

Janina Książek¹, Dorota Wesołowska²

¹Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego Akademii Medycznej w Gdańsku

²Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, Oddział Dermatologii Akademii Medycznej w Gdańsku

Ewaluacja jakości a ocena dokumentacji procesu pielęgnowania

Quality evaluation vs. assessment of nursing care records

Adres do korespondencji:

dr med. Janina Książek
 Zakład Pielęgniarstwa
 Chirurgicznego AMG
 ul. Do Studzienki 38
 80-227 Gdańsk
 tel.: (0 58) 349 12 47
 e-mail: j.książek@amg.gda.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Jakość opieki pielęgniarstwa ocenianej na podstawie zgromadzonej dokumentacji procesu pielęgnowania można badać metodami naukowymi oraz poprzez przeprowadzenie procesu ewaluacji. Ewaluacją nazywamy oszacowanie, określenie wartości czegoś (stanu procesu, wyrobu, wyniku działania, programu itp.).

Cel pracy. Celem pracy jest ocena jakości opieki pielęgniarstwa na podstawie o dokumentacji procesu pielęgnowania.

Materiał i metody. Materiał stanowią 573 arkusze oceny historii pielęgnowania chorych leczonych w Akademickim Centrum Medycznym Szpitala AMG w latach 2002–2005. Obliczenia wykonano za pomocą pakietu statystycznego StatSoft, Inc. (2005). Statistica 7.1. (www.statsoft.com) oraz arkusza kalkulacyjnego Microsoft Excel. Za poziom istotności przyjęto $p = 0,05$. W opracowaniu posłużono się następującymi testami statystycznymi: ANOVA nieparametryczna (ANOVA rang Kruskala-Wallisa, ANOVA Friedmana), test U Manna-Whitneya.

Wyniki. Na podstawie wyników badań dowiedziono, że przedstawiona metoda ewaluacji jakości opieki pielęgniarstwa na podstawie dokumentacji pielęgniarstwa powinna być w przyszłości wykorzystana jako stała procedura do podnoszenia poziomu jakości.

Problemy Pielęgniarstwa 2008; 16 (3): 215–223

Słowa kluczowe: jakość opieki, dokumentacja medyczna, ewaluacja

ABSTRACT

Introduction. Quality of nursing care evaluated on the basis of nursing care records can be analysed by means of scientific methods or by carrying out an evaluation process. Evaluation is understood as estimation, calculation of value (of a condition, process, product, activity result, program, etc.).

The aim. The aim of the study is evaluating the quality of nursing care based on nursing care records. Material and methods. The analysed material constitute 573 care history evaluation forms of patients treated in the Academic Clinical Centre of the Medical University of Gdańsk between 2002 and 2005. Calculations were performed by means of statistical software package StatSoft, Inc (2005), STATISTICA (data analysis software system), version 7.1. www.statsoft.com and Microsoft Excel calculation sheet. The level of significance was established at $p=0,05$. The following statistical tests were used in the study: nonparameter ANOVA (Kruskal-Wallis ANOVA, Friedman ANOVA) Mann-Whitney U test.

Results. The research results prove that the method of evaluating nursing care quality based on nursing care records analysis should be used in future as a routine procedure meant to improve the level of quality.

Nursing Topics 2008; 16 (3): 215–223

Key words: nursing care quality, medical records, evaluation

Wstęp

Instytut Medycyny Krajowej Akademii Nauk w Stanach Zjednoczonych określa, że: „jakość to stopień, do jakiego usługi zdrowotne świadczone dla jednostek i populacji zwiększają prawdopodobieństwo pożądaných efektów zdrowotnych i są zgodne z aktualną profesjonalną wiedzą medyczną” [1]. Jakość z punktu widzenia świadczeniodawcy to „właściwe postępowanie terapeutyczne, zgodne z aktualną wiedzą medyczną, efektywne i skuteczne, bezpieczne i sprawowane we właściwym czasie” [2]. W rozumieniu pacjenta jakość to bezproblemowy dostęp do usług, dostateczna informacja o stanie zdrowia, stosowanym leczeniu, działaniu leków, edukacja zdrowotna, dobre porozumiewanie się z lekarzami i pielęgniarkami, szacunek i opiekuńczość okazywana pacjentowi, ciągłość przebiegu leczenia, a także satysfakcja, czyli stopień zadowolenia z otrzymanej opieki [2].

