

Poprawa organizacji pracy dzięki wykorzystaniu kompetencji opiekunów medycznych w oddziale wewnętrznym

Improving work organization by using the competences of medical caregivers in the internal ward

Katarzyna Kęcka

Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Szpitalne Centrum Medyczne w Goleniowie Sp. z o.o.

Streszczenie

Wstęp. Jednym z największych problemów są problemy kadrowe i zapewnienie wysokiej jakości świadczeń w opiece nad pacjentami. **Cel pracy.** Celem działań była poprawa organizacji pracy w oddziale internistycznym, efektem czego miało być lepsze wykorzystanie bazy łóżkowej, a przede wszystkim wzrost jakości udzielanych świadczeń oraz bezpieczeństwa personelu i pacjentów. **Materiał i metody.** Wprowadzono autorski model przesuwania kompetencji w ramach zawodów medycznych w oparciu o efektywne wykorzystanie kompetencji opiekunów medycznych. Projekt prowadzono w latach 2020-2022 w oddziale internistycznym w SCM w Goleniowie sp. z o.o. **Wyniki.** Zmniejszono liczbę łóżek (z 30 do 20) w oddziale, a jednocześnie objęto opieką większą liczbę pacjentów. Liczba hospitalizowanych pacjentów w stosunku do roku 2019 wzrosła z 1299 do 1388 w skali roku (pomimo mniejszej liczby łóżek), przelotowość wzrosła z poziomu 32,63 do 69,40, a średni pobyt w oddziale skrócił się z 9,49 dni do 3,87 dni. Nastąpił wzrost przede wszystkim poczucia zaopiekowania się z 91% do 97,5%. Największy wzrost odnotowano przy ocenie w obszarze uprzejmości i zainteresowania z 80% do 96%. Ponad 86% pacjentów poleciłoby nasz oddział (wzrost o 11,5%). Odnotowano również spadek liczby zakażeń wewnątrzszpitalnych w oddziale z 29 do 10 w skali oraz liczby wykonanych badań mikrobiologicznych z 1350 do 402 w skali roku. **Wnioski.** Zatrudnienie opiekunów medycznych i wykorzystanie ich kompetencji zawodowych w codziennej pracy w oddziale zachowawczym wpływa na większą liczbę leczonych pacjentów oraz skrócenie czasu hospitalizacji. Ponadto pozwala zmniejszyć liczbę zakażeń wewnątrzszpitalnych oraz poprawić oceny w zakresie jakości opieki. (Gerontol Pol 2024; 32; 241-246) doi: 10.53139/GP.20243233

Słowa kluczowe: opieka zdrowotna, organizacja opieki, jakość, kompetencje, opiekunowie medyczni

Abstract

Introduction. One of the biggest problems is that of staffing and quality assurance in patient care. **Aim.** The aim was to improve the organisation of work in the unit, as well as to make better use of the bed base and increase the quality of services provided and the safety of staff and patients. **Material and Methods.** A proprietary model for shifting competencies within the health professions based on the effective use of medical caregiver competencies was introduced. The project was conducted from 2020 to 2022 in the internal medicine department at SCM in Goleniów Ltd. **Results.** There was a reduction in the number of beds (from 30 to 20) in the unit, but more patients were cared for. The number of patients compared to 2019 increased from 979 to 1,388 per year, the throughput increased from 32.63 to 69.40 and the average stay on the ward decreased from 9.49 days to 3.87 days. There was an increase in the sense of being cared for from 91% to 97.5%. The largest increase was in the area of courtesy and interest from 80% to 96%. More than 86% of patients would recommend our ward (an increase of 11.5%). There was also a decrease in the number of nosocomial infections in the ward from 29 to 10 per scale and in the number of microbiological tests performed from 1,350 to 402 per scale. **Conclusions.** Utilising the professional competences of medical caregivers in a behavioural unit has an impact on a higher number of patients treated and a reduction in hospitalisation time. It reduces the number of in-hospital infections and improves ratings in quality of care. (Gerontol Pol 2024; 32; 241-246) doi: 10.53139/GP.20243233

