

# CZYM JEST RACJONOWANIE OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ?

*What is rationing of nursing care?*

Izabella Uchmanowicz<sup>1</sup>, Joanna Gotlib<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

<sup>2</sup> Zakład Dydaktyki i Efektów Kształcenia, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

adres do korespondencji: izabella.uchmanowicz@umed.wroc.pl

## STRESZCZENIE

Racjonowanie opieki pielęgniarstwa ma miejsce wówczas, gdy dostępne zasoby są niewystarczające do zapewnienia wszystkim pacjentom wymaganej opieki. Wśród przyczyn tego zjawiska wymienić można redukcję zatrudnienia, zwiększone zapotrzebowanie na opiekę ze względu na nowe technologie, nowe opcje leczenia, czy wyższy poziom wiedzy pacjentów, co zwiększa nakłady czasu i pracy ponoszone przez pracowników opieki. Prezentowane omówienie wskazuje na potrzebę zwrócenia uwagi na problemy dotyczące niedoborów kadrowych w pielęgniarstwie i wynikające z nich konsekwencje.

**Słowa kluczowe:** racjonowanie opieki pielęgniarstwa, omijanie opieki, normy zatrudnienia.

## SUMMARY

Rationing of nursing care occurs when nurses providing care perceive that resources are insufficient to provide necessary services to all of the patients. Among the reasons for this phenomenon can be mentioned the reduction of employment, increased demand for care due to new technologies, new treatment options, or a higher level of patients' knowledge, which increases the time and work expenditure of health care providers. The presented discussion indicates the need to pay more attention to the problems related to limited nursing staff numbers and the resulting consequences.

**Key words:** rationing of nursing care, care avoidance, employment standards.

Pojęcie utraty czy racjonowania opieki pielęgniarstwa (*Missed Nursing Care*) zostało po raz pierwszy zidentyfikowane w 2006 r. przez amerykańską pielęgniarkę Beatrice J. Kalisch i wsp. [1]. Konceptja *Missed Nursing Care* jest błędem pominięcia i odnosi się do każdego aspektu wymaganej opieki nad pacjentem, która została pominięta, w części lub w całości. Oznacza to, że niektóre elementy opieki pielęgniarstwa są wykonywane z opóźnieniem, a tylko część udaje się sukcesywnie zakończyć [2, 3].

Racjonowanie opieki pielęgniarstwa ma miejsce wówczas, gdy dostępne zasoby są niewystarczające do zapewnienia wszystkim pacjentom wymaganej opieki. Wśród przyczyn tego zjawiska wymienić można redukcję zatrudnienia, zwiększone zapotrzebowanie na opiekę ze względu na nowe technologie, nowe opcje leczenia, czy wyższy poziom wiedzy pacjentów, co zwiększa nakłady czasu i pracy ponoszone przez pracowników opieki. Racjonowanie opieki pielęgniarstwa może mieć miejsce również w związku z określonymi postawami pielęgniarek, ich osądem klinicznym i wiedzą, stosowanymi w procesie przydzielania zasobów, oraz z poszerzaniem zakresu wartości związanych z opieką w społeczeństwie. Skutkiem tego może być niezaspokojenie podstawowych potrzeb pacjentów, a nawet naruszenie praw człowieka o charakterze dyskryminacji [4].

Uważa się, że problem ten występuje na całym świecie i bezpośrednio zagraża bezpieczeństwu pacjenta we wszystkich krajach i kulturach [2, 5]. Mając na uwadze zmagania systemu ochrony zdrowia o globalnym brakiem pielęgniarek, brak opieki lub jej pominięcie jest powszechnym zagrożeniem, mogącym prowadzić do niebezpiecznych błędów medycznych.

Racjonowanie czy reglamentowanie opieki pielęgniarstwa to częściowe wykonanie lub brak wykonania wszystkich niezbędnych czynności pielęgniarstwa w trakcie dyżuru, najczęściej z powodu niedoborów kadrowych. Do elementów, które na to wpływają wymienia się czas, zasoby personelu oraz różnice w umiejętnościach zawodowych [6]. Zgodnie z koncepcją racjonowania opieki pielęgniarstwa opracowanej przez Schubert i wsp. [7], czynności pielęgniarstwa obejmują działania rozpoznawcze, prowadzenie terapii, prewencję, rehabilitację i wsparcie emocjonalne. Wszystkie wyżej wymienione działania są traktowane jako równoważne, umożliwiające osiągnię-

cie pożądaných i oczekiwanych przez pacjentów wyników. Racjonowanie opieki pielęgniarstwa następuje w relacji pacjent–pielęgniarka i wynika m.in. z doświadczenia zawodowego pielęgniarki, dokonanej przez pielęgniarkę oceny klinicznej i diagnozy pielęgniarstwa.

