

Joanna PRZYBEK-MITA¹

WPŁYW WIZERUNKU ZAWODOWEGO NA DZIAŁANIA O CHARAKTERZE INNOWACYJNYM NA PRZYKŁADZIE PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Wizerunek zawodowy pielęgniarek i położnych może w sposób znaczący wpływać na zaistnienie działań o charakterze innowacyjnym. Może być motorem korzystnych zmian lub działać hamująco. Spośród wielu czynników wpływających na wizerunek ocenie poddano czynniki polityczno-prawne, ekonomiczne, socjokulturowe oraz technologiczne.

Analiza pozwoliła wykazać, że mimo uregulowań prawnych wskazujących na samodzielność zawodową obie profesje mają w praktyce zbyt mały zakres autonomii w stosunku do przygotowania merytorycznego. Doświadczenia w kontraktowaniu usług pielęgniarsko-położniczych wskazują, że płatnik często nie kieruje się rachunkiem ekonomicznym. Ponadto stwierdzono, że decydujący wpływ na działania o charakterze innowacyjnym w pielęgniarstwie może mieć również utrwalone poczucie autonomii lekarzy jako grupy przypisującej sobie decyzje o organizacji pracy, podziale zadań oraz zakresie samodzielności decyzyjnej innych członków zespołu terapeutycznego.

1. WPROWADZENIE

Raport *Tworzenie innowacyjnej Europy*, przygotowany w 2005 r. przez grupę pod przewodnictwem Esko Aho, byłego premiera Finlandii, zaprezentował obszary strategiczne dla rozwoju innowacji oraz rekomendował tworzenie platform współpracy pomiędzy badaczami, regulatorami i aktorami sektorowymi. E-medycyna oraz farmaceutyka zostały wskazane jako dwa z siedmiu obszarów strategicznych (ponadto: transport i logistyka, środowisko, techniki cyfrowe, energia oraz bezpieczeństwo)². Innowacje w sektorze ochrony zdrowia cieszą się powszechnym poparciem, ale stanowią również poważne wyzwanie. Nie wystarczy zaproponować innowacyjny produkt czy rozwiązanie, ale należy pokazać, jaką rolę będzie on odgrywał w systemie. Całościowy kontekst społeczno-ekonomiczny ma fundamentalne znaczenie, gdyż nowa technologia może zwiększać koszt leczenia pacjentów albo przyczyniać się do znaczących oszczędności w kontekście całego społeczeństwa, na przykład poprzez ułatwienie powrotu do pracy.

Innowacyjność w pielęgniarstwie jest ważnym źródłem postępu w opiece zdrowotnej na całym świecie, przyczyniając się do poprawy stanu zdrowia indywidualnych pacjentów i całych populacji. Stanowi kluczowy składnik działań mających na celu sprostanie globalnym wyzwaniom w zakresie ochrony zdrowia, do których należą starzenie się społeczeństwa, epidemie HIV/AIDS, gruźlica, malaria, wzrost zachorowań na choroby niezakaźne, ubóstwo i niedobory kadrowe wśród personelu medycznego³. Potrzeba innowacji

¹ Dr Joanna Przybek-Mita, Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie.

² P. Świeboda, *Innowacje w sektorze ochrony zdrowia w Unii Europejskiej* (raport), DemosEuropa–Centrum Strategii Europejskiej, Warszawa 2007, s. 7.

³ Zgodnie z wytycznymi Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ICN) głównym hasłem obchodów Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek w 2009 r. były innowacje w pielęgniarstwie.

w sektorze ochrony zdrowia jest ogromna, aby można było oferować ogólnodostępną, bezpieczną i skuteczną opiekę zdrowotną przy ciągle topniejących środkach przeznaczonych na ten cel.

Innowacja to nowe podejście, wprowadzanie nowych technologii i metod pracy, które wymaga dobrego pomysłu i wsparcia, aby przekształcić idee w działanie. Mogą one być przełomowe i radykalne, dotyczyć poważnych zmian o dalekosiężnych konsekwencjach. Inne mogą być mniej spektakularne i stanowić stały proces doskonalenia i podnoszenia kompetencji, co z perspektywy czasu przynosi równie pozytywny skutek, jak innowacje rewolucyjne.

