

# **Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN)**

**Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki  
12 maja 2006r.  
(IND 2006)**



## **Odpowiednia obsada pielęgniarska ratuje życie pacjentów Informacje i zadania dla działania**

**(Safe staffing save lives)**

Warszawa, 2006



**Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie (PTP)  
Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych  
(NRPiP)**



**Tłumaczenie:**

**Aleksandra Gaworska-Krzemińska – Przewodnicząca Rady Naukowej Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego**

**Marek Martyna - asystent ds. prawnych w biurze Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych**

**Elżbieta Mielczarek-Pankiewicz – członek Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego**

**Przemysław Ośka - asystent ds. prawnych w biurze Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych**

**Ocena merytoryczna wersji polskiej:**

**Dorota Kilańska - Przewodnicząca Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego**

**Elżbieta Buczkowska - Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych**

ISBN: 9295040449

Niniejsze tłumaczenie jest oficjalnym tłumaczeniem materiałów ICN, przetłumaczonych za zgodą Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego z dnia 7 grudnia 2006 r.

Copyright © english version International Council of Nurses 2006

Copyright © polish version Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie i Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych 2006

Kopiowanie IND 2006 jest dozwolone pod warunkiem zamieszczenia informacji o prawach autorskich.

## Spis treści

Rozdział 1: Podłoże idei odpowiedniej obsady kadr medycznych .....	4
Rozdział 2: Dlaczego odpowiednia obsada kadr medycznych jest ważna? .....	5
Rozdział 3: Szanse .....	10
Rozdział 4: Przeszkody .....	11
Rozdział 5: Jak to się robi? .....	14
Rozdział 6: Rola Krajowych Stowarzyszeń Pielęgniarek .....	17
Rozdział 7: Zalecenia .....	19
Załącznik nr 1. Narzędzia szacowania norm zatrudnienia personelu pielęgniarskiego .....	20
Załącznik nr 2. Odpowiednia obsada kadr medycznych: co mogą zrobić same pielęgniarki? .....	22
Załącznik nr 3. PRÓBNY KOMUNIKAT PRASOWY .....	24
Załącznik nr 4. Czy wiesz, że...? Fakty dotyczące odpowiedniej obsady kadry medycznej .....	26
Załącznik nr 5. Amerykańskie Stowarzyszenie Pielęgniarek. Zasady w zakresie obsadzania personelu pielęgniarskiego .....	28
Załącznik nr 6. Wybrane i stosowane metody oceny i doboru właściwej liczby pielęgniarek, przy uwzględnieniu zróżnicowanych kwalifikacji i umiejętności członków personelu .....	30
Załącznik nr 7. Zdrowie i bezpieczeństwo pielęgniarek w miejscu pracy .....	37
Załącznik nr 8. Bezpieczeństwo Pacjentów. Oficjalne stanowisko Międzynarodowej Rady Pielęgniarek ICN .....	41
Załącznik nr 9. Przykłady proporcji pielęgniarka – pacjenci .....	44
Załącznik nr 10. Przykłady prezentacji .....	46
Literatura .....	51

## Rozdział 1

### Podłoże idei odpowiedniej obsady kadr medycznych

Powszechnie wiadomo, że opieka pielęgniarska stanowi nieodłączny element systemu opieki zdrowotnej. Dla zapewnienia wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej szczególne znaczenie ma odpowiednia obsada pielęgniarska. Pochodząca z lat siedemdziesiątych definicja odpowiedniej obsady kadry medycznej brzmi: „właściwa liczba i rodzaj członków personelu medycznego odpowiadająca aktualnym zapotrzebowaniom na świadczenia opieki zdrowotnej” (Giovannetti 1978, MCGillis Hall 2005). Jednakże pojęcie to ewoluowało i obecnie autorzy wskazują, że definiując odpowiednią obsadę należy uwzględnić oprócz liczby i rodzaju personelu również inne zmienne takie jak zróżnicowane kwalifikacje i umiejętności członków personelu i warunki udzielania świadczeń, środowisko pracy, skuteczność świadczonej opieki zdrowotnej i jej wpływ na stan zdrowia pacjentów. Rozpoczęto również szeroko zakrojone prace badawcze na temat związku pomiędzy odpowiednią obsadą kadry medycznej a bezpieczeństwem pacjentów oraz wskaźnikami jakości świadczonej opieki zdrowotnej (np. wskaźnikiem śmiertelności wśród pacjentów).

Jednakże do chwili obecnej nie stworzono jednolitej i powszechnej definicji odpowiedniej obsady kadry medycznej. Amerykański Związek Nauczycieli przytacza następującą definicję: „Pod pojęciem odpowiedniej obsady kadry medycznej należy rozumieć sytuację, gdy odpowiednia liczba personelu o zróżnicowanych kwalifikacjach i umiejętnościach, świadczy całodobowo opiekę zdrowotną w pełni zaspokajając potrzeby pacjenta i zapewniając komfortowe i bezpieczne warunki pracy”.

Ostatnio Stowarzyszenie Pielęgniarek stanu Północna Karolina (NCNA 2005) ogłosiło:

Pod pojęciem odpowiedniej obsady pielęgniarskiej należy rozumieć sytuację, gdy świadczona jest wysokiej jakości opieka zdrowotna w bezpiecznych i komfortowych warunkach pracy oraz osiągane są pozytywne rezultaty w leczeniu pacjentów. Tworząc odpowiednią obsadę pielęgniarską należy uwzględnić złożoność świadczeń opieki zdrowotnej udzielanej przez pielęgniarki, zróżnicowane kwalifikacje i umiejętności członków personelu oraz posiadane przez każdego z nich doświadczenie zawodowe. Należy również pamiętać o rozwoju zawodowym członków personelu, wspierać pielęgniarki należące do kadry kierowniczej oraz dbać o jakość sprzętu służącego do udzielania świadczeń; istotną kwestią jest również zapewnienie personelu pomocniczego a także stworzenie mechanizmów ochrony pielęgniarek, informujących o przypadkach pogorszenia stanu zdrowia pacjenta na skutek niewłaściwej terapii oraz innych działaniach personelu zagrażających bezpieczeństwu pacjentów.

**Tłumaczył: Marek Martyna**

## Rozdział 2

### **Dlaczego odpowiednia obsada kadr medycznych jest ważna?**

#### **Ruch ochrony pacjenta**

Ruch ochrony pacjenta jest niezwykle ważny, ponieważ kładzie nacisk na różnorodne czynniki wpływające na rodzaj świadczonej opieki zdrowotnej. Legitymację do działania uzyskuje na podstawie udokumentowanych przypadków pogorszenia stanu zdrowia pacjenta na skutek niewłaściwej terapii będącej następstwem opieki zdrowotnej zwykle udzielanej w warunkach szpitalnych. Przypadki pogorszenia stanu zdrowia pacjenta na skutek niewłaściwej terapii (upadki, błędy w podawaniu produktów leczniczych i nieodpowiednio przeprowadzone operacje) uznawane są za czynniki wpływające na zachorowalność i śmiertelność pacjentów. W badaniach przeprowadzonych w Kanadzie dotyczących przypadków pogorszenia stanu zdrowia pacjenta na skutek niewłaściwej terapii stwierdzono 7,5% wskaźnik wskazanych wyżej przypadków. Z powyższych badań wynika, że spośród prawie 2,5 miliona pacjentów przyjętych w ciągu roku do szpitali w Kanadzie, stan zdrowia około 185.000 pacjentów uległ pogorszeniu na skutek niewłaściwej terapii, w tym 70.000 przypadków pogorszenia stanu zdrowia można było zapobiec. Równie alarmujące statystyki prezentuje raport z projektu badawczego przeprowadzonego na zlecenie Instytutu Medycyny. W swoim raporcie, Kohn, Corrigan i Donaldson (2000) wskazali, że istniejące problemy w systemach opieki zdrowotnej wynikają z niewłaściwych procedur postępowania, niewłaściwej polityki kadrowej oraz braku działań promujących bezpieczne wykonywanie zawodu. Autorzy zwracają uwagę, że według szacunków ekspertów około 98.000 ludzi umiera rocznie w Stanach Zjednoczonych z powodu błędów medycznych szpitalach (więcej niż umiera z powodu wypadków samochodowych, raka piersi czy AIDS).

Przedstawia się następujące propozycje podjęcia działań na poziomie państwowym, stanowym i lokalnym mających na celu zmniejszenie wskaźnika błędów w sztuce medycznej i zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów:

- propagowanie skutecznego przywództwa i wiedzy w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom;
- stworzenie systemów monitorowania błędów;
- stworzenie mechanizmów ochrony pielęgniarek, informujących o przypadkach pogorszenia stanu zdrowia pacjenta na skutek niewłaściwej terapii oraz innych działaniach personelu zagrażających bezpieczeństwu pacjentów;
- ustalenie standardów postępowania zapewniających bezpieczeństwo pacjenta; i
- stworzenie bezpiecznej organizacji pracy w zakładach opieki zdrowotnej.

Realizacja powyższych propozycji jest możliwa przy zapewnieniu odpowiedniej obsady kadr medycznych. Wiele przeprowadzonych badań potwierdza istnienie bezpośredniego związku pomiędzy odpowiednią obsadą pielęgniarską a stanem zdrowia pacjentów, zachorowalnością i śmiertelnością pacjentów. Idea odpowiedniej obsady kadr medycznych upowszechnia się na różnych obszarach świata. Wprawdzie powyższe badanie oddaje zachodnią perspektywę

odpowiedniej obsady kadr medycznych oraz ogranicza się do opieki szpitalnej, jednakże stanowi mocne podstawy dla działań propagujących ww. ideę na całym świecie. Już w 1998 roku Blegen, Goode i Reed dokonali analizy wpływu odpowiedniej obsady pielęgniarskiej na zachorowalność i śmiertelność pacjentów.

Przeprowadzone badanie dowiodło, że im więcej zróżnicowanych kwalifikacji umiejętności posiadanych przez wysoko wykwalifikowane pielęgniarki tym mniej przypadków błędów medycznych i odleżyn u pacjenta oraz większe zadowolenie pacjenta z zastosowanej terapii. Dodatkowe badanie prowadzone w tym samym roku dotyczące zależności pomiędzy odpowiednią obsadą pielęgniarską a stanem zdrowia pacjentów, potwierdziło mniejszą liczbę błędów związanych z zarządzaniem i dystrybucją produktów leczniczych w przypadku większej liczby wysoko wykwalifikowanych pielęgniarek wśród personelu medycznego (Blegen & Vaughn 1998).

Kovner i Gergen (1998) dowiedli, że istnieje ścisły związek pomiędzy liczbą wysoko wykwalifikowanych pielęgniarek przypadającą na jednego pacjenta dziennie a liczbą przypadków występowania zakażeń dróg moczowych, zapaleń płuc, zakrzepic oraz infekcji dróg oddechowych po przebyciu poważnej operacji. Badając ponad 68.000 pacjentów u których zdiagnozowano zawał serca, dowiedziono, że im większa liczba godzin dziennie, podczas których udzielane są świadczenia opieki zdrowotnej przez wysoko wykwalifikowane pielęgniarki tym mniejsza śmiertelność (Schultz, van Servellen, Chang, McNeese-Smith & Waxenberg 1998). W kolejnym badaniu, w którym analizowano jakość opieki nad pacjentami chorymi na AIDS (Aiken, Sloane, Lake, Sochalski i Weber 1999) dowiedziono, że dodatkowa pielęgniarka przypadająca na pacjenta powoduje 50% spadek 30-dniowej śmiertelności. Ponadto, stwierdzono, że wzrost liczby pielęgniarek w postaci 0,25 pielęgniarki na pacjenta dziennie powoduje 20% spadek 30-dniowej śmiertelności. Ryzyko pooperacyjnych komplikacji oddechowych zwiększa się w przypadku świadczenia przez pielęgniarkę opieki zdrowotnej w nocy więcej niż dwóm pacjentom z usuniętym przełykiem (Amaravadi, Dimick, Pronovost & Lipsett 2000).

Kovner (2001) badał wpływ zatrudnionego personelu i organizacji pracy na rezultaty w leczeniu pacjenta i na samych pracowników opieki zdrowotnej. Badania ograniczyły się do personelu pielęgniarskiego. Większość autorów wykazała odwrotnie proporcjonalny związek pomiędzy śmiertelnością i liczbą wysoko wykwalifikowanych pielęgniarek na jednego pacjenta dziennie, liczbą wysoko wykwalifikowanych pielęgniarek w stosunku do ogólnej liczby personelu pielęgniarskiego i liczbą wysoko wykwalifikowanych pielęgniarek przypadających na jeden szpital. Niektórzy autorzy wskazują odwrotnie proporcjonalny związek pomiędzy liczbą wysoko wykwalifikowanych pielęgniarek przypadających na jednego pacjenta dziennie a liczbą przypadków pogorszenia stanu zdrowia pacjenta na skutek niewłaściwej terapii. W trakcie badań polegających na obserwacji stanu zdrowia pacjentów z jednakowej grupy wiekowej (Dimick, Swoboda, Pronovost i Lipsett 2001), wykazano związek pomiędzy mniejszą liczbą pielęgniarek pracujących w nocy a zwiększonym ryzykiem pooperacyjnych komplikacji oddechowych. Zaobserwowano również mniejsze wskaźniki dotyczące upadków i wzrost zdolności pacjentów w radzeniu sobie z bólem w przypadku większej liczby wysoko wykwalifikowanych pielęgniarek przypadającej na jednego pacjenta (Sovie & Jawad 2001).

W kolejnym badaniu (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski i Silber 2002), zebrano i przeanalizowano dane dotyczące 10.184 pielęgniarek i 232.342 operowanych pacjentów. Autorzy badania dowiedli, że każdy dodatkowy pacjent na oddziale chirurgicznym przypadający na jedną pielęgniarkę, która w tym samym czasie zapewnia opiekę zdrowotną

czterem pacjentom wiąże się z 7% wzrostem prawdopodobieństwa śmierci w ciągu 30 dni od przyjęcia do szpitala i 7 % wzrostem prawdopodobieństwa nieudanej próby uratowania życia pacjenta. Przedmiotem następnego badania był wskaźnik 30-dniowej śmiertelności wśród hospitalizowanych pacjentów (Tourangeau, Giovannetti, Tu i Wood 2002). Zebrano i przeanalizowano dane dotyczące 46.941 pacjentów znajdujących się na oddziałach intensywnej opieki w 75 szpitalach w stanie Ontario w Kanadzie, u których zdiagnozowano zawał serca, wylew, zapalenie płuc, sepsę. Wskazane wyżej badanie również potwierdziło związek pomiędzy spadkiem 30-dniowej śmiertelności a liczbą wysoko wykwalifikowanych pielęgniarek o zróżnicowanych umiejętnościach i dłuższym stażu pracy.

Przedmiotem międzysektorowych analiz (Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart, Zelevinsky 2002) był związek pomiędzy jakością opieki zdrowotnej udzielanej przez pielęgniarki w szpitalu a poprawą stanu zdrowia pacjenta. Przeanalizowano dane dotyczące 5 milionów leczonych pacjentów i 1,1 miliona operowanych pacjentów. Autorzy badania dowiedli, że im większa liczba godzin dziennie, podczas których udzielane są świadczenia opieki zdrowotnej przez wysoko wykwalifikowane pielęgniarki, tym krótszy okres pobytu pacjenta w szpitalu; niższy wskaźnik przypadków zakażeń dróg moczowych, krwawień z górnego odcinka przewodu pokarmowego, zapaleń płuc, ataków serca, i mniejsza liczba nieudanych prób uratowania życia pacjenta.

Powszechnie wiadomą i gruntownie udokumentowaną przyczyną zapalenia płuc i odleżyn jest brak ruchu. Kolejne badanie (Cho, Ketefian, Barkauskas i Smith 2003) dowiodło, że jedna godzina więcej opieki zdrowotnej świadczonej przez wysoko wykwalifikowaną pielęgniarkę przyczynia się do spadku o 8,9% prawdopodobieństwa zapalenia płuc, a 10% wzrost liczby wysoko wykwalifikowanych pielęgniarek wiąże się ze spadkiem o 9,5% prawdopodobieństwa zapalenia płuc. Badanie z 2004 roku (Bostick) dowiodło, że wzrost liczby godzin opieki świadczonej przez wysoko wykwalifikowane pielęgniarki może zredukować występowanie odleżyn u pacjentów.

