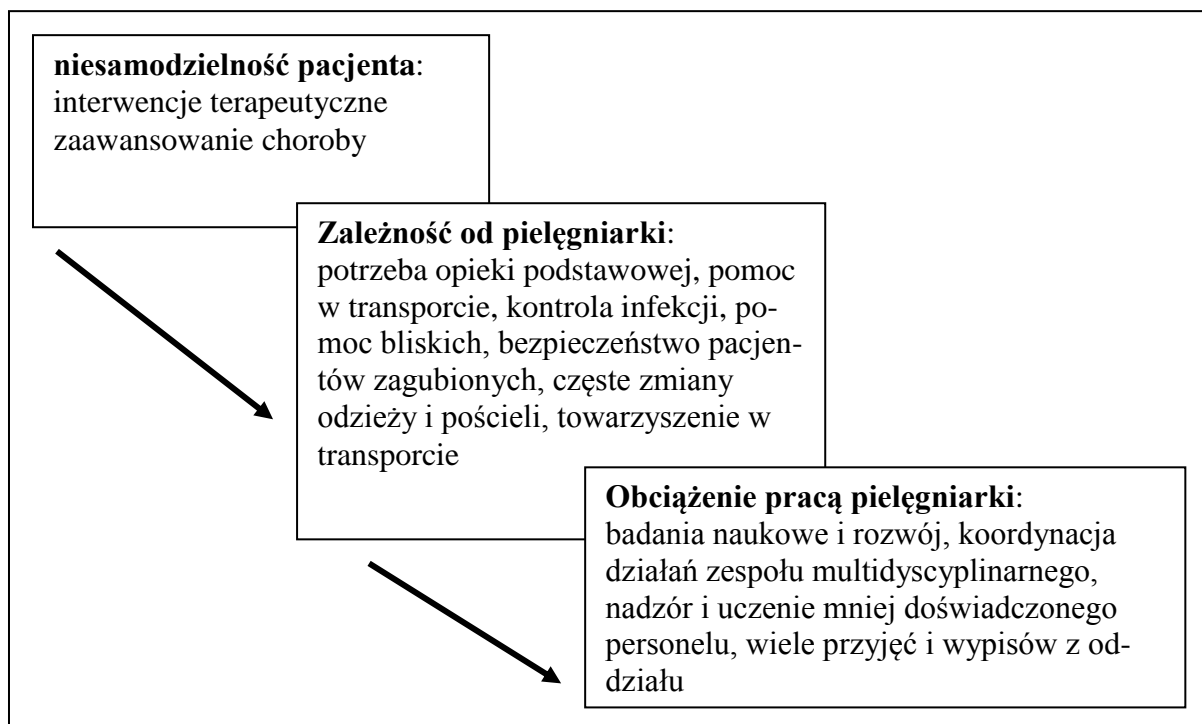
³² R. Endacott, A. Chellel (1996).

³³ M. Hughes (1999).

³⁴ M. Isfort, informacja uzyskana w trakcie wywiadu, 25.11.2002.

sposób nieustannej koncentracji uwagi pielęgniarki na pacjencie³⁵. Hughes (1999) zauważa, że jednocześnie wykonywanie pewnych czynności przez pielęgniarki często zależy od okoliczności, od wystąpienia sprzyjających warunków – a więc nie jest możliwe do przewidzenia³⁶.

Rycina 2 ilustruje kompleksowość wymiarów obciążenia pracą pielęgniarek i ich powiązania z niesamodzielnnością pacjentów oraz ich zależnością od pielęgniarek.



Ryc. 2. Kompleksowość obciążenia pracą pielęgniarek i powiązania między niesamodzielnnością pacjentów, ich zależnością od pielęgniarek oraz obciążeniem pracą.

Źródło: oprac. własne na podst. R. Endacott, A. Chellal (1996) s. 41, z odwołaniami do RCN.

W Kanadzie (Gaudine, 2000) przeprowadzono badania jakościowe subiektywnego postrzegania obciążenia pracą przez same pielęgniarki. Wyniki ujawniły, że są one bardziej kompleksowe niż odzwierciedlają to systemy pomiarowe obciążenia pracą³⁷. Badacze wyodrębnili 9 kategorii cech obciążenia pracą. Są to:

- natężenie, reprezentujące ilość pracy,
- jednoczesność potrzeb, opisująca sytuacje, w których należy wykonać kilka rzeczy w tym samym czasie,

³⁵ Informacja uzyskana w wywiadzie, 8.11.2002.

³⁶ M. Hughes (1999) s. 319.

³⁷ A.P. Gaudine (2000).

- potrzeby własne pielęgniarek, reprezentujące potrzeby własne lub wykonywanie zadań własnych,
- jakościowe aspekty pracy – stopień trudności zadania,
- przewidywanie, oczekiwanie na niespodziewane sytuacje: pełna gotowość,
- odpowiedzialność adekwatna do zajmowanego stanowiska – za życie pacjentów i za funkcjonowanie oddziału,
- współzależność – praca zespołowa jako dzielenie się obciążeniami (niezależność będzie wówczas rozumiana jako przyjmowanie wszystkich obciążeń na siebie),
- oddzielenie pracy od życia prywatnego – na ile praca przenika do innych sfer życia,
- aspekty emocjonalne – w pracy pielęgniarskiej często opisywane jako wyczerpanie emocjonalne.

Mając na względzie systemy pomiaru obciążenia pracą, warto wspomnieć, że obciążenie niekoniecznie dotyczy samej ilości pracy. Na przykład pielęgniarki za duże obciążenie pracą uważają sytuację, w której wykonują nowe dla siebie zadania, zajmują się pacjentami z nietypowymi objawami – choć sama ilość pracy nie jest tu szczególnie duża i można sobie z nią poradzić. Wyodrębniono cztery kategorie wyzwań, jakie wiążą się z pracą pielęgniarską. Są to: odczuwanie dużego obciążenia pracą lub przeciążenia pracą, jednoczesne reagowanie na różne potrzeby, jakościowe aspekty pracy, ilość pracy, odpowiedzialność.

Gaudine (2000) twierdzi, że obciążenie pracą jest rozumiane inaczej przez pielęgniarki, a inaczej przez pracowników sfery administracji czy badaczy. Pielęgniarki w swojej definicji uwzględniają przenoszenie pracy do życia prywatnego i wyczerpanie emocjonalne, podczas gdy badacze te dwa aspekty analizują w kategoriach „przeciążenia rolą zawodową” oraz pomiaru poziomu stresu. Autorka wyodrębniła w czterech kategoriach przeciążenia pracą wątek główny, za który uznała brak kontroli nad obciążeniem pracą. Wiąże się to z modelem zależności pracy i stresu Karasek³⁸, w którym zaproponowano cztery obszary i poziomy stresu związanego z pracą, w oparciu o dwie zmienne: zapotrzebowania na opiekę i kontroli. Zgodnie z tym modelem, stres zmniejsza się, kiedy wzrasta możliwość kontrolowania sytuacji i jednocześnie spada zapotrzebowanie na opiekę. Wysokie zapotrzebowanie w połączeniu z wysokim poziomem kontroli zachęca do aktywnego radzenia sobie z sytuacją. Inną ważną zmienną jest tu wsparcie społeczne, które pomaga w zmniejszeniu poziomu stresu³⁹. Takie podejście koresponduje z wynikami badań kanadyjskich dotyczących tego, w jaki sposób pielęgniarki postrzegają obciążenie pracą. W wynikach tych opisano pracę zespołową jako czyn-

³⁸ R. Karasek et al. (1990), cyt. za: V. Di Martino (2002).

³⁹ V. Di Martino (2002).

nik zmniejszający obciążenie pracą⁴⁰. Stwierdzono jednak, że te uwagi dotyczące subiektywnego postrzegania stresu i obciążenia pracą mają charakter opisowy i są silnie uzależnione od uwarunkowań kulturowych uprzemysłowionych krajów zachodnich. Potrzebne są dalsze badania, sprawdzające ich wartość w innych okolicznościach społeczno-kulturowych.

Głębsze badanie rodzajów i wpływu stresu na pielęgniarki w procesie pracy wykraczałoby poza ramy niniejszej analizy. Należy jednak pamiętać, że stres w pracy generuje znaczne koszty, np. w formie zwolnień lekarskich, nieobecności, częstych odejść z pracy (szacunkowe koszty pracy w stresie i pod przymusem to 30% wszystkich kosztów złego stanu zdrowia pracowników⁴¹). Uwzględnienie aspektów jakościowych w pomiarze obciążenia pracą oraz planowaniu obsady kadrowej może mieć pozytywne skutki ekonomiczne.

Pomiary pracy pielęgniarek powinny być oparte na teoretycznych i filozoficznych podstawach zawodu. Przy projektowaniu nowych metod jako założenie przyjęto bezdyskusyjnie modele pielęgniarstwa i obciążenia pracą, które znacznie różnią się między sobą, a przez to oddziałują negatywnie na wiarygodność danych. Według Hughes (1999), Ozbolt i Graves (1993)⁴² stwierdzili, że wiarygodne dane są niezbędne do oceny istoty, efektów i jakości pielęgniarstwa. Innymi słowy, wiarygodna informacja o istocie i efektach pielęgniarstwa jest konieczna, aby pielęgniarstwo było coraz lepiej postrzegane, a obciążenie pracą w tym zawodzie stało się przedmiotem dyskusji. Dla lepszego zrozumienia teoretycznych podstaw pielęgniarstwa oraz stworzenia modeli klasyfikacyjnych praktyki zawodowej rozpoczęto wiele badań jakościowych⁴³. Wiele jednak pozostaje jeszcze do zrobienia. Na przykład w Niemczech rozwój naukowych podstaw pielęgniarstwa i monitorowanie zmian pozostaje wciąż w fazie wstępnej. Isfort et al. (2001) twierdzą, logika tworzenia instrumentów ilościowych i logika filozofii pielęgniarstwa skupionego na indywidualnej opiece nad pacjentem są nie do pogodzenia. Widać to wyraźnie w przypadku metod opartych o pomiar niesamodzielności pacjenta, używanych do oceny zapotrzebowania pacjentów na opiekę pielęgniarską. W sytuacji idealnej ocena powinna uwzględniać aspekty jakościowe, takie jak subiektywna ocena stanu pacjenta przez niego samego. Faktycznie jednak rzadko takie elementy są brane pod uwagę. Ocena stanu pacjenta, dotycząca okoliczności innych niż jej/jego fizyczna czy funkcjonalna niesamodzielność, jak również dobór działań odpowiednio do dostrzeżonego zapotrzebowania, wymaga przyjęcia podejścia hermeneutycznego i przeprowadzenia (jakościowe-

⁴⁰ A.P. Gaudine (2000).

⁴¹ H. Hoel, K. Sparks, C. Cooper (2000).

⁴² M. Hughes (1999).

⁴³ Tamże.

go) procesu interpretacji. I tu właśnie ujawnia się rozbieżność między oceną jakościową a ilościowymi pomiarami zapotrzebowania na opiekę⁴⁴.

⁴⁴ M. Isfort et al. (2001).

6. KLASYFIKACJA METOD POMIARU OBCIĄŻENIA PRACĄ

W krajach rozwiniętych opracowano i wdrożono wiele metod pomiaru obciążenia pracą – trudno byłoby przygotować ich pełną listę. Większość z najpopularniejszych ma pochodzenie angloamerykańskie lub kanadyjskie, pozostałe powstały w Australii lub Europie (przede wszystkim w Wielkiej Brytanii). Systemy północnoamerykańskie zostały zaadaptowane też w innych regionach świata, np. te stosowane w Bahrajnie⁴⁵ czy metoda PANDA wykorzystywana na nowozelandzkich oddziałach psychiatrycznych⁴⁶.

W literaturze opisano różne sposoby porządkowania metod pomiaru pracy pielęgniarskiej. O'Brien-Pallas (1993) opisuje historię rozwoju badań w tym zakresie oraz wymienia trzy podejścia do analizowania obciążenia pracą pielęgniarek:

- metody opisowe (ang. *descriptive methodology*): w tym podejściu określa się liczbę potrzebnego personelu na podstawie doświadczenia i własnej oceny; dane subiektywne są podstawą określenia proporcji lub formułowania wzorów obliczeniowych. Giovannetti (1984)⁴⁷ stwierdził, że ten sposób określania potrzeb kadrowych ma charakter umowny i – kumulując się – staje się podstawą standardów międzynarodowych. O'Brien-Pallas podaje jako przykład stworzenie standardu określającego 3,5 h opieki nad pacjentem dziennie na oddziale chirurgicznym – standardu, który mimo 30-letniej historii obowiązuje wciąż jeszcze w wielu szpitalach. Mocną stroną tego podejścia jest bez wątpienia fakt, że profesjonalna ocena potrzeb dokonywana przez pielęgniarkę oddziałową sprawdza się w praktyce⁴⁸.
- podejście oparte na teoriach organizacji i zarządzania (ang. *industrial and management engineering approach*): opracowane w latach 50tych XX w., ale wciąż popularne. Pozwala określić ile czasu pielęgniarskiego potrzebują pacjenci, poprzez określenie średniego czasu poświęcanego na wykonanie różnych zadań i procedur. Jest ono podobne do przedstawionego powyżej podejścia zadaniowego. Według O'Brien-Pallas (1993), badania dotyczące czasu pokazują, że większość tego czasu pielęgniarki poświęcają na realizację kilku procedur pielęgniarskich. Taka perspektywa jest wciąż podstawą wielu wykorzystywanych obecnie metod, np. pierwsze metodologie GRASP były oparte na podobnych założeniach, że 15% działań zajmuje 85% czasu pielęgniarki. Najślabszą stroną tego podejścia jest fakt, że interpretuje ono pielęgniarstwo jako

⁴⁵ Informacja uzyskana metodą wywiadu, listopad 2002.

⁴⁶ A.J. O'Brien et al. (2002).

⁴⁷ Cyt. za: L.L. O'Brien-Pallas (1993)

⁴⁸ Tamże.

serię zadań, nie uwzględniając potrzeb indywidualnych pacjentów, natomiast koncentrując się na reagowaniu na te potrzeby.

- Podejście badawcze operacyjne (ang. *operations research approach*): bardziej ogólne, postrzega potrzeby pacjentów jako coś więcej niż tylko sumę zadań i działań pielęgniarskich. Metody oparte na tym podejściu, wykorzystujące modelowanie matematyczne, uwzględniają kompleksowość systemu dynamicznego, dla którego projektowane są obsady kadrowe. Obliczeniom poddawane są wzajemne relacje i oddziaływanie kilku zmiennych, takich jak czynniki wejściowe i wyjściowe, środowiskowe i organizacyjne, obciążenie pracą. Wczesnym przykładem takiej metody jest system klasyfikacji pacjentów Medicus. Choć wymogi tak kompleksowego pojęcia niejako „rozmyły się”, ze względu na potrzebę wypracowania niedrogich instrumentów operacyjnych, O’Brien-Pallas twierdzi, że rozwój i dostępność narzędzi komputerowych mogą spowodować powrót do stosowania tego podejścia.

O’Brien et al. (2002) podsumowują rozwój różnych metod pomiaru, grupując je w 4 kategorie pokoleniowe:

- generacja 1: najpowszechniejsze i najstarsze metody pomiaru obciążenia pracą to ocena zawodowa i intuicja, porównywalne z metodą opisową wg O’Brien-Pallas (1993). Systemy te oparto na klasyfikacji pacjentów i proporcjach liczby pacjentów i pielęgniarek, a minimalne obsady kadrowe obliczano na podstawie bardzo uogólnionych danych.
- generacja 2: systemy klasyfikacji pacjentów ulepszono, aby móc bardziej elastycznie reagować na zmiany w obciążeniu pracą. W związku z tym częściej korzystano z personelu wynajmowanego przez agencje pracy czasowej. W latach 80tych XX w. opieka zaczęła być wiązana z DRG (ang. *diagnostic related groups*).
- generacja 3: w latach 90tych XX w. postępował proces doskonalenia klasyfikacji pacjentów. Podejmowano próby obliczania obciążenia pracą pielęgniarek w sposób praktyczny, w odniesieniu do pracy zmianowej, ale nie zakończyły się one sukcesem. Wyzwaniem pozostało stworzenie klasyfikacji poziomu umiejętności pielęgniarskich, która jest punktem wyjścia dla opracowania dobrego systemu klasyfikacji pacjentów.
- generacja 4: na obecnym etapie celem jest przewidywanie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską w czasie rzeczywistym, powiązane z zestawem umiejętności zawodowych oraz przygotowaniem szczegółowych informacji statystycznych dla celów zarządczych.

Istnieje również klasyfikacja metod pomiarowych opracowana w oparciu o kryterium rodzaju metody. Jenkins-Clarke (1992) wyróżnia cztery kategorie takich metod:

- podejście skoncentrowane na poziomie niesamodzielności pacjenta (ang. *dependency level approach*): systemy mierzące proces opieki, kategoryzujące pacjentów według kryterium ilości potrzebnej lub potrzymanej opieki pielęgniarskiej; oparte są na określeniu albo:
 - a) standardowego czasu przeznaczanego na opiekę w grupach pacjentów o określonym poziomie niesamodzielności, albo
 - b) standardowego czasu przeznaczanego na każde działanie, które są następnie sumowane.
- podejście zadaniowe (ang. *task-oriented approach*): systemy analizują i sumują konieczne działania pielęgniarskie;
- podejście skoncentrowane na planie opieki (ang. *care-plan driven approach*): systemy opracowujące plany opieki pielęgniarskiej i wykorzystujące je do przewidywania obciążenia pracą;
- podejście oddziałowe (ang. *ward-based approach*): systemy koncentrujące się na ruchu pacjentów na oddziale (liczba zajętych łóżek), określające potrzeby w zakresie obsady kadrowej dla każdego oddziału.

Jenkins-Clarke twierdzi, że powyższe kategorie nie są rozłączne.

Najpopularniejsza klasyfikacja wyróżnia dwa rodzaje metod pomiaru obciążenia pracą: podejście związane z poziomem niesamodzielności pacjenta i podejście związane z działaniami pielęgniarskimi⁴⁹. Jako kluczowy przywołuje się tu tekst Edwardson i Giovannetti (1994), podający *kluczowe wskaźniki opieki* i uwzględniający *dokumentowanie zadań pielęgniarskich*⁵⁰.

Isfort i Weidner (2001) przeanalizowali instrumenty pomiarowe w pielęgniarstwie i wskazali dwie podstawowe kategorie, podobne do tych wspomnianych powyżej. Są to:

- metody pomiaru oparte na aktywności pielęgniarskiej (*handlungsbezogene Messverfahren*): instrumenty z tej kategorii, mierząc i dokumentując częstotliwość różnych wykonywanych działań, są pomocne w promowaniu pielęgniarstwa. Mierzone działania wiążane są z wartościami czasowymi (określenie czasu potrzebnego na wykonanie zadania). Najczęściej metody z tej grupy są stosowane jako podstawowe w określaniu obsady kadrowej.

⁴⁹ A.J. O'Brien et al. (2002), s. 22.

⁵⁰ M. Hughes (1999).

- metody pomiaru odwołujące się do stanu pacjenta (*zustandsbezogene Messverfahren*): metody z tej kategorii są używane głównie do oceny stanu pacjenta, aby określić jego/jej zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską. Jeśli zapotrzebowanie to powiązać z koniecznymi interwencjami, można na tej podstawie planować obsadę kadrową. Zapotrzebowanie i interwencje są następnie łączone ze standardowymi wskaźnikami czasu, określonymi zazwyczaj na podstawie klasyfikacji pacjentów. Metody z tej grupy są porównywalne do klasyfikacji pacjentów i podejść opartych na pomiarze ich niesamodzielności.

Proponujemy uzupełnienie istniejących kategorii narzędzi pomiarowych, poprzez połączenie oceny pacjentów, planów opieki i pomiaru aktywności pielęgniarskiej. Kategoria ta jest porównywalna z podejściem opartym na planach opieki, proponowanym przez Jenkins-Clarke.

7. ANALIZA KRYTYCZNA NARZĘDZI POMIARU OBCIĄŻENIA PRACĄ W PIE- LĘGNIARSTWIE

W literaturze przedstawiono wiele opinii na temat metod pomiaru obciążenia pracą. Badania indywidualnych przypadków kończą się zazwyczaj pozytywnymi wnioskami (rzadko publikowane są raporty z badań zakończonych niepowodzeniem⁵¹), natomiast publikacje porównawcze przedstawiają i omawiają ograniczenia poszczególnych metod⁵².

