

Jakość w pielęgniarstwie znaczenie i metody oceny jakości

mgr Jolanta Cmok

Jakość

- Pojęcie to zrodziło się w działach gospodarki zajmującej się produkcją i usługami (przemysł, handel), gdzie już od dawna pracuje się nad podniesieniem jakości produktów i usług.
- Stąd Programy Zapewnienia Jakości (PZJ), które zostały przeniesione na działania ochrony zdrowia.
- Zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) PZJ jest realizowany w wielu krajach.
- W Polsce program WHO został przyjęty przez resort zdrowia i opieki medycznej jako jeden z elementów procesu integracji z krajami Unii Europejskiej.

Definicja

Jakość to ogół cech usług bądź produktów, decydujący o ich zdolności do zaspokajania stwierdzonych bądź potencjalnych potrzeb.

Jakość to suma właściwości cech produktów lub usług, które są wymagane do spełnienia określonych standardów i kryteriów

Jakość opieki zdrowotnej

To stopień, do jakiego usługi zdrowotne obejmujące jednostki, jak i całe populacje zwiększają prawdopodobieństwo osiągnięcia pożądaných efektów zdrowotnych oraz wykazują zgodność z aktualną, profesjonalną wiedzą.

Znaczenie jakości w służbę zdrowia

Skierowane na świadczenia, czyli na działanie szpitala / przychodni.

Pomiaru jakości można dokonać obiektywnie, wg wcześniej ustalonych kryteriów.

Skierowane na odczucia pacjenta.

Jakość określa tu odczucia i ocena pacjent, pomiaru dokonuje się wg kryteriów subiektywnych, gdyż każdy pacjent ustala sam dla siebie właściwą miarę.

Cele tworzenia jakości:

- Kontrola nad prawidłowością wykonania zadania
- Poprawa opieki nad pacjentem
- Podnoszenie wyników pracy
- Eliminacja marnotrawstwa czasu, środków pracy oraz energii ludzi
- Doskonalenie pracy zespołowej (łączenie umiejętności, pomysłów i doświadczeń w celu ciągłego doskonalenia struktur, procesów i rezultatów)
- Spełnienie oczekiwań pacjenta
- Zwiększenie satysfakcji zawodowej wszystkich pracowników

Główne powody zapewnienia jakości:

- Dążenie do poprawy własnych świadczeń
- Zrozumienie, że działania współpracowników w szpitalu mogą być niedoskonałe
- Rosnąca wrażliwość pacjentów
- Obawa, iż obniżenie kosztów może wpłynąć negatywnie na jakość
- Uznanie, że zapewnienie jakości może być instrumentem poprawiającym gospodarność w szpitalu

Elementy jakości opieki zdrowotnej

Pożądane efekty zdrowotne uzyskiwane przez jednostki w postaci utrzymania lub poprawy funkcjonowania w sferze biologicznej i społecznej oraz uzyskiwanej satysfakcji.

Usługi zdrowotne rozumiane jako działania (procesy) o charakterze promującym zdrowie, prewencyjnym, diagnostycznym, terapeutycznym, pielęgnacyjnym, odpowiednio dobrane do potrzeb i właściwie zorganizowane.

Zgodność z aktualną i profesjonalną wiedzą jako element wskazujący na konieczność stałego poszukiwania nowych osiągnięć nauk i technologii medycznych, rozwiązań organizacyjnych i metod postępowania w działaniach na rzecz zdrowia.

Monitorowanie i ocena jakości opieki zdrowotnej

Struktura – Obejmuje charakterystykę całego szpitala tzn. jakość i liczbę pracowników oraz liczbę środków i sprzętu potrzebnych do świadczenia usług medycznych.

O jakości struktury decydują: Liczba i kwalifikacje całego personelu, organizacja szpitala, środki finansowe, wyposażenie szpitala

Proces – Obejmuje zabiegi podejmowane i zaniechane podczas leczenia. Przebieg procesu jest różny w zależności od: Specyfiki sytuacji, indywidualnych objawów choroby pacjenta (dlatego też należy określić jakość powtarzalnych i sprawdzalnych metod leczenia odzwierciedlających aktualny stan wiedzy medycznej i pielęgniarskiej).

Wynik – Stanowi najważniejszą podstawę do oceny realizacji świadczeń. Wynik procesu leczniczego wyraża się w zmianie stanu zaawansowania choroby. Miernikiem może być też stopień zadowolenia pacjenta

Program poprawy jakości obejmuje wszystkie sfery działalności szpitala:

- Zarządzanie
- Oddziały szpitalne
- Diagnostykę
- Działalność zapobiegawczo –leczną
- Działalność ambulatoryjną
- Gospodarczo –techniczną
- Dydaktyczno -naukową

Program Zapewnienia jakości

Warunkiem rozpoczęcia, a następnie systematycznego wdrażania w życie jest zainteresowanie, zrozumienie i poparcie programu przez dyрекcję zakładu.

Warunkiem realizacji PZJ jest autentyczne zaangażowanie wszystkich pracowników zakładu pod patronatem dyrekcji.

Podnoszenie jakości musi być stałym elementem działalności ludzi odpowiedzialnych za ochronę zdrowia

- Kompleksowe zarządzanie jakością to całościowy wysiłek na rzecz poprawy jakości produktu czy usługi. Obejmuje następujące obszary:
- **Zaangażowanie pracowników** – odpowiedzialność osoby, której powierzono jakieś zadanie, nie tylko jego wykonanie , ale również wykonanie go na najwyższym poziomie
- **Technologia** (urządzenia i roboty) – większa precyzja i regularność badań
- **Inwestowanie** w nowoczesne maszyny
- **Materiały** – zaostrzone wymogi wobec dostawców części i podzespołów (materiału medycznego)
- **Metody** – zastosowanie lepszych metod organizacji i produkcji

Zarządzanie jakością

- Zarządzanie jakością charakteryzuje się:
 - Orientacją na klienta;
 - Systemowym i zorganizowanym działaniem w dziedzinie jakości;
 - Oddziaływaniem na jakość we wszystkich fazach tworzenia usługi;
 - Zaangażowaniem kierownictwa i wszystkich pracowników w sprawy jakości;
 - Propagowaniem kultury i filozofii projakościowej;
 - Dokumentowaniem działań związanych z jakością.

Fazy programu zapewnienia jakości

- Wybór problemu z uwzględnieniem aspektów i korzyści
- Ustalenie standardów
- Określenie kryteriów
- Procedura i dokumentacja zrealizowanych działań
- Analiza wyników
- Wyprowadzenie wniosków i ich ocena
- Podjęcie działań do usunięcia niedomagań jakościowych
- Sprawozdawczość – jakie koszty –jakie korzyści

Ciągłe Podnoszenie Jakości

- Metoda wewnętrznego zapewniania jakości, główne zasady to:
 - zauważenie i wykorzystanie najlepszych wyników do osiągnięcia optymalnego poziomu opieki zdrowotnej;
 - jednoznaczne określenie zamierzeń dotyczących jakości;
 - ciągła samoocena pracowników;
 - udział pracowników w organizowaniu pracy własnej;
 - przekazywanie uprawnień na niższe szczeble zarządzania;
 - angażowanie pacjentów i ich rodzin w proces leczenia i opieki.