Kolejne badanie potwierdziło, że odpowiednia obsada kadr medycznych ma wpływ na mniejszą śmiertelność wśród pacjentów i krótszy okres pobytu pacjenta w szpitalu (Lang, Hodge, Olson, Romano & Kravitz 2004). Przedmiotem następnego badania (Person 2004) była ocena i analiza związku pomiędzy obsadą pielęgniarską w szpitalu a śmiertelnością pacjentów, u których zdiagnozowano zawał serca. Dowiedziono, że pacjenci znajdujący się na oddziale z wyższym wskaźnikiem zatrudnienia wysoko wykwalifikowanych pielęgniarek byli narażeni na mniejsze prawdopodobieństwo śmierci w szpitalu.

Lankshear, Sheldon i Maynard (2005) przedstawili wyniki 22 badań potwierdzających, że odpowiednia obsada kadr medycznych i zróżnicowanie kwalifikacji i umiejętności ma wpływ na stan zdrowia pacjenta. Ostatecznie literatura zebrana przez Kanadyjskie Stowarzyszenie Pielęgniarek (2005) potwierdziła silny związek pomiędzy nieodpowiednią obsadą pielęgniarską a liczbą przypadków pogorszenia stanu zdrowia pacjenta na skutek niewłaściwej terapii, włączając w to: odleżyny; zakażenie dróg moczowych; zapalenie płuc; pooperacyjne infekcje ran; błędy medyczne; infekcje dróg oddechowych; zakrzepicę; wzrost podatności na ból; krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego; upadki; zatrzymanie akcji serca; nieudana próba resuscytacji; nawrót choroby. Zadowolenie pacjentów z zastosowanej terapii spada na skutek zmniejszenia liczby pielęgniarek. Ponadto, dowiedziono spadek przypadków pogorszenia stanu zdrowia pacjenta na skutek niewłaściwej terapii gdy liczba pielęgniarek była odpowiednia w stosunku do wymaganego poziomu opieki zdrowotnej świadczonej pacjentom.

Podsumowując, należy stwierdzić, że przedstawione wyżej przykłady wyraźnie wskazują na wpływ odpowiedniej obsady pielęgniarskiej na stan zdrowia pacjentów. Jednakże koniecznym wydaje się podejmowanie kolejnych badań na całym świecie celem wspierania idei odpowiedniej obsady kadr medycznych.

### **Znaczenie konkurencji**

Szpitala w Stanach Zjednoczonych publikują precyzyjne dane dotyczące czynników wpływających na jakość opieki zdrowotnej w poszczególnych jednostkach. Zakłady opieki zdrowotnej z odpowiednią liczbą pielęgniarek i lekarzy wykorzystują liczbę posiadanego personelu do zwiększenia konkurencyjności względem innych zakładów opieki zdrowotnej. Atrakcyjne warunki zatrudnienia we wskazanych wyżej zakładach opieki zdrowotnej, czasem zwanych „szpitalami magnesami” pozwalają im prowadzić efektywną rekrutację oraz przeciwdziałać odpływowi pracowników do innych placówek opieki zdrowotnej. Szpitale te charakteryzują się silnym przywództwem, reprezentacją pielęgniarek w komitetach kształtujących politykę szpitala, właściwym podziałem obowiązków personelu zarządzającego, ciągłym dążeniem do poprawy jakości usług zdrowotnych, dobrymi relacjami interdyscyplinarnymi, szansami rozwoju kariery zawodowej (Lash & Munroe 2005).

Powyższa idea konkurencyjności charakteryzuje przede wszystkim sektor prywatny i może nie odnosić się do krajów, gdzie występuje alternatywny system opieki zdrowotnej tak jak w Kanadzie, Japonii, Niemczech, Chinach i Holandii. Pomimo istnienia przepisów dotyczących sektora prywatnego opieki zdrowotnej w ww. krajach, nie kładzie się tam nacisku na konkurencyjność pomiędzy zakładami opieki zdrowotnej.

### **Zdrowie i bezpieczeństwo w miejscu pracy: zdrowie pielęgniarek**

Niezaprzeczalnym jest fakt, iż posiadanie odpowiedniej obsady kadr medycznych ma wpływ na zdrowie pielęgniarek. W okresie występowania szczególnych braków personelu pielęgniarskiego, rząd Kanady w trosce o zdrowie pielęgniarek podjął badania na terenie całego kraju dotyczące populacji pielęgniarek (raport będzie opublikowany w roku 2007). Zdaniem Baumanna (2001), odpowiednia obsada kadr medycznych jest konieczna w związku z wymaganiami dotyczącymi środowiska pracy. Współczesne środowisko pracy charakteryzuje się zwiększoną presją i stresem wynikającym z obawy o utratę pracy, troski o bezpieczeństwo warunków pracy, presji kadry zarządzającej i współpracowników, kontroli nad wykonywaniem zawodu, rozkładu obowiązków pracowniczych i nieodpowiedniej obsady kadr medycznych. Zawód pielęgniarki (podobnie jak zawód policjanta, strażaka) wiąże się z niepewnością, wysokim ryzykiem i potencjalnie niebezpiecznym środowiskiem pracy. Stres, przypadki wypalenia zawodowego oraz kwestie dotyczące rekrutacji oraz przeciwdziałania rezygnacji z wykonywania zawodu w przypadku przedstawicieli ww. zawodów są przedmiotem wielu opracowań i analiz.

Badania dotyczące efektywnej rekrutacji i przeciwdziałania odpływowi pracowników ochrony zdrowia dowodzą istnienia związku pomiędzy odpowiednią obsadą kadr medycznych oraz satysfakcją zawodową (Alken, Clarke & Sloane 2002; Alken, Clarke, Sloane, Sochalski & Silber 2002). Badanie przeprowadzone w Wielkiej Brytanii (Steward, Hunt, Hagen, Macleod i Ball 2005) dowodzi, że niezachowanie odpowiedniej proporcji



między liczbą pielęgniarek a liczbą pacjentów wiąże się ze wzrostem wyczerpania emocjonalnego i niezadowolenia z wykonywanej pracy. Praca w nadgodzinach oraz bez odpowiedniego wsparcia ze strony innych pracowników przyczynia się do wzrostu przypadków nieobecności w pracy i niższym standardem udzielanej opieki zdrowotnej.

### **Odpowiedzialność zawodowa**

Pielęgniarki często w sytuacji, gdy występuje nieodpowiednia obsada pielęgniarska w danej placówce zdrowia nie wykonują właściwie swoich obowiązków względem pacjenta. W krajach, gdzie przypadki procesów sądowych nie należą do rzadkości, odpowiedzialność zawodowa jest przedmiotem ciągłego zainteresowania.

Istnieje wiele przypadków indywidualnych pielęgniarek, które poniosły odpowiedzialność zawodową w związku z niewłaściwym wykonywaniem czynności zawodowych. Kwestia odpowiedzialności zawodowej dotyczy aspektów opieki zdrowotnej świadczonej zarówno przez poszczególne pielęgniarki jak i całą grupę pielęgniarek. W związku z powyższym, bez względu na sytuację, w jakiej dany błąd wystąpił pielęgniarka ponosi odpowiedzialność zawodową. Odpowiednia obsada pielęgniarska jest elementem niezmiernie istotnym dla pielęgniarek ponieważ ma niebagatelny wpływ na ich możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. W placówkach, gdzie istnieje niewłaściwa infrastruktura i nieodpowiednia obsada zwiększeniu ulega odpowiedzialność zawodowa. W wielu środowiskach pracy, brak personelu medycznego może wynikać z podaży usług medycznych w danym kraju (W danym państwie liczba absolwentów szkół medycznych jest zbyt niska w stosunku do zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej). Podobna sytuacja występuje, w sytuacji gdy liczba absolwentów szkół pielęgniarskich jest niewystarczająca do wypełnienia luki powstałej w wyniku migracji personelu pielęgniarskiego poza granicę kraju. Powyższa problematyka jest przedmiotem zainteresowania Światowej Organizacji Zdrowia, która przygotowała raport dotyczący wyników badań na temat migracji personelu medycznego z kilku krajów afrykańskich. Z powodu ogromnej migracji personelu medycznego, pielęgniarki które nie emigrują zmuszone są stawić czoła problemowi nieodpowiedniej obsady pielęgniarskiej, która wywiera niekorzystny wpływ na ich możliwości udzielania bezpiecznych świadczeń opieki zdrowotnej.

**Tłumaczył: Marek Martyna**

## Rozdział 3

### Szanse

Według danych Kalifornijskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek, szpitale mające odpowiednią obsadę kadry medycznej uzyskują znaczące oszczędności finansowe. Szpitale, które mają nieodpowiednią obsadę kadry medycznej ponoszą dodatkowe koszty wynikające z masowej rezygnacji z pracy wysoko wykwalifikowanych pielęgniarek i konieczności zatrudniania tymczasowo na ich miejsce innych osób. Długoterminowa inwestycja w zatrudnianie pełnoetatowego personelu pozwala oszczędzać na organizacji procesu rekrutacji jak i na konieczności zastosowania strategii zachęcających pracowników do pozostania w danej placówce zdrowia. Niezaprzeczalnym jest fakt, iż odpowiednia obsada kadr medycznych ma pozytywny wpływ na stan zdrowia pacjentów, co skutkuje obniżeniem kosztów opieki zdrowotnej ponoszonych przez samych pacjentów, ich rodziny i wspólnoty lokalne oraz prowadzi do zwiększenia dochodów z podatków płaconych przez pacjentów, którzy szybciej wracają do czynnej pracy zawodowej.

#### **Zróżnicowanie kwalifikacji: podział zadań**

Na odpowiednią obsadę pielęgniarską wpływają również przedstawiciele innych zawodów medycznych. W systemie opieki zdrowotnej działa wielu świadczeniodawców reprezentujących różne zawody medyczne. Koniecznym wydaje się stworzenie określonego podziału zadań i kompetencji każdej z grup zawodowych a następnie budowanie zespołów składających się z osób posiadających zróżnicowane kwalifikacje i umiejętności. W chwili obecnej istnieje niewielka liczba modeli właściwego zróżnicowania członków personelu medycznego ze względu na posiadane kwalifikacje i umiejętności. W związku z powyższym koniecznym wydaje się podjęcie prac mających na celu uregulowanie ww. kwestii. Błędy polegające na nieodpowiednim zróżnicowaniu członków personelu pielęgniarskiego prowadzą do błędów w leczeniu, które mogą skutkować występowaniem przypadków pogorszenia stanu zdrowia pacjenta na skutek niewłaściwej terapii. Koniecznym jest podejmowanie dalszych działań zarówno na poziomie lokalnym jak i krajowym celem propagowania idei odpowiedniej obsady kadr medycznych. Przykładem podejmowanych działań w tym zakresie jest akcja prowadzona w Kanadzie, której celem jest stworzenie jednolitych ram określających odpowiednią obsadę pielęgniarską z uwzględnieniem wysoko wykwalifikowanych pielęgniarek, pielęgniarek posiadających niższe kwalifikacje zawodowe i wysoko wykwalifikowanych pielęgniarek psychiatrycznych (Kanadyjskie Stowarzyszenie Pielęgniarek 2003).

Kanadyjskie Stowarzyszenie Pielęgniarek (2005) opublikowało wyniki badań obrazujących istotne kwestie dotyczące określenia odpowiedniego poziomu obsady kadry pielęgniarskiej w odniesieniu do zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską, ze szczególnym uwzględnieniem wysoko wykwalifikowanych pielęgniarek i pielęgniarek posiadających niższe kwalifikacje zawodowe. Wskazany wyżej dokument jest zgodny z kierunkami polityki propagującej odpowiednią obsadę kadr medycznych; zawiera zestaw narzędzi operacyjnych; prawnie uregulowane proporcje pacjenci - pielęgniarki; rady dla osób podejmujących decyzje dotyczące odpowiedniej obsady.

**Tłumaczył: Marek Martyna**

## Rozdział 4

### Przeszkody

#### Podaż usług pielęgniarskich i popyt na usługi pielęgniarskie

Szczególnie istotną kwestią jest stworzenie równowagi pomiędzy podażą usług pielęgniarskich a popytem na nie. Obecnie trwa ogólnoswiatowa debata na temat liczby pielęgniarek koniecznej do zapewnienia odpowiedniego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych krajach. Niezaprzeczalnym pozostaje fakt, że w krajach, w których podaż usług medycznych jest bardzo wysoka lepsza jest również jakość świadczonej opieki zdrowotnej. Na ogólnoswiatową podaż usług pielęgniarskich ma obecnie wielki wpływ brak personelu pielęgniarskiego w krajach wysoko uprzemysłowionych, prowadzących rekrutację pielęgniarek z zagranicy. Na regionalną podaż usług pielęgniarskich ma wpływ kilka czynników w tym odpowiedni system wynagrodzeń, bezpieczne i komfortowe środowisko pracy oraz istnienie silnych ośrodków edukacyjnych. Gdy występuje niewystarczająca podaż usług pielęgniarskich, występują braki w personelu pielęgniarskim. W krajach wysoko rozwiniętych, braki personelu pielęgniarskiego pojawiają się na skutek niewystarczającej podaży i niskiego wskaźnika przystępowania do zawodu nowych osób oraz licznych przypadków rezygnacji z wykonywania zawodu spowodowanej brakiem właściwej organizacji pracy, szans na rozwój kariery zawodowej i wcześniejszym przechodzeniem na emeryturę (Buchan, Parkin & Sochalski 2003). Jakie są najbardziej skuteczne i efektywne sposoby rozwiązywania problemów wynikających z braku kadry pielęgniarskiej? Rekrutacja pielęgniarek z zagranicy nie jest właściwym rozwiązaniem. Buchan, Parkin & Sochalski zaproponowali kilka rozwiązań istniejących problemów:

- prowadzenie kształcenia większej liczby pielęgniarek;
- ulepszenie strategii mających przeciwdziałać rezygnacji pielęgniarek z wykonywania zawodu;
- bardziej efektywne wykorzystanie kwalifikacji posiadanych przez pielęgniarki i odpowiednie zróżnicowanie kwalifikacji członków personelu medycznego;
- stworzenie mechanizmów mających zachęcić pielęgniarki, które obecnie nie praktykują do powrotu do wykonywania zawodu;
- poddanie analizie, pod względem etycznym, sposobów prowadzenia rekrutacji personelu pielęgniarskiego z zagranicy

Innym sposobem zwiększenia liczby pielęgniarek na rynku usług zdrowotnych jest lobbowanie rządu w celu uzyskania większego wsparcia finansowego dla systemu edukacji pielęgniarek. Powyższe nie tylko wpłynie na zaspokojenie potrzeb na usługi pielęgniarskie na rynku wewnętrznym danego kraju, ale również poprawi warunki pracy, jakość rekrutacji oraz będzie stanowić czynnik przeciwdziałający odpływowi kadry pielęgniarskiej. Wskazane wyżej działania należy podejmować na wszystkich poziomach. Należy określić politykę działania zarówno na poziomie krajowym jak i lokalnym.

Popyt na usługi pielęgniarskie jest zróżnicowany w zależności od regionu świata. W niektórych krajach, gdzie populacja obywateli jest dziesiątkowana na skutek występujących epidemii popyt na usługi pielęgniarskie jest bardzo wysoki. Jednakże podaż usług pielęgniarskich, ze względu na migrację i ogromne zapotrzebowanie na świadczenia opieki zdrowotnej, jest bardzo ograniczona. Migracja jest zjawiskiem powszechnym. W ostatnich czterech dekadach, liczba osób migrujących na świecie podwoiła się (192 milionów rocznie). Pielęgniarki stanowią znaczącą liczbę wśród migrantów. Pracownicy ochrony zdrowia pochodzący z zagranicy stanowią około 25% personelu medycznego i pielęgniarskiego w takich krajach jak Australia, Kanada, Wielka Brytania i Stany Zjednoczone.

Migracja pielęgniarek wzrasta każdego roku ze względu na liberalizację rynków pracy na całym świecie oraz na skutek „światowej wojny o osoby utalentowane i posiadające specjalistyczne kwalifikacje”. Rekrutacja pielęgniarek z zagranicy nie stanowi jednak rozwiązania kwestii braków kadry pielęgniarskiej w krajach przyjmujących (Kingma 2006). Ze względu na występowanie znacznych regionalnych różnic w zasobach kadry pielęgniarskiej, rozwiązania istniejących problemów w każdym z krajów wymagają indywidualnego podejścia.

