Pielęgniarstwo Polskie 2013, 3 (49), 219–229

ROLA NACZELNEJ PIELĘGNIARKI W PODNOSZENIU JAKOŚCI USŁUG PIELĘGNIARSKICH

THE ROLE OF CHEF NURSE IN IMPROVING THE QUALITY OF NURSING SERVICES

Katarzyna Juszczak[1] , Izabela Rykowska[2]

[1]Wydział Medyczny, Katedra Pielęgniarstwa
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Kaliszu
Kierownik: prof. dr hab. Witold Woźniak
[2]Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim
Dyrektor: lek. med. Dariusz Bierła

Streszczenie

Zakłady opieki zdrowotnej należą do organizacji, dla których zapewnienie jak najwyższej jakości swoich świadczeń jest wartością priorytetową, bowiem dobra jakość przekłada się na zdrowie, zaufanie, bezpieczeństwo, a przede wszystkim życie pacjenta. Troska o jakość usług musi być priorytetem całego personelu zakładu, a zwłaszcza dyrekcji, musi wynikać z jasno i precyzyjnie opracowanych celów strategicznych. W pracy przedstawiono problem jakości usług medycznych, ze szczególnym uwzględnieniem usług pielęgniarskich i roli Naczelnej Pielęgniarki, która jest przedstawicielem najwyższego kierownictwa podmiotu leczniczego i która wnosi znaczący wkład w podnoszenie jakości usług pielęgniarskich.

Słowa kluczowe: jakość usług, jakość usług pielęgniarskich, naczelna pielęgniarka.

Abstract

Health care establishments belong to the organization for which to provide the highest quality of its benefits is the priority, because good quality translates into health, confidence, security, and above all the life of the patient. The concern for quality of service must be a priority of the entire staff, and especially the directorate, must be clearly and precisely developed strategic objectives. At work shows the problem of quality of medical services, with a particular focus on nursing services and the role of the nurse, who is a representative of the highest leadership entity and which brings a significant contribution to raising the quality of nursing services.

Key words: the quality of the service, the quality of nursing services, Chief Nurse.

Wstęp

Charakterystycznym rysem obecnych czasów jest zauważalne zwiększenie znaczenia jakości. Staje się ona najważniejszą „bronią" w konkurencji rynkowej, a jednocześnie jest dla człowieka nadzieją na życie w korzystnym środowisku gospodarczym, społecznym i psychicznym. W dobie konkurencji na rynku ochrony zdrowia, zabieganie o pacjentów, których poziom wymagań i świadomość wciąż rośnie, staje się nieodzownym elementem zarządzania we wszystkich placówkach, które zajmują się zdrowiem. Jakość opieki mierzy się głównie poprzez kompetencje kadry, bazę lokalową i sprzętową, wyposażenie, a także pomiar satysfakcji pacjentów.

Dążenie do poprawy jakości zapewnia sprawne i skuteczne funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, prowadzi do zadowolenia pacjentów z otrzymanych usług, satysfakcji pracowników z wykonywanej pracy, ograniczenia kosztów prowadzonej działalności, lepszego i bardziej skutecznego wykorzystania posiadanych zasobów materialnych, ludzkich, finansowych, wzrostu udziału w rynku. Jakość w opiece zdrowotnej jest szczególnie ważna nie tylko z powodu zadowolenia pacjenta, lecz także dlatego, że to przede wszystkim od jej poziomu zależy zdrowie i życie podmiotu tej opieki. O poziomie jakości opieki decyduje zarówno wartość realizowanych świadczeń medycznych, opieki pielęgniarskiej, relacje między pracownikami medycznymi, warunki organizacyjno-techniczne, jak i sposób zarządzania opieką zdrowotną.

Personel pielęgniarski odgrywa szczególne znaczenie w kształtowaniu jakości usług zakładów opieki zdrowotnej. Pacjenci dokonują oceny usług, które nie mają cech materialnych, głównie na podstawie zachowania, wiedzy i profesjonalizmu pracowników ochrony zdrowia. Pielęgniarkom, poprzez fakt najczęstszego kontaktu z pacjentami i ich rodzinami, przypisuje się fundamentalne znaczenie w tworzeniu pozytywnej atmosfery hospitalizacji i w kreowaniu wizerunku placówki. Współczesne pielęgniarstwo zmierza do zapewnienia społeczeństwu coraz doskonalszej pod względem jakościowym opieki zarówno w chorobie, jak i w umacnianiu zdrowia. Troska o jakość świadczeń pielęgniarskich udzielanych w placówkach opieki zdrowotnej to jedno z najważniejszych wyzwań. Oznacza wiedzę, etykę

i dumę zawodową, zrozumienie roli i poczucie sensu, świadome współuczestnictwo w procesach umacniania zdrowia, leczenia, pielęgnowania i ratowania życia. Dbałość o jakość powinna być wsparta ciągłym rozwojem i kształtowaniem świadomości pielęgniarek co do celów działania placówki, podnoszeniem poziomu profesjonalizmu oraz kształtowaniem prawidłowych postaw poprzez odpowiednie zmotywowanie i zintegrowanie personelu pielęgniarskiego. Zadania te realizowane są w procesie oddziaływania kierowniczej kadry pielęgniarskiej na zespoły personelu pielęgniarskiego. I choć wiele z tych zadań należy realizować na szczeblu oddziału, gdzie kierownik niższego szczebla ma bezpośredni kontakt ze swoimi podwładnymi, to zaplanowanie działań zorientowanych na osiągnięcie określonych celów istotnych dla zakładu opieki zdrowotnej należy do kierownika wyższego rzędu w podsystemie pielęgniarstwa, a więc do Naczelnej Pielęgniarki.

Naczelna Pielęgniarka jako reprezentant kadry zarządzającej zakładu opieki zdrowotnej odpowiada za proces planowania, organizowania i kontrolowania działalności personelu pielęgniarskiego i położniczego oraz wykorzystuje wszystkie inne zasoby zakładu opieki zdrowotnej do osiągnięcia ustalonych celów i wykreowania pozytywnego wizerunku zakładu.

Niniejsza praca stanowi próbę przedstawienia roli Naczelnej Pielęgniarki w podnoszeniu jakości usług pielęgniarskich.

Definiowanie jakości

W literaturze istnieje duża różnorodność definiowania pojęcia jakości. Trudności w zdefiniowaniu tego pojęcia wynikają z jednej strony z subiektywnego charakteru jakości, a z drugiej z różnorodności płaszczyzn interpretacyjnych. Niektórzy autorzy zakładają, że jakość jest pojęciem pierwotnym, którego się nie definiuje, ponieważ jego sens jest intuicyjnie zrozumiały i za każdym razem wynika z kontekstu, a stworzenie uniwersalnej definicji mija się z celem [4].

Pierwsze próby zdefiniowania jakości podjęto już w starożytności traktując ją w kategoriach pojęcia filozoficznego. Po raz pierwszy użył tego terminu Platon, który głosił, że świat rzeczywisty jest niedoskonałym odbiciem realnie istniejących doskonałych idei tworzących. Stopień osiągniętej doskonałości przez konkretne rzeczy wyznacza ich jakość, która ma charakter subiektywny i można ją zrozumieć wyłącznie przez doświadczenie. W tym rozumieniu jakość jak piękno jest sądem wartościującym wyrażonym przez użytkownika [Tatarkiewicz, 2004]. Inne podejście reprezentował Arystoteles, który wskazywał na ścisłe powiązanie terminu jakość z cechami danej rzeczy. Według niego jakość to to, co sprawia, że rzecz jest rzeczą, którą jest.

