

AKADEMIA MEDYCZNA W GDAŃSKU
WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU
ODDZIAŁ PIEŁĘGNIARSTWA
KIERUNEK PIEŁĘGNIARSTWO

Jerzy Ryszard Krukowski

Nr albumu 35731

**Ocena jakości opieki pielęgniarskiej
w hospicjum stacjonarnym**

Praca licencjacka
napisana
w Zakładzie Zarządzania w Pielęgniarstwie
pod kierunkiem
mgr Katarzyny Kretowicz

Gdańsk 2009

SPIS TREŚCI

WSTĘP	4
ROZDZIAŁ 1	
1. JAKOŚĆ OPIEKI W PIELEGNIASTWIE	5
1.1. Tradycyjne i współczesne podejście do jakości	5
1.2. Jakość w ochronie zdrowia	11
1.3. Pomiar i ocena jakości opieki pielęgniarskiej	16
ROZDZIAŁ 2	
2. OPIEKA PALIATYWNA	18
2.1. Podstawowe definicje i pojęcia	18
2.2. Historia idei hospicyjnej	20
2.3. Współczesna opieka paliatywna	21
ROZDZIAŁ 3	
3. METODYKA BADAŃ	26
3.1. Cel pracy	26
3.2. Problemy badawcze	27
3.3. Metoda, techniki i narzędzie badawcze	28
3.4. Materiał badań	32
ROZDZIAŁ 4	
4. WYNIKI BADAŃ I ICH OMÓWIENIE	33
4.1. Charakterystyka badanej grupy	33
4.2. Analiza uzyskanych wyników	49
4.3. Dyskusja	61
ROZDZIAŁ 5	
5. WNIOSKI KOŃCOWE	62
STRESZCZENIE	63

PIŚMIENNICTWO	64
Spis tabel	68
Spis rysunków	70
Spis załączników	73

WSTĘP

Pojęcie jakości istnieje od czasów starożytnych. Jej znaczenie ewaluowało na przestrzeni dziejów ludzkości. Od kontroli „post factum” do zaangażowania wszystkich pracowników firmy, na każdym jej szczeblu, do współpracy na jej rzecz. Dotyczy to wszelkiej działalności produkcyjnej i usługowej. W ochronie zdrowia jakość ma szczególny wymiar ze względu na fakt, że dotyczy zdrowia i życia ludzkiego. Nie bez znaczenia pozostają stale rosnące oczekiwania klientów i duża konkurencja, które wymuszają na organizacjach ciągłą pracę na rzecz jakości oferowanych usług. Może to decydować o istnieniu niektórych placówek ochrony zdrowia.

W ochronie zdrowia dużą rolę w zarządzaniu jakością odgrywają pielęgniarki. Zmieniła się filozofia opieki od zaspokajania biologicznych potrzeb pacjenta do holistycznego modelu pielęgnowania. Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej oraz kodeks etyki zawodowej odnoszą się również do zagadnień dotyczących jakości opieki pielęgniarskiej. Dlatego pielęgniarki muszą mieć świadomość jej znaczenia w odniesieniu do swoich usług. Powinny one być bardzo zaangażowane w pracę na jej rzecz, w przeciwnym razie będą pełniły, co najwyżej, rolę drugorzędną.

Na szczególną uwagę zasługują pacjenci nieuleczalnie chorzy, zwłaszcza w końcowej fazie życia. Ludzie ci nie mają już nadziei na wyleczenie swojej choroby, ale mają prawo do najlepszej i najtroskliwszej opieki, opieki na najwyższym poziomie do końca swoich dni. Nie można pominąć bólu, żalu i osamotnienia jakie towarzyszy rodzinom tych pacjentów. Nie wolno ograniczać opieki tylko do chorych, trzeba ją odnieść również do ich rodziny, która też ma prawo do opieki na najwyższym poziomie jaki można osiągnąć. Ludzie ci są odbiorcami świadczeń udzielanych przez personel hospicjów. Z tych powodów praca pielęgniarek w hospicjum stacjonarnym nabiera szczególnego znaczenia, a wysoki poziom udzielanych w nich świadczeń powinien być normą. Aby zapewnić odpowiedni poziom jakości usług należy, między innymi, wykorzystywać odpowiednie narzędzia do jej oceny.

ROZDZIAŁ 1

1. JAKOŚĆ OPIEKI W PIELEGNIASTWIE

1.1. Tradycyjne i współczesne podejście do jakości

Pojęcie jakości towarzyszy ludziom od czasów starożytnych. Różne określenia jej znaczenia, na przestrzeni dziejów, przedstawia Tabela 1.

Tabela 1. Określenie jakości w ujęciu historycznym

Okres	Myśliciele / filozofowie	Rozumienie Określanie pojęcia jakość
VI w. p.n.e.	Lao Tsu	Ciągłe doskonalenie
V/IV w. p.n.e.	Platon	Pewien stopień doskonałości
IV w. p.n.e.	Arystoteles	Podejście obiektywne
I w. p.n.e.	Cyceron	Cecha, właściwość
XVII w.	R. Descartes	Podejście dualistyczne
	J. Locke	
XVIII w.	I. Kant	Subiektywizm i obiektywizm
XX w.	W.E. Deming	Zachwyt klienta
	J. Juran	Przydatność użytkowa

Źródło: Podłowska J.: Edukator zawodowy, <http://kowieziu.crowley.pl/edukator/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=182>, 2008-03-05

We współczesnym piśmiennictwie można spotkać różne definicje jakości. J. Podłowska określiła jakość jako istotne cechy przedmiotu wyróżniające go z spośród innych i stanowiące o jego swoistości pod danym względem (19).

Według A. Feigenbauma jakość to zbiorcza charakterystyka wyrobu lub usługi, z uwzględnieniem marketingu, projektowania, wykonania i utrzymania, która powoduje, że dany produkt lub usługa spełniają oczekiwania użytkownika (18).

Według E. J. Gauchera i R. J. Coffeya jakość jest spełnieniem określonych wymagań klienta (18).

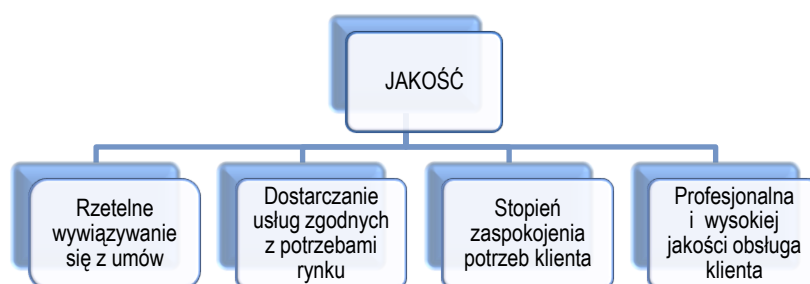
A. Ksykiewicz-Dorota zdefiniowała jakość jako zespół cech wyrobu lub usługi, z którymi wiąże się jego/jej zdolność do zaspokajania określonych lub domyślnych potrzeb

i oczekiwań klienta (18).

Według J. Ettingera jakość to stopień, w jakim wyrób zaspakaja postawione mu wymagania wyglądem celu, do jakiego został przeznaczony (12).

K. Zahradniczek określiła jakość jako zespół cech produktu lub usługi, które wpływają na ich zdolność do zaspokojenia określonej potrzeby (12).

Współczesny amerykański specjalista w dziedzinie jakości W. E. Deming, nazwany „ojcem jakości” twierdził, że jakość to sposób myślenia, który każe stosować i ciągle poszukiwać nowe rozwiązania (28). Dzisiejsze postrzeganie znaczenia jakości przedstawia Rysunek 1.



Rysunek 1. Jakość usług

Źródło: Podłowska J.: Edukator zawodowy, <http://koweitiu.crowley.pl/edukator/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=182>, 2008-03-05

Bardzo długo trwało przekonanie, że jakość to brak usterek czy wad w wyniku czego pierwszą formą zarządzania jakością była kontrola „post factum”.

Kontrola jakości to także standardy, procedury i normy, które powinny być formułowane nie tylko przez zespoły do spraw jakości, ale również z udziałem wykonawców. W przeciwnym razie zainteresowanie i poczucie odpowiedzialności za jakość ulegnie zmniejszeniu u tych pracowników (12).

Poprawa jakości odnosi się nie tylko do oceny, ale też do podniesienia któregoś z jej obszarów. Jest to zespół działań, które mają na celu ustalenie stanu faktycznego, dokonanie oceny, ustalenie czynników ułatwiających i utrudniających oraz zaprojektowanie i wprowadzenie odpowiednich zmian, które przyniosą poprawę jakości (18).

Optymalny poziom jakości udzielanych świadczeń uzyskać możemy dzięki systematycznym i dokładnym działaniom obejmującym kontrolę, ocenę, pomiar aktualnego poziomu świadczenia usług oraz skuteczne działania modyfikujące te procesy (12).

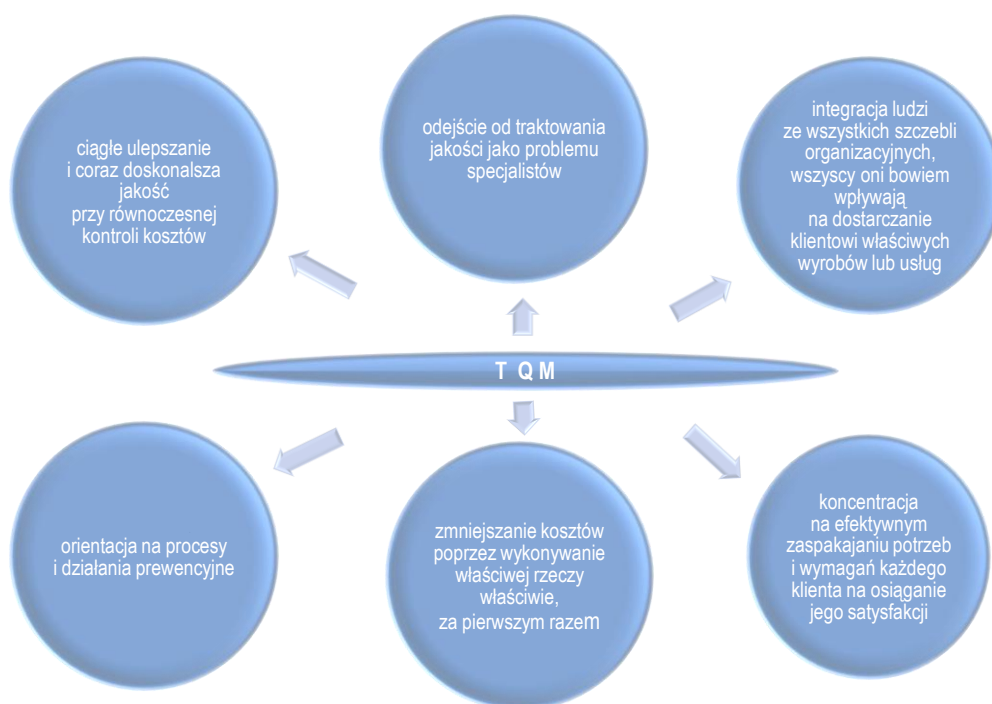
Działania te ilustruje Rysunek 2.



Rysunek 2. Piramida jakości

Źródło: Lenartowicz H.: Zarządzanie jakością w pielęgniarstwie. Materiały dydaktyczne specjalizacji organizacja i zarządzanie. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa, 1998

Total Quality Management (TQM), to kompleksowe zarządzanie jakością według nowego sposobu myślenia, które preferuje jakość ponad ilość (18). Działania składające się na TQM przedstawia Rysunek 3.