### **Bariery finansowe**

Każdy system opieki zdrowotnej wymaga ogromnej ilości środków finansowych. W poszczególnych krajach występuje znaczne zróżnicowanie nakładów na służbę zdrowia. Wskazane wyżej nakłady finansowe są przeznaczane w większości na środki farmakologiczne, rozwój technologii medycznej oraz na finansowanie usług świadczonych przez lekarzy. Pozostałe środki przekazywane są instytucjom i ośrodkom opieki, których opieka pielęgniarska stanowi integralną część. Ponieważ problematyka odpowiedniej obsady kadr medycznych rozpatrywana jest w szerokim kontekście, nie poświęca się jej odpowiedniej uwagi aż do momentu pojawienia się kwestii bezpieczeństwa pacjenta.

Według Spetza (2005), szpitale w Stanach Zjednoczonych mają wielkie trudności w zapewnieniu właściwej liczby pielęgniarek w swoich placówkach, ponieważ nie otrzymują środków finansowych odpowiadających jakości świadczonej opieki zdrowotnej. W związku z powyższym zwiększanie jakości świadczonej opieki zdrowotnej nie jest opłacalne dla szpitali, ponieważ zwiększa ich wydatki. Pomimo poprawy jakości świadczonej opieki zdrowotnej na skutek zatrudnienia większej liczby pielęgniarek, koszty tego przedsięwzięcia przewyższają zyski osiągane przez szpitale. Jednakże to nieobecność w pracy pracowników, rezygnacja z pracy personelu medycznego, migracja i śmiertelność stanowią najpoważniejsze koszty dla całego systemu opieki zdrowotnej i społeczeństwa.

### **Brak efektywnego systemu oceny nakładu pracy świadczonej przez pielęgniarki**

Przez wiele lat występowały trudności w ocenie nakładu pracy pielęgniarek. Efektywne mechanizmy oceny nakładu pracy udało się wdrożyć jedynie na oddziałach intensywnej opieki oraz w wielkich szpitalach klinicznych. Powszechnie uważa się, że obecnie istniejące mechanizmy służące identyfikacji zadań oraz oceny nakładu pracy pielęgniarek, pomijają około 40 % nakładu pracy wykonywanej przez personel pielęgniarski. Podczas gdy istniejące mechanizmy okazują się pomocne w identyfikowaniu zadań pielęgniarek, większość z nich nie jest w stanie dostarczyć informacji na temat poznawczych/ intelektualnych aspektów roli pielęgniarki. Nakład pracy pielęgniarki w postaci koordynacji zadań personelu,

podejmowania decyzji jest niedoceniany i słabo opisany w literaturze. Mechanizmy oceny nakładu pracy pojawiają się bardzo często w debacie na temat odpowiedniej obsady kadr medycznych.

W ostatnim raporcie ICN (2004) dokonano podsumowania istniejącej sytuacji dotyczącej mechanizmów oceny nakładu pracy wykonywanej przez pielęgniarki. Nie ma wątpliwości, że takie czynniki jak praca w zespołach składających się z pracowników ochrony zdrowia różnych profesji oraz kwestia wkładu członków rodziny pacjenta w opiekę nad nim powodują dalsze trudności w dokonaniu oceny zadań i obowiązków oraz nakładu pracy pielęgniarek. Jednakże niezaprzeczalnym i gruntownie udokumentowanym faktem jest znaczenie profesjonalnych usług pielęgniarskich jako głównego składnika systemu opieki zdrowotnej. (Baumann, Deber, Silverman & Mallette 1998).

**Tłumaczył: Marek Martyna**

## Rozdział 5

### Jak to się robi?

Idea odpowiedniej obsady kadr medycznych może być rozpowszechniana na wiele różnych sposobów.

### Legislacja

W niektórych krajach udało się uchwalić przepisy prawne dotyczące odpowiedniej obsady pielęgniarskiej. W Stanach Zjednoczonych propozycje regulacji prawnych w zakresie odpowiedniej obsady pielęgniarskiej przedstawiło Amerykańskie Stowarzyszenie Pielęgniarek (ANA). Potrzeba powyższej regulacji prawnej pojawiła się na skutek braków personelu pielęgniarskiego w USA oraz wynikłych z tego faktu konsekwencji (przepracowanie i brak możliwości zapewnienia pacjentom właściwej opieki). Powyższy projekt regulacji prawnych został przedłożony Izbie Reprezentantów w 2003 roku. Projekt zawierał:

- system mechanizmów ochrony pielęgniarek, informujących o przypadkach pogorszenia stanu zdrowia pacjenta na skutek niewłaściwej terapii oraz innych działaniach personelu zagrażających bezpieczeństwu pacjentów;
- zbiór danych określających odpowiedni poziom obsady pielęgniarskiej zgodny z zapotrzebowaniem na świadczenia opieki zdrowotnej; i
- zestaw odpowiednich narzędzi umożliwiających określenie odpowiedniego poziomu obsady kadrowej, przy uwzględnieniu zróżnicowania kwalifikacji i umiejętności członków personelu.

Dla zapewnienia odpowiedniej obsady pielęgniarskiej koniecznym jest również wprowadzenie regulacji prawnych dotyczących proporcji pacjenci-pielęgniarki. Wprowadzenie propozycji dotyczące właściwych proporcji pacjenci-pielęgniarki były zalecane w Belgii, jednakże jedynie w Kalifornii i australijskim stanie Wiktorii wprowadzono przepisy prawne regulujące przedmiotową kwestię (patrz załącznik 9). Aczkolwiek już 14 kolejnych stanów USA rozważa możliwość wprowadzenia regulacji prawnych w powyższej kwestii. Proporcje pacjenci-pielęgniarki określają maksymalną liczbę pacjentów przypadających na wysoko wykwalifikowaną pielęgniarkę w czasie jednej zmiany i różnią się w zależności od oddziału, na którym pracuje pielęgniarka (CNA 2003). Określone proporcje zawarte w akcie prawnym obowiązującym w Kalifornii uwzględniają propozycje dotyczące odpowiedniej obsady pielęgniarskiej prezentowane przez Amerykańskie Stowarzyszenie Pielęgniarek. Celem powyższych regulacji prawnych było przeciwdziałanie kryzysowi opieki zdrowotnej oraz skutkom istniejących braków personelu pielęgniarskiego a także zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom i poprawienie sytuacji pielęgniarek w Kalifornii (CNA 2003).

Autorzy próbowali dokonać analizy, jaka liczba personelu jest konieczna dla zapewnienia właściwej opieki pacjentom, przy uwzględnieniu różnorodnego zakresu udzielanych świadczeń. Hurst (2002) zaproponował własny system oceny właściwej liczby pielęgniarek,

przy uwzględnieniu zróżnicowanych kwalifikacji i umiejętności członków personelu (patrz załącznik 6). Sporządził on algorytm bazujący na zawodowej metodzie oceny czyli formule określającej liczbę pielęgniarek na każdej zmianie, metodzie polegającej na wyznaczeniu właściwej liczby pielęgniarek przypadającej na zajęte łóżko, metodzie precyzyjnego wyznaczenia liczby pielęgniarek w zależności od stanu zdrowia pacjenta oraz rodzaju koniecznych świadczeń opieki zdrowotnej, metodzie polegającej na określeniu właściwej liczby pielęgniarek w zależności od przewidywanej częstotliwości udzielanych świadczeń i metodzie regresji, polegającej na wyznaczeniu liczby pielęgniarek w stosunku do stałego rodzaju udzielanych świadczeń. Wszystkie powyższe metody wymagają właściwej liczby danych i odpowiedniej dokumentacji i mogą być trudne w realizacji w placówkach opieki zdrowotnej, gdzie występuje nieodpowiednia obsada kadr medycznych. Hurst wskazuje na silne i słabe strony metod każdej ze wskazanych wyżej metod. Poniżej przedstawione są plusy i minusy zastosowania właściwych proporcji pacjenci-pielęgniarki.

#### Plusy:

- badania wskazują, że wyższe proporcje pielęgniarki - pacjenci mają ogromny wpływ na stan zdrowia pacjentów (Dick, Swoboda, Provonost & Lisett 2001; Sasichay-Akkadechanunt, Scali & Jawad 2003);
- poprawa jakości świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez pielęgniarki (CFNU 2005);
- efektywna rekrutacja oraz zmniejszenie wskaźnika pielęgniarek rezygnujących z pracy (CFNU 2005; CNA 2003);
- zwiększenie satysfakcji zawodowej odczuwanej przez pielęgniarki, zwiększenie odpowiedzialności zawodowej członków personelu, spadek liczby wypadków w miejscu pracy, mniejsze narażenie na stres (CFNU 2005);
- zwiększenie możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej dla społeczeństwa (CFNU 2005)
- zwiększenie zaufania w stosunku do publicznego systemu opieki zdrowotnej (CFNU 2005)
- zmniejszenie zależności od agencji rekrutujących pielęgniarki (CFNU 2005); i
- brak konieczności wprowadzania w życie przepisów regulujących kształtowanie obsady kadrowej (CFNU 2005)

#### Minusy:

- badania wskazały mało dowodów klinicznych wspierających wprowadzenie minimalnych proporcji pacjenci –pielęgniarki do podstawowej opieki zdrowotnej;
- określenie spójnych proporcji pacjenci –pielęgniarki jest kosztowne i ich prawne uregulowanie wiąże się z koniecznością wprowadzenia odpowiednich regulacji finansowych, w celu zagwarantowania właściwego finansowania;
- nie zawsze przekładają się na potrzeby pacjentów czy na kompleksowość udzielanych świadczeń (CFNU 2005);
- są ślepych narzędziem realizującym wymagania dotyczące obsady kadrowej;
- są słabo dostosowane do zmieniających się okoliczności np. zmiennej liczby pacjentów oraz rodzaju koniecznych świadczeń opieki zdrowotnej, organizacji oddziałów szpitalnych, obecności personelu pomocniczego, zmieniającej się technologii (CFNU 2005);
- nie zawsze znajdują zastosowanie w specyficznych placówkach opieki zdrowotnej.

Jak powinny wyglądać proporcje pacjenci – pielęgniarki? Jedno z badań polegało na zbadaniu efektywności proporcji pacjenci – pielęgniarki od 8:1 do 4:1. Autorzy badania wykazali, że podczas gdy proporcja w postaci ośmiu pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę jest najbardziej opłacalna jeśli chodzi koszty finansowe, to wiąże się ona z wyższym wskaźnikiem śmiertelności pacjentów. Wykazano, że jeśli chodzi o bezpieczeństwo pacjenta najwłaściwszą proporcją pacjenci-pielęgniarka jest 4:1 (Rothberg, Abraham, Lindenauer & Rose 2005). Jednakże na kształt właściwych proporcji mają wpływ różne czynniki, takie jak stan zdrowia pacjenta i konieczne świadczenia opieki zdrowotnej. Ocena kosztów może zależeć od osoby płatnika, np. szpital, system opieki zdrowotnej lub społeczeństwo.

### **Zawodowa ocena**

Zamiast wprowadzać regulacje prawne dotyczące właściwych proporcji pacjenci-pielęgniarki, niektórzy autorzy proponują, aby poszczególne placówki opieki zdrowotnej określały własną definicję odpowiedniej obsady bazując na różnych czynnikach takich jak: stan zdrowia pacjenta, odpowiednie proporcje i zróżnicowanie kwalifikacji i umiejętności członków personelu. Amerykańskie Stowarzyszenie Pielęgniarek wspiera zawodową ocenę jako metodę służącą wyznaczaniu odpowiednich proporcji pacjenci-pielęgniarki. Działania ANA skutkowały uchwaleniem ustawy w sprawie jakości świadczeń udzielanych przez pielęgniarkę (2004). Obszarem, w którym bardzo ważne jest uwzględnienie obsady wysoko wykwalifikowanej kadry pielęgniarskiej jest opieka długoterminowa. Należy zwrócić tu szczególną uwagę na liczbę pacjentów, doświadczenie posiadane przez pielęgniarki w oddziale, stan zdrowia pacjentów i dostępne środki (ANA 1999; ARTZ 2005; Donnellan 2003; „Safe Staffing Initiatives” 2004). Powyższe stanowisko uwzględnia różnorodność świadczeniodawców w systemie opieki zdrowotnej.

### **Profesjonalne opracowania**

W poszczególnych krajach pielęgniarki mogą napotykać problemy związane z nieistnieniem właściwych ram odpowiedniej obsady pielęgniarskiej. W związku z powyższym takie organizacje jak ICN tworzą opracowania propagujące zdrowe środowisko pracy i odpowiednią liczbę pielęgniarek w stosunku do potrzeb pacjentów (ICN 2000). Idealna sytuacja ma miejsce, gdy w powyższej kwestii istnieją również regulacje na poziomie lokalnym, podkreślające znaczenie opieki zdrowotnej świadczonej przez pielęgniarki oraz konieczność zapewnienia właściwego środowiska pracy i odpowiedniej liczby pielęgniarek (Pan American Health Organisation 2004; WHO 2002). W przypadku braku takiego wsparcia, pielęgniarki muszą polegać na opracowaniach organizacji zewnętrznych. Strony internetowe wielu organizacji są źródłem cennych informacji w przedmiotowej kwestii, dostępnych w różnych wersjach językowych.

**Tłumaczył: Marek Martyna**



## **Rozdział 6**

### **Rola Krajowych Stowarzyszeń Pielęgniarek**

#### **Badania**

Krajowe Stowarzyszenia Pielęgniarek odgrywają ogromną rolę w inicjowaniu badań dotyczących sytuacji pielęgniarstwa zarówno na poziomie lokalnym, krajowym jak i międzynarodowym. Identyfikują i komunikują wyniki badań. Utrzymują szerokie kontakty z instytucjami edukacyjnymi oraz instytucjami badawczymi, będącymi cennym źródłem danych klinicznych i kadrowych oraz ekspertyz naukowych. Będąc wiarygodnymi partnerami społecznymi, uzyskują różnego rodzaju subwencje na zbieranie i analizę ww. danych.

#### **Kierunki polityki**

Liderzy stowarzyszeń pielęgniarek są świadomi istniejących problemów i podejmują liczne działania służące ich rozwiązaniu. Pielęgniarki na całym świecie oczekują od krajowych stowarzyszeń pielęgniarek stworzenia efektywnych strategii przeciwdziałania występującym brakom personelu pielęgniarskiego. Niektóre krajowe stowarzyszenia pielęgniarek wprowadziły system akredytacji dla placówek opieki zdrowotnej, gdzie jednym z warunków koniecznych do uzyskania akredytacji jest zapewnienie odpowiedniej obsady pielęgniarskiej. Kierunki prowadzonej polityki spowodowały, że Krajowe Stowarzyszenia Pielęgniarek zaczynają odgrywać coraz poważniejszą rolę w sektorze opieki zdrowotnej.

Przedstawiciele Krajowych Stowarzyszeń Pielęgniarek są aktywnymi członkami komisji legislacyjnych a niekiedy same stowarzyszenia działają w charakterze podmiotów kształtujących regulacje prawne w zakresie pielęgniarstwa. Proponują rozwiązania prawne służące bezpieczeństwu pacjenta między innymi wprowadzenie odpowiedniej obsady kadrowej oraz systemu mechanizmów nadzorujących jej stosowanie.

#### **Propagowanie idei**

Krajowe Stowarzyszenia Pielęgniarek odgrywają ogromną rolę w propagowaniu bezpiecznych i komfortowych warunków pracy oraz odpowiedniej obsady kadry pielęgniarskiej. Promują zarówno na poziomie krajowym jak i wśród konkretnych grup interesów rozwiązania w przedmiotowej kwestii. Przykładowo, Adkinson (2004) zaprezentował stanowisko Stowarzyszenia Pielęgniarek Pediatrycznych (SPN) dotyczące odpowiedniej obsady kadry pielęgniarskiej. W wyrażonym stanowisku członkowie stowarzyszenia opowiadają się za wprowadzeniem odpowiedniej obsady kadr pielęgniarskich na oddziałach pediatrycznych. Do stanowiska załączone są badania ukazujące zależność pomiędzy zachorowalnością i śmiertelnością pacjentów a odpowiednią obsadą kadrową.