Wewnętrzne metody zapewnienia jakości

- Badanie satysfakcji pacjenta – to bardzo ważna metoda, dzięki której możliwy jest optymalny wybór wariantów świadczeń zdrowotnych zaspokajających oczekiwania jak największej liczby odbiorców usług
- Jakość relacji klient / pacjent i pracownik medyczny jest fundamentalnym czynnikiem wpływającym na poziom satysfakcji z usługi medycznej.
- Pacjent ocenia nas przez pryzmat: **niezawodności, kompetencji, dostępności, uprzejmości, komunikowania, zaufania, bezpieczeństwa, znajomości i zrozumienia potrzeb klienta, materialnej obudowy usługi**

Wybory pacjenta

- Wybór jednej spośród dostępnych na rynku ofert medycznych dokonywany jest przez pacjenta / klienta na podstawie oceny subiektywnie postrzeganej jakości, dostępności czasowej, przestrzennej lub cenowej.
- W trakcie wizyty klient ocenia wybrany zakład i jego usługi pod kątem zaspokojenia określonych własnych preferencji, jak również poprzez pryzmat postrzeganych kwalifikacji oraz cech osobistych pracowników, takich jak: wrażliwość, zdolność słuchania, empatia.
- Ocenie podlega również ich zachowanie, komunikatywność, relacje między pracownikami, ogólnie panująca atmosfera.

Jakość opieki zdrowotnej najczęściej bywa oceniana przy pomocy, zdefiniowanych przez Maxwella, głównych kryteriów:

- **Skuteczność** - co oznacza, że spełnia wyznaczone jej funkcje w kategoriach efektów zdrowotnych jednostki i populacji
- **Efektywność** - oznacza, że świadczenia przynoszą pozytywne efekty przy najniższych kosztach
- **Właściwość** - świadczenia są dostosowane do zbadanych potrzeb populacji oraz możliwości ekonomicznych i społecznych, są potrzebne i oczekiwane
- **Akceptacja** - opieka spełnia oczekiwania odbiorców, uwzględnia ich kulturowe i religijne wartości, jest dla nich satysfakcjonująca
- **Dostępność** - pacjenci mogą korzystać z oferowanych usług, są one proponowane w odpowiedniej liczbie, właściwe co do rodzaju, w odpowiednim miejscu i czasie, a cena usługi i świadczeń dodatkowych umożliwia ich nabycie

Zewnętrzne metody zapewnienia jakości

- Zewnętrzne metody zapewniania jakości to oddziaływania wywierane na zakłady opieki zdrowotnej przez instytucje nadrzędne, grupy ekspertów lub pozarządowe organizacje zajmujące się certyfikowaniem wytwórców wyrobów usług.



Zewnętrzne metody zapewnienia jakości

Licencje - określone przepisami prawnymi wymagania dotyczące świadczeń zdrowotnych i organizacji zakładów opieki zdrowotnej

Rekomendacje - wytyczne i zalecenia dotyczące funkcjonowania zakładów, wydawane przez zespoły ekspertów

Certyfikaty - poświadczenia przez uprawnione jednostki spełniania określonych standardów

Akredytacja - nadawanie przez Krajową Radę Akredytacyjną certyfikatu jakości zakładom opieki zdrowotnej, które dobrowolnie poddały się przeglądowi i uzyskały wysoką ocenę jakości.

**Podnoszenie jakości musi być stałym
elementem działalności ludzi
odpowiedzialnych za ochronę zdrowia.**

Jakość opieki pielęgniariskiej

- Określić można jako stopień, w jakim opieka ta, wykazując zgodność z aktualną profesjonalną wiedzą, przyczynia się do osiągnięcia pożądanых efektów w stanie zdrowia osób / populacji, zwiększając ich niezależność i zdolność do samopielęgnacji.

Kryteria w ocenie jakości opieki pielęgniarstwa

- **Bezpieczeństwo** - rozpatrywane jako bezpieczeństwo fizyczne;
- **Skuteczność** - opieka jest ukierunkowana na cele pielęgnowania;
- **Właściwość** - opieka oferowana jest na podstawie zbadanych potrzeb i sytuacji odbiorców;
- **Indywidualizacja** - opieka jest dostosowana do indywidualnego stanu zdrowia, potrzeb, wiedzy, zdolności, odrębności kulturowych, oczekiwań i woli pacjenta;
- **Ciągłość** - złożoność problemów pacjenta wymaga zapewnienia długotrwałej i kompleksowej opieki, mimo korzystania z usług wielu specjalistów, w różnym czasie.

Kryteria w ocenie jakości opieki pielęgniarskiej c.d.

- **Etyczność** - opieka realizowana jest zgodnie z regułami zawartymi; w kodeksie, z zachowaniem wszelkich praw pacjenta i piel. / poł.;
- **Profesjonalizm** - oferowana opieka jest zgodna z najnowszą wiedzą w dziedzinie pielęgniarstwa, nauk medycznych i humanistycznych;
- **Koncentracja na promocji zdrowia**, profilaktyce chorób i niesprawności oraz przygotowaniu pacjenta do samodzielnej opieki nad własnym zdrowiem;
- **Dostępność** - opieka pielęgniarstwa jest powszechnie dostępna.

Przedmiot oceny jakości opieki pielęgniarskiej

- **Struktura** - jakość przepisów regulujących funkcjonowanie opieki, liczba i kwalifikacje pracowników, doskonalenie zawodowe, miejsce wykonywania praktyki, wyposażenie, materiały, narzędzia, informacje, sposób zorganizowania opieki.
- **Proces** - ocenie poddawane są wszelkie relacje zachodzące pomiędzy pielęgniarzką a pacjentem oraz działania wynikające z realizacji podstawowych funkcji pielęgnowania.
- **Wynik** - stopień osiągnięcia celów pielęgnowania, w którym najistotniejszym przedmiotem oceny są osiągnięcia pacjenta w zakresie zdrowia i stopień, w jakim pacjent i/ lub jego bliscy potrafią zdrowie utrzymać i promować.

Narzędzia oceny wg. Heleny Lenartowicz

Przedstawiła propozycję oceny w oparciu o zaproponowane standardy opieki w szpitalu pod nazwą BOHIPSZO.