Keywords: healthcare, organisation of care, quality, competence, caregivers

Wstęp

Organizację i funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce reguluje kilka podstawowych aktów prawnych, m.in. Ustawa o działalności leczniczej [1] czy ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [2] oraz cały szereg aktów wykonawczych i przepisów harmonizujących prawo polskie z prawem UE. Jednakże zabezpieczenie wartości systemu i podmiotu opieki, jakim jest pacjent, zależy jest od tzw. mapy potrzeb zdrowotnych. Szeroko pojęta polityka zdrowotna powinna być więc kształtowana w oparciu o dane zdrowotne oraz analizy stanu i wykorzystania zasobów, również kadrowych. Świadczenia udzielane są pacjentom w dwóch głównych obszarach, w opiece ambulatoryjnej oraz opiece stacjonarnej. [3] O ile opieka szpitalna jest integralną i niezbędną częścią każdego funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej, o tyle efektywność jej wykorzystywania pozostawia wiele do życzenia. [4] W Polsce szpitale udzielają świadczeń zdrowotnych pacjentom w oparciu o umowy z Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ). Świadczeniodawcy muszą spełnić określone warunki w zakresie organizacji świadczeń: kwalifikacji i liczby personelu medycznego, warunków lokalowych i sprzętowych oraz ewentualnych umów z innymi podmiotami medycznymi.

Oddziały internistyczne są najważniejszymi i najbardziej obciążonymi pod względem liczby pacjentów oddziałami w szpitalach. Lekarze interniści lub lekarze specjaliści z zakresu kardiologii, pulmonologii, diabetologii czy gastrologii, pracując w ramach zespołów interdyscyplinarnych, podejmują decyzje terapeutyczne. W celu zapewnienia odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych regulacje dotyczą także liczebności personelu lekarskiego i kwalifikacji oraz norm zatrudnienia pielęgniarek z określonymi kwalifikacjami. [5,6]

Jednym z ważniejszych problemów wszystkich systemów ochrony zdrowia na świecie są problemy kadrowe. Skutkuje to poszukiwaniem rozwiązań mających na celu przesuwanie kompetencji zawodowych w opiece nad pacjentem w poszczególnych grupach zawodów medycznym oraz tworzenie nowych zawodów okołomedycznych wspomagających pracę medyków. Niestety, w Polsce poza normami dotyczącymi lekarzy i pielęgniarek, brak jest zapisów dotyczących opiekunów medycznych. Opiekunowie medyczni są coraz liczniej pracującą grupą w oddziałach szpitalnych mogących wspomóc pracę pielęgniarek oraz poprawić organizację pracy całego oddziału, zwłaszcza przy obecnych brakach kadrowych wśród pielęgniarek, z uwagi na rozszerzone kompetencje zawodowe. [7]

Cel pracy

Celem działań była poprawa organizacji pracy w oddziale internistycznym, efektem czego miało być lepsze wykorzystanie bazy łóżkowej, a przede wszystkim wzrost jakości udzielanych świadczeń oraz bezpieczeństwa personelu i pacjentów.

Material i metody

W SCM w Goleniowie sp z o.o. w ramach procesu zarządczego w 2019 r. przeanalizowano funkcjonowanie oddziału internistycznego w oparciu o raporty benchmarkowe. Wyniki wskazywały pilną potrzebę zmian, przede wszystkim w oddziale internistycznym. Jednocześnie działalność oddziału internistycznego obciążona była największym ryzykiem zamknięcia z powodu braku lekarzy, zarząd szpitala ponosił wysokie koszty pozyskiwania lekarzy. Kadra pielęgniarska z kolei były to w większości osoby przyjeżdżające na 2-3 dyżury w miesiącu. Zauważono duży problem z identyfikacją z oddziałem oraz stosowaniem procedur w praktyce.