2. DLACZEGO INNOWACJE?

Innowacje w sektorze ochrony zdrowia stały się warunkiem koniecznym do poprawy jakości opieki, obniżenia nakładów finansowych oraz radzenia sobie w sytuacji braków kadrowych. W pielęgniarstwie w sposób ciągły poszukiwane są nowe informacje i skuteczniejsze sposoby promocji zdrowia, profilaktyki chorób, lepszej opieki i pielęgnacji. Jednego z najwcześniejszych przykładów innowacyjnego podejścia dostarczyła twórczyni nowoczesnego pielęgniarstwa Florence Nightingale, która obserwując wysoki wskaźnik zgonów matek na oddziałach położniczych postawiła pytanie: „Czy po urodzeniu dziecka w szpitalu umiera więcej kobiet niż po urodzeniu dziecka w domu? Jeśli tak – to dlaczego?”. Poszukując odpowiedzi, dowiodła, że wskaźnik zgonów położnic spowodowanych gorączką połogową jest wyższy w szpitalach, a to z kolei doprowadziło do zmian w oferowanych usługach medycznych⁴.

3. WIZERUNEK ZAWODOWY A INNOWACJE

Spośród wielu czynników wpływających na podjęcie działań o charakterze innowacyjnym w pielęgniarstwie pewną rolę może odgrywać utrwalony wizerunek pielęgniarki i położnej. Wizerunek – *image* – oznacza podświadome lub nieświadome wyobrażenie określonej osoby, wytworzone we wczesnym dzieciństwie lub w czasie pierwszego kontaktu i rzutujące w okresie późniejszym na inne osoby z otoczenia⁵. Wychodząc od ogólnego pojęcia, W. Nyklewicz uściśla znaczenie wizerunku zawodowego pielęgniarek, objaśniając go jako „ogół podzielanych przez ludzi przekonań, poglądów i opinii na temat tej grupy zawodowej. Te przekonania, poglądy i opinie mają duży wpływ na sposób społecznego postrzegania grupy zawodowej pielęgniarek i położnych, bowiem kształtują charakter relacji międzyludzkich w pielęgniarstwie, położnictwie. Ze względu na silne oddziaływanie wizerunku na emocje pacjentów i ich rodzin powinien być on w największym stopniu pozytywny⁶”.

Analiza wielowymiarowych wpływów na utrwalenie się określonego wizerunku pielęgniarek i położnych, a przez to oczekiwań wobec tych zawodów, może być rozważana przez pryzmat metody analizy otoczenia zewnętrznego PEST. Dokonywana jest ona przy pomocy czterech wymiarów: polityki, ekonomii, socjokultury i technologii.

⁴ D. Kilańska, *Pielęgniarki i innowacje*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” 2009/5, s. 18.

⁵ *Słownik wyrazów obcych*, PWN, Warszawa 1977, s. 298.

⁶ W. Nyklewicz, *Wizerunek zawodowy pielęgniarek. Udawanie czy profesjonalizm*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” 2005/4, s. 10–11.

Prowadząc rozważania na temat pierwszego elementu PEST, którym są czynniki polityczne i uregulowania prawne, należy wskazać, iż według zapisów w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej oba zawody są autonomiczne i samodzielne. Innym zapisem prawnym dotyczącym samodzielności zawodowej jest „Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego”, w którym nie uwzględniono nowych umiejętności (nabywanych od 2000 r. w trakcie pielęgniarskich studiów licencjackich i magisterskich), a z drugiej strony wprowadzono zapis o konieczności poinformowania lekarza o wykonaniu samodzielnej czynności pielęgniarskiej lub położniczej⁷. Analizując wpływ obu dokumentów prawnych na rozwój innowacji w pielęgniarstwie warto spojrzeć wstecz, na sytuację z roku 1996, w którym po raz pierwszy doszło do organizowania samodzielnych i grupowych praktyk pielęgniarskich i położniczych. W wielu regionach kraju podpisano kontrakty na świadczenia medyczne z wojewodami i powstały dobrze funkcjonujące praktyki obu zawodów, które zdobyły uznanie wśród pacjentów i ich rodzin. Wraz z powstaniem w 1999 roku samodzielnego płatnika – kas chorych, a następnie Narodowego Funduszu Zdrowia – dysponenti środków finansowych zaczęli ograniczać samodzielne praktyki pielęgniarek i położnych, próbując włączyć je do praktyk lekarskich. Celem tych działań miały być oszczędności w systemie ochrony zdrowia. Tego typu uzasadnienie wydaje się wątpliwe, gdyż według analiz z zakresu ekonomiki zdrowia opieka sprawowana przez pielęgniarki i położne jest znacznie tańsza niż powierzanie jej lekarzom, co dodatkowo może sprawiać, że pozbawieni właściwej pielęgnacji pacjenci częściej będą trafiać na hospitalizację. Podobnie kształtuje się podejście do zadań powierzanych położnym, które według zapisów prawnych powinny sprawować samodzielną opiekę nad fizjologicznym przebiegiem ciąży, porodu i porodu oraz nad noworodkiem. W większości polskich szpitali (szczególnie pierwszego i drugiego stopnia referencyjności) opiekę nad rodzącą sprawują lekarze, a położne są pracownikami pomocniczymi⁸.