Podstawową cechą krytykowaną w odniesieniu do wszystkich systemów jest ich brak *wiarygodności* i *niezawodności*. Wbrew pozytywnym wynikom testów wewnętrznych przeprowadzonych podczas faz projektowania i wdrażania metody (zob. opis narzędzi), badania meta-analityczne przyniosły negatywne wyniki. O'Brien-Pallas (1993) wspomina, że choć większość instytucji wydaje znaczne sumy pieniędzy na wdrożenie systemów pomiarowych, paradoksalnie nie pozwalają one uzyskać wysokiej jakości danych metodą systematycznej analizy wskaźników. Odnosząc się do wiarygodności metod wspomniana autorka dodaje, że nie wiadomo, w jakim zakresie narzędzia te rzeczywiście odzwierciedlają zapotrzebowanie pacjentów na opiekę, lub w jakim zakresie dane dotyczące czasu poświęcanego na opiekę przystają do rzeczywistej ilości opieki, jaką pacjenci otrzymują.

Hughes (1999) przywołuje kilka badań mówiących, że nie udało się w sposób doświadczalny określić żadnych ogólnych ram działania. W jednym z badań porównano cztery systemy pomiaru obciążenia pracą (nie podano, które), reprezentujące podejście quasi-eksperymentalne, prosząc pielęgniarki o ocenę pacjentów modelowych. Wyniki wykazały niską niezawodność tych systemów. W kolejnym projekcie badano rzeczywisty czas przepracowany przez pielęgniarki na trzech oddziałach, porównując go z ilością czasu potrzebnego na wykonanie zadań, określoną z użyciem czterech systemów pomiarowych. Stwierdzono znaczące różnice między czasem oszacowanym przez system i rzeczywistym czasem pracy. Badanie ilości czasu przeznaczanego na opiekę odpowiednio do poziomu niesamodzielności pacjentów ujawniło bardzo poważne różnice w rzeczywistym czasie, jaki poświęcają pielęgniarki na opiekę nad pacjentami o tym samym poziomie niesamodzielności. Jednym z powodów takiej sytuacji może być fakt, że niezależnie jak bardzo zaawansowany jest system

⁵¹ Np. M.J. Mestre, P. Souid (2002); M. Gurrath (2000); C. Parmentier et al. (1999); M. Bisly (1993); Informations Hospitalières (1993).

⁵² Np. S. Jenkins-Clark (1992); M. Hughes (1999); M. Isfort et al. (2001).

pomiarowy, w pewnym momencie wszystkie metody polegają na doświadczeniu i osądzie zawodowym pielęgniarek, które to traktowane są jako niewiarygodne.

Jenkins-Clarke (1992) w swojej analizie różnych systemów pomiaru obciążenia pracą udowodniła ich poważne wady w aspekcie spójności, stabilności i wiarygodności. Ta ostatnia, jak podkreśla autorka, zależy głównie od personelu korzystającego z narzędzia, dlatego czynnikami decydującymi de facto o wiarygodności gromadzonych danych są szkolenia i instruktaże.

Hughes (1999) sugeruje, że żadna z metod oceny obciążenia pracą nie dostarcza wiarygodnych informacji. Pojawia się pytanie, czy problem leży po stronie metod – czy ich użytkowników? Jednym z problemów (według Edwardson i Giovannetti (1994)⁵³) jest fakt, że w większości z metod wskaźniki lub zmienne są dobierane niezależnie od dostępnych podstaw teoretycznych.

Towarzystwo Pielęgniarek Nowego Brunswiku w swoim stanowisku z roku 1996 twierdzi, że *istniejące systemy pomiaru obciążenia pracą są niekompletne, ponieważ większość klasyfikacji pozwala na prowadzenie obliczeń dotyczących jednego tylko elementu procesu pielęgnowania – mianowicie interwencji pielęgniarskich*⁵⁴.

Ta opinia potwierdzana jest w kolejnych publikacjach. Systemy pomiaru obciążenia pracą opisują pewne obszary pracy pielęgniarskiej, koncentrując się na ilości czasu koniecznego na wykonanie zadań. Nie uwzględniają poziomu trudności czy niejednoznaczności pracy. Systemy o charakterze funkcjonalnym obejmują przede wszystkim procedury, czyli ten najbardziej „wizualny” aspekt pracy pielęgniarskiej. Najnowsze systemy koncentrują się na (poważnym) stanie pacjenta, natomiast te najbardziej rozpowszechnione nie odzwierciedlają takich problemów obciążenia pracą, jak jednoczesne zapotrzebowanie zgłaszane przez kilku pacjentów, nieoczekiwane wydarzenia, konieczne przerwy w wykonywaniu zadania czy poziom hałasu. Nie uwzględniają również aspektów, które pielęgniarki uważają za integralnie związane z pojęciem obciążenia pracą, takie jak odpowiedzialność, jakość opieki, trwanie w gotowości⁵⁵.

Głównym problemem metod opartych na pomiarze aktywności jest ich jednowymiarowość w sumowaniu (linearnym) czasu działań⁵⁶ – mierzenie czasu pracy, a nie faktycznego obciążenia pracą. Ograniczenie to polega na tym, że rejestrowanie działań nie uwzględnia pytania, czy odpowiadają one na rzeczywiste potrzeby, nie określa celów interwencji ani ja-

⁵³ Cyt. za Hughes (1999).

⁵⁴ Nurses Association of New Brunswick (1996).

⁵⁵ A.P. Gaudine (2000).

⁵⁶ L.L. O'Brien-Pallas (1993), s. 21.

kości wykonanej pracy. Metody te zaledwie sumują pewne działania, nie pozwalają na ich ocenę czy wyjaśnienie. Niesie to ze sobą ryzyko, że wybrane interwencje i poniesione koszty nie mogą być argumentem w dyskusjach politycznych dotyczących kosztów pielęgniarstwa⁵⁷.

Wśród metod opartych na pomiarze stopnia niesamodzielności pacjenta wyróżnić można te, które służą ocenie potrzeb pacjenta. Badanie przeprowadzone w Wielkiej Brytanii przez Royal College of Nursing ujawniło, że spośród 176 badanych oddziałów intensywnej opieki medycznej (w publicznej służbie zdrowia) 77,3% stosowało systemy oceny pacjenta w pracy, z czego 55% dla potrzeb pomiaru obciążenia pracą, a 63% dla oceny zapotrzebowania na obsadę kadrową i/lub konkretny zestaw umiejętności pracowników. Badacze wykazali, że 42% szefów oddziałów było jednak niezadowolonych z informacji uzyskanych tą drogą, ponieważ nie byli w stanie na ich podstawie ani ocenić obciążenia pracą, ani zaplanować obsady kadrowej. Oceny koncentrowały się na stanie fizykalnym i medycznym pacjenta, a to jest tylko jeden z elementów pozwalających określić zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską, nie odzwierciedlający kompleksowości działań pielęgniarskich. Poza tym stan pacjenta nie zawsze przekłada się wprost na ilość pracy pielęgniarki – nie zawsze ten w najcięższym stanie wymaga najwięcej jej zaangażowania⁵⁸.

Hughes (1999) sugeruje, że im krótszy pobyt w szpitalu, tym więcej pacjentów o tym samym poziomie niesamodzielności. Jeśli takie założenie potwierdziłoby się, oznaczałoby to, że metody oparte na pomiarze niesamodzielności byłyby rzadziej stosowane. Jeśli pacjentów można by przypisać tylko do dwóch kategorii, trudno byłoby wskazać różnice w obciążeniu pracą. Na koniec wreszcie znów podstawowym wskaźnikiem obciążenia stałaby się liczba pacjentów. Hughes nadmienia tu jeszcze o dodatkowym problemie, jakim jest fakt, że to pacjent decyduje o tym, ile czasu pielęgniarka musi poświęcić na opiekę nad nim, dlatego nie może ona de facto planować, ile czasu poświęci na wykonanie poszczególnych zadań⁵⁹.

⁵⁷ M. Isfort et al. (2001), s. 49.

⁵⁸ R. Endacott, A. Chellel (1996), s. 41.

⁵⁹ M. Hughes (1999) s. 319.

8. OPIS METOD

W niniejszej części scharakteryzowano instrumenty pomiaru pracy pielęgniarstwa. Wybrano te najbardziej popularne. Wyczerpujący opis metod używanych obecnie w różnych regionach świata przekraczałby ramy tej pracy, wybrano więc narzędzia przykładowe, według następujących kryteriów:

- aktualnie w użyciu,
- najlepiej znany w danym kraju (czyli mający zastosowanie ogólnokrajowe),
- prezentacja instrumentów używanych w różnych regionach geograficznych, a więc także tych, które powstały poza Stanami Zjednoczonymi i Kanadą,
- dostępność informacji szczegółowych na ich temat.

To ostatnie kryterium jest bardzo ważne, ponieważ nie wszystkie duże systemy zostały dobrze opisane w literaturze. Na przykład metoda GRASP, choć powszechnie stosowana w USA i Wielkiej Brytanii, nie ma swojej monografii. Witryna internetowa GRASP Inc. nie podaje informacji o samej metodzie, tylko o produktach i usługach.

Rozdział ten składa się z trzech części, które grupują metody pomiaru zgodnie z popularnym podziałem na te oparte na działaniach pielęgniarstwa i te związane z systemami klasyfikacji poziomu niesamodzielności pacjenta. Dodano także trzecią grupę – metod łączących oba podejścia, nazwanych metodami opartymi na planach opieki (wg Jenkins-Clarke, 1992). W każdej grupie opisano kilka metod, aby przedstawić szerokie spektrum stosowanych instrumentów.

Zakładając, że większość instrumentów jest znana przede wszystkim z nazwy, przedstawiono ich szczegółową charakterystykę. Każdy taki opis uporządkowano według następującej struktury⁶⁰:

- **pochodzenie:** informacje o pochodzeniu geograficznym, kontekście ekonomicznym i społeczno-kulturowym; pytanie o to, kto jest autorem metody, ujawnia zainteresowanie jej tworzeniem, a informacja o czasie powstania sugeruje, jak wiele zebrano już doświadczeń w jej stosowaniu;
- **cele:** główny cel instrumentu – czy większy nacisk położono na obciążenie pracą, koszty, czy potrzeby pacjentów;

⁶⁰ Na podstawie M. Isfort et al. (2001)

- **zastosowanie:** wskazuje, dla jakiego typu placówek zaprojektowano metodę i gdzie jest ona wykorzystywana;
- **metodologia:** podsumowanie głównych cech charakterystycznych metody;
- **wdrażanie:** rozpowszechnienie instrumentu ilustruje zainteresowanie zastosowaniem jej w praktyce oraz ilość zebranych doświadczeń w tym zakresie;
- **wiarygodność:** informuje o wiarygodności i niezawodności instrumentu;
- **ograniczenia:** wady każdego instrumentu; przedstawiono je nie po to, aby zdyskredytować dany system, ale aby pomóc w jego dopasowywaniu do konkretnych potrzeb.

8.1 Instrumenty pomiaru oparte na klasyfikacjach poziomu niesamodzielności pacjenta

8.1.1 Metoda oceny stanu pacjenta (ang. *Resident Assessment Instrument – RAI*)

Pochodzenie

RAI został opracowany w Stanach Zjednoczonych⁶¹. Prace rozpoczęto w roku 1987, po przyjęciu ustawy nakładającej obowiązek poprawy jakości opieki w instytucjach opieki długoterminowej. Uczestniczyli w nich różni partnerzy (przedstawiciele pacjentów, klientów, usługodawców itd.) i eksperci o różnej specjalizacji, m.in. medycyna kliniczna, badania naukowe, pielęgniarstwo, opieka społeczna, fizjoterapia, ergoterapia i inni. Po raz pierwszy RAI wdrożono w USA w 1991 roku.

Cele

Metoda ta ma służyć ocenie pacjentów w placówkach opieki długoterminowej (minimalny czas hospitalizacji – 2 tygodnie). Cel główny to utrzymanie i troska o poprawę stanu zdrowia oraz możliwości (samodzielności) rezydentów i klientów. Usystematyzowanie procesu oceny pacjentów i ich potrzeb w zakresie opieki ma na celu poprawę planowania i jakości opieki, a w dalszej perspektywie – poprawę jakości życia pacjentów. W oparciu o ocenę potrzeb dokonuje się wyboru, a następnie szuka uzasadnienia dla podejmowanych interwencji. RAI jest użyteczne szczególnie do oceny stanu pacjenta w początkowym okresie pobytu, pomocne w planowaniu procesu opieki. Ponowne oceny, dokonywane w cyklu kwartalnym, pozwalają na zaobserwowanie zachodzących zmian i nadzorowanie procesu opieki. Niektóre wskaźniki pomocne są w zapewnianiu jakości na szczeblu instytucjonalnym, np. w monito-

⁶¹ Zob. Isfort et al. (2001) s. 60-73.

rowaniu wybranych problemów. Jeśli w trakcie stosowania RAI będą one malały, jest to sygnał informujący o poprawie jakości opieki w instytucji.

Metoda ta jest także stosowana w kalkulacji kosztów.

Zastosowanie

RAI jest stosowana głównie w domach opieki pielęgniarstwa i domach pobytu osób starszych. Wspiera komunikację przedstawicieli różnych grup zawodowych – jako że wszyscy uczestniczący w leczeniu i opiece nad rezydentami mogą korzystać z uzyskiwanych danych. W przypadku metody RUG (zob. niżej), dane te są też pomocne w ocenie kosztów funkcjonowania instytucji.

Metodologia

RAI składa się z trzech części: minimalny zestaw danych (ang. *Minimum Data Set – MDS*) do oceny stanu mieszkańców domu opieki i monitorowania opieki; protokoły oceny rezydenta (ang. *Resident Assessment Protocols – RAP*) – jako źródło danych uzupełniających, oraz grupy wykorzystania środków (ang. *Resource Utilisation Groups – RUG*) – używane w systemie finansowym.

Formy MDS gromadzą szczegółowe, wyczerpujące dane dotyczące stanu rezydenta. Wstępna ocena powinna być przeprowadzona w ciągu 14 dni od hospitalizacji. W niektórych wypadkach wymagany jest siedmiodniowy okres obserwacji. MDS pozwala na zebranie danych w 18 kategoriach, dotyczących m.in. różnych aspektów bio-psycho-społecznych, takich jak stan odżywienia, możliwość komunikowania się i słyszenia, diagnozy, stan psychospołeczny, nastrój, zachowanie i inne. Wspomnianych 18 kategorii podzielone jest dalej na 90 podkategorii, według wielu cech szczegółowych. W sumie konieczne jest zebranie odpowiedzi na 250 pytań (430 możliwych odpowiedzi). W niektórych kategoriach potrzebne są dodatkowe testy, np. równowagi. Ocenę z zastosowaniem MDS przeprowadza pielęgniarka.

RAP, dzięki stosowaniu wskaźników MDS w różnych kombinacjach, pozwala zidentyfikować problemy, np. potrzebę zwrócenia szczególnej uwagi na pacjenta czy zastosowania specyficznych interwencji. Pozwala na opisanie czynników, co może się okazać pomocne w rozwiązaniu problemu. W razie potrzeby stawia się dodatkowe pytania i formułuje zalecenia odnośnie podejmowanych działań. Potencjalne obszary problemowe można przedstawić w formie graficznej lub tabelarycznej (identyfikacja czynników ryzyka).

RUG jest stosowany do obliczania kosztów. W oparciu o pewne cechy opisujące klienta, uzyskane dzięki MDS, tworzy się kategorie klientów według kryterium kosztów.

Uzyskiwane wskaźniki pozwalają określić czas, jaki pielęgniarki i pozostały personel terapeutyczny poświęcają na interwencje (w cyklu dobowym).

Ze względu na szeroki zakres tej metody, trzeba zaplanować odpowiednio dużo czasu na przeprowadzenie oceny. Doświadczenia pokazały, że dzięki dobremu przeszkoleniu użytkowników tej metody można ten czas znacznie ograniczyć. W USA przeprowadzenie pierwszej oceny trwało standardowo ponad 2 godziny, a po przeszkoleniu – 80 minut. W Szwajcarii zaobserwowano tę samą prawidłowość – od ponad 2 godzin do 40 minut (po przeszkoleniu)⁶².

Wiarygodność

Metoda ta została przetestowana pod względem wiarygodności w 10 instytucjach (przeprowadzono 400 ocen). Wyniki wykazały jej niezawodność na poziomie 0,40 i wyższej dla 55% elementów.

Wdrażanie

RAI to instrument akceptowany w pielęgniarstwie, chętnie wykorzystywany w wielu krajach: poza Stanami Zjednoczonymi, także w krajach europejskich (np. Finlandii, coraz częściej w Szwajcarii) i w innych regionach (np. w Japonii). W Niemczech przeszedł pierwsze testy, ale do momentu napisania tego tekstu nie wszedł do powszechnego użycia. Być może ze względu na niekompatybilność RUG z niemieckim systemem finansowania opieki zdrowotnej.

Ograniczenia/ problemy

RAI de facto nie mierzy obciążenia pracą, ponieważ nie gromadzi danych dotyczących ilości działań pielęgniarских, ani wartości czasowych przypisanych tym działaniom. Zgodnie z nazwą – jest raczej narzędziem oceny stanu rezydenta, służącym kontroli jakości opieki.

Konieczność zaangażowania wykwalifikowanego personelu i poświęcenia znacznej ilości czasu na przeprowadzenie tej dość skomplikowanej oceny mogą spowodować problemy lub ograniczenia w jej realizacji. Dotyczy to zwłaszcza domów opieki pielęgniarской – tak jak w Niemczech, gdzie w tego typu placówkach występują poważne braki kadrowe.

⁶² R. Gilgen, U. Weiss (1998), cyt. za: M. Isfort et al. (2001) s. 65.

8.1.2 Metoda pomiaru samodzielności funkcjonalnej (ang. *Functional Independence Measure – FIM®*)⁶³

Pochodzenie

FIM ma pochodzenie angloamerykańskie – zostało opracowane po roku 1986 w Center for Functional Assessment Research Foundation (CFARF) Uniwersytetu Stanowego w Nowym Jorku.

Cele

FIM przygotowano przede wszystkim do oceny stanu rehabilitowanych pacjentów z obrażeniami mózgu. Ma on poprawić planowanie interwencji pielęgniarских i terapeutycznych. Pozwala na dokonanie pomiaru stopnia upośledzenia poprzez systematyczną ocenę możliwości funkcjonalnych pacjenta i jego ograniczeń w tym zakresie. FIM jest więc oparty na indywidualnych możliwościach pacjenta. Mierzy rzeczywiste działania (zachowania) pacjenta, nie oczekiwania względem niego, jest niezależny od postawionej diagnozy.

Zastosowanie

FIM stosowany jest głównie w rehabilitacji i opiece geriatrycznej. Można go porównać do innych używanych instrumentów, takich jak Rankin Scale, Rivermead ADL-Scale, Swedenscore, ADL/IADL, Barthel-Index.

Metodologia

FIM pozwala na przeprowadzenie systematycznej oceny zwykłej, dziennej aktywności pacjenta. Badaniu podlega 18 elementów zebranych w 7 kategoriach. W wyniku oceny przyporządkowuje się je do jednego z 7 poziomów samodzielności: od całkowitej autonomii (7 punktów), nie wymagającej żadnej pomocy, do całkowitej zależności (1 punkt), kiedy pacjent potrzebuje pomocy we wszystkich czynnościach. Wyniki oceny obrazują status funkcjonalny pacjenta w skali od 18 do 126 punktów. Każdy element i wszystkie poziomy są opisane szczegółowo w podręczniku oceny.

FIM jest prosty i przyjazny w użyciu, wypełnienie formularza i przeanalizowanie wyników zajmuje średnio nie więcej niż 30 minut. Ocenę poszczególnych cech stanu pacjenta mogą przeprowadzać różne grupy zawodowe uczestniczące w opiece. Na przykład fizjoter-

⁶³ Informacje o FIM zob. M. Isfort et al. (2001) s. 73-79.

peuta mógłby ocenić stan ruchowy pacjenta, pielęgniarki – dbałość o higienę. Korzystanie z FIM wymaga jednak udziału wykwalifikowanego personelu, w każdej grupie zawodowej.

Wiarygodność

Wiarygodność FIM sprawdzono w testach, osiągając bardzo dobre wyniki jeśli chodzi o wewnętrzną spójność tego narzędzia oraz jego niezawodność⁶⁴.

Wdrażanie

W Stanach Zjednoczonych FIM jest narzędziem obowiązującym na oddziałach rehabilitacji. Jego stosowanie zaleca Stowarzyszenie Rehabilitacji w Szwajcarii.