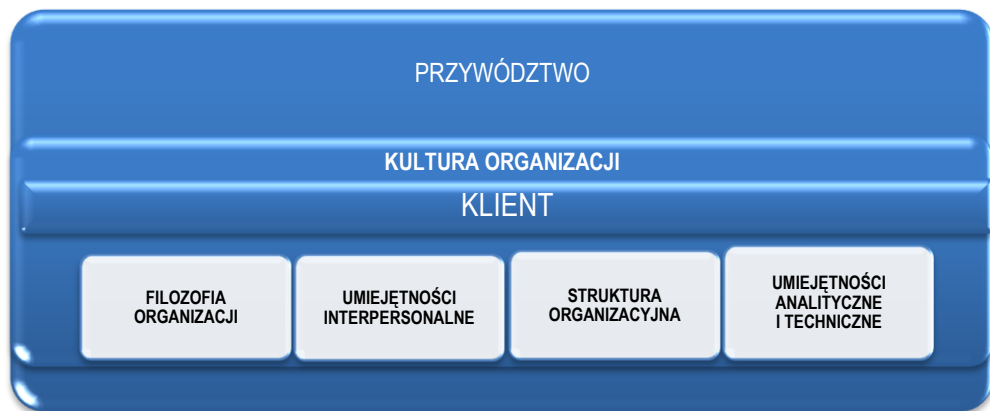


Rysunek 3. TQM

Źródło: opracowanie własne

Filozofia TQM opiera się na zaangażowaniu kierownictwa, koncentracji na pracowniku i na faktach, ciągłym doskonaleniu i powszechnym uczestnictwie

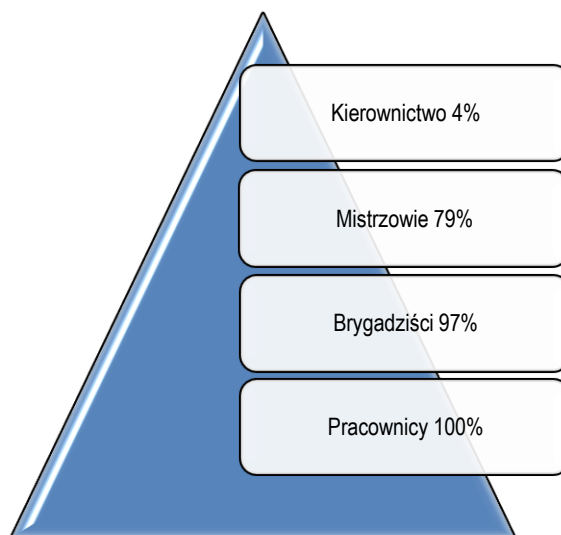
w zarządzaniu jakością (39). Najważniejszymi osobami w każdej działalności są klienci (12). Modelowy przykład TQM przedstawia Rysunek 4.



Rysunek 4. Model TQM

Źródło: opracowanie własne

Badania przeprowadzone w Japonii przez S. Yshida wykazały, że jeśli założyć, iż wiedza pracowników na temat swojej pracy wynosi 100%, to wiedza dyrekcji na ten temat wynosi zaledwie 4%, mistrzów 79%, a brygadzystów 97%. Ilość wiedzy w poszczególnych grupach zawodowych ilustruje Rysunek 5.



Rysunek 5. Wiedza na temat pracy w różnych grupach zawodowych

Źródło: opracowanie własne

Przykłady koniecznych zmian kulturowych przedstawia Tabela 2.

Tabela 2. Konieczne zmiany w kulturze

Od	Do
Niepełne lub niewłaściwe zrozumienie wymagań klienta	Systematyczna praca w celu zrozumienia i zaspokojenia potrzeb klientów
Nastawienie na doraźne cele i ograniczona perspektywa działań	Świadome równoważenie celów doraźnych i długofalowych
Dopuszczalna granica błędu i późniejsze działania naprawcze jako norma postępowania	Dążenie do ciągłego doskonalenia, wyeliminowania usterek oraz poprawnego wykonywania już za pierwszym razem
Niezorganizowane, indywidualne rozwiązywanie problemów i podejmowanie decyzji	Zorganizowane, grupowe, wspólne rozwiązywanie problemów i podejmowanie decyzji
Zarządzanie bez jasno sprecyzowanych celów, strach przed popełnieniem błędów	Otwarty styl, jasno określający cele, zachęcający do rozwiązywania problemów i podejmowania decyzji grupowych

Źródło: Lenartowicz H.: Zarządzanie jakością w pielęgniarstwie. Materiały dydaktyczne specjalizacji organizacja i zarządzanie. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa, 1998

Sukcesy w dziedzinie jakości są możliwe, gdy menedżer stanie się przywódcą. Charakterystykę podejścia menedżera i przywódcy przedstawia Rysunek 6.



Rysunek 6. Podejście menedżera i przywódcy

Źródło: Lenartowicz H.: Zarządzanie jakością w pielęgniarstwie. Materiały dydaktyczne specjalizacji organizacja i zarządzanie. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa, 1998

TQM jest procesem długotrwałym, w którym wyróżnia się kilka etapów, co obrazuje Rysunek 7.



Rysunek 7. Etapy TQM

Źródło: opracowanie własne

W. E. Deming sformułował 14 zasad dotyczących jakości, ich uogólnieniem jest tak zwany cykl Deminga, który ilustruje Rysunek 8 (37).



Rysunek 8. Cykl Deminga

Źródło: Maciąg A. Kuszewski K. Topczewska-Tylińska K. Michalak J.: Rola procesów, standardów i procedur w kształtowaniu jakości świadczeń zdrowotnych. *α-medica pres*, Bielsko-Biała, 2007

Najbardziej znaną myślą W. E. Deminga jest stwierdzenie, że 85% problemów każdej organizacji wynika z błędnych systemów, a 15% z błędów pracowników (21).

J. Juran zwracał uwagę na trzy elementy: udoskonalanie, planowanie i kontrolę jakości. Doskonalenie jakości to przede wszystkim doskonalenie planowania (28).

Podsumowując należy stwierdzić, że systemy zarządzania jakością polegają na projektowaniu, planowaniu i konstruowaniu usługi lub wyrobu w taki sposób, aby zaspokoić wszystkie potrzeby klienta przy jednoczesnym zmniejszaniu kosztów wytwórcy.

1.2. Jakość w ochronie zdrowia

Zagadnienie jakości w ochronie zdrowia ma długą historię, sięga czasów Hipokratesa, który swoją słynną zasadą „*primum non nocere*” wyraził troskę o jakość świadczeń zdrowotnych. F. Nightingale również dokonała oceny jakości. W 1858 roku w swoim raporcie porównała śmiertelność ludności cywilnej ze śmiertelnością w armii brytyjskiej i zażądała przestrzegania standardów w wojskowej służbie zdrowia (11).

Współcześnie jakość w opiece zdrowotnej stanowi jeden z ważniejszych problemów w zarządzaniu zakładami opieki zdrowotnej. Potrzeba utrzymania jakości w ochronie zdrowia była dostrzegana od bardzo dawna, jednak niewiele robiono aby podnosić jej poziom. W ostatnich latach nastąpiło wiele zmian podnoszących tę jakość. Przekształcenia nastąpiły w związku z wydłużeniem długości życia ludzi, ze zwiększeniem oczekiwań pacjentów oraz możliwościami wyboru placówki medycznej poprzez wzrost liczby zakładów niepublicznych oraz zmian w polskim systemie zdrowia (13).

Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej umożliwia funkcjonowanie niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentysty oraz ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej, umożliwiając tworzenie prywatnych, indywidualnych, grupowych i specjalistycznych praktyk lekarskich oraz pielęgniarskich jako nowych form świadczeń zdrowotnych. Na mocy ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym zniesiono rejonizację i wprowadzono swobodny wybór lekarza pierwszego kontaktu i innych placówek medycznych. Na skutek tych zmian pojawiła się konkurencja na rynku usług zdrowotnych. Znaczenie jakości w ochronie zdrowia stało się jednym z ważniejszych zadań we wszystkich placówkach opieki zdrowotnej (22, 23, 24, 25).

Zgodnie z filozofią marketingu jakość usługi, to stopień spełniania oczekiwań nabywców. Usługa ma odpowiednią jakość, jeśli jej realizacja spełnia lub przekracza oczekiwania nabywców (3). W literaturze można spotkać wiele definicji jakości opieki zdrowotnej, jednak najczęściej powtarzającym się jest określenie, że jakość opieki zdrowotnej, to stopień do jakiego usługi zdrowotne obejmujące jednostki oraz populacje zwiększają prawdopodobieństwo osiągnięcia pożądaných efektów zdrowotnych oraz wykazują zgodność z aktualną i profesjonalną wiedzą (17).

A. Donabedian wyróżnił elementy składające się na jakość, ukazane na Rysunku 9.



Rysunek 9. Elementy jakości według Donabediana

Źródło: <http://www.nil.org.pl/xml/oil/oil68/gazeta/numery/n2005/n200511/n20051129>, 2008-03-12

Twierdził on, że jakość będzie optymalna, gdy będzie zachowana we wszystkich ukazanych wymiarach (40).

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) pacjentem jest każda osoba, która korzysta ze świadczeń zdrowotnych, niezależnie od tego czy jest zdrowa czy chora (13). Nie można pacjenta traktować jako petenta, trzeba uznać go za najważniejszą część organizacji, któremu powinny być podporządkowane wszelkie działania organizacji (16). WHO jako podstawowe zasady dotyczące jakości w ochronie zdrowia podaje zasady opracowane przez R. Maxwella, pokazane na Rysunku 10.



Rysunek 10. Sfery jakości Maxwella

Źródło: Opolski K., Dykowska G., Moździoń M.: Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka. CeDeWu, Warszawa, 2003

Najbardziej powszechne systemy zarządzania jakością w Polsce to licencjonowanie, akredytacja oraz normy ISO.

Licencjonowanie traktujemy jako wstępny etap zapewnienia jakości. Licencja to nadanie prawa wykonywania zawodu lekarza, pielęgniarki i innych zawodów medycznych.

Akredytacja to zewnętrzna metoda zapewnienia wysokiej jakości, która polega na porównaniu standardów obowiązujących w placówce ze standardami opracowanym wcześniej przez instytucję akredytacyjną.

Zgodnie z podstawową zasadą akredytacyjną organizacja musi spełniać standardy we wszystkich obszarach działania. W Polsce akredytacją szpitali zajmuje się Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia z siedzibą w Krakowie (36).

Jak podaje H. Lenartowicz w Stanach Zjednoczonych zakład opieki zdrowotnej,

który nie posiada akredytacji nie otrzyma funduszy federalnych, ani też nie może zostać uznany za placówkę szkoleniową (12). W Polsce nie ma obligatoryjności w przystępowaniu do akredytacji. Jednak fakt jej posiadania, stanowi czynnik rankingujący w ofertach świadczeniodawców przystępujących do konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Narodowym Funduszu Zdrowia, we wszystkich zakresach (15).

Tabela 3. zawiera liczbę i nazwy grup standardów stosowanych w akredytacji szpitali.

Tabela 3. Standardy akredytacyjne szpitali

Grupy standardów	Liczba standardów głównych	Łączna liczba standardów
Zarządzanie ogólne	14	25
Zarządzanie zasobami ludzkimi	7	16
Zarządzanie informacją	17	33
Kontrola zakażeń szpitalnych	6	8
Prawa pacjenta	12	13
Ocena stanu pacjenta	7	9
Opieka nad pacjentem	6	10
Anestezjologia	10	10
Leki	12	16
Odżywianie	6	7
Ciągłość opieki	5	5
Poprawa jakości	5	9
Zarządzanie środowiskiem opieki	9	23
Izba Przyjęć	8	10
Laboratorium	6	8
Ogółem	130	202

Źródło: Fedorowski J. Nizankowski R.: *Ekonomika medycyny*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2002

ISO to skrót od International Organization for Standardization, organizacji zajmującej się ustanawianiem międzynarodowych standardów technologicznych i handlowych.

Wiele krajów wymaga, aby pewne grupy towarów czy usług importowanych do tych krajów

były wytwarzane zgodnie z normami ISO, co wymusza na producentach przestrzeganie tych norm (42). Rysunek 11. przedstawia procedurę nadawania certyfikatu ISO.

