



## Metody klasyfikacji pacjentów w planowaniu obsad pielęgniarzkich na oddziałach psychiatrycznych

*Patient classification methods in nursing staff planning in psychiatric facilities*

MARTA CEBULAK<sup>1</sup>, ANNA KSYKIEWICZ-DOROTA<sup>2</sup>

1. Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego i Teorii Pielęgniarstwa Instytutu Ochrony Zdrowia Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Jarosławiu
2. Katedra i Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

### STRESZCZENIE

**Cel.** Przedstawienie metod klasyfikacji pacjentów wykorzystywanych do planowania obsad pielęgniarzkich na oddziałach psychiatrycznych.

**Poglądy.** Stosowanie metod klasyfikacji pacjentów warunkuje zapewnienie opieki pielęgniarzkiej zgodnej z potrzebami chorych oraz właściwe wykorzystanie kadr. W metodach tych zakłada się, że zapotrzebowanie pacjentów na opiekę jest zmienne i zależy od specyfiki choroby, stanu chorego, wieku, stopnia samodzielności. Podejście takie przewiduje zmienną liczbę obsad w poszczególnych jednostkach organizacyjnych, a także w ciągu doby. Zastosowanie metod klasyfikacji pacjentów w innych systemach organizacyjnych, niż te, dla których zostały opracowane wymaga dostosowania poszczególnych elementów metody: kryteriów i kategorii opieki oraz norm czasu pielęgnacji bezpośredniej i czasu pomocniczego do warunków organizacyjnych oraz stanu opieki w danym kraju. W krajowym systemie zdrowotnym dostosowano systemy klasyfikacji pacjentów (PCS) do potrzeb pacjentów leczonych zachowawczo i operacyjnie nie uwzględniając chorych psychicznie.

**Wnioski.** Potrzeba bardziej efektywnego zarządzania zakładami opieki zdrowotnej wymaga od zarządzających wyboru odpowiednich metod planowania kadr tak, aby liczba pracowników była zgodna z rzeczywistym zapotrzebowaniem chorych na opiekę. Oczekiwania te spełniają metody klasyfikacji pacjentów, jednak ich stosowanie wymaga dostosowania do warunków organizacyjnych oraz stanu opieki w krajowym systemie zdrowotnym, w tym w psychiatrii.

### SUMMARY

**Objectives.** The aim of the paper is to present patient classification (PCS) methods used in nursing staff planning in psychiatric units.

**Views.** The use of PCS methods allows to provide nursing care appropriately to patients' needs, and ensures proper staff management. The methods assume that care requirements are variable and depend on the illness specificity, the patient's condition, age and self-care capability. The approach provides for a variable number of nursing staff in different organizational units, and within the same facility on day and night shifts. If PCS methods are to be applied in other settings than those for which they have been originally designed, particular elements of the method including criteria and categories of care, direct nursing time and auxiliary time standards have to be adjusted to the organizational conditions and health care level in the target country. In the domestic healthcare system PCS methods were adjusted to the needs of patients receiving non-invasive or surgical treatment, but not to those of persons with mental disorders.

**Conclusions.** Since a more effective management of health care facilities is needed, managers should use appropriate staff planning methods so that the number of staff was consistent with the actual care needs. The PCS methods are appropriate to the purpose. However, their application requires that they should be adapted to organizational conditions and the current state of the national healthcare system, including psychiatry.

---

**Słowa kluczowe:** metody klasyfikacji pacjentów / zapotrzebowanie pacjentów na opiekę pielęgniarzką / planowanie zatrudnienia pielęgniarzek / specyfika metod PCS w psychiatrii

**Key words:** patient classification methods / PCS / patient nursing care needs / nursing staff planning / specificity of PCS methods in psychiatry

---

Działania podejmowane w stacjonarnej opiece zdrowotnej – to takie czynności determinujące przywrócenie zdrowia, jak: diagnozowanie, leczenie, pielęgnowanie, rehabilitacja, prewencja wtórna oraz wynikające z opieki terminalnej. Aby te działania odniosły oczekiwany skutek, konieczne są informacje dotyczące zapotrzebowania na dany rodzaj świadczeń. Określenie rzeczywistego lub zbliżonego do rzeczywistego zapotrzebowania na opiekę jest jednym z ważniejszych zadań dla osób zarządzających

zakładami opieki zdrowotnej, w tym podsystemem pielęgniarstwa [1].

„Zapotrzebowanie na opiekę zdrowotną jest odzwierciedleniem potrzeb zdrowotnych w świadomości społeczeństwa. Może być wskaźnikiem usług, niezbędnych w danym okresie planistycznym, jeśli warunki zdrowotne nie ulegną gwałtownej zmianie. Można mówić o zapotrzebowaniu na opiekę zdrowotną wyrażonym, kiedy społeczeństwo korzysta z instytucji ochrony zdrowia. Przyjmuje się, że

zapotrzebowanie na opiekę zdrowotną jest zawsze zaniżone w stosunku do potrzeb zdrowotnych” [2, s. 737].