Współczesna nauka ma problemy z ustandaryzowaniem pojęcia jakość, wynikające w dużej mierze z jej abstrakcyjności, czyli współwystępowania z innymi zjawiskami i koniecznością określenia celu, jakiemu ma służyć. Można ją definiować według dziedzin wiedzy, faz tworzenia produktu lub w kontekście jej wielowymiarowości [1].

Propozycji terminologicznych pojęcia jakości występujących w literaturze jest tak wiele, jak wielu jest autorów i badaczy podejmujących tę problematykę. Wynika to głównie ze złożonego charakteru pojęcia i różnej interpretacji. Ponadto jakość jest kategorią interdyscyplinarną, stąd też rozważana jest przez wiele różnych dyscyplin naukowych, a w konsekwencji definiowana w bardzo różny sposób.

Odmienność rozumienia jakości w działalności usługowej

Odmienność rozumienia jakości w działalności usługowej wynika z istoty wyrobu niematerialnego, który charakteryzuje się:

1) nietrwałością (brak możliwości magazynowania),
2) niematerialnym charakterem,
3) współistnieniem tworzenia i konsumpcji (obecność klienta w trakcie świadczenia usługi),
4) ścisłym związkiem usługi z wykonawcą,
5) subiektywnością oceny klienta,
6) wcześniejszym kupnem, a późniejszym użytkowaniem,
7) wpływem czynników zewnętrznych (politycznych, społecznych, zdrowotnych itp.).

Trudność w jednoznacznym zdefiniowaniu pojęcia jakości usług wynika z problemu precyzyjnego określenia samej jakości i koncentruje się na formułowaniu samych tylko determinant jakości. Przykładem jest propozycja Opolskiego i Dykowskiej wyznaczająca trzy zasadnicze wymiary jakości usług, do których należą:

- funkcjonalna jakość relacji usługowej – odczuwana w wyniku interakcji między klientem a personelem firmy
- techniczna jakość usługi – rozumiana jako rezultat pewnych działań, poszukiwany przez klienta
- wyobrażenie o przedsiębiorstwie i jego usługach, które powstaje wskutek zestawienia powyższych wymiarów jakości z informacjami formalnymi i nieformalnymi, wysokością ceny, atrakcyjnością lokalizacji firmy usługowej, jej wyposażeniem sprzętowym, profesjonalizmem i wyglądem pracowników itp. [15].

Powyższy przykład dość wyraźnie wskazuje na różnicę znaczenia jakości w rozumieniu produkcji materialnej i jakości usług. Różnica ta dotyczy przede wszystkim tzw. procesu usługowego, którego znaczenie jest równie istotne, jak sam rezultat świadczonej usługi.

W przypadku niektórych usług (np. handlowych) klient może akceptować niską jakość obsługi, ponieważ istotą tej relacji usługowej jest fakt wejścia w posiada-

nie określonego towaru. Jednak w przypadku usług medycznych fakt zdobycia wiedzy, określenia sposobów leczenia czy udzielenia specjalistycznej porady, stanowi tylko część oczekiwanej przez usługobiorcę jakości. Równie ważne będzie to, jak przebiegał proces leczenia, jak wyglądał pobyt w szpitalu czy też jaki poziom profesjonalizmu i życzliwości oferował personel medyczny [8].

Definiując zjawisko jakości w działalności usługowej Dobski analizuje je w obszarze 4 perspektyw:

1) perspektywy produktowej,
2) perspektywy procesu wytwórczego,
3) perspektywy użytkownika,
4) perspektywy wartości [5].

Perspektywa produktowa koncentruje się na ocenie jakości w oparciu o charakterystykę produktu lub atrybuty rzeczy. Różna ocena jakości jest efektem obiektywizmu wynikającego z obecności lub braku pewnych mierzalnych właściwości lub cech danego produktu.

Perspektywa procesu wytwórczego wymaga zgodności procesu technologicznego z wyspecyfikowanymi wymaganiami. W podejściu tym szczególnego znaczenia nabierają standardy, które stanowią wzór dla danego wyrobu. W ujęciu z tej perspektywy jakość jest utożsamiana ze stopniem spełnienia wymagań określonych w fazie projektowania.

Podejście z perspektywy użytkownika utożsamia jakość ze stopniem spełnienia oczekiwań i wymagań klienta. Ostatecznym werifikatorem jakości jest klient i jego subiektywna ocena wyrobu.

Perspektywa wartości zakłada konieczność uwzględnienia podczas oceniania kosztów produkcji i świadczenia usługi. Zgodnie z tym podejściem wyrób wysokiej jakości przynosi zyski producentowi i zaspokaja wymagania klienta za korzystną cenę [4].

Usługa w aspekcie jakości świadczeń medycznych

Usługa medyczna to najważniejszy produkt w działalności instytucji opieki zdrowotnej. Często ma charakter trwającego procesu (np. psychoterapia, leczenie onkologiczne), a czasem jest doraźna (np. zabieg cięcia cesarskiego). Model produktu w ochronie zdrowia składa się z trzech podstawowych elementów, którymi są:

1. Rdzeń produktu stanowiący istotę korzyści wynikającej z zaspokojenia potrzeby zdrowotnej pacjenta, np. przeżycie w sytuacji nagłego zagrożenia życia.
2. Produkt właściwy, tzw. produkt namacalny (usługa podstawowa) będący zespołem podstawowych korzyści oferowanych pacjentowi, np. dokładna, wiarygodna i szybka diagnostyka, wysokospecjalistyczna opieka medyczna (kwalifikacje personelu), zadowalające warunki hospitalizacji (zaplecze materialne, stan sanitarno-higieniczny), dostępność do informacji, poszanowanie praw pacjenta.
3. Produkt rozszerzony, w skład którego wchodzą dodatkowe świadczenia w postaci np. dodatkowych konsultacji, rehabilitacji, udostępnienia materiałów edukacyjnych, leczenia sanatoryjnego, biblioteki, telewizji [6].

Obecność dwóch pierwszych elementów (rdzeń produktu i produkt właściwy) jest niezbędna do zaspokojenia podstawowych potrzeb i oczekiwań pacjenta względem usługi medycznej. Trzeci element – produkt rozszerzony nie jest niezbędny, ale może pozytywnie wpływać na postrzeganie i ocenę jakości usługi dokonywanej przez pacjenta.