Według płatnika jakość to efektywna opieka zdrowotna zapewniająca pożądane rezultaty medyczne przy najniższych kosztach [3, 4]. Wysoka jakość opieki zdrowotnej z punktu widzenia płatnika opiera się na: a) wysokich kwalifikacjach zawodowych pracowników medycznych; b) optymalnym wykorzystaniu dostępnych środków; c) ograniczeniu do niezbędnego minimum ryzyka ponoszonego przez pacjenta; d) pozytywnym wpływie procesu leczenia na stan zdrowia pacjenta; e) satysfakcji pacjenta [5]. Fawcett-Hennessy uważa, że prawdziwa jakość nie powinna stać się tylko kolejnym trendem. Powinna wywodzić się ze sprzężonego zorganizowania wszystkich pracowników medycznych w celu jej zasadniczej poprawy [6].

Jakość opieki pielęgniarskiej ocenianej na podstawie zgromadzonej dokumentacji procesu pielęgnowania można badać metodami naukowymi oraz poprzez przeprowadzenie procesu ewaluacji. Ewaluacją nazywamy oszacowanie, określenie wartości czegoś (stanu procesu, wyrobu, wyniku działania, programu itp.) [7]. Jest to metoda coraz częściej stosowana w krajach zachodnich, gdzie ewaluację definiuje się jako metodę zbierania, interpretowania i oceniania dokumentacji, realizowaną w sposób planowy i systematyczny oraz przedstawiania informacji w postaci wniosków dotyczących stanu badanego procesu [8], systematyczne badanie cech przedmiotu lub procesu [9]. Zastosowanie ewaluacji może służyć weryfikacji i przekształcaniu procesów oraz zatwierdzeniu lub odrzuceniu przyjętych kierunków działań. W literaturze zachodniej można zauważyć wiele różnych sposobów klasyfikacji procesów ewaluacji, które są różne w zależności od rozważań, co ma być przedmiotem ewaluacji — badany proces czy jego wynik. Procesy ewaluacji klasyfikuje się ze względu na:

1. Podejście do procesu, w tym jako zorientowane na osiągnięte cele i efektywność wykorzystania środków do osiągnięcia wyznaczonych celów, dostarczanie in-

formacji o ocenianym procesie i jego wynikach dla potrzeb podejmowania decyzji, opisywanie i ocenę wyników ocenianego procesu itd.

2. Modele procesu ewaluacji — analiza systemowa (polega na ocenie wydajności procesu poprzez porównanie danych na wejściu i wyjściu), zadania zaplanowane (ocena stopnia wykonania celu zadania w sposób mierzalny), ekspertyza, analiza rozbieżności (porównanie rzeczywistych efektów programu z zakładanymi rezultatami).
3. Typy procesu ewaluacji. Wyróżniamy trzy typy ewaluacji w zależności od zakresu informacji i czasu, w którym chcemy ją otrzymać: diagnostyczna, formatywna i sumatywna (konkluzywna).

— ewaluacja diagnostyczna realizowana jest przed rozpoczęciem ocenianego procesu i w jego trakcie, a ma pomóc w dokładnym określeniu celów procesu. Pozwala określić, jakie cechy (np. kwalifikacje personelu, systematyczne nadzorowanie działań i dokumentacji itp.) należy rozwinąć w trakcie trwania procesu;

— ewaluacja formatywna realizowana jest w czasie trwania ocenianego procesu. Umożliwia doskonalenie procesu na podstawie analizy i oceny zgromadzonych danych;

— ewaluacja sumatywna opisuje ostateczne wyniki ocenianego procesu oraz przedstawia wnioski i zalecenia.

4. Poziomy ewaluacji. Wyróżniamy trzy poziomy: procesu, wpływu, wyniku.

— ewaluacja na poziomie procesu zajmuje się badaniem zewnętrznych właściwości procesu, takich jak: kwalifikacje personelu, metody i sposoby realizacji zadań, warunki realizacji procesu pielęgnowania (struktura pomieszczeń, liczba personelu zatrudnionego, metody zarządzania), jakość i stan wyposażenia, czas przeznaczony na realizację poszczególnych zadań w procesie pielęgnowania. Pokazuje, czy badany proces jest prawidłowo zaplanowany i realizowany;

— ewaluacja na poziomie wpływu zajmuje się analizą i oceną zmian kwalifikacji personelu w relacji do analizowanego procesu. Może odpowiadać na przykład na pytania: Czy kształcenie personelu wpływa na wyniki procesu (jakość)? Czy wieloletnie wykonywanie tej samej pracy może prowadzić do rutyny i obniżenia jakości pracy?

— ewaluacja na poziomie wyniku zajmuje się opisaniem wyniku realizowanego procesu, po jego zakończeniu. Wymaga ona monitorowania określonych wskaźników w dłuższym okresie czasu [9].

Poważnym problemem dla ewaluatorów jest podjęcie decyzji o wyborze właściwego typu ewaluacji i zastosowanie metod umożliwiających zrealizowanie założonych celów.