Kolejnym krokiem była analiza kompetencji opiekunów medycznych i podjęcie decyzji o ich wykorzystaniu w opiece nad pacjentem i wsparciu pielęgniarek w ich pracy. Dział kadr w tym czasie przygotował opisy stanowisk pracy dla opiekunów medycznych.

Wyniki

Dokonano szerokiej analizy efektów kształcenia zawodów medycznych i podjęto decyzję o wykorzystaniu kompetencji opiekunów medycznych i wsparciu pielęgniarek w ich pracy. Przełożyło się to na większe zaangażowanie personelu pielęgniarskiego w procesy jakościowe. W realizację działań najbardziej zaangażowana była naczelnia pielęgniarka i zarządu. Uwarunkowane to było przede wszystkim wykorzystaniem doświadczenia nauczycieli akademickiego. Dzięki temu można było spojrzeć na możliwości rozwiązań, zarówno z perspektywy medycznej, jak i zarządczej. Podpisano także umowy o kształceniu praktycznym z okolicznymi szkołami w obszarze kształcenia opiekunów medycznych.

Przygotowywanie procesu trwało kwartał, a praktyczne wdrażanie działań zajęło pół roku. Proces ten został przyspieszony przez pandemię choroby Covid-19, w momencie przekształceniu oddziału w oddział dla pacjentów z SARS-CoV-2 członkowie zespołu terapeutycznego musieli nauczyć się polegać na sobie jeszcze bardziej niż dotychczas. To utrwaliło pewne wzorce postępowania i stworzyło podwaliny tzw. dobrej praktyki

z możliwie szerokim wykorzystaniem nabytych kompetencji zawodowych, zarówno przez pielęgniarki, jak i opiekunki medyczne.

Najważniejszą zmianą była zmiana struktury zatrudnienia, czyli dotrudnienie opiekunów medycznych, co przedstawiono w tabeli I.

Jak przedstawiono w 2019 r. w oddziale pracowały 23 pielęgniarki oraz 6 lekarzy na 30 łóżek, o tyle 2022 nastąpił wzrost – pracowało 21 pielęgniarek i 13 lekarzy na 20 łóżek. Jednocześnie zatrudniono dodatkowe 8 opiekunek medycznych i sekretarkę medyczną w stosunku do roku 2019.

Obecnie w oddziale w trakcie zmiany dziennej pracują 2 opiekunki medyczne, w trakcie zmiany nocnej 1 opiekunka medyczna. Podział uwarunkowany został obciążeniem wynikającym z pracy w oparciu o profil pacjenta, zarówno w obszarze stanu zdrowia, jak i wieku.

W tabeli II przedstawiono najczęstsze przyczyny hospitalizacji w 2022r., z rozpoznaniem L84 (inne choroby nerek powyżej 65 r.ż.) jako pierwszym rozpoznaniem w oddziale, jednocześnie wskazując zdecydowanie większy udział pacjentów po 65 r.ż., co odzwierciedlają dane w tabeli III.

Tabela I. Struktura zatrudnienia w oddziale internistycznym

Table I. Staffing structure in the internal medicine department

Stanowisko	2016			2019			2022		
	UoP	UZ	Kontrakt	UoP	UZ	Kontrakt	UoP	UZ	Kontrakt
kuchenkowa							1	3	
lekarz medycyny		3	5			6			10
lekarz medycyny, lekarz rezydent							2	1	
opiekun medyczny					1				
opiekun osób niepełnosprawnych				1			3	6	
pielęgniarka	4	4		4	9	4	6	12	
starsza pielęgniarka	6			1					
pielęgniarka specjalista				4	1		1	1	
pielęgniarz									1
ratownik medyczny					1				
pomoc kuchenna								1	
pomoc pielęgniarki								2	
sekretarka medyczna				2			2	1	
Razem	10	7	5	12	12	10	15	27	11