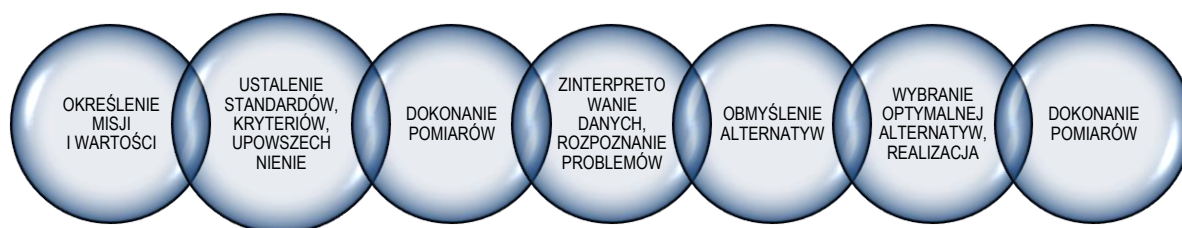


Rysunek 11. Procedura nadawania certyfikatu ISO

Źródło: Maciąg A. Kuszewski K. Topczewska-Tylińska K. Michalak J.: Rola procesów, standardów i procedur w kształtowaniu jakości świadczeń zdrowotnych. α-medica pres, Bielsko-Biała, 2007

Norma ISO jest narzędziem pomagającym w zarządzaniu doskonaleniem określonego obszaru w działalności organizacji (44).

W literaturze można spotkać bardzo dużą liczbę różnych schematów zapewnienia jakości. Różnią się one między sobą poziomem złożoności, od najprostszych składających się z kilku etapów do bardzo złożonych. Rysunek 12. przedstawia schemat cyklu zapewnienia jakości.



Rysunek 12. Cykl zapewnienia jakości

Źródło: Lenartowicz H.: Zarządzanie jakością w pielęgniarstwie. Materiały dydaktyczne specjalizacji organizacja i zarządzanie. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa, 1998

Określenie własnej misji jest bardzo ważne dla organizacji ze względu na funkcje jakie ona spełnia. Misja ukierunkowuje, stabilizuje, uwiarygodnia, integruje oraz inspiruje pracowników organizacji. Wyróżnia tę organizację spośród innych. Misji nie powinno narzucać się pracownikom jako gotowego dokumentu. Należy starać się aby to sami pracownicy określili swoją misję. Misja tylko na papierze nie będzie spełniać swojej roli. Formułowanie jej, w praktyce pielęgniarstwa, powinno uwzględniać następujące kategorie: określenie człowieka, zdrowia, pielęgniarstwa i pielęgnowania oraz otoczenia. Misja zaakceptowana i przestrzegana przez wszystkich stanowi o dorobku i kulturze organizacji i zapewnia jej rozwój.

Kolejne ogniwo zapewnienia jakości, to standardy i kryteria oraz ich upowszechnianie. Standard to określona norma ukierunkowana na jak najwyższy poziom, ale możliwy do zrealizowania. Standardy dotyczą infrastruktury, struktury oraz procesów świadczeń zdrowotnych (13).

Wstępnym etapem jest stworzenie zestawu kryteriów, za pomocą których można odpowiedzieć na pytanie czy dany standard jest realizowany, czy i w jakim zakresie odbiega od normy oraz czy wymaga korekty. Kryterium struktury dotyczy zasobów ludzkich i materiałowych. Kryterium procesu oznacza realizację działań opiekuńczych, obserwacyjnych, edukacyjnych oraz techniki ich wykonania. Kryterium wyniku, to pożądaný efekt czyli rezultaty realizacji standardu w praktyce (12).

Jednym z podstawowych wymogów dotyczących jakości w pielęgniarstwie jest praca metodą procesu pielęgnowania i prowadzenie dokumentacji zapewniającej zgromadzenie w jednym miejscu informacji o przebiegu pielęgnowania pacjenta (7).

1.3. Pomiar i ocena jakości opieki pielęgniarskiej

W literaturze spotyka się różne metody do pomiaru i oceny jakości opieki pielęgniarskiej. Najbardziej znanymi są pomiar niedostatków opieki pielęgniarskiej, Nursing audit, Monitor, Qualpacs oraz BOHIPSZO.

Pomiar niedostatków opieki pielęgniarskiej, składa się z listy kryteriów do mierzenia odczuć pacjentów. Lista składa się z pięćdziesięciu pytań dotyczących zadowolenia z opieki, odżywiania, wydalania, higieny, wypoczynku i relaksu. Pacjent ma do wyboru jedną z trzech odpowiedzi: „nie zdarzyła się dzisiaj”, „zdarzyła się dzisiaj bądź kilka dni temu” oraz „nie zdarzyła się”.

Nursing Audit to metoda retrospektywna, przeprowadzana przez pielęgniarkę, która analizuje dokumentację pacjenta po wypisaniu go z zakładu opieki zdrowotnej. Oceniane funkcje pielęgniarskie w tej metodzie ukazuje Tabela 4.

Tabela 4. Nursing audit

L.p.	Oceniane funkcje pielęgniarskie	% sumy wartości punktowej
1	Wykonywanie zleceń lekarskich.	21
2	Obserwowanie symptomów i reakcji pacjenta na chorobę i leczenie.	20
3	Wykonywanie pielęgniarskich zabiegów i stosowanie technik.	16
4	Nadzorowanie pacjentów.	14
5	Dokumentowanie i raporty.	10
6	Nadzorowanie innych, z wyjątkiem lekarzy, którzy biorą udział w opiece.	10
7	Promowanie fizycznego i emocjonalnego zdrowia przez nauczanie i doradzanie.	9

Źródło: opracowanie własne

Na podstawie uzyskanych punktów opieka pielęgniarska jest określana od poziomu niebezpiecznego do poziomu doskonałego.

Monitor - kryteria w tej metodzie w liczbie 350 zostały podzielone na kategorie w zależności od stopnia niesamodzielnosci pacjentów. Metodą tą posługuje się przygotowana pielęgniarka. Opisuje ona liczebność i strukturę oddziału, zbiera wywiad

od pacjentów, pielęgniarek, kierownictwa oraz analizuje dokumentację medyczną. Ocena przeprowadza się metodą losową na 10% populacji pacjentów przyjętych w ciągu miesiąca.

Qualpacs to Skala Jakości Opieki nad Pacjentem, która polega na ocenie kryteriów, które zawarte są w Tabeli 5.

Tabela 5. Qualpacs

L.p.	Nazwa kryterium	Ilość kryteriów
1	Zaspokojenie psychospołecznych potrzeb indywidualnych pacjentów	15
2	Zaspokojenie psychospołecznych potrzeb pacjentów jako członków grupy	8
3	Zaspokojenie fizycznych potrzeb	15
4	Zaspokojenie potrzeb ogólnych albo psychospołecznych, albo fizycznych bądź obu grup potrzeb w tym samym czasie	15
5	Komunikowanie	8
6	Profesjonalne implikacje, czyli inne działania, które leżą w zakresie odpowiedzialności	7

Źródło: opracowanie własne

Oceny w tej metodzie dokonuje pielęgniarka, odpowiednio przygotowana i spoza kontrolowanego oddziału. Dokonuje jej na podstawie bezpośredniej obserwacji pracy pielęgniarek, relacji pielęgniarka – pacjent, zachowań i reakcji pacjenta, rozmów z pacjentami i analizy dokumentacji. Ocena jest przedstawiana w pięciopunktowej skali od najgorszej do najlepszej. Niektóre aspekty opieki pielęgniarskiej w tej metodzie mogą być ocenione jedynie w sposób subiektywny oceniającego, gdyż nie wszystkie obszary opieki da się obiektywnie ocenić przy pomocy obserwacji.

H. Lenartowicz zaproponowała metodę oceny jakości opieki pielęgniarskiej zwaną BOHIPSZO. Metodę tę szerzej omówiono w Rozdziale 3.

ROZDZIAŁ 2

2. OPIEKA PALIATYWNA

2.1. Podstawowe definicje i pojęcia

Jak podaje słownik języka łacińskiego *hospitium* oznacza przyjaźń, gościnne przyjęcie, dom gościnny, gospodę. *Pallium* oznacza płaszcz, kołdrę (10).

Według WHO opieka paliatywna jest całościową, czynną opieką nad ludźmi, których choroba nie poddaje się leczeniu przyczynowemu. Obejmuje ona zwalczanie bólu i innych objawów oraz opanowywanie problemów psychicznych, socjalnych i duchowych chorego. Celem opieki paliatywnej jest osiągnięcie najlepszej, możliwej do uzyskania jakości życia chorych, a także ich rodzin.

Opieka paliatywna ceni życie uznając umieranie za naturalny proces, ani nie przyspiesza, ani nie opóźnia zgonu, łagodzi ból i inne dokuczliwe objawy, obejmuje potrzeby psychiczne, socjalne i duchowe chorego, tworzy system wsparcia umożliwiający choremu prowadzenie aż do zgonu czynnego życia. Jeśli to jest możliwe, pomaga rodzinie radzić sobie z chorobą bliskiego człowieka i wspiera rodzinę w okresie osierocenia. Opieka paliatywna ceniąc życie, akceptuje śmierć, która jest naturalnym końcem życia. W postępowaniu paliatywnym stosuje się leczenie odpowiednie do stanu chorego. Celem tego postępowania jest uzyskanie jak najlepszej jakości życia człowieka umierającego.

Ból nowotworowy może być skutecznie leczony u niemal wszystkich chorych. Wytyczne Komisji Ekspertów WHO zalecają, aby leki analgetyczne w indywidualnie dobranych dawkach były podawane zapobiegawczo „według zegara”, a nie „w razie bólu”.

Należy uczciwie porozumiewać się z chorym i jego rodziną. W prostych, zrozumiałych słowach wyjaśniać stan zdrowia i proponowane postępowanie, na które uzyskuje się zgodę chorego. Nie należy okłamywać chorego w sprawach dotyczących jego zdrowia. O ile pacjent sobie tego życzy mówić mu prawdę, czasem ją dawkując (41).

Według K. Walden–Gałuszko okres terminalny zaczyna się od momentu gdy zaprzestaje się już leczenia przyczynowego, a pojawiają się dolegliwości nieodwracalnie pogarszające stan ogólny i sprawność pacjenta. Okres ten trwa zwykle około 6–8 tygodni.

Okres umierania, zwany agonalnym, to okres, który bezpośrednio poprzedza śmierć chorego, charakteryzuje się stopniowo narastającą niewydolnością poszczególnych narządów, zaburzeniami metabolicznymi oraz zaburzeniami świadomości. Okres ten trwa około 2–3 doby (27).

2.2. Historia idei hospicyjnej

Prekursorką nowoczesnego ruchu hospicyjnego była profesor C. Saunders, która pochodziła z bogatej rodziny mieszczańskiej w Anglii. Pragnąc pomagać ludziom studiowała pielęgniarstwo (6). W swojej pracy C. Saunders spotkała kiedyś umierającego na raka, w wieku czterdziestu lat, pacjenta, którym był Polak, Dawid Taśma. Zostawił on jej pięćset funtów ze słowami: „*Ja będę jednym z okien w Twoim domu*”. Wtedy C. Saunders poczuła, że powinno się takim ludziom jak Dawid zapewnić spokój i komfort. Po ukończeniu studiów medycznych, pracując w jednym z londyńskich szpitali, spotkała kolejnego umierającego pacjenta, był nim Antoni Michniewicz również z Polski. Wtedy C. Saunders postanowiła spełnić swoje marzenie i rozpoczęła starania o budowę nowego hospicjum, które rozpoczęło swoją działalność w 1967 roku w Londynie i nosi nazwę Hospicjum św. Krzysztofa. W życiu Saunders był też trzeci Polak, Marian Bohusz–Szyszko, którego poznała szukając obrazu do kaplicy w swoim hospicjum. C. Saunders wielokrotnie mówiła w swoich wywiadach, że Polacy odegrali dużą rolę w tworzeniu idei hospicyjnej (5).

W Polsce prekursorką profesjonalnej opieki nad umierającym była H. Chrzanowska, organizatorka pielęgniarstwa domowego w Krakowie. Pielęgniarstwo to obejmowało holistyczny model opieki nad pacjentem w stanie terminalnym.