Stowarzyszenie Pielęgniarek stanu Północna Karolina nie tylko promuje odpowiednią obsadę pielęgniarską, ale również wyraża swoje poparcie dla wszelkich regulacji prawnych tworzonych w przedmiotowym obszarze. Podkreśla również konieczność zdefiniowania

znaczenia pojęcia odpowiednia obsada kadr medycznych w odniesieniu do zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej.

## **Reprezentacja**

W krajach, gdzie obserwuje się wzrastającą liczbę spraw sądowych wytaczanych przeciw placówkom opieki zdrowotnej, często to na pielęgniarki spada odpowiedzialność prawna i odszkodowawcza za przypadki pogorszenia stanu zdrowia pacjenta na skutek zastosowania niewłaściwej terapii. Jednakże winą za taki stan rzeczy należy obarczać przede wszystkim niewłaściwie funkcjonujący system opieki zdrowotnej (w którym występują poważne braki personelu pielęgniarskiego). Zaniedbywanie obowiązków przez pielęgniarkę czy błędy w sztuce medycznej wynikające z jej winy należą do rzadkości. Krajowe Stowarzyszenia Pielęgniarek mają prawo i obowiązek reprezentowania i obrony swoich członków przed sądem lub innym organem właściwym w sprawie.

Niektórym stowarzyszeniom udało się doprowadzić do uchwalenia przepisów prawnych regulujących mechanizmy ochrony pielęgniarek, informujących o przypadkach pogorszenia stanu zdrowia pacjenta na skutek niewłaściwej terapii oraz innych działaniach personelu zagrażających bezpieczeństwu pacjentów.

## **Negocjacje**

Mając na uwadze występujące braki personelu pielęgniarskiego na całym świecie odpowiednie planowanie polityki kadrowej staje się koniecznością. Na Krajowych Stowarzyszeniach Pielęgniarek ciąży obowiązek podejmowania wszelkich działań zmierzających do poprawy istniejącej sytuacji. Celem powyższych działań jest zwiększenie liczby osób przystępujących do nauki zawodu (np. tworząc programy stypendialne oraz stosując różnorodne formy dofinansowania do studiów) oraz poprawa warunków pracy pielęgniarek, będąca czynnikiem hamującym liczbę przypadków rezygnacji pielęgniarek z wykonywania zawodu.

Krajowe Stowarzyszenia Pielęgniarek na całym świecie uczestniczą w różnego rodzaju inicjatywach służących poprawie sytuacji pielęgniarstwa. Szeroko zawierane porozumienia zarówno na poziomie konkretnych placówek opieki zdrowotnej jak i na poziomie krajowym dotyczące odpowiedniej obsady kadrowej są prawnie wiążącymi instrumentami kształtującymi nie tylko prawidłowy rozkład zadań i obowiązków pielęgniarek ale również mają ogromny wpływ na bezpieczeństwo pacjenta. Wprowadzenie przepisów prawnych dotyczących odpowiedniej obsady kadry pielęgniarskiej do krajowych regulacji nie byłoby możliwe bez efektywnych działań podejmowanych przez poszczególne Krajowe Stowarzyszenia Pielęgniarek.

Pamiętać należy, że ukształtowanie odpowiedniej obsady kadrowej wymaga podejmowania długofalowych działań, przy użyciu wszelkich dostępnych środków oraz wykorzystaniu istniejących kanałów informacyjnych.

**Tłumaczył: Marek Martyna**

## Rozdział 7

### Zalecenia

Powszechnie uważa się, iż jedynie odpowiednia obsada kadr medycznych zapewnia optymalną jakość świadczonych usług opieki zdrowotnej. Placówki ochrony zdrowia na całym świecie różnią się między sobą, ale potrzeba zapewnienia odpowiedniej obsady kadrowej jest wspólna. Potrzeba ta wykracza już poza minimalny poziom wymagany do zapewnienia standardowej opieki. Pielęgniarki, stowarzyszenia pielęgniarek oraz osoby odpowiedzialne w sektorach rządowych ochrony zdrowia stoją przed wyzwaniem:

1. określenia skali problemu;
2. zdefiniowania znaczenia pojęcia odpowiednia obsada kadr medycznych w odniesieniu do zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej;
3. zebrania koniecznych danych klinicznych i kadrowych;
4. opracowania planu komunikacyjnego, który będzie skutecznie wpływał na podejmowane decyzje;
5. aktywnego uczestniczenia w planowaniu polityki kadrowej;
6. podejmowania badań oceniających wpływ odpowiedniej obsady kadrowej na jakość świadczonej opieki zdrowotnej;
7. lobbowania na rzecz komfortowych i bezpiecznych warunków pracy wśród pracodawców.
8. prowadzenia edukacji społeczeństwa i podnoszenia jego świadomości w zakresie bezpiecznych warunków udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
9. uczestniczenia w lokalnych inicjatywach podejmowanych na rzecz promocji komfortowych i bezpiecznych warunków pracy pielęgniarek

**Tłumaczył: Marek Martyna**

## **Narzędzia szacowania norm zatrudnienia personelu pielęgniarskiego**

### **Zakład pracy**

- Czy zakład pracy dostarcza odpowiedniego wyposażenia stanowisk pracy personelowi, aby zapewnić wystarczającą opiekę pacjentowi?
- Czy zakłady pracy mają odpowiednie obiekty (pomieszczenia), w których personel może wykonać pracę w funkcjonalnej dogodności?
- Czy zakłady pracy tworzą rozwiązania, przedsięwzięcia które dotyczą odpowiednich obsad pielęgniarskich? Czy jest monitorowane ich egzekwowanie? Czy te rozwiązania, przedsięwzięcia są przeglądane regularnie i aktualizowane, jeśli jest to konieczne?
- Czy są procedury rozpatrywania skarg w miejscu pracy?
- Czy jest wyraźne i wpływowe przywództwo pielęgniarek na najwyższych poziomach podejmowania decyzji, które pełni aktywną rolę w zbiorowym i strategicznym planowaniu?
- Czy pielęgniarki otrzymują odpowiednią rekompensatę za pracę?
- Czy warunki pracy uwzględniają optymalną rekrutację pielęgniarek i ich zatrzymywanie ?

### **Pielęgniarka**

- Czy personel pielęgniarski stanowi połączenie odpowiedniego personelu?
- Czy złożoność opieki nad pacjentem jest rozważana przy decydowaniu o obciążeniu pracą pielęgniarek?
- Czy są prowadzone regularne oceny obciążenia pracą pielęgniarki z uwzględnieniem oszacowania wpływu takich obowiązków jak doskonalenie zawodowe i obowiązki wynikające z nadzoru personelu pomocniczego?
- Czy pielęgniarki są włączone w podejmowanie decyzji o obsadzeniu personelu?
- Czy pielęgniarki kontrolują własne zdrowie?

### **Rząd**

- Czy działania polityczne rządu zwracają się w kierunku odpowiedniego zabezpieczenia personelu pielęgniarskiego, aby zaspokoić potrzeby zdrowotne populacji pacjentów?
- Czy są ustalone kierunki polityki w zakresie zasobów personelu ochrony zdrowia?
- Czy personel jest zatrudniony na umowę o pracę stałą i w innych formach zatrudnienia? Czy następuje zatrzymywanie i polityka imigracji w miejscu pracy, aby nie zdarzały się braki pielęgniarek?
- Czy rząd jest zaangażowany w finansowanie i zarządzanie systemem opieki medycznej?
- Czy rząd dostarcza regulacje prawne, aby zapewnić bezpieczne wykonywanie czynności przez personel pielęgniarski?
- Czy rząd przeprowadził oszacowanie wpływu polityki przed wprowadzaniem zmian do ustawodawstwa, które będą mieć wpływ na popyt siły roboczej?
- Czy pielęgniarki otrzymują odpowiednią rekompensatę za pracę?

### **Krajowe Stowarzyszenie Pielęgniarek (NNA)**

- Czy w procesach akredytacji dla zakładów opieki zdrowotnej są uwzględniane odpowiednie normy zatrudnienia personelu jako kryterium, i czy powyższe działanie jest wspierane przez Krajowe Stowarzyszenie Pielęgniarek (NNA)?
- Czy NNA popiera i promuje bezpieczne środowiska pracy dla pielęgniarek?
- Czy NNA jest zaangażowane w edukowanie przedsiębiorców sektora ochrony zdrowia, przypominając pracodawcom o praktykach odpowiednich obsad pielęgniarskich?
- Czy NNA popiera i zapewnia rozwój zawodowy pielęgniarek?
- Czy szuka się porozumienia z organizacjami pacjenta albo z innymi grupami zawodowymi, aby udzielić odpowiedzi na problemy związane z obciążeniem pracą?
- Czy NNA przyczynia się do sformułowania tematów i harmonogramu badań, oceny zdolności i potencjału personelu pielęgniarskiego?

### **Instytucje edukacyjne**

- Czy instytucje edukacyjne odgrywają pełną rolę w zapewnianiu programów umożliwiających pielęgniarkom zdobycie koniecznych kompetencji, by oszacować, zaplanować, wprowadzić w życie i ocenić opiekę w sposób, który jest zgodny z zasadami ergonomii pracy?
- Czy instytucje edukacyjne oferują drożny system dostępu do edukacji, tak aby wspierać inicjatywy rekrutacji i inicjatywy zatrzymywania pracownika w pracy?
- Czy w programach nauczania są podnoszone kwestie regionalnego zabezpieczenia personelu pielęgniarskiego?

### **Regulatorzy**

- Czy regulatorzy (czyli podmioty odpowiedzialne za projektowanie zmian prawnych) regularnie przeglądają zakresy wymaganych kompetencji, aby dostarczyć aktualną opiekę pielęgniarską?
- Czy wykorzystuje się dane z rejestru pielęgniarek do planowania i oceny zatrudniania personelu pielęgniarskiego w zakładach ochrony zdrowia?
- Czy regulatorzy wyciągają stale wnioski ze skarg i wyników zdrowotnych pacjentów i dokonują analizy w celu poinformowania pracodawców i rządu o pojawiających się problemach dotyczących personelu?
- Czy regulatorzy spotykają się cyklicznie z sektorami takimi jak edukacja, zdrowie i praca?

**Tłumaczył: Przemysław Ośka**

### **Odpowiednia obsada kadr medycznych: co mogą zrobić same pielęgniarki?**

- Po pierwsze lobbować na rzecz odpowiedniej obsady kadr medycznych oraz komfortowych i bezpiecznych warunków pracy w swoim miejscu pracy, wśród władz lokalnych i centralnych. Po drugie wysyłać wiadomości pocztą elektroniczną (e-mail) i listy do właściwych organów centralnych, organizować spotkania z przedstawicielami rządu i innych organów oraz instytucji mających wpływ na warunki wykonywania zawodu przez pielęgniarki. Po trzecie propagować właściwe proporcje pielęgniarki-pacjenci w placówkach opieki zdrowotnej. Warto również podczas zawierania porozumień zbiorowych pomiędzy pracodawcami a pracownikami negocjować warunki wprowadzenia odpowiedniej obsady kadr medycznych. Ponadto należy informować i wyjaśniać, dlaczego odpowiednia obsada kadr medycznych jest ważna dla zdrowia i życia pacjentów oraz jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.
- Dążyć do zapewnienia udziału pielęgniarek we wszelkiego rodzaju działaniach podejmowanych na szczeblu lokalnym jak i krajowym a mających związek z tworzeniem rozwiązań w zakresie zarządzania personelem. Powoływać się na opracowania wyników prowadzonych na całym świecie badań, dotyczących odpowiedniej obsady kadr medycznych.
- Prezentować stanowiska, przytaczać fakty i zbierać wycinki prasowe dotyczące odpowiedniej obsady kadr medycznych jako czynnika gwarantującego bezpieczeństwo pacjenta. Przesyłać biuletyny wydawane przez krajowe stowarzyszenia pielęgniarek do redakcji prasowych działających na rynku lokalnym jak i krajowym.
- Dążyć do określenia zadań pielęgniarek i innych członków personelu medycznego. Podkreślać istniejące podobieństwa i różnice w posiadanych kompetencjach. Lobbować o uregulowanie w wyczerpujący sposób procedur udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.
- Pozyskiwać wsparcie osób nie będących pielęgniarkami. Organizować różnorodne formy współpracy z innymi przedstawicielami zawodów medycznych. Poprzez organizowanie różnego rodzaju konferencji, sympozjów i prezentacji prowadzić edukację społeczeństwa i podnosić jego świadomość w zakresie bezpiecznych warunków udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.
- Wykupić reklamę w prasie lokalnej celem zamieszczenia materiałów edukacyjnych dotyczących znaczenia wysoko wykwalifikowanych pielęgniarek dla systemu opieki zdrowotnej. Przedmiotowa reklama przyciągnie uwagę opinii publicznej, lokalnych władz oraz osób zarządzających personelem w placówkach opieki zdrowotnej.

Wydawać broszury informacyjne i drukować plakaty oraz organizować spotkania z przedstawicielami mediów, udzielać wywiadów radiowych i telewizyjnych.

- Wspierać badania dotyczące jakości świadczonych usług opieki zdrowotnej. Wskazywać na długoterminowe korzyści oraz opłacalność badań dotyczących znaczenia wysoko wykwalifikowanych pielęgniarek jako członków personelu medycznego. Powoływać się na wyniki powyższych badań przed decydentami odpowiedzialnymi za planowanie i wdrażanie polityki kształtującej system opieki zdrowotnej.
- Przyznawać nagrody za propagowanie idei odpowiedniej obsady kadr medycznych.
- Propagować kształcenie ustawiczne pielęgniarek. Dyplomy ukończonych kursów i szkoleń stanowią potwierdzenie wysokich kwalifikacji pielęgniarki i są gwarantem jakości świadczonej opieki zdrowotnej.
- Wspierać rozwój polityki kadrowej w obszarze rekrutacji oraz zarządzania personelem.
- Dzielić się posiadanymi informacjami z innymi organizacjami oraz społeczeństwem zamieszczając je na stronach internetowych krajowych stowarzyszeń pielęgniarek.

**Tłumaczył: Marek Martyna**

## **PRÓBNY KOMUNIKAT PRASOWY**

### **Odpowiednia obsada personelu medycznego ratuje życie i pieniądze**

*Pielęgniarki na całym świecie wzywają prawodawców i twórców polityki, by zwrócić się o zapewnienie wystarczających i odpowiednich zasobów ludzkich w opiece medycznej.*

**Genewa, 12 maja 2006** Nieodpowiednie obsady pielęgniarskie w zakresie opieki medycznej osiągnęły krytyczne proporcje we wszystkich regionach. Dowody wskazują, iż skutkuje to krytycznym wzrostem długości pobytów w szpitalach, zachorowalnością i śmiertelnością pacjentów i niepożądanymi zdarzeniami, którym należy zapobiegać. Jedne z badań stwierdzają, że wzrost obciążenia pracą pielęgniarki- od czterech do sześciu pacjentów chirurgicznych- zakończył się 14% wzrostem prawdopodobieństwa zgonu pacjenta będącego pod opieką pielęgniarki, w ciągu 30 dni od dnia przyjęcia. Rzeczywistość jest taka, iż wiele pielęgniarek sprzeciwia się dużo większemu obciążeniu pracą nad pacjentem w wymiarze dziennym. Z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek, pielęgniarki wzywają o rozwiązania polityczne, by zwrócić poważną uwagę na całościowe planowanie zasobów ludzkich w ochronie zdrowia i odpowiednie proporcje: pielęgniarka- pacjent, przy planowaniu obsad pielęgniarskich we wszystkich typach opieki medycznej.

Nie ma żadnych wątpliwości. Liczba pracowników opieki medycznej pokazuje różnicę. „Dowód: odpowiednie zabezpieczenie personelu pielęgniarskiego jest zasadnicze dla wyników zdrowotnych społeczeństw. Ulepszenie norm obsad pielęgniarskich (pod względem liczby osób i ich kwalifikacji) jest powiązane z niższymi współczynnikami umieralności pacjenta hospitalizowanego i krótszymi pobytami w szpitalu- oszczędność zarówno istnień ludzkich jak i pieniędzy,” stwierdził Hiroko Minami, Prezydent Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ICN). “Odpowiednie obsadzanie personelu prowadzi do mniejszej liczby incydentów-błędów medycznych, pointerwencyjnych zakażeń przewodu moczowego, żołądkowo-jelitowego krwawienia, wypadków, zapalenia płuc i wstrząsu. Globalny brak pielęgniarek doświadczany obecnie wyraźnie zagraża osiągnięciu Celów Rozwoju Tysiąclecia”. Wysokie proporcje pacjent-pielęgniarka nie tylko mają negatywny wpływ na wyniki zdrowotne pacjenta, ale też dotyczą pielęgniarek, które są w większym stopniu narażone na ryzyko wyczerpania emocjonalnego, stresu, niezadowolenia z pracy i wypalenia zawodowego. Pielęgniarki, które ciągle pracują w godzinach nadliczbowych albo pracują bez odpowiedniej liczby dni wolnych od pracy wykazują gorszy stan zdrowia i przebywają częściej na zwolnieniach lekarskich- czy tak słabnący system zdrowia odpowiada na potrzeby zdrowotne społeczności?