Usługa medyczna posiada typowe cechy usługi:

1. Niematerialność. Pacjent nie może zobaczyć usługi. Ocenia jej jakość na podstawie różnych znaków materialnych, np. wygląd personelu, warunki lokalowe, postawy pracowników.
2. Niepodzielność. Świadczenie medyczne jest jednocześnie udzielane (wytwarzane) i otrzymywane (konsumowane), pacjent musi być zawsze obecny podczas świadczenia usługi.
3. Niemożność odsprzedaży. Usługobiorcą jest konkretny pacjent. Nie może on odsprzedać udzielanego mu świadczenia.
4. Nietrwałość. Usług medycznych nie można magazynować. Są świadczone w określonym czasie, w wyznaczonym terminie.
5. Zmienność. Usługa jest różna w zależności kto, kiedy i jak ją wykonuje. Różnice wynikają także z odmienności stanów pacjentów, pory dnia, nastroju lekarza, pielęgniarki i samego pacjenta.
6. Asymetria informacji. Pacjent nie może ocenić czy prawidłowo przebiega proces diagnozowania i leczenia, bo nie posiada do tego odpowiedniej wiedzy.
7. Kwalifikacje. W opiece zdrowotnej szkolenie i podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego jest procesem ciągłym i niezbędnym.
8. Swoboda w wyborze technologii świadczenia. Lekarz wybiera technologię do procesu diagnostycznego.
9. Niepewność i ryzyko. Dotyczą zarówno czasu wystąpienia i trwania choroby, jak i złożoności procesu chorobowego, skuteczności planowanego leczenia, itp.
10. Złożoność procesu zaspokajania potrzeb zdrowotnych. Polega na konieczności zapewnienia odpowiednich kwalifikacji personelu, wymaganej aparatury i sprzętu, zastosowania obowiązujących procedur.
11. Delegowanie uprawnień i zaufania. Pacjent deleguje swoje uprawnienia decyzyjne na lekarza, odnośnie do sposobu leczenia. Lekarz „prowadzący" deleguje swoje uprawnienia na rzecz le-

karza „dyżurnego", pielęgniarki delegują swoje uprawnienia podczas zmian dyżurów.

12. Organizowanie suwerenności konsumenta. Ograniczona suwerenność pacjenta przejawia się przede wszystkim w stanach nagłych, gdy pacjent nie jest w stanie określić swoich potrzeb i zdany jest całkowicie na decyzje personelu medycznego.
13. Efekty zewnętrzne. Pacjenta nie można obciążać kosztami leczenia, ponieważ trudno jest udowodnić wpływ zachowania pacjenta na powstawanie chorób [3].

Współczesne podejście do jakości w pielęgniarstwie

O jakości w pielęgniarstwie mówi się od początku jego profesjonalnego rozwoju. Jest ona jednym z elementów opieki zdrowotnej, ale nie mniej istotnym od pozostałych. Odnosi się do bezpośrednich relacji między pacjentem a pielęgniarką. W zależności od przyjętej koncepcji i standardów pielęgnowania jest ona różnie definiowana. Jakość opieki pielęgniarskiej można określić jako stopień, w jakim ta opieka przyczyniła się do osiągnięcia pożądanych efektów w stanie zdrowia osoby bądź grupy ludzi, zwiększyła ich zdolność do samoopieki lub samopielęgnacji, a ponadto wykazuje zgodność z aktualną profesjonalną wiedzą i przyjętymi standardami [9]. Zapewnienie jej wymaga spełnienia takich samych warunków, jakie stawiane są przed całym systemem ochrony zdrowia. Kryteria, które umożliwiają dokonanie oceny jakości opieki pielęgniarskiej są pochodną rozwoju podsystemu pielęgniarstwa, jego autonomicznych celów i funkcji, przyjętej filozofii i koncepcji pielęgnowania, oszacowanych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, a także systemu prawnego regulującego funkcjonowanie opieki zdrowotnej i pielęgniarstwa. W praktyce odnoszą się nie tylko do realizacji głównych funkcji pielęgniarstwa i wynikających z nich zadań, lecz także do sposobu zorganizowania opieki i osiąganych rezultatów. Według opinii wielu autorów, do uzyskania obiektywnych wyników wskazane jest postrzeganie jakości zarówno z punktu widzenia osób świadczących usługi pielęgniarskie, jak i ich odbiorców [4]. Wprawdzie satysfakcja pacjenta nie może być jedynym wskaźnikiem jakości opieki, jednak opinię pacjentów należy umieszczać w centrum uwagi.

Proces zmian we współczesnym pielęgniarstwie doprowadził do modyfikacji zadań i funkcji zawodowych pielęgniarki, zmienił zakres jej odpowiedzialności oraz rolę chorego. Dziś chory postrzegany jest jako pełnoprawny, czynny współuczestnik procesu pielęgnowania, a realizowane czynności pielęgnacyjne są wynikiem wzajemnej współpracy i jednomyślności. Zapisy ustawowe (konstytucja, kodeks karny, ustawa o zawodzie lekarza, ustawa o zawodzie pielęgniarki oraz inne ustawy, które mówią o prawach pacjenta), konwencje i deklaracje międzynarodowe, a także kodeks etyki sugerują lub jednoznacznie nakazują realizację partnerskiego modelu opieki. Model ten do dziś ściera się ze starym modelem paternalistycznym, który w medycynie kojarzy się z dominacją, autorytaryzmem, arbitralnością, manipulowaniem pacjentem, ukrywaniem prawdy, a nawet oszukiwaniem [11]. W dobie tak świadomego podmiotu opieki na pewno należy dążyć, by w relacjach pacjent–lekarz–pielęgniarka było jak najmniej paternalizmu, a jak najwięcej partnerstwa. Kompleksowa opieka, wzmacnianie pozycji pacjentów i upodmiotowienie ich są przewodnikami w tworzeniu wysokiej jakości opieki, gwarantują pozytywne wyniki zarówno dla pielęgniarek, jak i ich pacjentów.

Znaczenie jakości dla zakładów opieki zdrowotnej i pacjenta

Jakość odniesiona do zakładu opieki zdrowotnej jest sumą jakości świadczeń cząstkowych, zbiorem przyjętych i opracowanych zasad, standardów, procedur postępowania w określonym procesie diagnozowania, leczenia, pielęgnowania, rehabilitacji prowadzonym zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, zasadami etyki i ekonomiki [13].

Zakłady opieki zdrowotnej należą do organizacji, dla których zapewnienie jak najwyższej jakości swoich świadczeń jest wartością priorytetową, bowiem dobra jakość przekłada się na zdrowie, zaufanie, bezpieczeństwo, a przede wszystkim życie pacjenta. Współczesne zakłady opieki zdrowotnej działają w warunkach ogromnej zmienności otoczenia, a tym samym zostają zmuszone do poszukiwania sposobów, które zapewniłyby im przetrwanie na rynku i pozwoliłyby podjąć walkę z konkurencją. Jak wiadomo, opieka medyczna w żadnym kraju nie ma do końca charakteru rynkowego. Prawie we wszystkich krajach wprowadza się lub dąży do wprowadzenia elementów „gry rynkowej" w zakładach świadczących usługi z zakresu opieki medycznej w celu poprawy skuteczności i jakości świadczeń. Jakość jest ważnym zagadnieniem we współczesnym konkurencyjnym świecie. Wielu świadczeniodawców jednak nadal sobie tego nie uświadamia. Zakłady opieki zdrowotnej są organizacjami, które powinny być zainteresowane jakością świadczonych usług – gra toczy się o największą z możliwych stawek: życie i zdrowie człowieka. W ocenie dokonanej przez Europejskie Forum Ochrony Zdrowia państwa, które przystępują do Unii Europejskiej powinny dążyć do zapewnienia obywatelom dostępu do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych. W świadomości zarówno pracowników opieki zdrowotnej, jak i samych pacjentów powszechne jest przekonanie, że jakość jest wartością, która automatycznie wynika z określonej sytuacji oraz zależy od pewnych kluczowych warunków. Dotyczy to nie tylko usług ściśle zdrowotnych, ale także wszelkich innych usług zwanych usługami to-

warzyszącymi, których jakość wpływa na subiektywną opinię na temat danej placówki medycznej [15].

