

RAZVOJ METODOLOGIJE MERJENJA KAKOVOSTI ZDRAVSTVENE NEGE V MEDNARODNEM PROJEKTU

DEVELOPMENT OF METHODOLOGY TO MEASURE QUALITY IN NURSING CARE
IN AN INTERNATIONAL PROJECT

Majda Zorec, Oscar R. de Miranda, Bojana Filej, A.C. van den Hout

UDK/UDC 614.253.52:616-083(18)

DESKRIPTORJI: zdravstvena nega, ocenjevanje, raziskava; zdravstvena nega metodologija, raziskava; mednarodno sodelovanje

DESCRIPTORS: nursing evaluation research; nursing methodology research; international cooperation

Izvleček – V članku je prikazana metodologija merjenja kakovosti dela v zdravstveni negi, ki je uporabljena v mednarodnem projektu »Količina in kakovost v zdravstveni negi« v Zdravstvenem domu dr. Adolfa Drolca Maribor. Opisano je orodje, ki je prilagojeno slovenskim razmeram. Okvir predstavljajo teoriji D. Orem in V. Henderson, Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, določbe iz pravic pacientov in ISO standardi. Ogradje vprašalnika predstavljajo štiri koncepti: negovalni proces in koordinacija zdravstvene nege, komunikacija in podpora pacientu, negovalne intervencije ter pot pacienta.

Abstract – The article presents the methodology of the measurement on the quality of the work in nursing care that is used in an international project »Quality and quantity in nursing care« in the Health Center Maribor. It describes the instruments that are adapted for the Slovene situation. The framework present the theory of D. Orem and V. Henderson, Ethical Code for nurses and health technicians of Slovenia, provisions on patients rights and ISO standards. The four concepts are used as a basis for the instrument: nursing process and coordination of care, communication and support of the patient, nursing intervention and the route of the patient.

Uvod

Drugi del mednarodnega projekta, ki poteka v Zdravstvenem domu dr. Adolfa Drolca v Mariboru v sodelovanju s Katoliško univerzo v Nijmegenu na Nizozemskem in ki ga financira Zunanje ministrstvo Nizozemske – fundacija MATRA, je usmerjen v kakovost zdravstvene nege.

Koncept kakovosti v zdravstveni negi lahko opredelimo zelo široko in z različnih vidikov. Z vidika prakse zdravstvene nege kakovost zdravstvene nege vključuje osebo kot celoto. S tega celostnega vidika mora orodje za merjenje kakovosti zdravstvene nege vključevati osebo in tudi njegovo okolje. Te prvine najdemo v številnih teorijah zdravstvene nege. Poleg teh prvin morajo biti vključene tudi spremenljivke kakovosti zdravstvene nege v sistemu zdravstvenega varstva Avedisa Donabediana (4). To so strukturne, procesne in izhodne spremenljivke.

Mariborska verzija orodja za merjenje kakovosti zdravstvene nege, uporabljena v projektu »Količina in kakovost v zdravstveni negi«, vključuje vse te vidike in jih lahko najdemo v njenih štirih konceptih. Okvir

predstavljata teorija samooskrbe Dorotheje Orem (10) in teorija bolnikovih potreb Virginije Henderson (8). Orodje je bilo razvito v skladu z raziskovalnimi metodami v znanosti zdravstvene nege in preizkušeno glede na statistične postopke njegove veljavnosti in zanesljivosti. Namen tega orodja je spoznati, v kolikšnem obsegu medicinske sestre dosegaajo standarde in kriterije za dobro zdravstveno nego v osnovni zdravstveni dejavnosti.

Metode in materiali

Pri razvijanju orodja, ki smo ga imenovali *mariborski model merjenja kakovosti dela v zdravstveni negi v osnovni zdravstveni dejavnosti*, smo uporabili kot osnovo orodje avtorjev Lacko in Rutten (9, 11, 12) ter orodje avtorjev Van Bergen, Hollands in Nijhuis (3). Obe orodji sta sestavljeni iz treh osnovnih konceptov v procesu zdravstvene nege:

- negovalni proces in koordinacija zdravstvene nege,
- komunikacija in podpora pacientu ter družini,
- negovalne intervencije.

Majda Zorec, viš. med. ses., prof. zdr. vzg., Zdravstveni dom Maribor, Ul. talcev 9, 2000 Maribor

Dr. Oscar R. de Miranda, Katoliška univerza Nijmegen, Nizozemska

Mag. Bojana Filej, viš. med. ses., univ. dipl. org., Zdravstveni dom Maribor, Ul. talcev 9, 2000 Maribor

Prof. dr. A. C. van den Hout, Katoliška univerza Nijmegen, Nizozemska

Vsak od teh konceptov je merjen s pomočjo kritičnih kazalcev in vprašanj.