Tabela II. Najczęstsze rozpoznania zdrowotne u pacjentów hospitalizowanych

Table II Most common health diagnoses in hospitalised patients

ICD – 10	Liczba hospitalizacji	Udział procentowy (%)
L84 – inne choroby nerek powyżej 65 r.ż.	171	14,40
L82 – ostra niewydolność nerek	120	10,10
E53 – niewydolność krążenia	110	9,26
K27 – zaburzenia odżywiania	63	5,30
G17 przewlekłe choroby wątroby powyżej 5 dni	59	4,97

Tabela. III. Struktura wiekowa pacjentów w oddziale internistycznym w roku 2022

Table III. Age structure of patients in the internal medicine department in 2022

Wiek	Liczba hospitalizacji	Udział procentowy (%)
18 – 25 lat	37	2,67
26 – 45 lat	126	9,08
46 – 65 lat	317	22,83
>65 lat	908	65,42
Razem	1388	100

Tabela IV. Wskaźniki wykorzystania łóżek

Table IV. Bed occupancy rates

	Hospitalizacje	Obłożenie łóżek (%)	Średni pobyt	Przelotowość
2016 (40 łóżek)	1357	63,14	6,79	33,93
2017 (40 łóżek)	1509	85,24	6,17	37,73
2018 (32 łóżka)	1145	77,10	7,86	35,78
2019 (30 łóżek)	1299	81,72	7,49	32,63
2020 (30 łóżek)	836	78,8	4,72	63,4
2021 (30 łóżek)	1268	82,04	4,49	70,90
2022 (20 łóżek)	1388	73,67	3,87	69,4

Dotrudnienie opiekunek medycznych pozwoliło zmniejszyć liczbę łóżek (z 30 do 20) w oddziale i mimo to objąć opieką większą liczbę pacjentów. Liczba hospitalizowanych pacjentów w stosunku do roku 2019 wzrosła z 1299 do 1388 w skali roku (pomimo mniejszej liczby łóżek), przelotowość wzrosła z poziomu 32,63 do 69,40, a średni pobyt w oddziale skrócił się z 7,49 dni do 3,87 dni. Dane przedstawiono w tabeli IV.

Jednym ze wskaźników jakościowych jest ocena satysfakcji pacjenta. Pacjenci ocenili postawy i umiejętności personelu, organizację pracy i warunki lokalowe. Nastąpił wzrost przede wszystkim poczucia zaopiekowania się z 91% do 97,5%, co wynika przede wszystkim ze zwiększonej dostępności personelu. W sytuacji kiedy opiekunowie medyczni przejęli zdecydowaną część czynności wykonywanych dotychczas przez pielęgniarki, pielęgniarki mogły poświęcić więcej czasu pacjentom i ich rodzinom, w obszarze opieki i edukacji. Największy wzrost odnotowano w obszarze uprzejmości i zainteresowania z 80% do 96%. Ponad 86% pacjentów poleciłoby nasz oddział (wzrost o 11,5%).

Kolejnym wskaźnikiem jest także liczba zakażeń wewnątrzszpitalnych. Jak wynika z analizy dokumentów Działu Epidemiologii wprowadzone zmiany spowodowały spadek liczby zakażeń w oddziale z 29 w roku 2019 do 10 w roku 2022 oraz liczby wykonanych badań mikrobiologicznych z 1350 w roku 2019 do 402 w 2020 roku.

Dyskusja

Wskaźnik liczby łóżek w szpitalach stacjonarnych na 10 tys. ludności kraju wyniósł 43,8 łóżka. W 2020 r. roku odnotowano zbliżoną liczbę łóżek szpitalnych ogółem w kraju – 167,6 tys., o 0,4% (0,7 tys. łóżek) więcej niż w roku poprzednim. Jednocześnie największy wzrost liczby łóżek w porównaniu do 2019 r. nastąpił w oddziałach chorób wewnętrznych – 22,8 tys. łóżek, o 11,2% tj. o 2,3 tys. łóżek więcej. Jednocześnie nale-

ży wziąć pod uwagę dwa istotne wskaźniki w obszarze wykorzystania bazy łóżkowej. Pierwszy to średni pobyt – w przypadku oddziałów wewnętrznych w 2019 roku wynosił 6,7 dnia, a w roku 2020 6,5 dnia. Jak wskazują wyniki z oddziału w SCM w 2019 r. średni pobyt był dłuższy o 0,79, natomiast w 2020 po wprowadzonych zmianach skrócił się o 2,77 i był krótszy w porównaniu ze średnią krajową o 1,78.

