



INFORMACJA PRASOWA

w sprawie hasła obchodów Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek w dniu 12 maja 2012 r.

Szanowni Państwo,

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie w imieniu Międzynarodowej Rady Pielęgniarek ogłasza hasło obchodów Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek w 2012 r.

„Niwelowanie różnic: od nauki do praktyki”

Tło:

Nurt medycyny koncentrujący się na poprawności podejmowania decyzji opartej na wynikach badań naukowych (EBP) rozwija się od początku lat dziewięćdziesiątych. Ideę tę zapoczątkowała grupa badaczy z Uniwersytetu McMaster w Ontario, którzy tak przededefiniowali praktykę medyczną, aby łatwiej było gromadzić i wykorzystywać informacje.

Starania o tanią i wysokiej jakości opiekę zdrowotną zwróciły uwagę na badania naukowe w pielęgniarstwie oraz wykorzystanie ich wyników w pracy zawodowej. Badania polegają na systematycznym poszukiwaniu nowej wiedzy, dla dobra pacjentów, ich rodzin i społeczności. Dotyczą różnych aspektów zdrowia będących w obszarze zainteresowania pielęgniarstwa, w tym promocji zdrowia, zapobiegania chorobom, opieki nad ludźmi w każdym wieku, w czasie choroby i rekonwalescencji lub towarzyszenia w godnej i spokojnej śmierci¹. Badania naukowe w pielęgniarstwie wykorzystują podejście naukowe do zdobywania wiedzy, odpowiadania na pytania, rozwiązywania problemów.

Jeśli pielęgniarki zastosują to podejście w swojej praktyce, będą umiały zadawać właściwe pytania – o to, jak i kiedy zmienić swoją pracę, będą mogły wykazać, że korzystają z wiarygodnych informacji w procesach decyzyjnych, oceniają swoje usługi i wiedzą, że wskaźniki dla wyników, według których są oceniane, są właściwe i zostały wcześniej zbadane i ustalone.

Wiedza w ten sposób uzyskana jest wykorzystywana w praktyce, w celu podnoszenia jakości opieki, optymalizowania wyników zdrowotnych, obniżania kosztów interwencji pielęgniarstkich.

Podstawowe terminy dotyczące EBP, które mają znaczenie w pielęgniarstwie to m.in.:

Praktyka oparta na faktach/ wynikach /badaniach naukowych (EBN)

Sposób rozwiązywania problemów stosowany w podejmowaniu decyzji klinicznych, zawierający poszukiwanie najlepszych i najnowszych wyników badań, doświadczeń i ocen klinicznych, a także wartości ważnych dla pacjentów – w kontekście opieki.

Badania naukowe w pielęgniarstwie (EBN)

Obejmują systematyczne poszukiwanie wiedzy, zaprojektowane specjalnie w celu rozwijania, doskonalenia i poszerzania wiedzy pielęgniarstkiej. Celem tych badań jest odpowiadanie na pytania i rozwijanie wiedzy w oparciu o metody naukowe – ilościowe, jakościowe lub mieszane.

¹ W.L. Holzemer, red., Practical Guide for Nursing Research. Geneva: ICN, 1998.

Podnoszenie jakości (QI)

Jakość, poprawa w aspekcie klinicznym lub czynnościowym, dotyczy systemów, procesów, wyników funkcjonalnych lub klinicznych, satysfakcji oraz kosztów. Podnoszenie jakości pomaga znajdować najlepsze praktyki lub procesy opieki, w której uczestniczą pielęgniarki. Nie jest natomiast jej celem formułowanie standardów praktyki pielęgniarskiej czy rozwijanie wiedzy dziedzinowej. *Mazurek Melnyk et al (2005)*

Praktyka oparta na wynikach badań naukowych jest cechą charakterystyczną profesjonalnego pielęgniarstwa. Badania naukowe w pielęgniarstwie, tak jakościowe jak i ilościowe, decydują o jakości i efektywności opieki zdrowotnej i są konieczne dla rozwoju wiedzy specjalistycznej, oceny aktualnych praktyk i usług pielęgniarskich, rozwoju edukacji, praktyki zawodowej, kolejnych badań a także zarządzania.

