

RACJONOWANIE OPIEKI PIEŁĘGNIARSKIEJ

Rationing of nursing care

Barbara Wagner-Łosieczka, Izabella Uchmanowicz

Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: izabella.uchmanowicz@umw.edu.pl

STRESZCZENIE

Niniejsza praca koncentruje się na problemie racjonowania opieki pielęgniarskiej oraz jego wpływie na jakość świadczenia opieki nad pacjentem. Racjonowanie opieki, czyli ograniczanie zasobów pielęgniarskich w stosunku do zapotrzebowania, stanowi poważne wyzwanie dla sektora opieki zdrowotnej. Celem pracy jest identyfikacja przyczyn i czynników wpływających na racjonowanie opieki, analiza skutków tego zjawiska oraz zaproponowanie rozwiązań mających na celu poprawę jakości opieki pielęgniarskiej.

Słowa kluczowe: racjonowanie opieki pielęgniarskiej, jakość opieki nad pacjentem, zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską.

SUMMARY

This paper focuses on the problem of nursing rationing and its impact on the quality of patient care delivery. Care rationing, i.e., the reduction of nursing resources in relation to demand, poses a serious challenge to the healthcare sector. The purpose of this paper is to identify the causes and factors influencing care rationing, analyze the effects of this phenomenon, and propose solutions to improve the quality of nursing care.

Key words: rationing of nursing care, quality of patient care, demand for nursing care.

Racjonowanie opieki pielęgniarskiej (RONC) odnosi się do niezbędnych zadań pielęgniarskich, które pielęgniarki wstrzymały lub nie wykonały z powodu ograniczonego czasu, poziomu zatrudnienia lub zakresu umiejętności [1]. Jest to ważny czynnik wpływający na jakość opieki nad pacjentem. Wiele pielęgniarek czuje się przepracowanych i wskazuje na problematyczne warunki w procesie świadczenia opieki pielęgniarskiej [2]. Zgłaszają, że nie mają wystarczająco dużo czasu na wykonanie niezbędnych zadań pielęgniarskich [3]. W związku z rosnącym zaniepokojeniem brakiem zasobów ludzkich w pielęgniarstwie i związanymi z tym skutkami potrzebne są dodatkowe badania w celu dogłębnego zrozumienia tego zagadnienia. Odpowiednia obsada pielęgniarska i wsparcie organizacyjne dla pielęgniarstwa są kluczem do poprawy jakości opieki nad pacjentem [4]. Dowody wskazują, że gdy zasoby są niewystarczające do zapewnienia pacjentowi całej potrzebnej mu opieki, pielęgniarki zmuszone są do racjonowania swojej uwagi pomiędzy poszczególnymi czynnościami [5, 6]. Liczne badania międzynarodowe dostarczyły dowodów na to, że niedobór personelu pielęgniarskiego i niekorzystne środowisko pracy są związane z negatywnymi wynikami leczenia pacjentów, takimi jak zwiększona zachorowalność, śmiertelność i koszty [7–10]. Jednym z proponowanych powodów takiego stanu rzeczy jest to, że niekorzystne warunki pracy prowadzą do racjonowania interwencji pielęgniarskich [11, 12]. Zatem racjonowanie opieki odnosi się do „wstrzymania lub zaniechania wykonywania niezbędnych interwencji pielęgniarskich u pacjentów z powodu braku zasobów pielęgniarskich, takich jak personel, zakres umiejętności lub czas” [1]. Gdy zasoby są niewystarczające, pielęgniarki są zmuszone do racjonowania swojej uwagi w odniesieniu do poszczególnych pacjentów i stosowania osądu klinicznego w celu ustalenia priorytetów oceny i interwencji, co prowadzi do ograniczenia lub pominięcia aspektów opieki, które mogą zwiększyć ryzyko negatywnych wyników u pacjenta [13]. W celu wyjaśnienia procesu racjonowania opieki pielęgniarskiej zaproponowano co najmniej dwie ramy koncepcyjne [14]. Obie te struktury opierają się na modelu struktura–proces–wynik Donabediana [15]. W związku z tym oba konceptualizują racjonowanie opieki pielęgniarskiej jako zorientowany na proces pomiar jakości opieki zdrowotnej. W ramach tych modeli zakłada się, że racjonowanie opieki występuje jako odpowiedź na uwarunkowania