- **B**ezpieczeństwo
- **O**chrona
- **H**otelowe usługi i zaspokojenie potrzeb
- **I**nformowanie
- **P**odmiotowość pacjenta
- **S**amopielęgnacja
- **Z**abiegi leczniczo – pielęgnacyjne
- **O**rganizacja i dokumentowanie

Wybrane metody zapewnienia jakości w pielęgniarstwie

- W 1988r. J. Salvage, doradca ds. Pielęgniarstwa i Położnictwa w Europejskim Biurze Regionalnym WHO, zalecała stosowanie w doskonaleniu opieki pielęgniarstwie klasycznego modelu rozwiązywania problemów.
- Koncepcja nawiązuje do Koła Deminga, składającego się, podobnie jak proces pielęgnowania, z czterech etapów, w skrócie **P-D-C-A**.

P-D-C-A

- **Planowania** zmian, tzn. obmyślenia i udokumentowania celów, strategii i sposobów poprawy jakości (*Plan*)
 - **Realizacji** wprowadzania projektów do działania i zbierania informacji o jego przebiegu, monitorowanie (*Do*)
 - **Sprawdzania** porównanie osiągniętych wyników z planem (*Check*)
 - **Działania** zgodnego z nową metodą i wprowadzania dalszego jej udoskonalania (*Action*)
-
- **Ciągłe powtarzanie wymienionych etapów czyni działanie procesem cyklicznym, zapewniającym stały, systematyczny postęp.**

Proces zapewnienia jakości opieki pielęgniarstwa polega na systematycznym i ciągłym postępowaniu według siedmiu etapów:

- 1) **Uzgodnienie celów** dotyczących konieczności poprawy jakości opieki – wybór obszaru opieki, w którym powinny być dokonane zmiany oraz celu dla którego zmiany te należy dokonać.
- 2) **Rozpoznanie jakości** opieki aktualnie realizowanej - zespół dobiera techniki i narzędzia potrzebne do oceny jakości wybranych obszarów pielęgnowania, np. analiza dokumentów, badania ankietowe, wizytacje.
- 3) **Projektowanie interwencji** - działania naprawcze lub całkowita zmiana sposobu pielęgnowania.
- 4) **Trening** - konieczne jest przygotowanie materiałów szkoleniowych, przeprowadzanie odpowiedniego doskonalenia.
- 5) **Wprowadzanie** programu działań.
- 6) **Utrzymanie i korygowanie** wprowadzonych zmian oraz ocena rezultatów.
- 7) **Ocena możliwości** wprowadzenia tego lub zmodyfikowanego projektu na inne obszary opieki oraz wyciągnięcie wniosków dotyczących dalszych działań doskonalących proces pielęgnowania.

Standardy praktyki pielęgniarskiej

Standardy praktyki pielęgniarskiej przyjęto traktować jako zbiór wymagań, norm, które określają uzgodniony, możliwy do zrealizowania poziom wykonywania praktyki pielęgniarskiej, jaki został ustanowiony w celu zapewnienia jakości opieki pielęgniarskiej, podstaw kształcenia i doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych oraz inspirowania kierunków rozwoju naukowego pielęgniarstwa.

-
- Międzynarodowa Rada Pielęgniarek zaleca, aby standardy tworzone przez zawodowe pielęgniarki na szczeblu krajowym formułowane były w kategoriach ogólnych, tak aby mogły być one zastosowane w każdym środowisku.
 - Standardy tworzone przez krajowe stowarzyszenia pielęgniarek stanowią istotny element strategii zmierzającej do realizacji celu pielęgniarstwa, a tym samym systemu opieki zdrowotnej.

Narzędzia poprawy jakości w ZOZ

Diagram ryby – analiza przyczynowo skutkowa



Twórcze rozwiązywanie problemów



1. **Zauważenie potrzeby zmiany**
2. **Zrozumienie Problemu**
3. **Analiza Problemu**
4. **Generowanie rozwiązań**
5. **Selekcja rozwiązań**
6. **Modyfikacja rozwiązania**
7. **Realizacja**
8. **Ocena przydatności**



Twórcze myślenie Osborna

Myślenie o danej sytuacji lub problemie w nowy sposób, przyjmując świeżą perspektywę, która pomaga znaleźć nowe, niekonwencjonalne rozwiązania.

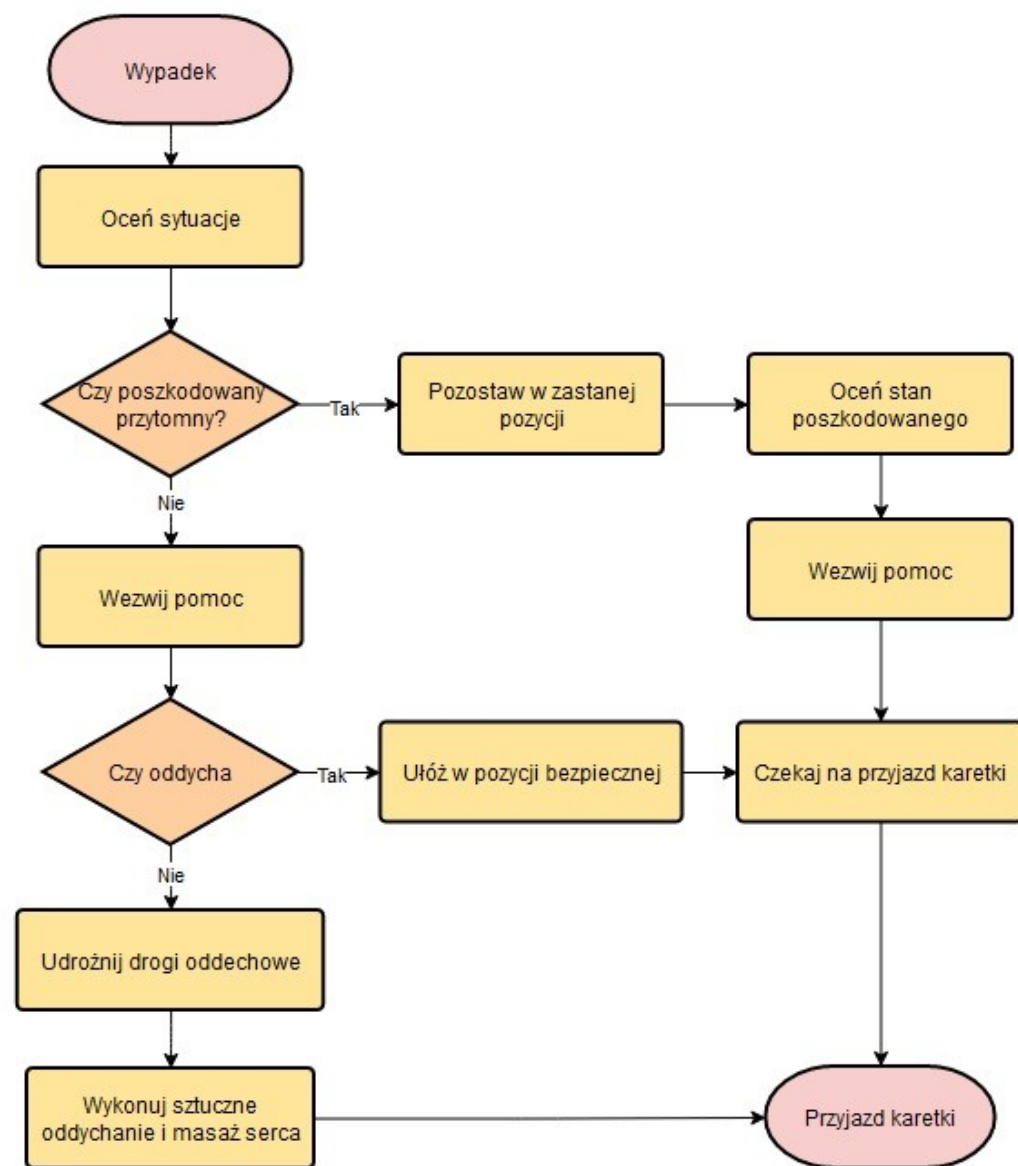
Etapy procesu twórczego myślenia:

- Poszukiwanie celu
- Ustalenie faktów
- Opis problemu
- Ustalenie koncepcji rozwiązania
- Wprowadzenie rozwiązania w życie



Schemat blokowy

Graficzny zapis algorytmu rozwiązania zadania, przedstawiający opis i kolejność wykonywania czynności realizujących dany algorytm



Literatura

- Pietrzak B., Karkowski T. (red.): Zarządzanie personelem pielęgniarskim w podmiotach leczniczych. Zagadnienia wybrane. Wolters Kluwer, Warszawa 2013r.
- Ksykiewicz –Dorota A.(red.): Podstawy organizacji pracy pielęgniarskiej. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004.

Jakość w opiece zdrowotnej
wg ustawy o jakości w opiece
zdrowotnej i bezpieczeństwie
pacjenta



DZIENNIK USTAW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 24 sierpnia 2023 r.

Poz. 1692

USTAWA

z dnia 16 czerwca 2023 r.

o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta¹⁾

1) 1 1 1 1

Ustawa o jakości i bezpieczeństwie pacjenta

- 16 czerwca 2023 r. została przyjęta przez Sejm ustawa o jakości i bezpieczeństwie pacjenta.
- Ustawa o jakości w opiece zdrowotnej nie definiuje pojęcia ani jakości, ani bezpieczeństwa pacjenta.
- Jakość jest kształtowana, definiowana przez elementy wchodzące w jej zakres, czyli:
 - » autoryzacja,
 - » wewnętrzny system zarządzania jakością,
 - » akredytacja,
 - » rejestry medyczne.
- Za prowadzenie systemu zarządzania jakością w podmiotach leczniczych ustawodawca czyni odpowiedzialnym kierownika podmiotu.

Obligatoryjna autoryzacja

- W nowej ustawie pojawiła się bardzo istotna zmiana wprowadzająca **obowiązek autoryzacji dla wszystkich podmiotów leczniczych udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych** w ramach tzw. sieci szpitali.
- **Autoryzacja jest warunkiem** realizacji przez podmiot wykonujący działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach profili systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej

Autoryzacja

- **Warunkiem udzielenia autoryzacji** ma być spełnienie minimalnych wymagań wskazanych w tzw. rozporządzeniach koszykowych oraz **prowadzenie wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem**.
- Udzielenie autoryzacji będzie poprzedzone m.in. wizytą autoryzacyjną w podmiocie leczniczym.
- Ocena wniosku autoryzacyjnego nastąpi w terminie 3 miesięcy od dnia złożenia wniosku.
- Autoryzacja będzie udzielana na wniosek podmiotu w drodze decyzji Prezesa Narodowego Funduszu wydawanej na okres 5 lat.
- Do wniosku o udzielenie autoryzacji należy złożyć oświadczenie o spełnieniu kryteriów autoryzacji.

Wewnętrzny system zarządzania jakością (WSZJ) oraz monitorowanie zdarzeń niepożądanych

- Wewnętrzny system zarządzania jakością i bezpieczeństwem jest obowiązkowy dla wszystkich podmiotów wykonujących działalność leczniczą na podstawie umowy z NFZ.
- To zbiór zasad, procedur, metod i opisów stanowisk ustalonych w celu zapobieżeniu występowania zdarzeń niepożądanych.
- Głównym celem jego wprowadzenia jest minimalizacja występowania zdarzeń niepożądanych, działanie systemu skupia się na identyfikacji, monitorowaniu występowania zdarzeń oraz podejmowania działań je ograniczających.

W ramach WSZJ podmiot leczniczy

m.in.:

- Wdraża rozwiązania służące identyfikacji i zarządzaniu ryzykiem w ramach udzielanych świadczeń zdrowotnych.
- Identyfikuje obszary priorytetowe dla poprawy jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.
- Określa kryteria i potrzeby zapewnienia skutecznego nadzoru nad jakością i bezpieczeństwem udzielanych świadczeń.
- Okresowo monitoruje i ocenia jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.
- Monitoruje zdarzenia niepożądane.
- Zapewnia szkolenia niezbędne dla uzyskiwania i podnoszenia kompetencji personelu w zakresie jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń zdrowotnych.
- Prowadzi badania opinii i doświadczeń pacjentów na podstawie wystandaryzowanego kwestionariusza.

Zdarzenie niepożądane wg ustawy o jakości i bezpieczeństwie pacjenta

Zdarzenie niepożądane – zdarzenie zaistniałe w trakcie udzielania lub w efekcie udzielenia bądź zaniechania udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, powodujące lub mogące spowodować negatywny skutek dla zdrowia lub życia pacjenta, w szczególności zgon, uszczerbek na zdrowiu lub rozstrój zdrowia, chorobę, zagrożenie życia, konieczność hospitalizacji albo jej przedłużenia, a także uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia płodu.

Nie stanowi zdarzenia niepożądanego zdarzenie, którego skutek jest przewidywanym skutkiem prawidłowo udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej.

Jakość w opiece zdrowotnej

Jest mierzona z wykorzystaniem wskaźników jakości opieki zdrowotnej, mieszczących się w zakresie 3 obszarów:

1. Klinicznego
2. Konsumenckiego
3. Zarządczego

Minister Zdrowia określił w drodze rozporządzenia z dnia 10. 09. 2024 r. w sprawie wskaźników jakości opieki zdrowotnej (Dz. U. 2024 poz. 1349)

1. Obszar kliniczny

Rozumiany jako zestaw wskaźników odnoszących się do poziomu i efektów realizowanych świadczeń opieki zdrowotnej, opisanych przez parametry:

- Efektu leczenia
- Powtórnych hospitalizacji z tej samej przyczyny
- Śmiertelności po zabiegach: w trakcie hospitalizacji, 30 dni, 90 dni oraz roku od zakończenia hospitalizacji
- Doświadczenia w wykonywaniu określonych świadczeń zdrowotnych
- Struktury procedur medycznych wykonywanych w przypadkach określonych problemów zdrowotnych.

