

1.5. Organizacje udzielające pomocy pacjentom onkologicznym

Pomimo starań w dążeniu do zapewnienia holistycznej opieki pacjentom z chorobami nowotworowymi w ośrodkach onkologicznych i udzielania w nich wsparcia psychologicznego chorzy nie zawsze są w stanie skorzystać z tego rodzaju pomocy podczas leczenia w warunkach szpitalnych. Dlatego bardzo istotne jest, aby personel medyczny miał wiedzę odnośnie do stowarzyszeń i organizacji pozarządowych świadczących pomoc osobom z różnymi problemami z zakresu schorzeń onkologicznych. Istnienie tego typu organizacji jest bardzo korzystne dla pacjenta. Dzięki nim ma on możliwość spotykania się z ludźmi, którzy umiejętnie radzą sobie z podobnymi problemami i żyją z chorobą nowotworową. Udzielane tam wsparcie oraz świadomość tego, że nie jest się jedyną osobą, która walczy z rakiem, bardzo często są źródłem pozytywnej energii i bodźcem do podjęcia – w miarę możliwości – normalnej aktywności życiowej.

Stowarzyszenia/Kluby „Amazonki” są organizacjami pozarządowymi służącymi wsparciem psychicznym i pomocą praktyczną kobietom dotkniętym rakiem piersi. Dawniej funkcjonowały jako Kluby Kobiet po Mastektomii „Amazonki”, natomiast obecnie działają – w liczbie 192 – jako stowarzyszenia i kluby. Pomagają w znalezieniu motywacji do powrotu do zdrowia oraz uzyskania możliwie najlepszej jakości życia ze skutkami choroby. Podczas organizowanych spotkań kobiety po amputacji piersi mogą skorzystać z poradnictwa z zakresu wyposażenia w odpowiednie protezy i stworzoną dla ich potrzeb bieliznę. Jednym z istotnych zadań ruchu jest też zaznajamianie społeczeństwa z problematyką wczesnego wykrywania raka piersi, a także jego leczenia i rehabilitacji.

Związkiem stowarzyszeń i klubów działających na rzecz osób z rakiem piersi jest **Federacja Stowarzyszeń „Amazonki”** z siedzibą w Poznaniu. Współpracuje ona z krajowymi i międzynarodowymi organizacjami ukierunkowanymi na walkę z tą chorobą. Początki działalności federacji sięgają roku 1987, kiedy to Zakład Rehabilitacji Centrum Onkologii w Warszawie i Obywatelski Komitet Zwalczania Raka zainicjowały powstanie Klubu Kobiet po Mastektomii „Amazonki”. Nieoceniony udział w tworzeniu i działalności tego stowarzyszenia ma dr Krystyna A. Mika, która opracowywała materiały szkoleniowe zarówno dla pacjentek, jak i profesjonalistów zajmujących się rehabilitacją kobiet. W 1993 roku utworzono Federację Polskich Klubów Kobiet po Mastektomii, która obecnie działa jako Federacja Stowarzyszeń „Amazonki” [1, 5].

Pacjenci po usunięciu krtani mogą uzyskać wsparcie w **Polskim Towarzystwie Laryngektomowanych**. Jego prekursorem był istniejący od 1987 roku Klub Laryngektomowanych w Bydgoszczy. Spotykały się w nim osoby z wymienionym problemem zdrowotnym. Na spotkaniach prowadzono za-

równo psychoterapię, jak i organizowano wszelką pomoc w radzeniu sobie w życiu codziennym bez krtani. W 1991 roku powstało Polskie Towarzystwo Laryngektomowanych z siedzibą w Bydgoszczy. Celem jego działalności jest zapewnienie ochrony socjalnej oraz prawnej laryngektomowanym. Organizacja wydaje również czasopisma i przewodniki. Ponadto wspiera pacjentów po amputacji krtani, a także pomaga w wymianie wcześniej wypracowanych sposobów radzenia sobie w tej sytuacji życiowej. Podczas spotkań można uzyskać fachowe informacje odnośnie do postępowania z tracheostomią. Można też zasięgnąć opinii psychologa i logopedy w zakresie rehabilitacji głosu. W ramach działalności towarzystwa chorzy uzyskują pomoc w zaopatrzeniu w elektroniczne aparaty dźwiękowe, które w dużym stopniu ułatwiają komunikowanie się z innymi ludźmi. Od 1965 roku na świecie działa Europejska Konfederacja Laryngektomowanych [13, 27].

Mężczyźni ze schorzeniami gruczołu krokowego mogą uzyskać wsparcie w **Stowarzyszeniu Mężczyzn z Chorobami Prostaty im. Profesora Tadeusza Koszarowskiego „Gladiator”**. Celem działalności organizacji jest szeroko rozumiana edukacja w zakresie wczesnego wykrywania, diagnostyki i profilaktyki chorób gruczołu krokowego oraz rehabilitacja psychiczna mężczyzn z tego typu problemami. Stowarzyszenie prowadzi szkolenia dla członków wolontariatu działających w grupach wsparcia, które tworzą pacjenci z tym samym schorzeniem lub z podobnymi. Spotykają się oni w celu wymiany doświadczeń dotyczących różnych sposobów przezwycięzania trudności związanych z różnymi stadiami choroby [14].

Początki ruchu stomijnego na świecie sięgają lat 50. XX wieku. W Stanach Zjednoczonych, a także w Danii osoby, którym przyszło żyć ze stomią, zaczęły się spotykać i tworzyć grupy mające na celu udzielanie sobie wzajemnego wsparcia. Prekursorem **Polskiego Towarzystwa Stomijnego „POL-ILKO”** w Polsce był Roman Góral. Z autopsji wiedział, że pacjent po zabiegu wyłonienia stomii jest w zupełnie nowej i trudnej dla siebie sytuacji, wymagającej pomocy z zewnątrz. Od 1979 roku profesor udostępniał salę biblioteki przy klinice, w której pracował, aby mogły się tam spotkać osoby żyjące z ileostomią. W spotkaniach tych uczestniczyli również lekarze udzielający fachowych informacji. Chorzy mieli możliwość wymiany wiedzy, doświadczeń, a także mogli się wzajemnie wspierać. Formalnie towarzystwo funkcjonuje od 1987 roku. Obecnie ma 20 oddziałów terenowych i kilka klubów, obejmujących opieką pacjentów z wyżej wymienionymi problemami na terenie całego kraju [17].

Osoby ze schorzeniami układu chłonnego mogą się spotykać w ramach **Stowarzyszenia Wspierającego Chorych na Chłoniaki „Sowie Oczy”**. Powstało ono w 2005 roku z inicjatywy Pawła Moszumańskiego. Propaguje wiedzę o chorobach układu chłonnego, możliwościach i metodach ich rozpoznania, a także o badaniach diagnostycznych, schematach postępowania leczniczego oraz dostępności leków. Obejmuje również pomocą pacjentów

z chorobami nowotworowymi układu chłonnego poprzez ułatwienie im dostępu do opieki psychoonkologicznej i prawnej. W zakres działalności organizacji wchodzi też przekazywanie wiedzy oraz doświadczeń w walce z nowotworem [28].