strukturalne szpitala (np. niedostateczna liczba personelu, niewspierające środowisko pracy, brak zasobów) oraz że wpływają na nie cechy pielęgniarek (np. wykształcenie, doświadczenie, umiejętność podejmowania decyzji), a także wymagania pacjenta dotyczące opieki pielęgniarskiej i ciężkość choroby [1, 16]. Zakłada się, że racjonowanie opieki skutkuje potencjalnie możliwymi do uniknięcia niekorzystnymi wynikami. Chociaż przeprowadzono wiele badań dotyczących strukturalnych uwarunkowań racjonowania opieki [13, 17], stosunkowo niewiele uwagi poświęcono temu, czy racjonowanie określonych interwencji pielęgniarskich (np. przygotowanie do wypisu, opieka komfortowa) wiąże się z gorszymi wynikami leczenia pacjentów, które są z nimi klinicznie powiązane (np. brak gotowości do wypisu ze szpitala, słaba kontrola bólu) [18]. Brak jest badań dotyczących poziomu racjonowania opieki w opiece kardiologicznej, zatem praca wskazująca poziom racjonowania opieki wśród pielęgniarek kardiologicznych jest niezwykle cenna.

DEFINICJA RACJONOWANIA OPIEKI PIEŁĘGNIARSKIEJ

Analizując dostępną literaturę pojęcie utraty czy racjonowania opieki pielęgniarskiej (ang. *missed nursing care*, MNC) to „wstrzymanie lub zaniechanie podjęcia niezbędnej opieki nad chorymi z powodu braku środków”. Do środków tych zaliczamy trzy podstawowe składowe: personel, umiejętności i czas [19]. Pojęcie racjonowania opieki pielęgniarskiej jest niejednoznacznie zdefiniowane. Zdaniem innych badaczy to opieka pozostawiona, brakująca, niezrealizowana czy niedokończona [11, 20–22]. Po raz pierwszy MNC zostało opisane w 2006 roku przez amerykańską pielęgniarkę Beatrice J. Kalisch [23] i jest określane jako „każdy aspekt wymaganej opieki nad pacjentem, który został pominięty (częściowo lub w całości) lub opóźniony”. Ci sami autorzy [12] zaproponowali koncepcyjny model racjonowania opieki pielęgniarskiej, w którym wymieniają czynniki przyczyniające się do wspomnianej utraty. Odnoszą się one do zasobów pracy, zasobów materialnych, działań zespołowych oraz komunikacji interpersonalnej [23]. W przypadku braku jednej lub kilku wymienionych składowych dochodzi właśnie do pominięcia lub opóźnienia wybranych działań pielęgniarskich [24]. Dwa czynniki mające aktualnie najistotniejszy wpływ na racjonowanie opieki pielęgniarskiej to poziom zatrudnienia i praca zespołowa. Ponadto zagrożeniem dla bezpie-

czeństwa pacjenta jest problem niedoboru pielęgniarek obecny niemal na całym świecie [24]. Inni autorzy dowodzą, że z racjonowaniem opieki pielęgniarstwa mamy do czynienia, kiedy posiadane zasoby są niewystraszające do zapewnienia w niezbędnym stopniu opieki pielęgniarstwa [25]. Dochodzi do sytuacji, w której pielęgniarki opierając się na swojej wiedzy, zmuszone są do wykonywania tylko priorytetowych czynności, pomijając te „mniej istotne”. Bez wątpienia taka selekcja ma niekorzystny wpływ na jakość świadczonej opieki, satysfakcję z pracy, ale stwarza również ryzyko niezaspokojenia potrzeb pacjentów stanowiąc zagrożenie dla zdrowia czy życia. Nie bez znaczenia dla MNC jest wzrost zapotrzebowania na opiekę pielęgniarstwa, występujące redukcje zatrudnienia, wzrost wiedzy i świadomości społecznej oraz kulturowej u pacjentów i ich rodzin [25].