Ograniczenia/ problemy

Fakt, że FIM ogranicza się do 18 elementów, oznacza, że można go używać tylko jako narzędzie uzupełniające; nie zastąpi ono indywidualnego planu opieki. FIM ma charakter raczej medyczno-funkcjonalny, często nie odpowiada szerokiemu zakresowi potrzeb oceny pielęgniarskiej tak kompleksowo, jak np. RAI.

FIM pozwala na zebranie informacji użytecznych w ocenie procesu opieki, ale należy pamiętać o jego ograniczeniu – tzn. o tym, że nie uwzględnia ono jakościowego i subiektywnego wymiaru sytuacji pacjenta. Na przykład proces akceptacji upośledzenia powoduje znaczące zmiany w sytuacji pacjenta, może mieć pozytywny wpływ na jego/jej jakość życia, ale zmiana ta nie podlega ocenie.

FIM nie służy do pomiaru obciążenia pracą. Aby tak było, konieczne byłoby dołączenie takich elementów, jak pomiar czasu potrzebnego na opiekę lub zastosowanie w powiązaniu z innym narzędziem do oceny powiązań aktywność – czas pracy.

⁶⁴ S. Biefang, P. Potthoff, F. Schliehe (1998). Cyt. za: M. Isfort et al. (2001) s. 77.

8.1.3 Kryteria opieki (ang. *Criteria for Care – CC*)

Pochodzenie

Kryteria opieki opracowano w 1978 roku w Wielkiej Brytanii, jest to najstarszy system oceny, dotąd pozostający w użyciu w wielu szpitalach⁶⁵.

Cele

Kryteria opieki mają pozwolić na zebranie informacji prognostycznych dotyczących potencjalnych potrzeb kadrowych na poszczególnych oddziałach, aby umożliwić lepsze planowanie obsady kadrowej. Jest to metoda łatwa w użyciu.

Zastosowanie

Nie znaleziono żadnych szczegółowych informacji, ale wydaje się, że CC są stosowane na wielu oddziałach szpitalnych.

Metodologia

CC są oparte na klasyfikacji poziomu niesamodzielności pacjenta. Wyróżniono 5 kategorii niesamodzielności. Obciążenie pracą określane jest na podstawie łączenia tych kategorii ze zdefiniowanymi uprzednio jednostkami czasu dla przedziału dobowego (połączenie to określane jest jako wskaźnik). Interwencje pielęgniarskie są zebrane w 4 kategoriach: opieka bezpośrednia, opieka pośrednia, prace towarzyszące, czas własny. W sytuacji idealnej przed zastosowaniem tej metody należy przeprowadzić analizę interwencji na każdym oddziale, aby przydzielić im odpowiednio czas.

Poniżej przykład ze szpitala brytyjskiego, w którym ustalono następujące jednostki czasu pracy pielęgniarek (w minutach):

I poziom niesamodzielności:	75 minut	wskaźnik: 1
II poziom niesamodzielności:	90 minut	wskaźnik: 1,2
III poziom niesamodzielności:	187,5 minuty	wskaźnik: 2,5
IV poziom niesamodzielności:	307,5 minuty	wskaźnik: 4,1

Stworzenie „indeksu obciążenia pracą” (ang. *workload index – WLI*) wymaga pomnożenia wskaźników przez liczbę pacjentów. Uzyskanie informacji o godzinach pracy (WTE) wymaga pomnożenia WLI przez stałą (k), z uwzględnieniem następujących uwarunkowań:

⁶⁵ Informacje na temat tej metody zaczerpnięto z: S. Jenkins-Clarke (1992).

- tylko część czasu poświęcana jest na opiekę bezpośrednią (np. 50%),
- trzeba odliczyć czas potrzebny na przerwy na posiłki (np. 8%),
- trzeba dodać czas ze względu na zwolnienia, urlopy roczne, kształcenie ustawiczne (np. 10%),
- zgodnie z prawem, bierze się pod uwagę ekwiwalent tygodniowego czasu pracy (np. 37,5 godziny tygodniowo).

Wiarygodność/ ograniczenia

Jenkins-Clarke (1992) wykazała, że obciążenie pracą i obliczenia kosztów różnią się, zależnie od uwzględnionych parametrów, co powoduje znaczące różnice w potrzebach kadrowych i budżecie. Autorka wyodrębniła różne jednostki czasu i wskaźniki, jak też różnice w czasie potrzebnym na opiekę bezpośrednią, między szpitalami brytyjskimi, które stosują CC. Porównanie wyników, oparte na obliczeniach korzystających z odmiennych parametrów, ujawniło znaczące różnice nawet wówczas, gdy placówki różniły się tylko 1 parametrem. Doświadczenia wykazały też, że jeśli przyjąć za taką samą ilość opieki bezpośredniej w oddziałach o różnych specjalizacjach, może to prowadzić do błędów w prognozowaniu potrzeb kadrowych (zarówno niedobór, jak i nadmiar). Pacjenci na oddziałach dla osób starszych normalnie potrzebują więcej opieki bezpośredniej niż pacjenci chirurgiczni. Większość szpitali określa poziom opieki bezpośredniej na 48-53%.

Kryteria opieki to metoda oparta na pomiarze niesamodzielności, w której kluczem do oceny poziomu obciążenia pracą jest klasyfikacja pacjentów. Jenkins-Clarke (1992) udowodniła, że poszczególne grupy pielęgniarek przyporządkowywały tego samego pacjenta do różnych poziomów niesamodzielności – w oparciu o doświadczenia jednego dnia opieki. Doszła do wniosku, że ocena zawodowa podejmowana na podstawie doświadczeń dobowych i wiarygodność jej wyników zależą od odpowiedniego przeszkolenia personelu.

8.2 Metody czynnościowe

8.2.1 Wskaźniki obciążenia pracą dla określenia potrzeb kadrowych (ang. *Workload Indicators of Staffing Need – WISN*)

Pochodzenie

WISN to metoda opracowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) specjalnie dla potrzeb krajów rozwijających się i przechodzących reformy ustrojowe. Powstała ze względu na dostrzeżony brak dobrej metody określania obsady kadrowej w opiece zdrowotnej właśnie w tych krajach.

Istniało zapotrzebowanie na metodę, która pomogłaby określić (zgodnie z rzeczywistymi potrzebami) odpowiednią obsadę kadrową, dostosowaną do uwarunkowań lokalnych i rodzaju placówki, jak również wskazać optymalne zapotrzebowanie personalne.

Cele

WISM ma na celu poprawę zarządzania zasobami ludzkimi w opiece zdrowotnej – w kategoriach planowania i realizacji właściwej obsady kadrowej. Zadaniem WISN jest obliczenie:

- optymalnego rozmieszczenia geograficznego personelu oraz jego podziału funkcjonalnego odpowiednio dla różnych placówek opieki zdrowotnej,
- optymalnej obsady kadrowej w poszczególnych placówkach, zależnie od uwarunkowań lokalnych,
- optymalnych kategorii personelu i ich działań.

Mając na względzie grupę docelową – czyli systemy opieki zdrowotnej w krajach rozwijających się – WISN ma też pomóc w zdobywaniu użytecznych informacji, korzystając z infrastruktury i zasobów tychże systemów. Dlatego zasady, jakimi należy się kierować, wykorzystując tę metodę, powinny być:

- proste w działaniu, oparte na istniejących źródłach informacji i dostępnych danych,
- proste w stosowaniu, do wykorzystania na wszystkich szczeblach opieki zdrowotnej,
- technicznie możliwe do wdrożenia w lokalnych warunkach,
- łatwe do zrozumienia przez menedżerów nie posiadających przygotowania medycznego,
- realistyczne, pozwalające realizować praktyczne zadania.

Zastosowanie

Autorzy przedstawiają tę metodę jako *doskonale ogólną*⁶⁶. WISN można zastosować na wszystkich poziomach krajowego systemu opieki zdrowotnej, we wszystkich typach placówek i usług, do wszystkich kategorii personelu. Jest to jedno z tych niewielu narzędzi opisanych w niniejszym badaniu, które można stosować w taki sam sposób do wszystkich zawodów medycznych, z poszanowaniem różnic w zakresie odpowiedzialności, funkcjach i zadaniach. WISN uwzględnia fakt, że opieka zdrowotna jest realizowana przez zespoły multidyscyplinarne, na różnym poziomie skomplikowania, w odmiennych placówkach. Ma bardzo szeroki zakres zastosowań. Można ją zaadaptować do potrzeb poszczególnych placówek, np. do obliczenia zapotrzebowania na obsadę kadrową (dla wszystkich kategorii pracowników) na podstawie aktualnego wskaźnika obciążenia pracą, zgodnie z obowiązującymi standardami zawodowymi. Pozwala na porównanie rzeczywistej obsady kadrowej z wymogami standardów, dostarcza informacji o rozkładzie liczbowym i jakościowym personelu w skali powiatu czy województwa. WISN można także stosować do gromadzenia danych o potrzebach kadrowych w skali kraju, jako narzędzie wspierające podejmowanie koniecznych decyzji.

Metodologia

WISN służy do pomiaru obciążenia pracą w opiece zdrowotnej, pozwala na określenie zespołu pracowników, jacy są niezbędni dla realizacji zadań danej jednostki zgodnie z obowiązującymi standardami. Porównanie tych danych z danymi dotyczącymi rzeczywistego zatrudnienia pozwala określić braki (lub nadwyżki) kadrowe dla każdej grupy pracowników oraz ilość pracy do wykonania i napięcie z tym związane.

Jedna z zasad WISN mówi, że należy zaczynać od aktualnej sytuacji w opiece zdrowotnej. Dzięki temu pomiar dotyczy rzeczywiście wykonywanej pracy. Obciążenie pracą jest opisywane jako różne czynności poszczególnych grup personelu w opiece zdrowotnej. Aby je obliczyć, czynności te są „tłumaczone” na czas potrzebny do ich wykonania – przy udziale wszystkich zainteresowanych stron, zgodnie z krajowymi standardami zawodowymi.

Na proces WISN składa się kilka etapów związanych z definiowaniem i obliczeniami. Są to:

- zdefiniowanie rodzaju obciążenia pracą

Każda placówka zdrowotna ma własne zasady podziału pracy, ze względu na rodzaj świadczonych usług, przynależność do lecznictwa zamkniętego lub otwartego, prowa-

⁶⁶ P.J. Shipp, op. cit. s. 10.

dzenie opieki domowej, edukacji zdrowotnej itd. Każdy rodzaj podziału pracy zakłada zaangażowanie różnych kategorii pracowników, zależnie od zasad i procedur obowiązujących w danym kraju. Postępowanie w danym przypadku chorobowym wymaga często czasu i wysiłku zespołu multidyscyplinarnego, złożonego m.in. z lekarza, pielęgniarki, diagnosty laboratoryjnego, pomocy pielęgniarskiej itp. Obciążenie pracą jest więc w każdej placówce dzielone według funkcji i czynności poszczególnych grup pracowników.

- zdefiniowanie tzw. czynności standaryzowanej (ang. *activity standard*) lub standaryzowanego wskaźnika pracy (ang. *standard work rate*)

Dla każdego rodzaju obciążenia pracą:

- czynność standaryzowana: ilość czasu potrzebna na wykonanie danej czynności, jako wynik mnożenia średniego czasu realizacji danej czynności przez liczbę zaangażowanych kategorii pracowników, lub alternatywnie
- standaryzowany wskaźnik pracy: jaka część danej pracy (czynności) może być wykonana w ciągu godziny (dnia), tzn. ilu pacjentów można obsłużyć lub ile zaleceń wykonać.

Czynność standaryzowana to kluczowy element metody WISN, oddziałujący wprost na uzyskiwane wyniki. Podkreśla się, że czas lub wskaźniki są obliczane na podstawie standardów poszczególnych grup zawodowych – już istniejących (np. kodeksy pracy praktyki pielęgniarskiej) lub ustalonych przed zastosowaniem WISN. Ustaleń tych dokonują zazwyczaj starsi pracownicy, z dużym doświadczeniem zawodowym w badanym zakresie.

Czynności standaryzowane lub standaryzowane wskaźniki pracy różnią się zależnie od rodzaju badanej pracy (lecznictwo otwarte, zamknięte), kategorii personelu (w opiece zamkniętej pielęgniarki potrzebują więcej czasu niż lekarze) i rodzaju placówki (np. szpitale specjalistyczne, leczące bardziej skomplikowane przypadki, też potrzebują więcej czasu). Przyjęta metoda pozwala uwzględnić większą kompleksowość i intensywność opieki w pomiarze obciążenia pracą.

- zdefiniowanie standaryzowanego obciążenia pracą

Czynność standaryzowana jest podstawą obliczenia rocznego obciążenia pracą, nazywanego standaryzowanym obciążeniem pracą (ang. *standard workload*). To ostatnie tożsame jest z *ilością danego rodzaju pracy, która może być wykonana przez jedną*

osobę w ciągu roku pracy wykonywanej zgodnie ze standardami zawodowymi⁶⁷. W obliczenia tych uwzględnia się średni dozwolony czas nieobecności (np. wakacje, szkolenia, zwolnienia lekarskie) pracownika w ciągu roku.

- określenie rocznego obciążenia pracą w placówce opieki zdrowotnej,
- roczna ilość pracy danego typu jest określana na podstawie rocznej statystyki usług, w której można znaleźć informacje o różnych działaniach wykonywanych w placówkach opieki zdrowotnej w ciągu roku.
- Obliczenie bieżących potrzeb kadrowych

Roczne obciążenie pracą w placówce opieki zdrowotnej jest dzielone przez obciążenie standaryzowane jednego pracownika; w ten sposób uzyskuje się dane o potrzebach kadrowych w danym roku (obciążenie pracą w jednostce) zgodnie z obowiązującymi standardami (obciążenie standaryzowane).

Zastosowano tu następujący wzór:

Obciążenie pracą w jednostce (statystyka usług) : obciążenie standaryzowane (1 pracownik) = potrzeby kadrowe.⁶⁸

Na podstawie wyliczonych potrzeb kadrowych i rzeczywistego stanu zatrudnienia w jednostce można uzyskać dwa rodzaje danych:

- **różnica** między rzeczywistym zatrudnieniem a obliczonym zapotrzebowaniem, określająca braki lub nadwyżki kadrowe dla każdej kategorii personelu,
- **proporcja** (rzeczywiste – obliczone), wskazująca poziom obciążenia pracą (ang. *work pressure*) w jednostce.

Proporcja ta jest nazywana „Wskaźnikiem obciążenia pracą dla określenia potrzeb kadrowych” (ang. *Workload Indicator of Staffing Need – WSIN*), co stało się także nazwą całej metody⁶⁹. Proporcja 1.0 wskazuje poziom zatrudnienia odpowiedni, aby zrealizować konieczne zadania zgodnie ze standardami zawodowymi. Jeśli na podstawie obciążenia pracą wyliczono zapotrzebowanie na 10 położnych, a zatrudnionych w danej placówce jest 8, otrzymamy proporcję pokazującą, że tylko dostępne jest tylko 80% personelu potrzebnego do realizacji opieki standaryzowanej ($8:10 = 0.8$). Wskazuje to na brak 20% tej kategorii pracowników

⁶⁷ P.J. Shipp, op. cit. s. 6.

⁶⁸ P.J. Shipp, op. cit. s. 7.

⁶⁹ P.J. Shipp, op. cit. s. 13.

(położnych). WISN wyższy niż 1 wskazuje, że pracowników jest więcej niż potrzeba. Niekoniecznie oznacza to, że część personelu jest zbędna, ale że jest wystarczająco dużo czasu pracy na realizację opieki standaryzowanej. Innymi słowy – im niższy WISN, tym większe obciążenie pracą i tym pilniejsza potrzeba poprawy tej sytuacji.

Obie dane – różnica i proporcja – stosowane łącznie mogą być pomocne w podejmowaniu decyzji dotyczących działań priorytetowych. Różnica pokazuje braki lub nadwyżki kadrowe, proporcja natomiast – gdzie obciążenie pracą jest największe. Taka informacja może być wykorzystana do korekty nierówności kadrowych i wsparcia personelu najbardziej obciążonego pracą, a także do lepszej dystrybucji pracowników.

Metoda WISN jest narzędziem stosowanym przede wszystkim do przeprowadzanej po raz pierwszy analizy sytuacji kadrowej w skali kraju. Może być także wykorzystywana na dalszych etapach, jako narzędzie planowania, przez wykorzystanie obliczeń przewidywanego obciążenia pracą w opiece zdrowotnej lub – alternatywnie – wyliczeń potrzeb kadrowych ze względu na przewidywane (nie – aktualne) potrzeby zdrowotne populacji. Można również dostosować standardy obciążenia pracą do poprawy standardów zawodowych lub do zmiany praktyki medycznej czy wymiany sprzętu na lepszy. Zmiany w realizacji usług zdrowotnych mogą wywołać potrzebę rewizji kategorii pracowników, zwłaszcza nakładających się ról i zadań. Wykorzystanie do tego celu czynności standaryzowanej postrzegane jest jako jeden ze sposobów analizy potrzeb kadrowych odpowiednio do nowych funkcji oraz kształtowania optymalnego zespołu multidyscyplinarnego. Zmiany w warunkach zatrudnienia także mogą powodować zmiany w zapotrzebowaniu kadrowym, obliczane przy pomocy WISN.

Wiarygodność

WISN była rozwijana stopniowo, na poszczególnych etapach weryfikowana i doskonalona, z uwzględnieniem wyników testów pilotażowych przeprowadzanych w 6 krajach⁷⁰ w fazie wstępnej. Produkt końcowy, jakim jest podręcznik realizacji WISN, oparto na doświadczeniach wdrożeniowych z 4 krajów: Papui Nowej Gwinei, Tanzanii, Kenii i Sri Lanki⁷¹. W czasie przygotowywania niniejszego materiału informacje dotyczące ewaluacji WISN i jej wyników w wyżej wymienionych krajach, nie były dostępne.

⁷⁰ Były to: Bahrajn, Egipt, Hong Kong, Oman, Sudan i Turcja.

⁷¹ P.J. Shipp, op. cit. s. 1.

Wdrażanie

WISN została opublikowana i udostępniona szerokiej publiczności w roku 1998. Od tego czasu wdrożono ją w kilku krajach rozwijających się, m.in. Bangladeszu i Wietnamie. Całkowitą liczbę krajów ją wykorzystujących szacuje się na 15-20⁷². WHO zapowiedziało także zastosowanie tej metody w krajach francuskojęzycznych w roku 2001⁷³.

Ograniczenia

WISN nie jest narzędziem doskonałym, ma przede wszystkim wymiar praktyczny. Niektóre jej ograniczenia scharakteryzowano w podręczniku. Na przykład dane używane w obliczeniach oparte są na dostępnej rocznej statystyce usług. Może to wiązać się z pewnymi problemami, jak na przykład bezpośredni wpływ jakości danych statystycznych na wyniki WISN. Im bardziej niedokładne, niekompletne i ogólne są dostępne dane, tym mniej dokładne będą wskaźniki WISN. W większości przypadków wyniki wskażą niedoszacowanie potrzeb kadrowych, ze względu na zbyt niskie dane dotyczące obciążenia pracą w dokumentacji. Z drugiej strony, zastosowanie tej metody może przyczynić się do poprawy statystyki.

Korzystanie ze statystyk rocznych powoduje, że metoda obliczania potrzeb kadrowych ma wymiar retrospektywny, dotyczący okresu, za który uzyskano dane. Autorzy twierdzą, że nie stanowi to większego problemu, ponieważ obciążenie pracą w pielęgniarstwie zmienia się stosunkowo powoli⁷⁴. W wymiarze ogólnym może to być stwierdzenie prawdziwe, ale jeśli wziąć pod uwagę na przykład kraje z wysokim wskaźnikiem zachorowalności na HIV/AIDS, tu potrzeby kadrowe (jak i zdrowotne populacji) zmieniają się dość gwałtownie.

Zdarzają się sytuacje, w których trwały brak sprzętu i materiałów ma znaczący wpływ na zapotrzebowanie na usługi, a w efekcie na udokumentowane obciążenie pracą. Wyliczone potrzeby kadrowe są wówczas ograniczone tylko do okresu, w którym odnotowano braki wyposażenia. Jeśli sytuacja się poprawi, wzrośnie także obciążenie pracą. W takim przypadku, aby nie czekać całego roku na poprawę obsady kadrowej, autor proponuje przeprowadzić ocenę obciążenia pracą w jednostce w pełni wyposażonej.

WISN ma także ograniczenia wspólne z innymi metodami pomiarowymi opartymi na obserwacji czynności pracowników. Mierzy czas potrzebny do całkowitego wykonania danej czynności zgodnie ze standardami zawodowymi, zakładając istnienie takich standardów jakościowych. Nie może jednak mierzyć jakości działania ani jakości opieki realizowanej przez

⁷² Informacja uzyskana indywidualnie od eksperta WHO.