Pierwsze hospicjum powstało w Krakowie, drugim było hospicjum w Gdańsku (6). W 1992 roku rozpoczęło działalność hospicjum stacjonarne w Białymstoku (38). Od tego czasu powstawały nowe hospicja stacjonarne.

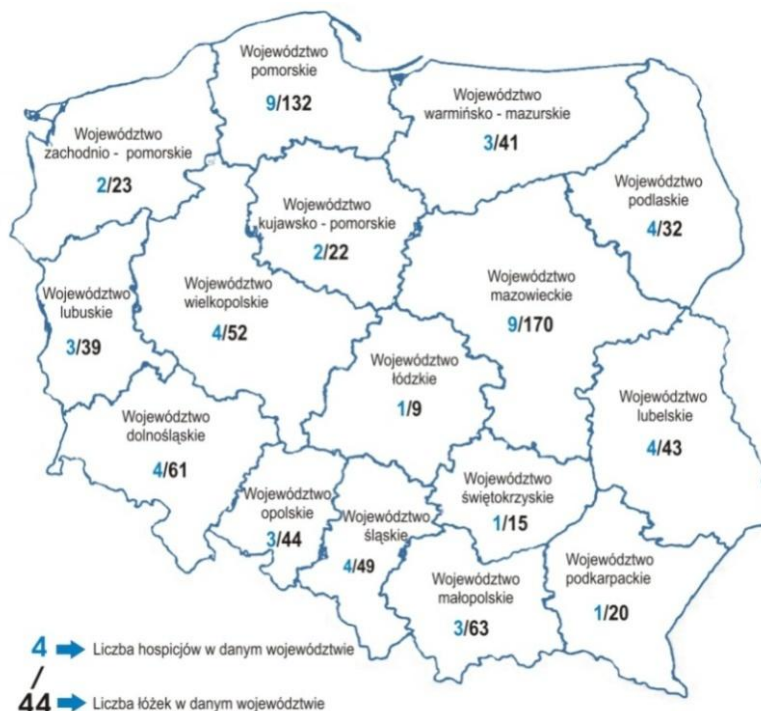
W 1999 roku jak podaje K. Walden – Gałuszko medycyna paliatywna stała się w Polsce specjalnością lekarską i pielęgniarzką (27).

2.3. Współczesna opieka paliatywna

W Polsce opieka paliatywna funkcjonuje w następujących formach:

- Poradnia Medycyny Paliatywnej,
- Hospicjum domowe dla dorosłych i dzieci,
- Oddział opieki dziennej dla dorosłych i dzieci,
- Zespół wspierający w szpitalu,
- Oddział medycyny paliatywnej dla dorosłych i dzieci,
- Hospicjum stacjonarne dla dorosłych i dzieci (31).

Rysunek 13. pokazuje mapkę przedstawiającą liczbę, funkcjonujących w poszczególnych województwach, hospicjów stacjonarnych. Mapa przedstawia stan na dzień 18 marca 2008 na podstawie danych zaczerpniętych z Krajowego Rejestru Zakładów Opieki Zdrowotnej (43).



Rysunek 13. Hospicja stacjonarne w Polsce

Źródło: opracowanie własne

Obecnie zdecydowana większość działających hospicjów stacjonarnych funkcjonuje na zasadach określonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Hospicja te zawierają umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych z NFZ i muszą przestrzegać zasad określonych przez płatnika świadczeń. Zasady udzielania świadczeń obowiązujące w hospicjach określają następujące akty prawne:

- Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 197 poz. 1643 z dnia 10 października 2005 r.);
- Zarządzenie Nr 53/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 września 2007 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- Zarządzenie Nr 61/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka długoterminowa wraz z załącznikami;
- Zarządzenie Nr 71/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 września 2007 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- Zarządzenie Nr 92/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 października 2007 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- Zarządzenie Nr 93/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 października 2007 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka długoterminowa;
- Zarządzenie Nr 94/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 października 2007 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Przepisy te obowiązują w oparciu o artykuł 102 ustęp 5 punkt 21 i 25 oraz artykuł 146 punkt 1 i 3 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych

ze środków publicznych (26).

W hospicjum stacjonarnym pacjenci z chorobą nowotworową stanowią nie mniej niż 80% chorych. Pacjenci z innymi schorzeniami, bez nadziei na wyleczenie mogą stanowić 20% ogółu pacjentów objętych opieką. Zwiększenie liczby pacjentów nienowotworowych powyżej 20% jest możliwe po uzyskaniu zgody Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Pakiet świadczeń udzielanych na podstawie powyższych przepisów w hospicjum obejmuje:

- zapewnienie całodobowego dostępu do świadczeń przez siedem dni w tygodniu,
- leczenie bólu zgodnie z wytycznymi WHO - drabina analgetyczna,
- świadczenia pielęgniarские,
- świadczenia rehabilitacyjne,
- zapewnienie specjalistycznych konsultacji medycznych zleconych przez lekarza hospicjum,
- pomoc w rozwiązywaniu problemów społecznych,
- zaspokajanie potrzeb duchowych,
- opiekę nad osieroconym,
- pomoc psychologiczną,
- transport medyczny,
- "opiekę wyręczającą", to znaczy przyjmowanie chorych na okres czasowy, nie dłużej niż dziesięć dni (31).

Pomieszczenia w hospicjum powinny być dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych, z możliwością zapewnienia pacjentom intymności. W salach chorych nie mogą znajdować się więcej niż cztery łóżka. Hospicjum powinno mieć również izolatkę, gabinet lekarski oraz gabinet pielęgniarско – zabiegowy. Wymaganiem dodatkowym jest jadalnia.

Hospicjum powinno dysponować następującym sprzętem medycznym:

- koncentrator tlenu lub inne źródło tlenu,
- ssaki elektryczne,

- pompy infuzyjne,
- inhalatory,
- gleukometry,
- aparaty do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi,
- aparat do EKG,
- kule,
- laski,
- balkoniki,
- wózki inwalidzkie,
- chodziki (31).

Wszyscy pracujący w hospicjum na rzecz pacjenta tworzą zespół interdyscyplinarny. Członkowie zespołu pracują wspólnie na rzecz pacjentów i ich rodzin. Do zespołu należą lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta, terapeuta zajęciowy, psycholog, duchowny, pracownik socjalny, pozostali pracownicy hospicjum oraz wolontariusze. Trudno jest określić, który członek zespołu terapeutycznego jest najważniejszy. Standard dotyczący zatrudniania personelu w hospicjum stacjonarnym według wytycznych Narodowego Funduszu Zdrowia przedstawia Tabela 6.

Tabela 6. Personel w hospicjum stacjonarnym

	Kwalifikacje personelu	Normy zatrudnienia
lekarze	specjalista medycyny paliatywnej lub w trakcie tej specjalizacji, lub inny lekarz z ukończonym kursem z zakresu medycyny paliatywnej	równoważnik etatu przeliczeniowego na 10 łóżek, równoważnik 0,5 etatu przeliczeniowego na każde rozpoczęte 5 łóżek
pielęgniarki	ukończony kurs lub specjalizacja z zakresu opieki paliatywnej	liczba wg normy zatrudnienia ustalonej przez kierownika zakładu na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 r. (Dz.U. Nr 111, poz 1314)
psycholog	psycholog kliniczny lub mgr psychologii	równoważnik 0,25 etatu przeliczeniowego na każde rozpoczęte 10 łóżek

fizjoterapeuta		równoważnik 0,5 etatu przeliczeniowego na 10 łóżek, na każde następne rozpoczęte 10 łóżek - równoważnik 0,25 etatu przeliczeniowego
pracownik socjalny	pracownik socjalny z wykształceniem średnim i szkoleniem w zakresie opieki paliatywnej	równoważnik 0,25 etatu przeliczeniowego na każde rozpoczęte 10 łóżek
duchowny		w zależności od potrzeb

Źródło: opracowanie własne

Pielęgniarka powinna przede wszystkim wspierać i przynosić ulgę oraz zapewniać jak największy komfort pacjentowi nieuleczalnie choremu. Jej zadaniem jest sprawowanie opieki holistycznej, na którą składa się rozpoznanie sytuacji rodzinnej i opieka nad rodziną, rozpoznanie osobowości chorego, kontrola symptomów oraz opieka nad chorym umierającym, a także jego rodziną.

Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej odnosi się również do opieki terminalnej i godnego umierania pacjenta. Pielęgniarka powinna dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić pacjentowi humanitarną opiekę terminalną, godne warunki umierania wraz z poszanowaniem uznawanych przez niego wartości (4).

Dla pacjenta w stanie terminalnym najbliższymi zawodami są lekarz i pielęgniarka.



Rysunek 14. Rola lekarza i pielęgniarki

Źródło: Gaworska A.: Ocena związku pomiędzy satysfakcją zawodową, jakością usług pielęgniarskich a jakością życia chorych w stanie terminalnym. Rozprawa doktorska. Gdańsk, 2002

Omówieniem Rysunku 14 może być cytata: „*Czasami można wyleczyć, często złagodzić dolegliwości, pielęgnować trzeba zawsze*”- E. Trudeau (2).

ROZDZIAŁ 3

3. METODYKA BADAŃ

3.1. Cel pracy

Celem niniejszej pracy była ocena jakości opieki pielęgniarstwa w hospicjum stacjonarnym.

Uzasadnienie:

Hospicja stacjonarne w Polsce powstały w latach pięćdziesiątych i wtedy przeżywały swój bardzo dynamiczny rozwój. Od kilku zaledwie lat świadczenia zdrowotne realizowane w tych placówkach stały się świadczeniami finansowanymi przez płatnika narodowego systemu zdrowotnego. Obecnie istnieje w Polsce około dwustu hospicjów.

Medycyna paliatywna to osobna gałąź medycyny, której zadaniem jest otoczenie opieką pacjenta w chorobie o niepomyślnym rokowaniu, w końcowym okresie jego życia i w umieraniu.

Specyfika zadań realizowanych przez hospicja stacjonarne oraz stosunkowo krótki okres ich funkcjonowania w Polsce, zmotywowały mnie do napisania pracy na temat jakości opieki pielęgniarstwa realizowanej przez hospicjum stacjonarne.

3.2. Problemy badawcze

1. Czy bezpieczeństwo pacjenta jest zapewnione?
2. Czy pacjent jest chroniony przed zakażeniami?
3. W jakim stopniu są zapewnione warunki hotelowe i potrzeby egzystencjalne pacjentów?
4. Czy pacjent jest informowany zgodnie ze swoim życzeniem i w wystarczającym zakresie?
5. Czy jest respektowane prawo pacjenta do godności osobistej i intymności?
6. Czy pacjent i jego rodzina są edukowani na temat zdrowia i choroby?
7. Czy zabiegi leczniczo – pielęgnacyjne są prawidłowo przeprowadzane?
8. W jaki sposób jest zorganizowana opieka pielęgnarska i jak jest dokumentowana?

3.3. Metoda, techniki i narzędzie badawcze

Do pomiaru i oceny jakości opieki pielęgniarskiej wykorzystano metodę zwaną BOHIPSZO autorstwa H. Lenartowicz (12).