PRZYZCZYNY RACJONOWANIA OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ

Wśród przyczyn racjonowania opieki pielęgniarstwa wymienia się czynniki leżące po stronie systemu zarządzania oraz te wynikające z cech osobowościowych jednostki (pielęgniarki). W pierwszej grupie wymienia się:

- braki kadrowe,
- redukcje zatrudnienia,
- wzrost zapotrzebowania na opiekę ze względu na nowe technologie,
- nowe możliwości leczenia,
- niedobory sprzętu, materiałów i zasobów,
- problemy w komunikacji interpersonalnej i pracy zespołowej,
- błędy zarządzania, czyli niewłaściwe delegowanie zadań,
- brak wsparcia ze strony rządzących.

Do cech osobowościowych jednostki przyczyniających się do MNC zalicza się:

- wiek,
- doświadczenie zawodowe,
- różnice w umiejętnościach zawodowych,
- system pracy,
- liczba godzin pracy w ciągu dnia [17].

Przyczyn racjonowania opieki pielęgniarstwa jest wiele. Obecnie uważa się, że zjawisko to występuje na całym świecie, zagrażając bezpieczeństwu pacjenta. Dostępne badania naukowe dowodzą, że istnieje ścisła korelacja między racjonowaniem opieki pielęgniarstwa, a spadkiem efektywności leczenia pod postacią ponownych hospitalizacji, zwiększonej liczby zakażeń szpitalnych, występowania upadków, spadku jakości opieki i zadowolenia pacjentów, czy zwiększonej śmiertelności [26–28]. Kluczowym wskaźnikiem jakości i skuteczności opieki pielęgniarstwa jest właśnie zadowolenie pacjentów, jednocześnie będąc składnikiem bardzo wrażliwym na racjonowanie. Uznaje się, że zadowolenie pacjenta ściśle wiąże się w pierwszej kolejności z opieką pielęgniarstwa oraz środowiskiem organizacyjnym. Nierzadko, właśnie organizacja pracy utrudnia osiągnięcie pożądanego wyniku sprawowanej opieki [23, 25]. Zalicza się tutaj duże obciążenie pracą, problemy w komunikacji interpersonalnej, a także brak możliwości podnoszenia kompetencji zawodowych i rozwoju [26]. Schubert i wsp. [25] przedstawili koncepcję racjonowania opieki pielęgniarstwa, w której mówią o działaniach podejmowanych przez pielęgniarkę. Są to działania rozpoznawcze, prowadzenie terapii, prewencja, rehabilitacja i wsparcie emocjonalne. Wszystkie te działania powinny być traktowane jako równoważne i stanowią podstawę osiągnięcia oczekiwanych rezultatów opieki pielęgniarstwa [25].

WPLYW RACJONOWANIA OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NA JAKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

Racjonowanie opieki pielęgniarstwa okazuje się być istotne w odniesieniu do jakości opieki nad pacjentem [29]. Znalezienie złotego środka jako alternatywy dla problemu racjonowania jest zasadne. MNC postrzegane jest jako wskaźnik odzwierciedlający jakość usług medycznych [30, 31]. Racjonowanie opieki wymaga od pielęgniarek uszeregowania poszczególnych czynności, wyodrębniając te priorytetowe. Nie do końca wiadomo, w jaki sposób dokonuje się kategoryzacji tych świadczeń. Z pewnością jest to proces złożony, na który składają się następujące elementy:

- gromadzenie informacji o pacjencie,
- identyfikacja problemów wymagających interwencji,
- rozważenie alternatywnych strategii,
- wybór optymalnych działań.