⁷³ WHO (2001).

⁷⁴ P.J. Shipp, op. cit. s. 25.

pracowników. Zapewnienie jakości wykonywanej pracy pozostaje przedmiotem odpowiedzialności przełożonych w danej placówce opieki.

Innym potencjalnym problemem jest fakt, że standardy zawodowe powinny uwzględniać krajowy kontekst systemu opieki zdrowotnej (dostępność zasobów i środków), aby móc określić realistyczne, możliwe do osiągnięcia cele. Po pierwsze może więc okazać się konieczne ustalenie, że dany standard jest w tym momencie pożądany, ale niemożliwy do spełnienia, należy więc traktować go jako element długoterminowego planowania strategicznego.

8.2.2 Godziny pracy pielęgniarskiej a „pacjentodzień” (ang. *Nursing hours per patient day* – NHPPD)

Pochodzenie

Metoda stosowana powszechnie do obliczania potrzeb kadrowych, w wersji oryginalnej przyjęta w zachodniej części Australii. Oddział zachodni Australijskiej Federacji Pielęgniarskiej (ang. *The Australian Nursing Federation – Western Branch*, ANF WB) uważa, że obciążenie pracą pielęgniarek w placówkach publicznej służby zdrowia zostało uregulowane przez bardzo niekorzystny akt prawny w roku 2002. Decyzja Australijskiej Komisji ds. Relacji Zawodowych (ang. *The Australian Industrial Relations Commission – AIRC*) została wytłumaczona interesem publicznym w następującym stwierdzeniu: *zapewnienie publicznej opieki zdrowotnej na optymalnym poziomie sprawności i opłacalności leży w interesie publicznym. Skutki braków kadrowych wśród pielęgniarek i problemy pielęgniarek zatrudnionych w sektorze publicznym, jakie wiążą się z nadmiernym i czasami niemożliwym do przewiżenia obciążeniem pracą, są przedmiotem regulacji zawodowych właśnie ze względu na dobro publiczne*⁷⁵.

Cele

NHPPD ma na celu określenie odpowiedniej obsady kadrowej, aby zapewnić bezpieczną i wysokiej jakości opiekę zdrowotną. Analizując ten cel, należy wziąć pod uwagę również *Kodeks praktyki pielęgniarek australijskich* z 2000 roku, który zobowiązuje pielęgniarki do informowania o sytuacjach, kiedy opieka oferowana pacjentowi może być nieodpowiednia lub może negatywnie oddziaływać na zdrowie, bezpieczeństwo lub prawa pacjenta. Innym celem, wymienionym w decyzji AIRC, jest uznanie, że rozwiązanie problemów

⁷⁵ Australian Nursing Federation, WA Branch (2002).

związanych z rekrutacją pielęgniarek i ich odchodzeniem z zawodu wymaga zajęcia się problemami obciążenia pracą⁷⁶.

Zastosowanie

Według opinii ANF WB, metodę NHPPD można stosować w szpitalach, choć nie na wszystkich oddziałach czy jednostkach. Konieczne wydaje się opracowanie specjalnych wskaźników i metodyki benchmarkingu obciążenia pracą dla oddziałów intensywnej opieki medycznej, sal operacyjnych, oddziałów chorób sercowych i naczyniowych, chorób psychicznych, ratunkowych i izb przyjęć.

Metodologia

NHPPD jest oparta na standardowym czasie opieki pielęgniarskiej dla jednego pacjenta w ciągu jednego dnia, zależnie od rodzaju oddziału szpitalnego. Można ją więc nazwać metodą opartą na pracy oddziału. Odpowiednie standardy ustalono wspólnie z ANF. Zdefiniowano 7 rodzajów oddziałów, uwzględniając kryteria dla różnorodności pomiarów, kompleksowości i wykonywanych zadań pielęgniarskich. Na przykład oddział, który uzyskał najwyższy standard NHPPD równy 7.5 (kategoria A) jest charakteryzowany przez następujące kryteria: wysoka kompleksowość, wysoka niesamodzielność pacjentów, wysoki poziom w ICU, wysoki wskaźnik realizowanych interwencji, opieka specjalistyczna, 1:2 obsada kadrowa, specjalistyczna opieka pediatryczna. Najniższy standard NHPPD (wynoszący 3.0) przyznawany jest oddziałom kategorii G, opiece ambulatoryjnej (obejmującej także chirurgię jednego dnia) oraz stacjom dializ.

Godziny pracy pielęgniarskiej na oddziale w ciągu 1 tygodnia są obliczane według kategorii oddziału według NHPPD, a następnie mnożone przez liczbę zajętych łóżek i liczbę dni pracy w tygodniu. Na przykład: 20-łóżkowy oddział typu A, otwarty 7 dni w tygodniu, mający 100% zajętość łóżek jest liczony następująco: 20 (zajętość łóżek 100%) \times 7.5 (kategoria A w NHPPD) = 1500 godzin pracy pielęgniarskiej w ciągu 1 tygodnia. Godziny te są następnie dzielone na poszczególne zmiany każdego dnia tygodnia, odpowiednio do potrzeb oddziału. Obsadę kadrową oblicza się dla pełnych etatów (ang. *full-time equivalents* – FTP). Na przykład pielęgniarka zatrudniona na pełnym etacie jest dostępna 38 godzin w tygodniu, co oznacza, że nasz przykładowy oddział potrzebuje 27.6 etatów pielęgniarskich. Trzeba też uwzględnić czas dodatkowy, potrzebny ze względu na różnego rodzaju urlopy, wakacje,

⁷⁶ Tamże.

zwolnienia, nie brane pod uwagę przy obliczeniach. Model ANF WA nie obejmuje dodatkowych (nieetatowych) koordynatorów zmian, menedżerów pielęgniarskich, pielęgniarek specjalistycznych i zajmujących się rozwojem zawodowym pracowników.

Model ten może być też stosowany do wykorzystania NHPPD w proporcjach liczby pielęgniarek do pacjentów, które są powszechne w niektórych typach instytucji. Opierając się na zmianach wynoszących 8/8/10 godzin dla oddziału pracującego 24 godziny na dobę, konwersja proporcji pielęgniarek do pacjentów dla oddziału kategorii A wyniesie 1 : 3.2, dla oddziału kategorii B 1 : 4, dla oddziału kategorii G – 1 : 8. podkreśla się jednak, że ANF WA nie chce stosować obliczeń proporcji liczby pielęgniarek do liczby pacjentów.

Wiarygodność

Standard opracowano we współpracy z różnymi zainteresowanymi stronami. ANF zachęcała swoich członków do udziału w pracach, np. w określeniu kryteriów dla parametrów czy kategorii oddziałów. W literaturze nie podano jednak ostatecznie, na jakich kryteriach bazowano. Wydaje się, że korzystano z opinii specjalistów wyrażonej w kilku raportach. Brak szczegółowych informacji na temat weryfikacji wiarygodności tego modelu.

Ograniczenia

Jak wspomniano we wstępie, korzystanie z ogólnych standardów dotyczących czasu pracy może mieć pozytywny wpływ na zapewnienie odpowiedniej obsady kadrowej. Wybór kryterium czasowego niesie jednak ze sobą ryzyko, że przyjęte ustalenia mogą w przyszłości stać się normą. W przypadku NHPPD kilka powiązanych czynników odzwierciedla różnorodność i kompleksowość pracy pielęgniarskiej na różnego typu oddziałach. Autorzy twierdzą, że obecny model należy traktować jako punkt wyjścia, ze świadomością prowadzenia dalszych prac nad jego doskonaleniem. Konieczne jest zwiększenie jego elastyczności, m.in. przez dołączenie następujących zasad: ocena kliniczna potrzeb pacjentów, środowisko (np. układ przestrzenny oddziału), zobowiązania prawne dotyczące bezpieczeństwa i higieny pracy, regulacje zawodowe, wewnętrzne regulacje pielęgniarskie, jak również uzasadnione obciążenie pracą.

Podstawową wadą NHPPD jest uwzględnianie w obliczeniach różnych czynników, przez co dane dotyczące liczby godzin pracy na jednego pacjenta dziennie są bardzo różne. O'Brien-Pallas (1993) przywołuje badanie, w którym pokazano wpływ zmian w różnych usługach pielęgniarskich, technicznych i innych na liczbę potrzebnych godzin pracy pielęgniarskiej. Autorzy, po przeprowadzeniu analizy statystycznej danych, udowodnili, że jeśli

dostępne są dodatkowo 24-godzinne usługi zapewniające czystość, porządek, przepływ informacji itp. na oddziałach chirurgicznych i intensywnej opieki medycznej, uzyskiwane NHPPD były znacznie niższe (w przeliczeniu na 1 dzień pracy). Rozwijając model NHPPD, trzeba więc brać pod uwagę tego rodzaju zależności.

8.2.3 Minimalny zestaw danych pielęgniarskich (ang. *Nursing Minimum Data Set – NMDS*)⁷⁷

Pochodzenie

System NMDS powstawał od roku 1983 w Belgii, na podstawie tzw. inicjatywy rządowej. Wśród bezpośrednich przyczyn jego rozwoju wymienić należy plany reformy opieki szpitalnej, zwłaszcza w aspekcie finansowym, co miało spowodować także zmiany w realizacji opieki. Za warunek niezbędny tej metody uznano konieczność istnienia podstawowego systemu informacji pielęgniarskiej. NMDS opracowano w dwóch instytutach badawczych, przy współpracy ze stowarzyszeniem pielęgniarskim AUVB (Algemene Unie van Verpleegkundigen van Belgen). Po reformie szpitali przeprowadzonej w roku 1987 NMDS został wprowadzony jako obowiązkowy we wszystkich szpitalach ogólnych w kraju. Na początku minimalny poziom obsady ustalono na podstawie proporcji liczby pielęgniarek do liczby pacjentów: 12 pielęgniarek (6 pielęgniarek dyplomowanych, 3 wykwalifikowani asystenci pielęgniarstwa, 3 pomoce pielęgniarskie) na 30 pacjentów na 24 godziny⁷⁸. Belgia stała się w Europie pionierem w systemowym tworzeniu systemu informacji pielęgniarskiej na szczeblu krajowym. Od roku 1988 dostępne są reprezentatywne dane pielęgniarskie, pozwalające na analizowanie trendów rozwoju w tej grupie zawodowej.

Cele

NMDS przelicza zrealizowane czynności opiekuńcze, pozwalając na wizualną prezentację retrospektywnych danych dotyczących obciążenia pracą pielęgniarek. Jest wykorzystywana przede wszystkim do analizy kosztów. Badania przeprowadzone w Belgii wykazały, że zapotrzebowanie pacjentów na opiekę pielęgniarską nie jest związane z diagnozą medyczną, dane są wykorzystywane do retrospektywnej korekty alokacji zasobów. Mogą być analizowane na szczeblu krajowym, regionalnym lub instytucjonalnym. Dane uzyskane dzięki analizie przeprowadzonych działań stanowią podstawę badań porównawczych (benchmarking) szpita-

⁷⁷ Jeśli nie podano inaczej, informacje w tej sekcji pochodzą z: M. Isfort et al. (2001) s. 104-112.

⁷⁸ R. Williams (2000).

li, w tym zwłaszcza różnic w zakresie obciążenia pracą. Jeśli w szpitalu wykonuje się czynności powyżej średniej, oznacza to zapotrzebowanie na większą ilość środków. Dyrektorzy otrzymują zalecenia dotyczące potrzebnej obsady kadrowej w poszczególnych oddziałach. Poza analizą kosztów i pomiarem obciążenia pracą, uzyskiwane dane są bardzo pożyteczne w pracach badawczych w pielęgniarstwie, np. w badaniach epidemiologicznych lub formułowaniu pytań badawczych.

Zastosowanie

NMDS został zaprojektowany z myślą o placówkach szpitalnych (głównie choroby somatyczne). Od roku 1990 tworzony jest odrębny minimalny zestaw danych psychiatrycznych (ang. *Minimum Psychiatric Data* – MPD), wykorzystywany w opiece psychiatrycznej.

Metodologia

NMDS zawiera skodyfikowane dane dotyczące szpitala i pacjenta, personelu pielęgniarstwa (liczba pielęgniarek na oddziale, kwalifikacje, czas pracy, liczba łóżek) i wykonywanych przezeń czynności. Możliwe jest także gromadzenie danych dotyczących zapotrzebowania na opiekę pielęgniarstwa, według oceny stanu niesamodzielności pacjentów, ale realizuje je tylko 1/3 szpitali.

Czynności pielęgniarstwa są rejestrowane według 23 zmiennych, każda w 3 aspektach: czy pacjent został objęty daną czynnością, jak często, jaka była intensywność tej czynności pielęgniarstwa (w skali 1-4). Zmienne pielęgniarstwa uporządkowano w 5 kategoriach: opieka podstawowa, techniczna, psychospołeczna, obserwacja i „opieka specjalna” (np. zapobieganie, uczenie samodzielności)⁷⁹. Każda zmienna jest szczegółowo zdefiniowana, dla każdej podano instrukcje dotyczące udzielania odpowiedzi oraz kontrolowania.

Dane gromadzone są co kwartał, za każdym razem wszystkie szpitale muszą je dostarczyć dla wyznaczonego okresu 15 dni. Następnie z każdego takiego okresu wybiera się 5 dni, co oznacza, że każdy szpital posiada reprezentatywne dane dla 20 dni z danego roku kalendarzowego. Dane są analizowane centralnie, wyniki przekazywane do zainteresowanych placówek.

Wyniki pozwalają na ocenę działalności wybranej instytucji w porównaniu ze średnią krajową, jak też na analizę czy realizowane czynności są zgodne z zakładanym profilem jednostki (tzn. czy placówka robi to, czego się od niej oczekuje). Miejsce w rankingu krajowym

⁷⁹ M. Isfort et al. (2001) s. 106.

pokazuje, jaki rodzaj pracy jest wykonywany, na tle średniej krajowej. Macierz dwuelementowa pozwala zobaczyć zakres, w jakim jednostka realizuje opiekę podstawową vs. techniczną oraz opiekę przygotowującą do samodzielności vs. pełną opiekę pielęgniarską. W szerszej perspektywie pozwala to zobaczyć, jakiego rodzaju opieka jest realizowana w kraju i jakie są trendy w tym zakresie. Dane można także analizować według kryterium diagnozy medycznej lub według zakresu interwencji pielęgniarskich dla pacjenta na oddziale.

Wiarygodność

Rozwijanie tego narzędzia należy do dwóch współpracujących instytutów badawczych. Według przygotowanych przez nich raportów, 22 z ponad 100 wyodrębnionych czynności pielęgniarskich składają się na 77% realizowanej opieki. Osiągnięcie 100% reprezentacji wymagałoby dodania jeszcze 80 czynności. Na podstawie tych wyników oraz dyskusji ze stowarzyszeniem pielęgniarskim opracowano wersję ostateczną NMDS, składający się z 23 elementów.

Wiarygodność tego narzędzia badano w roku 1992 na grupie 4000 pacjentów. Oceniono ją jako wysoką (79%). Wykazano także, że wiarygodność tzw. „elementów miękkich”, takich jak opieka psychospołeczna, była niższa. W wielu innych badaniach NMDS uzyskał także wyniki pozytywne.

Wdrażanie

NMDS nie jest stosowany poza Belgią⁸⁰. Wstępne badania pilotażowe przeprowadzono w Niemczech, natomiast w Szwajcarii metoda ta została oceniona negatywnie. Najbardziej krytykowano tam ograniczenie czynności pielęgniarskich do 23. Pielęgniarki pracujące w zawodzie uznały ten wybór za wysoce niereprezentatywny, a w związku z tym całe narzędzie za nieakceptowalne. Jeden z ekspertów RCN (Royal College of Nursing) poddał w wątpliwość możliwość zastosowania NMDS w Wielkiej Brytanii. Co prawda złożono wniosek o dofinansowanie pilotażu tego narzędzia w szpitalach brytyjskich ze środków unijnych, ale za poważne wady projektu uznano wysokie koszty metody (związane z dużą liczbą gromadzonych danych), jak też różnice strukturalne i kulturowe systemów opieki zdrowotnej⁸¹.

⁸⁰ To zdanie było może prawdziwe w roku 2004 (wydania tej książki). Obecnie wiele krajów stosuje własne wersje NMDS, rozwija się także wersja międzynarodowa (tzw. i-NMDS). Przep. tłum.

⁸¹ R. Williams, (2000).

Ograniczenia

Poza wspomnianymi powyżej przyczynami niechęci do stosowania NMDS poza Belgią, trzeba dodać, że metoda ta nie pozwala na gromadzenie danych dotyczących jakości opieki (choć władze resortowe twierdzą przeciwnie). Można przywołać tu wypowiedź jednej z pielęgniarek pracujących w szpitalu belgijskim, która powiedziała, że NMDS pozwala na analizę ilości i różnorodności dziennego obciążenia pracą, a jej wpływ na poprawę opieki określiła jako pośredni – wynikający z możliwości określenia przyszłych priorytetów i zapotrzebowania na poszczególne rodzaje opieki⁸².

8.2.4 Dokumentacja realizacji czynności pielęgniarских (niem. *Leistungserfassung in der Pflege* – LEP®)

Pochodzenie

LEP⁸³ to skrót od wyrażenia „*Leistungserfassung in der Pflege*”, które można przetłumaczyć jako „dokumentacja realizacji czynności pielęgniarских” (ang. *nursing performance recording*). Metoda ta została opracowana w Szwajcarii, stanowi wynik połączenia dwóch systemów, pierwotnie tworzonych odrębnie: jednego od roku 1989 (w szpitalu uniwersyteckim w Zurichu) i drugiego od roku 1992 (w szpitalu kantonu St. Gallen). Po stwierdzeniu ich znacznego podobieństwa, powstała grupa robocza, której zadaniem było połączenie obu struktur. Od roku 1997 biuro LEP w St. Gallen koordynuje dalszy rozwój narzędzia⁸⁴.

Cele

LEP mierzy obciążenie pracą zespołu pielęgniarского, poprzez zapisywanie czynności składających się na skuteczną opiekę. Choć jest to narzędzie retrospektywne, pozwala również na przewidywanie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarскую⁸⁵. Używa się go do określania obsady kadrowej. Porównanie obciążenia pracą między różnymi placówkami pozwala na lepsze dopasowanie kadry, a przez to bardziej sprawiedliwy podział pracy w zespole. Biuro LEP uważa w związku z tym proponowaną metodę za narzędzie zarządzania i kontroli, dostarczające danych potrzebnych do optymalizacji planowania wewnętrznego, organizacji i

⁸² Tamże.

⁸³ LEP to nazwa zastrzeżona, ale w niniejszym tekście autorki zrezygnowały z każdorazowego umieszczania znaku ®.

⁸⁴ M. Isfort, F. Weidner (2001).

⁸⁵ N.n. (2000). *Savoir infirmier. Qui fait quoi? Krankenpflege/ Soins Infirmiers* 2/ 2000.

finansowania opieki pielęgniarskiej⁸⁶. Jej główne cele to: dostarczanie obiektywnych danych dla potrzeb planowania i oceny pracy pielęgniarek; wizualizacja opieki pielęgniarskiej; a dzięki temu lepsza przejrzystość (transparentność) procesu pielęgnowania (i związanych z nim kosztów) dla środowiska wewnętrznego i zewnętrznego. Biuro LEP twierdzi, że inne zmienne, zazwyczaj używane w obsłudze kosztów, takie jak zajętość łóżek czy diagnozy medyczne, są niewiarygodne, ponieważ w niewystarczający sposób odzwierciedlają pracę pielęgniarek. Dane uzyskane dzięki LEP tworzą podstawę obliczeń kosztów opieki poszczególnych przypadków. Stosowana w różnych instytucjach, metoda ta może być także narzędziem benchmarkingu. Stanowi bodziec rozwoju pielęgniarstwa jako zawodu i dyscypliny naukowej⁸⁷.

Zastosowanie

LEP stosuje się w szpitalach (lecznictwie zamkniętym), ale również w opiece ambulatoryjnej (oddziałach pobytu dziennego, izbach przyjęć itp.). Jej wcześniejsze wersje zawierały różne moduły opracowane dla różnych rodzajów pracy (np. opieka ogólna, intensywne, pediatria, psychiatria, rehabilitacja), ale obecna wersja „LEP Nursing 2.0” (udostępniona w 2001 roku) oferuje pakiet zintegrowany, ze względu na łatwość zastosowania. Poza narzędziem do wykorzystania dla pielęgniarek oferowana jest także wersja dla fizjoterapii, pozwalająca na dokumentację tej formy pracy i jej automatyczne powiązanie z odnośnymi kosztami⁸⁸.