Piśmiennictwo

1. Amazonki Net. Rak to nie wyrok: <http://amazonki.net>
2. Boguszyński M.: *Onkologia w Bydgoszczy*. Ortis, 2004, 2–95.
3. Ciechaniewicz W., Pieniżek M.: *Chory umierający*. W: *Pielęgniarstwo* (red. K. Zahradniczek). Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2006, 629–634.
4. De Walden-Gałuszko K., Kaptacz A.: *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej*. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2005, 11–20.
5. Federacja Stowarzyszeń „Amazonki”: <http://www.amazonkifederacja.pl>
6. Górajek-Jóźwik J.: *Kalendarium pielęgniarstwa polskiego*. OVO, Warszawa 1998.
7. Górajek-Jóźwik J.: *Wprowadzenie do filozofii pielęgniarstwa*. W: *Filozofia i teorie pielęgniarstwa* (red. J. Górajek-Jóźwik). Wyd. Czelej, Lublin 2007, 21–23.
8. Janus B.: *Współpraca Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego z organizacjami międzynarodowymi*. Probl. Pielęg., 2005, 1, 18–24.
9. Jeziorski A.: *Onkologia. Podręcznik dla pielęgniarek*. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2005, 167–250.
10. Katalog Stron Pielęgniarskich: <http://www.pielęgniarstwo.korzystne.info>
11. Koper A. (red.): *Opieka pielęgniarska nad pacjentami leczonymi cytostatykami*. Chris-Comp, Bydgoszcz 2007, 5–43.
12. Krasuska M.E.: *Opieka w chorobie nowotworowej*. Yokam, Lublin 1997, 19–74.
13. Naczelna Izba Lekarska: <http://www.nil.org.pl>
14. Polska Unia Onkologii: <http://www.puo.pl>
15. Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych: <http://www.pspe.pl>
16. Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Onkologicznych: <http://www.pspo.pl>
17. Polskie Towarzystwo Stomijne „POL-ILKO”: <http://www.polilko.pl>
18. Poznańska S.: *Pielęgniarka w opiece nad zdrowiem*. W: *Pielęgniarstwo* (red. K. Zahradniczek). Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2006, 39–56.
19. Poznańska S.: *Pielęgniarstwo jako naukowość oraz istota*. W: *Pielęgniarstwo* (red. K. Zahradniczek). Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2006, 113–136.
20. Poznańska S.: *Pielęgniarstwo wczoraj i dziś*. PZWL, 1988, 56–114.
21. Poznańska S., Płaszewska-Żywko L.: *Wybrane modele pielęgniarstwa*. Wyd. UJ, Kraków 2001, 11–200.
22. Ramlau C.: *Materiały do historii walki z rakiem w Polsce*. Wyd. AM w Poznaniu, Poznań 1998, 165–170.
23. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 roku w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego*. Dz. U. z 2007 r. Nr 210, poz. 1540.
24. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 maja 2004 roku w sprawie szczególnych warunków prowadzenia studiów zawodowych dla pielęgniarek i położnych posiadających świadectwo dojrzałości i będących absolwentami liceów medycznych i medycznych szkół zawodowych kształcących w zawodzie pielęgniarki i położnej*. Dz. U. z 2004 r. Nr 110, poz. 1170.
25. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 roku w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych*. Dz. U. z 2003 r. Nr 197, poz. 1923.
26. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 roku w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych*. Dz. U. z 2003 r. Nr 197, poz. 1922.
27. Sienkiewicz A.: *Poradnik dla laryngektomowanych, czyli jak żyć po operacji usunięcia krtani*. Klinika Otolaryngologii AM w Bydgoszczy, Polskie Towarzystwo Laryngektomowanych, Oddział w Bydgoszczy, Bydgoszcz 1992, 14–27.
28. Stowarzyszenie Wspierające Chorych na Chłoniaki „Sowie Oczy”: <http://www.sowieoczy.pl>
29. *Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej*. Dz. U. z 1996 r. Nr 91, poz. 410, z późn. zm.
30. *Ustawa z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym*. Dz. U. z 2005 r. Nr 164, poz. 1365.
31. Widomska-Czekajka T., Górajek-Jóźwik J. (red.): *Przewodnik encyklopedyczny dla pielęgniarek*. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1996, 351, 441.
32. Wolska-Lipiec K.: *Stulecie ICN*. Pielęgniarstwo 2000, 1999, 1, 65–68.
33. Wronkowski Z., Chmielarczyk W.: *Organizacja walki z rakiem w Polsce*. Pielęgniarstwo 2000, 1999, 6, 23–27.
34. Wrońska I.: *Filozoficzne i etyczno-deontologiczne podstawy pracy pielęgniarki*. W: *Pielęgniarstwo* (red. K. Zahradniczek). Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2006, 57–65.
35. Wrońska I., Krajewska-Kułak E.: *Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa europejskiego*. Wyd. Czelej, Lublin 2007.
36. Wrońska I., Mariański J.: *Etyka w pracy pielęgniarskiej*. Wyd. Czelej, Lublin 2002.
37. Wrońska I.: *Rola społeczno-zawodowa pielęgniarki. Studium z zakresu współczesnego pielęgowania*. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1997, 25–76.
38. Wydział Nauk o Zdrowiu AM we Wrocławiu: <http://www.wnoz.am.wroc.pl>
39. Zahradniczek K., Marć M., Górajek-Jóźwik J.: *Wkład polskich pielęgniarek w rozwój teorii – wybór treści*. W: *Filozofia i teorie pielęgniarstwa* (red. J. Górajek-Jóźwik). Wyd. Czelej, Lublin 2007, 251–268.
40. Zahradniczek K.: *Organizacje i stowarzyszenia działające na rzecz pielęgniarstwa*. W: *Podstawy pielęgniarstwa* (red. B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek). Wyd. Czelej, Lublin 2004, 83–97.

JAKOŚĆ W PIELĘGNIARSTWIE ONKOLOGICZNYM

Renata Matyjasek, Anna Koper

Celem niniejszego rozdziału jest przedstawienie zagadnień dotyczących jakości opieki, które mają zastosowanie w bezpośredniej pracy z chorym na nowotwór. Punktem wyjścia powyższej problematyki jest retrospekcja czynności podejmowanych w tym zakresie. Zaprezentowano podstawy teoretyczne poziomu udzielanych świadczeń, a także systemy zarządzania jakością, takie jak akredytacja oraz normy ISO. Przeanalizowano również tradycyjne i współczesne podejście do problemu jakości usług. Jednym z działań na rzecz poprawy jakości opieki pielęgniarskiej jest systematyczne aktualizowanie i modyfikacja metod pracy z pacjentem z chorobą nowotworową zgodnie z obowiązującymi kanonami tej opieki. Normami we współczesnym pielęgniarstwie onkologicznym są: podmiotowe traktowanie pacjenta oraz opieka zgodna z zasadami procesu pielęgnowania z równoczesnym wdrażaniem standardów, procedur i algorytmów. Wszystkie poczynania ukierunkowane są na zwiększenie satysfakcji podopiecznego z udzielanych świadczeń, a personelu z wykonywanej pracy.

W przypadku analizy jakości świadczonej opieki pielęgniarskiej z punktu widzenia pacjenta duże znaczenie ma traktowanie go jako głównego celu tego procesu. Wszystkie podejmowane działania powinny być dostosowane do potrzeb chorego i aktualnego stanu jego zdrowia. Takie są założenia współczesnego podejścia do jakości oraz zalecanej obecnie formy opieki, jaką jest proces pielęgnowania. Zindywidualizowane pielęgnowanie pozwala na określenie problemów pielęgnacyjnych pacjenta z chorobą nowotworową oraz jego rodziny, a także stosowanie adekwatnie do istniejących deficytów standardów i algorytmów opieki onkologicznej.

Na poziom udzielanych świadczeń onkologicznych wpływa wiele czynników. Jednym z nich jest znajomość podstaw teoretycznych jakości oraz umiejętność wykorzystania zdobytej wiedzy w praktyce. Dzięki profesjonalnemu wprowadzaniu założeń i metodyki doskonalenia jakości usług można uzyskać pozytywne efekty podczas wdrażania zewnętrznych metod zapewnienia jakości w postaci uzyskania akredytacji czy zgodności z normami ISO.

2.1. Genealogia, terminologia i metodyka zapewniania jakości w pielęgniarstwie

Prace związane z tematyką jakości w pielęgniarstwie miały początek we wczesnych latach 60. XX wieku w Wielkiej Brytanii. Na bazie tych prac wyrósł Europejski Ruch na rzecz Zapewnienia Jakości [23].

W Polsce kwestia jakości opieki pojawiła się w terminologii pielęgniarskiej w latach 70. ubiegłego wieku w publikacjach Heleny Lenartowicz. Opracowała ona „Skalę poziomu pielęgnacji chorego” – jest to narzędzie pomiaru oraz oceny jakości usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych [22]. Od 1992 roku intensywne prace na rzecz zapewniania jakości podjęto na Wydziale Pielęgniarskim Akademii Medycznej w Lublinie za aprobatą Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Dotyczyły one tematyki jakości i opracowywania standardów praktyki zawodowej.

Jakość opieki pielęgniarskiej jest definiowana jako stopień, w jakim opieka ta przyczynia się do osiągnięcia pożądanych efektów w stanie zdrowia jednostki lub całej populacji, a także zwiększania ich niezależności oraz zdolności do samopielęgnacji [25, 29].

Istotne elementy jakości to:

- *pożądane efekty zdrowotne* – w przypadku jednostek utrzymanie bądź poprawa funkcjonowania w sferach biopsychospołecznych; również efekty zdrowotne grup ludności mierzone wskaźnikami stanu zdrowia (wskaźnik umieralności, przeciętna długość życia),
- *usługi zdrowotne* – działania mające na celu promowanie zdrowia, prewencję, diagnostykę, terapię oraz pielęgnowanie dostosowane do potrzeb pacjenta, ukierunkowane na osiągnięcie najlepszego wyniku zdrowotnego,
- *zgodność z aktualną i profesjonalną wiedzą* – polega na ciągłym poszukiwaniu nowych osiągnięć naukowych w medycynie i pielęgniarstwie, a także na zapewnieniu odpowiednio wykwalifikowanej kadry medycznej i ustawicznym jej doskonaleniu zawodowym [22].

2.1.1. Aspekty oceny jakości opieki

Jakość opieki zdrowotnej z punktu widzenia świadczeniodawcy to właściwe postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne zgodne z aktualną wiedzą medyczną, efektywne i skuteczne, bezpieczne, sprawne oraz zastosowane we właściwym czasie. Jakość świadczeń udzielanych w szpitalu jest sumą jakości świadczeń cząstkowych (diagnostycznych, terapeutycznych, pielęgnacyjnych) [22]. W niektórych publikacjach dotyczących jakości świadczeniodawca jest definiowany jako „pracownik medyczny” i „placówka medyczna”. Pracownikami są pielęgniarka, położna oraz inny personel zespołu terapeutycznego – dla nich głównym kryterium jakości jest zgodność ich

pracy z obecną wiedzą, a także efektywność podejmowanych działań. W przypadku placówki medycznej, którą reprezentują osoby zarządzające, jakość usług wiąże się z dystrybucją świadczeń adekwatnie do potrzeb zdrowotnych populacji. O ogromne znaczenie ma bezpieczeństwo świadczeń. Jest to ściśle związane z coraz częściej wytaczanymi procesami odszkodowawczymi [23].