Metodami, które umożliwiają wyznaczanie rzeczywistego lub zbliżonego do rzeczywistego zapotrzebowania na opiekę są systemy klasyfikacji pacjentów, zakładające grupowanie chorych według przyjętych kryteriów opieki do określonych kategorii, które powinny być podstawą planowania obsad pielęgniarskich.

System klasyfikacji pacjentów (*Patient Classification System, PCS*) definiowany jest jako: „podział chorych według przyjętych kryteriów opieki do odpowiednich grup/kategorii, zgodnie z oceną ich zapotrzebowania na opiekę, wyrażoną liczbą minut opieki danej grupy zawodowej w każdej kategorii, w określonym czasie, np. w ciągu doby. Czas wymaganej opieki w określonej kategorii powinien być zgodny z przyjętymi w kraju standardami opieki i procedurami danego typu” [3 s. 185–186].

Po raz pierwszy w metodyczny sposób metodę klasyfikacji pacjentów w stacjonarnej opiece zdrowotnej zaprezentowano w 1947 roku w Stanach Zjednoczonych, wówczas gdy *National League of Nursing Education* opublikowała *Badanie pielęgniarstwa pediatrycznego*. W pracy tej wskazano, że pacjenci mogą być grupowani według podobieństwa w zakresie opieki pielęgniarstwa, jaką wyznacza ich stan i wiek. Wyodrębniono dwa rodzaje opieki: fizyczną i psychiczną oraz cztery kryteria, które mają wpływ na zakres opieki pielęgniarstwa: stan choroby, zakres podejmowanych działań, liczbę i stopień skomplikowania leczenia i postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, adaptację do warunków szpitalnych. Te cztery kryteria umożliwiły grupowanie pacjentów w trzech kategoriach opieki: minimalnej, pośredniej i intensywnej.

Od tego okresu metody klasyfikacji pacjentów są podstawą dla planowania kadrowego zgodnie z zapotrzebowaniem pacjentów na dany typ świadczeń zdrowotnych. Metody te są także przydatne w planowaniu budżetu zakładów opieki zdrowotnej, jak również w prognozowaniu wydatków instytucji ubezpieczeniowych [4].

Istnieje wiele odmian metod klasyfikacji pacjentów, ale niezależnie od ich przeznaczenia, mają one pewne cechy wspólne. Składają się z trzech części:

- kryteriów opieki, które pozwalają na zakwalifikowanie pacjentów do określonych grup (kategorii opieki);
- kategorii opieki, które mają określone normy czasu, odnoszące się do czasu wykonywania głównych czynności danej grupy zawodowej;
- czasu pomocniczego, który uwzględnia czynności podejmowane przez pracowników w celu przygotowania się do wykonywania zadań głównych, lub obsługi stanowiska pracy, jeśli system organizacyjny ma słabo zorganizowaną działalność pomocniczą [1].

Cechą charakterystyczną metod PCS jest uniwersalność ich zastosowania. Z równym powodzeniem można z nich korzystać planując kadry dla podstawowej opieki zdrowotnej, psychiatrii, stomatologii, rehabilitacji, ortopedii, neonatologii, specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, pogotowia ratunkowego, jak również planując zabiegi operacyjne dla różnych grup pacjentów.

Jednak najpowszechniejsze zastosowanie metod klasyfikacji pacjentów dotyczy planowania obsad pielęgniarskich, odpowiednio do zapotrzebowania pacjentów na ten

typ świadczeń [4]. Jedną z pierwszych prac opisujących system klasyfikacji pacjentów dla potrzeb planowania obsad pielęgniarskich w leczeniu stacjonarnym przedstawili Wolfe i Young [5, 6]. W badaniach przeprowadzonych na oddziale internistycznym, chirurgicznym i okulistycznym grupowali oni chorych do jednej z trzech kategorii opieki:

- minimalnej (zdolnych do samoopieki),
- pośredniej (oczekujących częściowej, średnio zaawansowanej opieki),
- intensywnej (wymagających intensywnej lub całkowitej opieki).

Kryteria przez nich przyjęte dotyczyły: wydolności pacjenta w zakresie poruszania się, wykonywania czynności higienicznych, odżywiania, wydalania, liczby i złożoności czynności diagnostyczno-leczniczych wykonywanych przez pielęgniarkę, pomiaru parametrów życiowych, wsparcia psychicznego, informowania i edukowania pacjenta.

Klasyfikację pacjentów z zastosowaniem punktacji dla poszczególnych kryteriów opieki po raz pierwszy zastosował Rabinowitz i wsp. [4]. W tej klasyfikacji autorzy przypisali pięciu kategoriom opieki po sześć kryteriów z różną liczbą punktów.

W Polsce system klasyfikacji pacjentów został upowszechniony w 1977 roku przez Grundy i Reinke. Autorzy powołując się między innymi na badania Wolfa i Younga, przybliżyli tę metodę planowania i podali sposób obliczania norm kadrowych [7].

Obszerne badania dotyczące oceny zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską pacjentów hospitalizowanych w krajowych oddziałach szpitalnych o profilu zabiegowym i internistycznym prowadziła w latach 1992–1996 Ksykiewicz-Dorota. Autorka zaproponowała następujące kryteria opieki pielęgniarstwa: aktywność fizyczną, higienę, odżywianie, wydalanie, pomiar objawów życiowych, leczenie, edukację i wsparcie psychiczne oraz wyodrębniła trzy kategorie opieki: minimalną, umiarkowaną i wzmożoną [1].