Środowiska opieki medycznej różnią się na całym świecie, ale potrzeba zatrudniania odpowiedniego personelu jest podzielana wszędzie. Ta potrzeba wychodzi poza minimum wymagane dla potencjalnego standardu opieki. Pielęgniarki, ich stowarzyszenia pielęgniarskie i przedsiębiorcy sektora ochrony zdrowia stoją przed wyzwaniem, aby określić poziomy odpowiedniego obsadzania personelu w kontekście potrzeb pacjenta; zbierać istotne dane kliniczne i dane dotyczące personelu; szerzyć i wskazywać znaczenie odpowiedniego



obsadzania personelu; tworzyć porozumienia, aby wspierać politykę odpowiednich obsad pielęgniarskich; przedsięwziąć badania, które oszacują wpływ powyższych działań i przygotowują propozycje rozwiązań, które skutecznie wpłyną na podejmowanie decyzji.

Aby pomóc pielęgniarkom, administratorom szpitala, rządowi i społeczeństwu jako całości zrozumieć ten złożony temat, ICN przygotował zestaw narzędzi w zakresie obsadzania personelu, *Odpowiednia obsada pielęgniarska ratuje życie*, które jest dostępne na witrynie sieci ICN- [www.icn.ch](http://www.icn.ch).

### **Notatka redaktora**

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) to federacja 129 narodowych stowarzyszeń pielęgniarek reprezentujących miliony pielęgniarek na całym świecie. Kierowana przez pielęgniarki na rzecz pielęgniarek od 1899, ICN stanowi międzynarodowy głos pielęgniarstwa i pracuje nad zapewnieniem jakości opieki obejmującej wszystkich obywateli oraz rozsądnej, globalnej polityki zdrowotnej.

**Szczegółowe informacje -proszę o kontakt z Lindy Carrier-Walker**

**Tel: +41 22 908 0100 Faksu: +41 22 908 0101**

**Email: [carrwalk@icn.ch](mailto:carrwalk@icn.ch) ICN Witryna sieci: [www.icn.ch](http://www.icn.ch)**

**Tłumaczył: Przemysław Ośka**

**Czy wiesz, że.....? Fakty dotyczące odpowiedniej obsady kadry medycznej.**

- Pod pojęciem odpowiedniej obsady kadry medycznej należy rozumieć sytuację, gdy odpowiednia liczba personelu o zróżnicowanych kwalifikacjach i umiejętnościach, świadczy całodobowo opiekę zdrowotną w pełni zaspokajając potrzeby pacjenta i zapewniając komfortowe i bezpieczne warunki pracy.
- W Stanach Zjednoczonych 98 tysięcy ludzi umiera każdego roku z powodu błędów medycznych w szpitalach (więcej niż umiera z powodu wypadków samochodowych, raka piersi czy AIDS). Nieodpowiednia obsada kadry medycznej oraz obciążenie pracą to główne przyczyny popełnianych błędów medycznych.
- Im więcej wysoko wykwalifikowanych pielęgniarek posiadających zróżnicowane umiejętności tym mniejsza zachorowalność i śmiertelność wśród pacjentów, mniejsza liczba przypadków pogorszenia stanu zdrowia pacjenta na skutek niewłaściwej terapii, krótszy okres pobytu w szpitalu i większe zadowolenie pacjenta z zastosowanej terapii. W takim środowisku pracy pielęgniarki odczuwają większą satysfakcję zawodową, są narażone na mniejszy stres, występuje mniejsza liczba przypadków wypalenia zawodowego. Ponadto zmniejszeniu ulega liczba przypadków nieobecności w pracy i rezygnacji z pracy. Powyższe ma pozytywny wpływ na ciągłość i jakość opieki zdrowotnej.
- Na oddziałach zapewniających opiekę zdrowotną dla pacjentów chorych na AIDS, dodatkowa pielęgniarka przypadająca na pacjenta powoduje 50% spadek 30 dniowej śmiertelności.
- Badania wykazują, że im mniejsza liczba pielęgniarek pracujących w nocy tym większe ryzyko pooperacyjnych komplikacji oddechowych, wyższe wskaźniki upadków i spadek zdolności pacjentów w radzeniu sobie z bólem.
- Badacze odkryli, że każdy dodatkowy pacjent na oddziale chirurgicznym przypadający na jedną pielęgniarkę, która w tym samym czasie zapewnia opiekę zdrowotną czterem pacjentom wiąże się z 7% wzrostem prawdopodobieństwa śmierci w ciągu 30 dni od przyjęcia do szpitala i 7 % wzrostem prawdopodobieństwa nieudanej próby uratowania życia pacjenta.
- Międzysektorowe analizy dotyczące leczonych i operowanych pacjentów wskazują, że im większa liczba godzin dziennie, podczas których udzielane są świadczenia opieki zdrowotnej przez wysoko wykwalifikowane pielęgniarki tym krótszy okres pobytu pacjenta w szpitalu; niższy wskaźnik przypadków zakażeń dróg moczowych,

krwawień z górnego odcinka przewodu pokarmowego, zapaleń płuc, ataków serca, i mniejsza liczba nieudanych prób uratowania życia pacjenta.

- Odpowiednia obsada kadry medycznej jest opłacalna zarówno dla poszczególnych zakładów opieki zdrowotnej, jak i całego systemu opieki zdrowotnej oraz społeczeństwa. Zakłady opieki zdrowotnej z odpowiednią liczbą pielęgniarek i lekarzy wykorzystują liczbę posiadanego personelu do zwiększenia konkurencyjności względem innych zakładów opieki zdrowotnej.
- W czasach, gdy brak personelu pielęgniarskiego jest szczególnie odczuwalny, szerokie zastosowanie polityki w zakresie zapewnienia odpowiedniej obsady pielęgniarskiej stanowi poważny argument dla pielęgniarek do wykonywania zawodu lub powrotu do aktywnej praktyki, oznacza to efektywną rekrutację i rozwój strategii zachęcających pracowników do pozostania w danej placówce zdrowia.
- W placówkach, gdzie istnieje niewłaściwa infrastruktura i nieodpowiednia obsada zwiększeniu ulega odpowiedzialność zawodowa.
- Konieczne jest ustanowienie odpowiednich ram polityki kadrowej dla decyzji dotyczących obsady kadry medycznej.

**Tłumaczył: Marek Martyna**

## Amerykańskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Zasady w zakresie obsadzania personelu pielęgniarskiego

### Matryca dla podejmowania decyzji o obsadzie personelu

Pozycje	Elementy/definicje
Pacjenci	Charakterystyka pacjenta i liczba pacjentów, dla których opieka jest świadczona.
Stan zdrowia pacjenta i intensywność opieki	Intensywność indywidualnej opieki nad pacjentem; modyfikowanie opieki pielęgniarskiej w zależności od zmieniającego się stanu zdrowia pacjenta
Wymagania dla pomieszczeń i urządzeń oddziałów szpitalnych	Rozmieszczenie pacjentów (liczba łóżek w pokojach, pokoje jednoosobowe), wyposażenie w węzły sanitarne i inne urządzenia (beepery, telefony komórkowe, komputery)
Ocena jakości wykonanych usług medycznych	Wyniki dotyczą pojedynczej pielęgniarki i grup pielęgniarek w zakresie zapewnienia ciągłej opieki nad pacjentem; kontrola wykonywanych czynności; zaangażowanie personelu w działania na rzecz poprawy jakości opieki;

### Zasady ustalania norm zatrudniania pielęgniarki

Dziewięć poniższych zasad zostało wskazanych przez panel ekspercki dotyczący obsadzania personelu pielęgniarskiego i zostało przyjęte przez Radę Dyrektorów Amerykańskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego (ANA) 24 listopada 1998 r.

#### Dotyczące opieki pacjenta

1. Odpowiednie poziomy obsad pielęgniarskich w oddziałach są odpowiedzią na wyniki analizy indywidualnych i zbiorowych potrzeb pacjentów.
2. Istnieje konieczność zastanowienia się nad wyborem systemu zatrudniania pielęgniarek: czy tylko system zmianowy, czy możliwość zatrudniania np. na 2-3 godziny.
3. Oddziały, które chcą świadczyć usługi zdrowotne na najwyższym poziomie muszą też rozważyć określenie poziomów obsad pielęgniarskich.

#### Związane z personelem

4. Określone potrzeby różnych grup pacjentów powinny determinować odpowiednie kompetencje kliniczne pielęgniarki praktykującej w tym obszarze.
5. Pielęgniarki (**Registered Nurse – RN**) muszą mieć wsparcie kierowniczej kadry pielęgniarskiej i reprezentację zarówno na poziomie decyzyjnym jak i wykonawczym.
6. Wsparcie kliniczne doświadczonych RN powinno być łatwo dostępne dla tych RN, które są mniej doświadczone.

#### **Związane z instytucją/zakładem opieki zdrowotnej**

7. Polityka zakładu opieki zdrowotnej w zakresie ustalania minimalnych norm zatrudniania powinna uwzględniać w planie finansowym zakładu planowanie kadr medycznych, w tym pielęgniarek i innych pracowników jako strategicznego kapitału (personelu pomocniczego).
8. Wszystkie upoważnione instytucje powinny przygotowywać dokumentację dla poszczególnych zakresów kompetencji pielęgniarek, z uwzględnieniem personelu uzupełniającego i pielęgniarek migrujących.
9. Polityka w zakresie ustalania minimalnych norm zatrudnienia powinna uwzględniać potrzeby zarówno pacjentów jak i personelu pielęgniarskiego.

**Tłumaczył: Przemysław Ośka**

**Wybrane i stosowane metody oceny i doboru właściwej liczby pielęgniarek, przy uwzględnieniu zróżnicowanych kwalifikacji i umiejętności członków personelu**

Zaczerpnięto z konspektu: Przegląd publikacji wydawanych przez Departament Zdrowia, Kwiecień 2002, dr Keith Hurst, Senior Lecturer, Nuffield Institute for Health, Leeds University.

**Wstęp**

Celem niniejszego raportu jest próba wyjaśnienia złożoności problematyki związanej z odpowiednim planowaniem obsady pielęgniarskiej oraz udzielenie wskazówek służących podejmowaniu słusznych decyzji w odniesieniu do liczby zatrudnianych pielęgniarek przy uwzględnieniu ich zróżnicowanych kwalifikacji i umiejętności.

W przedmiotowej publikacji zwrócono szczególną uwagę na silne i słabe strony każdej z poniżej wymienionych metod oceny i doboru właściwej liczby pielęgniarek:

1. Zawodowa metoda oceny, czyli formuła określająca liczbę pielęgniarek na każdej zmianie.
2. Metoda polegająca na wyznaczeniu właściwej liczby pielęgniarek przypadającej na zajęte łóżko.
3. Metoda precyzyjnego wyznaczenia liczby pielęgniarek w zależności od stanu zdrowia pacjenta oraz rodzaju koniecznych świadczeń opieki zdrowotnej.
4. Metoda polegająca na określeniu właściwej liczby pielęgniarek w zależności od przewidywanej częstotliwości udzielanych świadczeń.
5. Metoda regresji, polegająca na wyznaczeniu liczby pielęgniarek w zależności od konkretnego rodzaju aktywności/ okoliczności

Szczegółowe materiały informacyjne dotyczące oceny i doboru właściwej liczby pielęgniarek, przy uwzględnieniu ich zróżnicowanych kwalifikacji i umiejętności przy zastosowaniu każdej z powyższych metod można odnaleźć w pełnej wersji raportu autorstwa dr Hursta. Adres strony internetowej raportu znajduje się na końcu niniejszego opracowania.

**Zawodowa metoda oceny**

Powyższa metoda umożliwia dopasowanie odpowiedniej liczby pielęgniarek do tygodniowego rozkładu pracy na oddziale. Jak obrazuje algorytm, metoda ta jest prosta w użyciu i stanowi świetną formułę wyjściową przed zastosowaniem bardziej wyszukanej metody. Jest ona bezcenna w przypadku konieczności szybkiego wprowadzenia polityki kształtującej obsadę pielęgniarską, w tym również w godzinach pracy znajdujących się na pograniczu poszczególnych zmian. W poniższym przykładzie, na oddziale chirurgicznym, w

którym znajduje się 15 łóżek, postanowiono zatrudnić trzy pielęgniarki na pierwszą zmianę i trzy na drugą zmianę oraz dwie pielęgniarki na trzecią zmianę. W tym 30 ostatnich minut pierwszej zmiany pokrywa się z pierwszymi 30 minutami drugiej zmiany oraz 15 ostatnich minut drugiej zmiany pokrywa się z pierwszymi 15 minutami trzeciej zmiany. Rozkład każdej ze zmian oraz liczbę pielęgniarek pracujących na każdej zmianie można uzależnić od miejsca udzielania świadczeń.

### **Tabela nr 1.**

#### **Tygodniowy rozkład pracy na oddziale – zawodowa metoda oceny**

**Krok 1.** Ustal liczbę godzin pracy:

I zmiana 7:00-14:30	= 7,5h x 3 pielęgniarki x 7 dni	157,5 h
II zmiana 14:00-21:30	= 7,5h x 3 pielęgniarki x 7 dni	157,5 h
III zmiana 21:15-7:15	= 10h x 2 pielęgniarki x 7 dni	140 h
Suma	=	455 h

Powyższy rozkład pracy nie uwzględnia nieobecności w pracy pielęgniarek z powodu choroby ani urlopów wypoczynkowych, itp. W związku z powyższym koniecznym jest wprowadzenie odpowiedniej modyfikacji uwzględniającej nieobecności w pracy członków personelu. Wartość procentową, 22% (tzw. rezerwa), którą uwzględniono w formule poniżej, uzyskano na podstawie wyników badań dotyczących nieobecności w pracy pielęgniarek przeprowadzonych w 300 oddziałach szpitalnych na terenie Wielkiej Brytanii.

### **Krok 2.**

#### **Dodać wartość 22% rezerwy**

$$455 \text{ h} \times 1,22 \text{ (po dodaniu rezerwy)} = 555,1 \text{ h} / 37,5 \text{ h (tygodniowy czas pracy 1 pielęgniarki)} = 14,8$$

Mając na względzie powyższe należy przyjąć, że zastosowanie wskazanego wyżej tygodniowego rozkładu czasu pracy na małym oddziale chirurgicznym (I zmiana-3 pielęgniarki, II zmiana-3 pielęgniarki, III-2 pielęgniarki) wymaga zatrudnienia na pełny etat 15 pielęgniarek.

#### **Plusy zastosowania powyższej metody:**

- metoda szybka, prosta, tania;
- może być stosowana w każdej placówce zdrowia, niezależnie od liczby godzin świadczonej opieki zdrowotnej w ciągu doby;
- elastyczna w zastosowaniu;
- nie wymaga dużych zmian w rozkładzie pracy pozostałych świadczeniodawców;
- można przeprowadzić łatwą analizę dotyczącą oceny wpływu powyższej metody na jakość świadczonej opieki zdrowotnej i satysfakcję zawodową pracowników.

Przedmiotowa metoda stanowi świetną formułę wyjściową przed zastosowaniem bardziej wyszukanych metod i jest często wykorzystywana w celu sprawdzenia ich skuteczności. Jest swego rodzaju zabezpieczeniem w systemie zarządzania personelem. Podobne rezultaty osiągnięte przy zastosowaniu dwóch lub trzech metod (triangulacja) potwierdzają słuszność decyzji podejmowanych w kwestii doboru personelu.