W pracy ewaluację przeprowadzono poprzez zastosowanie:

- podejścia mającego na celu opisywanie i wyjaśnianie rezultatów i efektów wraz z omówieniem wyników;
- zasad modelu eksperckiego, który określa poziom realizacji jakości opieki pielęgniarstwa na podstawie dokumentacji procesu pielęgnowania i uznanych przez ewaluatora (osobę lub zespół przeprowadzające ewaluację) wzorcowych poziomów oceny dokumentacji procesu pielęgnowania;
- typu ewaluacji sumatywnej, która ma zastosowanie w badaniu ewaluacji na poziomie wyniku 62, 65, 66.

W odniesieniu do opisywanych wyżej definicji oraz klasyfikacji ewaluacji można stwierdzić, że jest ona oceną wyników opieki świadczonej na rzecz pacjenta i jego środowiska. Pielęgniarki polskie wraz z udoskonalaniem dokumentacji posiadły umiejętność prawidłowego formułowania diagnoz pielęgniarstwa, problemów pielęgnacyjnych i prawidłowego ich zapisu. Wartość prawidłowo prowadzonej dokumentacji zapewnia niezbędne do sprawowania opieki warunki ciągłości i systematyczności, a poprzez możliwość weryfikacji dokumentacji do poprawy jakości opieki pielęgniarstwa [10–13].

Cel pracy

Celem pracy jest ocena jakości opieki pielęgniarstwa na podstawie o dokumentacji procesu pielęgnowania.

W celu osiągnięcia założonego celu przedstawiono następujące problemy:

1. Czy jakość opieki pielęgniarstwa oceniana na podstawie poszczególnych kryteriów zmieniała się?
2. Czy jakość opieki pielęgniarstwa była zależna od badanej grupy kryteriów?

Materiał i metody

Materiał stanowią 573 „Arkusze oceny historii pielęgnowania”. Oceny dokonywali członkowie Podzespołu ds. Dokumentacji Pielęgniarskiej w latach 2002–2005. Na podstawie analizy zgromadzonego materiału badawczego wyodrębniono do oceny zmian w jakości opieki pielęgniarstwa opisane niżej grupy oddziałów [tab. 1]:

- oddziały chirurgiczno-zabiegowe: kardiochirurgia, neurochirurgia, chirurgia ogólna, dermatochirurgia, laryngologia, okulistyka, chirurgia plastyczna, chirurgia klatki piersiowej, neurochirurgia, chirurgia onkologiczna, chirurgia urazowa, chirurgia twarzo-wo-szczękowa, urologia, ginekologia, położnictwo;
- oddziały niechirurgiczne — wszystkie oddziały Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 Akademickiego Centrum Klinicznego AMG poza

wymienionymi wyżej oddziałami chirurgiczno-zabiegowymi;

- oddziały internistyczne — transplantologii i nefrologii „A”, ciągłej ambulatoryjnej dializy otrzewnowej, nefrologii i transplantologii-hemodializ „B”, nadciśnienia tętniczego i diabetologii „C”, nadciśnienia tętniczego i diabetologii „D”, gastroenterologii „E”, endokrynologii „F”, chorób wewnętrznych i ostrych zatruć „G”, I Klinika Chorób Serca „H”, Chorób Serca i Szybkiej Diagnostyki „I”, Chorób Serca-Intensywnej Terapii Medycznej, II Klinika Chorób Serca;
- wszystkie oddziały ogólnie — SPSK nr 1 ACK AMG.

W literaturze polskiej nie ma zbyt wielu publikacji na temat metod oceny dokumentacji pielęgniarstwa. Jednym z narzędzi umożliwiającym dokonanie rzetelnej oceny dokumentacji pielęgniarstwa jest „Arkusze oceny dokumentacji historii pielęgnowania”, autorstwa Książek. Powstał on na podstawie wcześniejszych autorskich narzędzi wykorzystywanych w pracach omawiających tematykę jakości opieki pielęgniarstwa. Narzędzie to ocenia dokumentację pielęgniarstwa zgodnie z etapami procesu pielęgnowania. Arkusz składa się z pięciu podstawowych grup kryteriów: 1. Gromadzenie danych ogólnych; 2. Gromadzenie danych szczegółowych; 3. Przyjęcie chorego na oddział; 4. Diagnoza pielęgnowania i realizacja planu opieki; 5. Ocena całościowa. Każdej grupie kryteriów przyporządkowane są kryteria (pytania), według których dokonuje się oceny dokumentacji. Maksymalnie ze wszystkich części arkusza można uzyskać 160 punktów [14]. Obliczenia wykonano za pomocą pakietu statystycznego StatSoft, Inc. (2005). Statistica 7.1. (www.statsoft.com) oraz arkusza kalkulacyjnego Microsoft Excel. Za poziom istotności przyjęto $p = 0,05$. W opracowaniu posłużono się następującymi testami statystycznymi: ANOVA nieparametryczna (ANOVA rang Kruskala-Wallisa, ANOVA Friedmana) test U Manna-Whitneya.