Metodologia

Omawiane narzędzie dokumentuje i mierzy czas potrzeby na prace związane z opieką bezpośrednią. Pielęgniarka odpowiedzialna za danego pacjenta rejestruje wszystkie czynności wykonywane w ciągu 24 godzin. Do wyboru ma 80 czynności (tzw. zmiennych pielęgniarskich), uporządkowanych w 13 kategoriach, które obejmują rutynowe działania pielęgniarskie. Wspomniane kategorie to: zmiana (9 zmiennych, np. przyjęcie, wypis itp.), uruchamianie pacjenta (6)⁸⁹, higiena (5), odżywianie (4), wydalanie (7), komunikacja (9), opieka psychospołeczna (edukacja i kontakty z rodziną), obserwacja (2), badania laboratoryjne (3), podawanie leków (7), leczenie (5), zmienne oddziałowe (7, odzwierciedlają czynności specyficzne, charakterystyczne dla danej jednostki, według np. specjalizacji medycznej). Każda

⁸⁶ LEP. Was ist LEP?

⁸⁷ LEP. Warum LEP?

⁸⁸ LEP. Die LEP Module.

⁸⁹ Cyfry w nawiasach wskazują liczbę zmiennych w danej kategorii.

zmienna jest szczegółowo opisana, aby zapewnić wiarygodność rejestrowanych czynności⁹⁰. Czas realizacji poszczególnych czynności jest następnie sumowany, dzięki czemu otrzymujemy całościowy czas czynności związanych z bezpośrednią opieką nad pacjentem w ciągu doby.

Według znanego już czasu opieki pielęgniarskiej potrzebnego dla każdego pacjenta, LEP wyodrębnia 9 kategorii pacjentów, podobnie jak w metodzie PRN (zob. 8.3.1) grupowano ich według poziomu niesamodzielności. Dla każdej kategorii określono intensywność zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską, co może być wykorzystane przy obliczaniu kosztów opieki dla pacjentów z poszczególnych kategorii⁹¹.

Jeśli chodzi o pracę niezwiązaną bezpośrednio z pacjentem, w LEP opracowano element dodatkowy, nazwany „C-Wert” (tzw. czynnik C – CC). Obejmuje on takie czynności, jak planowanie, zarządzanie, sprzątanie, nadzorowanie, uczenie studentów itp. Opieka pośrednia jest rozumiana jako to, co wykonuje się między czynnościami związanymi z opieką bezpośrednią, a obie te formy składają się na całość dostępnego czasu pracy personelu pielęgniarskiego⁹². Czynnik C ma szeroki zakres, określając poziom pracy na oddziale: im niższa jego wartość, tym wyższe obciążenie opieką bezpośrednią. Wskazania między 25% a 40% odnoszą się do normalnego obciążenia pracą. Poza zastosowaniem CC, subiektywny szacunek obciążenia pracą przeprowadza pielęgniarka oddziałowa, a jego wyniki przedstawia na skali od 1 (niskie) do 7 (krańcowo wysokie). Pozwala to na porównanie dwóch czynników. Czy są do siebie podobne? Czynnik C uważa się za spójny. Czy się różnią? Trwa szukanie odpowiedzi na to pytanie.

Studenci i nowi pracownicy nie są traktowani jak personel pełnoetatowy, jeśli chodzi o wymiar dziennego czasu pracy. Oznacza to, że czas pracy zależy od poziomu doświadczenia. I dalej, że produktywność osób z tych grup (nawet fizycznie obecnych przez cały czas), jest traktowana tak, jakby należeli do innej kategorii personelu. Jeśli czas pracy pielęgniarki uznać za 100%, nowi pracownicy i studenci 2 ostatnich lat studiów są liczeni jako 80%, studenci II roku jako 60%, a roku I – jako 20%. Należy jednak podkreślić, że LEP nie rozróżnia osób ze względu na ich kwalifikacje (np. nie odróżnia pielęgniarki dyplomowanej od pomocy pielęgniarskiej czy sekretarki ordynatora).

Analiza danych i prezentacja wyników mogą być przeprowadzone na wiele sposobów. Na przykład: czas opieki pielęgniarskiej potrzebny na 1 pacjenta dla danej zmiennej; całkowity

⁹⁰ M. Isfort et al. (2001), s. 97.

⁹¹ Tamże, s. 99.

⁹² M. Gurrath (2000).

ty czas opieki pielęgniarskiej dla danej zmiennej; kategoryzacja pacjentów według intensywności opieki, obciążenia pracą. Możliwe jest uzyskanie danych dla różnych wariantów czasowych – dziennych, miesięcznych, lub np. czasu opieki potrzebnego przez cały okres pobytu danego pacjenta w szpitalu.

Wiarygodność

LEP to metoda zbudowana na naukowych podstawach, nieustannie monitorowana i doskonalona przez ekspertów z zakresu pielęgniarstwa i nauk społecznych⁹³. Isfort i Weidner (2001), analizując ją, twierdzą jednak, że brak szczegółowych informacji dotyczących doboru zmiennych, ich badań statystycznych, badań wiarygodności. Czas dla poszczególnych zmiennych został zdefiniowany przez ekspertów LEP. Jedyna dostępna informacja mówi, że zmienne opracowano na podstawie badań dotyczących praktyki opieki i że zostały one zaakceptowane przez pielęgniarki⁹⁴.

Wdrażanie

LEP jest metodą szwajcarską, stosowaną w 90 szpitalach tego kraju. Jako taka, dostępna jest w wersjach językowych – niemieckiej, francuskiej i włoskiej. Odnotowano kilka próśb ze strony niemieckiej o udostępnienie materiału do pilotażu, co może sygnalizować jej rozpowszechnienie⁹⁵.

Ograniczenia

LEP należy postrzegać jako narzędzie dokumentowania czynności pielęgniarskich; nie pozwala on na pozyskanie danych dotyczących oceny funkcjonalności pacjenta.

W kontekście dyskusji z pracownikami opieki w różnych instytucjach, w ramach realizowanego projektu benchmarkingu, jasne stało się, że tak uzyskiwanym danym należy się dokładnie przyjrzeć, jeżeli chodzi o ich jakość. Warunkiem porównywalności uzyskanych danych (choć opartych na znormalizowanych zmiennych) jest tu poprawne dokumentowanie czynności przez ich wykonawców⁹⁶.

⁹³ LEP. Warum LEP?

⁹⁴ M. Isfort et al. (2001) s. 104; M. Gurrath (2000), s. 12.

⁹⁵ M. Isfort et al. (2001) s. 104.

⁹⁶ M. Gurrath (2000).

Gurratch (2000) twierdzi, że choć dostępny czas pracy jest ukierunkowany, suma całego czasu nie uwzględnia zmian potencjału i produktywności każdego pracownika. Dynamika grupy, np. zmiany w pracy zespołowej, oddziałują na dzienną produktywność personelu⁹⁷.

8.2.5 Pielęgniarska opieka zindywidualizowana (Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée – SIIPS)

Pochodzenie

Metoda SIIPS⁹⁸ została opracowana we Francji przez zespół pielęgniarek ze szpitala paryskiego, prace trwały od początku lat osiemdziesiątych XX w. Dokumentacja ogólna i system księgowy stosowane w szpitalach francuskich nie odzwierciedlają we właściwy sposób różnorodności opieki pielęgniarskiej i jej intensywności⁹⁹. Potrzebne były pielęgniarskie narzędzia pomiaru, aby poprawić alokację zasobów (ludzkich i finansowych), a także jakość opieki. Pielęgniarski stworzyły system informacji oparty na dowodach (ang. *evidence-based*), aby wykazać wkład i znaczenie opieki pielęgniarskiej oraz uzupełnić gromadzone informacje, mające głównie wymiar medyczny i finansowy¹⁰⁰.

Zastosowanie

SIIPS przygotowano z myślą o zastosowaniu szpitalnym, zwłaszcza w odniesieniu do oddziałów, na których czas pobytu pacjentów jest krótki, ale można ją również wykorzystać w oddziałach o średniej i długiej hospitalizacji. Dla opieki ambulatoryjnej (np. leczenie otwarte, chirurgia jednego dnia) opracowano dodatkowo zmodyfikowane narzędzie, zwane „SIIPS dla przychodni” (fr. *SIIPS ambulatoires*). Jest ono oparte na tym samym pomysle, ale ma odmienne zastosowanie¹⁰¹.

SIIPS służy do pomiaru czynności pielęgniarskich w oparciu o zapotrzebowanie na tę opiekę dla indywidualnego pacjenta; pozwala określić różne poziomy intensywności opieki wymaganej w czasie hospitalizacji. Koncentruje się na opiece bezpośredniej. Metoda ta z jednej strony pomaga poprawić jakość dokumentacji procesu opieki¹⁰², a z drugiej – zebrać szczegółowe dane dotyczące potrzebnych kadr pielęgniarskich¹⁰³.

⁹⁷ Tamże, s. 12.

⁹⁸ M.C. Baughon, C. Dick-Delalonde, F. Pitre, P. Varon (1999).

⁹⁹ C. Dubois-Fresney (1993).

¹⁰⁰ Tamże, s. 1.

¹⁰¹ Baughon et al. (1999) s. 2.

¹⁰² Editorial Le Cahier du Management (2002).

¹⁰³ Dubois-Fresney (1993).

SIIPS jako taka nie jest jednak narzędziem pomiaru obciążenia pracą¹⁰⁴. Czynności związane z opieką pośrednią, wykonywane przez personel pielęgniarski (np. komunikacja, zarządzanie, administracja), są mierzone przy pomocy instrumentu powiązanego z SIIPS – *Activités Afférentes aux Soins* (AAS). Używane łącznie, SIIPS i AAS pozwalają na zebranie danych dotyczących obciążenia pracą pielęgniarek w szpitalach.

Cele

Autorzy SIIPS określają następujące jej cele:

- analiza i dostrzeżenie czynności pielęgniarskich, dzięki wizualizacji procesu pielęgnowania i powiązaniu go z danymi medycznymi i administracyjnymi,
- ocena zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską, służąca lepszej alokacji kadry,
- udział w systemach informacji medycznej i ekonomicznej, aby określić koszty opieki pielęgniarskiej.

Celem pośrednim jest zapewnianie jakości. Autorzy twierdzą, że SIIPS pomaga rozwijać opiekę pielęgniarską w okresie zmian, jak też ujawniać i promować wartość tej opieki – dzięki informacji o jej rezultatach¹⁰⁵.

Dalsze badania i rozwój tej metody mają na celu bardziej szczegółowe zajęcie się problemem intensywności opieki. Są one prowadzone według 3 kategorii opieki: podstawowej, technicznej oraz społeczno-edukacyjnej¹⁰⁶.

Metodologia¹⁰⁷

Wszystkie zadania, jakie wykonują przy każdym pacjencie pielęgniarki i pomoce pielęgniarskie, są dokumentowane na piśmie chronologicznie, każdej doby. Co tydzień przygotowane jest zestawienie danych, jak również dla każdego pacjenta przy wypisie przeprowadza się analizę wszystkich danych go dotyczących za cały okres hospitalizacji.

Analizie podlegają wyłącznie czynności związane z opieką bezpośrednią, nazywane opieką zindywidualizowaną (oryginalna nazwa francuska: *soins infirmiers individualisés à la personne soignée*). Czynności pielęgniarskie są definiowane i porządkowane następująco:

- czynność pielęgniarska jest definiowana jako proces, obejmujący następujące działania: sprawdzanie planu opieki, mycie rąk, przygotowywanie materiałów, dotarcie do właściwego pacjenta, wykonywanie działań opiekuńczych, usuwanie materiałów (z

¹⁰⁴ M.J. Mestre, P. Souid (2002).

¹⁰⁵ Beaughon et al. (1999) s. 2.

¹⁰⁶ M.C. Beaughon (1993).

¹⁰⁷ Tamże.

wyłaczeniem mycia i sterylizacji), dokumentowanie opieki, obserwowanie pacjenta i dalszy przebieg procesu pielęgnowania;

- osiem kategorii czynności opiekuńczych wyodrębniono według kryterium funkcji: odżywanie, uruchamianie, wydalanie, higiena i wygoda, diagnozowanie, terapia, nawiązywanie kontaktu, edukacja/instruowanie.

Aby ułatwić gromadzenie danych, tych osiem kategorii zebrano w 3 grupach, odzwierciedlających wszystkie zadania pielęgniarskie: opieka podstawowa, opieka techniczna, opieka społeczna i edukacyjna.

Każdej czynności pielęgniarskiej określono standardowy czas realizacji, wyrażony w minutach. W oparciu o dane zebrane w fazie wstępnej realizacji SIIPS, możliwa jest analiza różnorodności czasu opieki potrzebnego pacjentom z tej samej kategorii diagnostycznej, w zależności od intensywności opieki. Różnorodność ta ujawnia się na skali 1-20.

Czynności pielęgniarskie związane z opieką techniczną są podzielone według poziomu intensywności opieki na: lekkie, krótkie, ciężkie i bardzo ciężkie. Czynności w opiece podstawowej oraz społecznej i edukacyjnej są wartościowane według kryterium niesamodzielności pacjentów (samodzielny, częściowo niesamodzielny, niesamodzielny w stopniu znacznym, całkowicie zależny).

W bieżącej wersji SIIPS wyróżnia cztery poziomy intensywności opieki, uwzględniając także kumulujące się czynności powtarzalne. Czynnościom przyznaje się w związku z tym odpowiednio cztery różne współczynniki (1, 4, 10 i 20)¹⁰⁸.

Wiarygodność

SIIPS poddawano wielu testom w szpitalach, w których metoda ta została opracowana, od początku jej rozwoju. O praktyczny jej charakter zadbano, gromadząc informacje zwrotne od pielęgniarek pracujących na oddziałach.

W roku 1992 ostateczną wersję SIIPS poddano badaniom kontrolnym w 5 różnych szpitalach. Jej subiektywizm (rejestracja i ocena czynności dokonywana przez personel pielęgniarski) stał się przyczyną uwzględnienia w tekstach nie tylko wiarygodności samej metody, ale również jakości szkolenia jej użytkowników. Wyniki analizy statystycznej były bardzo zadowalające. Najwyższy wskaźnik wiarygodności, przy najmniejszej różnicy w ocenie czynności, uzyskano dla grupy opieki podstawowej, kolejny dobry wynik uzyskały czynności z grupy opieki technicznej. Największe zróżnicowanie ocen stwierdzono dla opieki społecznej i

¹⁰⁸ M.J. Mestre, P. Souid (2002).

edukacyjnej. Badacze zalecają, aby poprawić opis tych czynności i system ich oceny. Badania wykazały, że im bardziej kompletna dokumentacja, tym bardziej wiarygodne są informacje¹⁰⁹.

Wiarygodność SIIPS była także badana na podstawie danych zebranych z dokumentacji opieki 5715 pacjentów. Studium porównawcze metod SIIPS i PRN w placówkach opieki intensywnej wykazało, że obie metody są odpowiednie i właściwe dla pomiaru intensywności opieki w tych jednostkach. Co prawda stwierdzono różnice w wynikach przy analizie hospitalizacji różnej długości, ale wyniki ogólne obu metod są bardzo zbieżne. SIIPS uznano jednak za lepsze narzędzie do badań ekonomicznych¹¹⁰. Ostatnie badanie przypadków dotyczące wdrożenia SIIPS wykazało możliwość stwierdzenia wysokiej jakości i wiarygodności w analizach dotyczących czasu. O ile wartości czasu w opiece podstawowej i technicznej uznano za nieco przeszacowane, to w opiece społecznej i edukacyjnej okazały się one niedoszacowane¹¹¹.

Wdrażanie

SIIPS i PRN to dwie najpopularniejsze metody pomiaru czynności pielęgniarskich we Francji. Brak informacji, czy pierwsza z nich jest znana i używana w innych krajach. Jej powszechne zastosowanie może wynikać z faktu, że jest łatwo adaptowalna do usług indywidualnych i różnych teorii pielęgnowania. Inna możliwa tego przyczyna to jednomyślne zdefiniowanie przez środowisko pielęgniarskie norm czasowych dla czynności.

Ograniczenia

Rozmówcy poddawali w wątpliwość wiarygodność tej metody, a zwłaszcza subiektywizm ustalania norm czasowych – choć z drugiej strony wiarygodność całego instrumentu oceniono pozytywnie. Według ekspertów, brak ustalonych standardów praktyki prowadzi do znacznych rozbieżności między mierzonymi czynnościami¹¹².

Do pomiaru całkowitego obciążenia pracą należy używać dodatkowego narzędzia. Proces jego wdrażania wymaga czasu i środków, ze względu na konieczność przeszkolenia personelu (właściwy przebieg procesu gromadzenia danych) oraz konieczność ustalenia norm czasowych.

¹⁰⁹ Informations Hospitalières (1993).

¹¹⁰ E. Stevendart, L. Jovic (1999).

¹¹¹ M.J. Mestre, P. Souid (2002).

¹¹² Informacja uzyskana podczas wywiadu indywidualnego, Francja, listopad 2002.

8.3. Metody oparte na planie opieki

8.3.1 Pielęgniarski Projekt Badawczy (fr. *Projet de Recherche en Nursing – PRN*)¹¹³

Pochodzenie

PRN powstała w Kanadzie. Prace, które rozpoczęła w 1969 roku Monique Chagnon, były następnie kontynuowane przez Équipe de Recherche Opérationnelle en Santé (EROS) na Uniwersytecie w Montrealu¹¹⁴. Korzystanie z tej metody wymaga zakupu licencji od EROS Company.

Zastosowanie

PRN została przygotowana dla szpitali i może być stosowana w lecznictwie zamkniętym¹¹⁵. Hospitalizacja pojedynczego pacjenta powinna trwać nie mniej niż 24 godziny, aby mogła być uwzględniona w obliczeniach prowadzonych według tej metody. W związku z tym PRN może być stosowana tylko do części usług szpitalnych¹¹⁶.

Cele

PRN to narzędzie pomiaru prognozowanego obciążenia pracą w pielęgniarstwie, stosowane głównie dla potrzeb zarządzania zasobami ludzkimi. Dokumentuje równowagę (bądź rozbieżności) między zapotrzebowaniem na opiekę pielęgniarską a dostępną obsadą kadrową¹¹⁷. W oparciu o plan opieki pielęgniarskiej, pozwala określić zapotrzebowanie indywidualnego pacjenta i ilość pracy do wykonania oraz obliczyć na tej podstawie liczbę personelu pielęgniarskiego potrzebnego na każdym oddziale w ciągu najbliższych 24 godzin¹¹⁸. Obciążenie pracą jest definiowane jako *całkowity czas potrzebny w ciągu 24 godzin, aby odpowiedzieć na potrzeby pacjentów*¹¹⁹. PRN uwzględnia nie tylko opiekę bezpośrednią, ale także zadania wykonywane przez pielęgniarki w ramach opieki pośredniej, takie jak komunikacja, przewożenie pacjentów, czynności administracyjne, prace ogólne konieczne dla utrzymania porządku na oddziale. Tym przede wszystkim różni się od innych narzędzi pomiaru obciążenia pracą.

¹¹³ Nursing Research Project; w literaturze można również spotkać nazwę Programme de Recherche en Nursing

¹¹⁴ Unité de Soins de Longue Durée d'Aussillon (1997, aktualizacja 2002). Dalej cyt. jako "Site papidoc".

¹¹⁵ Implementation of the PRN system in the Grand-Duchy of Luxembourg. [dokument elektroniczny] Tryb dostępu: <http://skynet.be/sky58384/PRNLuxEn.htm>

¹¹⁶ zob. sekcja „Ograniczenia”.

¹¹⁷ N.n. (2000), *Savoir infirmier. Qui fait quoi?* "Krankenphlege/ Soins Infirmiers" Nr 2, s. 69.

¹¹⁸ Zob. The PRN System. [dokument elektroniczny] Tryb dostępu: <http://skynet.be/sky58384/PRN87En.htm>

¹¹⁹ Tłumaczenie za: Site papidoc, op. cit.

W niektórych publikacjach stwierdza się wprost, że PRN oblicza potrzeby kadrowe w oparciu o potrzeby pacjenta, nie dostępne zasoby. Jej zasadą naczelną jest odpowiadanie na różne biologiczne, psychiczne i społeczne potrzeby pacjenta, tak aby pomóc mu w osiągnięciu pełnej samodzielności. Mając to na względzie mówi się, że PRN jest narzędziem zapewniania jakości, ponieważ stawia pacjenta i jej/jego potrzeby w centrum procesu pielęgnowania¹²⁰. PRN ma na celu dostosowanie obsady kadrowej do potrzeb pacjenta, aby zapewnić opiekę wysokiej jakości¹²¹.