Ponadto, na podejmowanie decyzji wpływ mają czynniki organizacyjne w miejscu pracy, liczba pacjentów przypadająca na jedną pielęgniarkę, dostępny czas na wykonanie procedury, zasoby na poziomie szpitala, filozofia pracy, cechy indywidualne jednostki, takie jak: wiek, wykształcenie, doświadczenie, wiedza oraz te leżące po stronie pacjentów, np. stan zdrowia czy liczba schorzeń [32]. Literatura potwierdza, że zjawisko racjonowania opieki pielęgniarstwa przyczynia się do obniżenia poziomu świadczonej opieki, zwiększa liczbę zdarzeń niepożądanych oraz generuje szeroko rozumiane sytuacje niebezpieczne względem pacjenta [33]. Potwierdzeniem mogą być badania Hugonnet i wsp. [34], który zwraca uwagę na wzrost liczby zakażeń szpitalnych w wyniku zmniejszonej obsady pielęgniarstwa. Ponadto, MNC jest jedną z przyczyn zmniejszonej satysfakcji pacjenta, a w odniesieniu do personelu przyczynia się do zmniejszenia satysfakcji z pracy [35]. Inni badacze dowiedli, że zwiększenie liczby personelu korzystnie wpływa na wybrane zmienne jakościowe, np. zmniejsza śmiertelność [36]. W badaniu Aiken [37] uczestniczyło 43 329 pielęgniarek, z czego tylko 30–40% zadeklarowało, że podczas dyżuru była odpowiednia obsada pielęgniarstwa zapewniająca wykonanie wszystkich czynności względem pacjenta na wysokim poziomie. West i wsp. [3] wykazali, że ponad 60% pielęgniarek deklaruowało brak czasu na wykonanie wszystkich niezbędnych czynności w swojej pracy zawodowej. Pomijane były takie czynności, jak: reagowanie na zgłaszane dolegliwości, leczenie objawów choroby, rozmowa z pacjentem i bliskimi. Badania Kuenzi i Schaer-Moser [38] prowadzone w Szwajcarii wśród blisko 2000 pielęgniarek potwierdzają wcześniejsze doniesienia. 30% z przebadanych osób zgłaszało brak czasu na wykonanie poszczególnych czynności. Były to komunikacja z pacjentem, karmienie, zapewnienie higieny osobistej oraz ubieranie. Jako priorytetowe czynności zostało uznane zapewnienie komfortu cieplnego i niezbędnej czynności. Racjonowanie może dotyczyć różnych obszarów sprawowanej opieki. Zakłada się, że pomijane są czynności „mniej istotne”, takie jak rozmowa z pacjentem czy edukacja. Stąd pewne wątpliwości, w jaki sposób te elementy opieki pielęgniarstwa przyczyniają się do przytoczonych skutków, chociażby wzrostu śmiertelności. Trudno jest jednoznacznie wyjaśnić mechanizm MNC oraz jego konsekwencje. Podobnie dyskusyjny w literaturze jest temat odwołujący się do niezadowolających wyników leczenia związany z racjonowaniem opieki. Bez wątpienia, racjonowanie w każdym przypadku będzie przebiegało inaczej, podobnie jak konsekwencje wynikające z utraty opieki u każdego pacjenta [39]. Mimo, iż prowadzone badania nad MNC wiążą się z subiektywną oceną badanych i mogą być interpretowane w różny sposób, nie ulega wątpliwości, że zjawisko racjonowania opieki pielęgniarstwa jest istotne w ocenie jakości świadczonej usług medycznych oraz satysfakcji pacjentów i pielęgniarek z wykonywanej pracy.