2. Obszar konsumentcki

Obszar rozumiany jako wynik badania opinii pacjentów o organizacji procesu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

3. Obszar zarządczy

Posiadanie akredytacji lub innego certyfikatu albo świadectwa potwierdzającego jakość wydanego przez niezależną akredytowaną jednostkę

Stopnia wykorzystania zasobów będących w dyspozycji podmiotu

Długości hospitalizacji

Struktury realizowanych świadczeń

Co mają przynieść nowe przepisy?

<https://www.prawo.pl/zdrowie/wskazniki-jakosci-dla-placowek-ochrony-zdrowia,528397.html>

Wdrożenie wskaźników jakości opieki zdrowotnej i ich systematyczne monitorowanie pozwoli na:

- stałe udoskonalanie praktyki klinicznej oraz poprawę skuteczności diagnostyki i leczenia przez
- systematyczną ocenę klinicznych wskaźników jakości;
 - uzyskanie porównywalności podmiotów wykonujących działalność leczniczą udzielających
- świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych pod względem jakości i skuteczności oferowanej opieki oraz udostępnienie wyników opinii publicznej;
 - stworzenie warunków umożliwiających finansowe motywowanie podmiotów wykonujących
- działalność leczniczą udzielających świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do podnoszenia poziomu jakości;
 - efektywniejsze wykorzystanie środków publicznych w obszarze zdrowia.
-

Metodologia opracowywania standardów i procedur postępowania pielęgniarского

Wg Marii Kózki

- Współczesny system opieki nad chorym wymaga zastosowania standardów opieki pielęgniarstwa, uwzględniających proces pielęgnowania.
- Standardy opieki pełnią funkcje przewodnika zawodowego, zawierającego zbiór reguł i sposobów postępowania w określonych sytuacjach opieki nad pacjentem.
- Określają tym samym merytoryczne i zawodowe obowiązki i prawa pielęgniarki.
- Stanowią uzgodniony, powszechnie zaakceptowany, optymalny poziom praktyki zawodowej, dostosowany do warunków jej wykonania

Standard

- Standardy w pielęgniarstwie zyskują coraz większe uznanie grupy zawodowej, co nie znaczy, że nie są przedmiotem kontrowersji.
- Największa trudność polega na uporządkowaniu stosowanej terminologii oraz metodologii ich tworzenia

Procedura i standard- definicje

- Procedura podaje opis postępowania pielęgniarского. Jest uzgodnionym sposobem postępowania opartym na sprawdzonych podstawach teoretycznych, zgodnym z prawem i przyjętymi normami (standardami).
- Standard określa poziom świadczonej opieki. W pielęgniarstwie standardy określa się jako systemy kryteriów kontroli i oceny (metody) znajdujące zastosowanie w dążeniach zmierzających do podnoszenia poziomu jakości pielęgnowania bądź rozumie się jako wzór, model działań czy zadań profesjonalnych w odniesieniu do określonej osoby (grupy osób).

Procedura

Każda procedura ustala sposób, w jaki powinna być wykonana czynność pielęgnarska, zapewniając tym samym wysoką jej jakość.

Ustalając procedurę, należy uwzględnić następujące jej elementy:

- 1) definicje;
- 2) cel procedury;
- 3) zakres działania (obszar, jakiego dotyczy);
- 4) przygotowanie sprzętu;
- 5) przygotowanie chorego;
- 6) przebieg wykonania (opis czynności kolejno przebiegających);
- 7) załączniki (instrukcje);
- 8) referencje (piśmiennictwo).

Jak klasyfikowane są procedury pielęgniarские?

- Procedury pielęgniarские dzielą się na procedury lecznicze i niemedyczne.
- Ogólnie można je podzielić na dwie kategorie:
 - opieka bezpośrednia - obejmują bezpośrednie zaangażowanie pacjenta,
 - opieka pośrednia - wspierają opiekę nad pacjentem bez bezpośredniego kontaktu z pacjentem.
- Procedury pielęgniarские dzielą się na:
 - podstawowe - obejmują proste zadania,
 - procedury zaawansowane dotyczą zadań bardziej złożonych.
- Procedury pielęgniarские są klasyfikowane jako:
 - procedury administracyjne to papierkowa robota i dokumentacja,
 - procedury nieadministracyjne obejmują opiekę nad pacjentem.

Instrukcja mycia rąk mydłem i wodą

 Czas: 40–60 sekund



Zmoczyć dłonie.



Nanieść odpowiednią dozę mydła.



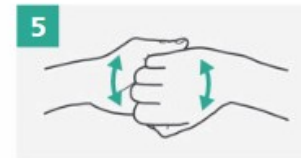
Pocierać wewnętrzną stroną lewej dłoni o wewnętrzną stronę prawej dłoni i odwrotnie.



Pocierać wewnętrzną częścią prawej dłoni o grzbietową część lewej dłoni i odwrotnie.



Pocierać wewnętrznymi częściami dłoni z przeplecionymi palcami.



Pocierać górną część palców prawej dłoni o wewnętrzną część lewej dłoni i odwrotnie.



Ruchem obrotowym pocierać kciuk prawej dłoni wewnętrzną częścią lewej dłoni i odwrotnie.



Ruchem okrężnym opuszkami palców lewej dłoni pocierać wewnętrzne zagłębienie prawej dłoni i odwrotnie.



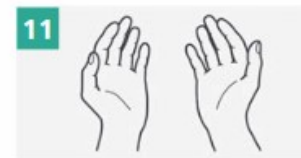
Oplukać ręce wodą.



Osuszyć ręce ręcznikiem jednorazowym.



Użyć ręcznika do zakręcenia wody.



Twoje ręce są czyste.

Ryc. 2. Etapy higienicznego mycia rąk (na podstawie rekomendacji WHO).

ALGORYTM HIGIENICZNEGO MYCIA RĄK

1. Przygotowanie

Obetnij krótko paznokcie.



Nie wycinaj skórek.



Zdejmij biżuterię z rąk.



Nie noś sztucznych lub lakierowanych paznokci.



Nie pracuj w odzieży z długim rękawem.

2. Technika mycia rąk

Sposób postępowania – czas trwania procedury 40–60 sekund (nyc. 2).

Namocz ręce letnią wodą.

Łokciem naciśnij ramię dozownika mydła w celu pobrania jego porcji.



