

Edyta Kędra

Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy

P raktyka pielęgniarska oparta na faktach – wymóg czy konieczność?

Evidence-based nursing – requirement necessity?

STRESZCZENIE

Zachodzące ostatnio modyfikacje w systemie opieki zdrowotnej wymuszają wprowadzenie zmian dotyczących sposobu prowadzenia i organizacji praktyki pielęgniarskiej. Pożądanym modelem jest wariant bardziej dynamiczny, płynny i elastyczny, który w dużej mierze skupiony jest na pacjencie, jego potrzebach i oczekiwaniach, dopasowujący się do realnych potrzeb sytuacji i okoliczności. W modelu tym pielęgniarstwo powinno cechować: kompetencja, skuteczność działania oraz twórcze współistnienie teorii i praktyki. Celem niniejszego opracowania było przedstawienie znaczenia podstawowej wiedzy na temat współczesnych metod naukowych stosowanych w szeroko pojętej opiece zdrowotnej, na wszystkich jej szczeblach oraz znaczenia umiejętności oceny wiarygodności i przydatności informacji medycznej.

Problemy Pielęgniarstwa 2011; 19 (3): 391–395

Słowa kluczowe: efektywność opieki pielęgniarskiej, opieka pielęgniarska oparta na faktach (EBN/EBNP)

ABSTRACT

Changes in system of healthy protection presently giving observe force introduction change concerning manner conduct and organization of nursing practice. Model desirable and so to say, model is more dynamic presenting necessity modern time, liquid and elastic, which is concentrated in big measure on patient and requirements and expectations, for real requirements of situations adjusting and circumstances. Competences should feature nursing in this model and efficiency of operation and creative co-existence of theory and practices. Presentation of meaning of basic knowledge is purpose of the present elaboration about modern scientific methods applicable in widely comprehended healthy protection, on all its rungs and meanings of abilities of estimates of credibility and usefulness of medical information.

Nursing Topics 2011; 19 (3): 391–395

Key words: efficiency of nursing protection, evidence-based nursing (EBN/EBNP)

Wstęp

Charakterystycznym znakiem współczesnych czasów jest zauważalny wzrost znaczenia jakości. Nie jest ona stanem idealnym, ale obiektywnym celem, do którego powinno się dążyć. Poprawa jakości powinna zapewnić sprawne i efektywne funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej i wszystkich jego podsystemów, prowadząc do zadowolenia pacjentów z otrzymanych usług, satysfakcji pracowników z wykonywanej pracy oraz do lepszego i efektywniejszego wykorzystania posiadanych zasobów.

Aby móc sprostać wymaganiom jakościowym, należy zwrócić uwagę na konieczność dokonania zmian,

także w dotychczasowym podejściu do kształcenia ustawicznego. Obecnie przed całym systemem opieki zdrowotnej i podsystemem pielęgniarstwa, zarówno w Polsce, jak i na świecie, stoją nowe wyzwania. Można je ująć w 3 kategoriach: medycznej, ekonomicznej i etyczno-prawnej.

Do wyzwań w kategorii medycznej, stojących przed podsystemem pielęgniarstwa, zaliczyć należy zwiększone zapotrzebowanie na opiekę długoterminową, w tym także na opiekę paliatywną, oraz na opiekę sprawowaną w miejscu zamieszkania i wychowania, co stanowi konsekwencję obserwowanego już od dłuższego czasu zjawiska starzenia się społeczeństw. Wszystko to w spo-

sób istotny wpływa na modyfikację zadań stojących przed pielęgniarką.

Na kolejną kategorię — wyzwania ekonomiczne — składają się między innymi koszty związane ze świadczeniem opieki długoterminowej i opieki intensywnej, zwiększająca się liczba osób nieaktywnych zawodowo (emeryci i renciści), których utrzymanie spada na barki społeczeństwa, oraz system obowiązujących w danym kraju podatków, zasiłków i innych przywilejów, z których potrzebujący mogą korzystać.

Ostatnia kategoria, etyczno-prawna, związana jest z dylematami etycznymi i pojawiającymi się, niestety, błędami w sztuce pielęgniarskiej, które mogą być konsekwencją zwiększania kompetencji, niewłaściwego nadzoru nad jakością świadczonej opieki, a także zwiększeniem praw pacjenta, który coraz częściej korzysta z możliwości do zgłaszania błędów w sztuce medycznej.