BIBLIOGRAFIA

- 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(4): 227–237.
- Aiken LH, Sloane DM, Cimiotti JP, et al. Implications of the California Nurse Staffing Mandate for Other States. *Health Serv Res* 2010; 45(4): 904–921.
- West E, Barron DN, Reeves R. Overcoming the barriers to patient-centred care: time, tools and training. *J Clin Nurs* 2005; 14(4): 435–443.
- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *Nurs Outlook* 2002; 50(5): 187–194.
- Papastavrou E, Andreou P, Vryonides S. The hidden ethical element of nursing care rationing. *Nurs Ethics* 2014; 21(5): 583–593.
- Vryonides S, Papastavrou E, Charalambous A, et al. The ethical dimension of nursing care rationing: a thematic synthesis of qualitative studies. *Nurs Ethics* 2015; 22(8): 881–900.
- Bae S-H, Fabry D. Assessing the relationships between nurse work hours/overtime and nurse and patient outcomes: systematic literature review. *Nurs Outlook* 2014; 62(2): 138–156.
- Brennan CW, Daly BJ, Jones KR. State of the science: the relationship between nurse staffing and patient outcomes. *West J Nurs Res* 2013; 35(6): 760–794.
- Gahan M, Kucharski G, Coyer F. Winner ACCCN Best Nursing Review Paper 2011 sponsored by Elsevier. Nurse staffing levels and the incidence of mortality and morbidity in the adult intensive care unit: a literature review. *Aust Crit Care* 2012; 25(2): 64–77.
- Stalpers D, Brouwer BJM, de, Kaljouw MJ, et al. Associations between characteristics of the nurse work environment and five nurse-sensitive patient outcomes in hospitals: a systematic review of literature. *Int J Nurs Stud* 2015; 52(4): 817–835.
- 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(6): 1121–1137.
- Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. *J Adv Nurs* 2009; 65(7): 1509–1517.
- Papastavrou E, Andreou P, Efstathiou G. Rationing of nursing care and nurse-patient outcomes: a systematic review of quantitative studies. *Int J Health Plann Manage* 2014; 29(1): 3–25.
- Schubert M, Glass TR, Clarke SP, et al. Validation of the Basel Extent of Rationing of Nursing Care instrument. *Nurs Res* 2007; 56(6): 416–424.
- Donabedian A. *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. New York: Oxford University Press; 2002.
- Schubert M, Clarke SP, Glass TR, et al. Identifying thresholds for relationships between impacts of rationing of nursing care and nurse-and patient-reported outcomes in Swiss hospitals: a correlational study. *Int J Nurs Stud* 2009; 46(7): 884–893.
- Kalisch BJ, Xie B. Errors of Omission: Missed Nursing Care. *West J Nurs Res* 2014; 36(7): 875–890.
- 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(6): 1121–1137.
- 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(4): 227–237.
- 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(2): 126–135.
- Lucero RJ, Lake ET, Aiken LH. Variations in nursing care quality across hospitals. *J Adv Nurs* 2009; 65(11): 2299–2310.
- Sochalski J. Is more better?: the relationship between nurse staffing and the quality of nursing care in hospitals. *Med Care* 2004; 42(2 Suppl.): I167–I173.
- Kalisch BJ. Missed nursing care: a qualitative study. *J Nurs Care Qual* 2006; 21(4): 306–315.
- Uchmanowicz I. Missed nursing care – what went wrong? *Cent Eur J Nurs Midwifery* 2017; 8(2): 609.
- 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(4): 227–237.
- Aiken L, Clarke S, Sloane D. Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *Nurs Outlook* 2002; 50: 187–194.
- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, et al. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA* 2002; 288(16): 1987–1993.
- 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(2): 175–182.
- Piscotty R, Kalisch B. Lost opportunities... the challenges of 'missed nursing care'. *Nurs Manag* (Harrow) 2014; 45(10): 40–44.
- Griffiths P, Dall'Ora C, Simon M, et al. Nurses' shift length and overtime working in 12 European countries: the association with perceived quality of care and patient safety. *Med Care* 2014; 52(11): 975–981.
- Griffiths P, Ball J, Drennan J, et al. The association between patient safety outcomes and nurse/healthcare assistant skill mix and staffing levels and factors that may influence staffing requirements [Internet]. University of Southampton; 2014 Available from URL: <https://eprints.soton.ac.uk/367526/> (cited 17.03.2021).
- Andersson A-K, Omberg M, Svedlund M. Triage in the emergency department – a qualitative study of the factors which nurses consider when making decisions. *Nurs Crit Care* 2006; 11(3): 136–145.
- Keogh B. *Review into the quality of care and treatment provided by 14 Hospital trusts in England: overview report*. England: National Health Service; 2013.
- Hugonnet S, Chevrolet J-C, Pittet D. The effect of workload on infection risk in critically ill patients. *Crit Care Med* 2007; 35(1): 76–81.
- Hegney DG, Rees CS, Osseiran-Moisson R, et al. Perceptions of nursing workloads and contributing factors, and their impact on implicit care rationing: a Queensland, Australia study. *J Nurs Manag* 2019; 27(2): 371–380.
- Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, et al. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *N Engl J Med* 2002; 346(22): 1715–1722.
- Aiken LH. Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality. *JAMA* 2003; 290(12): 1617–1623.
- Kuenzi K, Schaer-Moser M. *Die Arbeitssituation im Pflegebereich im Kanton Bern*. Bern: Büro Bass, Büro & Co; 2002: 1–81.
- Recio-Saucedo A, Dall'Ora C, Maruotti A, et al. What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. *J Clin Nurs* 2018; 27(11–12): 2248–2259.

Adres do korespondencji:

Prof. dr hab. Izabella Uchmanowicz
Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
ul. K. Bartla 5
51-618 Wrocław
Tel.: 71 784 18 24
E-mail: izabella.uchmanowicz@umw.edu.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 14.01.2022 r.

Po recenzji: 20.02.2022 r.

Zaakceptowano do druku: 30.02.2022 r.