Jakość opieki zdrowotnej z punktu widzenia pacjenta to dostępność usług (łatwość uzyskiwania opieki niezależnie od przeszkód), efektywność oraz akceptowalność świadczeń, dostateczna informacja (o stanie zdrowia, leczeniu, pielęgowaniu itd.), edukacja zdrowotna (zdobycie umiejętności samodzielnej opieki czy rozpoznania symptomów wymagających wzywania pomocy), dobra komunikacja z personelem, szacunek i opiekuńczość okazywane choremu, koordynacja oraz ciągłość leczenia, a także satysfakcja. Jakość świadczonych usług określają tutaj odczucia i oceny pacjenta. Jej pomiaru dokonuje się według kryteriów subiektywnych. Każdy człowiek ma indywidualne oczekiwania i wymagania. Dla chorego jakość usług medycznych zależy od: kwalifikacji personelu medycznego, przebiegu procesu diagnostycznego i terapeutycznego oraz od powrotu do zdrowia lub jego poprawy po opuszczeniu szpitala [22, 23].

Jakość opieki zdrowotnej z punktu widzenia płatnika to wydajne, efektywne świadczenia zdrowotne, czyli opieka realizowana przy możliwie najniższych kosztach, jednocześnie jednak gwarantująca pożądane efekty medyczne [22].

Jakość opieki zdrowotnej z punktu widzenia polityki zdrowotnej to dostępność, akceptowalność oraz efektywność świadczeń [23].

Zgodnie z wytyczonym kierunkiem działania w ochronie zdrowia, nastawionym na jakość, pielęgniarki są zobowiązane do doskonalenia poziomu sprawowanej opieki. Jednakże jakość pielęgowania w placówce medycznej jest warunkowana wieloma czynnikami.

Jak wynika z literatury fachowej, **na jakość pracy personelu pielęgniarskiego oddziałują:**

- cele i funkcje zakładu opieki zdrowotnej,
- sposób zarządzania zakładem,
- możliwości finansowe i źródło finansowania,
- cele wyznaczone pielęgniarstwu,
- przyjęte standardy opieki,
- liczba zatrudnionych pielęgniarek,
- kwalifikacje personelu pielęgniarskiego,
- predyspozycje osobowościowe,
- motywacje pracowników,
- wzajemne relacje między pracownikami,
- stan techniczny budynków i pomieszczeń,
- wyposażenie w aparaturę, narzędzia i materiały [25].

Podczas monitorowania i oceny jakości opieki pielęgniarskiej brane są pod uwagę następujące elementy:

- *struktura* – warunki organizacyjno-techniczne udzielanej opieki (zasoby finansowe, rzeczowe, informacyjne, liczba i kwalifikacje personelu, zaopatrzenie); odpowiednia struktura nie prowadzi jednak automatycznie do dobrych wyników,
- *proces* – działania i relacje pracowników medycznych z pacjentami; obejmuje czynności, które w procesach diagnozowania, leczenia, pielęgowania, rehabilitacji itd. są podejmowane bądź zaniechane; możliwa jest ewolucja świadczeń w indywidualnych przypadkach; najlepsze wyniki uzyskuje się wtedy, gdy proces przebiega w sposób systematyczny, według powtarzalnych i sprawdzalnych reguł,
- *wynik* – efekty uzyskane w stanie zdrowia pojedynczych jednostek oraz populacji, satysfakcja pacjentów i pracowników [25].

Robert J. Maxwell [22] zidentyfikował **kryteria jakości opieki zdrowotnej**, które mają również zastosowanie w ocenie jakości opieki pielęgniarskiej:

- *efektywność* – opieka i świadczenia spełniają swoją funkcję w kategoriach korzyści i efektów zdrowotnych jednostki oraz populacji, której służą,
- *dostępność* – pacjenci mogą korzystać z oferowanych świadczeń niezależnie od ograniczeń, jakie wiążą się z pieniędzmi, wiekiem, architekturą itp.,
- *możliwość realizacji* – proponowane świadczenia są akceptowalne; są one zadowolające i zgodne z oczekiwaniami chorych, personelu i całej społeczności,
- *właściwość, trafność* – świadczenia są potrzebne oraz dostosowane do potrzeb populacji, a ponadto oczekiwane i wymagane przez jednostkę,
- *wydajność* – uzyskuje się najwyższy efekt przy najniższych kosztach (dostępne zasoby finansowe, rzeczowe, ludzkie są możliwie najlepiej i najbardziej racjonalnie wykorzystywane),
- *równość* – opieka jest świadczona dla całej populacji, niezależnie od kulturowego, społecznego, rasowego charakteru czy innych cech osobowości i usługobiorców [22, 25, 27].

Oprócz wyżej wymienionych kryteriów w ocenie poziomu świadczonych usług pielęgniarskich mają zastosowanie: *bezpieczeństwo, skuteczność, indywidualizacja, etyczność oraz profesjonalizm*. Bezpieczeństwo jest oceniane w kategoriach bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego opieki. Za skuteczne uznaje się działania ukierunkowane na realizację celów pielęgowania. Indywidualizacja odnosi się do opieki adekwatnej do indywidualnego stanu pacjenta oraz jego potrzeb i oczekiwań. Etyczne jest świadczenie usług pielęgniarskich zgodnie z kodeksem deontologicznym, z poszanowaniem praw pacjenta i pielęgniarki. Profesjonalizm polega na sprawowaniu opieki

z uwzględnieniem aktualnej wiedzy z dziedziny pielęgniarstwa oraz innych nauk pokrewnych, mających zastosowanie w pielęgnowaniu [25].

Poziom świadczonych usług może być oceniany przez chorego w kategoriach subiektywnych odczuć. Wówczas ustala on własną miarę na podstawie oczekiwań i wymagań. Mówi się wtedy o pomiarze satysfakcji pacjenta [2, 25].

Kryteriami satysfakcjonującymi pacjentów wobec realizowanej opieki pielęgniarskiej są:

- dysponowanie czasem dla chorego,
- akceptacja pacjenta i empatia,
- udzielanie potrzebnych informacji,
- sprawność podczas wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych oraz leczniczych,
- akceptacja fizycznych i psychicznych potrzeb chorego,
- przedstawienie się przy pierwszym spotkaniu z pacjentem,
- udzielanie informacji o świadczonej opiece,
- profesjonalne traktowanie chorego,
- zachowanie tajemnicy dotyczącej leczenia i pielęgnowania,
- ogólne zadowolenie z opieki pielęgniarskiej [25].

Do prowadzenia oceny konieczne są: *opracowanie odpowiednich standardów opieki, ustalenie kryteriów i wskaźników oceny oraz opracowanie odpowiednich do nich narzędzi oceniania* [25]. W literaturze fachowej można znaleźć różne narzędzia oceny jakości usług opiekuńczo-pielęgnacyjnych, m.in. skonstruowaną przez Helenę Lenartowicz „Skalę poziomu pielęgnacji chorego”. Narzędzie to jest znane również pod nazwą BOHIPSZO (pochodzi ona od pierwszych liter komponentów opieki). Ocenie podlegają: bezpieczeństwo, ochrona przed zakażeniami, hotelowe usługi i zaspokajanie potrzeb, informowanie, podmiotowość pacjenta, samopielęgnacja, zabiegi leczniczo-pielęgnacyjne, a także organizacja i dokumentowanie [20, 25].

Ze względu na różnorodną specyfikę opieki pielęgniarskiej zalecane jest konstruowanie narzędzi oceny jakości świadczonych usług przez praktyków. Podstawą do formułowania tych narzędzi są modelowe metody i narzędzia oceniania. Stanowią one integralną część standardów opieki. Są nimi: różne arkusze, karty ewidencji, kwestionariusze, ankiety itd. (narzędzia oceny zostaną wymienione w zaprezentowanych przykładowych standardach opieki pielęgniarskiej w onkologii).

Rezultatem prowadzonej oceny są **wskaźniki**, które można sklasyfikować jako wskaźniki *ilościowe i jakościowe* oraz *subiektywne i obiektywne*. Otrzymane wyniki pomiaru jakości opieki (wskaźniki) wskazują na uzyskany realny poziom świadczonych usług. W zależności od zakresu dokonywanej oceny jakości można wymienić wskaźniki: występowania odleżyn, odczynów popromiennych, zakażeń zakładowych, satysfakcji pacjenta, błędów przedlaboratoryjnego itp.

2.2. Systemy zapewniania jakości

Współczesne podejście do jakości charakteryzuje się wykorzystaniem naukowych koncepcji w zarządzaniu jakością oraz sprawdzonych na świecie systemów TQM (kompleksowe zarządzanie jakością) czy QA (wewnętrzne metody zapewniania jakości) [20, 22, 25]. Dąży się do wytworzenia metod zapewnienia jakości wewnątrz organizacji. Przy takim podejściu jakość jest traktowana jako obiektywny cel, do którego należy zmierzać. Dowiedziono, że najlepszą poprawę jakości uzyskuje się, postępując zgodnie z metodą QA [23].