Badania w zakresie normowania pracy, oceny zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską oraz efektywnego wykorzystania kadry pielęgniarskiej w zakładach opieki zdrowotnej podejmowano również na Białorusi [8]. Autorzy zagraniczni, zajmujący się zastosowaniem systemów klasyfikacji pacjentów w psychiatrii podkreślają istnienie dużej liczby systemów klasyfikacyjnych w szpitalach ogólnych, mniejszą zaś liczbę dostosowaną do specyfiki opieki psychiatrycznej [9, 10, 11, 12, 13, 14].

Jedną z pierwszych prac omawiających problematykę zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską dla potrzeb planowania obsad pielęgniarskich w psychiatrii przedstawili Ganti, Nagy i Johnson ze Szpitala Św. Józefa w Omaha w Stanach Zjednoczonych [14]. Autorzy zaznaczyli znaczenie oceny potrzeb pacjentów w przydziale obowiązków pielęgniarek. Zwracali uwagę, że w przeszłości w określaniu obsad kadrowych brano pod uwagę takie kryteria, jak: liczba zajętych łóżek lub stosunek pielęgniarek do liczby pacjentów, które to kryteria nie uwzględniały zmieniających się potrzeb pacjentów, co skutkowało nadmiernym lub zaniżonym obciążeniem pracą pielęgniarek oraz obniżeniem jakości opieki. Autorzy podkreślali, że system klasyfikacji pacjentów ułatwia planowanie i zapewnianie opieki zgodnie z zapotrzebowaniem. Zastosowali klasyfikację pacjentów z użyciem punktacji dla poszczególnych kryte-

riów opieki. Kryteria opieki wyszczególnione przez autorów to: potrzeby fizyczne, bezpieczeństwo i środki ostrożności, testy i leczenie, zachowanie, interakcje z rodziną. Autorzy wyszczególnili 3 kategorie opieki: kategorię I (0–35 punktów), kategorię II (36–50 punktów) i kategorię III (powyżej 50 punktów).

Kolejne narzędzie klasyfikacyjne do użytku w opiece psychiatrycznej opracowały Schroder i Washington w Szpitalu Menningera w USA [12]. Autorki zastosowały również klasyfikację pacjentów z użyciem punktacji dla poszczególnych kryteriów opieki. W metodzie tej wyszczególniono dziesięć kryteriów opieki z różną liczbą punktów oraz pięć kategorii opieki (od minimalnej do krytycznej). Opracowane kryteria podzielono na kryteria podstawowe i dodatkowe. Wszyscy pacjenci byli klasyfikowani w ramach kryteriów podstawowych, ale nie wszyscy wymagali sklasyfikowania w ramach kryteriów dodatkowych. Wśród kryteriów podstawowych opieki pielęgniarской wyodrębniono: nadzór, odżywianie, higienę, zajęcia/czynności w otoczeniu, poziom odpowiedzialności (zakres obowiązków), leczenie, ryzyko samobójstwa lub agresji oraz problemy fizyczne. Natomiast do kryteriów dodatkowych zaliczono zachowanie się pacjenta oraz takie dodatkowe wymagania, jak: spotkanie pod nadzorem poza oddziałem, komunikację z rodziną, nowe przyjęcie, wypisanie z oddziału. Kryteria podstawowe oraz dodatkowe pozwoliły na przypisanie chorych do poszczególnych kategorii opieki – minimalnej, umiarkowanej, wzmożonej, intensywnej i krytycznej. W systemie tym użyto szczegółowych kryteriów opieki jako jednostek pomiaru. Każde kryterium szczegółowe miało przypisaną wartość punktową i reprezentowało grupę zadań wykonywanych przez pielęgniarki zgodnie ze standardami opieki pielęgniarской. Sumując punkty klasyfikowano pacjentów do jednej z pięciu kategorii, które odzwierciedlały wymaganą liczbę godzin opieki.

Narzędzie klasyfikacji pacjentów opracowane przez Schroder i Washington zostało ocenione pod kątem niezawodności i wiarygodności. Jednakże dopóki pielęgniarki nie przeszły przeszkolenia, niezawodność systemu była niska. Na podstawie wyników oceny autorzy podkreślają wagę nauczania korzystania z narzędzia klasyfikacyjnego osób oceniających, jak również potrzebę okresowego ulepszania metody [15].