Wyniki

ANOVA nieparametryczna (wartość testu 5105,280, $p = 0,000$) wykazała istnienie statystycznie istotnych różnic pomiędzy kryteriami w grupie „gromadzenie danych ogólnych”. Najmniej pozytywnych odpowiedzi uzyskano dla kryteriów: DO-5 — 83,71%, DO-9 — 88,66%, DO-11 — 89,53%. Najwięcej pozytywnych odpowiedzi uzyskano dla kryteriów: DO-2 — 98,78%, DO-10 — 97,61%. Pomimo różnic wszystkie kryteria tej grupy były realizowane na poziomie bardzo dobrym, powyżej 80% (tab. 2).

ANOVA nieparametryczna (wartość testu 2759,704, $p = 0,000$) wykazała istnienie statystycznie istotnych różnic pomiędzy kryteriami w grupie „gro-

madzenie danych szczegółowych”. Najmniejsze ilości pozytywnych odpowiedzi potwierdzających realizację danego kryterium uzyskano dla kryteriów: DS-3 — 84,58%. Najwięcej pozytywnych odpowiedzi dla kryteriów: DS-2 — 97,03%, DS-4 — 96,04%. Gromadzenie danych szczegółowych umożliwia ocenę rzetelności zgromadzonych danych o poszczególnych układach. Przedstawione powyżej wyniki informują, że realizacja poszczególnych kryteriów w tej grupie jest na poziomie bardzo dobrym. Wyniki zawierają się w przedziale 84,58–97,03% (tab. 3).

ANOVA nieparametryczna (wartość testu 3014,327, $p = 0,000$) wykazała istnienie statystycznie istotnych różnic w kryterium „przyjęcie chorego na oddział”. Najmniejsze ilości pozytywnych odpowiedzi potwierdzających realizację danego kryterium uzyskano dla kryteriów: P-7 — 18,15%, P-12 — 27,57%, P-13 — 36,65%, P-14 — 25,74%. Osiągnięte wyniki plasują się na poziomie niebezpiecznych (< 20%) lub słabych (< 40%) i wymagają pilnej poprawy. Dla części kryteriów wyniki mieszczą się w zakresie ocenianym jako niepełne i również wymagają poprawy. Są to kryteria: P-2 — 42,18%, P-5 — 57,07%, P-6 — 46,42%, P-8 — 46,34%. Najwięcej pozytywnych odpowiedzi uzyskano dla kryteriów: P-1 — 98,17%, P-10 — 96,51%, P-11 — 93,72%, P-18 — 94,59%. Kryteria te były realizowane na poziomie bardzo dobrym, powyżej 80%. Wyniki oceny dowodzą, że realizacja połowy kryteriów w tej grupie wymaga pilnej poprawy (tab. 4).

ANOVA nieparametryczna (wartość testu 1530,440, $p = 0,000$) wykazała istnienie statystycznie istotnych różnic w kryterium „diagnoza pielęgnowania i realizacja planu opieki”. Najmniejsze ilości pozytywnych odpowiedzi uzyskano dla kryterium: D-5 — 33,77%. Wynik plasuje wykonanie kryterium na poziomie słabym (< 40%) i wymaga pilnej poprawy. Dla części kryteriów wyniki mieszczą się w zakresie ocenianym jako niepełne i również wymagają poprawy. Są to kryteria: D-4 — 59,28%, D-6 — 43,98%, D-8 — 55,93%, D-9 — 60,65%, D-10 — 40,84%. Najwięcej pozytywnych odpowiedzi uzyskano dla kryteriów: D-1 — 92,73%, D-3 — 98,60%, D-11 — 86,13%, D-12 — 86,74%. Kryteria te były realizowane na poziomie bardzo dobrym, powyżej 80% (tab. 5).

ANOVA nieparametryczna (wartość testu 5759,591 $p = 0,000$) wykazała istnienie statystycznie istotnych różnic w kryterium „ocena całościowa”. Najmniejsze ilości pozytywnych odpowiedzi uzyskano dla kryterium O-9 — 74,69%. Wynik plasuje wykonanie kryterium na poziomie dobrym (< 80%) i wskazana jest poprawa.