Wewnętrzne metody zapewniania jakości (QA – quality assurance) polegają na wprowadzaniu indywidualnych dla danego zakładu opieki zdrowotnej programów zapewniania jakości przy utrzymaniu dotychczasowego poziomu świadczonych usług. W tej koncepcji chodzi o wykazanie różnic pomiędzy jakością pożądaną a osiąganą. Poszukiwane i analizowane są przyczyny tych różnic. Świadczenia są tak organizowane, aby były zgodne z przyjętymi standardami oraz dostosowane do potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Pierwszą zasadą tej metodologii jest założenie, że wysoką jakość można uzyskać w wyniku stopniowego kontrolowanego doskonalenia. Drugą – że każdy z kroków jest cyklem działań, w którym konieczne są:

- *faza planowania* – wybór obszarów opieki, w których występują problemy wymagające rozwiązania,
- *faza działania* – opracowywanie standardów postępowania,
- *faza sprawdzania* – monitorowanie i ocena jakości,
- *faza adaptacji* – wprowadzanie niezbędnych dla przybliżenia praktyki do ustalonego standardu zmian oraz ponowna ocena [22, 23].

Konsekwentne powtarzanie tych kroków gwarantuje uzyskiwanie jakości na coraz wyższym poziomie.

Innym przykładem współczesnego podejścia do zapewnienia jakości jest system **kompleksowego zarządzania jakością (TQM – total quality management)**, polegający na ciągłym jej podnoszeniu. Jego polskim odpowiednikiem jest **totalne zarządzanie jakością (TZJ)**. W tym modelu centralne miejsce klienta mogą zajmować: pacjent, jego rodzina oraz bliskie mu osoby, a także personel, płatnicy, towarzystwa czy też grupy wsparcia pomagające chorym po wyjściu ze szpitala. W ten sposób definiowany klient jest głównym celem dla wszystkich komponentów danej jednostki organizacyjnej. Od jego zapotrzebowań zależą struktura, filozofia, kultura oraz przywództwo organizacji. Wytyczne traktowania klienta w tej koncepcji są następujące:

- jest on najważniejszy w każdej działalności,
- nie jest zależny od nas – to my zależy od niego,
- nie zakłóca naszej pracy, ale jest jej celem,

- nie jest elementem statystyki, lecz człowiekiem z krwi i kości, który czuje, reaguje, tak jak my,
- zasługuje na tyle uprzejmości i uwagi, ile tylko możemy mu poświęcić,
- jest istotą organizacji, bez niego nie byłoby nas [20].

W celu zapewnienia jakości w zakładach opieki zdrowotnej wdrażane są zewnętrzne systemy zarządzania jakością, takie jak **akredytacja** i **normy ISO**. Początki działań związanych z akredytacją szpitali sięgają drugiej połowy XX wieku i wiążą się z utworzeniem w Stanach Zjednoczonych Zespołowej Komisji ds. Akredytacji Szpitali. W wyniku dobrych jej osiągnięć inicjatywa ta rozszerzyła się na inne kraje. W 1995 roku powstało w Krakowie Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Jego celem jest wprowadzenie programu akredytacji szpitali, którego misją jest „Poprawa jakości opieki zdrowotnej świadczonej społeczeństwu polskiemu”.

Warunkiem przystąpienia do procesu akredytacji jest dobrowolna deklaracja uczestnictwa danej jednostki organizacyjnej oraz przygotowanie zakładu opieki zdrowotnej do oceny akredytacyjnej na podstawie zestawu standardów akredytacyjnych [37]. Obejmuje on 15 działów tematycznych [23]. Wymieniono je poniżej:

- ciągłość opieki,
- prawa pacjenta,
- ocena stanu pacjenta,
- opieka nad pacjentem,
- kontrola zakażeń,
- zabiegi i znieczulenia,
- farmakoterapia,
- laboratorium,
- diagnostyka obrazowa,
- odżywianie,
- poprawa jakości i bezpieczeństwo pacjenta,
- zarządzanie ogólne,
- zarządzanie zasobami ludzkimi,
- zarządzanie informacją,
- zarządzanie środowiskiem opieki [7, 8, 37].

Poszczególne standardy akredytacyjne opisują oczekiwany wzorzec działania bądź efektu w danym obszarze. Komponenty oceny akredytacyjnej w zakresie konkretnego standardu oraz metody ich oceny zostały ściśle określone.

Decyzja akredytacyjna o przyznaniu danej jednostce akredytacji podejmowana jest przez Radę Akredytacyjną wówczas, gdy placówka w pełni lub w przeważającym stopniu spełnia wymagania standardów. Akredytacja udzielana jest na trzy lata na podstawie raportu wstępnego przygotowanego

przez wizytatorów po zakończeniu wizyty w szpitalu. Wyróżnia się następujące typy decyzji akredytacyjnych:

- przyznanie akredytacji,
- odmowę akredytacji.

W końcu lat 90. XX wieku do zakładów opieki zdrowotnej zaczęto wprowadzać jako metodę zapewnienia jakości normy ISO. **Serie norm ISO** wydawane są przez Międzynarodową Organizację Normalizacji (ISO – International Organization for Standardization). Zawierają one wytyczne dotyczące kształtu systemu zapewnienia jakości, a także kryteria wymogów stawiane przed zakładami. System zarządzania jakością to: struktura organizacyjna, odpowiedzialność, procedury, procesy i zasoby niezbędne do wdrażania zarządzania jakością oraz efektywnej realizacji wyznaczonych celów w zakresie jakości. Normy ISO 9000 odnoszą się nie do jakości produktu, ale do sposobu zarządzania. Stanowią jeden z elementów strategicznego podejścia do idei ciągłego doskonalenia jakości i są pomocne dla organizacji (np. zakładu opieki zdrowotnej) przy tworzeniu systemu jakości w zakresie oddziaływania na środowisko lokalne, zapewnienia bezpieczeństwa oraz higieny pracy.

Certyfikacja ISO jest badaniem zewnętrznym, dokonywanym przez niezależną organizację. Ma na celu wykazanie, czy świadczone usługi są zgodne z normami ISO. Kryterium oceny placówek stanowi potwierdzenie w dokumentacji istnienia i doskonalenia systemu zarządzania jakością. Konieczne jest przedstawienie Księgi Jakości zawierającej opis systemu zarządzania. Powinny być w niej zawarte procedury systemowe (sposób przeprowadzania działania) oraz instrukcje robocze (szczegółowo opisujące realizację działań) [22, 23].

Wdrażanie systemów zarządzania jakością w ochronie zdrowia według zestawu standardów akredytacyjnych Centrum Monitorowania Jakości i/lub norm ISO wpływa przede wszystkim na:

- poprawę jakości opieki nad pacjentem, który w sposób subiektywny wyznacza poziom satysfakcji z wykonanych usług medycznych,
- zwiększenie możliwości przewagi konkurencyjnej na rynku usług medycznych,
- uporządkowanie całego obszaru zarządzania oraz uregulowanie kompetencji i odpowiedzialności,
- poprawę komunikacji, motywacji, a także świadomości wśród pracowników,
- zapobieganie występowaniu niezgodności z przyjętymi procedurami, np. zakażeń, błędów w sztuce,
- uporządkowanie i ujednoczenie działań związanych ze sprzętem medycznym,

- zwiększenie zaufania instytucji finansowych do jednostek posiadających certyfikaty jakości [35].

Spełnienie wymagań akredytacyjnych oraz uzyskanie zgodności z normami ISO stanowi bardzo duże wyzwanie zarówno dla kierownictwa, jak i pracowników placówek. Grupą szczególnie aktywną w przygotowaniach do wyżej wymienionych zewnętrznych systemów oceny jakości są pielęgniarki i położne. Znaczna część standardów akredytacyjnych zawiera kryteria związane w sposób pośredni albo bezpośredni z opieką pielęgniarską lub z czynnikami organizacyjnymi warunkującymi ten proces (kontrola zakażeń, informowanie pacjenta, przestrzeganie jego praw, ocena stanu chorego, zapewnienie ciągłości opieki, postępowanie z lekami, anestezjologia, odżywianie, konstruowanie programów zapewnienia jakości) [27].

Do zadań kadry pielęgniarskiej w uzyskiwaniu akredytacji i zgodności z normami ISO należą:

- uporządkowanie systemu zarządzania kadrami pielęgniarskimi i pomocniczymi (określenie zapotrzebowania na opiekę, opis stanowisk pracy, unowocześnienie systemu adaptacji, oceny oraz motywowania pracowników),
- udział w pracach kół jakości, opracowanie i wdrożenie standardów, procedur pielęgniarskich opieki pielęgniarskiej, obiegu informacji, sposobów dokumentowania,
- stworzenie warunków do respektowania praw pacjenta,
- planowanie oraz organizowanie doskonalenia zawodowego,
- kształtowanie warunków bezpieczeństwa pacjentów i pracowników,
- zapewnienie wysokiej jakości udzielanych świadczeń,
- aktywowanie podległego personelu do działań ukierunkowanych na podnoszenie jakości usług,
- pomoc w merytorycznym przygotowaniu do akredytacji i audytu zewnętrznego [27, 31].