Zachodzące aktualnie modyfikacje w systemie opieki zdrowotnej wymuszają także wprowadzenie zmian dotyczących sposobu prowadzenia i organizacji praktyki pielęgniarskiej. Tradycyjny model ma charakter statyczny, ze ściśle zdefiniowanymi funkcjami zawodowymi, do których przypisane zostały określone czynności. Modelem pożądanym jest wariant bardziej dynamiczny, płynny i elastyczny, który w dużej mierze skupiony jest na pacjencie, jego potrzebach i oczekiwaniach, dopasowujący się do realnych potrzeb, sytuacji i okoliczności. W modelu tym pielęgniarstwo powinno cechować kompetencja, skuteczność działania oraz twórcze współistnienie teorii i praktyki. Należałoby zwrócić większą uwagę na znaczenie intensywnego doksztalcania w zakresie praktyki zawodowej, na postrzeganie samokształcenia jako własnej inicjatywy, a nie obowiązku narzucanego z zewnątrz.

Cel pracy

Celem niniejszego opracowania było przedstawienie znaczenia podstawowej wiedzy na temat współczesnych metod naukowych stosowanych w szeroko pojętej opiece zdrowotnej na wszystkich jej szczeblach oraz znaczenia umiejętności oceny wiarygodności i przydatności informacji medycznej. Praktyczne wykorzystanie tych danych powinno stać się podstawową umiejętnością każdej pielęgniarki. Pozwoli to w przyszłości na zwiększenie autonomii tego zawodu i na uzyskanie większego prestiżu, którego rezultatem będzie pozyskiwanie nowych kadr pielęgniarskich, wzrost wynagrodzeń oraz większa satysfakcja z wykonywanej pracy.

Medycyna oparta na faktach (EBM, *evidence-based medicine*) to świadome, jasne i przemyślane zastosowanie najlepszego aktualnego dowodu w podejmowaniu decyzji dotyczących konkretnego pacjenta. Prakty-

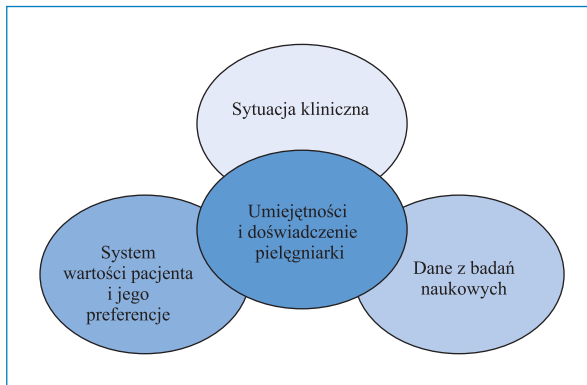
kowanie EBM oznacza zintegrowanie indywidualnych umiejętności i wiedzy (*expertise*) z najlepszym aktualnie dostępnym, zewnętrznym dowodem klinicznym (*evidence*) pochodzącym z badań metodycznych (*systematic research*) [1]. Uogólniając, są to informacje lub dane, które wspierają dany wniosek. Do grupy danych, jakie można w tym przypadku wykorzystać, zalicza się między innymi wynik doświadczenia empirycznego, interpretacje wyniku doświadczenia, obserwację oraz retro- lub prospektywną analizę obserwacji, studium charakterystycznego przypadku, opinie eksperta oraz ankietę.

W przypadku działań pielęgniarskich można mówić o opiece pielęgniarskiej opartej na faktach (EBNP, *evidence-based nursing practice*/EBN, *evidence-based nursing*). Obejmuje ona idee i zasady podejmowania decyzji w opiece nad pacjentem na podstawie wiarygodnych danych naukowych [2–4].