V *mariborskem modelu* smo obdržali tri osnovne koncepte kot ogrodje. Dodani so bili kritični kazalci, kriteriji in vprašanja. V kriterijih kakovosti so bile upoštevane tudi določbe iz pravic pacientov (1, 5) in Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (13). Dodan je bil koncept pot pacienta, na katerem kriteriji temeljijo na obstoječih kriterijih kakovosti ISO-9000 serija (6, 7).

Za vsakim kritičnim kazalcem je napisan kriterij v zdravstveni negi, katerega namen je, da ima medicinska sestra, ki vodi intervju, strokovno ozadje za vsako vprašanje.

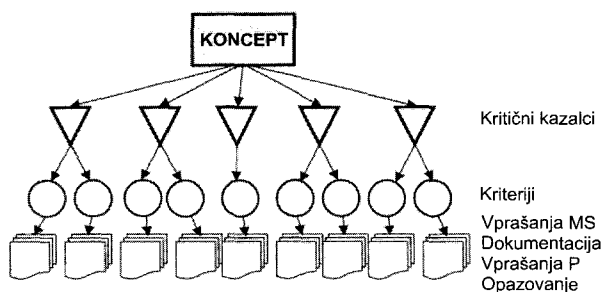
Prilagojeno orodje za merjenje kakovosti v zdravstveni negi vsebuje toliko sprememb, da je dejansko novo orodje. Vprašanja so bila oblikovana tako, kot priporoča Bared (2). Za potrditev veljavnosti orodja smo uporabili metodologijo prečiščevanja instrumenta: podrobni pregled novih variant, izbor detajlov, oblikovanje merila in metodologijo preizkušanja instrumenta: preizkušanje oblike vprašalnika, veljavnost vsebine z oceno skupine neodvisnih strokovnjakinj zdravstvene nege (angl. content validity), medsebojne zanesljivosti (angl. interrater reliability) in notranje skladnosti (angl. internal consistency).

Sestava vprašalnika

Ogrodje vprašalnika predstavljajo štiri koncepti: negovalni proces in koordinacija zdravstvene nege, komunikacija in podpora pacientu, negovalne intervencije ter pot pacienta.

Vsak od teh konceptov ima pet do devet kritičnih kazalcev.

Vsak kritični kazalec je sestavljen iz enega ali več kriterijev. Ti kriteriji so zajeti v vprašanjih medicinskim sestram/zdravstvenim tehnikom in pacientom, nekateri odgovori pa so primerjani z dokumentacijo zdravstvene nege in opazovanjem.



Sl. 1. Shematičen prikaz sestave vprašalnika.

Koncepti in kritični kazalci vprašalnika

V nadaljevanju so predstavljeni koncepti vprašalnika in kritični kazalci, ki določajo vsebino posameznega sklopa.

Koncept *proces v zdravstveni negi in koordinacija zdravstvene nege* vključuje naslednje kritične kazalce:

1. ugotavljanje potreb pacienta po zdravstveni negi,
2. načrtovanje zdravstvene nege,
3. vrednotenje zdravstvene nege,
4. predaja službe,
5. posvetovanje in kontinuiteta zdravstvene nege,
6. dodelitev pacienta medicinski sestri,
7. dokumentiranje in administracija medicinske sestre in zdravstvenega tehnika.

Koncept *negovalne aktivnosti v procesu izvajanja zdravstvene nege* vključuje:

1. fizično dobro počutje in počitek pacienta v njegovem okolju;
2. higiena pacienta;
3. koža pacienta;
4. prehrana in popita tekočina pacienta;
5. izločanje pacienta;
6. gibanje in fizična aktivnost pacienta;
7. dihanje pacienta;
8. zaščita pacienta pred zapleti, ki lahko nastanejo pri negovalni intervenciji;
9. zaščita pacienta pred nesrečami in poškodbami v ustanovi in na domu;
10. negovalna intervencija v zdravstveni negi.

Koncept *komunikacija in podpora pacientu*, kot vidik kakovosti zdravstvene nege v procesu izvajanja zdravstvene nege, vključuje:

1. spoštovanje osebnosti pacienta;
2. atmosfera zaupanja, varnosti v ambulanti ali na domu pacienta;
3. stopnja prizadevanja medicinske sestre, da pacient skrbi zase v največji možni meri;
4. možnost vpliva pacienta na obravnavo v procesu zdravstvene nege;
5. stopnja sodelovanja med medicinsko sestro in pacientom;
6. vključitev družine in/ali za pacienta pomembnih drugih v proces zdravstvene nege.