Skrót nazwy metody pochodzi od pierwszych liter określeń standardów uznanych przez autorkę za najważniejsze w pielęgnowaniu, są to:

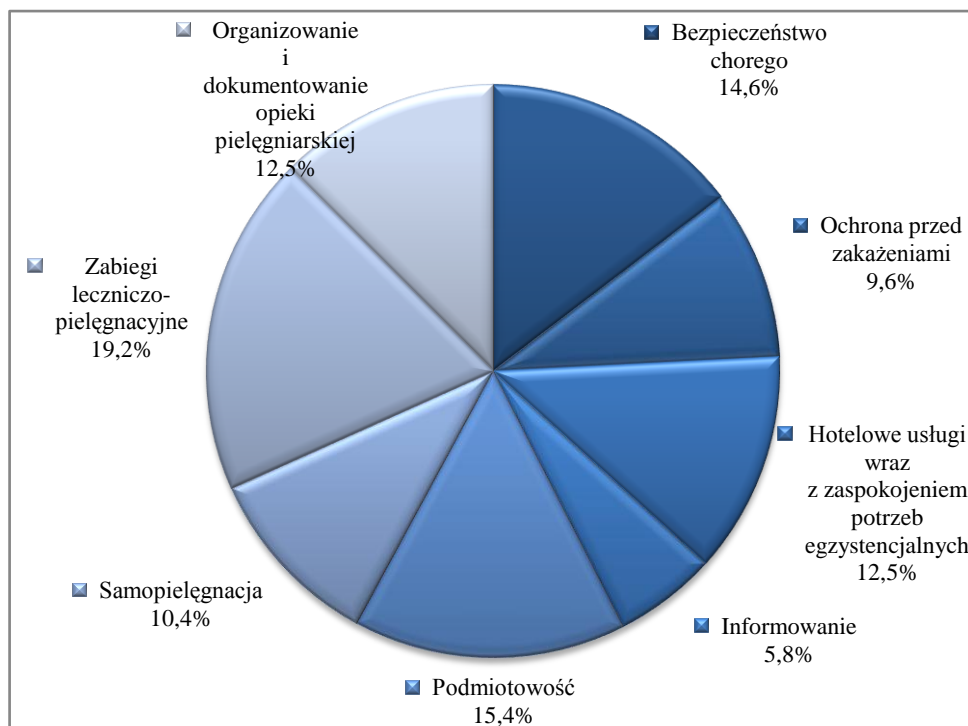
- I. **B**ezpieczeństwo chorego.
- II. **O**chrona przed zakażeniami.
- III. **H**otelowe usługi wraz z zaspokojeniem potrzeb egzystencjalnych.
- IV. **I**nformowanie.
- V. **P**odmiotowość.
- VI. **S**amopielęgnacja.
- VII. **Z**abiegi leczniczo - pielęgnacyjne.
- VIII. **O**rganizowanie i dokumentowanie opieki pielęgniarskiej.

Autorka połączyła w tej metodzie wszystkie te obszary, które według niej są mierzalne i powinny być oceniane. Wyróżniła osiem standardów, co ilustruje Tabela 7.

Tabela 7. Standardy BOHIPSZO

L.p.	Standard	Wartość punktów
1	Bezpieczeństwo chorego	35
2	Ochrona przed zakażeniami	23
3	Hotelowe usługi wraz z zaspokojeniem potrzeb egzystencjalnych	30
4	Informowanie	14
5	Podmiotowość	37
6	Samopielęgnacja	25
7	Zabiegi leczniczo-pielęgnacyjne	46
8	Organizowanie i dokumentowanie opieki pielęgniarskiej	30
Razem		240

Źródło: Lenartowicz H.: Zarządzanie jakością w pielęgniarstwie. Materiały dydaktyczne specjalizacji organizacja i zarządzanie. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa, 1998



Wykres 1. Wartość procentowa poszczególnych standardów w metodzie BOHIPSZO

Źródło: Lenartowicz H.: Zarządzanie jakością w pielęgniarstwie. Materiały dydaktyczne specjalizacji organizacja i zarządzanie. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa, 1998

Jak wynika z Wykresu 1. największą wartość procentową w metodzie BOHIPSZO zajmuje standard zabiegi leczniczo–pielęgnacyjne - 19,2%. Kolejne standardy to podmiotowość - 15,4%, bezpieczeństwo chorego - 14,6%, organizowanie i dokumentowanie opieki pielęgniarskiej - 12,5%, hotelowe usługi wraz z zaspokojeniem potrzeb egzystencjonalnych - 12,5%, samopielęgnacja - 10,4%, ochrona przed zakażeniami - 9,6% oraz informowanie - 5,8%.

Autorka uważa, że warunki hotelowe, czy prawidłowe funkcjonowanie instalacji elektrycznej i gazowej nie zależą bezpośrednio od pielęgniarek, ale to właśnie pielęgniarki mają moralny obowiązek zapewnienia pacjentom bezpieczeństwa, ochrony przed zakażeniami czy prawidłowych warunków hotelowych. Dlatego w kwestionariuszu znajdują się pytania dotyczące również tych kwestii, a ich punktacja ma mniejszą wartość.

Pomiary powinny być poprzedzone odpowiednim przygotowaniem. Należy poinformować pielęgniarki o przeprowadzanej ocenie. Pacjentów należy dobierać metodą losową, liczebność próby powinna się wahać między 15–20% populacji całkowitej. Dokonując doboru pacjentów możemy posłużyć się metodą kategoryzacji chorych według wyznaczników - Załącznik 2. Ocenę powinna przeprowadzać pielęgniarka, która nie jest

zatrudniona w oddziale ocenianym. Ocena powinna być poprzedzona badaniem pilotażowym na niewielkiej grupie pacjentów, które umożliwi wprowadzenie ewentualnych korekt do arkusza oceny.

Techniki badawcze zastosowane w tej metodzie to analiza dokumentacji, wywiad oraz obserwacja. Osoba oceniająca powinna zacząć od opisu oddziału, zapoznania się z historią choroby i pielęgnowania, rozpoznaniem, problemami i planem opieki. Ocena swoją powinna również oprzeć na rozmowie z pacjentem i bezpośredniej obserwacji.

Narzędzie badawcze stanowiło zmodyfikowany arkusz oceny poziomu pielęgnowania autorstwa H. Lenartowicz. Na wykorzystanie arkusza do badań otrzymano zgodę autorki. Modyfikacja kryteriów zawartych w arkuszu polegała na dostosowaniu ich do standardów obowiązujących w opiece paliatywnej. Kryteria dotyczące standardu organizowanie i dokumentowanie opieki pielęgniarstwa zostały zmodyfikowane na podstawie arkusza oceny J. Książek (8). Zmodyfikowany arkusz oceny zawiera Załącznik 1.

Arkusz oceny składa się ośmiu standardów. Każdemu z nich są przyporządkowane kryteria, w określonej liczbie. Każdemu kryterium przypisano liczbę punktów w zakresie od 1 do 3. W każdym kryterium można udzielić odpowiedzi „tak”, „nie” oraz „nie jest wymagane”. Tę ostatnią możliwość stosowano w przypadku gdy dany składnik nie był wymagany u danego pacjenta. Odpowiedź „tak” stosowano w przypadku spełnienia kryterium, a „nie” w przypadku nie spełniania kryterium.

Po zebraniu wszystkich danych dokonano obliczeń dla każdego arkusza osobno oraz łącznie dla wszystkich składników. W tym celu wykonano następujące działania matematyczne:

- pomnożono wartość maksymalną pielęgnacji przez ilość ocenianych pacjentów;
- od uzyskanego iloczynu odjęto wartości tych elementów, gdzie odpowiedź stanowiła opcję „nie jest wymagane” - suma wartości punktowej „nie jest wymagane” ze wszystkich arkuszy badanych pacjentów; otrzymano w ten sposób wartość pielęgnacji oczekiwanej;
- od wartości pielęgnacji oczekiwanej odjęto wartości niedoboru opieki - suma wartości „nie” ze wszystkich arkuszy wszystkich badanych pacjentów.

W wyniku powyższych obliczeń można było otrzymać:

- liczbę większą od liczby pielęgnacji oczekiwanej – oznaczającą opiekę na wyższym poziomie niż zachodzi potrzeba, pielęgniarce wyręczają pacjenta, w czynnościach, które powinien wykonywać sam dla przywrócenia lub zachowania zdrowia,
- liczbę równą liczbie pielęgnacji oczekiwanej – oznaczającą, że opieka jest zgodna z obowiązującymi standardami,
- liczbę mniejszą od liczby pielęgnacji oczekiwanej – oznaczającą, że opieka świadczona jest na zbyt niskim poziomie, który nie jest wystarczający.

Ocenę poziomu jakości opieki można także wyrazić za pomocą współczynnika pielęgnowania. Należy wówczas wartość pielęgnacji świadczonej - suma „tak” podzielić przez łączną wartość pielęgnacji świadczonej i nie uzyskanej przez pacjentów - suma „tak” i suma „nie”, uzyskany iloraz pomnożyć przez 100. Otrzymany wynik w ten sposób przedstawia poziom opieki świadczonej, wyrażonej w wartości procentowej.

W przypadku stwierdzenia niskiego poziomu opieki pielęgniarzkiej należy ustalić, które jej obszary należy poprawić oraz ustalić plan działania. Wprowadzone zmiany powinny być również poddane ocenie (12).

3.4. Materiał badań

Badania przeprowadzono w Hospicjum Zwiastowania Najświętszej Maryi Panny w Chojnicach, które funkcjonuje od maja 2003 roku. Placówka ta obejmuje opieką głównie populację powiatu chojnickiego i powiatów ościennych. Od początku swojego istnienia udziela świadczeń w ramach umowy podpisanej z Narodowym Funduszem Zdrowia.

W hospicjum jest 10 łóżek, sale są jedno- i dwuosobowe. Placówka spełnia wszystkie wymogi stawiane przez NFZ, ponadto w skład zespołu interdyscyplinarnego wchodzi również terapeuta zajęciowy. Dyżury są pełnione przez dwie pielęgniarki w systemie dwunastogodzinnym. W oddziale stosowana jest czterostopniowa kategoryzacja chorych według wyznaczników (9). Arkusz kategoryzacji chorych stanowi Załącznik 2.

W hospicjum nie ma ograniczeń dotyczących odwiedzin przez rodziny i znajomych pacjentów.

Otrzymano zgodę dyrekcji placówki na przeprowadzenie badań. O przeprowadzeniu oceny poinformowano pielęgniarki pracujące w hospicjum. Przed właściwymi badaniami przeprowadzono badania pilotażowe na kilkusobowej grupie pacjentów, w celu dostosowania kryteriów zawartych w standardowym arkuszu oceny.



Rysunek 15. Budynek hospicjum

Źródło: opracowanie własne, aparat Olympus Camedia

ROZDZIAŁ 4

4. WYNIKI BADAŃ I ICH OMÓWIENIE

4.1. Charakterystyka badanej grupy

Pacjentami hospicjum są osoby dorosłe. Badaniami objęto czterdziestu czterech chorych, byli to wszyscy hospitalizowani w okresie od 1 kwietnia do 31 maja 2008 roku. W dniu rozpoczęcia badań w oddziale przebywało czterech pacjentów.

Ruch pacjentów w czasie prowadzenia badań przedstawia Tabela 8.

Tabela 8. Ruch chorych

Ruch badanych	Liczba badanych
Stan chorych w dniu rozpoczęcia badań	4
Przyjęcia	40
Wypisy	11
Zgony	24
Stan chorych w dniu zakończenia badań	9

Źródło: opracowanie własne

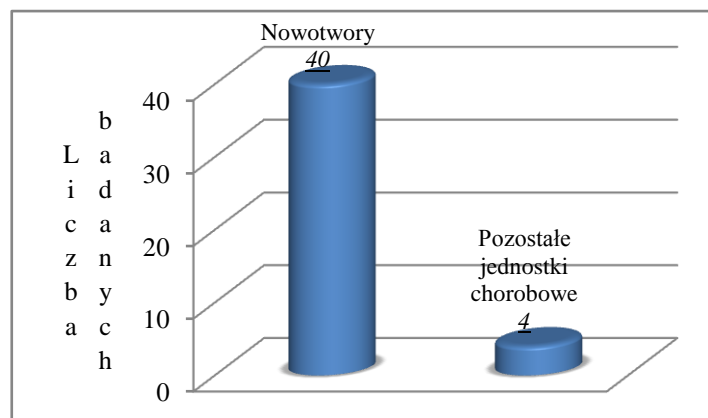
Grupy chorób będących przyczyną hospitalizacji badanych pacjentów przedstawia Tabela 9.