#### **Minusy zastosowania powyższej metody**

- trudno wyjaśnić istnienie związku pomiędzy liczbą pielęgniarek a jakością świadczonej opieki zdrowotnej (przykładowo, skąd wiadomo, że liczba pielęgniarek równa 25,5 otrzymana jako wynik zastosowania powyższej formuły (Krok 2) jest wystarczająca do zagwarantowania właściwego standardu udzielanych świadczeń, umożliwi równy rozkład zadań personelu, przyczynia się do zwiększenia satysfakcji zawodowej pracowników i przeciwdziała rezygnacji z pracy pielęgniarek);
- jest mniej elastyczna w przypadku zmiennej liczby pacjentów lub zmieniającego stanu zdrowia pacjentów (wówczas pojawia się nadmiar lub niedobór personelu);
- nie bierąca pod uwagę woli swobodnego kształtowania obsady pielęgniarskiej;
- nie znajduje zastosowania w placówkach, gdzie czas trwania poszczególnych zmian odbiega w znacznym stopniu od obowiązujących standardów.

#### **Metoda polegająca na wyznaczeniu właściwej liczby pielęgniarek przypadającej na zajęte łóżko.**

Metoda polegająca na wyznaczeniu właściwej liczby pielęgniarek przypadającej na zajęte łóżko jest bardzo popularna i prosta w zastosowaniu.

#### **Plusy zastosowania powyższej metody**

- może być stosowana jako metoda sprawdzająca skuteczność zawodowej metody oceny;
- bardzo użyteczna w przypadku zmiennej liczby zajętych łóżek na oddziale i konieczności modyfikowania liczby członków personelu pielęgniarskiego;
- prosta metoda, uwzględniająca aktualne zapotrzebowanie na świadczenia opieki zdrowotnej;
- formuły przygotowane są dla każdego z rodzajów oddziałów szpitalnych; opracowane na podstawie danych zebranych z oddziałów odpowiadających im pod względem specjalizacji;
- w metodzie uwzględnia się również zróżnicowane kwalifikacje i umiejętności pielęgniarek;
- nieskomplikowany system wprowadzania danych do komputera.

#### **Minusy zastosowania powyższej metody**

- z góry istnieje założenie, że personel został właściwie dobrany;
- nie istnieje gwarancja, że dane, na podstawie których zostały opracowane odpowiednie formuły pochodzą z oddziałów szpitalnych, na których zapewniony jest właściwy standard opieki zdrowotnej;



- nie bierze się pod uwagę stanu zdrowia pacjentów (przykładowo formuły przewidują taką samą liczbę pielęgniarek przypadającą na daną grupę pacjentów, których stan zdrowia jest stabilny, jak i na pacjentów znajdujących się w stanie ciężkim)
- kosztowne są zmiany w zastosowanej formule;
- rutynowo zbierane dane (np. dotyczące liczby zajętych łóżek), służące do sporządzania właściwych formuł, często zawierają błędy);
- nie ma pełnej przejrzystości schematów tworzenia odpowiednich formuł;
- dane na bazie, których tworzone są formuły mogą pochodzić z oddziałów szpitalnych znajdujących się w innym regionie geograficznym;
- nie uwzględnia się wkładu wnoszonego przez pielęgniarki odbywające praktyczną naukę zawodu w danej placówce zdrowia, z drugiej strony nie bierze się pod uwagę czasu, który wykwalifikowany personel powinien im poświęcić.

### **Metoda precyzyjnego wyznaczenia liczby pielęgniarek w zależności od stanu zdrowia pacjenta oraz rodzaju koniecznych świadczeń opieki zdrowotnej**

Trzecia metoda doboru i oceny właściwej liczby członków personelu pielęgniarskiego jest metodą uwzględniającą stan zdrowia pacjenta i rodzaj koniecznych świadczeń opieki zdrowotnej. Powyższa metoda nie ma słabych stron charakterystycznych dla dwóch wyżej wcześniej opisanych metod. Znajduje zastosowanie na oddziałach szpitalnych, gdzie liczba pacjentów ulega bardzo częstym zmianom i stan zdrowia poszczególnych pacjentów jest zróżnicowany. W związku powyższym, tworzenie formuł w ramach tej metody jest bardziej kompleksowe i złożone i wymaga korzystania z pomocy komputera. Przygotowując formułę należy stawiać pytania „co jeśli”, np. co zrobić, gdy nastąpi nagły wzrost liczby pacjentów w stanie ciężkim na danym oddziale.

#### **Plusy zastosowania powyższej metody**

- jest wysoce skuteczna na oddziałach o zmiennej liczbie pacjentów i zmiennym zapotrzebowaniu na świadczenia zdrowotne;
- elastyczność;
- za pomocą danych zawartych w komputerze można szybko dopasować liczbę personelu niezbędną na danej zmianie;
- uzyskanie dokładnych danych na temat sposobu, rodzaju i kosztów świadczeń wykonywanych przez każdą pielęgniarkę

#### **Minusy zastosowania powyższej metody**

- metoda jest kompleksowa;
- czasowo określona dzienna dawka świadczeń udzielanych przez pielęgniarkę konkretnemu pacjentowi musi być każdorazowo wyznaczona;
- nie uwzględnia się indywidualnych potrzeb pacjenta;
- nie uwzględnia się psychologicznego aspektu podejścia do pacjenta;
- czasami na skutek zastosowania ustalonej formuły, na danej zmianie nie pracuje żadna wysoko wykwalifikowana pielęgniarka;
- liczba pacjentów mniejsza niż 12 (w szczególności, gdy stan zdrowia pacjentów jest stabilny) stwarza tzw. „problem małego oddziału”;
- poprzez konieczność uzyskania dodatkowych informacji na temat pacjenta ulega zwiększeniu zakres obowiązków pielęgniarek na oddziale;

- uzyskiwanie aktualnych informacji na temat skuteczności stosowanej metody jest kosztowne, np. zebranie danych dotyczących jakości świadczonych usług wymaga, aby dwie dodatkowe pielęgniarki pracowały przez kilka dni na oddziale w charakterze obserwatorów.
- zróżnicowanie kwalifikacji i umiejętności pielęgniarek członków personelu wynikające z formuły może nie odpowiadać lokalnym regulacjom dotyczącym zatrudniania personelu;
- mniejsza precyzja w wyznaczaniu właściwej liczby pielęgniarek na daną zmianę.

### **Metoda polegająca na określeniu właściwej liczby pielęgniarek w zależności od przewidywanej częstotliwości udzielanych świadczeń.**

Metoda polegająca na określeniu właściwej liczby pielęgniarek w zależności od przewidywanej częstotliwości udzielanych świadczeń została stworzona, ponieważ uznano, że metoda wyznaczenia liczby pielęgniarek w zależności od stanu zdrowia pacjenta oraz rodzaju koniecznych świadczeń opieki zdrowotnej nie jest wystarczająco skuteczna. Pojawiło się przekonanie, że typ i częstotliwość udzielanych świadczeń przez pielęgniarkę jest bardziej przewidywalny niż stan zdrowia pacjenta. Znając plan leczenia poszczególnych pacjentów oraz stosując ww. metodę można wyznaczyć właściwą liczbę pielęgniarek na poszczególnej zmianie. Wskazana wyżej metoda znajduje zastosowanie na oddziałach szpitalnych, gdzie systematycznie przygotowuje się plan leczenia każdego pacjenta oraz na oddziałach, gdzie częstotliwość świadczeń udzielnych przez pielęgniarki jest łatwa do przewidzenia.

W praktyce zarówno rodzaj udzielanych świadczeń, jak i ich częstotliwość jest rejestrowana tworząc właściwą bazę. Do każdego rodzaju świadczeń dopasowuje się wyznaczony czas wykonania, tworząc plan leczenia pacjenta, uwzględniający czas wykonanych koniecznych świadczeń w ciągu 24 godzin.

#### **Plusy zastosowania powyższej metody**

- skuteczność niniejszej metody może być sprawdzona za pomocą innych metod;
- łatwo z niej korzystać w ramach systemu informatycznego;
- może być wdrażana w różnych placówkach opieki zdrowotnej nie powodując zachwiania ich struktury.

#### **Minusy zastosowania powyższej metody**

- bardzo kosztowna;
- czasochłonna;
- ograniczenie opieki pielęgniarskiej do pracy badawczej postrzegane jest przez niektóre pielęgniarki bardzo negatywnie.

### **Metoda regresji, polegająca na wyznaczeniu liczby pielęgniarek w zależności od konkretnego rodzaju aktywności**

Powyższa metoda pozwala na ustalenie właściwej liczby pielęgniarek w zależności od konkretnego rodzaju aktywności. Konkretny rodzaj aktywności np. rzeczywiste

wykorzystanie łóżek szpitalnych jest *zmienną niezależną*, natomiast liczba członków personelu jest *zmienną zależną*. Jeśli posiadamy odpowiednie dane statystyczne, jedyne co potrzebujemy do ustalenia koniecznej liczby członków personelu (zmiennej zależnej) to zmienna niezależna. Przykładowo dysponując danymi dotyczącymi organizacji oddziału szpitalnego i liczby zajętych łóżek i stosując metodę regresji ustalono, że liczba pielęgniarek (zmienna zależna) wzrasta wraz ze wzrostem liczby zajętych łóżek (zmienna niezależna). Inną zmienną niezależną może być przykładowo liczba operacji przeprowadzanych w ciągu dnia. Jeśli tylko posiadamy odpowiednie dane statystyczne ustalenie właściwej liczby pielęgniarek jest bardzo proste.

### **Plusy zastosowania powyższej metody**

- znajduje zastosowanie w sytuacjach, gdy możliwe jest przewidzenie danego rodzaju zdarzeń medycznych np. liczbę planowanych przyjęć do szpitala;
- pomaga osobom zarządzającym personelem w przypadku pojawienia się nadzwyczajnych okoliczności;
- zwykle generuje niskie koszty, ze względu na łatwość w zbieraniu potrzebnych;
- szczególnie użyteczna dla osób zarządzających personelem dysponujących ograniczonymi zasobami i osób, które nie mogą sobie pozwolić na zastosowanie metody precyzyjnego wyznaczenia liczby pielęgniarek w zależności od stanu zdrowia pacjenta oraz rodzaju koniecznych świadczeń opieki zdrowotnej oraz metody polegającej na określeniu właściwej liczby pielęgniarek w zależności od przewidywanej częstotliwości udzielanych świadczeń;
- można przeprowadzić łatwą analizę dotyczącą oceny wpływu powyższej metody na jakość świadczonej opieki zdrowotnej;
- jest bardzo użyteczna;
- prosta w zastosowaniu.

### **Minusy zastosowania powyższej metody**

- wymaga dużej wiedzy i umiejętności od osób gromadzących i analizujących dane statystyczne, celem stworzenia odpowiedniej formuły dla danej placówki zdrowia;
- przeniesienie formuły stworzonej dla danej placówki zdrowia do innej nie jest wskazane ze względu na specyficzne cechy charakteryzujące każdy z oddziałów;
- niektóre ze zmiennych niezależnych są bardzo subiektywne np. idealny model właściwej obsady kadr medycznych według osoby zarządzającej oddziałem szpitalnym;
- zakłada się, że dane stosowane w metodzie regresji zbierane są na oddziałach, które funkcjonują prawidłowo np. zakłada się, że liczba pielęgniarek przypadających na zajęte łóżko odpowiada zapotrzebowaniu na świadczenia opieki zdrowotnej pacjentów;
- dane zebrane z oddziałów, gdzie personel jest często nieobecny lub jakość świadczonej opieki zdrowotnej jest niska mogą mieć negatywny wpływ na osiągnięte rezultaty;
- stworzenie odpowiedniej formuły dla oddziału, w którym znajduje się 25 łóżek a następnie stosowanie jej dla oddziału, w którym znajduje się 30 łóżek może prowadzić do błędów wynikających z braku określenia właściwego związku pomiędzy zmienną zależną i niezależną dla 30 łóżek;

- wprowadzanie metody regresji wraz z technikami zbierania danych statystycznych może prowadzić do wyobcowania niektórych pielęgniarek na skutek niemożności przyswojenia sposobu funkcjonowania metody.

**W celu uzyskania dalszych informacji:**

Pełna wersja raportu autorstwa dr Horsta znajduje się na stronie internetowej podanej poniżej:  
[http://www.nuffield.leeds.ac.uk/downloads/nursing\\_teams\\_summary\\_published.pdf](http://www.nuffield.leeds.ac.uk/downloads/nursing_teams_summary_published.pdf)

**Tłumaczył: Marek Martyna**

**Zdrowie i bezpieczeństwo pielęgniarek w miejscu pracy  
(Occupational Health for Nurses)**

**Oficjalne Stanowisko Międzynarodowej Rady Pielęgniarek - MRP (International  
Council of Nurses - ICN)**

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) ubolewa z powodu braku odpowiednich krajowych regulacji prawnych dotyczących zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu zatrudnienia pielęgniarek i często nieadekwatnych mechanizmów udziału pracowników w monitorowaniu, eliminowaniu ryzyka zawodowego oraz niedostatecznej alokacji środków zapewniających optymalne usługi w zakresie ochrony zdrowia i bezpieczeństwa oraz nadzoru warunków pracy.

ICN promuje rozwój i zastosowanie międzynarodowych przedsięwzięć zapewniających prawo pielęgniarek do bezpiecznego środowiska pracy, włącznie z zapewnieniem stałej edukacji, szczepień i odzieży/wyposażenia ochronnego. ICN zachęca i popiera badania w tej dziedzinie i wprowadza w obieg stosowne informacje dla członków stowarzyszeń.

ICN bardzo wspiera różne konwencje ILO (MOP - Międzynarodowej Organizacji Pracy) dotyczące zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy i jest przekonana, że krajowe towarzystwa pielęgniarskie powinny:

ponaglać swoje rządy do prac legislacyjnych (i przestrzegania przepisów we wszystkich placówkach ochrony zdrowia) dotyczących ochrony zdrowia i bezpieczeństwa w środowisku pracy poprzez lobby, sejm, polityczną aktywność indywidualną i/lub zbiorową.

- działaniom tym sprzyja: - inicjowanie i/lub wspieranie krajowych badań nad bezpiecznymi i odpowiednimi warunkami środowiska pracy pielęgniarek, również dotyczących ryzykownych zachowań, postaw, procedur i działań zapobiegawczych;
- uwrażliwianie personelu pielęgniarskiego, pracodawców i ogółu społeczeństwa na czynniki ryzyka zawodowego w ochronie zdrowia, włącznie z przemocą czy nadużyciami;
- uświadamianie pielęgniarkom ich prawa do bezpiecznego środowiska pracy i obowiązku zapewnienia bezpieczeństwa sobie i innym;
- przekonywanie rządów i pracodawców do wprowadzania i adaptowania koniecznych pomiarów czynników ryzyka celem zabezpieczenia zdrowia i dobrego samopoczucia pielęgniarek w ich pracy, w razie konieczności

- włącznie ze szczepieniami;
- ponaglanie rządu i pracodawców do zapewnienia personelowi pielęgniarskiemu dostępu do środków zaradczych, na przykład odzieży ochronnej i wyposażenia, bez obciążania personelu dodatkowymi kosztami;
- zachęcanie pielęgniarek do poddawania się szczepieniom, stosownie do ich stanu zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy;
- współdziałanie z kompetentnymi autorytetami w celu uściślenia wykazu chorób zawodowych i okresowego oceniania ich związku z pracą personelu pielęgniarskiego;
- wspieranie pielęgniarskich roszczeń do uzyskiwania rekompensat związanych z chorobami zawodowymi i/lub urazami w pracy;
- zdobywanie i upowszechnianie informacji na temat zdarzeń związanych z wypadkami w pracy, urazami i zachorowaniami wśród pielęgniarek;
- współpracowanie z innymi organizacjami wspierającymi prawa pracownicze do bezpiecznego środowiska pracy;
- rozpoznawanie istotnych zależności między pracownikami i ich rodzinami a stosowaniem przedsięwzięć mających wpływ na zdrowie i bezpieczeństwo w miejscu pracy;
- nieograniczanie pielęgniarkom możliwości wywiązywania się z roli rzecznika, adwokata pacjenta;
- domaganie się odpowiedniego systemu nadzoru na wszystkich poziomach, umożliwiającego wprowadzanie odpowiednich przedsięwzięć;
- szerzenie informacji na temat wprowadzania nowych czynników ryzyka zdrowotnego w miejscu pracy;
- upowszechnianie informacji o nierespektowaniu przez pracodawców prawa, dotyczącego zdrowia i bezpieczeństwa w pracy, włącznie ze meldowaniem o wykroczeniach przeciwko prawu pracy.