Drugi z kolei to wskaźnik obłożenia łóżek. Najwyższy wskaźnik wykorzystania łóżek w 2020r. odnotowano w województwie zachodniopomorskim (60,2%) W typowych warunkach funkcjonowania ochrony zdrowia, przyjmuje się iż wykorzystanie łóżek szpitalnych na poziomie 85% jest optymalną wartością tego wskaźnika. [8, 9] W SCM w tym samym roku obłożenie wynosiło 78,7% i było wyższe w skali województwa o 18,6%, mimo to nie świadczy o optymalnym wykorzystaniu bazy łóżkowej.

Świadczenia zdrowotne w szpitalach najczęściej udzielane są w oddziałach chorób wewnętrznych (2,31% wszystkich zakresów; 11,15% w szpitalach I stopnia). [10]

W 2022 roku leczeniem szpitalnym w oddziałach wewnętrznych objętych zostało w skali całego kraju ponad 529 tys. pacjentów. Liczba hospitalizacji kształtowała się na poziomie 662 tys., średni czas pobytu na oddziale wyniósł 7,52 dnia. Pacjenci w wieku 65 i więcej lat stanowili 69% przyjętych na oddziały wewnętrzne.

W przypadku województwa zachodniopomorskiego do oddziałów wewnętrznych przyjętych zostało 22,5 tys. pacjentów, liczba hospitalizacji wyniosła 27,5 tys., a średni czas pobytu kształtował się na poziomie 6,86 dni, natomiast pacjenci w wieku senioralnym stanowili 64% ogólnej liczby przyjętych na oddziały.

Od 2016 roku zauważalny jest trend w zakresie zmniejszenia liczby hospitalizacji świadczonych na oddział wewnętrznych, który został dodatkowo pogłębiony w okresie pandemii covid-19. w 2016 roku przyjęto 757 tys. pacjentów, w 2019 roku liczba przyjętych spadła do poziomu 674 tys. W latach 2020-2021 odpowiednio

480 tys. i 451 tys. [11] W 2022r. liczba hospitalizacji w oddziale internistycznym SCM w Goleniowie u pacjentów po 65 roku życia wynosiła 908, co stanowiło 65,42% hospitalizacji ogółem.

Z obserwacji wynika, iż liczba hospitalizacji wśród niektórych chorób przewlekłych jest wyższa niż wskazywałaby na to etiologia choroby. W znacznej ilości wykonywane są świadczenia zdrowotne, które z powodzeniem mogłyby być wykonywane ambulatoryjnie lub w trybie hospitalizacji jednodniowej. Hospitalizacje w ramach leczenia szpitalnego stanowią również często odpowiedź na ograniczenia dostępności w innych rodzajach świadczeń. Dotyczy to m.in. opieki długoterminowej [10]. Niestety efektem niewystarczającego zabezpieczenia opieki instytucjonalnej są stosunkowo częste hospitalizacje osób powyżej 70 roku życia w oddziałach internistycznych. Obserwuje się wzrost hospitalizacji internistycznych w grupie pacjentów powyżej 70. roku życia, co stanowi już prawie połowę wszystkich pobyków w szpitalach, a pobyt w szpitalu – przynajmniej raz w roku – co drugiego pacjenta w wieku powyżej 80. roku życia. [12]

Szacunki wskazują również, że zmiany demograficzne zwiększą zapotrzebowanie na świadczenia szpitalne, a liczba hospitalizacji w 2020 r., w porównaniu do 2014 r., wzrośnie o 3,1% (278 tys.), w 2030 r. z kolei o 7,9% (713 tys.), a w chorobach wewnętrznych 9,7% do 29,9%. [11]