Pomiar i ocena jakości są dokonywane obiektywnie, na podstawie wcześniej ustalonych kryteriów, które muszą być znane wszystkim jednostkom świadczącym usługi medyczne w danej placówce. Kryteriami oceny mogą być: poziom satysfakcji pacjentów i pracowników, czynniki charakteryzujące stan zdrowia pacjenta, współczynnik umieralności, odsetek reoperacji i powtórnych hospitalizacji, czas oczekiwania na usługę, czas przebywania pacjenta w szpitalu, wskaźnik zakażeń szpitalnych i inne.

Współczesny kierunek rosnącej świadomości i wymagań ze strony pacjentów implikuje coraz większe znaczenie efektywności działań zakładów opieki zdrowotnej, roli pacjentów a także działań zachęcających świadczeniobiorców do skorzystania z usług danej jednostki. Placówki ochrony zdrowia chcące wzmacniać swą pozycję i budować przewagę kokurencyjną w sektorze usług medycznych muszą traktować jakość jako wartość podstawową. Wyrazem ich sukcesu będzie pacjent, który opuszczając placówkę jest w pełni usatysfakcjonowany ze świadczonych usług i jest przekonany o tym, że gdy zajdzie potrzeba kolejnej hospitalizacji usługa znowu będzie wykonana na wysokim poziomie.

Rola Naczelnej Pielęgniarki w kształtowaniu jakości w pielęgniarstwie

Powodzenie jednostki oferującej świadczenia medyczne zależy m.in. od sposobu traktowania swoich pracowników, którzy są kluczowym i najcenniejszym (często jednak niedocenianym) zasobem. Uczestniczą we wszystkich problemach, z którymi boryka się zakład. Ponadto większość rozwiązań w firmie tworzą i wdrażają pracownicy. Wśród pracowników opieki zdrowotnej szczególne znaczenie odgrywa personel pielęgniarski, który ma najczęstszy kontakt z pacjentem i jego rodziną. W coraz większym stopniu dyrektorzy jednostek ochrony zdrowia zdają sobie sprawę, że o ich sukcesie decyduje skierowany do personelu marketing wewnętrzny. Zajmuje się on kształtowaniem personelu pielęgniarskiego w celu podniesienia poziomu jego fachowości i poprawy jakości świadczonych usług, a tym samym poprawy wizerunku jednostki [11]. Za realizację założeń marketingu wewnętrznego w grupie pielęgniarskiej odpowiedzialna jest Naczelna Pielęgniarka, która jest przedstawicielem najwyższego kierownictwa. Odpowiada ona za proces kierowania zespołami pielęgniarskimi rozumiany jako „oddziaływanie kierowniczej kadry pielęgniarskiej na pielęgniarki, zmierzające do osiągnięcia przyjętych celów" [11]. Do zadań Naczelnej Pielęgniarki należy m.in. dążenie do zapewnienia pielęgniarstwu właściwego miejsca w strukturze organizacyjnej zakładu, dostosowanie praktyki pielęgniarskiej/położniczej do potrzeb, oczekiwań i wymagań społecznych, zapewnienie odpowiednich zasobów ludzkich i rzeczowych umożliwiających realizowanie zadań, zagwarantowanie wysokiej jakości świadczeń, narzędzi i metod pomiaru. Zadania te realizowane są poprzez umiejętne motywowanie podległego personelu przy użyciu metod płacowych i pozapłacowych, właściwe planowanie obsad pielęgniarskich zgodnych z wyliczonymi w zakładzie minimalnymi normami zatrudnienia, monitorowanie satysfakcji pacjenta i standaryzację usług pielęgniarskich.

Motywowanie podległego personelu

Osiąganie istotnych rezultatów pracy i działalności zależy w dużej mierze od motywacji działania. Motywacja związana jest z postawą pracownika. Pracownik, który będzie miał silną motywację, będzie również miał określony system wartości, co chciałby osiągnąć, czyli określi sobie cel, do którego chciałby dążyć [2].

Umiejętność motywowania jest jedną z ważniejszych funkcji kierowniczych. Polega na podejmowaniu działań zmierzających do efektywnego skłaniania pracowników do podejmowania i realizacji oczekiwanych celów, funkcji i zadań, a także do przyjmowania preferowanych przez motywującego postaw i zachowań [11]. Motywowanie polega na skłanianiu pracowników za pomocą różnych narzędzi, by chętnie i dobrze wykonywali powierzone im zadania.

W motywowaniu pracowników Naczelna Pielęgniarka może stosować narzędzia *materialne i niematerialne.*

Do narzędzi materialnych należą, m.in.:

1. *Wynagrodzenie podstawowe,* które jest stałym wzmocnieniem niezależnie od zachowania i postawy pracownika. Przy ustalaniu wynagrodzenia podstawowego powinno się uwzględniać: kompetencje pracownika, rodzaj i złożoność powierzanych mu obowiązków oraz efektywność. Wynagrodzenie powinno wzrastać co pewien czas. Jednak podwyżka powinna być ściśle powiązana z oceną pracy danego pracownika.
2. *Premie i nagrody* są skutecznym narzędziem motywacyjnym wtedy, gdy pracownicy znają i akceptują kryteria ich przyznawania oraz gdy kryteria te są zawsze przestrzegane podczas premiowania i nagradzania. Nagrody są silnym bodźcem motywacyjnym, gdy są związane z istotnym osiągnięciem, są wystarczająco wysokie, aby stanowić prawdziwą wartość dla nagradzanego pracownika, są przyznawane rzadko i nie dużej liczbie pracowników, istnieje powszechne poczucie, że są przydzielane sprawiedliwie.
3. *Delegowanie przez zakład na szkolenia, kursy, studia i inne formy doskonalenia zawodowego podnoszące kwalifikacje pracowników.* Delegowanie wiąże się z dofinansowaniem lub całkowitym pokryciem kosztów i/lub udzieleniem urlopu szkoleniowego.

Z kolei do narzędzi niematerialnych zalicza się m.in.:

1. *Dobre warunki pracy*. Stanowisko pracy pracownika powinno ułatwiać wykonywanie zadań, być nowoczesne i dobrze wyposażone. Jeśli pracownicy widzą, że przełożony troszczy się o warunki pracy swoich podwładnych, to postrzegają go w lepszym świetle i są bardziej skłonni postępować zgodnie z jego oczekiwaniami. Naczelna Pielęgniarka na podstawie własnych analiz i obserwacji oraz sugestii i wniosków Pielęgniarek Oddziałowych wnioskuje do naczelnego kierownictwa zakładu opieki zdrowotnej o zakup nowego sprzętu i aparatury, których celem jest usprawnienie pracy podległego personelu i zwiększenie satysfakcji pacjentów i pracowników.
2. *Awans pracownika* jest metodą zaspokojenia potrzeby samorealizowania się w pracy. Pracownika można awansować pionowo, czyli zatrudnienie pracownika na stanowisku znajdującym się wyżej w hierarchii organizacyjnej niż stanowisko obecnie przez niego zajmowane. Awans może mieć również charakter poziomy, który polega na powierzeniu pracownikowi bardziej odpowiedzialnych i samodzielnych zadań lub zdobywaniu prestiżu przez pracownika.
3. *Wizerunek organizacji*, czyli sposób postrzegania zakładu na zewnątrz przez potencjalnych i/lub byłych pacjentów, przez różne instytucje współpracujące z zakładem lub sprawujące nadzór i kontrolę nad zakładem, może podwyższać lub obniżać motywację pracowników. Jeżeli organizacja jest dobrze zarządzana, osiąga dobre wyniki i jest dobrze postrzegana przez otoczenie, to pracownicy są zadowoleni, że pracują w takim zakładzie oraz zyskują dodatkowy prestiż w społeczności.
4. *System ocen pracowniczych.* Ocena pracy służy przede wszystkim podniesieniu poziomu pracy, a informacja zwrotna w tym zakresie działa psychologicznie, ponieważ wiedząc o nieuchronnym wartościowaniu wyników pracy wykonuje się ją bardziej rzetelnie, obawiając się ewentualnych, niekorzystnych konsekwencji w razie niewłaściwego jej wykonania.

Formę motywowania stanowią też bodźce negatywne, które wynikają z Kodeksu Pracy:

- upomnienie na piśmie skierowane do akt osobowych
- nagana
- kara pieniężna
- zwolnienie z pracy [10].

Naczelna Pielęgniarka powinna umieć dobrać odpowiednie narzędzia motywacyjne, za pomocą których będzie oddziaływać na swoich podwładnych. Wiąże się to również ze znajomością podległego personelu i trafnego doboru narzędzia. Na jednych pracowników skuteczniej oddziałują narzędzia materialne, na innych niematerialne. Bodźce powinny być dostosowane do: cech osobowościowych pracownika, jego wykształcenia, sytuacji, w której obecnie się znajduje, złożoności zadań [2].

Ocena pracownika jako element motywacji pozapłacowej

Ocena pracownika to osąd wartościujący, który jest efektem porównania kwalifikacji, zachowań i efektów pracy konkretnie wybranej osoby do wcześniej przyjętego standardu. Ma ona sformalizowany charakter i jest przeprowadzana w ustalonych odstępach czasu lub określonych regulaminem sytuacjach (przedłużenie umowy na okres próbny, awansu) z zachowaniem ustalonych metod, zasad, procedur i narzędzi. Służy ocenie całokształtu działań i efektów pracy, wiedzy, zdolności, umiejętności i postaw pracowników [2]. Okresowe oceny pracowników są doskonałym źródłem informacji o funkcjonującym w ramach zakładu pracy potencjale ludzkim, kwalifikacjach i możliwościach rozwojowych. Pozwalają one na kompleksowe planowanie polityki personalnej. Korzyści płynące z odpowiednio zbudowanego i wdrożonego systemu ocen są cenne tak dla pracodawcy, jak i pracowników, którzy chcą wiedzieć w jaki sposób odbierani są przez przełożonych. Poza tym ocena pracownicza ma jeden, ważny dla zatrudnionych aspekt, jest szansą dla zgłaszania przez pracowników ich oczekiwań, zamierzeń i chęci podnoszenia kwalifikacji. Ponadto daje kompleksowy obraz zatrudnionych przez organizację pracowników, będąc jednocześnie źródłem motywacji do rzetelnej pracy.

Oceny pracownika dokonywać powinien bezpośredni przełożony z uwzględnieniem samooceny. Na poziomie oddziału lub innych komórek organizacyjnych zakładu opieki zdrowotnej oceny pielęgniarek dokonują kierownicy niższego szczebla, np. Pielęgniarki Oddziałowe. Ci z kolei oceniani są przez Naczelną Pielęgniarkę. Najprecyzyjniejszą, ale rzadko stosowaną, ocenę stanowi metoda dwukierunkowa, czyli ocenianie osób na stanowiskach kierowniczych przez podległy personel i przez przełożonego.

Naczelna Pielęgniarka oprócz oceniania kierowników niższego szczebla powinna zapoznać się z ocenami pozostałego personelu, co pozwala jej m.in. na rozpoznanie słabych i silnych obszarów pielęgniarstwa, na zdefiniowanie potrzeb szkoleniowych dla personelu i określenie kierunku rozwoju pielęgniarstwa. Naczelna Pielęgniarka powinna współtworzyć system ocen pracowniczych tak, by spełniał on określone funkcje: motywacyjne, informacyjne, kontrolne, korygujące i prognozujące. Pierwsza z wymienionych ma za zadanie nastawianie na poprawę i utrzymanie na wysokim poziomie efektów pracy poprzez dobór odpowiednich motywatorów i właściwe ich zastosowanie. Funkcja informacyjna to przede wszystkim sygnał o tym, jak pracuje personel, jakie po-

siada kwalifikacje, jakie braki, jaka jest jego wydajność i oczekiwania. Trzecią funkcją ocen pracowniczych jest szacunek dokonań, wyników oraz korekta niepożądanych zachowań. Ostatnią z funkcji ocen pracowniczych jest prognozowanie zapotrzebowania szkoleniowego, a także możliwości awansu pracownika na podstawie jego możliwości i rozwoju [2].

Oceny pracownicze są więc ważnym elementem w funkcjonowaniu zakładu opieki zdrowotnej, o ile spełniają swoje podstawowe role. Systematycznie i prawidłowo przeprowadzana ocena pracownicza umożliwia optymalne wykorzystanie zdolności i kwalifikacji pracowników oraz planowanie dla zatrudnionych ścieżek kariery i rozwoju zawodowego. Ocena pracownika jest też dla niego samego informacją zwrotną o tym, w jaki sposób postrzegana jest jego praca i zaangażowanie w sprawy pracodawcy.

Planowanie obsad pielęgniarskich w szpitalu

Zapewnienie dobrej jakości świadczeń wymaga zagwarantowania odpowiedniej liczby personelu pielęgniarskiego, zgodnie z zapotrzebowaniem pacjentów na opiekę pielęgniarską i dostosowaniem liczby personelu do rzeczywistych potrzeb chorych. Pod pojęciem odpowiedniej obsady pielęgniarskiej należy rozumieć sytuację, gdy świadczona jest wysokiej jakości opieka zdrowotna w bezpiecznych i komfortowych warunkach pracy oraz osiągane są pozytywne rezultaty w leczeniu pacjentów [9].

Kształtowanie norm zatrudnienia powinno opierać się na wynikach badań naukowych, które jednoznacznie określą wpływ obsad pielęgniarskich na bezpieczeństwo pacjenta, jakość opieki i satysfakcję pacjentów oraz pielęgniarek; ponadto zapobiegać będą odchodzeniu od zawodu i zachęcać do wyboru zawodu pielęgniarki/pielęgniarza. Normy zatrudnienia to także niezbędny element dla zapewnienia pielęgniarkom bezpiecznego środowiska pracy, środowiska, które spowoduje zatrzymanie personelu w pracy i wpłynie na promocję tego zawodu jako bezpiecznego i atrakcyjnego dla przyszłych jego adeptów.