Celem badań naukowych jest poznanie i zrozumienie podstawowych mechanizmów wpływających na zdolność do utrzymania lub rozwoju optymalnego poziomu funkcjonowania człowieka, rodziny lub społeczności oraz do zminimalizowania negatywnych skutków choroby.

Badania naukowe w pielęgniarstwie powinny także dotyczyć wyników interwencji pielęgniarskich, mając na względzie jakość, efektywność i koszty sprawowanej opieki. Pozwalają poznać politykę zdrowotną i systemy skutecznej i efektywnej realizacji opieki pielęgniarskiej, promować świadomość zawodową, historyczny rozwój profesji, rozumieć zasady etyczne rządzące usługami, jak również zdobywać wiedzę o systemach skutecznie przygotowujących pielęgniarki do realizacji ich bieżących i przyszłych zadań społecznych.

Cała społeczność pielęgniarska, choć pełni w procesie terapeutycznym różne role. Pielęgniarki muszą rozumieć swoją rolę, jaką odgrywają w *continuum* od badań do praktyki. Dostęp do wiedzy, na której możemy wspierać się, by zadawać właściwe pytania, rozwijać umiejętności, współpracować z kolegami lekarzami – tak aby jak najlepiej wykorzystywać w praktyce badania. Pielęgniarki korzystające z wyników badań także uczestniczą w rozwijaniu wiedzy - często dostarczają ważnych informacji o okolicznościach, kontekście, różnych systemach, populacjach, grupach, oddziaływaniu polityki lokalnej czy czynnikach społecznych. Świadomość tego wkładu jest kluczowa dla podniesienia innowacyjności usług lokalnych oraz szukania nowych metod pracy.

W praktyce, w osiąganiu celów, najczęściej trzymamy się utartych zwyczajów i praktyk, zamiast podejmować działania na podstawie najlepszych osiągnięć naukowych.

Decyzje podejmowane na podstawie niepełnych i niewiarygodnych danych to jedna z głównych przyczyn braku usług lub ich niskiej jakości. Mogą one także powodować zmiany w praktyce pielęgniarskiej skutkujące niższą wydajnością, brakiem efektywności, nierównościami w dostępie do usług.

Praktyka kliniczna jest faktycznie realizacją procesu, na który składają się: identyfikacja problemu, sformułowanie hipotezy, testowanie oraz rozwiązanie problemu. Ten sam proces pielęgniarki mogą zaadaptować do pracy z informacją.

Browne (1997) opisuje jej następujące etapy: formułowanie idei, stawianie pytania, analiza, interpretacja, ewaluacja, organizacja, synteza, przeformułowanie, rozpowszechnianie i wyszukiwanie.

W praktyce klinicznej, wymienione etapy, nie pojawiają się jako oddzielne wydarzenia, lecz składają się na stale ewoluujący proces – jako że pielęgniarki w nim uczestniczące nieustannie się uczą.

Po zapoznaniu się z wybranymi wynikami badań pielęgniarka musi ocenić, czy istnieją wystarczające podstawy dla zmiany dotychczasowej praktyki. Być może nie znaleziono właściwej odpowiedzi na postawione pytanie albo dane nie są wystarczająco mocne, aby im zaufać.

Proces ten często nazywany jest „**oceną krytyczną**”; w odniesieniu do praktyki opartej na wynikach badań wymaga sprawdzenia wiarygodności akademickiej danych oraz analizy konkretnej sytuacji,

w jakiej nowe informacje mają być wykorzystane.

Ocenianie jest ważnym momentem wprowadzenia badań do praktyki. Na tym etapie konieczna jest ocena, czy dane wyniki mogą być zastosowane w konkretnej jednostce. Wymaga to od pielęgniarki przeanalizowania wielu spraw. Jest wysoce mało prawdopodobne, aby jednostka opisana w badaniach była identyczna z jakąkolwiek inną, jako że kontekst – z definicji – zawsze jest unikatowy.

