

Standardy pielęgnowania wyznacznikiem zapewnienia jakości opieki zdrowotnej

Maria Kózka

Wiele krajów, dokonując analizy funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej i jej kosztów, wprowadza zmiany, których celem jest poprawa jakości przy kontrolowanym wzroście kosztów. Z jednej strony, koszty związane z opieką medyczną są coraz wyższe, a z drugiej również wymagania społeczne w zakresie świadczeń medycznych stają się coraz większe. Koniecznością staje się więc stała ocena rzeczywistych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, weryfikacja priorytetów zdrowotnych oraz lepsze wykorzystanie posiadanych środków. Obecnie instytucjami, które wykorzystują ponad 3/4 środków przeznaczonych na opiekę zdrowotną, są szpitale, stąd konieczność zwrócenia szczególnej uwagi na ich ekonomiczne i społecznie akceptowane funkcjonowanie i wykorzystywanie przez nie środków przeznaczonych na opiekę zdrowotną.

Według Lohra (1990): „Jakość opieki zdrowotnej jest celem, którego osiągnięcie przez usługi zdrowotne (w odniesieniu do pacjentów indywidualnych, jak i populacji) zwiększa prawdopodobieństwo uzyskiwania rezultatów możliwych do osiągnięcia przy obecnym stanie wiedzy”.

Niektóre określenia zawarte w definicji wymagają omówienia. Określenie „**usługi zdrowotne**” odnosi się do szerokiego zakresu usług, które oddziałują na zdrowie, włączając te, które odnoszą się do chorób somatycznych i psychicznych. Zalicza się tu działania prewencyjne, promocji zdrowia i dobrego samopoczucia, jak również intensywną, długotrwałą rehabilitacyjną i paliatywną opiekę medyczną. Co więcej, definicja ta odnosi się do różnego rodzaju pracowników ochrony zdrowia (lekarzy, pielęgniarek, rehabilitantów i innych) i do wszystkich form opieki (od szpitali, domów opieki i gabinetów prywatnych, rejonowych ośrodków, a nawet domów prywatnych).

Określenie „**pożądaný rezultat zdrowotny**” odnosi się do efektów, które są pożądane przez pacjenta i uwydatnia kluczowe powiązanie pomiędzy tym, jak

świadczono są usługi zdrowotne, a ich wpływem na zdrowie, jak również ukazuje potrzebę zapewnienia pacjentom i ich rodzinom informacji na temat alternatywnych sposobów leczenia i ich skutków. Podkreśla to ważność troski o zdolność pacjentów do funkcjonowania w życiu codziennym jako dodatku do rezultatu leczenia choroby. Zawiera się w tym również troska o satysfakcję pacjenta i jego rodziny ze świadczonych usług medycznych.

Definicja określa również, że **wysoka jakość usług zwiększa prawdopodobieństwo korzystnych wyników leczenia**. To przypomina nam, że jakość nie może być utożsamiana z wynikami. Złe wyniki zdarzają się pomimo możliwie najlepszej opieki zdrowotnej, ponieważ często przebieg choroby i jej rokowanie jest niepomyślne. Dlatego ocena jakości wymaga zwrócenia uwagi tak na formę świadczeń, jak i ich rezultaty.

Określenie „**stan obowiązującej wiedzy**” podkreśla fakt, że pracownicy ochrony zdrowia muszą być na bieżąco zaznajamiani z dynamicznie zmieniającym się stanem wiedzy w ich dziedzinach i umiejętnie ją wykorzystywać w działaniu praktycznym. Kluczowym czynnikiem w poprawie jakości wydaje się zapewnienie dostępu do najnowszej i istotnej informacji medycznej oraz stworzenie systemu motywującego pracowników do korzystania z niej.

Dokonywanie oceny jakości świadczonej opieki umożliwiają standardy, które są ukierunkowane na pożądany, wartościowy poziom opieki. Jest to poziom zmierzający w kierunku ideału, ale z zachowaniem osiągalności i realizmu.