Tabela 9. Przyczyny hospitalizacji

Przyczyna hospitalizacji	Liczba badanych	Wskaźnik %
Nowotwory	40	91
Pozostałe jednostki chorobowe	4	9
Razem	44	100

Źródło: opracowanie własne

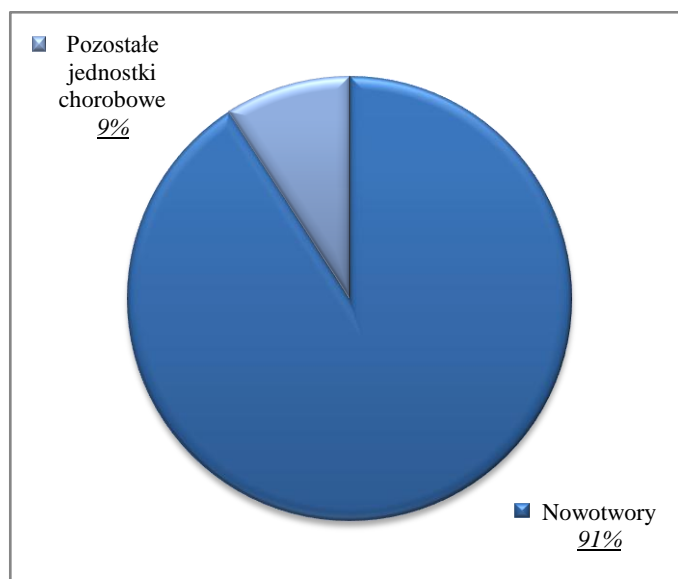
Liczbę badanych pacjentów ze względu na grupy chorób będących przyczyną hospitalizacji przedstawia Wykres 2.



Wykres 2. Liczba badanych ze względu na przyczynę hospitalizacji

Źródło: opracowanie własne

Z Wykresu 2. wynika, że przyczyną hospitalizacji w przypadku 40 pacjentów były choroby nowotworowe, a 4 pacjentów hospitalizowano z powodu innych jednostek chorobowych. Wartość procentową badanych pacjentów ze względu na grupy chorób będących przyczyną hospitalizacji przedstawia Wykres 3.



Wykres 3. Wskaźnik procentowy badanych ze względu na przyczynę hospitalizacji

Źródło: opracowanie własne

Jak wynika z Wykresu 3. przyczyną hospitalizacji badanej populacji w 91% były choroby nowotworowe, pozostałe jednostki chorobowe stanowiły 9%.

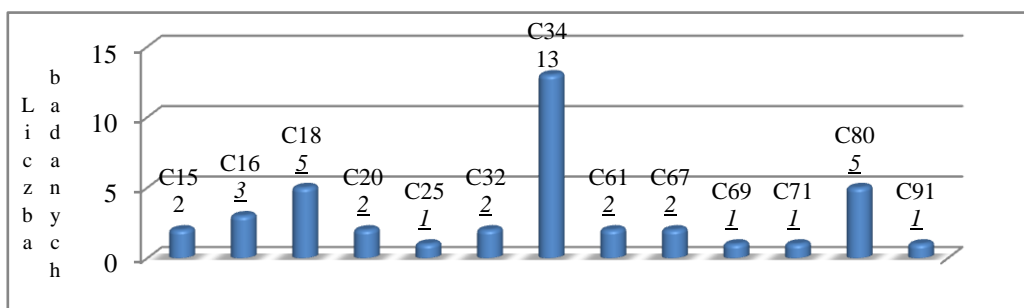
Lokalizacje chorób nowotworowych u badanych pacjentów przedstawia Tabela 10.

Tabela 10. Lokalizacja chorób nowotworowych u badanych

Lokalizacja nowotworu	Liczba badanych	Wskaźnik %
przelyk	2	5
żołądek	3	8
jelito grube	5	13
odbytnica	2	5
trzustka	1	3
krtąń	2	5
oskrzela, płuca	13	33
gruczoł krokowy	2	5
pęcherz moczowy	2	5
oko	1	3
mózg	1	3
bez określenia	5	13
białaczka limfatyczna	1	3
Razem	40	100

Źródło: opracowanie własne

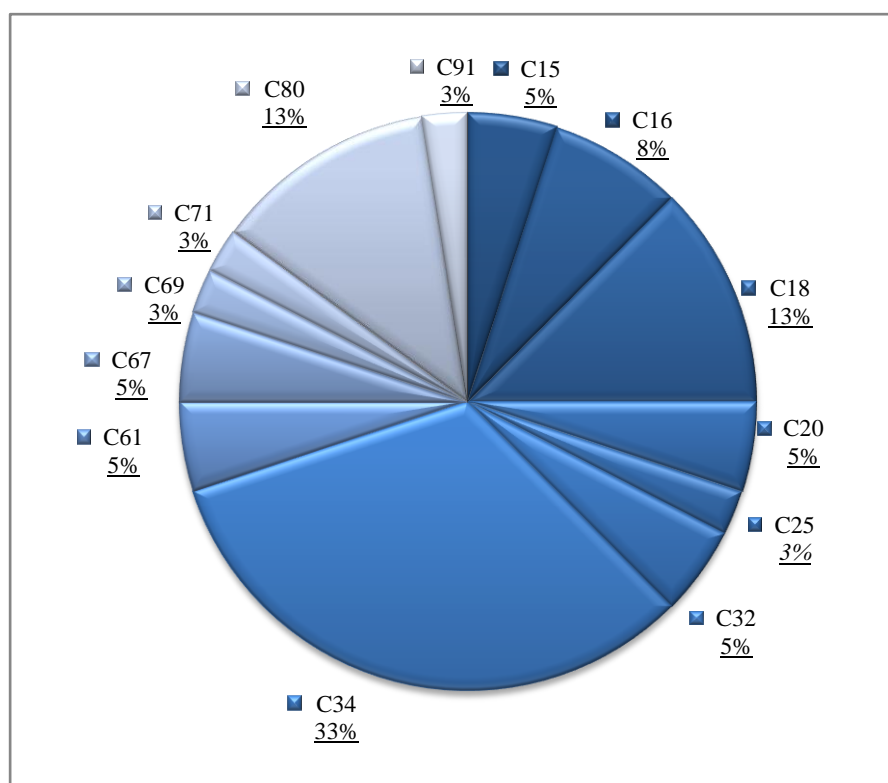
Do oznaczenia symboli chorób wykorzystano Międzynarodową Statystyczną Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (14). Opracowanie dotyczące symboli chorób zawiera Załącznik 4. Liczbę pacjentów z uwzględnieniem lokalizacji choroby nowotworowej przedstawia Wykres 4.



Wykres 4. Liczba badanych ze względu na chorobę nowotworową

Źródło: opracowanie własne

Jak wynika z Wykresu 4. liczba pacjentów chorych na raka złośliwego przełyku wynosiła 2, żołądka - 3, jelita grubego - 5, odbytnicy - 2, trzustki - 1, krtani - 2, oskrzeli i płuc - 34, gruczołu krokowego - 2, pęcherza moczowego - 2, oka - 1, mózgu - 1, bez określenia umiejscowienia – 5 oraz chorych na białaczkę limfatyczną - 1. Wartość procentową pacjentów z uwzględnieniem lokalizacji choroby nowotworowej przedstawia Wykres 5.



Wykres 5. Wskaźnik procentowy badanych ze względu na chorobę nowotworową

Źródło: opracowanie własne

Z Wykresu 5. wynika, że zdecydowaną większość badanych stanowili pacjenci chorzy na raka oskrzeli i płuc, którzy stanowili 33% badanej populacji, drugą w kolejności grupą chorób były nowotwory jelita grubego - 13% i nowotwory bez określenia umiejscowienia - 13%. Rak żołądka występował w 8% badanej populacji, rak przełyku w 5%, odbytnicy w 5%, krtani w 5%, gruczołu krokowego w 5%, pęcherza moczowego w 5%, nowotwory złośliwe trzustki w 3%, oka w 3%, mózgu w 3% oraz białaczka limfatyczna w 3% badanej populacji.

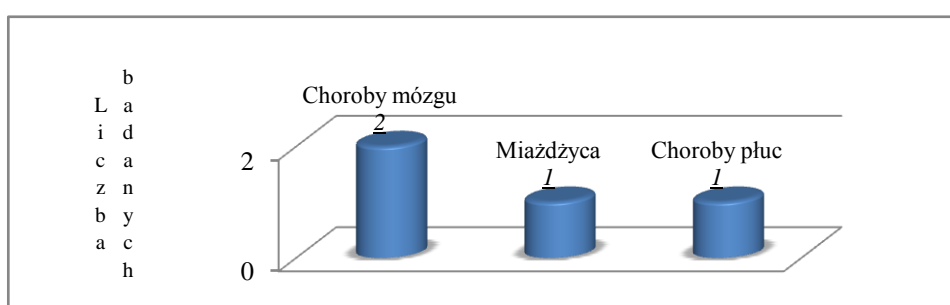
Grupę 9% badanej populacji stanowili pacjenci hospitalizowani z powodu choroby nienowotworowej. Tabela 11. przedstawia liczbę badanych, chorych na pozostałe jednostki chorobowe.

Tabela 11. Pozostałe jednostki chorobowe badanych pacjentów

Nazwa choroby	Ilość badanych pacjentów	Wskaźnik %
Choroby mózgu	2	50
Miażdżyca	1	25
Choroby płuc	1	25
Razem	4	100

Źródło: opracowanie własne

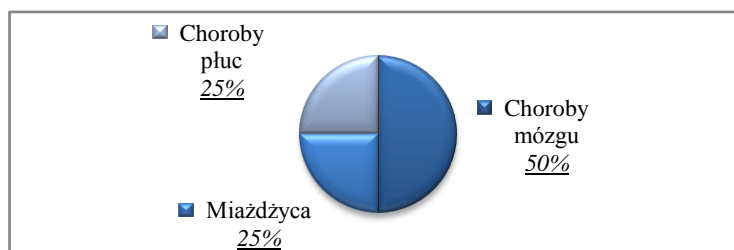
Liczbę pacjentów ze względu na pozostałe choroby ilustruje Wykres 6.



Wykres 6. Liczba badanych ze względu na pozostałe choroby

Źródło: opracowanie własne

Jak wynika z Wykresu 6. przyczyną hospitalizacji w przypadku 2 pacjentów były choroby mózgu, miażdżyca była przyczyną hospitalizacji w przypadku 1 pacjenta, choroba płuc dotyczyła również 1 pacjenta. Wartość procentową pacjentów chorujących na pozostałe jednostki chorobowe przedstawia Wykres 7.



Wykres 7. Wskaźnik procentowy badanych pacjentów z pozostałymi jednostkami chorobowymi

Źródło: opracowanie własne

Z Wykresu 7. wynika, że najliczniejsza grupa badanych to pacjenci ze schorzeniami mózgu - 50%. Pacjenci chorzy na miażdżycę stanowili 25%, badani z chorobami płuc stanowili

25% badanej populacji.

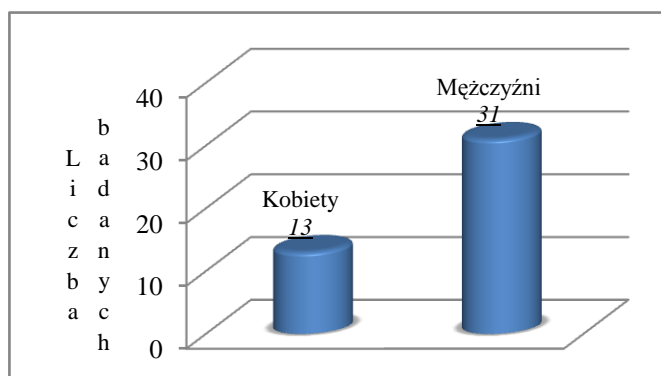
Tabela 12. przedstawia liczbę kobiet i mężczyzn w badanej populacji.

Tabela 12. Płeć badanych

Płeć	Liczba badanych	Wskaźnik %
Kobiety	13	30
Mężczyźni	31	70
Razem	44	100

Źródło: opracowanie własne

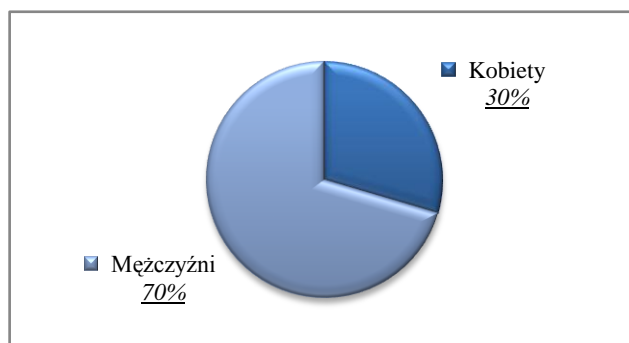
Liczbę kobiet i mężczyzn wśród badanych przedstawia Wykres 8.