Rozprowadź mydło po skórze rąk (zgodnie z techniką Ayliffe),
dokładnie umyj dłonie, grzbiety rąk, przestrzenie między palcami.



Splucz ręce pod bieżącą wodą.



Osusz ręce ręcznikiem jednorazowym.

3. Technika antyseptyki rąk

Sposób postępowania – czas trwania procedury 20–30 sekund (nyc. 3).

Łokciem naciśnij ramię dozownika płynu antyseptycznego w celu pobrania preparatu,
tak aby pokrywał w całości wewnętrzną powierzchnię dłoni.



Rozprowadź środek po skórze rąk, dokładnie pocierając dłonie,
grzbiety rąk, przestrzenie między palcami.



Wcieraj płyn w dłonie, aż do wyschnięcia preparatu na skórze zgodnie z techniką Ayliffe.

PROCEDURA POSTĘPOWANIA

PIELĘGNIARKI/POŁOŻNEJ OBJĘTEJ OCHRONĄ PRZEWIDZIANĄ DLA FUNKCJONARIUSZA PUBLICZNEGO W PRZYPADKU AGRESYWNego ZACHOWANIA PACJENTA/RODZINY

Procedura dotyczy zasad postępowania pielęgniarki, położnej w przypadku zachowania osoby agresywnej podczas i w związku z wykonywaniem czynności polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 4 ust.1 pkt. 1-5 i art. 5 ust. 1 pkt. 1-9 ustawy z dnia 5 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.) korzystających z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych zgodnie z art. 11 ust.2 w/w ustawy.

CEL

Zapewnienie ochrony pielęgniarkom i położnym, stworzenie bezpiecznych warunków pracy oraz prawidłowe i niezakłócone wykonywanie przez nich obowiązków służbowych podczas oraz w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych wobec pacjenta.

OKREŚLENIE POJĘĆ

- **Agresja** (łac.aggressio napaść, natarcie)psychol. działanie (fizyczne, słowne) zmierzające do spowodowania szkody, wyrządzenia krzywdy fizycznej lub psychicznej, skierowane na inną osobę, także zamiar takiego działania lub względnie trwała tendencja do takich działań.
- **1.Agresja fizyczna**– atak skierowany na inną osobę, w którym atakujący posługuje się określonymi częściami ciała lub narzędziami przyjmującymi formę uderzenia, potrącenia, kopnięcia, pobicia itp. powodującym zadanie bólu lub uszkodzenia ciała.
- **2.agresja słowna** (werbalna) – posługiwanie się sformułowaniami werbalnymi, szkodliwymi dla atakowanej osoby, wywołując w niej strach, poczucie krzywdy lub odrzucenie emocjonalne.

- **Pobudzenie** - to stan psychicznego podniecenia i wzmożonej aktywności **Osoba agresywna** – pacjent, rodzina pacjenta, opiekun itp.
- **Naruszenie nietykalności cielesnej** – to każda umyślna czynność osoby agresywnej oddziałująca na ciało pielęgniarki, położnej, która nie jest przez nią akceptowana. Każde bezprawne dotknięcie, upokorzenie lub inny krzywdzący kontakt fizyczny (umyślne sprawienie bólu np. kopnięcie, szarpanie za włosy, spoliczkowanie, popchnięcie itp.) lub czynności, które są dla niej obraźliwe, krzywdzące, kłopotliwe.
- **Czynna napaść** - każde działanie zmierzające bezpośrednio do naruszenia nietykalności cielesnej i wyrządzenia w ten sposób dolegliwości fizycznej. Staje się więc przestępstwem dokonanym w chwili przedsięwzięcia działania zmierzającego bezpośrednio do naruszenia nietykalności cielesnej, które w rzeczywistości nie musi nastąpić.
- **Znieważenie** – to każde zachowanie osoby agresywnej, uwłaczające godności osobistej pielęgniarki, położnej, stanowiące przejaw lekceważenia, pogardy, mające obelżywy, obraźliwy charakter (obraźliwe słowa, gesty).
- W praktyce jest to używanie w stosunku do pielęgniarki i położnej słów wulgarnych, powszechnie uznanych za obelżywe, gesty.
- **OPIS ZASAD ZASTOSOWANIA PROCEDURY**

Warunki :

- Objęcie pielęgniarki i położnej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego możliwe jest dopiero po zaistnieniu przesłanek zawartych w art. 4 ust.1 pkt. 1-5 i art. 5 ust.1 pkt.1-9 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej, które muszą wystąpić podczas i w związku z wykonywaniem przez pielęgniarkę, położną wskazanych w ww. przepisach prawnych czynności.
- Zaistnienie zdarzenia zdrowotnego „podczas i w związku” z wykonywaniem przez pielęgniarkę, położną świadczenia zdrowotnego oznacza zbieżność czasową i miejscową zachowania osoby agresywnej i wykonywania obowiązków służbowych przez funkcjonariusza publicznego niezależnie od miejsca pracy i formy zatrudnienia.
- Pełnienie obowiązków służbowych przez pielęgniarkę, położną może mieć miejsce również poza godzinami pracy, jeśli w tym czasie podejmuje czynności związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych jednak musi zaistnieć związek czasowo-przyczynowy pomiędzy zaistniałym zdarzeniem a udzielanym rodzajem świadczeń.
- W świetle art. 11 ust.2 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki, położnej, pielęgniarka, położna wykonująca czynności, o których mowa poniżej jest traktowana w taki sposób przez prawo, w jaki sposób kodeks karny traktuje funkcjonariuszy publicznych. Na przykład: naruszenie jej nietykalności cielesnej, zniewaga czy czynna napaść na nią będzie kwalifikowana jako przestępstwo, o którym mowa w przepisach kodeksu karnego.....

Standard

- Do opracowywania standardów opieki w pielęgniarstwie wykorzystywana jest teoria Donabediana, który w latach sześćdziesiątych opisał pomiar skutecznej opieki medycznej.
- Jego zdaniem, **jakość opieki medycznej jest zdeterminowana trzema elementami, które nazwał :**
 - **strukturą,**
 - **procesem**
 - **wynikiem.**

Struktura to zasoby ludzkie, finansowe, lokalowo - sprzętowe, podstawy prawno-regulacyjne.

Proces to działania podejmowane przez pielęgniarkę wspólnie z pacjentem i/lub jego rodziną w ramach realizacji funkcji zawodowych.

Wynik to pożądany efekt, oczekiwany rezultat w kategoriach kondycji zdrowotnej człowieka, jego stanu biologicznego, funkcjonowania psychospołecznego, zasobu wiedzy zdrowotnej i zachowań.