Metodologia

PRN rozróżnia opiekę bezpośrednią (definiowaną jako taka, która bezpośrednio oddziałuje na pacjenta i jest wykonywana w jego obecności) i pośrednią (która obejmuje wszystkie czynności związane z opieką nad pacjentem, ale nie oddziałuje na niego bezpośrednio). W Europie (inaczej niż w Kanadzie) obejmuje to drugie pojęcie uwzględnia także prace administracyjne i przewożenie pacjentów¹²².

Opieka bezpośrednia

Przeprowadza się ocenę zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską każdego pacjenta w ciągu najbliższych 24 godzin. W oparciu o plan opieki pielęgniarskiej określa się zakres i liczbę koniecznych czynności. Następnie opieka pielęgniarska i potrzeby pacjentów grupuje się, według 8 kategorii: oddychanie, jedzenie, wydalanie, higiena, poruszanie, komunikacja, leczenie, diagnoza¹²³. Wśród tych kategorii wyróżnia się następnie 85 podkategorii¹²⁴ i 249 czynności pielęgniarskich. Kolejne czynności odzwierciedlają też różne poziomy intensywności opieki. Podobnie jak w SIIPS, każda czynność jest traktowana jako proces, obejmujący mycie rąk, sprawdzenie dokumentacji, przygotowanie materiału, poinformowanie pacjenta o przebiegu czynności, przygotowanie go, wykonanie czynności, sprzątnięcie/porządkowanie, dokumentacja.

Każdej czynności przyporządkowana jest pewna liczba punktów, zgodnie z wytycznymi opracowanymi przez EROS. Każdym 5 minutom przyznano 1 punkt PRN. Czas potrzebny na wykonanie każdej z czynności ustalono na podstawie obserwacji i konsultacji z

¹²⁰ O. Fima (1999).

¹²¹ C. Parmantier et al. (1999).

¹²² Site papidoc, op. cit.

¹²³ Zob. The PRN System. [dokument elektroniczny] Tryb dostępu: <http://skynet.be/sky58384/PRN87En.htm>

¹²⁴ Site papidoc, op. cit.

ekspertami¹²⁵. Po wybraniu wszystkich potrzebnych czynności (w oparciu o plan opieki dla pacjenta), sumuje się ich punkty. Wynik stanowi podstawę oceny poziomu niesamodzielności pacjenta, przyporządkowując go do jednej z 6 kategorii: od pierwszej (1-25 pkt.) do szóstej (152 pkt. i więcej). Poziom niesamodzielności nie opisuje rzeczywistej zależności funkcjonalnej pacjenta, raczej intensywność potrzebnej opieki (w aspekcie potrzebnego czasu pielęgniarskiego)¹²⁶. Te kategorie wykorzystuje się do obliczeń dotyczących opieki pośredniej.

Opieka pośrednia

Czynności w tej kategorii są obliczane według standardowych wartości czasowych. Na przykład czas przeznaczony na komunikację z pacjentem ustalono odpowiednio do poziomu niesamodzielności: od 24 minut dla kategorii pierwszej po 133 minuty dla kategorii szóstej.

Standardowy czas dla czynności związanych z przemieszczaniem pacjentów wewnątrz jednostki oblicza się dla każdego pacjenta, natomiast przemieszczenia zewnętrzne obliczane są dla całej jednostki. Czas przeznaczony na prace administracyjne obliczany jest w cyklu tygodniowym dla całego zespołu pielęgniarskiego danej jednostki i całkowitej liczby obsługiwanych pacjentów. Na przykład: placówka opieki pielęgniarskiej z 21-40 pacjentami wymaga 3214,5 minuty tygodniowo, co daje 13,3 minuty na pacjenta na 24 godziny¹²⁷.

Czas przeznaczony na prace porządkowane w jednostce obliczany jest dla każdego pacjenta i na każdy dzień.

Powyższe dane oraz wynik obliczeń pozwalają określić obciążenie pracą zespołu pielęgniarskiego w jednostce w minutach w ciągu doby. Aby uzyskać liczbę potrzebnych pracowników, obciążenie pracą należy podzielić przez czas pracy personelu (dostępny czas pracy).

Wiarygodność

PRN jest oparta na wynikach badań naukowych i stale doskonała. Uzyskała pozytywną ocenę w dwóch testach, jako użyteczne i wiarygodne narzędzie zarządzania zasobami ludzkimi. W jednym z projektów porównano PRN i SIIPS i sformułowano wniosek, że wyniki uzyskane w efekcie ich zastosowania różnią się jeśli chodzi o intensywność opieki w cyklu dziennym, ale z drugiej strony upodabniają jeśli chodzi o analizę całego okresu hospitalizacji

¹²⁵ Zob. The PRN System. Op. cit.

¹²⁶ Site papidoc, op. cit.

¹²⁷ Tamże.

pacjenta¹²⁸. Drugie badanie wykazało że, PRN jest skuteczna jeśli chodzi o poprawę zarządzania w pielęgniarstwie i jakości opieki. Jej zastosowanie pozwala menedżerom na bardziej obiektywne ustalanie potrzeb kadrowych oraz dostosowywanie opieki do indywidualnych potrzeb pacjenta. Ponadto PRN zmusza do refleksji nad praktyką pielęgniarstwa, jest też użytecznym źródłem informacji dla pielęgniarstw badawczych prowadzonych w szpitalach¹²⁹. Kolejne dwie publikacje przedstawiają rezultaty zastosowania tej metody w dwóch szpitalach, w jednym zwrócono uwagę na jej znaczenie dla procesu decyzyjnego i poprawy planowania obsady kadrowej¹³⁰. Doświadczenia przeprowadzone w klinice składającej się z kilku oddziałów psychiatrycznych wykazały, że w efekcie danych uzyskanych metodą PRN można w sposób bardziej elastyczny i wydajny zarządzać personelem, m.in. kierując pracownikami zbędnymi na oddziały, na których stwierdzono braki kadrowe. Zastosowanie wskaźnika uśrednionego czasu opieki na pacjenta ujawniło również, że odnotowywane różnice dotyczą raczej rodzaju opieki, a nie całkowitej wartości obciążenia pracą. Uznano to za czynnik przemawiający za wiarygodnością tego narzędzia¹³¹.

Wdrażanie

PRN to metoda znana i stosowana w szpitalach Kanady, Australii i krajów europejskich, m.in. Włoch, Hiszpanii, Francji, Szwajcarii, Portugalii, Belgii i Luksemburga¹³².

Ograniczenia

W piśmiennictwie omówiono kilka ograniczeń tej metody. Jedno z nich to fakt, że PRN nie dostarcza informacji o kwalifikacjach niezbędnych dla wykonania czynności pielęgniarstw. Nie można więc przy jej pomocy określić zestawu potrzebnych w zespole umiejętności, tylko uzyskać dane dotyczące liczby pracowników.

Innym krytykowanym elementem jest ograniczenie zastosowalności do oddziałów szpitalnych, w których okres hospitalizacji wynosi co najmniej 24 godziny. Powoływano się na fakt, że znacząca część opieki realizowana jest w przychodniach bądź w ramach tzw. chirurgii jednego dnia, w której okres hospitalizacji jest krótszy niż 24 godziny¹³³. Stwierdzono, że w szpitalu w Luksemburgu 42% personelu pielęgniarstwa pracuje na tego rodzaju od-

¹²⁸ E. Stevendart, L. Jovic (1999).

¹²⁹ C. Parmantier et al. (1999).

¹³⁰ M. Bisly (1993).

¹³¹ S. Gaubert (1993).

¹³² Zob. The PRN System. [dokument elektroniczny] Tryb dostępu: <http://skynet.be/sky58384/PRN87En.htm>

¹³³ C. Parmantier et al. (1999).

działach, a więc nie można tam zastosować PRN¹³⁴. We wnioskach obu publikacji zaproponowano opracowanie własnego, wewnętrznego narzędzia, umożliwiającego dokonywanie potrzebnych obliczeń.

Stwierdzono ponadto, że PRN nie służy ocenie wydajności wewnętrznej organizacji badanej jednostki¹³⁵.

8.3.2 Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis (PLAISIR)

Pochodzenie

Nazwę PLAISIR można przetłumaczyć jako „oparte na informacji planowanie niezbędnej opieki pielęgniarskiej”. Jest to „narzędzie siostrzane” PRN, również kanadyjskiego pochodzenia, opracowane, koordynowane i sprzedawane przez EROS.

Cele

PLAISIR przynależy zarówno do metod opartych na zapotrzebowaniu na opiekę pielęgniarską, jak i tych opartych na pomiarze czynności. Ma wiele celów, łączących aspekty jakościowe, ekonomiczne i menedżerskie. Wyniki analizy danych można wykorzystywać do zapewniania jakości, poprawy organizacji pracy, określania obsady kadrowej, liczenia kosztów, alokacji środków, czy statystyki zdrowotnej¹³⁶.

Szczególnie ważne są tu instrumenty opieki długoterminowej, zwłaszcza na tle rozwoju demograficznego i rosnącego zapotrzebowania na opiekę ze strony osób starszych.

Zastosowanie

PLAISIR to metoda pomiaru stosowana w pielęgniarstwie, zaprojektowana szczególnie dla potrzeb opieki długoterminowej (np. w domach opieki), ponieważ mierzy czynności pielęgniarskie dla cyklu tygodniowego. Można ją jednak wykorzystać także w klinikach jednego dnia.

Metodologia

Metodologia PLAISIR jest bardzo podobna do PRN – analogicznego narzędzia w opiece nad chorymi w stanach ostrych. Poniżej zostanie ona krótko przedstawiona, ze szcze-

¹³⁴ Zob. Implementation of the PRN system in the Grand-Duchy of Luxembourg. [dokument elektroniczny] Tryb dostępu: <http://skynet.be/sky58384/PRNLuxEn.htm>

¹³⁵ N.n. (2000). *Savoir infirmier. Qui fait quoi?* “Krankenpflege/ Soins Infirmiers” Nr 2 s. 69.

¹³⁶ M. Isfort et al. (2001) s. 123.

gólnym uwzględnieniem różnic. Pomiar składa się z trzech części: ocena stanu biologicznego, psychicznego i społecznego pacjenta (rezydenta), wskazanie potrzebnych czynności pielęgniarstwa, określenie kosztów. Podstawowym instrumentem PLAISIR jest FRAM (fr. *formulaire de relevé des actions en nursing*), służący stworzeniu profilu pacjenta i ustaleniu listy niezbędnych działań (czynności), odpowiednio do rozpoznanych potrzeb.

Profil pacjenta jest bardzo dokładny, zawiera dane z 18 kategorii, z których 5 dotyczy danych osobowych i informacji o dotychczasowym przebiegu terapii (np. szkolenie dotyczące rehabilitacji, wizyty lekarskie itp.), a 13 – oceny stanu pacjenta (jego problemów i możliwości).

Aby odpowiedzieć na rozpoznane zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarstwa, opisano szczegółowo 184 czynności pielęgniarstwa (opis zawiera m.in. cel i rodzaj podejmowanych działań, kiedy są one wykonywane, ile osób angażują, jaki rodzaj opieki reprezentują – np. aktywizująca, kompensacyjna). Niektórym z tych czynności przypisano standardowe czynniki określające ich częstotliwość (wynikające ze znormalizowanych wytycznych).

Podobnie jak w innych metodach, każdej czynności przypisano odpowiedni czas potrzebny na jej wykonanie; czasy te są następnie sumowane, aby określić zapotrzebowanie na obsadę kadrową pielęgniarek.

Ustalenie czasu poszczególnych czynności oddano ekspertom pielęgniarstwa. Ustalenia te nie są jednak zbyt przejrzyste. Analizę danych przeprowadza EROS w Kanadzie, on także koordynuje wprowadzanie zmian. Badanie wykazało, że wyniki tych działań są udostępniane po 2,5 dnia. Uzyskanie informacji przetwarzanych w toku innych procedur trwa dłużej, nawet do kilku tygodni¹³⁷.

Uzyskane wyniki dostarczają informacji o profilu pacjenta (stopień zaawansowania problemów, klasyfikacja intensywności opieki, zakończone terapie, kontakty zewnętrzne), listę czynności pielęgniarstwa niezbędnych do wykonania w ciągu 24 godzin i 7 dni, oraz całkowity czas potrzebnej opieki pielęgniarstwa (w godzinach i minutach).

Metoda ta jest bardzo czasochłonna – według przykładu szwajcarskiego, doświadczona pielęgniarka potrzebuje od 45 minut do 2 godzin, aby przeprowadzić ocenę. W innym również szwajcarskim badaniu uzyskano wynik maksymalny 4,5 godziny i średnią 2,5 godziny.

¹³⁷ Informacja uzyskana w wywiadzie, rozmówca z Francji.

Wiarygodność

Jednym z najbardziej krytykowanych elementów PLAISIS jest brak jasności (transparentności) co do tej metody. EROS nie przywołuje żadnych badań, które potwierdzałyby wiarygodność kategorii i elementów stosowanych we FRAN. Nie określono też wartości czasowych dla podanych czynności. Jeden z niemieckich testów wiarygodności dał jednak pozytywne wyniki, podobnie badania szwajcarskie, choć trzeba przyznać, że próba badawcza obejmująca 7 placówek nie jest reprezentatywna. Nie potwierdzono wiarygodności ani treści, ani współzależności elementu oceniającego z innymi narzędziami¹³⁸.

Wdrażanie

Poza Kanadą PLAISIS jest stosowane we Francji i Szwajcarii. W Niemczech testowano tę metodę w co najmniej 11 pielęgniarskich domach opieki dla osób starszych. Zakłada się, że zostanie ona w tym kraju upowszechniona, ponieważ jest pomocna w negocjacjach dotyczących finansowania placówek opieki długoterminowej¹³⁹.

Ograniczenia

Mimo udowodnionej użyteczności, Isfort et al.(2001) ujawniają także kilka słabych stron tej metody. Jedną z nich jest fakt, że wybrane kategorie wydają się mieć zbyt medyczny charakter (jak na zadania związane z opieką długoterminową), co ujawniałoby medyczną orientację całej metody. Jeśli chodzi o ocenę czynników psychospołecznych, wydaje się przeważać podejście oparte na kryterium deficytu. Wybrane kategorie i normy stanowią raczej instrukcje oceny stereotypów „normalności”, a w związku z tym uzyskiwane dane nie są (według Isfort et al.) obiektywne.

Standardy pielęgniarskie mają charakter raczej ilościowy niż jakościowy.

Isfort et al. (2001) krytykują proponowane czynności pielęgniarskie, ponieważ wydaje się, że są one oparte na modelu PRN dostosowanym do opieki nad chorymi w stanach ostrych, koncentrują się na aspektach somatycznych, zbyt często wiążą się mają charakter chirurgiczny czy urologiczny. Brakuje czynności pielęgniarskich, których celem jest pomoc w codziennym funkcjonowaniu, brak też elementów związanych z opieką pielęgniarską nad chorymi z demencją, takich jak ćwiczenie pamięci czy utrzymania równowagi. Isfort et al. dochodzą do wniosku, że PLAISIS nie może zastąpić indywidualnego planu opieki pielęgniarskiej, przynajmniej w tradycji, teorii i uwarunkowaniach prawnych pielęgniarstwa niemieckiego.

¹³⁸ M. Isfort (2001) s. 126-129.

¹³⁹ Tamże.

Jeśli chodzi o praktyczność tej metody, centralna analiza danych w Kanadzie postrzegana jest jako słaby punkt, ograniczający zastosowanie PLAISIR w opiece długoterminowej. Pojawia się tu pytanie o aktualność wyników i możliwe opóźnienia w przetwarzaniu danych i udostępnianiu wyników¹⁴⁰.

¹⁴⁰ Informacja uzyskana w wywiadzie, rozmówca z Francji.

9. POMIAR OBCIĄŻENIA PRACĄ W INNYCH GRUPACH ZAWODOWYCH

W rozdziale tym przedstawiono krótki przegląd metod stosowanych w wybranych grupach zawodowych do określenia zapotrzebowania na obsadę kadrową na podstawie pomiaru obciążenia pracą.

Niestety, udało się dotrzeć do niewielu informacji. Wydaje się, że pomiar obciążenia pracą jest najczęściej jednym ze wskaźników wydajności (wykonania pracy), ale niewykorzystywanym bezpośrednio do planowania obsady kadrowej.

Systemy pomiaru obciążenia pracą w zawodach medycznych wydają się być do siebie podobne. Zespół z Kanadyjskiego Instytutu Informacji Zdrowotnej (ang. *Canadian Institute for Health Information – CIHI*), w którym uczestniczą przedstawiciele takich dyscyplin, jak psychologia, pielęgniarstwo, terapia zajęciowa, fizjoterapia, pomoc społeczna, terapia rekreacyjna i opieka duchowa, przeanalizował różne takie systemy i odkrył, że mają ze sobą wiele cech wspólnych. Celem zespołu było opracowanie ogólnych podstaw klasyfikacji czynności związanych z opieką nad pacjentem, w których ujednociono by zasady dokumentacji dla wszystkich grup zawodowych uczestniczących w opiece nad pacjentem. Miał on także pomóc w zarządzaniu placówkami realizującymi opiekę multidyscyplinarną. Pierwsze wytyczne opracowano metodą konsensusu wszystkich zaangażowanych stron. Narzędzia pomiaru obciążenia pracą powinny opierać się na trzech rodzajach (klasach) czynności: ocena, interwencja i konsultacja. Zrezygnowano z rozróżnienia między opieką bezpośrednią i pośrednią. Standaryzowane jednostki czasu ustalono na 1 minutę pracy „produktywnej” (merytorycznej) i 10-minutowe bloki na dokumentację, z wyjątkiem opieki pielęgniarskiej, której przypisano bloki jednogodzinne. Ponadto zaproponowano standardowe metody dokumentowania interwencji zespołowych i pomocy pacjentom udzielanej telefonicznie¹⁴¹.

Analiza różnych koncepcji pomogła wskazać podobieństwa między sposobami mierzenia obciążenia pracą. Poniższa prezentacja wybranych przykładów pomoże lepiej się z nimi zapoznać.

Fizjoterapia

Badanie przeprowadzone w Wielkiej Brytanii wykazało, że w ciągu ostatnich 30 lat badanie potrzeb kadrowych nie przynosiło zadowalających wyników. W przeszłości planowanie obsady kadrowej było raczej elementem budżetu niż odrębną, zawodową oceną po-

¹⁴¹ M.C. King (1996).

trzeb. Właściwie jest tak do dziś¹⁴². W NHS (brytyjskiej publicznej służbie zdrowia) potrzeby kadrowe określano głównie na podstawie wskaźników czasowych (ang. *whole time equivalents* – WTE) w wybranych relacjach, np. WTE w stosunku do populacji, WTE a liczba pacjentów przyjętych na oddział, WTE/ a liczba łóżek według specjalizacji lub liczba pacjentów obsłużonych ambulatoryjnie. Dodatkowo określano proporcje personelu wykwalifikowanego do niewykwalifikowanego. W Wielkiej Brytanii nie ma żadnych norm krajowych w tym zakresie.

Fizjoterapeuci jako grupa zawodowa podejmowali próby oceny potrzeb kadrowych ze względu na liczbę pacjentów. Badania wykazały, że takie szacunki, dokonywane przez doświadczonych pracowników, były zdumiewająco niespójne. Trzeba jednak pamiętać, że wcześniejsze zmiany dotyczące zapotrzebowania na pracowników z różnych przyczyn nie dają się porównać z sytuacją dzisiejszą – chociażby dlatego, że były dokonywane w odniesieniu do warunków finansowych, a nie potrzeb pacjentów. Nie uwzględniają takich elementów, jak nieobecność pracownika, praca w weekendy, nadgodziny. Ponieważ zapotrzebowanie na opiekę fizjoterapeutyczną wzrasta (co widać po wydłużających się listach oczekujących), skrócenie czasu terapii wpływa negatywnie na jej jakość. Pojawia się więc potrzeba opracowania metody obliczenia potrzebnej obsady kadrowej w oparciu o obciążenie pracą. Uzyskane dane będą pomoce w negocjowaniu kontraktów, finansowania, ilości zamawianych usług.

Williams (b.d.)¹⁴³ przygotowała pewne zalecenia, które zostały pozytywnie zweryfikowane w badaniu ACPM/CSP z roku 2001. Mogą one być stosowane w skali lokalnej (instytucjonalnej). Głównym celem tej metody jest pomoc fizjoterapeutom w zdefiniowaniu i liczbowym przedstawieniu obciążenia pracą i koniecznej obsady kadrowej. Podstawowy używany tu termin to „czas pracy” (ang. *input hours*); wykorzystany został do zdefiniowania dwóch wskaźników: (1) czas pracy fizjoterapeuty dla każdego przypadku/ pacjenta, (2) czas pracy fizjoterapeuty dostępny w ramach WTE. Stosując te wskaźniki do różnych sytuacji i porównywania różnych informacji, bierze się pod uwagę elastyczność proporcji. Metoda pozwala na wyliczenie danych w skali lokalnej – ile pracy można wykonać w zależności od ilości dostępnego czasu pracy.