Wyeksponowanie w nazwie danych z badań naukowych (*evidence*) nie oznacza, że wystarczają one do podejmowania decyzji klinicznych lub odgrywają w tym procesie najważniejszą rolę. Są one niezbędne i należy je umiejętnie wykorzystywać. Zanim będzie można zrobić z nich użytek, należy trafnie rozpoznać sytuację kliniczną, czyli ustalić diagnozę i dostępne opcje postępowania, które zależą także od uwarunkowań systemu opieki zdrowotnej (dostępność badań diagnostycznych, leków, zabiegów itp.). Indywidualne umiejętności i doświadczenie personelu medycznego, w tym także pielęgniarek, są tu niezastąpione. Niemniej jednak rozważenie korzystnych i niekorzystnych skutków różnych działań wymaga znajomości danych z badań naukowych — umiejętności ich znalezienia, krytycznej oceny pod kątem wiarygodności i znaczenia klinicznego oraz odniesienia do danego pacjenta. Wreszcie można wybrać postępowanie, które jest w danej sytuacji optymalne. Jednak aby tak się stało, należy wziąć pod uwagę system wartości, jakim kieruje się dany pacjent, i jego preferencje.

Dowód (*evidence*) to tylko część EBNP/EBN — najważniejszy jest pacjent, jego przekonania, pragnienia, preferencje, plany. Pielęgniarka musi umieć praktycznie wykorzystywać swoje umiejętności i wiedzę medyczną, by zaproponować konkretnemu pacjentowi wybór pielęgnacji, terapii najlepiej łączący jego aktualny stan zdrowia z jego preferencjami i oczekiwaniami (EBPC, *evidence-based patient choice*). Aby pomóc pacjentowi wybrać najefektywniejszą, odpowiadającą mu procedurę/pielęgnację, pielęgniarka sięga po dowód zewnętrzny (*evidence*), uzasadniający ten wybór (ryc. 1).

Praktyka oparta na dowodzie (EBP, *evidence-based practice*), to proces opieki (pielęgnacji), który uwzględnia pacjenta oraz jego preferencje i działania, środowisko kliniczne i dostępne w nim środki



Rycina 1. Schemat *evidence-based medicine* (opracowanie własne)
Figure 1. Scheme of evidence-based medicine (personal elaboration)

oraz aktualny, dający się zastosować dowód naukowy (*scientific evidence*), i łączy te 3 czynniki dzięki klinicznej wiedzy (*clinical expertise*) i szkoleniu osób świadczących opiekę zdrowotną [5]. Przytoczone definicje zakładają, że pielęgniarka staje się ekspertem w wąskiej dziedzinie (np. chirurgii, medycyny wewnętrznej, opieki paliatywnej itp.), a świadczona przez nią opieka dostosowywana jest do konkretnego pacjenta i na miarę możliwości środowiska klinicznego. Wszelkie kliniczne decyzje konfrontowane są z najlepszą, aktualnie dostępną wiedzą medyczną i na tej podstawie pielęgniarka podejmuje wraz z pacjentem decyzje kliniczne (*shared-decision making*). Należy jednak pamiętać, że ostateczna decyzja i wybór należy tylko do pacjenta. Wszystkie podejmowane kliniczne decyzje oraz zabiegi pielęgnacyjne powinny być bezpieczne zarówno dla pacjenta, jak i dla wykonującej je pielęgniarki, zgodnie z obowiązującą aktualnie w tym względzie wiedzą medyczną i aktualnie dostępnym tak zwanym dowodem zewnętrznym, przy aktywnym uczestnictwie pacjenta. Nie chodzi tu tylko o poinformowanie pacjenta, ale przede wszystkim o poznanie jego opinii i preferencji oraz uzyskanie jego zgody [1, 6].

Tradycyjna forma współpracy z pacjentem obejmowała przede wszystkim skupienie uwagi na chorobie, problemie. Pacjent najczęściej był traktowany przedmiotowo. Pielęgniarki często zbywały pacjentów lub ewentualnie dawały im nadzieje, które były nieadekwatne do aktualnej sytuacji zdrowotnej pacjenta. Efektem takiego postępowania jest pozostawienie pacjenta samemu sobie.

W preferowanym nowym modelu pielęgniarstwa współpraca z pacjentem powinna obejmować zapewnienie bezpieczeństwa pacjenta i pielęgniarki, uwzględniać życzenia i oczekiwania pacjenta oraz

jego preferencji (pacjent podejmuje ostateczną decyzję), proaktywne udzielanie informacji ze strony pielęgniarki o potencjalnych bliskich i dalszych efektach ubocznych postępowania, zabiegu, potencjalnie możliwym odczuwaniu nieprzyjemnych doznań, bólu. Jeśli jest to możliwe, należy przedstawić pacjentowi kilka możliwości do wyboru, informując go, która z punktu medycznego, pielęgniarskiego jest dla niego korzystniejsza (efektywność, skutki uboczne, następstwa wyboru, koszt, etyka i prawo); wykorzystanie tak zwane *decision aid*.