### **Tło:**

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek dostrzega wielką rolę zdrowych i bezpiecznych warunków pracy w promowaniu zdrowia.

Ponadto, ICN uznaje wzrastającą wiedzę pielęgniarek w tym zakresie a także na temat kosztów i efektywności świadczeń zapewnianych pracownikom.

ICN wspiera wzrastającą rolę zdrowia w miejscu pracy pielęgniarek POZ i domaga się słusznego wynagrodzenia i odpowiedniej struktury zawodowej umożliwiającej rozwój zawodowy.

Środowisko pracy pielęgniarki jest często niebezpieczne wskutek:

- jego zanieczyszczeń przez niebezpieczne odpady, będące rezultatem działalności ludzkiej i przemysłowej;
- zawodowych czynników ryzyka, na przykład takich, jak: czynniki chemiczne,

Konwencja 149 MOP (Międzynarodowej Organizacji Pracy - ILO), dotycząca zatrudnienia i warunków pracy oraz życia personelu pielęgniarskiego<sup>1</sup>, wzywa swoich członków do poprawy istniejącego prawa i regulacji dotyczących zdrowia w miejscu pracy i bezpieczeństwa oraz adaptowania ich w swoistych warunkach pracy zawodowej pielęgniarek i środowiska, w których jest ona wykonywana. Zapisy Działu IX zaleceń 157, załączonych do Konwencji 149 MOP, wspierają dalszy rozwój koniecznych środków gwarantujących zdrowie i bezpieczeństwo pielęgniarek w miejscu pracy.

**Przyjęto w roku 1987 znowelizowane w 2000 roku**

Oficjalne tłumaczenie Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie 2007

**Powiązane oraz oficjalne stanowiska**

**ICN:**

- redukowanie negatywnych czynników dla zdrowia uzależnionych od środowiska i stylu życia;
- pielęgniarki a środowisko naturalne;
- palenie tytoniu a zdrowie

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek jest federacją ponad 120 krajowych stowarzyszeń pielęgniarek reprezentujących miliony pielęgniarek na całym świecie. Kierowana przez pielęgniarki i na rzecz pielęgniarek, ICN stanowi międzynarodowy głos na rzecz pielęgniarstwa i pracuje nad zapewnieniem opieki jakościowej obejmującej wszystkich obywateli oraz rozsądnej, globalnej polityki zdrowotnej.

**Tłumaczenie:**

**Elżbieta Mielczarek-Pankiewicz**

**Aleksandra Gaworska-Krzemińska**

---

<sup>1</sup> Konwencja 149 MOP (Międzynarodowej Organizacji Pracy - ILO), dotycząca zatrudnienia i warunków pracy oraz życia personelu pielęgniarskiego uchwalona w Genewie w roku 1977



**Bezpieczeństwo Pacjentów  
(Patient Safety)**

**Oficjalne stanowisko Międzynarodowej Rady Pielęgniarek ICN:**

Bezpieczeństwo pacjentów jest jednym z priorytetów w odniesieniu do jakości opieki zdrowotnej i jakości w pielęgniarstwie. ICN wyraża przekonanie, że poprawa bezpieczeństwa pacjentów obejmuje działania o wszechstronnym zakresie, dotyczące rekrutacji, szkoleń oraz zatrzymania w kraju pracowników sektora opieki zdrowotnej, poprawy wykonania, przestrzegania zasad BHP oraz zarządzania ryzykiem, łącznie z kontrolą zakażeń, bezpiecznego stosowania leków, bezpieczeństwa wyposażenia, bezpiecznych praktyk klinicznych, bezpieczeństwa środowiska, w którym świadczona jest opieka oraz zgromadzenia zintegrowanego kompendium wiedzy naukowej zorientowanego na bezpieczeństwo pacjentów oraz infrastruktury w celu wsparcia jego rozwoju.

Pielęgniarki stosują się do zasad zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów we wszystkich aspektach swojej praktyki. Powyższe obejmuje informowanie pacjentów oraz pozostałych osób o wystąpieniu ryzyka oraz o metodach redukcji ryzyka, działaniu na rzecz bezpieczeństwa pacjentów oraz raportowaniu o wystąpieniu zdarzeń niepożądanych.

Wczesna identyfikacja ryzyka jest kluczowa dla uniknięcia urazów pacjentów oraz zależy od utrzymania kultury zaufania, uczciwości, integralności oraz otwartej komunikacji pomiędzy pacjentami a osobami świadczącymi usługi na rzecz ochrony zdrowia w systemie opieki zdrowotnej. ICN z przekonaniem wspiera podejście ogólnosystemowe, oparte o ideę przejrzystości oraz raportowania – a nie o obwinianie i oskarżanie pojedynczego pracownika – oraz wdrażanie środków identyfikujących czynniki ludzkie i systemowe w przypadku wystąpienia zdarzeń niepożądanych.

ICN wyraża głębokie zaniepokojenie poważnym zagrożeniem bezpieczeństwa pacjentów oraz jakości opieki zdrowotnej wynikłej z niewystarczającej liczby właściwie przeszkolonych zasobów ludzkich. Zauważalny w obecnej chwili globalny niedobór personelu pielęgniarskiego stanowi takie zagrożenie.

ICN wierzy, że pielęgniarki oraz krajowe stowarzyszenia pielęgniarek mają obowiązek:

- Informować pacjentów oraz ich rodziny o potencjalnym ryzyku;
- Bezzwłocznie raportować o zdarzeniach niepożądanych właściwym władzom;
- Odgrywać aktywną rolę w ocenie bezpieczeństwa oraz jakości opieki;
- Usprawniać komunikację z pacjentami oraz innymi pracownikami sektora ochrony zdrowia;
- Prowadzić lobbing na rzecz odpowiednich poziomów obsady kadrowej;
- Wspierać stosowanie środków poprawiających bezpieczeństwo pacjentów;
- Promować programy na rzecz ścisłej kontroli zakażeń;

- Prowadzić lobbing na rzecz standaryzacji polityk i protokołów leczenia, mających na celu minimalizację błędów;
- Współpracować z organami zawodowymi reprezentującymi farmaceutów, lekarzy oraz inne zawody w celu poprawy jakości opakowań oraz etykietowania leków;
- Współpracować z krajowymi systemami raportowania w celu rejestracji, analizy i nauki na podstawie zaistniałych zdarzeń niepożądanych;
- Tworzyć mechanizmy, na przykład poprzez proces akredytacyjny, aby określić cechy pracowników sektora ochrony zdrowia, których postępowanie może stanowić wyznacznik doskonałości w zapewnieniu bezpieczeństwa pacjenta.

### **Tło:**

Mimo że działania opieki zdrowotnej mają przynosić korzyści społeczeństwu, istnieje ryzyko wystąpienia błędów oraz zdarzeń niepożądanych, jako rezultat złożonej kombinacji procesów, technologii oraz czynnika ludzkiego związanych z ochroną zdrowia. **Zdarzenie niepożądane można zdefiniować jako szkodę lub uraz spowodowany przeważnie w trakcie leczenia choroby lub poprawy stanu zdrowia pacjenta przez pracowników sektora opieki zdrowotnej, natomiast rzadziej poprzez chorobę zasadniczą lub stan pacjenta**<sup>2</sup>. Powszechnie spotykane zagrożenia dla bezpieczeństwa pacjentów obejmują błędy lekarskie, infekcje nabyte w szpitalu, narażenie na wysokie dawki promieniowania oraz stosowanie leków przeterminowanych.

Mimo że błędy ludzkie odgrywają znaczną rolę w przypadku wystąpienia zdarzeń niepożądanych, są to nieodłączne czynniki systemowe, które adresowane właściwie, mogłyby zapobiegać występowaniu błędów.

Pojawia się coraz więcej dowodów wskazujących na to, że niewłaściwe poziomy obsady kadrowej w placówkach są związane ze wzrostem występowania zdarzeń niepożądanych takich jak: zaburzenia równowagi, odleżyny, błędy lekarskie, zakażenia szpitalne oraz wskaźnikami ponownej hospitalizacji, które mogą prowadzić do dłuższych pobytów w szpitalu oraz zwiększenia wskaźnika śmiertelności szpitalnej<sup>3</sup>. Niedobór personelu oraz niska jakość działań personelu spowodowana niewystarczającym poziomem motywacji lub też niewystarczającymi umiejętnościami technicznymi stanowią również istotne czynniki determinujące bezpieczeństwo pacjentów.

Niska jakość opieki zdrowotnej powoduje większość zdarzeń niepożądanych, mający znaczny wpływ finansowy na wydatki związane z ochroną zdrowia.

---

<sup>2</sup> Thomas, E.J. oraz Brennan, BMJ, Występowanie oraz rodzaje możliwych do uniknięcia zdarzeń niepożądanych u starszych pacjentów: ocena badań lekarskich na postawie populacji, 18 marca 2000 roku:9.

<sup>3</sup> Aiken, I. H. i inni, Szpitalny personel pielęgniarski a śmiertelność pacjentów, wypalenie się pielęgniarek i brak satysfakcji zawodowej, JAMA (2002); 288: 1987 – 1993.

## **Przyjęto w roku 2002**

Oficjalne tłumaczenie Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie 2007

### **Powiązane oraz oficjalne stanowiska**

#### **ICN:**

- Ochrona tytułu „pielęgniarka”
- Przepisy dotyczące pielęgniarstwa
- Zakres praktyki pielęgniarskiej,
- asystujący i pomocniczy personel pielęgniarski

### **Publikacje ICN:**

- Bezpieczeństwo pacjentów WHPA, Arkusz informacyjny (2001)

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek jest federacją ponad 120 krajowych stowarzyszeń pielęgniarek reprezentujących miliony pielęgniarek na całym świecie. Kierowana przez pielęgniarki i na rzecz pielęgniarek, ICN stanowi międzynarodowy głos na rzecz pielęgniarstwa i pracuje nad zapewnieniem opieki jakościowej obejmującej wszystkich obywateli oraz rozsądnej, globalnej polityki zdrowotnej.

### **Tłumaczenie:**

**Elżbieta Mielczarek-Pankiewicz**

**Aleksandra Gaworska-Krzemińska**

## Przykłady proporcji pielęgniarka – pacjenci

### Proporcje pielęgniarka – pacjenci obowiązujące w Kalifornii

Oddział intensywnej terapii	1:2
Oddział intensywnej terapii dla noworodków	1:2
Sala operacyjna	1:1
Sala pooperacyjna	1:1
Sala porodowa	1:2
Oddział przedporodowy	1:4
Oddział poporodowy dla par	1:4
Oddział poporodowy tylko dla kobiet	1:6
Oddział pediatryczny	1:4
<b>Szpitalny oddział ratunkowy</b>	<b>1:4</b>
SOR dla pacjentów oddziału intensywnej terapii	1:2
SOR dla pacjentów będących we wstrząsie pooperacyjnym	1:1
Oddział - norma początkowa	1:4
Oddział - norma docelowa w 2008 roku	1:3
Oddział kardiologiczny - norma początkowa	1:5
Oddział kardiologiczny - norma docelowa w 2008 roku	1:4
Oddział chirurgiczny - norma początkowa	1:6
Oddział chirurgiczny - norma docelowa w 2008 roku	1:5
Inny oddział specjalnej opieki - norma początkowa	1:5
Inny oddział specjalnej opieki - norma docelowa w 2008 roku	1:4
Oddział psychiatryczny	1:6

Źródło: Kalifornijskie Stowarzyszenie Pielęgniarek

### Proporcje pielęgniarka – pacjenci obowiązujące w stanie Wiktorii (Australia)

Typ oddziału	Kat. szpitala	zmiana dzienna	zmiana wieczorna
<b>chirurgiczny</b>	poziom 1	1:4 plus 1 osoba koordynująca	1:4 plus 1 osoba koordynująca
	poziom 3	1:5 plus 1 osoba koordynująca	1:6 plus 1 osoba koordynująca
<b>poporodowy</b>	wszystkie	1:5 plus 1 osoba koordynująca	1:6 plus 1 osoba koordynująca
<b>sala operacyjna</b>	3 pielęgniarki na salę operacyjną (1 pielęgniarka asystująca, 1 pielęgniarka monitorująca przebieg operacji, pielęgniarka anestezjologiczna). Skład może się różnić w zależności od okoliczności.		
<b>sala pooperacyjna</b>	dla pacjentów którzy nie odzyskali przytomności, podczas każdej zmiany 1:1		

Źródło: Kanadyjska Federacja Związków Zawodowych Pielęgniarek

**Tłumaczenie:**  
**Marek Martyna**  
**Przemysław Ośka**

## Przykłady prezentacji

### 1. slajd: Odpowiednie obsadzanie personelu medycznego może ocalić życie

#### Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki

12 maj 2006

### 2. slajd: Co oznacza odpowiednie obsadzanie personelu?

Odpowiednie obsadzanie personelu oznacza odpowiednią liczbę personelu o odpowiednim poziomie kwalifikacji, który jest dostępny w każdym czasie, aby zapewnić realizację potrzeb opieki pacjenta i zachowanie warunków pracy wolnych od czynników ryzyka.

*Amerykańska Federacja Nauczycieli (1995)*

### 3. slajd: Bezpieczeństwo pacjentów

Pacjenci są narażeni na ryzyko takich niepożądanych zdarzeń jak np.,

- błędy medyczne
- wypadki, zaburzenia równowagi
- komplikacje pooperacyjne
- przypadki „nieudanych akcji reanimacyjnych”

Kanada: 185 tys. przyjęć szpitalnych na rok łączy się ze zdarzeniami niepożądanymi.

USA: 98 tys. ludzi rocznie umiera z powodu błędów medycznych.

### 4. slajd: Odpowiednia obsada personelu medycznego

Bezpieczeństwo pacjenta

- lepsze wyniki zdrowotne
- ciągłość opieki
- zmniejszenie długości pobytu w szpitalu
- zmniejszenie kosztów opieki

Bezpieczeństwo pielęgniarki

- obciążenie pracą pielęgniarki jest odpowiednio zarządzane
- mniejszy stres

- większa satysfakcja z pracy
- mniejsza liczba nieobecności, rezygnacji z wykonywania zawodu, wypalenia zawodowego

### **5. slajd: Rozważania, kwestie finansowe**

Głównym powodem tego, że szpitale w USA nie osiągnęły optymalnych poziomów obsad pielęgniarskich jest niewynagradzanie pielęgniarek według jakości świadczonej przez nie opieki.

Niemniej jednak nieobecności, duża liczba odejść z zawodu, wzrost śmiertelności pacjentów, zachorowalność są także znaczącymi finansowo czynnikami.

### **6. slajd: Dowody**

W stosunku do 68 tys. pacjentów po ostrym zawale serca liczba godzin pracy pielęgniarek w ciągu dnia wpływała na zmniejszenie śmiertelności pacjentów (Schulz, van Servellen et al. 1998).

Oдноśnie kwestii pacjentów z AIDS, dodatkowa pielęgniarka na 1 pacjenta na dzień łączy się z 50 % spadkiem śmiertelności pacjenta w ciągu 30 dni (Aiken, Sloane et. Al. 1999).

### **7. slajd: Dowody**

Każdy dodatkowy pacjent na 1 pielęgniarkę, która opiekuje się 4 chirurgicznymi pacjentami powoduje:

- 7 % wzrost prawdopodobieństwa śmierci pacjenta w ciągu 30 dni od przyjęcia
- 7 % wzrost prawdopodobieństwa nieudanych akcji reanimacyjnych (Alken, Clarke et. al. 2002).

Większy stosunek godzinowy i liczba opieki pielęgniarskiej w ciągu dnia oznaczają niższy wskaźnik zakażeń układu moczowego, mniejszą liczbą krwawień jelitowych, zapaleń płuc, wstrząsu i zawałów serca (Needleman, et. al. 2002)

### **8. slajd: Zdrowie pielęgniarek**

Badania w USA wskazują, iż większe proporcje pielęgniarka-pacjent są powiązane ze wzrostem ryzyka wyczerpania emocjonalnego i niezadowolenia z aktualnej pracy (Steward, Hunt et. al. 2005).

Pielęgniarki, które ciągle pracują w godzinach nadliczbowych oraz pracują bez odpowiedniej pomocy są skłonne do większej liczby nieobecności, gorszego zdrowia (Steward, Hunt et. al. 2005).

### **9. slajd: Połączenie umiejętności**

Ważne jest, aby ustalić umiejętności i zakres czynności dla członków zespołów opieki medycznej i stworzyć ich efektywne połączenie.