Adaptacji systemu klasyfikacji pacjentów opracowanego przez Schroder i Washington do warunków i celów własnej instytucji dokonały Pardue i Dick [16]. Autorki zwracają uwagę, że większość systemów klasyfikacyjnych w szpitalach ogólnych skupia się głównie na potrzebach i czynnościach fizycznych, łatwo obserwowalnych i dających się policzyć, jak np. zmiana pościeli, monitorowanie itp. Natomiast istota pielęgniarstwa psychiatrycznego polega na interpersonalnych umiejętnościach pielęgniarek i ich współpracy z pacjentem. Czas potrzebny, aby sprostać psychospołecznym potrzebom pacjentów jest trudniejszy do wyliczenia. Ponieważ zachowania są mniej policzalne i trudniejsze do zaobserwowania, są postrzegane przez kierowniczą kadrę pielęgniarскую i lekarzy jako mniej ważne od fizycznie namacalnych lub psychomotorycznych, ewidencjonowanych przez pielęgniarki. W wielu szpitalach, w okresie cięć budżetowych, oddział psychiatryczny jest pierwszym, w którym te cięcia są dokonywane. Dlatego

zdaniem autorek ważne jest wprowadzenie systemu klasyfikacji dostosowanego do specyfiki pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, aby określić najbardziej efektywnie potrzeby tych pacjentów, a co się z tym wiąże potrzeby kadrowe oddziału i/lub instytucji oraz zaplanować budżet zakładu opieki zdrowotnej.

Pardue i Dick wyszczególniły następujące kryteria opieki, które najbardziej odpowiadały potrzebom pacjentów, w okresie zaostrzenia choroby: interakcje terapeutyczne, leczenie, problemy fizyczne, odżywianie, higiena, zajęcia, ryzyko, nauczanie i planowanie oraz „inne”. Każde kryterium opieki zostało podzielone na kryteria szczegółowe, które reprezentowały grupy zadań i miały przypisaną wartość punktową. Sumując punkty klasyfikowano pacjentów do jednej z czterech kategorii opieki: umiarkowanej, średniozaawansowanej, wzmożonej i intensywnej, które odzwierciedlały liczbę godzin opieki. Kryteria opieki wraz z punktacją przedstawiono w tabl. 1.

Inne podejście do klasyfikacji pacjentów w psychiatrii przedstawiła Ehrman [9]. Autorka opisała adaptację systemu GRASP do opieki psychiatrycznej. Skrót GRASP pochodzi od nazwisk badaczy (Poland, English, Thornton i Owens), którzy w 1970 roku w Stanach Zjednoczonych opracowali i opublikowali pracę, która uściślała i podawała w liczbach wymagania, co do czasu opieki poświęcanej pacjentom pediatrycznym. Nazwiska ich zostały później skrócone do akronimu PETO. GRASP to również akronim od „*Grace Reynolds Application and Study of PETO*”. Jest to metoda będąca wynikiem szeroko zakrojonych badań nad poszerzeniem zastosowania systemu PETO na inne dziedziny pielęgniarstwa. Mimo, że metodologia GRASP powstała w dziedzinie pielęgniarstwa, znalazła zastosowanie w dziedzinach klinicznych i pozaklinicznych, jak również w odniesieniu do pacjentów hospitalizowanych oraz ambulatoryjnych [17].

System GRASP koncentruje się na pomiarze czasu bezpośrednich i pośrednich czynności pielęgniarских. Codziennie wypełnia się arkusz danych uwzględniający zapotrzebowanie na czynności pielęgnacyjne, którym wcześniej przyporządkowano określone wartości czasu trwania każdej czynności. W ten sposób określa się całkowitą opiekę przypadającą na każdego pacjenta w ciągu doby, co pozwala obliczyć obciążenie pracą oddziału. W badaniach przedstawionych przez Ehrman wyszczególniono następujące kryteria opieki: odżywianie, wydalanie, monitorowanie objawów życiowych, higienę, leczenie oraz kryteria specyficzne dla psychiatrii: nadzór, interwencje terapeutyczne, czynności w środowisku, rekreację, nauczanie i wsparcie emocjonalne. Autorka podkreśla, że jest możliwe wyrażenie w liczbach zadań wykonywanych przez pielęgniarki psychiatryczne [9]. Inni autorzy podejmujący prace nad adaptacją systemu GRASP do środowiska psychiatrycznego zwracają uwagę, że system ten ułatwia przydzielanie obowiązków oraz pomaga kontrolować budżet nie zagrażając jakości opieki [18].

Kolejną pracę omawiającą problematykę zapotrzebowania na opiekę pielęgniarскую w psychiatrii zaprezentowały Hay i Nelson. System klasyfikacji pacjentów przedstawiony przez te autorki opiera się na zidentyfikowanych potrzebach pacjentów wymagających interwencji pielęgniarских [19]. Podczas badań, czynności pochłaniające największą

Tablica 1. Kryteria opieki pielęgniarskiej dla psychiatrii według Pardure i Dick [16] z zastosowaniem punktacji dla poszczególnych kryteriów opieki.

Table 1. Criteria for nursing care in psychiatry proposed by Pardure & Dick [16], with ratings of particular criteria for care.