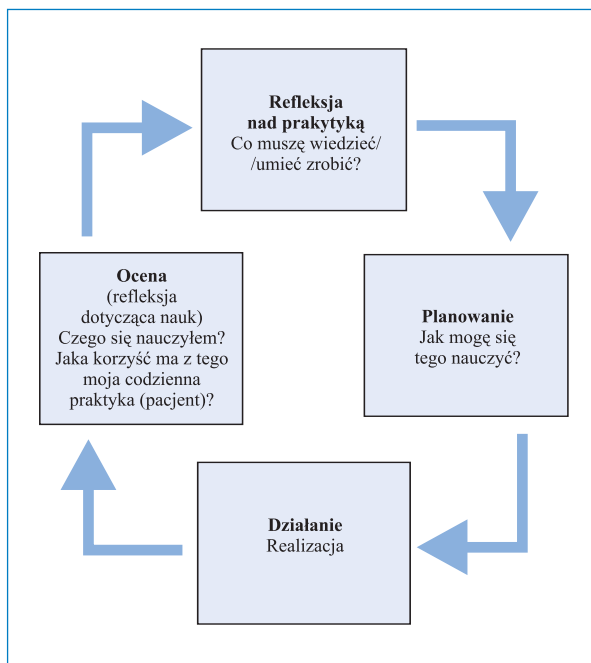
Wybór pacjenta wsparty dowodem zewnętrznym to wspólny, selektywny wybór najlepszych opcji leczenia i pielęgnacji, które akceptuje chory. Jest to także nowy model edukacji pacjenta, który bierze pod uwagę preferencje pacjenta zależne od jego statusu społecznego, ekonomicznego, wierzeń, pragnień i innych planów niezwiązanych bezpośrednio z terapią, leczeniem lub pielęgnacją [2]. Nowy model wymaga od pielęgniarek eksperckiej wiedzy, wycucia w kontakcie z pacjentem połączonego ze szczerością i otwartością. Rolą pielęgniarki jest umożliwienie pacjentowi w najlepszy i profesjonalny sposób wybrania dogodnego dla niego rozwiązania, zapewniając mu na każdym etapie najefektywniejsze formy terapii, leczenia i pielęgnacji. Konieczna jest tu ścisła współpraca z samym pacjentem, jego rodziną, lekarzem, psychoterapeutą, rehabilitantem. Należy jednak pamiętać, że ostateczne decyzje na każdym etapie terapii podejmuje pacjent.

Wdrażając EBP, należy wskazać na jego 3 nierozłączne obszary: strefę osobistą, sferę organizacji oraz sferę edukacji. Obszar osobisty EBP obejmuje przede wszystkim autorefleksję, krytyczne myślenie oraz ustawiczne kształcenie i rozszerzanie kompetencji (CPD Plan, *continuing professional development plan*) (ryc. 2).

Krytyczne myślenie (*critical thinking*) charakteryzuje się praktycznym podejściem, analizuje dostępne informacje, wartościuje je, dokonuje syntezy, by ostatecznie uzyskać odpowiedź, rozwiązanie problemu lub sformułować wniosek. Jego celem jest rozwiązanie problemu i dotarcie do prawdy. Sztuki krytycznego myślenia można się nauczyć i należy ją doskonalić.

Zwrócenie uwagi na obszar osobisty EBP w praktyce pielęgniarskiej pozwala na korzystanie z autonomii tej praktyki, a także zwraca uwagę na fakt, jak ważne jest specyficzne podejście do samego warsztatu pracy i własnej praktyki. Brak refleksji często prowadzi do niebezpiecznej rutyny. Tak więc autorefleksja musi być wpisana w życie zawodowe pielęgniarek.