¹⁴² ACPM/CSP (2002).

¹⁴³ J. Williams (b.d.).

Metodologia

Podstawowy wzór obciążenia pracą w zależności od dostępnej obsady kadrowej to: praca, która może być wykonana przez 1.0 WTE terapeutę w ustalonym czasie. Obliczenia są dokonywane w kilku etapach:

- definicja obciążenia pracą merytoryczną (ang. *professional workload*): obejmuje wszystkie zadania dla danego zawodu, pracę indywidualną z konkretnym pacjentem oraz m.in. instruktaż, promocję zdrowia lub inne zadania, w tym administracyjne i dojazdy (podróże).
- obliczenie dostępnego WTE: zakontraktowane godziny (1.0 WTE = prawnie ustalone godziny pracy na tydzień x 52 tygodnie) nie są w pełni dostępne w trakcie dyżuru. Sugeruje się uwzględnienie 76-80% godzin zakontraktowanych (zgodnie z regulacjami prawnymi i danymi lokalnymi).
- obliczenie czasu bezpośredniej pracy z pacjentem (ang. *patient-input hours*) w ciągu WTE: np. 70% dostępnych godzin dyżuru, z czego 58% przeznaczona na bezpośrednią opiekę nad pacjentem (badania podają średnio 48-70%) i 12% (średnio 28-34%) pracy pośredniej. Prace nie dotyczące pacjenta (30%) to m.in. spotkania zespołu, nauce, badania naukowe, audyt, przygotowywanie sprawozdań, inne zadania (administracyjne, osobiste, podróże itp.). W poszczególnych placówkach czas bezpośredniej pracy z pacjentem może być liczony oddzielnie dla poszczególnych stanowisk, co pozwala zobaczyć różnice między nimi.
- Definicja przypadku lub epizodu opieki (ang. *episode of care*): ponieważ obciążenie pracą jest liczone w oparciu o grupę przypadków, konieczne jest ustalenie początku i końca takiego „przypadku”, np. pierwszy kontakt, interwencja, wypis.
- Definicja obciążenia pracą i obciążenia przypadkami (ang. *caseload*) na WTE: obciążenie możliwe do zrealizowania na 1.0 WTE fizjoterapeuty można interpretować na wiele sposobów: np. liczba przypadków w cyklu rocznym, tygodniowym czy dziennym; bieżące obciążenie pracą; częstotliwość terapii; kontrolowane obciążenie przypadkami, obowiązki inne niż opieka bezpośrednia i związane z nadzorowaniem pracy innych.

Przy określaniu potrzeb kadrowych, oprócz przeprowadzenia powyższych wyliczeń należy ustalić zakres potrzebnych umiejętności, np. zapotrzebowanie na specjalistów, proporcje personelu z dużym doświadczeniem i bez doświadczenia, zajmowane stanowiska kierow-

nicze. Osobno opisano jak obliczać obciążenie pracą personelu pomocniczego. Metoda ta uwzględnia także pracę z grupami.

Ustalanie potrzeb kadrowych w oparciu o obciążenie pracą wymaga obliczeń prowadzonych w oparciu o oczekiwania odbiorców (spodziewane obciążenie pracą w realizacji konkretnych usług). Konieczne jest zachowanie precyzji w pracy z takimi danymi. Np. wyjaśnienie podstawowych danych: jakiego typu przypadków spodziewamy się w placówce, w jakich proporcjach, jaka jest spodziewana liczba przyjęć w ciągu roku, zajętość łóżek, wskaźnik płynności pacjentów. Szczegółowe wyjaśnienia dotyczyć będą kontekstu, procedur i sposobów wykonywania pracy, szczególnych oczekiwań wobec fizjoterapeutów (mieszczących się w zakresie ich działania). W oparciu o te oczekiwania można obliczyć godziny pracy personelu wykwalifikowanego, a wyniki wykorzystać przy negocjowaniu kontraktów.

Narzędzie to może być stosowane nie tylko w odniesieniu do fizjoterapeutów, ale adaptowane dla potrzeb innych zawodów medycznych.

Podsumowanie i porównanie

Omawiana metoda może być porównana do metod czynnościowych w pielęgniarstwie. Obliczeń dokonuje się tu w oparciu o wyznaczony czas realizacji poszczególnych elementów terapii, określony na podstawie doświadczeń zawodowych i danych lokalnych. Czas ten uwzględnia opiekę bezpośrednią i pośrednią oraz prace dodatkowe, które nie dotyczą pacjentów.

Nie uwzględniono jakościowych aspektów opieki, wspomina się o nich jako o pożądanym standardach zawodowych. Bierze się natomiast pod uwagę konieczność zapewnienia różnorodnych kwalifikacji w zespole. Omawiana metoda to ważny krok w zmianie podejścia do negocjacji dotyczących obsady kadrowej – przeniesieniu punktu ciężkości z budżetu na potrzeby pacjentów. Zmiana ta przyczynia się do poprawy jakości opieki.

Pracownicy socjalni

Wydaje się, że obciążenie pracą w opiece społecznej mierzone jest zazwyczaj w oparciu o liczbę przypadków (ang. *caseload*) – to najczęściej pojawiający się w literaturze termin. W Niemczech obsada oparta jest na proporcjach liczby pracowników do klientów – różnie w zależności od intensywności opieki i klasyfikacji niesamodzielności. Na przykład w małym osiedlu objętym opieką środowiskową proporcje pracowników do klientów wynoszą 1:12, a przy mniej samodzielnych klientach 1:8. Proporcje takie były stosowane na początku lat osiemdziesiątych XX w., stanowiły punkt wyjścia do opracowania regulacji dotyczących ob-

sady kadrowej. W praktyce okazało się, że podobnie jak w pielęgniarstwie, proporcje te nie były wystarczająco elastyczne, aby uwzględnić wpływ czynników, takich jak dostępna infrastruktura, usługi dodatkowe, różnice w zapotrzebowaniu na opiekę.

Przeprowadzona w Nowym Brunzswiku (Kanada) zmiana sposobu obliczania obsady kadrowej pracowników socjalnych – z analizy obciążenia przypadkami do analizy obciążenia pracą w oparciu o wartości czasu potrzebnego do realizacji zadań – miała służyć lepszemu odzwierciedleniu różnorodności i poziomu kompleksowości opieki socjalnej nad dziećmi¹⁴⁴.

Komitet ds. Pracy Społecznej Prowincji Nowa Funlandia i Labrador w Kanadzie (ang. *The Provincial Social Work MIS Committee Newfoundland and Labrador, Canada*) popiera zastosowanie wspomnianych w poprzedniej sekcji ogólnych zasad pomiaru obciążenia pracą opracowanych w CIHI (ang. *CIHI Generic Workload Measurement Framework*) w 2002 roku opiece społecznej, zmieniła także swoje zalecenia dotyczące sposobu dokumentowania tejże. Z zaleceń tych można wysnuć wniosek, że pomiar obciążenia pracą jest porównywalny do metod czynnościowych w pielęgniarstwie. Podstawowe stosowane tu parametry oparte są na kategoriach wykonywanych czynności zebranych w dwóch klasach. Pierwsza z nich to „czynności związane bezpośrednio z klientem” (ang. *service recipient activities*), np. ocena, interwencja terapeutyczna, konsultacja/ współpraca; druga – „czynności niezwiązane z klientem” (ang. *non-service recipient activities*), np. organizacyjne, zawodowe, nauczanie, badania naukowe itd. Czynności te są wyodrębniane według różnych realizowanych usług, z uwzględnieniem kontekstu opieki. Konieczne wydają się jednak dalsze prace w celu zapewnienia jednolitości gromadzonych danych dla wyszczególnionych obszarów praktyki na terenie całej prowincji. Sugeruje się, aby podstawowe dane dotyczące obciążenia pracą zbierać według kryterium specyfiki obowiązków pracowników, a bardziej szczegółowe (w razie potrzeby) – według potrzeb klientów. Dane te powinny być rejestrowane przez pracowników wykwalifikowanych, personel pomocniczy i studentów/ praktykantów. Poza statystyką wykonywanych czynności należy również rejestrować obciążenie przypadkami, obejmujące: nowych klientów, aktualnych klientów, liczbę spraw zakończonych, listę klientów oczekujących. Obciążenie pracą, realizacja czynności związanych ze sprawowaną opieką i statystyka przypadków są rejestrowane oddzielnie dla trzech kategorii odbiorców opieki społecznej: klientów, pacjentów wewnętrznych (przebywających w placówkach opieki) i rezydentów¹⁴⁵.

¹⁴⁴ Human Resources Development Canada (2000).

¹⁴⁵ Provincial Social Work MIS Committee (2002).

Kuratorzy sądowi ds. nieletnich (fr. *juvenile justice personnel*)

W pracy Hurst (1999)¹⁴⁶ można znaleźć przegląd metod pomiaru obciążenia pracą w amerykańskim systemie sprawiedliwości, dla różnych zawodów i stanowisk. Rosnąca liczba obsługiwanych przypadków wymusiła większe zainteresowanie decydentów tym problemem i przekazanie większych środków finansowych koniecznych na zwiększenie obsady kadrowej. Nie osiągnięto jednak porozumienia co do właściwych sposobów obliczania obciążenia pracą.

W odniesieniu do pracy sędziów stosowane są obecnie trzy podejścia: metoda pomiaru wagi obciążenia przypadkami (ang. *the weighted caseload method*), metoda delficka (ang. *the Delphi method*) i metoda normatywna (ang. *the normative method*).

Metoda pomiaru wagi obciążenia przypadkami próbuje określić ilość czasu sędziego potrzebnego do zajęcia się bardzo trudnymi i zróżnicowanymi sprawami sądowymi. Składa się ona z trzech etapów: wskazanie wydarzeń, które mają miejsce w danym typie sprawy (np. wykroczenia lub przestępstwa), dokumentacja częstotliwości tych wydarzeń, zarejestrowanie ile czasu sędzia przeznaczą na każde z nich. Czas całkowity (spędzony na posiedzeniach i pracy poza salą sądową) mierzony w minutach jest traktowany jako waga przypadku. Waga oznacza czas średni, obliczony na podstawie wielu konkretnych spraw (przypadków) tego samego typu. Metoda delficka, według której zbierane są opinie różnych ekspertów, jest stosowana częściej niż poprzednia w badaniach prowadzonych z zewnątrz, ale rzadko jako wyłączna metoda pomiaru obciążenia pracą sędziów. Taki przypadek miał jednak miejsce w stanie Arkansas (USA). Sędziów i ich pracowników poproszono o wskazanie czynności związanych z rozpoczęciem sprawy, jej przeprowadzeniem i wydaniem orzeczenia/ wyroku oraz oszacowanie czasu potrzebnego na ich wykonanie. Na podstawie tych danych oraz z zastosowaniem metody pomiaru wagi obliczono poziom obciążenia przypadkami i wielkość obsady kadrowej koniecznej dla właściwego przeprowadzenia badanych spraw. Metoda ta jest podobna do metody konsultacyjnej w opiece zdrowotnej, w której na podstawie oceny pracowników określa się standaryzowany czas realizacji poszczególnych czynności. Metoda normatywna polega na analizie porównawczej wybranych podobnych obszarów w sądownictwie. W jej wyniku uzyskuje się wskaźniki określające liczbę pracowników sądowych na 1000 dzieci kwalifikujących się do opieki lub liczbę pracowników sądowych na 1000 przypadków. Metoda ta jest prosta w realizacji, przy regularnie gromadzonych danych, ale wątpliwości budzi jej brak weryfikacji.

¹⁴⁶ H. Hurst (1999).

Bardzo trudno jest określić obciążenie pracą jeśli chodzi o obrońców. Standardowe obciążenie przypadkami (z roku 1973) zaleca 200 spraw na obrońcę rocznie, nie podaje jednak, w jaki sposób wskaźnik ten został wyliczony (prawdopodobnie na podstawie doświadczenia i oceny zainteresowanych). Standard ten jest nadal w użyciu. Według bieżących danych obciążenie pracą jest jednak na tyle duże, że utrudnia właściwe reprezentowanie spraw nieletnich.

Kuratorzy sądowi(ang. *probation professionals*) to grupa zawodowa, która ma najdłuższą historię standaryzacji obciążenia przypadkami, sięgającą roku 1917. Tak jak w przypadku innych zawodów, standardy te są oparte na ocenie doświadczonych pracowników. Od lat osiemdziesiątych XX w. pomiar obciążenia pracą oparty był już nie na liczbie przypadków, ale na ilości pracy do wykonania. Podobnie jak w przypadku klasyfikacji pacjentów w pielęgniarstwie, wprowadzono systemy klasyfikacji przypadków, w których uwzględniono różne czynności potrzebne do wykonania w opiece nad danym „przypadkiem”. Jedno z dwóch najpopularniejszych podejść to klasyfikacja ryzyka, określająca możliwość ponownego popełnienia wykroczenia przy różnych poziomach nadzoru kuratorskiego (zweryfikowana w badaniach). Jest to ujednolicone narzędzie pomiaru obciążenia przypadkami dla danego poziomu nadzoru. Drugie, alternatywne, to klasyfikacja oceny potrzeb lub klasyfikacja potrzeb – choć chętniej wybierana przez pracowników, została odrzucona ze względu na brak podstaw teoretycznych i brak zgody co do wyboru narzędzia badawczego. Ze względu na okoliczności, zwycięża instrument mierzący ryzyko.

Hurst (1999) opisuje problemy, jakie utrudniają szersze zastosowanie standardów obciążenia pracą, pokazując wiele ograniczeń w bieżących rozwiązaniach, brak definicji, brak narzędzi weryfikacji, ogromne różnice w okolicznościach zewnętrznych (np. sytuacji lokalnej) oraz strach przed ograniczeniem lokalnej autonomii w razie zastosowania standardów krajowych. Dla przyszłych działań związanych normalizacją pomiaru obciążenia pracą Hurst zaleca przygotowanie wskaźników potrzeb, wykorzystanie części istniejących systemów i tzw. dobrych praktyk.

Policjanci i strażacy

Poszukiwania internetowe informacji na temat obciążenia pracą i obsady kadrowej w policji, straży pożarnej i służbach ratowniczych nie przyniosły żadnych wyników w postaci rozwiązań systemowych. Zastosowane słowo kluczowe „obciążenie pracą” pozwoliło na znalezienie przede wszystkim sprawozdań opisujących wzrost obciążenia pracą w tych grupach zawodowych, ale nie danych dotyczących sposobu określania zapotrzebowania kadrowego.

Dwie przykładowe publikacje pokazują, że pomiar obciążenia pracą opiera się na analizie wykonywanych czynności. Raport dotyczący usług policji australijskiej przedstawił doświadczenia z wprowadzania takich najnowszych systemów pomiarowych. Pomiar czynności jest definiowany jako proces monitorowania alokacji wkładów (zazwyczaj: czasu pracy) wśród wielu czynności lub wyników, obejmujący codzienny pomiar czynności realizowanych przez pracowników¹⁴⁷.

Systemy pomiaru czynności są porównywalne z badaniami czynności prowadzonymi w pielęgniarstwie, których celem jest określenie wartości czasowych. Wykazano wiele takich podobieństw. Głównym celem pomiaru czynności jest monitorowanie przebiegu i wyników działań dla potrzeb negocjacji finansowych. Wyniki wykorzystywane są również przy alokacji środków wewnątrz organizacji. Nie wspomniano jednak w raporcie, w jakim stopniu takie dane wpływają na decyzje kadrowe.

Inny przykład dotyczy straży pożarnej i ratownictwa w Wielkiej Brytanii. Tam termin „obciążenie pracą” dotyczy ogólnego zarządzania zasobami, w tym także zasobami ludzkimi¹⁴⁸. Terminem głównym w stosowanym tam narzędziu planowania BRAVE (ang. *Brigade resource allocation to vehicle*) to „moduł”. Modułem może być zarówno sprzęt, jak i strażak (także dowódca), wybrane umiejętności strażaka czy dowolna kombinacja tych elementów. Alokcję środków określa się indywidualnie dla każdej jednostki (pojazd z ekipą i sprzętem), moduły określają rodzaj „wyposażenia” takiej jednostki (odpowiednio – w sprzęt, ludzi, umiejętności itp.). BRAVE jest także wykorzystywane do obliczenia kosztów kadrowych dla każdej jednostki. Obciążenie pracą również liczy się dla jednostki indywidualnie. Wydaje się to dziwne, ale pozostaje w zgodzie z logiką systemu, którego celem jest takie zaplanowanie zasobów, aby móc zareagować na zgłoszenie o pożarze (uwzględniając także najgorsze scenariusze). Brygady muszą dla każdej jednostki (z określonym jej zespołem i sprzętem) określić procentowo możliwy czas pracy przy gaszeniu pożaru. Nie powiedziano jednak, na jakiej podstawie podejmowane są decyzje kadrowe.

¹⁴⁷ Steering Committee for the Review of Commonwealth/ State Service Provision (SCRCSSP) (1999).

¹⁴⁸ Office of the Deputy Prime Minister (2001).

10. PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Metody pomiaru obciążenia pracą w pielęgniarstwie, przedstawione w piśmiennictwie, koncentrują się przede wszystkim na systemach szpitalnych, w tym głównie oddziałach ze stałym pobytem pacjentów. Wyjątkowo omówiono oddziały chirurgii jednego dnia, opiekę ambulatoryjną czy psychiatryczną. Znalaziono zaledwie kilka artykułów, w których omówiono pomiar obciążenia pracą w pielęgniarstwie środowiskowym¹⁴⁹. Dominacja metod szpitalnych może wynikać z faktu, że tego typu usługi są najdroższą formą opieki zdrowotnej, a wprowadzane w nich ograniczenia finansowe powodują największe obciążenia tamtejszych pracowników. Inną przyczyną może być czynnik naukowy – w szpitalach łatwiej przeprowadzać tego typu badania.

Omawiane metody można ująć w dwóch grupach: systemy oparte na pomiarze niesamodzielności pacjentów i systemy czynnościowe. Proponowane tam instrumenty w różnym stopniu umożliwiają ocenę obciążenia pracą pielęgniarek i określenie potrzeb kadrowych.

FIM czy RAI to tzw. narzędzia oceny stanu pacjenta, których celem jest poprawa i uporządkowanie planów opieki pielęgniarstwiej oraz kontrolowanie przebiegu procesu pielęgnowania, dla zapewnienia właściwej jakości opieki. Nie służą one wprost do pomiaru obciążenia pracą. SIIPS, choć należy do metod czynnościowych, także zwraca uwagę na potrzeby indywidualnego pacjenta, poprawę jakości dokumentacji opieki, a jego celem głównym jest zebranie informacji dla potrzeb decyzji finansowych. SIIPS koncentruje się na czynnościach związanych z opieką bezpośrednią, jest wykorzystywana do oceny obciążenia pracą tylko w powiązaniu z innymi narzędziami. Metoda CC jest oparta na klasyfikacji pacjentów, pozwala na przewidywanie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarstwą na oddziale. Narzędzia takie jak PLAISIR i PRN próbują do określania potrzeb kadrowych wykorzystywać łącznie ocenę pacjentów powiązane z planowaniem opieki oraz rejestrowanie wykonywanych czynności.

Kluczowym elementem metod czynnościowych jest pomiar ilości czynności wykonywanych przez pielęgniarki – dokonywany bądź prospektywnie, zależnie od poznanego zapotrzebowania na opiekę pielęgniarstwą, bądź retrospektywnie, zależnie do popytu. Typowe przykłady to metody WISN i LEP. Są one zaprojektowane dla potrzeb zarządzania zasobami ludzkimi, określania obsady kadrowej i wspomagania decyzji dotyczących alokacji kadry. Standardy takie, jak NHPPD czy NMDS można traktować jako etapy na drodze do zapewnienia odpowiedniej, bezpiecznej obsady kadrowej, a także narzędzia zdobywania danych po-

¹⁴⁹ Np. V. Collier et al. (1998), A. Brooks et al. (1998).

równawczych. Wymagają one jednak większej elastyczności i możliwości dostosowania do warunków lokalnych.