→ Standard określany jest jako „stopień doskonałości”, „model do naśladowania”, „podstawa do porównań”, „norma”, „wzorzec” lub „poziom minimum, który zadowala” (Barczyński M., 1993; Ciechaniewicz W., 1997; Lenartowicz H., 1998; Luthert J.M., Robinson L., 1993; Piątek A., 1997; Murowski W. i in., 1996).

Według Avedisa Donabediana (1996), standard to „profesjonalne wyrażenie akceptowanych norm, bądź kryteriów, w stosunku do których można odnieść jakość świadczeń zawodowych”.

W pielęgniarstwie standard określa się jako „system kryteriów i ocen znajdujący zastosowanie w dążeniach zmierzających do podnoszenia jakości pielęgnowania”, bądź rozumie się jako wzór, model działań w odniesieniu do określonej osoby (grupy osób) (Piątek A., 1997).

Tak więc, standard to stopień pewnej doskonałości działań i punkt odniesienia dla porównań i dokonania oceny. W opiece zdrowotnej standard to pewien model uznanych profesjonalnych działań leczniczych, pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych, diagnostycznych lub organizacyjnych, służących do oceny jakości świadczeń przez porównanie ich poziomu ze sposobem postępowania uznany przez kompetentny zespół. Kompetentny zespół ustala rodzaje rekomendacji, do których zaliczamy standardy i wytyczne.

Przygotowanie standardów powinno być poprzedzone przeglądem doniesień naukowych oraz opracowaniem wytycznych.

Wytyczne – to zalecenia dotyczące postępowania (diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego) w określonym problemie zdrowotnym. Zgodnie z wyty-

cznymi ok. 60–90% pacjentów powinno być pielęgowanych, diagnozowanych i leczonych. W pozostałych sytuacjach możliwe jest inne rozwiązanie, ale z podaniem uzasadnienia odstępstwa od wytycznych. Wytyczne opracowywane są przez zespół specjalistów krajowych, których pracę powinna nadzorować Komisja ds. standardów (w pielęgniarstwie przy Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych). W opracowywaniu wytycznych należy uwzględnić wartości – normatywy (etyczne, kulturowe, ekonomiczne). Opracowaniem wytycznych i standardów powinny być zainteresowani wszyscy pracownicy ochrony zdrowia. Ciągłe aktualizowane i uzupełniane o indywidualne normatywy zawarte w standardach byłyby dla nich źródłem wiedzy oraz inspiracją do działania w celu poprawy jakości opieki w kontekście ekonomicznym. Zarówno standardy, jak i wytyczne powinny podlegać rewizji co 3 do 5 lat i być uzupełniane zawsze, gdy zachodzi taka potrzeba.

Nadal przedmiotem dyskusji jest poziom opieki, dla którego standard jest ustanawiany. Standardy mogą być ustanawiane na poziomie minimalnym, akceptowanym przez osoby korzystające ze świadczeń zdrowotnych i przestrzegane przez wszystkich pracowników, np. czystość szpitala, poniżej którego istnieje wysokie ryzyko zainfekowania pacjenta i personelu. Z punktu widzenia profesjonalnego poziomu opieki minimalny nie powinien być uznawany jako standard przy akredytacji, może natomiast stanowić warunek wpisania zakładu opieki zdrowotnej do rejestru i wydania zezwolenia na prowadzenie działalności.

Standardy optymalne określają zdolność (możliwość) zakładu opieki zdrowotnej do dostarczenia jakościowo wymaganej opieki i świadczeń leczniczo-pielęgniarsko-rehabilitacyjnych. Standardy te są traktowane jako systematycznie opracowane zalecenia postępowania i określają poziom doskonałości, do którego zakład opieki zdrowotnej powinien zmierzać. Ta grupa standardów jest stosowana w programach akredytacji zakładów opieki zdrowotnej.