Świadczenia pielęgniarskie powinny być realizowane dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom z uwzględnieniem realizacji potrzeb wyrażonych i niewyrażonych, niezbędnych dla prawidłowego procesu terapeutycznego – zapewniającego skrócenie okresu leczenia i zapewnienia możliwości realizacji procesu edukacji i przygotowania do samoopieki – dla zwiększenia potencjału pacjenta w realizacji codziennych zadań związanych z pełnieniem ról społecznych, w tym pracą i nauką.

Badania naukowe dowodzą występowania istotnych zależności pomiędzy sytuacją pacjenta a obsadą pielęgniarek. Dotyczą one:

1. Bezpieczeństwo pacjenta. Liczba pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę ma bezpośredni wpływ na występowanie zdarzeń niepożądanych, m.in. takich jak: zakażenia dróg moczowych, zapalenie płuc, zakończone niepowodzeniem akcje reanimacyjne, zapalenie żył, czy też zakażenia ran pooperacyjnych. Nieodpowiednia obsada pielęgniarska – to większa śmiertelność i zachorowalność pacjentów, więcej błędów w sztuce i zdarzeń niepożądanych.
2. Koszty opieki zdrowotnej. Występowanie zdarzeń niepożądanych to nie tylko problemy dla pacjenta i ryzyko zgonu lub trwałego uszczerbku na zdrowiu, ale przede wszystkim ogromne koszty dla systemu ochrony zdrowia.
3. Satysfakcja pacjentów. Ograniczenie liczby pielęgniarek w placówce opieki zdrowotnej obniża satysfakcję pacjentów z otrzymywanej opieki.
4. Satysfakcja zawodowa pielęgniarek. Większa liczba pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę przekłada się na wzrost emocjonalnego wyczerpania i braku satysfakcji z wykonywanej pracy. Ponadto pielęgniarki, które ciągle pracują w nadgodzinach lub pracują bez odpowiedniej rezerwy są bardziej podatne na wyższą absencję i pogorszenie stanu zdrowia [6].

Sposób ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek ustala Minister Zdrowia w drodze rozporządzenia. Kieruje się w tym przypadku celem w postaci zapewnienia właściwej jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych. Minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek ustala kierownik podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą. W praktyce obliczeniem norm zajmuje się Naczelna Pielęgniarka, którą niejednokrotnie wspiera zespół zadaniowy. Prawidłowe obliczenie norm zatrudnienia uwarunkowane jest przestrzeganiem przez Naczelną Pielęgniarkę podstawowych kryteriów dla stacjonarnej i całodobowej opieki, które obejmują:

1) zakres i rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń profilaktycznych,
2) liczbę pacjentów obejmowanych opieką w danym roku,
3) wyposażenie, w szczególności w sprzęt i aparaturę medyczną, techniczną oraz środki transportu i łączności;
4) harmonogram czasu pracy,
5) średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich i średni czas dyspozycyjny,
6) właściwą kategorię opieki ustaloną dla pacjenta;
7) liczbę pacjentów zakwalifikowanych do danej kategorii opieki,
8) stan zatrudnienia i organizację pracy w jednostkach lub komórkach organizacyjnych nieudzielających świadczeń zdrowotnych.

Przed zatwierdzeniem wyliczonych minimalnych norm zatrudnienia kierownik bezwzględnie zobowiązany jest do zasięgnięcia w tej sprawie opinii:

1) osób kierujących jednostkami lub komórkami organizacyjnymi, określonymi (tj. wymienionymi) w regulaminie organizacyjnym,

2) przedstawicieli:
   a) organów samorządu pielęgniarek – a więc kierownik winien skierować stosowne wystąpienie do okręgowej izby pielęgniarek i położnych,
   b) związków zawodowych pielęgniarek i położnych – ale tylko tych działających na terenie tego konkretnego podmiotu leczniczego niebędacego przedsiębiorcą [Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U. 2012 r. poz. 1545)].

Na podstawie wyliczonych norm zatrudnienia Naczelna Pielęgniarka opracowuje strukturę zatrudnienia w dziale pielęgniarskim z ustalaniem zakresu obowiązków, uprawnień, odpowiedzialności i kwalifikacji na poszczególnych stanowiskach.

Standardy i procedury pielęgniarskie

W pielęgniarstwie standardy określa się jako systemy kryteriów kontroli i oceny (metody) znajdujące zastosowanie w dążeniach zmierzających do podnoszenia poziomu jakości pielęgnowania. Niektórzy autorzy rozumieją standard jako zbiór wymagań, norm, który określa uzgodniony, możliwy do zrealizowania poziom wykonywania praktyki pielęgniarskiej, jaki został ustanowiony w celu zapewnienia jakości opieki pielęgniarskiej, podstaw kształcenia i doskonalenia zawodowego pielęgniarek oraz inspirowania kierunków rozwoju naukowego [12]. Standard powinien być osiągalny, możliwy do obserwacji, celowy, wymierny i zrozumiały. Każdy zawiera kryteria, tj. szczegółowe i praktyczne informacje, w jaki sposób można go osiągnąć. W pielęgniarstwie standardom (modelom) opieki pielęgniarskiej przypisuje się duże znaczenie. Wyznaczają one cele działania, stanowią podstawę do oszacowania zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską, przyczyniają się do opracowania nowych metod pracy, umożliwiają dokonanie oceny jakości opieki pielęgniarskiej. Standardy to zasady i postępowanie w opiece nad poszczególnymi grupami pacjentów. Istotą standardu jest ukierunkowanie go na pożądany, wartościowy poziom, który zmierza w kierunku ideału, ale z zachowaniem osiągalności i realistyczności. Stosujemy go według przyjętego kryterium, np. stanu zdrowia, zdolności do samoopieki czy też jednostki chorobowej. Zatem standard określa poziom świadczonej opieki realizowanej zgodnie ze szczegółowym opisem czynności czyli procedurą [12]. Procedury pielęgniarskie można rozpatrywać w aspekcie dokumentacji systemu zarządzania jakością, która ma na celu uporządkowanie organizacji szpitala, ułatwia zarządzanie i stanowi dowód wiarygodności zakładu opieki zdrowotnej. Procedury te można również rozpatrywać w kontekście bezpieczeństwa pacjenta podczas hospitalizacji. Należą do nich m.in. zakażenia wewnątrzszpitalne, powikłania pooperacyjne, niepożądane zdarzenia związane z opieką, powikłania w położnictwie.

Naczelna Pielęgniarka jest odpowiedzialna za standaryzację usług pielęgniarskich w zakładzie opieki zdrowotnej. Na podstawie wymogów akredytacyjnych, wytycznych normy ISO, analizy oczekiwań i potrzeb pacjentów oraz bieżącej oceny działalności pielęgniarskiej w swojej placówce opracowuje bądź inicjuje powstanie standardów i procedur. Odpowiadając za jakość opieki zdrowotnej dąży do uporządkowania praktyki pielęgniarskiej w ten sposób, aby niezależnie od komórki organizacyjnej szpitala określone postępowanie pielęgniarskie realizowane było z zastosowaniem aktualnie obowiązującej wiedzy medycznej i na jak najwyższym poziomie, co gwarantuje niezawodność i jednorodność usług pielęgniarskich. Naczelna Pielęgniarka zobowiązana jest również monitorować wdrażanie standardów i procedur, oceniać skuteczność i efektywność procedury oraz aktualizować obowiązujące zapisy.