W odniesieniu do polityki zdrowotnej, uprawianej przez specjalistów w tej dziedzinie, można zauważyć niewielki udział pielęgniarek i położnych w jej kreowaniu, zwłaszcza w kwestiach dotyczących podsystemu pielęgniarstwa⁹.

Drugim elementem analizy PEST są czynniki ekonomiczne otoczenia zewnętrznego, które znacząco wpływają na sposób funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej, zarządzanie, autonomię zawodową lub jej brak wśród pielęgniarek i położnych. Naukowcy obliczyli, że gdy opiekę nad pacjentem z wieloma schorzeniami sprawuje nie lekarz, lecz wykwalifikowana pielęgniarka we współpracy z lekarzem, można zaoszczędzić 103 000 dola-

⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (DzU nr 210, poz. 1540).

⁸ A. Ksykiewicz-Dorota, *Determinanty wizerunku pielęgniarki i położnej w krajowym systemie zdrowotnym a nowe wyzwania w pielęgniarstwie polskim i europejskim*, [w:] *Wizerunek pielęgniarki i położnej na tle nowych wyzwań w pielęgniarstwie polskim i europejskim*, red. G. Rogala-Pawelczyk, J. Kubajka-Piotrowska, NRPiP, Warszawa 2009, s. 12.

⁹ Jedyną pielęgniarką, która jest rozpoznawanym i wpływowym politykiem, jest Joanna Szczypińska z PiS. Zob. M. Nowicki, *Wizerunek polskiej pielęgniarki i położnej w mediach publicznych i prywatnych*, [w:] *Wizerunek pielęgniarki i położnej na tle nowych wyzwań w pielęgniarstwie polskim i europejskim*, red. G. Rogala-Pawelczyk, J. Kubajka-Piotrowska, NRPiP, Warszawa 2009, s. 26.

rów rocznie¹⁰. Dlatego w wielu krajach szczególną uwagę zarządzających skupiają zakresy obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności pracowników medycznych. W zakładach opieki zdrowotnej dotyczy to w największym stopniu rewidowania lekarskich zakresów czynności zawodowych i przekazywania części dotychczasowych zadań innym pracownikom medycznym: pielęgniarkom, położnym, ratownikom medycznym, rehabilitantom itp.

Z punktu widzenia ekonomii kształcenie i doskonalenie zawodowe w pielęgniarstwie jest bardzo kosztowne. Obejmuje ono trzy lata studiów licencjackich, dwa lata studiów magisterskich i dwa lata specjalizacji zawodowej, zakończonej egzaminem państwowym. Niestety po siedmiu latach nauki pielęgniarka nie ma żadnych dodatkowych uprawnień i aby wykonywać czynności takie jak szczepienia, EKG czy leczenie ran, powinna ukończyć dodatkowe kursy w ramach kształcenia podyplomowego, opłacanego ze środków budżetu państwa lub przez samego zainteresowanego. Zadania, które dzisiaj wykonują lekarze, a do których dobrze są przygotowane pielęgniarki i położne, obejmują przede wszystkim: badania fizykalne, zlecanie pacjentom badań i wstępna ich interpretacja u chorych długotrwale leczonych oraz rozstrzyganie o skierowaniu pacjenta na badania lekarskie albo przedłużeniu recepty, gdyż stan zdrowia jest stabilny. Taki model pracy lekarza i pielęgniarek rodzinnych funkcjonuje w Wielkiej Brytanii. Aby można było wprowadzić analogiczną innowację w krajowym systemie zdrowotnym, należałoby dokonać przeformowania samodzielnie wykonywanych zadań wśród członków zespołu terapeutycznego zgodnie z przygotowaniem zawodowym (licencjat pielęgniarstwa, pielęgniarstwie studia magisterskie, specjalizacje w dziedzinie pielęgniarstwa). Należałoby również oczekiwać pracy taką metodą, która gwarantowałaby imienną odpowiedzialność za wyniki opieki u pacjenta, przygotowanie go do samodzielności, zapobieganie powikłaniom i błędom w sztuce oraz dokładne dokumentowanie wszystkich wykonanych działań. Należy zaznaczyć, że stabilizacja kosztów opieki i realizacja zadań na górnym pułapie możliwości pracownika wymagają, aby pielęgniarki i położne również miały możliwość przekazywania zadań, które nie wymagają ich wiedzy i umiejętności innym osobom, np. pomocom pielęgniarstwu. Niestety w polskim systemie zdrowotnym nie funkcjonuje taki zawód.