W dążeniu do podnoszenia poziomu jakości opieki bardzo istotna jest praca w zespołach – dzięki różnorodności pomysłów oraz ich konfrontacji można uzyskać pożądane efekty.

2.3. Działania na rzecz zapewniania jakości w pielęgniarstwie onkologicznym

W zakładach zdrowotnych (w tym ośrodkach onkologicznych), których polityka nastawiona jest na jakość udzielanych świadczeń oraz satysfakcję pacjenta, praca pielęgniarek opiera się na sformalizowanych narzędziach, jakimi są: procedury, standardy i algorytmy postępowania pielęgniarskiego. Personel pielęgniarski ukierunkowany jest na podnoszenie jakości zarówno w zakresie uzupełniania własnych kwalifikacji, jak też doskonalenia metod i technik pracy. Ze strony pielęgniarek praktyków podejmowane są samodzielne działania zmierzające do wyposażenia chorego w niezbędną wiedzę oraz umiejętności samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych (informatory i broszury informacyjne dla pacjentów o istocie zastosowanej terapii oraz zasadach postępowania pielęgnacyjnego).

Pierwszym krokiem w przygotowaniach do uzyskania poprawy jakości opieki pielęgniarskiej w przypadku chorych na nowotwory były działania podjęte przez teoretyków i ekspertów ds. organizacji opieki pielęgniarskiej. Miały one określić, jaka jest optymalna onkologiczna opieka pielęgniarska. Następnym posunięciem było zastosowanie wytycznych w praktyce. Dążenie do poprawy jakości wymagało zmian systemowych w zakresie kształcenia zawodowego przeddyplomowego (wdrożenie do programów nauczania treści z pielęgniarstwa onkologicznego) oraz podyplomowego (możliwość uzyskania specjalizacji z pielęgniarstwa onkologicznego).

Czynnikiem stymulującym poprawę jakości pielęgniarskiej opieki onkologicznej było zorganizowanie w 1996 roku Stowarzyszenia Pielęgniarek Onkologicznych. Organizacja ta zrzesza i integruje pielęgniarki opiekujące się pacjentami z chorobą nowotworową, pracujące w ośrodkach i na oddziałach onkologicznych na terenie całego kraju [29].

Za podstawę działań praktycznych i wszelkich decyzji mających związek z pielęgowaniem pielęgniarka onkologiczna przyjmuje wiedzę teoretyczną zgodnie z aktualnym poziomem wykształcenia, czerpiąc też z zasobów nauk pokrewnych oraz ich warsztatu pracy i doświadczeń (pielęgniarka sprawująca opiekę posiada kompetencje i uprawnienia zawodowe). Pielęgniarki pracujące w ośrodkach doskonalących poziom świadczonych usług dążą do podnoszenia swoich kwalifikacji zawodowych przez:

- uzyskiwanie wiedzy i umiejętności na studiach wyższych,
- udział w kształceniu podyplomowym (w szkoleniach specjalizacyjnych oraz kursach kwalifikacyjnych i specjalistycznych z różnych dziedzin medycyny),
- uczestnictwo w krajowych i zagranicznych konferencjach i czynny w nich wkład,
- samokształcenie oraz samodoskonalenie metod pracy,
- doksztalcanie się na studiach pomostowych.

Wykwalifikowane pielęgniarki mogą w sposób czynny brać udział w procesie podnoszenia jakości, wykorzystując swoją wiedzę i umiejętności. Elementami dążenia do coraz lepszego poziomu świadczonych usług są m.in.:

- **formułowanie, wdrażanie, monitorowanie oraz udoskonalanie standardów zawodowych** – są one normą, wzorem postępowania w danej sytuacji,
- **doskonalenie i modyfikacja dokumentacji pielęgniarskiej** – dobrze prowadzona dokumentacja jest podstawą prawidłowego i sprawnego postawienia diagnozy pielęgniarskiej oraz sformułowania trafnego planu opieki,
- **edukowanie pacjentów** – personel pielęgniarski opracowuje materiały edukacyjne dla poszczególnych grup chorych z różnymi problemami pielęgnacyjnymi; broszury oraz ulotki zawierają wskazówki pielęgnacyjne i ułatwiają podmiotowi opieki radzenie sobie w sytuacjach problemowych związanych z samopielęgnacją,
- **edukacja personelu** – prowadzona na szczeblu ogólnoszpitalnym, wewnątrzdziałowym; wdrażane są działania zmierzające do analizy efektywności szkoleń dla personelu,
- **działanie interdyscyplinarne** – analiza i wyciąganie wniosków z działań pielęgniarskich, będących elementem pracy zespołu interdyscyplinarnego, tj.: monitoring błędów przedlaboratoryjnych, satysfakcja pacjenta z opieki [14].

Jednym ze sposobów zapewniania jakości onkologicznej opieki pielęgniarskiej jest prowadzenie metody pracy personelu pielęgniarskiego zwanej **procesem pielęgnowania**, z równoczesnym wdrożeniem standardów pielęgnowania. Ze względu na liczne publikacje z tego zakresu i dużą powszechność informacji dotyczących tej tematyki poniżej w skrócie omówiono jedynie najistotniejsze zagadnienia.

Proces pielęgnowania jest różnie określany i definiowany. Jego synonimami są: „pielęgnowanie zindywidualizowane”, „pielęgnowanie nowoczesne” oraz „pielęgnowanie całościowe”. Virginia Henderson [11] definiuje proces pielęgnowania jako „uporządkowany systematyczny sposób określania indywidualnych problemów człowieka, ustalanie planów ich rozwiązywania, realizowanie tych planów oraz ich ocenianie pod względem stopnia efektywności”. Proces pielęgnowania stosowany w praktyce to celowe i planowe działania podejmowane na rzecz podmiotu opieki. Pielęgniarka w tym procesie jest osobą, która z racji posiadanych kwalifikacji oraz umiejętności bierze na siebie odpowiedzialność za przedsięwzięte i wykonywane zadania.

Dane dotyczące chorego na nowotwór są gromadzone przez pielęgniarkę w sposób gwarantujący ich rzetelność. Pielęgniarka onkologiczna pozyskuje informacje na temat osoby pacjenta, jego stanu zdrowia, problemów i zabu-

rzeń związanych z chorobą, reakcji na schorzenie oraz możliwości radzenia sobie, a także zapotrzebowania na wsparcie (dotyczy to również rodziny chorego). Dane te są rejestrowane we właściwej dokumentacji, dostępne dla pracowników i zainteresowanego pacjenta, a także udostępniane oraz przekazywane odpowiednim członkom zespołu interdyscyplinarnego.

Pielęgniarka na podstawie zgromadzonych danych, bazując na wiedzy zawodowej i w porozumieniu z pacjentem, ustala diagnozę pielęgniarską. Następnie, opierając się na niej, w porozumieniu z chorym ustala indywidualny plan opieki. Ujmuje on całościowo pacjenta i jego rodzinę w odniesieniu do poszczególnych funkcji, których realizację na tym etapie planuje pielęgniarka.

Pielęgniarka wdraża plan opieki w sposób zapewniający uzyskanie maksimum założonych celów. W trakcie tego procesu plan ten jest na bieżąco korygowany w zależności od pozyskanych nowych informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta i jego samego. Ponadto reakcje chorego na podjęte działania pielęgniarskie podlegają systematycznej ocenie. Pielęgniarka onkologiczna przyjmuje wnioski z oceny za wytyczne do uaktualnienia bazy danych, diagnozy pielęgniarskiej oraz uprzednich planów opieki bądź ich części. Jest również odpowiedzialna za przekazanie pacjentowi, a także jego rodzinie wszystkich informacji niezbędnych do świadomego współuczestnictwa w podejmowaniu decyzji dotyczących opieki pielęgniarskiej oraz samoopieki.

W literaturze fachowej dotyczącej procesu pielęgnowania znajdują się informacje o komponentach jego dokumentowania. W skład dokumentacji ściśle związanej z nowoczesnym pielęgnowaniem wchodzi: arkusz do nanoszenia danych o podmiocie opieki oraz formularz planu opieki. Pierwszy z wymienionych dokumentów jest wzorem do zapisywania informacji o funkcjonowaniu pacjenta w sferze biopsychospołecznej uzyskanych z różnych źródeł. Dane zgromadzone w tym arkuszu stanowią podstawę diagnozy pielęgniarskiej, a dalej: formułowania, realizacji i oceny planu opieki na formularzu planu opieki. Oba dokumenty mogą być dla indywidualnych potrzeb modyfikowane [10].