Doskonalenie zawodowe

Celem zakładu opieki zdrowotnej powinno być nadążanie za zmieniającym się otoczeniem, co wiąże się z koniecznością ciągłego kształcenia oraz efektywnym wykorzystaniem możliwości twórczych pracowników. Doskonalenie zawodowe pracowników, sprzyjając ich rozwojowi osobowości i zaspokojeniu potrzeby samorealizacji, rozszerza kompetencje i umiejętności pracownicze, co zdecydowanie poprawia kontakty z pacjentem i jego rodziną. Sprzyja szybszemu rozpoznawaniu problemów zdrowotnych pacjenta, wnikliwemu zrozumieniu jego sytuacji. Umożliwia udzielenie profesjonalnego wsparcia, wzmocnienia zaufania, wynikającego z wiedzy, umiejętności taktu, poszanowania godności osobistej. Celem doskonalenia zawodowego pielęgniarek jest rozwijanie umiejętności szybkiego i elastycznego przyjmowania nowych zadań oraz dostosowania ich do potrzeb społeczeństwa, w tym głównie: uzupełnienie braków wynikających z postępu wiedzy ogólnej i medycznej, wyrobienie zdolności organizacyjnych, umiejętności rozwiązywania problemów zawodowych, umiejętności intelektualnych, edukacyjnych, kształtowania właściwych postaw etycznych [16].

Naczelna Pielęgniarka w obszarze doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych ma do wykorzystania szereg metod, przy czym na szczególną uwagę zasługują: rotacje międzyoddziałowe i kształcenie podyplomowe.

Rotacje międzyoddziałowe to okresowe zmiany stanowiska pracy. Jest to okoliczność sprzyjająca zarówno samokształceniu, jak też poznawaniu zakładu i jego problemów na różnych szczeblach organizacji. Rotacje przyczyniają się wyzbywaniu rutyny, zmuszają do zdobywania nowych doświadczeń i wykorzystania posiadanych umiejętności w nowych warunkach. Ponad-

to pozwalają na pełniejsze, z uwzględnieniem różnych specjalności, poznanie sytuacji i problemów pacjentów [11]. Naczelna Pielęgniarka przy podejmowaniu decyzji o rotacjach personelu musi pamiętać, że zbyt częste zmiany stanowiska pracy działają demotywująco na pielęgniarki, powodując przemęczenie, stres i obniżenie efektywności pracy.

Kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych podzielić można, ze względu na rodzaj kształcenia, na formalne i nieformalne. Do kształcenia formalnego zaliczymy wszystkie formy kształcenia określone w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia: kurs dokształcający, kurs specjalistyczny, kurs kwalifikacyjny, szkolenie specjalizacyjne [Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 roku w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych]. Poza tym rozpowszechnioną formę doskonalenia zawodowego stanowią różnego rodzaju sympozja, konferencje, warsztaty, podczas których pielęgniarki i położne dzielą się wiedzą i doświadczeniem oraz zyskują nowe kontakty i integrują się ze środowiskiem [16].

Bardzo ważne dla rozwoju zawodowego są nieformalne formy kształcenia, takie jak szkolenia zakładowe i wewnątrzoddziałowe. Dotyczą one przede wszystkim aktualnych zmian w obowiązujących aktach normatywnych czy organizacji funkcjonowania poszczególnych komórek zakładu opieki zdrowotnej. Na szkoleniach tych omawiane są sprawy związane z wdrożeniem nowych procedur i standardów, z pojawiającymi się zdarzeniami niepożądanymi i innymi okolicznościami ważnymi dla sprawowania opieki na najwyższym możliwym poziomie.

Istotną rolę w dziedzinie doskonalenia zawodowego pełnią też wewnętrzne programy adaptacji zawodowej dla nowo zatrudnionych pielęgniarek i położnych. Wdrażane są one w celu wyeliminowania błędów i trudności spowodowanych nieznajomością miejsca pracy i zasad działania organizacji.

Wszystkie rodzaje doskonalenia zawodowego, zarówno te formalne, jak i nieformalne, wymagają dokładnego zaplanowania. Naczelna Pielęgniarka tworzy ogólnozakładowy plan szkoleń dla pielęgniarek i położnych z uwzględnieniem wymogów NFZ, dokonuje analizy posiadanych przez pielęgniarki kwalifikacji oraz planów skonstruowanych na szczeblu poszczególnych komórek organizacyjnych zakładu opieki zdrowotnej. Do jej zadań należy również ocena przydatności danego rodzaju kwalifikacji na zajmowanym przez pracownika stanowisku, a co za tym idzie opiniowanie zasadności udzielenia urlopu szkoleniowego i/lub dofinansowania do szkolenia.

Badanie satysfakcji pacjenta z opieki pielęgniarskiej

Znaczenie jakie przywiązuje się do działań mających podnieść poziom satysfakcji pacjenta wynika z faktu, że pacjent usatysfakcjonowany z opieki zachowuje się inaczej niż pacjent z niej niezadowolony. Pacjent nieusatysfakcjonowany nie stosuje się do zaleceń lekarza, przedwcześnie kończy leczenie, nie współpracuje podczas realizacji planu leczenia i pielęgnacji. Świadczeniodawca gwarantujący wysoką jakość opieki, ocenianej łącznie na podstawie wskaźników obiektywnych i pomiaru satysfakcji pacjentów, z ekonomicznego punktu widzenia osiąga korzyści: zwiększa skuteczność i efektywność gospodarowania środkami oraz zapewnia sobie potencjalnych klientów, „za którymi idą pieniądze", co zwiększa jego konkurencyjność na rynku usług medycznych. Potrzebę badania satysfakcji pacjentów podkreślają liczne publikacje [13, 14, 7]. Wyniki badań naukowych wskazują, że satysfakcja z opieki pielęgniarskiej jest najważniejszym wskaźnikiem zadowolenia pacjenta z całościowej opieki świadczonej w szpitalu. Jakość opieki pielęgniarskiej postrzegana i odczuwana przez pacjenta jest nie tylko wskaźnikiem całościowej opieki świadczonej w danej placówce ochrony zdrowia, ale także jednym z mierników ewaluacji opieki pielęgniarskiej [19]. W dużej mierze to od pielęgniarki zależy, jak pacjent hospitalizowany będzie radził sobie w chorobie, jak zniesie uciążliwości związane z procesem diagnozowania i leczenia, jak zostanie przygotowany do powrotu do środowiska domowego. Pacjent usatysfakcjonowany z opieki pielęgniarskiej jest celem działań pielęgniarskich, a ocena satysfakcji pacjenta powinnością zawodową pielęgniarek. Postrzeganie przez pacjenta jakości otrzymanej opieki, może zdecydowanie różnić się od tej postrzeganej przez profesjonalistów, dlatego pełna ocena jakości usług powinna być wynikiem analizy danych pochodzących z różnych źródeł. Pacjent ocenia na podstawie własnych subiektywnych kryteriów. Dzięki ocenie pacjentów można stwierdzić niedociągnięcia w organizacji pracy pielęgniarek oraz w postępowaniu z chorym, co pozwala na zniwelowanie błędów i poprawę jakości świadczonych usług. Pacjenci oczekują na świadczenia, które spełnią ich wymagania, dlatego tak ważne jest stałe monitorowanie jakości usług medycznych w ochronie zdrowia.