Błędy w obsadzaniu personelu pielęgniarskiego mogą prowadzić do błędów medycznych, które mogą mieć konsekwencje niesprzyjające dla pacjentów.

### **10. slajd: Rola konkurencji**

Szpitala w USA, które mają odpowiednią liczbę pielęgniarek i lekarzy wykorzystują kwestie personelu, aby podnieść ich przewagę konkurencyjną nad innymi szpitalami.

### **11. slajd: Polityka odpowiadająca na braki w pielęgniarstwie**

- zwiększyć liczbę pielęgniarek;
- ulepszyć utrzymywanie aktualnego personelu pielęgniarskiego;
- ulepszyć wykorzystywanie umiejętności pielęgniarek oraz połączyć pielęgniarki z pozostałym personelem medycznym;
- zachęcać pielęgniarki, które aktualnie nie wykonują zawodu do powrotu do zawodu;
- rekrutacja międzynarodowa

### **12. slajd: Migracja międzynarodowa**

Pracownicy służby zdrowia wykształceni w obcych krajach tworzą aktualnie 25 % personelu lekarskiego i pielęgniarskiego w Australii, Kanadzie, Wielkiej Brytanii i USA.

Rekrutacja z zagranicy nie odnosi się do prawdziwych kwestii rekrutacji/utrzymywania pracownika, które powodują braki w państwach pochodzenia (Kingma 2006).

### **13. slajd: Ustawodawstwo dotyczące odpowiedniego obsadzania personelu pielęgniarskiego**

Amerykańskie Stowarzyszenie Pielęgniarek zaproponowało rozwiązania prawne w zakresie odpowiednich obsad pielęgniarskich włączające:

- ochronę dla pielęgniarek zgłaszających niebezpieczne warunki pracy
- zebranie i publiczne informowanie o danych dotyczących jakości opieki pielęgniarskiej,
- potrzebę stworzenia lepszych narzędzi, aby oszacować odpowiednie poziomy obsady i połączenia personelu

### **14. slajd: Proporcje legislacyjne odpowiedniego obsadzania personelu**

Proporcje legislacyjne: pielęgniarka-pacjenci zostały implementowane w Kalifornii, USA, i stanie Wiktorii, Australia.



Proporcje wskazują na maksymalne liczby pacjentów, którzy są pod opieką pielęgniarki, podczas jednej zmiany i są zróżnicowane według odpowiedniego typu oddziału.

#### **15. slajd: Proporcje odpowiedniego obsadzania personelu – korzyści**

- ulepszona jakość opieki i wyniki pacjentów
- ulepszona rekrutacja i utrzymywanie personelu pielęgniarskiego
- większa pomyślność, dobro pielęgniarek
- wzrost zdolności, możliwości świadczenia usług zdrowotnych społeczeństwu
- wzrost pewności funkcjonowania publicznego systemu opieki zdrowotnej

#### **16. slajd: Proporcje odpowiedniego obsadzania personelu – niekorzyści**

- kosztowny system – może istnieć potrzeba jego subsydiowania
- mogą niedokładnie oddawać potrzeby pacjentów albo nie oddawać złożoności wymaganej opieki
- zwykle narzędzie dla rekrutowania personelu
- nie przedstawiają indywidualnego podejścia do pacjenta, technologii stosowanej w opiece

#### **17. slajd: Opinia pracowników**

Zamiast tworzenia rozwiązań prawnych w zakresie proporcji odpowiedniego obsadzania personelu, niektórzy pracownicy sugerują, iż organizacje ustalą ich własną definicję odpowiedniego obsadzania personelu biorąc pod uwagę:

- indywidualne podejście do pacjenta,
- liczbę proporcji pielęgniarka-pacjent,
- połączenie umiejętności.

#### **18. slajd: Rola Krajowych Stowarzyszeń Pielęgniarskich (NNA)**

- 1) **Badania:** Krajowe Stowarzyszenia Pielęgniarskie mogą inicjować lokalne, krajowe i międzynarodowe programy badań.
- 2) **Działania polityczne:** zapewnianie porad i skutecznych strategii dotyczących krytycznych niedoborów pielęgniarek.
- 3) **Zalecenia:** odgrywanie kluczowej roli w zalecaniu bezpiecznych warunków środowiska pracy i odpowiednich procedur obsadzania personelu.
- 4) **Reprezentacja:** ponoszenie odpowiedzialności za reprezentowanie ich członków zarówno przed sądem jak i przed organami regulacyjnymi.
- 5) **Negocjacje:** odgrywanie istotnej roli w negocjowaniu odpowiedniego zasobu personelu pielęgniarskiego i warunków pracy, które podniosą stopień utrzymywania pracownika w pracy.

## **19. slajd: Zalecenia**

- 1) Określić zakres problemu
- 2) Zdefiniować odpowiednie obsadzanie personelu w kontekście wymagań pacjenta
- 3) Zbierać istotne dane
- 4) Użycie narzędzi oceny, aby zdefiniować poszczególne kwestie
- 5) Przygotowanie propozycji rozwiązań, aby wpłynąć na podejmowanie decyzji
- 6) Dostarczanie danych, aby wspierać inicjatywy odpowiedniego obsadzania personelu
- 7) Uczestniczyć w planowaniu zasobów ludzkich (personelu) w zakresie ochrony zdrowia
- 8) Wspierać wpływ badań szacunkowych
- 9) Lobbować pracodawców, aby zapewnili bezpieczne warunki środowiska pracy i odpowiedni personel
- 10) Edukować społeczeństwo na temat znaczenia usług pielęgniarskich
- 11) Pracować nad lokalnymi inicjatywami, które promują bezpieczne warunki środowiska pracy dla pielęgniarek

## **20. slajd: Konkluzje**

Odpowiednie obsadzanie personelu przynosi korzyści wszystkim:

- pacjenci/społeczeństwo- zagwarantowana bezpieczna opieka
- pracodawcy- mniejsze ryzyko i mniejsze koszty
- regulatorzy- mniej przypadków do zbadania
- pielęgniarki –większa satysfakcja z pracy i rozwój zawodowy

**Odpowiednie obsadzanie personelu jest kluczem do bezpiecznej opieki**

**Odpowiednia obsada personelu może ocalić życie**

**Tłumaczył: Przemysław Ośka**

## Literatura:

- Adkison PM (2004). Safe staffing for pediatric patients. *The Alabama Nurse*, 31(1), 26.
- Aiken LH, Clarke SP & Sloane DM (2002). Hospital staffing, organization and quality of care: Cross national findings. *International Journal for Quality in Health Care*, 14(1), 5-13.
- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J & Silber JH (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. *Journal of the American Nursing Association*, 288(16), 1987-1993.
- Aiken LH, Sloane DM, Lake ET, Sochalski J & Weber AL (1999). Organization and outcomes of inpatient AIDS care. *Medical Care*, 37(8), 760-772.
- Amaravadi RK, Dimick JB, Pronovost PJ & Lipsett PA (2000). ICU nurse to patient ratio is associated with complications and resource use after esophagectomy. *Intensive Care Medicine*, 26, 1857-1852.
- American Federation of Teachers (1995). *Definition of "safe staffing."* Retrieved November 8, 2005, from <http://www.aft.org/topics/healthcarestaffing/definition.htm>
- American Nurses Association (1999). *Principles for nurse staffing.* Retrieved November 8, 2005, from <http://www.nursingworld.org/readroom/stffprnc.htm>
- The ANA talks about their safe staffing and safe care campaign (2001). *Alabama Nurse*, 28(1), 20.
- Artz M (2005). Setting nurse patient ratios: ANA bill calls for development of staffing systems in hospitals. *American Nurses Association*, 105(5), 97.
- Awases M, Gbary A, Nyoni J & Chatora R (2004). *Migration of health professionals in six countries: A synthesis report.* Retrieved July 8, 2005, from <http://www.afro.who.int/dsd/migration6countriesfinal.pdf>
- Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J et al. (2004). The Canadian adverse events study: The incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 170(11), 1678-1686.
- Baumann A & Blythe J (2003a). Restructuring, reconsidering, reconstructing: Implications for health human resources. *International Journal of Public Administration*, 26(14), 1561-1579.
- Baumann A & Blythe J (2003b). Nursing human resources: Human cost versus human capital in the restructured health care system. *Health Perspectives*, 3(1), 27-34.
- Baumann A, Deber RB, Silverman BE & Mallette CM (1998). Who cares, who cures? The ongoing debate in the provision of health care. *Journal of Advanced Nursing*, 28(5), 1040-1445.

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, Ontario, Canada: Canadian Health Services Research Foundation and The Change Foundation.

Blegen MA, Goode CJ & Reed L (1998). Nurse staffing and patient outcomes. *Nursing Research*, 47(1), 43-50.

Blegen MA & Vaughn T (1998). A multisite study of nurse staffing and patient occurrences. *Nursing Economics*, 16(4), 196-203.

Bolton LB, Jones D, Aydin CE, Donaldson N, Brown DS, Lowe M et al. (2001). A response to California's mandated nursing ratios. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(2), 179-184.

Bostick JE (2004). Relationship of nursing personnel and nursing home care quality. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(2), 130-136.

Buchan J, Parkin T & Sochalski J (2003). *International nurse mobility: Trends and policy implications* [Electronic version]. Geneva: World Health Organization. Retrieved July 16, 2003, from [http://www.icn.ch/Int\\_Nurse\\_mobility%20final.pdf](http://www.icn.ch/Int_Nurse_mobility%20final.pdf)

California Nurses Association (n.d.). *RN staffing ratios: Can hospitals afford to provide safe staffing?* Retrieved November 2, 2005, from [http://www.calnurses.org/assets/pdf/ratios/ratios\\_benefit\\_hospts\\_0105.pdf](http://www.calnurses.org/assets/pdf/ratios/ratios_benefit_hospts_0105.pdf)

California Nurses Association (2003). *Fact sheet on RN staffing ratio law*. Retrieved November 2, 2005, from <http://www.calnurse.org/?Action=Print&id=170>

Canadian Federation of Nurses Union (2005). *Enhancement of patient safety through formal nurse patient ratios: A discussion paper*. Retrieved November 2, 2005, from <http://www.nursesunions.ca/en/Docs/20051003NursePatientRatioEN.Pdf>

Canadian Nurses Association (2003). *Patient safety: Developing the right staff mix. Report of think tank*. Retrieved November 4, 2005, from [http://www.cnanurses.ca/cna/documents/pdf/publications/PatientSafety\\_ThinkTank\\_e.pdf](http://www.cnanurses.ca/cna/documents/pdf/publications/PatientSafety_ThinkTank_e.pdf)

Canadian Nurses Association (2005). Nursing staff mix: A key link to patient safety. *Nursing Now*, 19, 16.

Cho SH, Ketefian S, Barkauskas VH & Smith DG (2003). The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality and medical costs. *Nursing Research*, 52(2), 71-79.

Dimick JB, Swoboda SM, Pronovost PJ & Lipsett PA (2001). Effect of nurse to patient ratio in the intensive care unit on pulmonary complications and resource use after hepatectomy. *American Journal of Critical Care*, 10(6), 376-382.

Donnellan C (2003). Safe staffing bill introduced in the Senate. *American Nurses Association*, 103(7), 29.

- Hurst K (2002). *Selecting and applying methods for estimating the size and mix of nursing teams*.
- International Council of Nurses (n.d.). *Nurse: Patient ratios*. Retrieved December 16, 2005, from [http://www.icn.ch/matters\\_rnpratio.htm](http://www.icn.ch/matters_rnpratio.htm)
- International Council of Nurses (2000). *Position statement: Occupational health and safety for nurses*. Retrieved December 9, 2005, from <http://www.icn.ch/pshealthsafety00.htm>
- International Council of Nurses (2004). *Workload measurement in determining staffing levels*. Geneva, Switzerland: Author.
- Kingma M (2006). *Nurses on the move: Migration and the global health care economy*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Kohn LT, Corrigan J M & Donaldson MS (Eds.) (2000). *To err is human: Building a safer health system*. National Academy: Washington, DC.
- Kovner C (2001). The impact of staffing and the organization of work on patient outcomes and health care workers in health care organizations. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 27(9), 458-468.
- Kovner C & Gergen PJ (1998). Nurse staffing levels and adverse events following surgery in U.S. hospitals. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 30(4), 315-321.
- Lang TA, Hodge M, Olson V, Romano PS & Kravitz RL (2004). A systematic review on the effects of nurse staffing on patient, nurse employee and hospital outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 34 (7/8), 326-337.
- Lankshear AJ, Sheldon TA & Maynard A (2005). Nurse staffing and healthcare outcomes: A systematic review of the international research evidence. *Advances in Nursing Science*, 28(2), 163-174.
- Lash AA & Munroe DJ (2005). Magnet designation: A communiqué to the profession and the public about nursing. *Medsurg Nursing*, (Suppl.), 713.
- McGillis Hall L (2005). Nurse staffing. In L. McGillis Hall (Ed.), *Quality work environments for nurse and patient safety* (pp. 937). Jones and Bartlett: Sudbury, MA.
- Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M & Zelevinsky K (2002). Nurse staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715-1722.
- North Carolina Nurses Association Commission of Standards and Professional Practice (2005). Position paper on safe staffing. *Tar Heel Nurse*, 67(1), 20. Oxford English Dictionary (1989). Retrieved November 10, 2005, from [http://dictionary.oed.com/cgi/entry/50132600?query\\_type=word&queryword=liability&first=1&max\\_to\\_show=10&sort\\_type=alpha&result\\_place=2&search\\_id=z4bw1atHGH10768&hilite=50132600](http://dictionary.oed.com/cgi/entry/50132600?query_type=word&queryword=liability&first=1&max_to_show=10&sort_type=alpha&result_place=2&search_id=z4bw1atHGH10768&hilite=50132600)

- Pan American Health Organization (2004). *Nursing and midwifery services contributing to equity, access, coverage, quality and sustainability in the health services: Mid term plan 20022005*. Retrieved December 15, 2005, from <http://www.paho.org/English/AD/THS/OS/nursvcseng.pdf>
- Person SD, Allison JJ, Kiefe CI, Weaver MT, Williams OD, et al. (2004). Nurse staffing and mortality for Medicare patients with acute myocardial infarction. *Medical Care*, 42(1), 412.
- Rothberg MB, Abraham I, Lindenauer PK & Rose DN (2005). Improving nurse to patient staffing ratios as a cost effective safety intervention. *Medical Care*, 43(8), 785-791.
- Safe staffing initiatives get another boost in Congress (2004). *The American Nurse*, 36(1), 1, 3.
- SasichayAkkadechanunt T, Scalzi CC & Jawad AF (2003). The relationship between nurse staffing and patient outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 33(9), 478-485.
- Schultz MA, van Servellen G, Chang BL, McNeeseSmith D & Waxenberg E (1998). The relationship of hospital structural and financial characteristics to mortality and length of stay in acute myocardial infarction patients. *Outcomes Management for Nursing Practice*, 2(3), 130-136.
- Sheward L, Hunt J, Hagen S, Macleod M & Ball J (2005). The relationship between UK hospital nurse staffing and emotional exhaustion and job dissatisfaction. *Journal of Nursing Management*, 13, 51-60.
- Sovie MD & Jawad AF (2001). Hospital restructuring and its impact on outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 31(12), 588-600.
- Spetz J (2005). Public policy and nurse staffing: What approach is best? *Journal of Nursing Administration*, 35(1), 14-16.
- Tourangeau AE, Giovannetti P, Tu JV & Wood M (2002). Nursingrelated determinants of 30 mortality for hospitalized patients. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33(4), 71-88.
- Upvall MJ & Gonsalves A (2002). Behind the mud walls: The role and practice of lady health visitors in Pakistan. *Health Care for Women International*, 23(5), 432-441.
- Valentine V (2005, November). Health for the masses: China's 'barefoot doctors.' *National Public Radio*. Retrieved November 10, 2005, from <http://www.npr.org/templates/story/story.php?storyId=4990242>
- Winslow R (2005, November 5). The price of a broken heart. *The Wall Street Journal*, p. A1.
- World Health Organization (2002). *Nursing midwifery services: Strategic directions 20022008*. Retrieved December 15, 2005, from [http://w3.who.org/LinkFiles/Resources\\_Anglais.pdf](http://w3.who.org/LinkFiles/Resources_Anglais.pdf).