Pielęgniarka musi więc wziąć pod uwagę następujące czynniki:

- Czy uczestnicy badania zostali podobnie scharakteryzowani?
- Czy możliwe jest wdrożenie opisanej procedury?
- Jakie są możliwe konsekwencje finansowe?
- Czy wzięto pod uwagę zgodę pacjenta?

Ocenianie konsekwencji dla personelu i pacjentów może stać się kluczowym elementem procesu decyzyjnego. Zrozumienie, co konkretne dane mogą oznaczać dla poszczególnych pacjentów, może być trudne, jako że wnioski z badań formułowane są często na zasadzie prawdopodobieństwa albo opisują działania wykonane „przypadkowo”. Zawsze trzeba sprawdzić, czy wyniki mają znaczenie kliniczne.

O „znaczeniu klinicznym” decyduje odpowiedź na pytanie, **na ile skuteczne było działanie** lub leczenie, **albo jak dużą zmianę spowodowało** leczenie. Przy testach klinicznych, w idealnym układzie o praktycznej zastosowalności i znaczeniu wyników można mówić, używając szczegółowych danych ilościowych oraz korzystając z obliczeń (wielkość efektu, liczba badanych). Znaczenie praktyczne może być także ujawnione w sposób połowicznie ilościowy, porównawczy lub przez ocenę wykonalności.

Praktyka oparta na wynikach badań często – ze swojej istoty – opiera się na obserwacji rzeczywistości i dostosowaniu do niej metod działania. Oznacza to, że można ją szybko wdrożyć w podmiotach leczniczych.

Wdrożenie często wymaga raczej zebrania informacji, zmiany zachowań czy wprowadzenia wytycznych niż zastosowania nowego leczenia czy użycia nowego sprzętu. Tym niemniej jakiegokolwiek zmiany w systemie opieki wymagają ostrożności i planowania; decyzja pojedynczej pielęgniarki dotycząca zmiany jednego elementu praktyki może mieć poważne konsekwencje dla współpracowników i pacjentów.

Przykładem zastosowania EBN w praktyce klinicznej jest m.in. opis badania przeprowadzonego przez pielęgniarkę Joyce Maygers, która skoncentrowała się na infekcjach dróg moczowych (UTI) u pacjentów po udarach. Wyniki dotychczasowych badań pokazywały, że ci pacjenci często chorują na UTI, ale brakowało informacji, jak tym infekcjom zapobiegać. Okazało się, że „winnym” zakażeń były cewniki (zakładane rutynowo tej grupie pacjentów).

Maygers zakładała, że istnieje prosty sposób na rozwiązanie tego problemu: może nie ma konieczności cewnikowania każdego pacjenta z udarem albo pozostawiania cewników na tak długo? Kiedy zaczęła szukać przyczyn medycznych uzasadniających cewnikowanie – **stwierdziła brak wskazań klinicznych dla takiej procedury**. Przez rok pracowała z lekarzami, pielęgniarkami i innymi pracownikami Centrum Medycznego im. Johna Hopkinsa w Bayview, aby sprawdzić, czy cewnikowanie jest rzeczywiście konieczne.

Wprowadziła zmiany w leczeniu pacjentów po udarach oraz w zapobieganiu zakażeniom dróg moczowych. Założyła, że doprowadzi do 10% zmniejszenia liczby założonych cewników, wynik który uzyskała był prawie dwukrotnie wyższy. U pacjentów, którzy byli leczeni w Bayview o ponad 20% obniżono dni cewnikowania, co doprowadziło do zmniejszenia liczby zakażeń i tym samym ponownego przyjmowania pacjentów z tego powodu. Skrócił się także pobyt pacjentów w Centrum. Poprawa była tak znacząca, że rozważa się zmiany procedur w całym Bayview. *Źródło: John Hopkins Nursing Magazine, Spring 2010, Vol. VIII, nr 1 http://web.jhu.edu/jhnmagazine/spring2010/features/making_research_relevant” (ICN 2011)*

Na szczeblu organizacyjnym czy szerzej – resortowym – przed wdrożeniem nowych rozwiązań trzeba szczególnie uważnie przemyśleć ich konsekwencje, zwłaszcza pod względem dostępnych zasobów.