Oceniając diagnozę i realizację planu opieki, można dojść do wniosków podobnych jak w realizacji grupy kryterium związanego z przyjęciem na oddział. Najwyższy poziom uzyskały oddziały chirurgiczno-zabiegowe (63,71%),

Tabela 1. Liczba kontroli w grupach oddziałów SPSK nr 1 ACK AMG
Table 1. The number of inspections in group of wards SPSK nr 1 ACK AMG

Lp	Grupy oddziałów	Rok													
		2002			2003			2004			2005			Suma	
		Liczba kontroli	Liczba arkuszy	Liczba kontroli	Liczba arkuszy	Liczba kontroli	Liczba arkuszy	Liczba kontroli	Liczba arkuszy	Liczba kontroli	Liczba arkuszy	Liczba kontroli	Liczba arkuszy	Liczba kontroli	Liczba arkuszy
1	Chirurgiczne	9	25	29	80	23	73	15	34	76	212				
2	Niechirurgiczne	16	57	50	155	27	74	27	75	120	361				
3	Internistyczne	10	37	22	76	12	40	11	37	55	190				
4	Pediatryczne	2	6	12	28	0	0	7	14	21	48				
5	Ogólnie — wszystkie SPSK nr 1	25	82	79	235	50	147	42	109	196	573				

Tabela 2. Ocena kryteriów grupy — gromadzenie danych ogólnych**Table 2. Evaluation of group criteria — general data collection**

Nr kryterium	Kryterium	N	% TAK
DO-1*	Dane dotyczące pacjenta i jego rodziny zostały zgromadzone prawidłowo	572	96,86
DO-2*	Określono datę, godzinę i tryb przyjęcia chorego	572	98,78
DO-3*	Przy przyjęciu odnotowano rozpoznanie lekarskie w języku polskim	542	94,42
DO-4*	Odnotowano informacje odnośnie przebytych chorób, operacji, pobytu w szpitalach oraz chorobach głównych dolegliwościach i chorobach współistniejących	558	95,78
DO-5*	Określono grupę krwi, czynnik Rh i dane epidemiologiczne	572	83,71
DO-6*	Przy przyjęciu dokonano pomiaru wzrostu, wagi ciała	571	96,86
DO-7*	Określono przyzwyczajenia pacjenta, np. dotyczące snu oraz współistniejące nałogi	564	96,51
DO-8*	Opisano sprzęt pomocniczy, z którego korzysta chory	527	91,97
DO-9*	Określono czynniki ryzyka oraz sprawność pacjenta przy przyjęciu	569	88,66
DO-10*	Oceniono stan psychiczny pacjenta	563	97,61
DO-11*	Uzyskano podpis chorego/rodziny pod informacją o prawach pacjenta	516	89,53

*Numer kryterium odpowiada pytaniu w arkuszu

Tabela 3. Ocena kryteriów grupy — gromadzenie danych szczegółowych**Table 3. Evaluation of the group criteria — detailed data collection**

Nr kryterium	Kryterium	N	% TAK
DS-1*	Przy przyjęciu oceniono układ oddechowy, krążenia, pokarmowy, moczowo-płciowy, mięśniowo-szkieletowy	568	94,88
DS-2*	Przy przyjęciu oceniono wzrok, słuch, świadomość	562	97,03
DS-3*	Przy przyjęciu oceniono ryzyko wystąpienia odleżyn	490	84,58
DS-4*	Przy przyjęciu oceniono stan skóry	552	96,04
DS-5*	W uwagach zawarto dodatkowe informacje o ocenianych układach	552	92,71
DS-6*	Wszystkie dane dotyczące wywiadu i gromadzenia danych szczegółowych zapisane są czytelnie oraz opatrzone datą i czytelnym podpisem pielęgniarki	561	92,67

*Numer kryterium odpowiada pytaniu w arkuszu

pozostałe oddziały są niemalże na tym samym poziomie; w granicach od 62,56%–62,98%. Realizacja oceny całościowej dla wszystkich oddziałów waha się w granicach od 74,50% (oddziały chirurgiczno-zabiegowe) do 77,91% (oddziały internistyczne). Jest to poziom realizacji grupy kryterium, który oceniono jako dobry (tab. 6). ANOVA nieparametryczna nie wykazała statystycznie istotnych różnic w poszczególnych grupach kryteriów z uwzględnieniem podziału na grupy oddziałów (ryc 1.). Można zatem stwier-

dzić, że oddziały realizują swoje zadania w poszczególnych grupach kryteriów na zbliżonym poziomie.