Pamiętając o rozróżnieniu na klasyfikacje pacjentów i czynności pielęgniarskich, na metody matematyczne, na narzędzia rejestrujące różne poziomy kompleksowości pracy pielęgniarskiej, można uogólniając stwierdzić, że podstawowe zasady działania systemów pomiaru obciążenia pracą więcej łączy niż dzieli. Wszystkie one próbują ocenić zapotrzebowanie pacjentów i/lub wyliczyć czynności pielęgniarskie, określając czas potrzebny na ich wykonanie. Wszystkie metody są w jakiejś części zaprojektowane na podstawie zawodowych ocen dotyczących jakości opieki czy szacowanego czasu pracy, co decyduje o ich subiektywizmie. Potrzeba korzystania z ocen ekspertów przy odejmowaniu decyzji jest wspólna dla wszystkich zawodów medycznych. Tylko niektóre z metod opisanych powyżej umożliwiają wskazanie rodzaju i poziomu kompetencji koniecznych dla wykonania czynności pielęgniarskich, inne wprost pozostawiają ten problem kompetencji osób odpowiedzialnych.

Autorzy przytaczanych publikacji z rezerwą wypowiadają się o narzędziach i zasadach pomiaru obciążenia pracą, co nie przeszkadza w wyrażaniu zainteresowania rozwojem narzędzi lepszych, bardziej dostosowanych (wrażliwych) do potrzeb tego typu badań w obszarze pielęgniarstwa. Główną tego przyczyną jest potrzeba optymalizacji decyzji finansowych i lepszej alokacji kadr pielęgniarskich w stosunku do potrzeb pacjentów. Obecnie zaledwie kilka z omawianych systemów pomiarowych wykorzystuje pomiar wyników realizowanej opieki¹⁵⁰.

Przegląd piśmiennictwa pokazuje, jak trudno jest wskazać przykłady dobrych praktyk w tym zakresie. Wszystkie metody mają swoje mocne i słabe strony. Wybór metody czy narzędzia zależy przede wszystkim od kontekstu – warunków, w jakich ma być użyty. Oto kilka najważniejszych pytań, jakie trzeba uwzględnić przy podejmowaniu decyzji: dlaczego trzeba dokonywać pomiarów pracy pielęgniarskiej? Jaki jest główny cel takich działań? Co należy mierzyć? Kto ma korzystać z takich danych? Czyli krótko – komu, jakie informacje i dlaczego należy przekazywać?

Należy również brać pod uwagę aspekty organizacyjne. Większość z opisywanych narzędzi została opracowana w środowisku opieki zdrowotnej, w ramach znanej infrastruktury. Metody bardziej zaawansowane zazwyczaj wymagają zastosowania narzędzi teleinformatycznych, a więc zapewnienia odpowiedniego sprzętu, czasu pracy, szkolenia, środków finan-

¹⁵⁰ A.J. O'Brien (2002) s. 44.

sowych. Jedynym narzędziem zaprojektowanym do potrzeb krajów rozwijających się, o słabo rozwiniętej infrastrukturze zdrowotnej i niewielkim budżecie, jest WISN.

Jeśli chodzi o ograniczenia i wady aktualnie stosowanych metod, Isfort et al. (2001) oraz Hughes (1999) sugerują akceptację twierdzenia, że dostarczają one, w najlepszym razie, wskaźników obciążenia pracą w pielęgniarstwie. Przedstawiają część lub wybrane argumenty pozwalające na lepsze zarządzanie środkami finansowymi, przejrzystość działań, jakość interwencji pielęgniarskich.

Jeśli system pomiarowy stosowany jest tylko jako wskaźnik, powinien być jak najprostszy i jak najmniej ingerować w pracę. W związku z tym Hughes (1999) proponuje korzystanie tylko z wybranych danych i położenie większego nacisku na monitorowanie pracy niż przewidywanie obciążeń. Zakładając, że najbardziej czasochłonne w szpitalu są procedury przyjęcia, wypisu i inne związane bezpośrednio z opieką nad pacjentami, a także, że pacjenci o krótszej hospitalizacji stanowią grupę bardziej jednorodną jeśli chodzi o poziom niesamodzielności – te dane należy uznać za kluczowe. W zaawansowanych szpitalnych systemach informacyjnych są one gromadzone automatycznie. Cykliczna analiza danych, traktowana jako narzędzie monitorujące, może dostarczyć informacji o zmianach w jakości lub kosztach opieki pielęgniarskiej. Regularnej kontroli (w świetle wskaźników obciążenia pracą i jakościowych) wymaga także zestaw posiadanych w zespole umiejętności. Powinna być ona przeprowadzana wspólnie przez przedstawicieli pracowników i kierownictwa. Hughes uważa, że regularna analiza wskaźników to warunek wiarygodności danych dotyczących obciążenia pracą, przynajmniej jeśli chodzi o dane retrospektywne¹⁵¹.

Nie wszystkie aspekty pracy pielęgniarskiej można poddać obróbce ilościowej, między innymi ze względu na jej kompleksowy charakter. Dotyczy to zwłaszcza aspektu nawiązywania i utrzymywania relacji, który jest elementem ważnym dla jakości sprawowanej opieki. Kompetencje społeczne, konieczne dla budowania miłej atmosfery, sprzyjającej dbaniu o zdrowie, także można opisywać, ale nie da się ich przeliczać. Podobne zjawisko zachodzi w naukach pedagogicznych, w których zaobserwowano trudności w systemowym ujmowaniu aspektów komunikacji i relacji oraz tzw. umiejętności miękkich¹⁵².

Kilku autorów twierdzi, że nie ma obiektywnych i definitywnych metod pomiaru obciążenia pracą w pielęgniarstwie. Jak dotąd nie zaproponowano metody, która byłaby spójna i pozwalała na wiarygodne obliczenie obsady kadrowej potrzebnej dla zapewnienia opieki na

¹⁵¹ M. Hughes (1999).

¹⁵² M. Isfort et al. (2001).

porównywalnym poziomie w różnych placówkach i społecznościach¹⁵³. Wiele czynników wpływa na podejmowanie decyzji, m.in. lokalne uwarunkowania, postawy, (często bardzo skomplikowana) sytuacja pacjenta, doświadczenie pielęgniarek, czynniki organizacyjne i środowiskowe, aspekty prawne i polityczne i in. Jak wykazały niektóre badania, nawet przy obsłudze identycznych pacjentów obliczenia obciążenia pracą dają różne wyniki dla różnych pielęgniarek czy oddziałów. Kluczowe dla zapewnienia wysokiej jakości danych jest przeszkolenie i motywacja personelu odpowiedzialnego za ich codzienne gromadzenie. Jak uczy doświadczenie, utrzymanie wysokiej motywacji możliwe jest tylko wtedy, gdy starania pracowników przekładają się na poprawę ich sytuacji zawodowej. Tam, gdzie zwiększono planowaną obsadę kadrową, ale część etatów pozostała nieobsadzona, narzędzia pomiarowe tracą jakiegokolwiek znaczenie dla pracowników¹⁵⁴.

Mimo to pewne metody zostały już opracowane i są w użyciu. Ich wartość polega m.in. na tym, że pomagają pielęgniarkom w prowadzeniu systematycznej dokumentacji pracy i zapewnieniu obiektywności danych, co z kolei wpływa pozytywnie na logikę decyzji kadrowych¹⁵⁵. Doświadczenie uczy również, że wdrażanie metod pomiarowych rozpoczyna stały proces refleksji zawodowej, mający pozytywne skutki dla jakości opieki i docenienia pracy pielęgniarek¹⁵⁶.

Pomiar obciążenia pracą i określanie obsady kadrowej mają bezpośredni wpływ na warunki pracy pielęgniarek. Koncept „obciążenia pracą” jest jednak przez nie interpretowany inaczej niż w systemach pomiarowych, które obliczają interwencje podlegające obserwacji. Jeśli stosujemy jedną z metod, mając na celu poprawę rekrutacji i zmniejszenie wskaźnika odejść z zawodu, należy uwzględnić również aspekty jakościowe pracy pielęgniarskiej, w tym także psychologiczne. Wskaźniki uwzględniające te ostatnie można by adaptować na przykład z narzędzi stosowanych w sferze bezpieczeństwa i higieny pracy. Nie należy wyważać otwartych drzwi. Gaudine (2000) twierdzi, że można by zmniejszyć skalę odejść pielęgniarek, jeśli miałyby one kontrolę nad własnym zatrudnieniem. Wymaga to jednak przekonania pracowników administracji, że jest to strategia tania i skuteczna.

Pierwszym krokiem w działaniach powinno być zdefiniowanie pojęć, co zapobiega nieporozumieniom i ewentualnym rozczarowaniem. Instrumenty mierzące czynności pielęgniarskie powinny mieć właściwe nazwy, odzwierciedlające ich rzeczywiste działanie. Terminy takie, jak „pomiar ilości pracy pielęgniarskiej” (ang. *nursing work volume measure-*

¹⁵³ Audit Commission Portfolio Project Team (2001).

¹⁵⁴ Informacja uzyskana w trakcie wywiadu indywidualnego, rozmówca z Francji.

¹⁵⁵ Audit Commission Portfolio Project Team (2001).

¹⁵⁶ Np. M.J. Mestre et al. (2002), C. Dubois-Fresney (1993), O. Fima (1999).

ment) lub „wskaźnik czasu realizacji czynności pielęgniarских” (ang. *nursing activity time indicator*) wydają się lepsze od zbyt ogólnego „pomiaru obciążenia pracą” (ang. *workload measurement*). Dyskusja z użyciem właściwych pojęć byłaby prostsza i bardziej zrozumiała, a A dzięki temu narzędzia pomiaru czynności pielęgniarских mogłyby zyskać większe zainteresowanie w tej grupie zawodowej.

BIBLIOGRAFIA

1. ACPM/CSP (2002), *Recommendations for calculating physiotherapy staffing for GP referred musculoskeletal outpatient services. Based on a survey of the NHS regions throughout the UK*. London: ACPM/CSP Working Party.
2. American Nurses Association (2001), *Analysis of American Nurses Association Staffing Survey*. [dokument elektroniczny] Tryb dostępu: www.nursingworld.org/staffing/ana_pdf.pdf
3. Audit Commission Portfolio Project Team (2001), *Ward staffing Management Tools: Practical Tips for Budget Setting. Working Document*. [dokument elektroniczny] Tryb dostępu: <http://ww2.audit-commission.gov.uk/itc/doc/wstaffmantooll.doc>
4. Australian Nursing Federation, WA Branch (2002), *Workloads management system now underway in public sector*. „The Western Nurse” s. 18-23.
5. Beaughon M.C. (1993), *LES S.I.I.P.S. – Présentation*. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville: „Informations Hospitalières” Nr 40.
6. Beaughon M.C., Dick-Delalonde C., Pitre F., Voron P. (1999), *La méthode SIIPS: indicateurs d’activités en soins infirmiers*. Rueil-Malmaison. Editions Lamarre.
7. Bisly M. (1993), P.R.N. (październik 1993), *Résultats du C.H.G. de Perpignan*. „Informations Hospitalières“ nr 40 s. 36-44.
8. Brooks A., Mackay K. (1998), *An assessment of need for district nursing*. „Nursing Times” vol. 94 nr 5 s. 70-71.
9. Buchan J. (listopad 1999), *What is safe?* „Nursing Standard” vol. 14 nr 7 s. 22.
10. Buchan J., Dal Poz M. (2002), *Skill mix in the health care workforce: Reviewing the evidence*. „Bulletin of the World Health Organization” nr 80 s. 575-580.
11. Dubois-Fresney C. (październik 1993), *Pourquoi mesurer l’activité des soins infirmiers?* Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville: „Informations Hospitalières” Nr 40.

12. Di Martino V. (2002), *The relationship of work stress and workplace violence in the health sector*. Geneva: ILO/ICN/WHO.PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector. Dokument roboczy.
13. "Le Cahier du Management" (2002), *Editorial*. "Le Cahier du Management, Objectif Soins" nr 108 s. 1.
14. Endacott R., Chellel A (czerwiec 1996), *Nursing dependency scoring: measuring the total workload*. "Nursing Standard" vol. 10 nr 37 s. 39-42.
15. Fima O. (marzec 1999), *Création du Club PRN*. "Le Cahier du Management, Objectif Soins" nr 73 s. XII.
16. Gaubert S. (1993), *PRN. Résultats du C.H.S. de Rouffach*. „Informations Hospitalières“ nr 40 s. 45-47.
17. Gaudine A.P. (maj/czerwiec 2000), *What do nurses mean by workload and work overload?* "Canadian Journal of Nursing Leadership" vol. 13 nr 2. [dokument elektroniczny] Tryb dostępu: <http://www.acencjonl.org/13-2/overwork.html>
18. Gurrath M. (2000), *Leistungserfassung in der Pflege – LEP als Führungsinstrument*. Einsatz von Leistungserfassungs-Kennzahlen als Führungsmittel. Vor- und Nachteile von kennzahlenorientierten Massnahmen. Semesterarbeit. St. Gallen: Fachhochschule für Wirtschaft.
19. Hoel H., Sparks K., Cooper C. (2000), *The cost of violence and stress at work and the benefits of a violence and stress – free working environment*. University of Manchester, Institute of Science and Technology. [dokument elektroniczny] Tryb dostępu: www.ilo.org/public/english/protection/safework/whpwb/econo/costs/pdf
20. Hornby P., Forte P. (2002), *Guidelines for introducing human resource indicators to monitor health service performance*. Keele: Keele University, Centre for Health Planning and Management.
21. Hughes M. (1999), *Nursing workload: an unquantifiable entity*. "Journal of Nursing Management" nr 7 s. 317-322.
22. Human Resources Development Canada (2000), *Child and Family Services Information Project*. "New Brunswick CFS Bulletin" January 2000. [dokument elektroniczny] Tryb dostępu: http://www.hrdc-drhc.gc.ca/sp-ps/socialp-psociale/cfs/bulletins/jan00/nb_e.shtml
23. Hurst H. (listopad 1999), *Workload measurement for Juvenile Justice System Personnel: practices and needs*. Juvenile Accountability Incentive Block Grants Program (JAIBG) Bulletin. US Department of Justice, Office of Justice Programs: Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention.

24. Informations Hospitalières (październik 1993), *La validation des S.I.I.P.S.* „Informations Hospitalières“ nr 40.
25. Isfort M., Weidner F. (2001), *Pflegequalität und Pflegeleistungen I – Bericht über die erste Phase des Projektes Entwicklung und Erprobung eines Modells zur Planung und Darstellung von Pflegequalität und Pflegeleistung.* Freiburg/ Köln: Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V./ Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. [dokument elektroniczny] Tryb dostępu: <http://www.dip.de>
26. Jenkins-Clark S. (1992), *Measuring nursing workload; a cautionary tale.* University of York: Centre for Health Economics.
27. King M.C. (1996), *New systems for psychology in health care.* Synopsis summer 1996. [dokument elektroniczny] Tryb dostępu: <http://www.cpa.ca/Psynopsis/workload.html>
28. LEP. Was ist LEP? [dokument elektroniczny] Tryb dostępu: http://www.lep.ch/Methode/Wasist_Site.htm.
29. LEP. Warum LEP? [dokument elektroniczny] Tryb dostępu: http://www.lep.ch/Methode/Warum_Site.htm
30. LEP. Die LEP Module. [dokument elektroniczny] Tryb dostępu: http://www.lep.ch/Methode/Module_Site.htm
31. Martineau T., Martinez J. (1997), *Human resources in the health sector. Guidelines for appraisal and strategic development.* “Health and Development Series Working Paper” nr 1. Brussels: European Commission.
32. Mestre M.J., Souid P. (2002), *Mise en place des SIIPS et répercussions sur le dossier de soins.* “Le Cahier du Management“ nr 8/9 „Objectif Soins“ nr 108 s. II-VI.
33. n.n. (2002), *Dying for lack of nurses.* “New York Times” 25.10.2002. [dokument elektroniczny] Tryb dostępu: <http://www.nytimes.com/2002/10/25/opinion/25FR13.html?ex=1036550445&eo=1&en=94b33a6b9282422f>
34. n.n. (2000), *Savoir infirmier. Qui fait quoi?* “Krankenphlege/ Soins Infirmiers” nr 2 s. 69.
35. n.n. (b.d.), *Implementation of the PRN system in the Grand-Duchy of Luxembourg.* [dokument elektroniczny] Tryb dostępu: <http://skynet.be/sky58384/PRNLuxEn.htm>
36. n.n. (b.d.), *The PRN System.* [dokument elektroniczny] Tryb dostępu: <http://skynet.be/sky58384/PRN87En.htm>
37. Nurses Association of New Brunswick (1996), *Position statement on nursing workload measurement.* [dokument elektroniczny] Tryb dostępu:

http://www.nanb.nb.ca/en/pdf_e/Publications/Position_Statements/POSITION_STATEMENTS_pdf/NURSING_WORKLOAD_MEASUREMENT_E.pdf

38. O'Brien A.J., Abas M., Christensen J., Nicholis P., Le Prou T., Hekau A., Vanderpyl J. (2002), *Nursing workload measurement in acute mental health inpatient units*. A report for the Mental Health Research and Development Strategy. Auckland: Health Research Council of New Zealand. [dokument elektroniczny] Tryb dostępu: <http://www.hrc.govt.nz/MHR&D.htm>
39. O'Brien-Pallas L.L. (1993), *Review of methodologies for nursing workforce planning*. Background paper for the Consultation on Methodologies for Multi-Professional Policy and Planning Development of Health Human Resources. Jakarta: WHO, 1993.
40. Office of the Deputy Prime Minister (jesień 2001), *Allowing for the effects of workload*. "Fire Research News" nr 24. [dokument elektroniczny] Tryb dostępu: <http://www.safety.odpm.gov.uk/fire/fepd/frp/frn24/index.htm>
41. Parish C. (lipiec 2002), *Minimum effort*. "Nursing Standard" vol 16 nr 42 s. 12-13.
42. Park H.A., Eunyoung C. (2001), *Study of nurses manpower planning in Korea. Its implication for policy making*. "Journal of Korean Academy of Nursing" (English version) vol. 31 nr 7 s. 1160-1165.
43. Parmantier C. et al. (1999), *L'évaluation de la charge de travail en soins infirmiers: une démarche au service des soignants et des soignés*. „Le Cahier du Management, Objectif Soins“ nr 73, 1 s. X-XII.
44. Provincial Social Work MIS Committee (2002), *MIS guidelines implementation recommendations update*. [dokument elektroniczny] Tryb dostępu: http://www.nlchi.nf.ca/pdf/mis/social_work.pdf
45. Seccombe I., Smith G. (1996), *In the balance: registered nurse supply and demand*. Brighton: Institute for Employment Studies, Report 315.
46. Seccombe I., Smith G. (1998), *Changing times: a survey of registered nurses in 1998*. Brighton: Institute for Employment Studies, Report 351.
47. Shipp P.J. (1998), *Workload indicators of staffing need (WISN): A manual for implementation*. Geneva: World Health Organization.
48. Steering Committee for the Review of Commonwealth/ State Service Provision (SCRCSSP) (1999), *Linking inputs and outputs: activity measurement by police services*. Canberra: AusInfo. [dokument elektroniczny] Tryb dostępu: <http://www.pc.gov.au/gsp/research/policeservices/policeservices.pdf>

49. Stevendart E., Jovic L. (1999), *Étude de la charge en soins infirmiers et des coûts en réanimation médicale: comparaison des indicateurs SIIPS et PRN*. "Le Cahier du Management, Objectif Soins" nr 73 s. VII-IX.
50. Unité de Soins de Longue Durée d'Aussillon (1997, aktualizowane 2002), *Site papidoc "Gérontologie en Institution"*. PRN – Programme de Recherche en Nursing. [dokument elektroniczny] Tryb dostępu: <http://membres.lycos.fr/papidoc/36pmsiprn.html>
51. Collier V., Fraser J., Evans C. (1998), *Change from the bottom up*. "Nursing Times" vol. 94 nr 5 s. 68-69.
52. Van Gele P. (maj 1996), *Ist eine Standardisierung und Klassifizierung der Pflegetätigkeit notwendig?* „PCS News“ nr 23. [dokument elektroniczny] Tryb dostępu: <http://www.hospvd.ch/ise/de/veroeffentlichungen/pcsnews.htm>
53. Williams R. (2000), *It all adds up*. "Nursing Standard" vol. 14 nr 31.
54. Williams J. (b.d.), *Calculating staffing levels in physiotherapy services*. Rotherham: PAMPAS Publishing.
55. WHO (2001), *Meeting of interested parties – evidence and information for policy*. MIP/APR01/EIP. Geneva: World Health Organization. [dokument elektroniczny] Tryb dostępu: http://www.who.int/mipfiles/2155/MIP_01_APR_EIP.en.pdf
56. WHO (200), *The World Health Report 2000*. Health Systems: Improving Performance. Geneva: WHO.