Kolejnym ważnym obszarem EBP jest sfera organizacji, obejmująca między innymi model zmiany praktyki klinicznej, ustawiczne podnoszenie jakości opieki, wsparcie dla personelu, opracowanie CPD Plan dla personelu. Zarządzanie kliniczne (*cli-*



Rycina 2. Obszar osobisty *evidence-based practise* — autorefleksja (opracowanie własne)

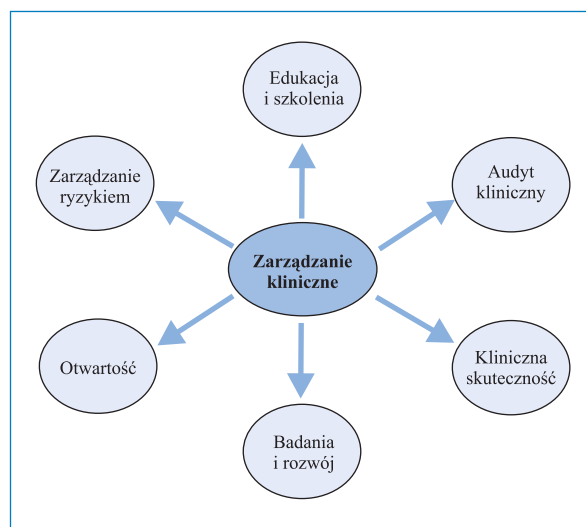
Figure 2. Personal area *evidence-based practise* — autoreflexion (personal elaboration)

nical governance) to globalny proces zapewnienia jakości, pomyślany w taki sposób, aby gwarantować utrzymanie i ustawiczne doskonalenie standardów opieki oraz kształtować odpowiedzialność publicznej ochrony zdrowia [3]. Jego schemat przedstawiono na rycinie 3.

Modele zmiany praktyki oparte na dowodzie (*evidence*) to tłumaczenie wiedzy opartej na badaniach w codziennej praktyce szpitala/przychodni/domu opieki itd. Obecnie znane modele to model IOWA, Stetlera, Ottawa, model Uniwersytetu Johna Hopkinsa.

Ważnym elementem obszaru organizacji EBP jest spójność zarządzania, obejmująca poziomy opieki, nadzoru, personelu, sprzętu i otoczenia. Na każdym z tych poziomów możliwe staje się udzielenie odpowiedzi na konkretnie stawiane pytania, co przedstawiono w tabeli 1.

Ostatnim istotnym obszarem EBP jest sfera edukacji, na którą składają się model edukacji pielęgniarskiej (według *National League for Nursing*), *work-based learning + CPD Plan*, *inquiry-based learning* oraz rola liderów i mentorów. Ważnym atrybutem tego obszaru jest kształcenie ustawiczne w miejscu pracy (*work-based learning*). Jest to ustawiczne, powszechne, wielopoziomowe, zorganizowane oraz metodycznie uporządkowane doskonalenie wiedzy i przekładanie jej na umiejętności praktyczne personelu danego oddziału (jednostki)



Rycina 3. Obszar organizacji *evidence-based practise* — zarządzanie kliniczne [3]

Figure 3. Area of organization *evidence-based practise* — clinical governance [3]

w miejscu pracy [4]. Istnieje wiele zalet kształcenia ustawicznego w miejscu pracy, wśród których wymienia się zgodność z zainteresowaniami pielęgniarki (świadomie wybierającej takie, a nie inne miejsce pracy, oddział, jednostkę), efektywność (koncentruje się na specyfice oddziału, możliwość łatwego i konkretnego przełożenia wiedzy na codzienną praktykę), niskie koszty i większą efektywność, niż w przypadku kursów czy szkoleń zewnętrznych oraz aktualność, większą praktyczność (brak dodatkowych kosztów, więcej czasu, który musiałby być wykorzystany na podróż oraz nocleg; możliwość pogodzenia życia zawodowego z prywatnym) [2, 6].

Wśród korzyści dla zakładu pracy należy wymienić mniejszą liczbę pozwów sądowych, lepsze rezultaty leczenia i terapii, zmniejszenie liczby błędów medycznych, zmniejszenie liczby wypadków, obniżenie kosztów leczenia przy zwiększeniu jego efektywności i jakości, zastosowanie uzyskanych środków do trafnej polityki kadrowej [2, 6].