Bardzo istotne w zapewnianiu jakości jest dokumentowanie świadczeń zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi. Pielęgniarki w zakresie udzielanej opieki dokonują wpisów zarówno w dokumentacji zbiorczej (zawierającej informacje na temat ogółu chorych korzystających ze świadczeń zdrowotnych zakładu), jak i indywidualnej (odnoszącej się do poszczególnych pacjentów). Dane dotyczące całego procesu diagnostyki, leczenia i pielęgnowania znajdują się w historii choroby, której elementami składowymi są:

- **formularz historii choroby,**
- **dokumenty dodatkowe:**
 - karta indywidualnej pielęgnacji,

- karta obserwacji,
- karta gorączkowa,
- karta zleceń lekarskich,
- karta przebiegu znieczulenia,
- wyniki badań diagnostycznych,
- wyniki konsultacji,
- protokół operacyjny,
- karta zabiegów fizykoterapeutycznych i inne.

Ze względu na różnorodną specyfikę leczenia onkologicznego i ściśle z nim związanej opieki zastosowanie mają różne karty obserwacji (parametrów życiowych, bilansu płynów, wydalin z drenów itp.) Wymaga się, żeby każda indywidualna dokumentacja medyczna, w tym także pielęgniarska, zawierała następujące informacje:

- **dane identyfikujące zakład:** nazwa zakładu i jego siedziba, adres, numer REGON,
- **dane identyfikujące pacjenta:** nazwisko i imię (imiona), data urodzenia, płeć, adres zameldowania, zamieszkania lub pobytu, numer PESEL,
- **dane identyfikujące osobę udzielającą świadczeń zdrowotnych:** nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, podpis,
- **datę dokonania wpisu,**
- **istotne informacje dotyczące stanu zdrowia pacjenta i jego choroby,**
- **opis procesu opieki pielęgniarskiej.**

Ponadto wymaga się, aby dokumentacja była prowadzona czytelnie, a kolejne wpisy były chronologiczne i opatrzone podpisem.

Jak już wyżej wspomniano, dane dotyczące pielęgnacji pacjenta (procesu pielęgnowania) są zawarte w **karcie indywidualnej pielęgnacji**. Formularz ten dokumentuje zaplanowane i zrealizowane świadczenia pielęgniarskie, które następnie podlegają ocenie. Informacje zebrane i zapisane w pielęgniarskiej dokumentacji medycznej zgodnie z powyżej wymienionymi zasadami tworzą pełen obraz stanu chorego. Na podstawie tych danych można postawić diagnozę pielęgniarską, a następnie planować, realizować i oceniać opiekę pielęgniarską. Personel pielęgniarski każdej zmiany dokonuje bieżącej oceny stanu pacjenta i odpowiednio modyfikuje plan opieki. Realizacja świadczeń potwierdzana jest własnoręcznym, czytelnym podpisem pielęgniarki. Nadzór nad prowadzeniem oraz dokumentowaniem opieki pielęgniarskiej sprawuje osoba odpowiedzialna za te działania w danej komórce organizacyjnej. W ten sposób można zebrać w jednym miejscu informacje istotne dla indywidualnego, całościowego i ciągłego pielęgnowania.

Dzięki pracy metodą procesu pielęgnowania istnieje możliwość zastosowania adekwatnie do istniejących deficytów standardów i algorytmów pielęgnowania. Zapewniona jest ciągłość opieki w zależności od indywidualnych

potrzeb pacjenta, a wszystkie udzielane świadczenia są udokumentowane. Sprawowanie opieki na podstawie procesu pielęgnowania i spójnej z nim dokumentacji jest niewątpliwie korzystne zarówno dla świadczących dane usługi, jak i dla chorego. Systematyzuje i porządkuje działania pielęgniarskie, a pacjentowi daje poczucie bezpieczeństwa i zaufania do personelu.

Prowadząc wgląd w kartę indywidualnej pielęgnacji, uzyskuje się wyraźny obraz tego, co, dlaczego, z jakim skutkiem oraz przez kogo w zakresie opieki było czynione bądź też jest zaplanowane do wykonania. Analiza prawidłowości i adekwatności zastosowanych działań jest punktem wyjścia do doskonalenia jakości świadczonych usług. Dokumentacja zindywidualizowanego pielęgnowania stanowi element oceny w zakresie ogólnych standardów akredytacyjnych, takich jak: ocena stanu chorego, opieka nad nim, jej ciągłość, zapewnienie praw pacjenta [1, 17, 28].

2.3.1. Standaryzacja usług pielęgniarskich

We współczesnym pielęgniarstwie dąży się do podnoszenia jakości świadczonych usług, a jednym z etapów tego procesu (zgodnie z cyklem zapewniania jakości) jest standaryzacja. Dzięki niej można doskonaląc podejmowane i realizowane przez pielęgniarki działania oraz dostosowywać je do realnie istniejących warunków pracy, oczekiwań pacjentów, a także wymagań teoretycznych. Wysiłki zmierzające w tym kierunku pozwalają, aby pielęgniarstwo zwiększało swój zakres autonomii w podejmowaniu działań i zadań. Tworzenie standardów przez środowisko pielęgniarskie jest przejawem stopniowego przechodzenia z rangi zawodu do profesji. Ponadto standaryzacja czynności, za które odpowiedzialny jest personel pielęgniarski, umożliwia sprawowanie opieki na pożądanym poziomie jakości. Dążenia do standaryzacji usług pielęgniarskich wynikają również z przysługującego pacjentowi prawa do uzyskiwania świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom wiedzy medycznej, a pielęgniarki są zobowiązane do wykonywania zawodu zgodnie z aktualną wiedzą.

Teoretycy pielęgniarstwa w początkowej fazie rozwoju standaryzacji stworzyli ogólne standardy dotyczące czynności pielęgniarskich, jakimi są: gromadzenie danych, diagnoza pielęgniarska, a także realizacja oraz ocena opieki pielęgniarskiej. Po wytyczeniu kierunku działań standaryzacyjnych obowiązek formułowania i wprowadzania standardów przesunięto na praktyków świadczeń pielęgniarskich.

Podstawy teoretyczne standaryzacji stworzone w Stanach Zjednoczonych stały się bazą dla polskich opracowań z tej dziedziny. Prace nad procesem standaryzacji opieki pielęgniarskiej w Polsce zapoczątkowano w 1992 roku przez powołanie do tego celu Komisji Standardów i Kwalifikacji Zawodowych (KSiKZ). Bardzo aktywny w tych działaniach był zespół problemowy na Wydziale Pielęgniarskim Akademii Medycznej w Lublinie. Dorobek

Komisji Standardów i Kwalifikacji Zawodowych został zaprezentowany w 1994 roku oraz rok później na II Krajowym Zjeździe Pielęgniarek i Położnych [17]. W następstwie rozwoju prac nad standaryzacją pojawiają się coraz liczniejsze opracowania na ten temat.

Sformułowano różne definicje **standardu**. Według Heleny Lenartowicz powinien się on cechować „**dążeniem do ideału zgodnie z założeniami teoretycznymi, ale z zachowaniem realizmu**” i jest on „**przeciętnym typem, modelem, normą, wzorcem**” [20]. W swej definicji Lenartowicz uwzględniła trzy czynniki:

- zgoda na określony poziom doskonałości, podstawowy poziom oraz odpowiedź na pytanie, co jest wystarczające,
- poziom wykonywania sprzężony z posiadanymi zasobami,
- profesjonalnie uzgodniony poziom świadczeń na rzecz określonej grupy pacjentów.

Standard w pielęgniarstwie jest pewnego rodzaju wzorem i modelem wykonywania czynności oraz realizacji funkcji pielęgniarstkich. Jego wdrażanie ma zapewnić wysoką jakość świadczonych usług, tak aby były one jak najbardziej profesjonalne. Nie można jednak zapomnieć o tym, by był on dostosowany do warunków stanowiska pracy pielęgniarki, a przez to możliwy do zrealizowania [2, 13, 21].

Standaryzacja jest procesem polegającym na wprowadzaniu standardów do codziennej pracy. Ogranicza wiele sposobów postępowania do niewielkiej liczby typowych, pozwalających na racjonalizację działania [27]. W praktycznym tworzeniu standardów należy zapewnić jakość świadczeń pielęgniarstkich oraz stosować m.in. kryteria jakości opieki zdefiniowane przez Maxwella (zostały one omówione w podrozdziale „Genealogia, terminologia i metodyka zapewniania jakości w pielęgniarstwie”).

Standardy dotyczące praktyki pielęgniarstkiej są formułowane, wdrażane i sprawdzane w jednostkach organizacyjnych, w których są realizowane. Dlatego też standardy odnoszące się do jednego zespołu czynności pielęgniarstkich mogą się różnić między sobą w poszczególnych szpitalach w zależności od specyfiki pracy w danej jednostce organizacyjnej oraz od jej możliwości (finansowych, personalnych, rzeczowych, organizacyjnych). Jest to zgodne z postulowanym programem dynamicznego procesu standaryzacji (DySSSy – Dynamic Standard Setting System). Program ten zawiera podstawowe zasady dynamicznego systemu standaryzacji, polegającego na monitorowaniu i ocenie standardów praktyki w miejscu, w którym jest wdrażany.

Wyróżniono 6 podstawowych zasad dynamicznego procesu standaryzacji:

- Standardy są opracowywane i wdrażane przez praktyków, a następnie przez nich kontrolowane.