Istnieje wiele przykładów zmarnowania środków na nieudane inicjatywy, zdarza się też, że przestano realizować dotychczasowe usługi, co doprowadziło do rozchwiania i niespójności oferowanej opieki.

Zmiany zazwyczaj wymagają wysiłku, zwłaszcza że często wiążą się ze zmianami w zachowaniach ludzi czy sposobach działania systemu. Mogą powodować bałagan, wiązać się z marnotrawstwem czasu, mieć nieprzewidziane konsekwencje. Tym niemniej – są też ekscytujące i motywujące. Konieczne jest zrozumienie wyników badań i planowanie ich wdrożenia do praktyki. Ze względu na swoją kluczową rolę, ten aspekt działań sam w sobie jest przedmiotem coraz to nowych badań. Proces znajdowania pomysłów i ich rozpowszechniania często nazywany jest **mobilizacją wiedzy** lub **transferem wiedzy**. Istnieje pogląd, że „**innowacyjność**” to proste rozwiązanie trudnych problemów, ale trzeba mieć do niego ograniczone zaufanie, w tym przypadku również stosując umiejętności z zakresu praktyki opartej na wynikach badań naukowych.

Przykładem EBN, który świadczyć może o innowacyjności podejścia do praktyki klinicznej z korzyścią dla pacjentów oraz efektami w zakresie kosztów jest projekt, który realizowano w szpitalu dziecięcym w USA. Wprowadzono tam weryfikację umieszczania sondy żołądkowej u pacjentów pediatrycznych i neonatologicznych. Od lat osiemdziesiątych XX w. w wielu placówkach nadal stosuje się osłuchiwanie w kierunku przepływu powietrza powyżej jamy brzusznej w przypadku umieszczenia sondy do karmienia. Jedynym pewnym sposobem weryfikacji umieszczenia sondy jest prześwietlenie rentgenowskie. Prześwietlanie pacjenta przed każdym karmieniem byłoby kosztowne i niepraktyczne. Zaczęto rozważać konieczność innych rozwiązań, które byłyby możliwe do wprowadzenia przy łóżku pacjenta. Pielęgniarki zastosowały procedury oparte na wynikach badań, która służy planowaniu interwencji pielęgniarskiej i minimalizacji ryzyka niewłaściwego umieszczenia sondy. W wyniku tego projektu zmniejszono częstotliwość osłuchiwania z 93,3% do 46,2% i zwiększono wykorzystanie innych, bardziej wiarygodnych metod służących sprawdzeniu umiejscowienia sondy (Farrington et al. 2009).

Zagadnieniem koniecznym w EBN jest **Transfer Wiedzy (TW)**, który rzadko ma charakter linearny i jest raczej skomplikowanym procesem społecznym. Składają się na niego serie interakcji i powiązań między producentami i użytkownikami wyników badań (McWilliam et al. 2009; Kitson et al. 2008). Planowanie, realizacja i ocena TW wymaga jednak odpowiedniego porządku logicznego. Badania w LIHS doprowadziły do opracowania harmonogramu tego procesu, w oparciu o analizę tematyczną 28 modeli TW (Ward et al. 2009) oraz towarzyszących im danych badawczych. Harmonogram zawiera 5 kluczowych elementów, które wydają się podstawowe dla planowania i realizacji TW, oraz wymienia czynności im towarzyszące. Model pokazuje także, że każdy z tych elementów współdziała z innymi, może być realizowany pojedynczo lub równolegle, a ich intensywność zmienia się w trakcie transferu wiedzy. (IND, ICN 2011)

Podmioty lecznicze sprzyjają rozwojowi praktyki, **o ile funkcjonuje w nich kultura ceniąca nowe pomysły, innowacje, dowody naukowe**. Rzeczywistość jest jednak często inna, że same podmioty lecznicze mogą stanowić jedną z większych barier we wprowadzaniu zmian. Proces ten wymaga bowiem wiarygodnych, korzystających z szerokiego wsparcia pracowników, ponieważ to oni ostatecznie odpowiadają za wykonywane działania. Trzeba ich wspierać we wprowadzaniu zmian, wyposażać w umiejętności z zakresu negocjacji, sprzedaży, budowania porozumienia i oczywiście podejmowania ryzyka. Ponadto, jako że każda zmiana wymaga czasu, ta pomoc również może okazać się długotrwała. Zespoły terapeutyczne zaangażowane w EBP chętnie dzielą się swoją wiedzą i uczą innych – co może się okazać dodatkową motywacją.