Podsumowanie

Intensywne zmiany zachodzące w systemach opieki zdrowotnej powodują, że zwraca się coraz większą uwagę na jakość świadczonych usług medycznych, w tym także usług pielęgniarskich. Zapewnienie jakości opieki pielęgniarskiej wymaga spełnienia tych samych wymagań, jakie stawiane są przed całym systemem ochrony zdrowia. Kryteria, przy pomocy których dokonywana jest ocena jakości opieki pielęgniarskiej, są pochodną rozwoju podsystemu pielęgniarstwa, jego autonomicznych celów i funkcji, przyjętej filozofii i koncepcji pielęgnowania oszacowanych potrzeb zdrowotnych spo-

Tabela 1. Obszar organizacji *evidence-based practise* — spójność zarządzania [1–3]**Table 1.** Area of organization *evidence-based practise* — cohesion management [1–3]

Poziom opieki	Poziom nadzoru	Poziom personelu	Poziom sprzętu
Czy rodzaj opieki/ leczenia jest właściwy dla danego pacjenta?	Czy zakres kontroli jest wystarczająco szeroki?	Czy opiekę nad pacjentem sprawuje kompetentna osoba?	Czy wyposażenie jest odpowiednie?
Czy podejmowane działania, leczenie/opieka są bezpieczne dla pacjenta?	Czy pacjent otrzymuje odpowiednie informacje we właściwym czasie?	Czy personel zna swoje obowiązki?	Czy sprzęt jest sprawny?
Czy pacjent w pełni rozumie, co się dzieje?	Czy otrzymywane przez pacjenta informacje są dla niego zrozumiałe?	Czy personel wie, jak bezpiecznie wykonywać swoje obowiązki?	Czy personel został przeszkolony w zakresie użycia sprzętu?
Czy zostało to właściwie udokumentowane?	Jakie jest postępowanie, jeśli uzyskane informacje wskazują na istnienie problemu?	Czy pacjent otrzymuje opinię o tym, jak sobie radzi?	Czy personel zna procedury postępowania w przypadku awarii sprzętu?
Jakie jest postępowanie w przypadku wystąpienia problemów?	Jak można użyć tych informacji, by udoskonalić opiekę/usługę?	Czy personel wie co robić, jeśli wyniki działań nie są zadowalające?	Jaki sprzęt mógłby usprawnić pracę i poprawić jej wyniki?
Jak można zwiększyć jakość opieki/leczenia?	Czy dane dotyczące zwiększenia jakości uzyskanych informacji są precyzyjne i przydatne?	Jak można zwiększyć jakość pracy personelu?	Czy rodzaj środowiska jest właściwy dla usprawnienia pracy i poprawy jej wyników?

łączeństwa, a także systemu prawnego regulującego funkcjonowanie opieki zdrowotnej i pielęgniarstwa. Kryteria jakości opieki pielęgniarskiej, stosowane w praktyce oceniania, odnoszą się do realizacji głównych funkcji pielęgniarstwa i wynikających z nich zadań, ale także do sposobu zorganizowania opieki i osiąganych rezultatów. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) sformułowała zalecenia dotyczące zapewnienia jakości opieki pielęgniarskiej. Europejskie Biuro Regionalne WHO, w wydanej w 1993 roku publikacji zatytułowanej „Pielęgniarstwo w działaniu. Umocnianie pielęgniarstwa i położnictwa na rzecz zdrowia dla wszystkich”, koncentruje się na dwóch kwestiach: przywódczej roli pielęgniarki i rozwoju praktyki pielęgniarskiej [7]. Do pełnej realizacji tych kwestii posłużyć może praktyczne zastosowanie EBNP/EBN w podsystemie pielęgniarstwa.

Piśmiennictwo

1. Sackett D.L., Rosenberg W.M., Gray J.A., Haynes R.B., Richardson W.S. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312: 71–72.
2. Krahn M., Naglie G. The next step in guideline development: incorporating patient preference. *JAMA* 2008; 4: 436–438.
3. Scally G., Donaldson L.J. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *Brit. Med. J.* 1998; 61–65.
4. Sheldon T. Statistics for evidence-based nursing. *Evid. Based Nurs.* 2000; 3: 4–6.
5. Straus S.E., Richardson W.S., Glasziou P., Haynes R.B. Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM, 3rd edition. Churchill Livingstone, Edinburgh 2005.
6. Hader R. What's hindering our progression from folklore to fact? The evidence that isn't interpreting. *Nurs. Manag.* 2010; 9: 22–26.
7. Salvage J. Pielęgniarstwo w działaniu. Publikacje regionalne WHO, Seria Europejska, nr 48, Warszawa 1997.