Wykres 8. Liczba badanych ze względu na płeć

Źródło: opracowanie własne

Z Wykresu 8. wynika, że w badaniach brało udział trzynaście kobiet i trzydziestu jeden mężczyzn. Wartość procentową badanych kobiet i mężczyzn przedstawiono na Wykresie 9.



Wykres 9. Wskaźnik procentowy badanych ze względu na płeć

Źródło: opracowanie własne

Jak wynika z Wykresu 9. licznieszą grupę badanych stanowili mężczyźni - 70%, kobiety stanowiły 30% badanej populacji.

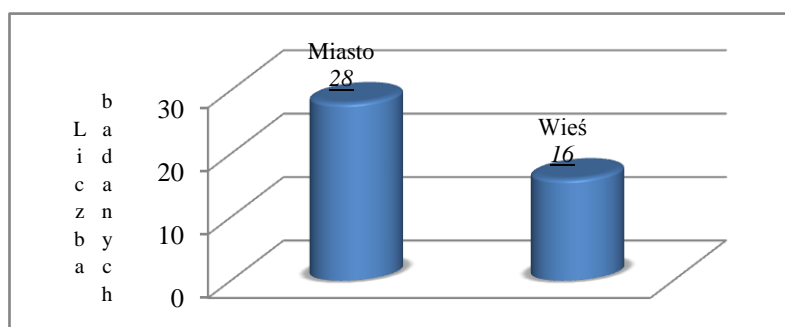
Ilość badanych pacjentów mieszkających w mieście i na terenach wiejskich przedstawia Tabela 13.

Tabela 13. Miejsce zamieszkania badanych

Miejsce zamieszkania	Liczba badanych	Wskaźnik %
Miasto	28	64
Wieś	16	36
Razem	44	100

Źródło: opracowanie własne

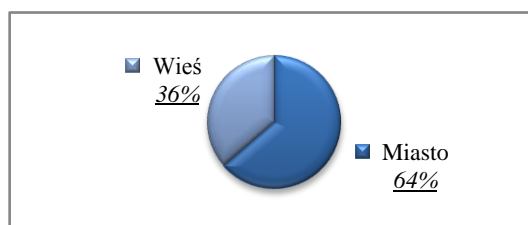
Liczbę badanych z uwzględnieniem miejsca zamieszkania przedstawia Wykres 10.



Wykres 10. Liczba badanych ze względu na miejsce zamieszkania

Źródło: opracowanie własne

Jak wynika z Wykresu 10. w badaniach uczestniczyło 28 osób mieszkających w mieście i 16 osób mieszkających na terenach wiejskich. Wartość procentową badanych, uwzględniając miejsce zamieszkania przedstawia Wykres 11.



Wykres 11. Wskaźnik procentowy badanych uwzględniając miejsce zamieszkania

Źródło: opracowanie własne

Z Wykresu 11. wynika, że większość badanych mieszkała w mieście - 64%, a na terenach wiejskich mieszkało 36% badanej populacji.

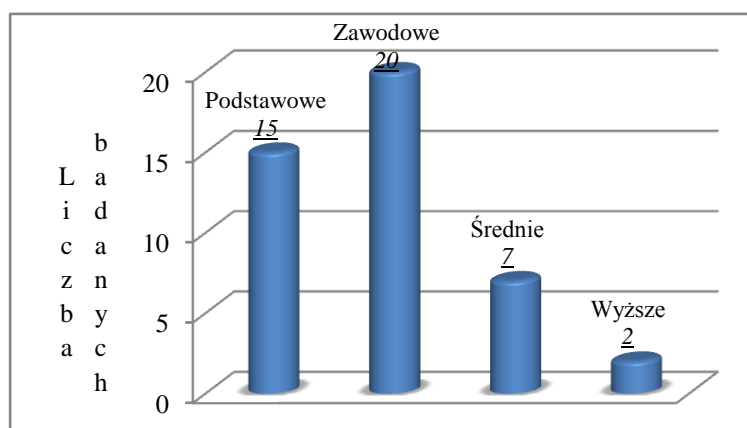
Liczbę badanych pacjentów ze względu na poziom wykształcenia przedstawia Tabela 14.

Tabela 14. Wykształcenie badanych

Wykształcenie	Liczba badanych	Wskaźnik %
Podstawowe	15	34
Zawodowe	20	45
Średnie	7	16
Wyższe	2	5
Razem	44	100

Źródło: opracowanie własne

Liczbę badanych z uwzględnieniem poziomu wykształcenia przedstawia Wykres 12.

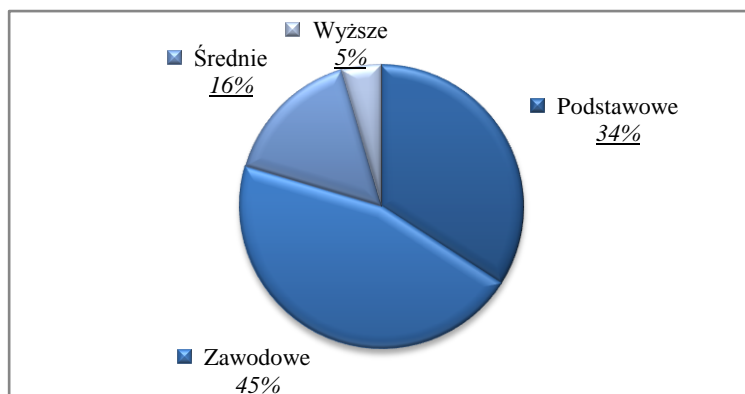


Wykres 12. Liczba badanych ze względu na wykształcenie

Źródło: opracowanie własne

Jak wynika z Wykresu 12. pacjenci z wykształceniem niższym stanowili grupę 15 osób, wykształcenie zawodowe posiadało 20 pacjentów, wykształcenie średnie 7 osób, wykształcenie wyższe 2 badanych.

Wartość procentową badanych z uwzględnieniem poziomu wykształcenia przedstawia Wykres 13.



Wykres 13. Wskaźnik procentowy badanych ze względu na wykształcenie

Źródło: opracowanie własne

Jak wynika z Wykresu 13. pacjenci z wykształceniem zawodowym stanowili najliczniejszą grupę badanych - 45%, mniej liczna grupa to pacjenci z wykształceniem podstawowym - 34%, wykształcenie średnie posiadało 16% pacjentów, najmniej liczną grupę stanowili badani z wykształceniem wyższym - 5%.

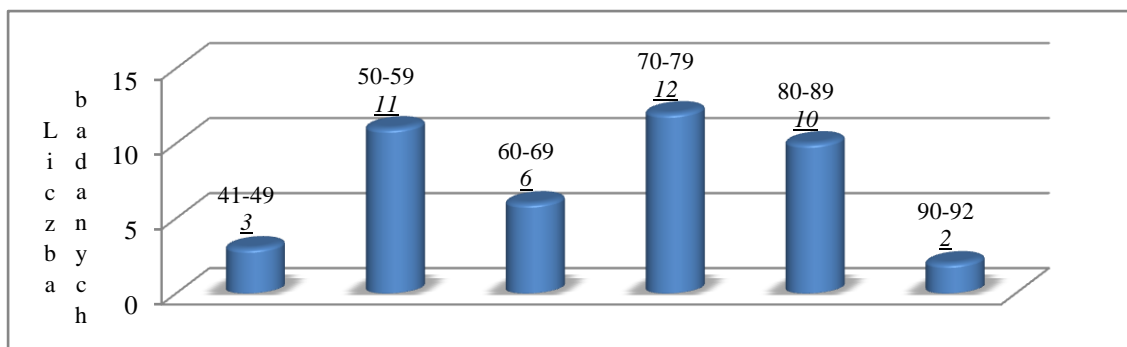
Najmłodszy z badanych pacjentów miał 41 lat, najstarszy 92 lata, średni wiek badanych to 68 lat. Dla celów statystycznych przyjęto następujące grupy wiekowe: 41-49, 50-59, 60-69, 70-79, 80-89 oraz 90-92 lata. Tabela 15. przedstawia liczbę badanych w poszczególnych kategoriach wiekowych.

Tabela 15. Wiek badanych

Wiek badanych (w latach)	Liczba badanych	Wskaźnik %
41 - 49	3	7
50 - 59	11	25
60 - 69	6	14
70 - 79	12	27
80 - 89	10	23
90 - 92	2	5
Razem	44	100

Źródło: opracowanie własne

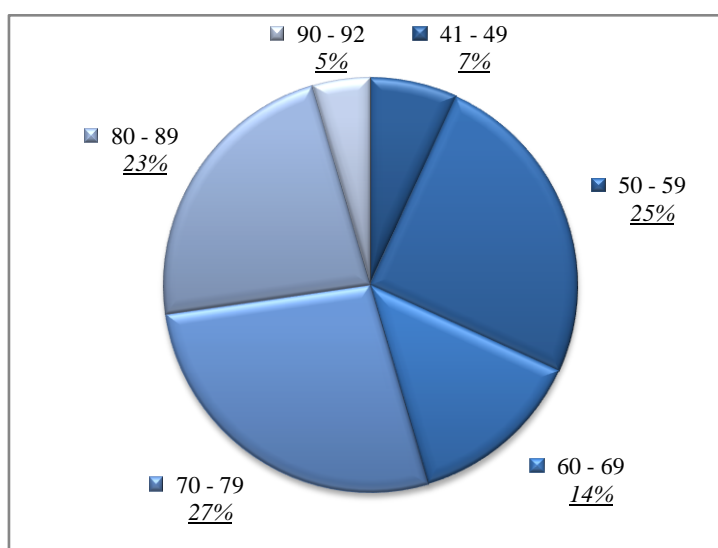
Liczbę badanych uwzględniającą wiek pacjentów przedstawia Wykres 14.



Wykres 14. Liczba badanych ze względu na wiek (w latach)

Źródło: opracowanie własne

Z Wykresu 14. wynika, że liczba pacjentów w przedziale wiekowym 41–49 lat wynosiła 3, w przedziale 50–59 lat - 11, w przedziale 60–69 lat - 6, 70 –79 lat - 12, 80–89 lat - 10, a w wieku 90-92 lat było 2 pacjentów. Wartość procentową badanych pacjentów w poszczególnych przedziałach wiekowych przedstawia Wykres 15.



Wykres 15. Wskaźnik procentowy badanych ze względu na wiek (w latach)

Źródło: opracowanie własne

Jak wynika z Wykresu 15. najliczniejszą grupę stanowili badani w wieku 70–79 lat - 27%. Kolejna grupa to pacjenci w wieku 50–59 lat - 25%, pacjenci w wieku 80–89 lat stanowili 23% badanych, pacjenci w wieku 60–69 lat to 14%, pacjenci w wieku 41–49 lat to 7%. Najmniej liczna grupa to pacjenci w wieku 90 lat i więcej, stanowili oni 5% badanej populacji.

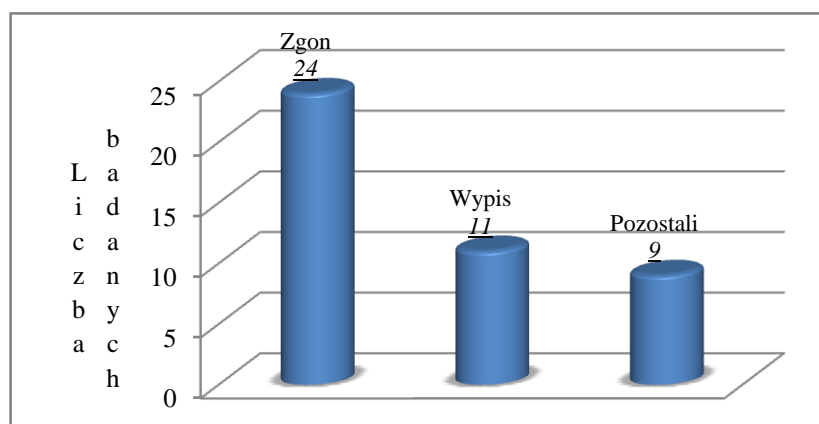
Tabela 17. przedstawia liczbę pacjentów uwzględniając przyczynę zakończenia hospitalizacji.