Jak wynika z analizy danych dotyczących zapadalności na choroby, co przekłada się na późniejsze hospitalizacje, najczęstszymi przyczynami hospitalizacji w Polsce w oddziałach internistycznych szpitali powiatowych w 2022 r. była niewydolność krążenia – E53 (23,4%), zaburzenia krzepliwości, inne choroby krwi i śledziony powyżej 1 dnia – S06 (8,5%), zaburzenia krzepliwości, inne choroby krwi i śledziony powyżej 10 dni – S05 (5,9%), tzw. inne choroby nerek powyżej 65 r.ż. – L84 (4,1%) oraz przewlekłe choroby wątroby powyżej 5 dni – G17 (3,5%) (13,14).

Z powyższego wynika, iż profil pacjenta (wiek i choroby) jest szczególnie wymagający jeśli chodzi o zakres opieki pielęgniarskiej i opiekuńczej w zakresie zaspokojenia potrzeb higieniczno-sanitarnych oraz w obszarze funkcjonalności. Zdecydowana większość pacjentów wymagała założenia cewnika do pęcherza moczowego z uwagi na stan zdrowia przy przyjęciu – niemożność zaspokojenia potrzeb fizjologicznych, splątanie oraz zaburzenia świadomości jako objaw wynikający z niedotlenienia, zaburzeń elektrolitowych czy odwodnienia. Oddziały internistyczne powinny więc w pełni zaspokajać potrzeby pacjentów dzięki właściwej organizacji, zarówno w zakresie warunków sprzętowych, jak i w zakresie pracującego personelu, co pozwoli zapewnić prawidłowość oraz wysoką jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Wnioski

1. Zmiany organizacyjne pozwoliły zmniejszyć liczbę łóżek w oddziale, a mimo to zwiększyć liczbę hospitalizowanych pacjentów, poprzez skrócenie czasu pobytu oraz poprawić wskaźnik obłożenia łóżek.
2. Zatrudnienie opiekunów medycznych i rozkład pracy na większą liczbę osób podwyższył poziom poczucia zaopiekowania się oraz istotny wzrost w obszarze uprzejmości i zainteresowania przez personel w stosunku do pacjenta. Tym samym o 11% wzrosła liczba pacjentów mogących polecić oddział w SCM.
3. Wprowadzone zmiany spowodowały spadek liczby zakażeń w oddziale oraz liczby wykonanych badań mikrobiologicznych.

Źródła finansowania:

Środki własne Szpitalne Centrum Medyczne w Goleniowie sp. z o.o.

Konflikt interesów / Conflict of interest
Brak/None

Piśmiennictwo/References

1. Dz. U. 2011 nr 112, poz. 654 z późn. zm.
2. Dz. U. 2004 Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.
3. OECD/EU, Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris 2018, https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en, dostęp w dniu 27.08.2024 r.
4. Obwieszczenie MZ z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych.
5. Zarządzenie Nr 89/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

6. Rozporządzenie MZ z 28 grudnia 2012 roku w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.
7. Rozp. MEiN z dnia 28 maja 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie podstaw programowych kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego oraz dodatkowych umiejętności zawodowych w zakresie wybranych zawodów szkolnictwa branżowego.
8. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2020 r. Warszawa, Kraków. Główny Urząd Statystyczny w Krakowie: 2021:67-78.
9. OECD (2023), Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en> dostęp w dniu 15.10.2024 r.
10. Polska: Zarys systemu ochrony zdrowia. World Health Organization 2011, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Warszawa. 2012;150-98.
11. <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/leczenie-szpitalne>, dostęp w dniu 15.10.2024.
12. Raport: System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian. Departament zdrowia. Warszawa. Najwyższa Izba Kontroli: 2019:26.
13. Dane własne NFZ za rok 2022 w szpitalach powiatowych.
14. OECD (2020), Realising the Potential of Primary Health Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/a92adec4-en>. Dostęp w dniu 15.10.2024 r.