Wymownym przykładem pielęgniarstwiej innowacji w zakresie ograniczania nakładów finansowych i poprawy jakości opieki zdrowotnej jest rozwiązanie dotyczące organizowania opieki nad wcześniakami w Kolumbii. Oczywiście jest, iż opieka nad wcześniakami w inkubatorach jest kosztowna ze względu na konieczność posiadania odpowiedniego sprzętu medycznego i stałego monitorowania przez personel medyczny parametrów życiowych dziecka. W wielu krajach rozwijających się brakuje inkubatorów. Amerykańska pielęgniarka pracująca w Kolumbii wymyśliła metodę zwaną „kangurowaniem”, będącą prostą, taną i społecznie akceptowaną alternatywą dla inkubatorów¹¹. Wykorzystanie tej metody w sposób znaczący wpłynęło na zmniejszenie umieralności wcześniaków w Zimbabwie i innych krajach.

Następną grupą czynników w analizie PEST są czynniki socjokulturowe. Wywierają one znaczny wpływ na wizerunek polskiej pielęgniarki i położnej, a przez to na działania innowacyjne w krajowym systemie zdrowotnym. Lekarze w trakcie studiów medycznych oraz praktyki zawodowej są przyzwyczajeni do szerokiej indywidualnej i grupowej auto-

¹⁰ D. Kilańska, *Pielęgniarki i innowacje*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” 2009/5, s. 18.

¹¹ Tamże.

nomii klinicznej, a więc do decydowania o sposobie diagnozowania, leczenia i efektach terapii wraz z użyciem sprzętu, leków i innych środków. Jednakże zdaniem specjalistów z zarządzania zasobami ludzkimi w systemie zdrowotnym należy powziąć działania ograniczające szeroką autonomię celem zahamowania eksplozji kosztów i próby zbilansowania przychodów z wydatkami instytucji medycznych.

Ostatnią grupę czynników analizy PEST stanowią technologie medyczne, które zrewolucjonizowały edukację oraz usługi zdrowotne na świecie. Technologie informatyczne w szczególności zwiększyły dostępność informacji o zdrowiu i świadczeniach opieki zdrowotnej, zwłaszcza dla populacji mających utrudniony dostęp do usług medycznych (obszary wiejskie i małe ośrodki miejskie). Dzięki telemedycynie możliwe jest monitorowanie podstawowych parametrów stanu zdrowia pacjentów oraz zagrożeń życia na odległość. Telepielęgniarstwo jest bardzo szybko rozwijającą się gałęzią usług na świecie, która polega na przekazywaniu informacji na temat promocji zdrowia, zapobiegania chorobom, sposobów diagnozowania i leczenia oraz edukacji medycznej. System ten nie wymaga specjalnych certyfikatów ani licencji, ale powinna istnieć możliwość jego oceny i pewność, że dostarczana usługa jest bezpieczna i zapewnia odpowiednią jakość opieki. W opiece domowej pielęgniarki używają systemów, które umożliwiają monitorowanie parametrów fizjologicznych, takich jak ciśnienie tętnicze, stężenie glukozy we krwi czy masa ciała, w domu pacjenta. Wykorzystując interaktywne systemy video, pacjenci kontaktują się z pielęgniarkami o dowolnej porze i uzyskują konsultacje na temat problemów pielęgnacyjnych, np. wykonywania iniekcji z insuliny. Telepielęgniarstwo pomaga szczególnie pacjentom i ich rodzinom w aktywnym uczestniczeniu w opiece, w jej planowaniu i w zarządzaniu samoopieką zwłaszcza w zakresie chorób przewlekłych. Umożliwia dostarczenie odpowiednich informacji w odpowiednim czasie z wykorzystaniem wsparcia on-line. Spośród wielu zalet wpływających na efektywność usługi należy przede wszystkim wymienić:

- dostarczanie pacjentom oraz ich rodzinom aktualnych informacji na temat zdrowia,
- redukcję wysokich kosztów usług zdrowotnych (utrzymywanie gabinetów lekarskich i pielęgniarstkich, oddziałów pomocy doraźnej itp.),
- ograniczenie nakładów fizycznych, gdyż opieka może być dostarczana mimo barier geograficznych, a mobilność pacjentów nie jest przeszkodą w dostępie do świadczonej usługi,
- ograniczenie czasu pobytu pacjentów w szpitalu,
- zwiększenie bezpieczeństwa przewlekle chorych w środowisku domowym¹².

Przy wykorzystywaniu telepielęgniarstwa należy również wyraźnie zdefiniować niedogodności wynikające z takiej współpracy z pacjentem. Należą do nich przede wszystkim trudności w powstawaniu i zastosowaniu właściwych relacji terapeutycznych.

4. ZAKOŃCZENIE

Wspieranie działań innowacyjnych w pielęgniarstwie wymaga świadomego określenia determinantów wizerunku pielęgniarzek i położnych oraz ich wpływu na nowe wyzwania w pielęgniarstwie polskim, europejskim i światowym. Czołowego wsparcia w tym zakresie powinien udzielać samorząd zawodowy pielęgniarzek i położnych oraz wszystkie krajowe towarzystwa pielęgniarstka.

¹² http://www.icn.ch/telenursing_network.htm (28 IX 2009)

LITERATURA

- [1] Kilańska, D., *Pielęgniarki i innowacje*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” 2009/5, s. 18–19
- [2] Ksykiewicz-Dorota, A., *Determinanty wizerunku pielęgniarki i położnej w krajowym systemie zdrowotnym a nowe wyzwania w pielęgniarstwie polskim i europejskim*, [w:] *Wizerunek pielęgniarki i położnej na tle nowych wyzwań w pielęgniarstwie polskim i europejskim*, red. G. Rogala-Pawelczyk, J. Kubajka-Piotrowska, NRPiP, Warszawa 2009, s. 9–17
- [3] Nowicki, M., *Wizerunek polskiej pielęgniarki i położnej w mediach publicznych i prywatnych*, [w:] *Wizerunek pielęgniarki i położnej na tle nowych wyzwań w pielęgniarstwie polskim i europejskim*, red. G. Rogala-Pawelczyk, J. Kubajka-Piotrowska, NRPiP, Warszawa 2009, s. 25–28
- [4] Nyklewicz, W., *Wizerunek zawodowy pielęgniarek. Udawanie czy profesjonalizm*, „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” 2005/4, s. 10–11
- [5] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (DzU nr 210, poz. 1540)
- [6] *Słownik wyrazów obcych*, PWN, Warszawa 1977
- [7] Świeboda P., *Innowacje w sektorze ochrony zdrowia w Unii Europejskiej* (raport), DemosEuropa–Centrum Strategii Europejskiej, Warszawa 2007
- [8] Ustawa z 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (DzU 2001 nr 51, poz. 602 ze zm.)

INFLUENCE OF PROFESSIONAL IMAGE ON ACTIVITIES OF INNOVATIVE NATURE ILLUSTRATED WITH AN EXAMPLE OF NURSES AND MIDWIVES

Professional image of nurses and midwives may significantly influence on the occurrence of activities of innovative nature. It may be the driving force behind the favourable changes or it may have a hindering effect. From among a variety of factors influencing the image, this thesis evaluates political, legal, economical, socio-cultural as well as technological factors.

The analysis allowed to reveal that despite the legal regulations indicating professional independence, both professions in practice have too narrow range of autonomy in comparison with factual knowledge and competence. Experience in contracting nursing and midwifery services indicates that the payer is often driven by the economic calculus. Furthermore, it has been stated that the decisive influence on the activities of innovative nature in nursing may also have a consolidated sense of autonomy of physicians, as a group ascribing the decisions concerning work organization, division of tasks and the scope of decisive independence of other members of therapeutic team to itself.