Kryteria główne	Kryteria szczegółowe	Punktacja
Interakcje terapeutyczne	ciągła obserwacja i częste interakcje terapeutyczne	4
	nowe przyjęcie	3
	częste interakcje	2
	rutynowe interakcje	1
Leczenie	dożylny płyn i/lub leki	4
	niechętnie przyjmowanie leków / leki w razie potrzeby / efekty uboczne	3
	nowe leki lub zmiana dawki	2
	rutynowe leki	1
	żadnych leków	0
Problemy fizyczne	opieka w łóżku lub izolacja	4
	niewielkie problemy fizyczne, umiarkowana dodatkowa opieka	3
	niewielkie problemy fizyczne, minimalna dodatkowa opieka	2
	opieka rutynowa	1
Odżywianie	karmienie doustne przez pielęgniarkę lub przez sondę	4
	zachęcanie / nadzór nad pacjentem podczas posiłku	3
	spożywanie posiłku w grupie pod nadzorem	2
	rutynowy nadzór podczas posiłku	1
Higiena	całkowita pomoc	4
	towarzyszenie i pomoc	3
	wymaga zachęty, nadzoru	2
	samoopieka	1
Zajęcia	udział w zajęciach na oddziale	3
	wyjście pod kontrolą kogoś z pracowników	2
	wyjście samodzielne	1
Ryzyko	samobójstwa, ucieczki lub agresji wysokie	4
	samobójstwa, ucieczki lub agresji umiarkowane	3
	samobójstwa, ucieczki lub agresji minimalne	2
	brak jawnego ryzyka samobójstwa, ucieczki lub agresji	1
Nauczanie/planowanie	indywidualne z pacjentem / rodziną	4
	nauczanie przed wypisaniem	3
	nauczanie grupowe	2
	rutynowe	1
Inne	odosobnienie lub ograniczenia	4
	leczenie elektrowstrząsami	3
	spotkanie na terenie szpitala pod nadzorem	3
	dodatkowe procedury diagnostyczne (np. EEG)	2
	towarzyszenie w drodze do szkoły	2
	aktualizacja planu opieki	1

ilość czasu zostały ostatecznie sklasyfikowane do 8 grup interwencyjnych, które to grupy stały się kryteriami opieki pielęgniarskiej. Są to: eskorta/towarzyszenie, interwencje psychoterapeutyczne, interwencje kryzysowe, higiena, dieta, leczenie, obserwacje specjalne, mobilność. W systemie tym pogrupowano pacjentów do trzech kategorii opieki. Autorzy na podstawie bezpośredniej obserwacji i pomiaru czasu wyznaczyli czas pielęgnacji bezpośredniej i pośredniej. Obserwatorem była pielęgniarka, która nie była pracownikiem tego oddziału. Narzędzie zostało pozytywnie ocenione pod kątem skuteczności.

Metoda klasyfikacji pacjentów zaproponowana przez Albiez-Gibbons wyznacza zapotrzebowanie na opiekę na podstawie oceny dominujących zachowań i interwencji terapeutycznych [20]. Proces opracowania metody przebiegał w trzech etapach:

- analiza populacji pacjentów i umieszczenie ich albo na oddziale opieki specjalnej albo ogólnej, w zależności od potrzeb, co do opieki pielęgniarskiej bezpieczeństwa,
- badania nad czasem pielęgnacji bezpośredniej i pośredniej oraz opracowanie systemu punktowego,
- opracowanie standardów opieki pielęgniarskiej.

Autorka uważa, że system ten odzwierciedla złożoność pracy, którą wykonują pielęgniarki i zapewnia jakość opieki. Jest zdania, że skuteczność metody musi być utrzymana przez okresowe kontrole.

Eklof i Qu przedstawili opracowanie metody klasyfikacji pacjentów dla oddziałów psychiatrii sądowej w Instytucie Zdrowia Psychicznego w Mendota w USA [21]. Zdaniem autorów, niezależnie od tego czy szpitale kupują, pożyczają czy opracowują własną metodę, ważna jest jej skuteczność.

Istotne jest, aby metoda precyzyjnie odzwierciedlała wymagania pacjentów, co do opieki pielęgniarской oraz aby właściwie przełożyć te wymagania na czas opieki pielęgniarской. Autorzy nawiązując do publikacji Schroder i Washington podkreślają, że interwencje psychiatryczne skierowane na problemy z zachowaniem i potrzeby psychospołeczne są trudne w kwantyfikacji. W badaniach opisywanych przez autorów artykułu na podstawie pomiaru czasu przeznaczanego przez pielęgniarki na opiekę nad chorymi starano się wyznaczyć przeciętny czas potrzebny na pielęgnację bezpośrednią i pośrednią w ciągu doby. Ich zdaniem po wprowadzeniu metody konieczna jest okresowa ocena jej skuteczności.

Metodę klasyfikacji pacjentów wynikającą z teorii samoopieki Dorothei Orem, zastosowano w Szpitalu Providence w Oakland w Stanach Zjednoczonych. Przedstawiły ją Ringerman i Luz [22]. W metodzie tej przypisano sześciu kategoriom opieki po siedem kryteriów z różną liczbą punktów. Kryteria zaproponowane przez autorki dotyczyły:

- oddychania, odżywiania, zapewnienia odpowiedniej ilości płynów,
- wydalania,
- higieny,
- odpoczynku i aktywności,
- odosobnienia i interakcji społecznych,
- procedur specjalnych i interwencji behawioralnych,
- konsultacji z pacjentem/rodziną.