Dyskusja

Właściwie prowadzona dokumentacja sprzyja lepszemu koncentrowaniu się pielęgniarek na pielęgnowaniu, kształtuje poczucie odpowiedzialności, wpływa

Tabela 4. Ocena kryteriów grupy przyjęcia chorego na oddział
Table 4. Evaluation of the group criteria of placement the patient on ward

Nr kryterium	Kryterium	N	% TAK
P-1*	Wyłoniono problemy pielęgnacyjne związane z przyjęciem na oddział i ustalono plan postępowania	572	98,17
P-2*	Określono plan postępowania wynikający ze stanu zagrożenia życia	246	42,18
P-3*	Określono plan postępowania wynikający z konieczności zapewnienia choremu bezpieczeństwa	439	75,65
P-4*	Przy przyjęciu ustalono plan postępowania wynikający z konieczności i zaspokojenia potrzeb biologicznych	400	69,46
P-5*	Wyłoniono problemy psychiczne chorego i rodziny związane z przyjęciem na oddział i ustalono plan postępowania	339	57,07
P-6*	Przy przyjęciu określono plan postępowania związany z odchyleniami od normy w poszczególnych układach (oddechowy, krążenia)	275	46,42
P-7*	Przy przyjęciu określono plan postępowania związany z problemami społeczno-socjalnymi chorego	107	18,15
P-8*	Przy przyjęciu oceniono poziom wiedzy/orientację chorego i jego rodziny o chorobie i ustalono plan postępowania	280	46,34
P-9*	Wyłoniono problemy pielęgnacyjne związane z głównymi dolegliwościami i chorobami współistniejącymi i ustalono plan postępowania	391	65,21
P-10*	Określono plan postępowania wynikający z konieczności realizacji zleceń lekarskich przy przyjęciu	555	96,51
P-11*	Określono plan postępowania wynikający z konieczności wykonania pilnych badań, zabiegów diagnostycznych	569	93,72
P-12*	Przy przyjęciu ustalono plan postępowania uwzględniający przyzwyczajenia chorego i organizację czasu wolnego	174	27,57
P-13*	Przy przyjęciu w planie postępowania uwzględniono i odnotowano uwagi pacjenta i jego rodziny	315	36,65
P-14*	Przy przyjęciu ustalono plan postępowania związany z ocenionym ryzykiem wystąpienia odleżyn	152	25,74
P-15*	Przy przyjęciu ustalono plan postępowania związany z ocenianym stanem skóry	520	64,05
P-16*	Ustalono plan postępowania uwzględniający planowane badania diagnostyczne, zabiegi i operacje	485	83,94
P-17*	Przy przyjęciu w planach postępowania uwzględniono uwagi innych członków zespołu terapeutycznego	356	79,58
P-18*	Określone problemy i plany postępowania zapisane są czytelnie i opatrzone podpisem pielęgniarki	555	94,59

*Numer kryterium odpowiada pytaniu w arkuszu

na rozwój umiejętności, przyczynia się do wzbogacania wiedzy i doświadczeń. Inspiruje twórcze podejście pielęgniarek do pielęgnowania oraz wpływa na poprawę niskiej samooceny własnego zawodu. Prowadzenie dokumentacji wymaga posiadania odpowiedniej wie-

dzy teoretycznej, a pielęgniarka ponosi indywidualną odpowiedzialność za przebieg procesu pielęgnowania, jego wyniki i ocenę oraz jakość [13, 14]. Chociaż prowadzenie dokumentacji pielęgnowania jest głęboko uzasadnione, są wysuwane przeciwko tej metodzie za-

Tabela 5. Ocena kryteriów grupy — diagnoza pielęgnowania i realizacja planu opieki
Table 5. Evaluation of the group criteria — nursing diagnosis and care plan realization

Nr kryterium	Kryterium	N	% TAK
D-1*	Wyłoniona diagnoza pielęgnowania jest oparta na obecnie istniejących problemach chorego	557	92,73
D-2*	Wyłoniona diagnoza pielęgnowania jest oparta na potencjalnych zagrożeniach wynikających z procesu leczenia i pielęgnacji	378	64,57
D-3*	Wyłoniona diagnoza pielęgnowania wiąże się z realizacją bieżących zleceń lekarskich	565	98,60
D-4*	Wyłoniona diagnoza pielęgnowania uwzględnia aktualny stan psychiczny chorego	353	59,28
D-5*	Wyłoniona diagnoza pielęgnowania uwzględnia aktualne problemy społeczne i socjalne chorego	492	33,77
D-6*	Wyłoniona diagnoza pielęgnowania uwzględnia aktualny poziom wiedzy/orientację chorego i jego rodziny o chorobie	265	43,98
D-7*	Wyłoniono diagnozę pielęgnowania związaną z aktualnymi głównymi dolegliwościami i chorobami współistniejącymi	321	72,25
D-8*	Wyłoniona diagnoza pielęgnowania związana jest z realizacją wsparcia psychicznego	226	55,93
D-9*	Wyłoniona diagnoza pielęgnowania związana jest z ocenianym ryzykiem wystąpienia odleżyn	520	60,65
D-10*	Wyłoniona diagnoza pielęgnowania związana jest ze stanem zagrożenia życia chorego	139	40,84
D-11*	Wyłoniona diagnoza pielęgnowania związana jest z koniecznością zapewnienia choremu bezpieczeństwa	556	86,13
D-12*	Wyłoniona diagnoza pielęgnowania związana jest z zaspokojeniem potrzeb biologicznych	560	86,74