Koncept *pot pacienta* vključuje:

1. naročanje na obisk v dispanzerju ali ambulanti po telefonu;
2. načrtovanje obiska pacienta in informacija pacientu;
3. pot pacienta do zdravstvenega doma in dostop do ambulante;
4. sprejem pacienta v dispanzerju, ambulanti, službi;
5. čakalnica in čakalni čas v dispanzerju, ambulanti;
6. pot pacienta do ordinacije ali sobe za obravnavo;
7. ponovni obiski pacienta;
8. odhod pacienta iz dispanzerja, ambulante.

Izvedba meritev

Meritev kakovosti dela v zdravstveni negi se izvaja s pomočjo intervjuja z medicinsko sestro ali zdravstvenim tehnikom, intervjuja s pacientom, ki ga obravnava ta medicinska sestra, s pregledom negovalne dokumentacije tega pacienta in opazovanjem.

Vprašanja medicinski sestra, zdravstvenemu tehniku in pacientu so zaprtega tipa. Nekaj dni po intervjuju je potreben tudi telefonski klic, da izmerimo dostopnost do ambulante in medicinske sestre, ki je bila intervjuvana.

Pregled dokumentacije obsega vse dokumentiranje medicinske sestre o pacientu, družini, negovalnih intervencijah, ki pripomorejo k oblikovanju negovalnega načrta.

Opazovanje zajema: opazovanje pacienta, ki se prične v čakalnici in konča ob izhodu iz zdravstvenega doma, opazovanje čakalnice in določene opreme v ambulantah ter opazovanje negovalnih intervencij.

Meritve izvajajo posebej usposobljene medicinske sestre in zdravstveni tehniki.

Izračun in vrednotenje izvedenih meritev

Orodje je narejeno tako, da z njim merimo kakovost zdravstvene nege na oddelku kot celoto in z njim ni možno meriti samo določenega dela, npr. odnosa medicinske sestre, zadovoljstva pacienta, negovalne dokumentacije ali poti pacienta.

Izračun posameznih kriterijev in vseh kriterijev v posameznem konceptu poteka po naslednji formuli:

$$\frac{\text{Število točk, ki so dosežene v kriteriju}}{\text{Največje število točk, ki jih lahko doseže v posameznem kriteriju}} \times 100$$

Na ta način dobimo izračun – odstotek doseganja kakovosti zdravstvene nege po posameznih konceptih.

Razprava

Kakovost je težko opredeliti. Dokler ciljne skupine, cilji in kriteriji niso oblikovani ali opredeljeni na konkreten način, je lahko koncept kakovosti v zdravstveni negi videti kot subjektiven.

Definicija kakovosti je odvisna od tega, kdo oblikuje kriterije kakovosti, kdo je vključen v koncept kakovosti, na primer: ali je definirana samo intervencija v zdravstveni negi, postopki v sistemu zdravstvene nege ali je vključen tudi prispevek pacienta in ali je vključen celotni zdravstveni sistem. Kateri del kakovosti je vključen? Ali je vključena samo negovalna intervencija ali tudi stališče, odnos, organizacija, proces v zdravstveni negi in ali so vsi koncepti zdravstvene nege, ki so vključeni, tudi definirani. Kaj je namen ali cilj? Ali je cilj zagotoviti najvišjo stopnjo zdravstvene nege ali optimalno zdravstveno nego?

Koncept kakovosti zdravstvene nege je lahko videti kot relativen, prav tako pa je v literaturi veliko definicij. Vendar je v vseh teh definicijah nekaj skupnega: izražajo razkorak med realnostjo in zaželenim stanjem. Orodje, ki je prilagojeno in razvito v Zdravstvenem domu dr. Adolfa Drolca Maribor, meri obseg, v katerem so bili doseženi kriteriji. Kakovost je dinamičen koncept z množico vidikov, na katere moramo pomisliti. Orodje predstavlja osnovni koncept zdravstvene nege iz perspektive medicinske sestre, pacienta in organizacije.

Proces adaptacije in preizkušanja orodij zahteva vpogled v sistem vodenja zdravstvene nege ter v sistem zdravstvene nege v osnovni zdravstveni dejavnosti. Za celotno sliko je uporabno, če poleg indikatorjev negovalnega procesa vključimo tudi organizacijske indikatorje ISO serij ter standarde in kriterije z vidika pacienta. Vprašalnik mora biti napisan in intervju izveden na tak način, da medicinske sestre in pacienti, ki so vključeni v meritve, nimajo občutka navzkrižnega zasliševanja.