W badaniach Davidhizar, Mallow, Bechtel oraz Giger opracowano narzędzia klasyfikacyjne dla chorych z przewlekłą chorobą psychiczną [11]. Wyróżnione przez autorów kryteria opieki to: bezpieczeństwo, porozumiewanie się, rehabilitacja, edukacja, leczenie, samodzielność w zaspokajaniu potrzeb biologicznych i w zakresie poruszania się, interwencje terapeutyczne, kontakt z rodziną.

Zainteresowanie metodami klasyfikacji pacjentów zano-towano także w japońskich ośrodkach psychiatrycznych [23]. Autorzy artykułu podkreślają, że wiele krajów, w tym Japonia dopiero rozpoczynają prace nad metodami klasyfikacji pacjentów dla potrzeb oddziałów psychiatrycznych. Autorzy zwracają uwagę, że w Japonii brak jest standardów opieki pielęgniarской w psychiatrii, jak również brak określonych wymagań kadrowych. Z powodu braku metod klasyfikacji pacjentów osobom zarządzającym trudno jest oceniać pracę pielęgniarek, bezpieczeństwo pacjentów, jakość opieki, jak również budżet oddziału lub szpitala. W przedstawianych badaniach autorzy skupili się na interwencjach pielęgniarских. Badania zostały przeprowadzone w czterech japońskich szpitalach psychiatrycznych. W pierwszej fazie badań dokumentowano interwencje pielęgniarские, opracowano ich klasyfikację i określono czas każdej czynności. W drugiej fazie zbadano korelacje między czasem interwencji pielęgniarских, typem interwencji a stanem pacjenta, który oceniano za pomocą *Global Assessment of Functioning Scale* (GAF) i *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS). W badaniach określono całkowity czas opieki bezpośredniej w ciągu doby. W wyniku przeprowadzonych badań wyszczególniono 6 kategorii interwencji pielęgniarских i 15 subkategorii. Wyszczególniono następujące kategorie interwencji pielęgniarских:

- podstawowe czynności życia codziennego (odżywianie, nawadnianie, higiena osobista, wydalanie, poruszanie się, sen i odpoczynek),

- wsparcie psychologiczne/umiejętności interpersonalne (opieka psychiczna/emocjonalna, interweniowanie w przypadku nieodpowiedniego zachowania i interweniowanie w konfliktach interpersonalnych),
- monitorowanie (objawów i potrzeb pacjenta/określenie pogorszenia w stanie zdrowia),
- wsparcie medyczne (leki, medyczne leczenie/terapia i opieka fizyczna),
- wsparcie rodziny (edukacja i wsparcie emocjonalne),
- „różne” (prośby pacjenta, ukierunkowanie pacjenta).

W wyniku przeprowadzonych badań opieka pielęgniarская jest planowana na podstawie oceny pacjenta. Autorzy podkreślają, że badania te skoncentrowały się na oddziałach ostrej opieki psychiatrycznej, a zatem nie można ich odnieść do innych oddziałów np. chronicznych, czy opieki w czasie powrotu do zdrowia. Ich zdaniem powinny być prowadzone dalsze prace nad rozwojem narzędzi używanych w klasyfikacji pacjentów oraz nad ich skutecznością.

Wszystkie wyżej opisane systemy klasyfikacji pacjentów w psychiatrii mają zastosowanie w praktyce szpitali amerykańskich i szpitali japońskich jako podstawa planowania obsad pielęgniarских.

W krajowych oddziałach psychiatrycznych dotąd nie prowadzono badań nad dostosowaniem metod PCS do ich specyfiki. Zastosowanie metod klasyfikacji pacjentów w praktyce polskich szpitali psychiatrycznych wymaga dostosowania poszczególnych elementów metody: kryteriów opieki, norm czasu opieki bezpośredniej i czasu pomocniczego do warunków organizacyjnych oraz stanu opieki w krajowym systemie ochrony zdrowia. Istotny jest również wybór odpowiednich metod weryfikacyjnych, które powinny być metodologicznie poprawne, adekwatne do stopnia zorganizowania danego systemu ochrony zdrowia, zgodności opieki świadczonej z tzw. dobrą praktyką pielęgnowania.

Autorzy zajmujący się systemami klasyfikacji pacjentów w psychiatrii podkreślają konieczność doskonalenia pracowników w zakresie nowych metod planistycznych [13, 15]. Ważne jest również ocenienie narzędzia pod kątem niezawodności i wiarygodności oraz okresowe ulepszanie metody [9, 15, 22, 23]. Rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 grudnia 1999 roku w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej, wprowadzono oficjalnie metody klasyfikacji pacjentów do praktyki szpitalnej [24]. Jednak rozporządzenie to nie rozwiązało, lecz wręcz skomplikowało proces opracowania norm obsad pielęgniarских i położniczych w zakładach opieki zdrowotnej. Powodem był brak metodologicznego przygotowania kierujących szpitalami do normowania pracy, oraz nałożenie obowiązku wyznaczenia norm czasu pracy na pielęgniarki na podstawie samoobserwacji, co jest metodologicznie niepoprawne. Normowanie czasu pracy należy zlecić osobom spoza instytucji, niezainteresowanym zawiązaniem lub zaniżaniem norm. Do chwili obecnej w krajowym systemie opieki zdrowotnej nie udało się opracować uniwersalnych norm czasu pielęgnacji bezpośredniej dla zróżnicowanych świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych. Wprawdzie niektóre szpitale posługują się „własnymi” normami, ale są one nieprzydatne dla innych jednostek, a więc nie dają odpowiedzi na pytanie, czy obsady pielęgniarские i położnicze w skali danego województwa/

kraju są odpowiednie do zapotrzebowania pacjentów na dany typ świadczeń.