- W proces standaryzacji włączony jest cały zespół pielęgniarek.
- Standardy skoncentrowane są na pacjencie.
- Standardy opracowywane są dla konkretnej sytuacji.
- Standardy są ustalane na poziomie możliwym do osiągnięcia.
- We wszystkich czynnościach związanych ze standardami postępowanie jest zespołowe, co zapewnia kompleksową opiekę [28].

Zastosowanie wyżej wymienionych zasad umożliwi efektywne działanie i dostosowanie go do realnie istniejących warunków, a także potrzeb pacjenta. Standard, który został stworzony zgodnie z zasadami DySSSy oraz poszczególnymi wyznacznikami jakości opieki, powinien się charakteryzować tzw. zespołem cech RUMBA [31] (od pierwszych liter określających cechy w języku angielskim sformułowane przez Appelmana: relevant – trafny, understandable – zrozumiały, measurable – mierzalny, behavioural – sformułowany jako określenie zachowania ludzi, achievable – osiągalny).

Do konstruowania standardów przyjmowana jest koncepcja Avedisa Donabediana [32], który wyodrębnił trzy kryteria: strukturę, proces i wynik.

- **Kryterium struktury** zawiera następujące zasoby: pracownicy, ich wiedza, umiejętności, kwalifikacje, lokal oraz środki, takie jak sprzęt medyczny, leki.
- **Kryterium procesu** w ujęciu standardów w praktyce pielęgniarstkiej to świadczenia pielęgniarstkie, a także związane z nimi czynności zarządzania i zaopatrzenia.
- **Kryterium wyników** odnosi się do oceny podjętych działań (przy określonych zasobach) wynikających z precyzyjnych pomiarów.

Konstruując standard pielęgnowania, należy pamiętać o tym, że powinien on zawierać **kryteria** (struktury, procesu, wyniku), wskaźniki osiągnięcia standardu oraz **narzędzia oceny**, jakimi są formularze oceny (np.: ankieta dla pacjenta, ocena występowania odczynu popromiennego itd.), karty informacyjne dla pacjenta [28]. Kontrola realizacji standardu dokonywana jest przez specjalnie do tego celu wyznaczone zespoły ds. standardów na podstawie formularza kontroli standardu, który jest jednym z elementów.

Jak już wcześniej wspomniano, standardy są istotnym, podstawowym narzędziem zapewniania jakości w dziedzinie praktycznej, jaką jest pielęgniarstwo. *W pielęgniarstwie onkologicznym mają zastosowanie zarówno standardy ogólne opieki pielęgniarstkiej, jak i te typowe dla onkologii.* Ze względu na wielokierunkowość profilaktyki chorób nowotworowych, a także diagnostyki i leczenia onkologicznego istnieje konieczność precyzowania wielu standardów w zakresie: edukacji i zapobiegania nowotworom, udziału pielęgniarki w diagnostyce onkologicznej czy też uczestnictwa personelu pielęgniarstkiego w terapii chirurgicznej oraz w radio- i chemioterapii (prowadzonej w warunkach ambulatoryjnych i szpitalnych). Formułując standardy w tych dziedzinach, należy się kierować ogólnymi wytycznymi procesu

standaryzacji i dostosować je do istniejących warunków oraz potrzeb w danej komórce organizacyjnej. Z uwagi na specyfikę leczenia onkologicznego, a także występujące w trakcie terapii problemy trzeba zapewnić pacjentowi oraz jego rodzinie wysokiej jakości opiekę pielęgniarską z zakresu: chemio- i radioterapii, onkologicznej terapii chirurgicznej, bólu, opieki paliatywnej i umierania. Praca zgodnie ze standardami zwiększa satysfakcję chorego ze świadczonej opieki.

Przykładowe standardy w pielęgniarstwie onkologicznym

Poniżej zaprezentowane zostały przykładowe standardy mające zastosowanie w onkologicznej opiece pielęgniarskiej [15, 16]. Zostały one utworzone samodzielnie przez pielęgniarki i zawierają narzędzia kontroli formułowane dla potrzeb monitorowania uzyskanych wyników.



Standard: opieka nad pacjentem leczonym promieniami jonizującymi.

Oświadczenie standardowe: zmniejszenie do minimum wystąpienia wczesnego odczynu popromiennego błon śluzowych jamy ustnej.

- Wszyscy pacjenci leczeni radioterapią w okolicy twarzoczaszki i szyi będą znali zasady pielęgnacji jamy ustnej oraz ich przestrzegali.
- Odczyn popromienny trzeciego stopnia nie wystąpi u więcej niż 10% chorych objętych standardem.

Narzędzia kontroli:

- karta profilaktyki i pielęgnacji odczynu popromiennego błony śluzowej jamy ustnej,
- karty analizy: miesięcznej, kwartalnej, półrocznej i rocznej.



Standard: zapobieganie powikłaniom po biopsji (trepanobiopsji) szpiku kostnego.

Oświadczenie standardowe:

- Zapobieganie powikłaniom poprzez zastosowanie pielęgniarskich działań zapobiegawczych, tj.:
 - reżimu łóżkowego po zabiegu i odpowiedniego ułożenia w łóżku z udogodnieniami,
 - opatrunku uciskowego,
 - okładów z lodu,
 - jałowej zmiany opatrunku,
 - pobieranie w razie potrzeby wymazów bakteriologicznych z miejsca nakłucia,
 - uczestnictwo w farmakoterapii.

- U 95% pacjentów poddanych biopsji (trepanobiopsji) szpiku kostnego nie wystąpią powikłania późne w postaci przedłużającego się krwawienia powyżej 1. dnia po zabiegu, krwaka lub zakażenia.

Narzędzia kontroli:

- karta zapobiegania powikłaniom po biopsji (trepanobiopsji) szpiku kostnego,
- analiza miesięczna, kwartalna, półroczna i roczna standardu.



Standard: postępowanie pielęgniarskie związane z edukacją młodzieży szkół ponadgimnazjalnych w zakresie profilaktyki onkologicznej.

Oświadczenie standardowe:

- Młodzież potrafi zidentyfikować i omówić czynniki ryzyka związane z powstawaniem nowotworów złośliwych, szczególnie odnoszące się do stylu życia.
- 90% edukowanej młodzieży otrzyma po wypełnieniu ankiety edukacyjnej wynik bardzo dobry (udzieli co najmniej 8 prawidłowych odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie).

Narzędzia kontroli:

- ankieta edukacyjna na temat wiedzy prozdrowotnej dla młodzieży szkół ponadgimnazjalnych,
- karty analizy: miesięcznej, kwartalnej, półrocznej i rocznej standardu.



Standard: opieka pielęgniarska nad pacjentem w trakcie jego pierwszej chemioterapii.

Oświadczenie standardowe:

- Standard ma na celu zapewnienie kompleksowej opieki pielęgniarskiej podczas chemioterapii przez edukację pacjenta w zakresie zaleceń w trakcie leczenia dotyczących:
 - sposobu radzenia sobie z objawami niepożądanymi,
 - zasad odżywiania,
 - postępowania po wynacznieniu cytostatyku do tkanek miękkich.
- 90% chorych będzie znało zasady postępowania w czasie chemioterapii.

Narzędzia kontroli:

- kwestionariusz dla pacjentów dotyczący jakości opieki pielęgniarskiej w trakcie chemioterapii (w skali od minimum 0 pkt do maksimum 6 pkt),
- analiza danych standardu za miesiąc, kwartał, półrocze, rok.



Standard: pielęgnacja pacjenta z portem podskórnym.

Oświadczenie standardowe:

- U wszystkich chorych, u których wykonana będzie kaniulacja żył pod-obończykowych w celu założenia portu, zastosowane będą zasady postępowania zmniejszające niebezpieczeństwo zapalenia żył poprzez:
 - zachowanie pełnej jałowości przy czynnościach związanych z obsługą portu i cewnika, przez który podawane są leki,
 - stosowanie prawidłowej techniki wkłucia,
 - prawidłowe unieruchomienie igły założonej do portu i zabezpieczenie wkłucia jałowym opatrunkiem,
 - utrzymanie drożności portu oraz cewnika,
 - ciągłą obserwację i odnotowywanie jej wyników w karcie obserwacji wkłucia igły Hubera.
- U 90% pacjentów nie wystąpią powikłania w postaci stanu zapalnego, zakażenia, niedrożności.

Narzędzia kontroli:

- karta obserwacji wkłucia igły Hubera w ambulatorium chemioterapii.



Standard: postępowanie położnej z pacjentką z zaawansowanym rakiem szyjki macicy.

Oświadczenie standardowe:

- Standard ma na celu zapewnienie profesjonalnej i kompleksowej opieki pielęgniarzkiej pacjentce z zaawansowanym rakiem szyjki macicy oraz minimalizowanie niepożądanych objawów choroby poprzez:
 - w przypadku krwawienia z dróg rodnych:
 - zastosowanie reżimu łóżkowego,
 - zimne okłady z lodu na brzuch,
 - zapewnienie środków higienicznych,
 - pomoc przy toalecie krocza,
 - asystowanie przy setonowaniu pochwy,
 - w przypadku wystąpienia nudności, wymiotów, biegunki:
 - zastosowanie odpowiedniej diety,
 - zapewnienie środków higienicznych,
 - podanie płynów do płukania jamy ustnej,
 - przyniesienie basenu i pomoc w toalecie krocza,
 - zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu na sali (jej przewietrzenie, nawilżanie powietrza),
 - w przypadku pacjentek z założoną nefrostomią:
 - dbałość o drożność przetoki,
 - zmianę opatrunków z zachowaniem zasad aseptyki,
 - obserwację ilości i jakości wydalanego moczu,

- w przypadku wystąpienia odczynu popromiennego w trakcie teleterapii:
 - stosowanie maści przeciwdparzeniowych,
 - wietrzenie miejsca napromienianego.
- W wyniku zastosowanych czynności pielęgniarzskich u 60% pacjentek wystąpi poprawa zdrowia.