*Numer kryterium odpowiada pytaniu w arkuszu

rzuty. Krytyce poddany zostaje fakt, że prowadzenie dokumentacji wymaga dużego nakładu czasu. Pielęgniarki ten czas mogłyby spożytkować na bezpośredni kontakt z chorym, a nie na sporządzanie zapisów. Wprawdzie prowadzenie dokumentacji wymaga dużego nakładu czasu, szczególnie w okresie początkowym jej wprowadzenia, kiedy to pielęgniarki muszą opanować potrzebne do tego umiejętności i sprawności, ale nie jest to czas stracony. Przemyślenia wnoszą dużo korzyści do pielęgnowania, wpływają na poprawę kontaktów pielęgniarka–pacjent, na ich wzajemne rozumienie się oraz mają bardzo duże znaczenie dla rozwijania współpracy zespołowej. Właściwie prowadzona dokumentacja pozwala na unikanie wielu błędów. Pod względem prawnym zgodność zapisów ze stanem faktycznym chroni personel pielęgniarski, ponieważ stanowi istotny dowód prawny w razie roszczeń pacjenta. Natomiast pod względem ekonomicznym pozwala na wyliczenie i wycenę wartości wykonywanych działań pielęgniarskich wobec pacjenta. Udokumentowanie wszystkich świadczeń medycznych jest podstawą do zawierania kontraktów na te świadczenia w danym zakładzie opieki zdrowotnej [5, 8, 11]. Wadą arkusza według autorki jest jego

skomplikowana budowa, która wymaga od oceniających pielęgniarek posiadania dużej wiedzy teoretycznej i praktycznej oraz znajomości procesu pielęgnowania [13].

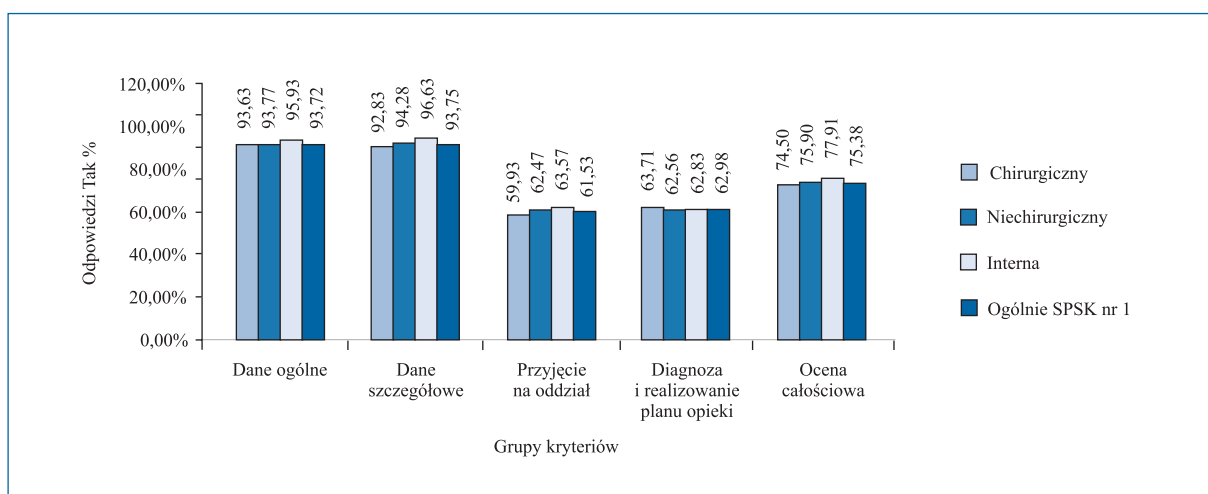
Wnioski

1. Przedstawiona metoda ewaluacji jakości opieki pielęgniarskiej na podstawie dokumentacji pielęgniarskiej powinna być w przyszłości wykorzystana jako stała procedura do podnoszenia poziomu jakości.
2. Zespół ds. Jakości Usług Pielęgniarskich powinien w przyszłości podjąć badania szczegółowe dotyczące wpływu każdego z wybranych kryteriów z osobna lub wpływu kilku kryteriów reprezentatywnych dla wybranego zagadnienia, na jakość opieki pielęgniarskiej.
3. Należy zwrócić uwagę na poprawę dużo słabszych od pozostałych wyników oceny grup kryteriów: 3. — przyjęcie chorego na oddział i 4. — diagnoza pielęgnowania i realizacja planu opieki, które bezpośrednio wiążą się z realizacją opieki pielęgniarskiej i w znacznej mierze decydują o jakości opieki pielęgniarskiej.