Istnieje wiele praktycznych sposobów wdrażania EBP, które mogą się ukrywać pod różnymi nazwami, na przykład:

- **budowanie partnerstwa** – łączenie osób, grup i zespołów, tworzenie wspólnej wizji i poczucia celu,

- **korzystanie z liderów/ agentów zmian** – identyfikacja i nabór osób kluczowych dla zmiany; powinni być wiarygodni i szanowani przez osoby, na które mają oddziaływać;
- **dzielenie się informacją, rozpowszechnianie informacji** – może być realizowane w różnych formatach, odpowiednio do potrzeb specyficznej grupy odbiorców; może obejmować tak różne nośniki jak ulotki, gdy czy media społecznościowe;
- **działalność edukacyjna i szkoleniowa** – moduły kształcenia ustawicznego, systemy ekspertowe, coaching indywidualny, e-learning, symulacje;
- **standaryzacja praktyki** – korzystanie ze ścieżek klinicznych, audytu klinicznego, raportu rozbieżności, list kontrolnych i wytycznych.

Nie jest prawdopodobne, aby trzeba było korzystać z wszystkich tych form, choć zapewne kilka z nich będzie potrzebne do osiągnięcia sukcesu. Z każdą z nich wiążą się koszty, które trzeba uwzględnić w fazie projektowej.

Ponieważ pielęgniarki funkcjonują aktywnie w zespołach multidyscyplinarnych, coraz ważniejsze jest, aby stawiały czoła wyzwaniom codziennej praktyki. Korzystanie z wyników badań naukowych nam to umożliwia. Pozwala nam wciąż analizować naszą pracę, szukać nowych, skuteczniejszych metod działania. W czasach trudności finansowych pomaga w jak najefektywniejszym wykorzystywaniu dostępnych zasobów. Wszyscy często mamy okazję dzielić się z innymi naszymi pomysłami i doświadczeniami. Pomaga w tym sieć kontaktów, dzięki której szybciej możemy znajdować nowe rozwiązania i wdrażać nowe pomysły.

Udane wdrożenie pielęgniarskiej praktyki opartej o wyniki badań wymaga skoordynowanych działań ministerstwa zdrowia, edukacji, pracowników służby zdrowia i prywatnej opieki medycznej. Dobre partnerstwo zachęca do współpracy, zmniejsza ryzyko dublowania działań, ogranicza współzawodnictwo o środki, sprzyja lepszym wdrożeniom EBP i uczeniu się od siebie nawzajem.

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie zachęca do prowadzenia badań naukowych na poziomie klinicznym w następujących priorytetach badawczych zidentyfikowanych przez Międzynarodową radę Pielęgniarek. Te obszary to – zdrowie, choroba i sprawowana opieka² - które są kluczowe z punktu widzenia jakości opieki, jej kosztów, dla opieki lokalnej (środowiskowej), dla rozwoju kadr oraz reform ochrony zdrowia.

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego

Warszawa, 11 stycznia 2012 r.

**Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie Zarząd Główny www.ptp.na1.pl
Al. Reymonta 8 lok 12 tel +48 22 398 18 72; fax: + 48 22 398 18 51; email: zgptpiel@gmail.com;
osoba do kontaktu: Dorota Kilańska przewodnicząca ZGPTP email: dkilanska@e-pielęgniarstwo.pl**

OPP

17/

KRS 000065610

² International Council of Nurses (1997), Nursing Research: Building International Research Agenda. Report of the Expert Committee on Nursing Research. Geneva: ICN.