Wpływ na proces racjonowania opieki ma szereg zmiennych, dotyczących samego pacjenta, pielęgniarki, jak również środowiska pracy, zasobów organizacyjnych czy filozofii opieki. Wszystkie wymienione elementy wpływają na model opieki. Model utraty opieki czy braku ciągłości opieki zaproponowany przez Kalisch i wsp. [5] podkreśla, że niedobory w opiece pielęgniarstwa są wynikiem czynników zewnętrznych, które kreują środowisko oraz styl pracy i nie są zależne od pielęgniarek. Według koncepcji Kalisch na środowisko pracy składają się również dostępne zasoby w postaci środków potrzebnych do sprawowania profesjonalnej opieki nad pacjentem oraz zakłócenia w komunikacji w ramach organizacji. Obecnie, coraz częściej mówi się o związku między racjonowaniem opieki pielęgniarstwa a zadowoleniem i wynikami leczenia pacjenta, ale ten temat nadal nie jest dobrze poznany [2].

Badania naukowe potwierdzają, że istnieje związek między racjonowaniem opieki pielęgniarstwa i negatywnymi wynikami leczenia, do których należą: zwiększona śmiertelność, upadki w trakcie pobytu w szpitalu, niska jakość opieki, wystąpienie odleżyn i wystąpienie zakażeń szpitalnych [3, 8–10]. Zadowolenie pacjentów jest ogólnie akceptowane jako kluczowy wskaźnik jakości i skuteczności opieki oraz ważny element opieki zdrowotnej opartej na faktach i wydaje się być szczególnie wrażliwy na racjonowanie. Teoretycznie zadowolenie pacjenta związane jest z opieką pielęgniarstwa oraz środowiskiem organizacyjnym. Szereg czynników związanych z organizacją zostało opisanych w literaturze przedmiotu jako utrudniające pielęgniarkom osiągnięcie lepszych wyników w kompetentnej opiece opartej na dowodach naukowych [1, 7]. Do czynników utrudniających opiekę ze strony organizacji należą złe warunki pracy, duże obciążenia pracą, brak uczestnictwa w podejmowaniu decyzji klinicznych oraz ograniczone możliwości rozwoju kariery zawodowej [8, 10–12]. Jones i wsp. [13] opublikowali pracę, w której omówili trzy koncepcje dotyczące racjonowania opieki

opisane przez kilka zespołów badawczych. Sochalski i wsp. [14] zaproponowali teorię opieki niedokończonych.

Badacze proponują, aby oceniać zależność między czynnikami organizacyjnymi, o których pisano wcześniej, a poziomem jakości opieki i bezpieczeństwem pacjentów. Wszystkie wymienione koncepcje podkreślają problem w identyfikowaniu zadań i aktywności w trakcie pracy, które zostają pominięte, kiedy brakuje personelu, a zapewnienie prawidłowej opieki staje się niemożliwe [15].

Niedawno powstało kilka narzędzi, którymi można dokonać oceny racjonowania opieki pielęgniarskiej, ale do tej pory nie było narzędzia polskiego. Obecnie dwa narzędzia są w trakcie polskiej adaptacji: BERNCA i PIRNCA [16, 17]. Najlepiej znany, kwestionariusz BERNCA, został stworzony przez Schubert i wsp. [16] i pozwala na zmierzenie poziomu racjonowania opieki w szpitalach. Kalisch i Williams zaproponowali kwestionariusz nazwany MISSCARE [18], który oprócz omijania opieki ocenia również jej powody. Trzeba po raz kolejny podkreślić, że najważniejszymi czynnikami pomijania czy racjonowania opieki są braki personelu pielęgniarskiego oraz brak dobrej współpracy w zespołach pielęgniarskich.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych w Polsce [19] opracowała w 2015 r. prognozę dotyczącą liczby zarejestrowanych i zatrudnionych pielęgniarek i położnych w latach 2016–2030, z której