Standard

Definiuje oczekiwane wyniki postępowania z trzech perspektyw:

- 1) opinii pacjenta, czy jest zadowolony z opieki, którą otrzymał;
- 2) opinii profesjonalisty (pielęgniarki), że jest zadowolony z opieki, którą świadczył;
- 3) sprawdzenia (rewizji) dokumentów, że istnieją dowody o postępowaniu zgodnie z kluczowymi aspektami praktyki zawodowej.

Standard

- Istotnym krokiem w opracowaniu standardów jest sformułowanie kryterium, zwykle zestawu kryteriów, które stanowią podstawę osądu, czy praktyka jest zgodna z przyjętymi standardami.
- Inaczej mówiąc, kryteria wskazują, w jakim stopniu są realizowane działania i jakie elementy danego standardu wymagają modyfikacji w praktyce.
- Kryterium to: „stwierdzenie zawierające praktyczne informacje, jak osiągnąć standard”

Kryterium powinno być:

- szczegółowym wskaźnikiem standardu;
- stosowne do obszaru opieki i kategorii stanu pacjenta;
- mierzalne, łatwe do wyrażania liczbowego;
- opisem pożądanego działania;
- zrozumiałe dla członków zespołu;
- osiągalne (realne)

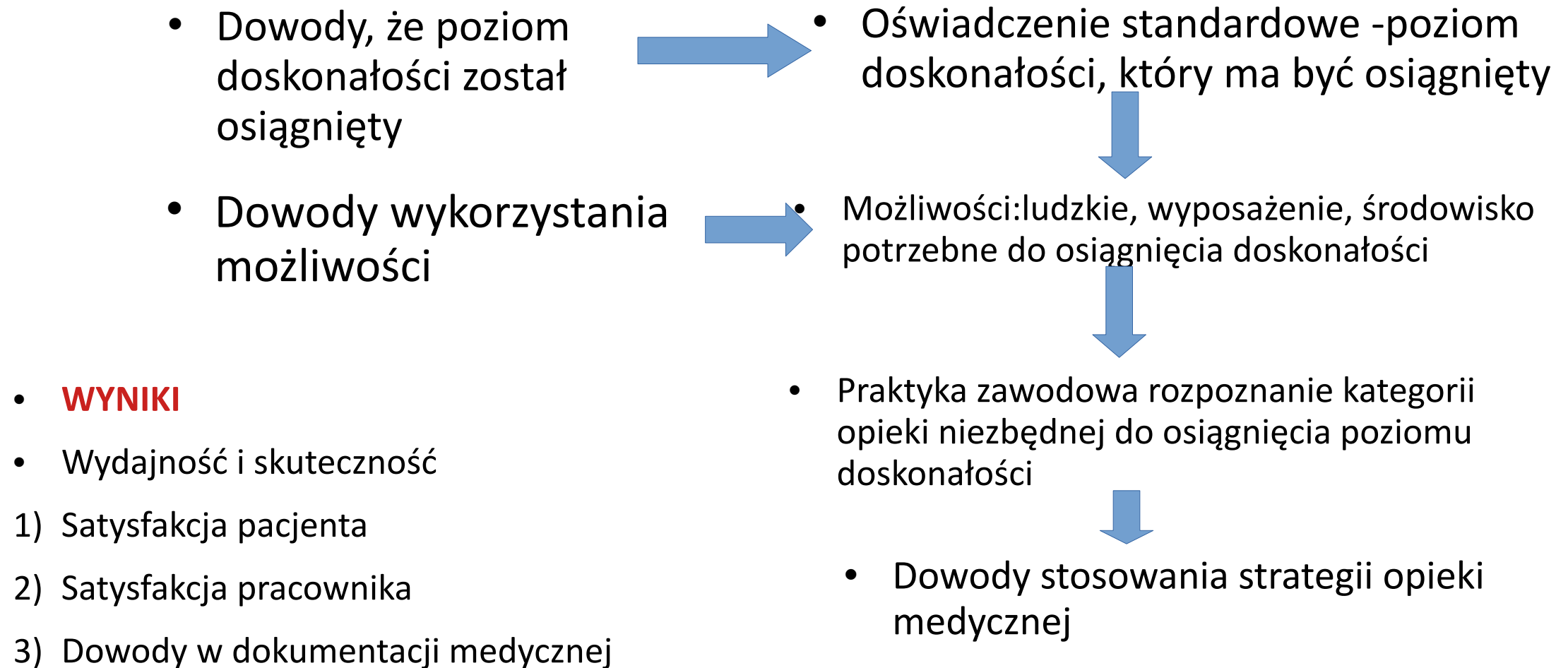
Kryteria jako wskaźnik standardu odpowiadają na pytania:

- 1) kto, co i w jaki sposób ma być zagwarantowane, aby osiągnąć standard?
- 2) co należy zrobić dla osiągnięcia standardu?
- 3) jakie będą rezultaty w wyniku realizacji standardu w praktyce

Standard

- Najczęściej standard formułowany jest przez oświadczenie standardowe, które opisuje jego szerokie cele.
- Oświadczenie standardowe to jasna i zwięzła definicja poziomu doskonałości, który ma być osiągnięty w procesie pielęgnowania pacjenta ze specyficznym problemem/potrzebą, przez ustalonego członka interdyscyplinarnego zespołu.

Poniższy schemat przedstawia zależności między poszczególnymi elementami standardu



STRUKTURA STANDARDU

Temat opieki:
 Grupa opieki:
 Oświadczenie standardowe:
 Uzasadnienie standardowe:

Kryterium struktury. (co jest potrzebne)	Kryterium procesu. (w jaki sposób będzie wykonany)	Kryterium wyniku (co zostanie osiągnięte)
1) Liczba personeli 2) Kwalifikacje zawodowe 3) Dostęp do biblioteki, szkoleń, konferencji. 4) Wyposażenie w sprzęt i środki do pielęgnacji . 5) Dokumentacja opieki. 6) Współpraca w zespole	1) Określenie czasu i częstości wykonywania czynności 2) Postępowanie zgodnie z przyjętymi procedurami 3) Ocena podjętych działań 4) Wykorzystanie sprzętu 5) Posługiwanie się skalami do oceny np.: stan świadomości, ocena bólu, ryzyko powstania odleżyn.	1) Chory wie jaką stosować dietę 2) Chory wie jak wykonać ćwiczenia oddechowe 3) Chory współpracuje przy zmianie pozycji 4) Chory rozumie konieczność wykonania badań 5) Rodzina aktywnie uczestniczy w czynnościach pielęgnacyjnych wykonywanych przy pacjencie. 6) Prowadzona dokumentacja umożliwia dokonanie oceny podjętych działań i modyfikację planu opieki.