Tabela 6. Ocena kryteriów w grupie — ocena całościowa
Table 6. Evaluation of the group criteria — comprehensive assessment

Nr kryterium	Kryterium	N	% TAK
O-1*	Diagnoza pielęgnowania jest powiązana z planem opieki	565	97,73
O-2*	Plan opieki jest systematycznie oceniany oraz utrzymano logiczność obserwacji	569	96,86
O-3*	Plan opieki jest systematycznie korygowany w zależności od potrzeb i oczekiwań pacjenta	560	95,11
O-4*	Diagnoza pielęgnowania i plany opieki są realnie dostosowane do aktualnych możliwości oddziału	570	99,39
O-5*	Kolejne karty dokumentacji zawierają numery stron, imię i nazwisko chorego, kolejne daty	548	83,71
O-6*	Karta opieki zawiera kategoryzację chorego	501	87,43
O-7*	Dokumentacja prowadzona jest czytelnie oraz brak skreśleń nieparafowanych podpisem pielęgniarki	570	95,75
O-8*	W dokumentacji nie zostawiono wolnych miejsc umożliwiających dokonywanie wpisu w późniejszym terminie	517	90,23
O-9*	Wskazówki pielęgniarstwa są wykonane właściwie	430	74,69
O-10*	Dokumentacja procesu pielęgnowania jest przechowywana i zabezpieczona właściwie oraz ma do niej dostęp cały zespół terapeutyczny	572	99,59
O-11*	W dokumentacji procesu pielęgnowania zawarto wskazówki pielęgniarstwa przy przeniesieniu na inny oddział oraz przy wypisie ze szpitala	573	100,00
O-12*	Dokumentacja procesu pielęgnowania została dołączona przy wypisie do historii choroby	573	100,00

*Numer kryterium odpowiada pytaniu w arkuszu



Rycina 1. Wyniki oceny zbiorczej historii pielęgnowania, z podziałem na grupy kryteriów i grupy oddziałów
Figure 1. The results of collective nursing history care plan with division of group criteria and wards criteria

Piśmiennictwo

1. Leatherman S. Poprawa działania systemów opieki zdrowotnej poprzez reformowanie rynku usług zdrowotnych. W: Pierwsza Ogólnopolska Konferencja: Jakość w Opiece Zdrowotnej, Kraków 1997: 67.
2. Burda K. Analiza problematyki satysfakcji pacjenta w powiązaniu z zagadnieniami dotyczącymi jakości opieki zdrowotnej. *Antidotum* 2003; 64–65: 61–78.
3. Czarniecka K., Romański B. Jakość usług a polityka samorządu lokalnego. *Służba Zdrowia* 1999; 39–40: 9–10.
4. Dykowska G., Opolski J. Jakość świadczeń zdrowotnych: pakiet samokształceniowy. Międzynarodowa Rada Menadżerów, Warszawa 2001: 13.
5. Musiał W. Ocena jakości usługi poszpitalnej w rehabilitacji kardiologicznej badanej poprzez ankietę. Mój pobyt w GCR Repty. *Antidotum* 1998; 4: 75–76.
6. Fawcett-Hanessy A. Reformy systemów opieki zdrowotnej Europy-nowe wyzwania stawiane POZ. *Pielęgniarstwo* 2000 4 (33), 1997. Wkładka specjalna 3 (11): 3–8.
7. Słownik wyrazów obcych. PWN, Warszawa 1991: 250.
8. Cronbach L.J. *Toward Reform of Program Evaluation: Aims, Methods and Institutional Arrangements*. San Francisco 1980: 14.
9. Cylkowska-Nowak M. Ewaluacja kształcenia pielęgniarek i położnych — kilka uwag teoretycznych. *Pielęgniarstwo Polskie* 2002; 1 (13): 16–22.
10. Górąjek-Jóźwik J. Podstawy i założenia zindywidualizowanego pielęgnowania. W: Zahradniczek K. (red.). *Pielęgniarstwo. Podręcznik dla studiów medycznych*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004: 140–184.
11. Łoś A., Wójcicie A. Dokumentacja medyczna jako przebieg informacji. W: Piąta Ogólnopolska Konferencja: Jakość w Opiece Zdrowotnej, Kraków, 12–14 kwietnia 2002: 119.
12. Książek J., Kretowicz K., Skokowski J. Dokumentacja procesu pielęgnowania w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 1 Akademickiego Centrum Klinicznego Akademii Medycznej w Gdańsku. *Ann. Acad. Med. Gedan.* 2004; 34: 173–182.
13. Książek J., Kentzer B. Arkusz oceny dokumentacji pielęgniarskiej. *Ann. Acad. Med. Gedan.* 2005; 35: 73–83.
14. Wesołowska D. Ewaluacja jakości opieki pielęgniarskiej. Praca magisterska, AMG.