Przed wejściem w życie wspomnianego rozporządzenia planowanie obsad kadrowych stosowane w zakładach opieki zdrowotnej odnosiło liczbę etatów do liczby łóżek szpitalnych, zgodnie z wytycznymi Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 13 lipca 1987 r. w sprawie docelowych wskaźników zatrudnienia pielęgniarek (położnych) w placówkach służby zdrowia i opieki społecznej – dla potrzeb planistycznych [25]. Aktualnie wytyczne z 1987 r. nie obowiązują.

Dokumentem, w którym zostały określone szacunkowe wskaźniki zatrudnienia wybranych zawodów istotnych dla psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w tym pielęgniarek jest projekt Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. W tym dokumencie określono oczekiwany wskaźnik zatrudnienia pielęgniarek wynoszący 35/100 tys., tj. 14 000 zatrudnionych pielęgniarek, natomiast stan obecny wynosi 10 000 zatrudnionych pielęgniarek [26]. Na podstawie tych danych nie można jednak wnioskować, że pielęgniarek w psychiatrycznej opiece jest za mało. Wzrost zatrudnienia pielęgniarek związany jest z nowymi zadaniami opieki psychiatrycznej, określonymi w projekcie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, szczególnie z unowocześnieniem opieki psychiatrycznej według modelu środowiskowego.

W chwili obecnej brak jest danych, które wskazywałyby, czy obsady pielęgniarskie w opiece psychiatrycznej są odpowiednie do zapotrzebowania chorych na ten typ świadczeń.

Dodatkowo trudno jest określić wykorzystanie czasu pracy pielęgniarek w psychiatrii, gdyż takich badań w krajowym systemie zdrowotnym nie prowadzono. Pierwsze szerokie badania dotyczące czasu pracy pielęgniarek pracujących w krajowych szpitalach prowadziła w połowie lat 80. Lenartowicz [27]. Wykazała ona nieoptymalną strukturę czasu pracy tej grupy zawodowej, ponieważ tylko ok. 25% czasu stanowiły czynności pielęgnacyjne i wynikające ze zleceń lekarskich, pozostałe 75% to czynności pomocnicze, związane z funkcjonowaniem oddziału i przerwy. Zbieżne dane z badaniami Lenartowicz uzyskała Ksykiewicz-Dorota i wsp. badając strukturę czasu pracy pielęgniarek i położnych w szpitalach (poza psychiatrią) w latach 90. i w latach 2000 [28, 29, 30].

Należy zaznaczyć, że niedobory kadrowe mogą być przyczyną znacznego obniżenia jakości opieki, a także zagrażać bezpieczeństwu pacjentów. Niedobór kadr pielęgniarskich dotyczy wielu państw, w różnych rejonach świata. Międzynarodowa Rada Pielęgniarek na Dzień Pielęgniarki w 2006 roku apelowała o poważne podejście rządów poszczególnych państw do kwestii kompleksowego planowania obsad kadrowych w systemach zdrowotnych oraz zapewnienia odpowiedniej liczby pielęgniarek do liczby pacjentów i ich zapotrzebowania na opiekę, we wszystkich rodzajach zakładów opieki zdrowotnej.

## WNIOSKI

1. Poprawa zarządzania zakładami opieki zdrowotnej wymaga wyboru odpowiednich metod planowania obsad kadrowych tak, aby można planować liczbę pracowni-

ków zgodnie z rzeczywistym zapotrzebowaniem chorych na opiekę.

2. Powyższe oczekiwania spełniają metody klasyfikacji pacjentów, składające się z kryteriów opieki, kategorii opieki z czasem opieki bezpośredniej, oraz czasu pomocniczego, przeznaczonego na czynności inne niż zadania główne.
3. Stosowanie metod klasyfikacji pacjentów do wyznaczania obsad kadrowych wymaga ich dostosowania do warunków organizacyjnych, specyfiki i stanu opieki w krajowym systemie ochrony zdrowia oraz tzw. dobrej praktyki pielęgnowania. Dotyczy to w całej rozciągłości metod planowania obsad kadrowych w psychiatrii.