Amerykańska Komisja Akredytacji Zakładów Opieki Zdrowotnej określiła pożądane cechy standardów:

1. Ukierunkowanie na prowadzoną działalność.
2. Określanie zagadnień kluczowych, tj. opieka nad pacjentem i zarządzanie szpitalem.
3. Koncentracja na funkcjach i działaniach zasadniczych, które znacząco wpływają na końcowe wyniki zdrowotne.

Zgodnie z zaleceniami Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ICN), każda instytucja powinna mieć swoje standardy, które będą stanowiły dla niej wyznacznik poziomu opieki, który należy osiągnąć. Umożliwiają one dokonanie pomiaru i oceny wprowadzanych zmian, stanowiąc jednocześnie podstawę określania zakresu zadań i uprawnień oraz odpowiedzialności pielęgniarki. Standardy będą także podstawą do ustalenia wymagań co do wiedzy, umiejętności i postaw pielęgniarek.

Prace nad standardami w pielęgniarstwie polskim rozpoczęto w latach dziewięćdziesiątych. W tym miejscu należy podkreślić, iż pielęgniarki jako pierwsza grupa zawodowa pracowników ochrony zdrowia dostrzegły konieczność podjęcia prac w tym zakresie. Ich rezultaty nie napawają optymizmem i nie są powodem

do dumy, gdyż nie znajdują implikacji w pielęgniarstwie zawodowej ani w funkcjonowaniu całego systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Przełóżając standardy akredytacyjne szpitali, nie dostrzeżono standardów określających podstawowe elementy funkcjonowania pielęgniarstwa jako grupy zawodowej w szpitalu (Bedlicki M., 1999). Ważnym elementem uzyskania akredytacji przez zakłady ochrony zdrowia jest prowadzona dokumentacja medyczna pacjenta. Prowadzona dokumentacja opieki pielęgniarstwa jest niewystarczająca, a często jej brak, co nie pozwala na zapewnienie ciągłości świadczonej opieki.

BIBLIOGRAFIA

1. Barczyński M., Bogusz J.: *Medyczny słownik encyklopedyczny*. Oficyna Wydawnicza Fogra, Kraków 1993.
2. Bedlicki M.: *Akredytacja a pielęgniarstwo*. Szpital Zakonu Bonifratrów, Kraków 1999, s. 62.
3. Chassin M.R., Galvin R.W.: *Pilna potrzeba poprawy jakości ochrony zdrowia*. Jama, 1999, 6, s. 451–457.
4. Chrzanowski R.: *Podnoszenie jakości usług medycznych w zakładach opieki zdrowotnej*. Antidotum, 1993, 1, s. 44.
5. Ciechaniewicz W.: *Standardy w pielęgniarstwie* [w:] Piątek A. (red.): *Standardy praktyki w zawodzie pielęgniarki i położnej*. NIPiP, Warszawa 1997.
6. Donabedian A.: *Evaluating the quality of medical care*. Milbank Memorial Fund Quarterly XLIV, 1996, 3, Part 2, s. 166–203.
7. Lenartowicz H.: *Zarządzanie jakością w pielęgniarstwie*. CEM, Warszawa 1998.
8. Lohr K.N.: *A strategy for Quality assurance*. National Academy Press, Washington, DC 1990.
9. Luthert J.M., Robinson L.: *Manual of standards of care*. Blackwell Scientific Publications, 1993, s. 19–28.
10. Miśkiewicz M.: *Ocena jakości w szpitalach ogólnych – zalecenia dla kierujących szpitalami*. Zdrowie Publiczne, 1993, 9/10.
11. Murowski M., Nowacki W., Koronkiewicz A.: *Zastosowanie standardów w programach akredytacji szpitali*. COiEOZ, Warszawa 1996.
12. Piątek A. (red.): *Standardy praktyki w zawodzie pielęgniarki i położnej*. NIPiP, Warszawa 1997.
13. Piątek A.: *Jakość opieki szansą dla pielęgniarstwa*. Magazyn Medyczny, 1996, 7, s. 6.