Narzędzia kontroli:

- karta obserwacji pacjentek z zaawansowanym rakiem szyjki macicy,
- karta analizy: miesięcznej, kwartalnej, półrocznej i rocznej standardu.



Standard: opieka pielęgniarzka nad pacjentem z guzem gruczołu krokowego po napromienianiu irydem.

Oświadczenie standardowe:

- Pacjenci po leczeniu guza gruczołu krokowego będą się czuli bezpiecznie, a wnikliwa ich obserwacja oraz stały nadzór nad nimi zmniejszy ryzyko powikłań po napromienianiu i znieczuleniu zewnątrzoponowym.
- Każdy chory zostanie objęty opieką pielęgniarzką w celu zminimalizowania skutków ubocznych po leczeniu irydem przez:
 - płaskie ułożenie po zabiegu, polecenie niewykonywania gwałtownych ruchów głową,
 - systematyczną kontrolę parametrów życiowych do czasu ustąpienia znieczulenia,
 - monitorowanie stopnia nasilenia bólu, stosowanie łagodnych leków przeciwbólowych,
 - obserwację moczu w kierunku krwawienia, udział w farmakoterapii,
 - dbałość o stałą drożność cewnika (usuwanie zagięć cewnika), a w razie potrzeby – jego wymianę,
 - zachowanie jałowości podczas pielęgnacji cewnika w okolicy cewki moczowej,
 - kontrolę krwawienia z miejsc po usunięciu igieł,
 - jałowe postępowanie przy zmianie opatrunku,
 - uspokojenie pacjenta oraz zapewnienie mu poczucia bezpieczeństwa podczas terapii i po zakończonym leczeniu.
- U 98% chorych leczonych irydem nie wystąpią powikłania.

Narzędzia kontroli:

- karta obserwacji pacjentów po znieczuleniu przewodowym i leczonych irydem,
- karty analizy: miesięcznej, kwartalnej, półrocznej i rocznej standardu.



Standard: przygotowanie pacjentki po przebytych zabiegach mastektomii do sprawowania samoopieki w warunkach domowych.

Oświadczenie standardowe:

- Kobieta po przebytych zabiegach mastektomii zostaje objęta kompleksową opieką pielęgniarską, zmierzającą do optymalnego przygotowania psychicznego i fizycznego do sprawowania samoopieki i samopielęgnacji.
- 90% pacjentek będzie w pełni zdolnych do sprawowania samoopieki w warunkach domowych.

Narzędzia kontroli:

- ankieta dla chorej dotycząca przygotowania do samoopieki w warunkach domowych,
- analiza miesięczna, kwartalna, półroczna i roczna standardu.



Standard: przyjęcie pacjenta po raz pierwszy na terapię cytostatykami w warunkach ambulatoryjnych.

Oświadczenie standardowe:

- podniesienie poziomu jakości opieki pielęgniarskiej nad chorym w trakcie chemioterapii,
- udzielenie pacjentowi przyjmowanemu po raz pierwszy na terapię niezbędnych informacji na temat działań ubocznych leków cytostatycznych, powikłań po kaniulacji, odżywiania w trakcie leczenia,
- przygotowanie chorego do chemioterapii,
- zminimalizowanie lęku pacjenta przed pogorszeniem się jakości życia, związanego z długotrwałym leczeniem cytostatykami.

Narzędzia kontroli:

- kwestionariusz dla pacjentów dotyczący jakości świadczonych usług pielęgniarskich,
- karty miesięcznej, kwartalnej, półrocznej i rocznej analizy standardu.

W wyniku wdrażania i monitorowania standardów pielęgnowania nad pacjentami onkologicznymi uzyskuje się wysoką jakość opieki pielęgniarskiej, a założone wskaźniki są osiągnięte.

Piśmiennictwo

1. Adameczyk K.: *Metody pielęgnowania: tradycyjna i nowoczesna*. W: *Pielęgniarstwo neurologiczne*. Wyd. Czelej, Lublin 2000, 96–97.
2. Buczkowska E.: *Po co komu jakość?* Mag. Pielęg. Położ., 2004, 1–2, 8–9.
3. Ciechaniewicz W.: *Standard w pielęgniarstwie*. W: *Standardy praktyki w zawodzie pielęgniarki i położnej*. Biuletyn Komisji Standardów i Kwalifikacji Zawodowych Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1995, 47–53.

4. Gąsior E.: *Jakość w szpitalu*. Mag. Pielęg. Położ., 2003, 12, 10–11.
5. Gąsior E.: *Korzyści z jakości*. Mag. Pielęg. Położ., 2004, 10, 7.
6. Gąsior E.: *Różne oblicza jakości*. Mag. Pielęg. Położ., 2004, 7–8, 6–7.
7. Gąsior E.: *Spełnić wymagania standardowe*. Mag. Pielęg. Położ., 2004, 4, 9–10.
8. Gąsior E.: *Standardy podstawą oceny*. Mag. Pielęg. Położ., 2004, 3, 10.
9. Gąsior E.: *System zarządzania jakością w szpitalu*. Mag. Pielęg. Położ., 2004, 9, 8.
10. Górajek-Jóźwik J.: *Podstawy i założenia zindywidualizowanego pielęgnowania*. W: *Pielęgniarstwo* (red. K. Zahradniczek). Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2006, 140–177.
11. Górajek-Jóźwik J.: *Proces pielęgnowania*. W: *Pielęgniarstwo rodzinne* (red. Z. Kawczyńska-Butrym). Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1997, 57–80.
12. Jaracz K., Górna K., Dróżdż Z.: *Standard jako istotny element procesu oceny jakości opieki pielęgniarskiej*. Post. Pielęg. Prom. Zdr., 1996, 10, 131–140.
13. Kawczyńska-Butrym Z.: *Standardy pielęgnowania w podstawowej opiece zdrowotnej*. W: *Standardy praktyki w zawodzie pielęgniarki i położnej*. Biuletyn Komisji Standardów i Kwalifikacji Zawodowych Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1995, 88–100.
14. Koper A.: *Rozwój pielęgniarstwa w Centrum Onkologii w Bydgoszczy w latach 2000–2006*. Biuletyn Informacyjny Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Bydgoszczy, Bydgoszcz 2006, 3–4.
15. Koper A.: *Wymierne korzyści zastosowania standardu*. Mag. Pielęg. Położ., 2006, 4, 32–33.
16. Koper A.: *Wymierne korzyści zastosowania standardu (cd.)*. Mag. Pielęg. Położ., 2006, 7–8, 32–33.
17. Krasuska M.E.: *Opieka w chorobie nowotworowej*. Yokam, Lublin 1997, 19–74.
18. Kulikowski J., Wójcik B.: *Który system oceny zewnętrznej wybrać: akredytację czy ISO?* Zdr. Zarz., 2003, 5 (6), 33–38.
19. Lenartowicz H.: *Zagadnienia organizacji pracy pielęgniarskiej*. W: *Pielęgniarstwo* (red. K. Zahradniczek). Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2006, 212–227.
20. Lenartowicz H.: *Zarządzanie jakością w pielęgniarstwie*. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1998, 9–104.
21. Marciniak R.: *Wykorzystanie instrumentów pomiaru jakości w celu udoskonalenia poziomu świadczeń usług medycznych*. Antidotum, 1999, 8, 6–34.
22. Merklinger-Soma M.: *Jakość w opiece medycznej. Praca podyplomowa*. Akademia Ekonomiczna, Wyższa Szkoła Zarządzania i Przedsiębiorczości w Krakowie, Kraków 2005, 5–42.
23. Niżankowski R.: *Jakość świadczeń zdrowotnych i jej ocena*. Zdr. Zarz., 2003, 5 (6), 7–17.
24. Nowak G.: *W poszukiwaniu źródeł jakości*. Mag. Pielęg. Położ., 2005, 10, 12–13.
25. Piątek A.: *Doskonalenie jakości opieki pielęgniarskiej*. W: *Podstawy organizacji pracy pielęgniarskiej* (red. A. Ksykiewicz-Dorota). Wyd. Czelej, Lublin 2004, 161–179.
26. Piątek A.: *Objaśnienia podstawowych pojęć zastosowanych w opracowanych standardach*. W: *Standardy praktyki w zawodzie pielęgniarki i położnej*. Biuletyn Komisji Standardów i Kwalifikacji Zawodowych Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 1995, 66–69.
27. Piątek A. (red.): *Standardy opieki pielęgniarskiej w praktyce – przewodnik metodyczny*. NIPiP, Warszawa 1999, 7–55.