## PIŚMIENNICTWO

1. Ksykiewicz-Dorota A. Planowanie obsad pielęgniarskich w lecznictwie stacjonarnym. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2001.
2. Widomska-Czekajska T, Górajek-Jóźwik J. red. Przewodnik encyklopedyczny dla pielęgniarek. Warszawa: PZWL; 1996.
3. Ksykiewicz-Dorota A. red. Zarządzenie w pielęgniarstwie. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2005.
4. Rabinowitz SS, Carlson CJ, Santoferraro CA. Cost effectiveness and care planning. W: Schweiger JL. red. Handbook for First Line Nurse Managers. New York: A Wiley Medical Publication John Wiley & Sons; 1986. s. 145–169.
5. Wolfe H, Young JP. Staffing the nursing unit. Part I: Controlled variable staffing. Nurs Res. 1965; 14: 236–243.
6. Wolfe H, Young JP. Staffing the nursing unit. Part II: The multiple assignment technique. Nurs Res. 1965; 14: 299–303.
7. Grundy F, Reinke WA. Badania nad opieką zdrowotną i sformalizowane metody zarządzania. Warszawa: PZWL; 1977.
8. Pieciewicz-Szczęśna H: Normowanie pracy pielęgniarek a zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską w lecznictwie stacjonarnym na Białorusi. Probl Piel. 2008; 1,2: 1–8.
9. Ehrman M. Using a factored patient classification system in psychiatry. Nurs Manage. 1987; 18 (5): 48–53.
10. Morath J, Fleischmann R, Boggs G. A missing consideration: the psychiatric patient classification for scheduling-staffing systems. Perspect Psychiatr Care. 1990; 25 (3–4): 40–47.
11. Davidhizar R, Mallow GE, Bechtel GA, Giger JN. A patient classification system for the chronic psychiatric patient. Aust N Z J Ment Health Nurs. 1998; 7 (4): 126–133.
12. Schroder PJ, Washington WP. Administrative decision making: staff-patient ratios (A patient classification system for a psychiatric setting). Perspect Psychiatr Care. 1982; 20 (3): 111–123.
13. Nygaard L, Hansen J. Making computerized PCS work for psychiatric care. Nurs Manage. 1991; 22 (11): 40–42, 44.
14. Ganti AR, Nagy EJ, Johnson J. An objective patient classification system in psychiatric nursing. Can Ment Health. 1976; 24 (2): 23–26.
15. Schroder PJ, Washington WP, Deering CD, Coyne L. Testing validity and reliability in a psychiatric patient classification system. Nurs Manage. 1986; 17 (1): 49–54.
16. Pardure SF, Dick CT. Patient classification: Illness acuity and nursing care needs. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 1986; 24 (12): 23–30.
17. The GRASP System. The Workload Solutions to Your Staffing Puzzles. 2005.
18. Thomas DM, Moses WA. Psychiatric nurses develop their own workload measurement system. Canadian Journal of Psychiatric Nursing. 1986; 27 (1): 8–12.
19. Hay MA, Nelson LM. Client classification. A „needs” approach. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 1988; 26 (12): 23–30.

20. Albiez-Gibbons A. Mental health acuity system: The measure of nursing practice. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 1986; 24: 16–20.
21. Eklof M, Qu WH. Validating a psychiatric patient classification system. *J Nurs Adm.* 1986; 16 (5):10–17.
22. Ringerman ES, Luz S. A psychiatric patient classification system. *Nurs Manage.* 1990; 21 (10): 66–68, 70–71.
23. Sawada A, Porter SE, Kayama M, Setoya N, Miyamoto Y. Nursing care delivery in Japanese psychiatric units. *Br J Nurs.* 2006; 17: 920–925.
24. Rozporządzenie MZiOS z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarzek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 111 z 1999, poz. 1314).
25. Wytoczne Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 13 lipca 1987 r. w sprawie docelowych wskaźników zatrudnienia pielęgniarzek (położnych) w placówkach służby zdrowia i opieki społecznej – dla potrzeb planistycznych. *Dz. Urz. MZiOS nr 7 poz. 46 z dnia 13 lipca 1987.*
26. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego (projekt). Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2006. [www.ipin.edu.pl](http://www.ipin.edu.pl) (Data wejścia 19.01.2009 r.).
27. Lenartowicz H. Kadra pielęgniarowska w lecznictwie stacjonarym. (Z badań nad wykorzystaniem czasu pracy i kwalifikacji zawodowych). Lublin: AM; 1988 (rozprawa habilitacyjna).
28. Ksykiewicz-Dorota A, Saracen A. Structure of working time of midwives in maternity ward organized in rooming-in system. *Pol J Environ Stud.* 2007; 16 (5A): 253–256.
29. Ksykiewicz-Dorota A, Karauda M. Working time schedule of midwives in obstetric-neonatal unit versus the level of mother satisfaction with care. *Ann UMCS Sect D.* 2004; 59 (2): 371–374.
30. Rogala-Pawelczyk G, Piątek A, Ksykiewicz-Dorota A. Wykorzystanie czasu pracy pielęgniarzek. Zmiany systemowe w organizacji opieki pielęgniarowskiej w szpitalach wojskowych i wojskowych szpitalach uzdrowiskowych Krakowskiego Okręgu Wojskowego. [Mat. III Sesji II Kongresu Pielęgniarek Polskich]. red. A. Ksykiewicz-Dorota. Busko-Zdrój, 24–25.V. 1994, s. 48–51.

*Wpłynęło: 12.12.2008. Zrecenzowano: 06.01.2009. Przyjęto: 02.02.2009.*

*Adres: mgr piel. Marta Cebulak, ul. Żeromskiego 10/6, 37-500 Jarosław, tel. 0697169619,  
e-mail: marta.cebulak@neostrada.pl*