Meritve moramo ponoviti, kadar nastanejo spremembe v sistemu zdravstvene nege in vplivajo na čas, porabljen za posamezne aktivnosti medicinskih sester. To pomeni, da moramo pri načrtovanju števila medicinskih sester za pokrivanje delovne obremenitve upoštevati tudi kakovost negovalnega procesa.

Sklep

Teoriji Dorotheje Orem in Virginije Henderson sta predstavljali teoretični okvir in osnovo, kaj lahko pričakujemo od medicinske sestre in zdravstvenega tehnika v procesu zdravstvene nege. Kritični indikatorji dajo dober vpogled v aktivnosti, ki jih je izvedla medicinska sestra ali negovalni tim. Možnost, da ocenimo odgovor na standard in kriterij s »popolnoma dosežen«, »delno dosežen« ali »ni dosežen« oblikuje za medicinsko sestro in vodilno medicinsko sestro sliko kakovosti zdravstvene nege v času merjenja. Negovalnemu timu daje možnost za odločitve, v katero smer naj se dnevna rutina medicinskih sester spremeni za zagotovitev boljše kakovosti dela v zdravstveni negi.

Večina metod, ki jih uporabljamo v menedžmentu zdravstvene nege, ni preizkušena glede zanesljivosti in skladnosti. Zato smo veliko časa namenili prav temu.

Rezultat te naravnosti je, da ima Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor zanesljivo orodje za merjenje kakovosti zdravstvene nege v osnovni zdravstveni dejavnosti. To daje drugim medicinskim sestram v Sloveniji možnost, da ga lahko uporabijo in na podlagi rezultatov pacientu zagotovijo kakovostno zdravstveno nego.

Skupno z rezultati delovne obremenitve bosta medicinska sestra in vodilna medicinska sestra lažje izbrali, v kateri smeri in kako naj bi se dnevna ru-

tina spremenila v zagotavljanje kakovosti zdravstvene nege.

Zahvala

Tako obsežne akcijske raziskave ni mogoče začeti in nadaljevati brez velike podpore vodilnih delavcev ter pripravljenosti medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov za spremembe v organizaciji in načinu dela v zdravstveni negi. Medicinske sestre in zdravstveni tehniki so bili dodatno obremenjeni z novimi nalogami v ambulantah, delovnih skupinah in na izobraževanjih. Zahvaljujemo se jim za njihov velik prispevek pri opravljenem delu. Zdravnikom pa se zahvaljujemo za razumevanje in potrpežljivost pri motenju procesa dela.

Literatura

1. Algemene kwaliteitscriteria. De kwaliteit van de gezondheidszorg in patiëntenperspectief. Utrecht: Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NP/CF), 1996.
2. Barend N et al. Kwaliteit van zorg. Utrecht: Hogeschool Midden Nederland, H. B. O.-V., 1991: 12–7.
3. Bergen B, Hollands L, Nijhuis H. De ontwikkeling van een kwaliteitsprofiel. Lochem: Uitgeversmaatschappij de tijdstroom bv, 1977: 121–31.
4. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring (Volume 2). The Criteria and standards of quality. Michigan: Health administration press Ann Arbor, 1982: 91–108.
5. Dovjak-Plešej M, Dolčič T. Pravice in dolžnosti pacientov. Ljubljana: Mednarodni inštitut za potrošniške raziskave, 1998.
6. Dreu PH. Het organisatie-instrument ISO 9000. Amsterdam: Addison Wesley, 1995: 50–1.
7. Heer A, Ahaus CTB. ISO 9000-serie en kwaliteitshandboek. Deventer: Kluwer BedrijfsInformatie, 1991: 71–5.
8. Henderson D. The nature of nursing: A definition and its implications for practice, research, and education. New York: Macmillan, 1966.
9. Lacko BJS. Vragenlijst verpleegkwaliteit. Eindhoven: Eindhoven University of Technology, 1986.
10. Orem DE. Nursing concepts of practice. St. Louis: C. V. Mosby, 1971, 1980, 1985, 1991.
11. Rutten JTH. Naar een nieuw meetinstrument voor verpleegkwaliteit. Maastricht: RL Maastricht, 1986.
12. Slierland PAG, Kruijt JE, Rutten JTH. Transmurale zorg en de rol van verpleegkundigen. Dwingeloo, 1996: 41.
13. Zbornica zdravstvene nege Slovenije. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana, 1994.