wynika, że systematycznie będzie się zwiększać liczba zarejestrowanych pielęgniarek i położnych posiadających uprawnienia emerytalne, zwiększeniu ulegnie średni wiek pielęgniarek i położnych pracujących w systemie ochrony zdrowia, nastąpi brak prostej zastępowalności pokoleniowej pielęgniarek i położnych spowodowany drastyczną różnicą między liczbą ponad 100 tys. osób nabywających uprawnienia emerytalne a liczbą osób nabywających uprawnienia do wykonywania zawodu. Zmniejszeniu ulegnie wskaźnik zatrudnionych pielęgniarek na 1000 mieszkańców. Powyższe dane wskazują, że będziemy mieć do czynienia z nasilającymi się niedoborami pielęgniarek. W obliczu tych wyzwań problem racjonowania opieki staje się niezwykle ważny i warty podkreślenia [2]. Na nowoczesny model opieki nad pacjentem składa się stałe pogłębianie wiedzy medycznej, dążenie do profesjonalizmu i stosowanie światowych standardów zapewniających bezpieczeństwo pacjenta w szpitalu. Obecne, minimalne normy zatrudnienia personelu nie gwarantują pożądanego poziomu jakości usług medycznych i realizacji przyjętych standardów postępowania.

*Źródło finansowania: Praca jest wynikiem realizacji projektu badawczego „RANCARE Rationing – Missed Nursing Care: an International and Multi-dimensional Problem” współfinansowanego przez Unię Europejską i realizowanego w ramach Europejskiego Programu Współpracy w dziedzinie badań naukowo-technicznych – Akcja COST CA15208 – Cooperation in Science and Technology w Programie Ramowym Horyzont 2020.*

*Konflikt interesów: Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.*



COST is supported by the EU Framework Programme Horizon 2020

## BIBLIOGRAFIA

- Kalisch BJ. Missed nursing care: a qualitative study. *J Nurs Care Qual* 2006; 21: 306–315.
- Uchmanowicz I. Missed nursing care – what went wrong? *Cent Eur J Nurs Midwifery* 2017; 8: 609, doi: 10.15452/CEJNM.2017.08.0008.
- Kalisch BJ, Xie B. Errors of omission: missed nursing care. *West J Nurs Res* 2014; 36: 875–890.
- Schubert M, Glass TR, Clarke SP, et al. Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. *Int J Qual Health Care* 2008; 20: 227–237.
- Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. *J Adv Nurs* 2009; 65: 1509–1517.
- Schubert M, Ausserhofer D, Desmedt M, et al. Levels and correlates of implicit rationing of nursing care in Swiss acute care hospitals – a cross sectional study. *Int J Nurs Stud* 2013; 50: 230–239.
- Schubert M, Glass TR, Clarke SP, et al. Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. *Int J Qual Health Care* 2008; 20: 227–237.
- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *Nurs Outlook* 2002; 50: 187–194.
- Rafferty AM, Clarke SP, Coles J, et al. Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records. *Int J Nurs Stud* 2007; 44: 175–182.
- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, et al. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA* 2002; 288: 1987–1993.
- Kovner C, Gergen PJ. Nurse staffing levels and adverse events following surgery in U.S. hospitals. *J Nurs Scholarsh* 1998; 30: 315–321.
- Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, et al. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *N Engl J Med* 2002; 346: 1715–1722.
- Jones TL, Hamilton P, Murry N. Unfinished nursing care, missed care, and implicitly rationed care: state of the science review. *Int J Nurs Stud* 2015; 52: 1121–1137.
- Sochalski J, Estabrooks CA, Humphrey CK. Nurse staffing and patient outcomes: evolution of an international study. *Can J Nurs Res* 2015; 41: 320–339.
- Ausserhofer D, Zander B, Busse R, et al. Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Qual Saf* 2014; 23: 126–135.
- Schubert M, Glass TR, Clarke SP, et al. Validation of the Basel Extent of Rationing of Nursing Care instrument. *Nurs Res* 2007; 56: 416–424.
- Jones TL. Validation of the Perceived Implicit Rationing of Nursing Care (PIRNCA) instrument. *Nurs Forum* 2014; 49: 77–87.
- Kalisch BJ, Williams RA. Development and psychometric testing of a tool to measure missed nursing care. *J Nurs Adm* 2009; 39: 211–219.
- Raport Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych. *Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych*. Warszawa: Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych; 2017.

## Adres do korespondencji:

Dr hab. n. med. Izabella Uchmanowicz, prof. nadzw.  
Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego  
Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego  
Wydział Nauk o Zdrowiu  
Uniwersytet Medyczny  
ul. Bartla 5  
51-618 Wrocław  
Tel.: 71 784 18 13  
E-mail: izabella.uchmanowicz@umed.wroc.pl

Praca wpłynęła do redakcji: 10.05.2018 r.  
Po recenzji: 24.05.2018 r.  
Zaakceptowano do druku: 26.05.2018 r.