Wyniki ankiet badających satysfakcję pacjentów powinny być analizowane przez Naczelną Pielęgniarkę w celu poznania opinii o usługach pielęgniarskich, zidentyfikowania braków w opiece oraz ustalenia potencjału do doskonalenia. Dane z analizy badań satysfakcji pacjenta powinny być jednym ze wskaźników w konstruowaniu oceny pracowniczej, nagradzaniu i karaniu pracowników oraz planowaniu szkoleń personelu pielęgniarskiego. Subiektywna hierarchia istotności wskaźników pielęgnacji stanowić powinna dla Naczelnej

Pielęgniarki zarówno kryterium organizacji szkoleń dla kadry pielęgniarskiej, jak i wytyczne do tworzenia efektywniejszych narzędzi badawczych do oceny poziomu zadowolenia pacjentów.

Podsumowanie

Zadania i obowiązki postawione przed Naczelną Pielęgniarką wpływają nie tylko na poziom świadczeń pielęgniarskich, ale i na cały wizerunek jakościowy danej placówki. Dzieje się tak dlatego, że opieka pielęgniarska stanowi jeden z ważniejszych i najczęściej ocenianych obszarów działalności zakładu opieki zdrowotnej. Ocena ta uzależniona jest nie tylko od cech osobowościowych reprezentantów personelu pielęgniarskiego, jego merytorycznego przygotowania, sprawności manualnej, poziomu profesjonalizmu, właściwej postawy wobec pacjenta i jego problemów, ale od szeregu innych rozwiązań organizacyjnych leżących w kompetencjach kierownika pionu pielęgniarskiego.

Do zadań Naczelnej Pielęgniarki, mających bezpośredni wpływ na jakość usług pielęgniarskich, należą:

1. Opracowywanie struktury zatrudnienia w dziale pielęgniarskim poprzez określanie liczby i rodzaju pielęgniarskich stanowisk pracy, ustalanie zakresu obowiązków, uprawnień, odpowiedzialności i kwalifikacji na poszczególnych stanowiskach.
2. Zapewnianie alokacji zasobów kadrowych, odpowiednio do faktycznego zapotrzebowania na opiekę.
3. Systematyczna ocena jakości świadczeń udzielanych przez podległy personel i stosowanych metod opieki pielęgniarskiej.
4. Opracowywanie i doskonalenie systemu oceny i motywowania pracowników.
5. Prowadzenie analizy i formułowanie wniosków dotyczących wykształcenia podległych pracowników.
6. Nadzorowanie przebiegu adaptacji zawodowej nowo przyjętych pracowników.
7. Planowanie i organizowanie doskonalenia zawodowego – udział w kursach specjalizacyjnych, doskonalących, oraz w ramach szkoleń wewnątrzzakładowych.
8. Nadzór nad realizacją zadań na podległych stanowiskach oraz nad przestrzeganiem regulaminów obowiązujących w zakładzie.

W rozważaniach nad rolą Naczelnej Pielęgniarki w działaniach projakościowych należy pamiętać, że pielęgniarki i położne działając same, nie są w stanie zapewnić warunków, w których można osiągać wysoką jakość pielęgniarskich świadczeń. Troska o jakość usług musi być priorytetem całego personelu zakładu, a zwłaszcza dyrekcji, musi wynikać z jasno i precyzyjnie opracowanych celów strategicznych. Zdarza się jednak, że cele te nie są jasno i konkretnie określone, ale funkcjonują bardziej domyślnie. Często w zależności od lokalnej sytuacji, własnych przeszłych doświadczeń oraz domniemań co do możliwych konsekwencji prowadzi to do sytuacji, w której dyrektor ustala jakąś hierarchię swoich celów, które nie są tożsame z formalnymi celami wytyczanymi przez organ właścicielski zakładu. W sytuacji takiej niezwykle ważna jest autonomia Naczelnej Pielęgniarki, która jako zwierzchnik personelu pielęgniarskiego, niezależnie od okoliczności dążyć powinna do zagwarantowania kompleksowej, profesjonalnej opieki pielęgniarskiej.

Piśmiennictwo

1. Bielawa A. Postrzeganie i rozumienie jakości – przegląd definicji jakości. Studia i prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania nr 21, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, 2011.
2. Ciekanowski Z. Motywacja a system ocen okresowych pracowników. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego nr 90, Administracja i zarządzanie, 2011.
3. Detyna B., Detyna J. Jakość usług medycznych. Ocena statystyczna. Podstawy metodyczne. Difin, Warszawa 2011.
4. Dobska M. (red.). Podstawy strategii projakościowej w usługach medycznych. Teoria i studia przypadków. AE w Poznaniu, Poznań 2008.
5. Dobski P. Interdyscyplinarność i wielowymiarowość jakości w usługach. AE w Poznaniu, Poznań 2008.
6. Głowacka M.D. Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej – wybrane zagadnienia ogólne. terMedia, Poznań, 2004.
7. Gutysz-Wojnicka A. Zastosowanie polskiej wersji skali zadowolenia z pielęgnacji Newcastle do oceny opieki pielęgniarskiej. UM im. Karola Marcinkowskiego, Poznań, 2010.
8. Kachniewska M. Modele jakości usług a specyfika produktu turystycznego. W: Turystyka w badaniach naukowych. Prace ekonomiczne (red.) A. Nowakowska, M. Przydział, WSIiZ, Rzeszów, 2006.
9. Kaczorowska-Kossowska I. Standardy jakości w opiece pielęgniarskiej. Menedżer pielęgniarstwa, Raabe, Warszawa 2013.
10. Kodeks Pracy, Dz.U.z 1998 r. Nr 21, poz. 94.
11. Ksykiewicz-Dorota A. Zarządzanie w pielegniarstwie. Wyd. Czelej Sp.z o.o., Lublin 2005.
12. Kózka M., Płaszewska-Żywko L. (red.) Procedury pielegniarskie. PZWL, Warszawa 2009.
13. Maciąg A., Sakowska I. Rola i prawa pacjenta w obszarze jakości usług. Studia i Materiały – Wydział Zarządzania UW, 2010, 36.
14. Małecka B., Marcinkowski J. Satysfakcja pacjentów czynnikiem kształtującym współczesny rynek usług medycznych. Problemy Higieny i Epidemiologii, Oficyna Wydawnicza MA , Łódź, 2007.
15. Opolski K., Dykowska G., Możdżanek M. Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Definicje jakości i jej sfery w usługach zdrowotnych. CeDeWu, Warszawa 2005.
16. Pelc M. Doskonalenie zawodowe pielegniarek i położnych. Menedżer pielęgniarstwa, Raabe, Warszawa 2013.

17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 roku w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, Dz.U.03.197.1923.
18. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami , Dz.U. 2012 r. poz. 1545.
19. Staszewski R., Głowacka M.D. Pojęcie jakości. Od teorii do praktyki. W: Zarządzanie Zakładem Opieki Zdrowotnej. Głowacka M.D. (red.), terMedia, Poznań 2004.

Adres do korespondencji:
dr n. o zdr. Katarzyna Juszczak
Wydział Medyczny, PWSZ w Kaliszu
ul. Kaszubska 13, 62-800 Kalisz
tel. 601-971-554
e-mail: kjuszczak@poczta.onet.eu