Kontrola standardu

STANDARD OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ CHOREGO NIEPRZYTOMNEGO -przykład

Wprowadzenie:

Stan nieprzytomności jest następstwem bezpośredniego uszkodzenia mózgu (pierwotne zaburzenie przytomności) lub powstaje w przebiegu zatrucia oraz chorób ogólnoustrojowych i narządowych (wtórne zaburzenie przytomności). Pielęgnowanie chorego zgodnie z opracowanymi standardami może zmniejszyć występujące zaburzenia w stanie przytomności i czynnościach wegetatywnych oraz usunąć stan zagrożenia życia.

Temat: Stan zagrożenia życia

Grupa opieki: Każdy chory nieprzytomny w oddziale intensywnej opieki

Oświadczenie standardowe: Intensywny nadzór umożliwia szybkie rozpoznanie u chorego zagrożenia życia i zapobieganie jego rozwojowi.

Uzasadnienie: Rozwijająca się w stanach utraty przytomności ciasnota śródczaszkowa prowadzi do zakłócenia funkcji mózgowych ośrodków krążenia, oddychania, termoregulacji itp., wywołując stan zagrożenia życia chorego. Zapewnienie pacjentowi nieprzytomnemu intensywnego nadzoru umożliwia szybkie rozpoznanie rozpoczynających się zaburzeń i przywrócenie stanu równowagi funkcji organizmu.

Kryterium struktury

1. Każdy chory nieprzytomny przebywa w oddziale intensywnej terapii i ma dokumentację, która umożliwia ciągłe nanoszenie danych z obserwacji bezpośredniej, z dokonywanych pomiarów czynności życiowych (tętno, ciśnienie tętnicze krwi, oddech, temperatura) oraz wyników badań diagnostycznych i specjalistycznych.
2. Oddział wyposażony jest w sprzęt zapewniający nadzór przyrządowy: kardiomitory przyłóżkowe, pulsoksymetry, elektrody, stetoskopy, aparaty do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, termometry lekarskie, cewniki Foleya, zestawy do godzinowej zbiórki moczu. W oddziale są dostępne procedury postępowania pielęgniarstwa (np. założenie cewnika, podłączenie do kardiomonitora itp.).
3. Za opiekę nad pacjentem jest odpowiedzialna pielęgniarka, która ukończyła specjalizację z pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki.

Pielęgniarka zna: • przyczyny utraty przytomności; • zagrożenia wynikające z utraty przytomności; • objawy świadczące o stanie zagrożenia życia (ze strony układu krążenia, oddechowego, termoregulacji itp.).

Pielęgniarka umie: • dokonać oceny stanu klinicznego chorego; • ocenić stan przytomności chorego według skali Glasgow; • prowadzić obserwację chorego bezpośrednią i przyrządową; • obsługiwać sprzęt monitorujący i interpretować parametry czynności życiowych.

4. Członkowie zespołu terapeutycznego korzystają ze wspólnej dokumentacji chorego i dokonują wymiany informacji o jego stanie zdrowia.

Kryterium procesu

1. Pielęgniarka przygotowuje elektrody, sprzęt do ogolenia klatki piersiowej, pastę przewodzącą.
2. Ocenia konieczność ogolenia klatki piersiowej chorego, zakłada elektrody w tzw. odprowadzeniu trójpunktowym (czerwone, czarne, żółte), podłącza chorego do kardiomonitora przyłóżkowego.
3. Ocenia częstości oddechów z zastosowaniem elektrod EKG, dokonuje pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, pulsoksymetrii, pobiera krew na oznaczenie badań biochemicznych.
4. Zakłada cewnik do pęcherza moczowego w celu monitorowania diurezy (wg przyjętej procedury postępowania).
5. Pielęgniarka ocenia stan kliniczny chorego w zakresie:
6.
 - ośrodkowego układu nerwowego: stan przytomności (wg skali Glasgow), drżenia, prężenia, drgawki, niedomykalność powiek, zaburzenia czucia, ruchu;
7.
 - układu oddechowego (częstość, rytm, głębokość oddechu, wysiłek przy oddychaniu; zaciąganie dołków nadobojczykowych i skurcz mięśni mostkowo - obojczykowo - sutkowych podczas wdechu, stridor lub świsty);
8.
 - układu krążenia, dokonując: pomiaru tętna (częstość, rytm, napięcie); pomiaru ciśnienia tętniczego krwi (przestrzegając zasady pomiaru, tj. dobierając właściwą szerokość i długość mankietu, czas wypuszczania powietrza z mankietu 20-30 s, częstość dokonania pomiaru nie częściej niż co 2 min), obserwacja kończyn górnych i dolnych w kierunku rozpoznania obrzęków rozmiar, symetria), obecności żyłaków i zmian skórnych;
9.
 - skóry i błon śluzowych (zabarwienie, temperaturę, napięcie, wilgotność, występowanie zmian patologicznych);
10.
 - układu kostno-mięśniowo-stawowego (zakres ruchów w stawach, zniekształcenia, napięcie mięśniowe, przykurcze).
11. Wyniki pomiarów i obserwacji zapisuje w dokumentacji chorego.
12. Pielęgniarka wspólnie z lekarzem analizuje uzyskane wyniki i na ich podstawie ustala zagrożenie życia oraz planuje i realizuje działania ukierunkowane na zmniejszenie bądź likwidację występujących zagrożeń.

Kryterium wyniku:

Stosowany intensywny nadzór stanu klinicznego chorego umożliwił:

- wczesne wykrycie odchyleń w funkcjonowaniu organizmu;
- ustalenie planu opieki ukierunkowanego na zmniejszenie lub zlikwidowanie zagrożeń życia.

BIBLIOGRAFIA

1. Donabedian A.: Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Found Quarter ly XL IV, 1996, 3, Part 2, s. 166-203.
2. Donabedian A.: Quality assesment and assurance: unity of purpose, diversity of means. „Inquiry”, 1996, 4, s. 28-31.
3. Kózka M.: Wybrane standardy opieki pielęgniarskiej. Instytut Pielęgniarstwa CM UJ, Kraków 1997.
4. Lenartowicz H.: Zarządzanie jakością w pielęgniarstwie. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1998.
5. Murowski M., Nowacki W.: Zastosowanie standardów w programach akredytacji szpitali. COiEOZ, Warszawa 1996.
6. Piątek A.: Organizacja opieki pielęgniarskiej a zmiany w systemie ochrony zdrowia. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1994.
7. Piątek A. (red.): Standardy praktyki w zawodzie pielęgniarki i położnej. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1997.
8. Pritchard A.P., Mallett J.: The Royal Marsden Hospital. Manual of Clinical Nursing Procedures. 3 rd ed. Blackwell Scientific Publications, Oxford 1992.
9. Wilson C.: Hospital Wide Quality Assurance. Model of Implementation and Development. W.B. Saunders, Ontario 1987.
10. Wojtczak A.: Rola standardów w zapewnieniu jakości świadczeń zdrowotnych. Magazyn Medyczny, 1996, 2, s. 10-11.

Dziękuję za uwagę