Tabela 16. Przyczyna zakończenia hospitalizacji

Przyczyna zakończenia hospitalizacji	Liczba badanych	Wskaźnik %
Zgon	24	55
Wypis	11	25
Pozostali	9	20
Razem	44	100

Źródło: opracowanie własne

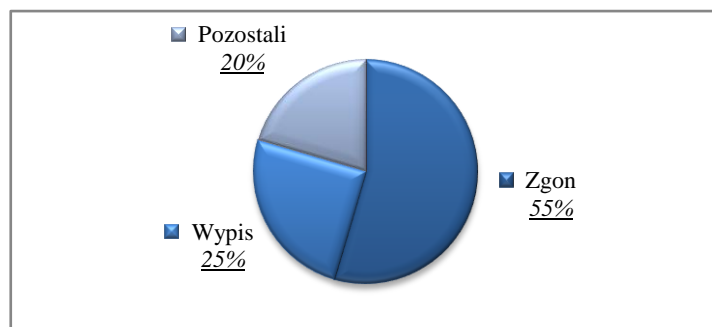
Liczbę badanych z uwzględnieniem przyczyny zakończenia hospitalizacji przedstawia Wykres 18.



Wykres 16. Liczba badanych ze względu na przyczynę zakończenia hospitalizacji

Źródło: opracowanie własne

Z Wykresu 16. wynika, że w przypadku 24 pacjentów hospitalizacje zakończyły się zgonem. 11 pacjentów wypisano z hospicjum, a 9 pacjentów pozostało na oddziale w dniu zakończenia badań. Wartość procentową pacjentów uwzględniając przyczynę zakończenia hospitalizacji przedstawia Wykres 19.



Wykres 17. Wskaźnik procentowy badanych ze względu na przyczynę zakończenia hospitalizacji

Źródło: opracowanie własne

Jak wynika z Wykresu 17. w 55% badanej populacji hospitalizacje zakończyły się zgonem. Wypisani pacjenci to 25%, pozostali to 20% badanej populacji.

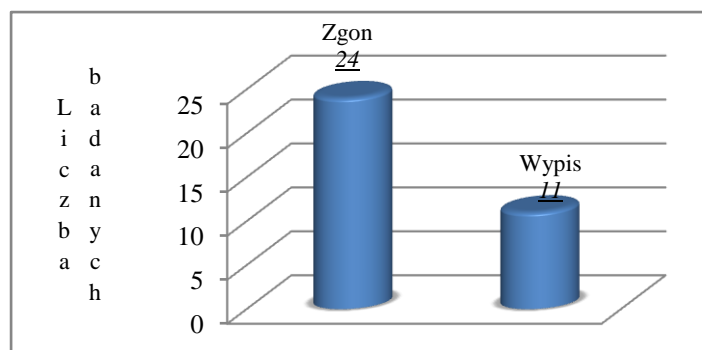
Tabela 17. przedstawia liczbę badanych w zależności od przyczyny zakończenia hospitalizacji.

Tabela 17. Przyczyny zakończenia hospitalizacji

Przyczyna zakończenia hospitalizacji	Liczba badanych	Wskaźnik %
Zgon	24	69
Wypis	11	31
Razem	35	100

Źródło: opracowanie własne

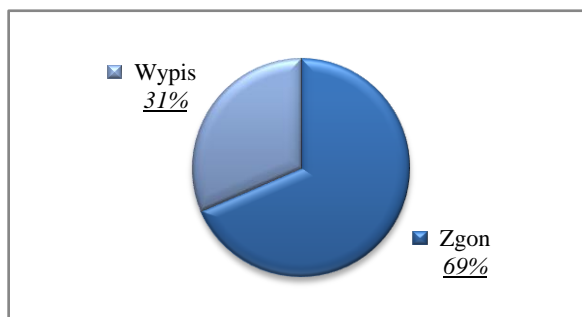
Liczbę badanych z uwzględnieniem przyczyny zakończenia hospitalizacji przedstawia także Wykres 18.



Wykres 18. Liczba badanych ze względu na przyczynę zakończenia hospitalizacji

Źródło: opracowanie własne

Jak wynika z Wykresu 18. przyczyną zakończenia hospitalizacji w przypadku 24 badanych był zgon, a 11 z nich zostało wypisanych z hospicjum. Wartość procentową pacjentów uwzględniającą przyczynę zakończenia hospitalizacji przedstawia Wykres 19.



Wykres 19. Wskaźnik procentowy badanych ze względu na przyczynę zakończenia hospitalizacji

Źródło: opracowanie własne

Jak przedstawia Wykres 19. 69% hospitalizacji zakończyło się zgonem, a 31% wypisem pacjenta z hospicjum.

W trakcie badań najkrótsza hospitalizacja trwała 1 dzień, najdłuższa 44 dni, średni czas pobytu pacjenta w oddziale wynosił 12 dni.

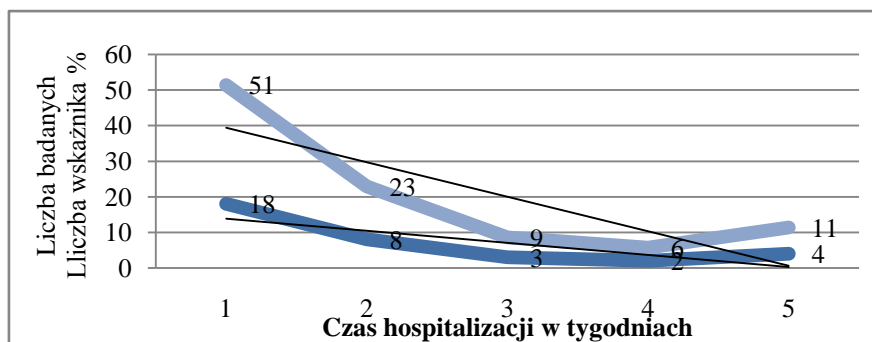
Tabela 18. przedstawia liczbę badanych z uwzględnieniem czasu hospitalizacji w ujęciu tygodniowym.

Tabela 18. Czas hospitalizacji (w tygodniach)

Czas hospitalizacji (w tygodniach)	Liczba badanych	Wskaźnik %
Do 1	18	51
Do 2	8	23
Do 3	3	9
Do 4	2	6
Powyżej 4	4	11
Razem	35	100

Źródło: opracowanie własne

Liczbę pacjentów ze względu na czas trwania hospitalizacji w tygodniach przedstawia Wykres 20.

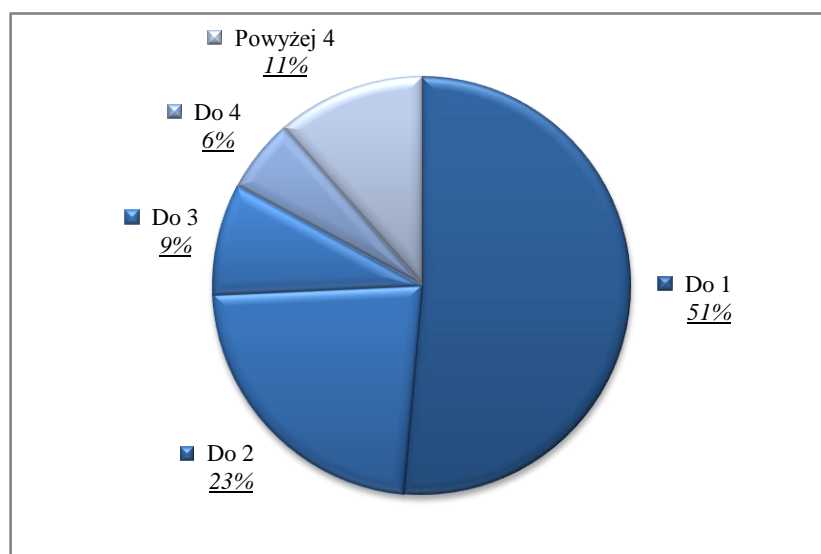


Wykres 20. Liczba badanych ze względu na czas hospitalizacji (w tygodniach)

Źródło: opracowanie własne

Jak wynika z Wykresu 20. 18 hospitalizacji zakończyło się w pierwszym tygodniu, 8 hospitalizacji w drugim tygodniu, 3 hospitalizacje w trzecim tygodniu, 2 hospitalizacje w czwartym tygodniu, a 4 hospitalizacje trwały dłużej niż cztery tygodnie.

Wartość procentową pacjentów uwzględniającą czas hospitalizacji przedstawia Wykres 21.



Wykres 21. Wskaźnik procentowy badanych ze względu na czas hospitalizacji (w tygodniach)

Źródło: opracowanie własne

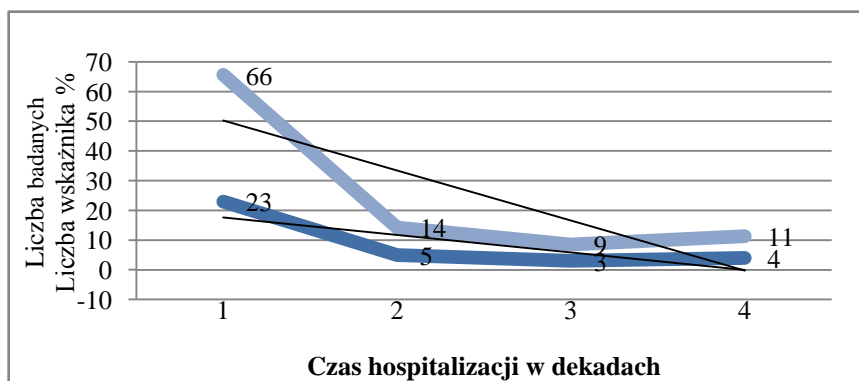
Z Wykresu 21. wynika, że hospitalizacje ponad połowy badanych - 51% zakończyły się w pierwszym tygodniu, 23% hospitalizacji zakończyło się w drugim tygodniu, 9% hospitalizacji w trzecim tygodniu, 6% hospitalizacji zakończyło się w czwartym tygodniu, a 11% hospitalizacji trwało dłużej niż cztery tygodnie. Tabela 20. przedstawia liczbę badanych z uwzględnieniem czasu hospitalizacji w dekadach.

Tabela 19. Czas hospitalizacji (w dekadach)

Czas hospitalizacji (w dekadach)	Liczba badanych	Wskaźnik %
Do 1	23	66
Do 2	5	14
Do 3	3	9
Powyżej 3	4	11
Razem	35	100

Źródło: opracowanie własne

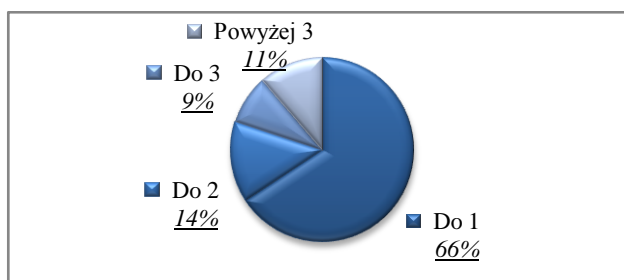
Liczbę pacjentów ze względu na czas trwania hospitalizacji, w dekadach, przedstawia Wykres 22.



Wykres 22. Liczba badanych ze względu na czas hospitalizacji (w dekadach)

Źródło: opracowanie własne

Z Wykresu 22. wynika, że hospitalizacje 23 badanych zakończyły się w pierwszej dekadzie, 5 hospitalizacji zakończyło się w drugiej dekadzie, 3 hospitalizacje nie trwały dłużej niż trzydzieści dni, a 4 hospitalizacje trwały dłużej niż miesiąc. Wartość procentową pacjentów uwzględniającą czas hospitalizacji przedstawia Wykres 23.



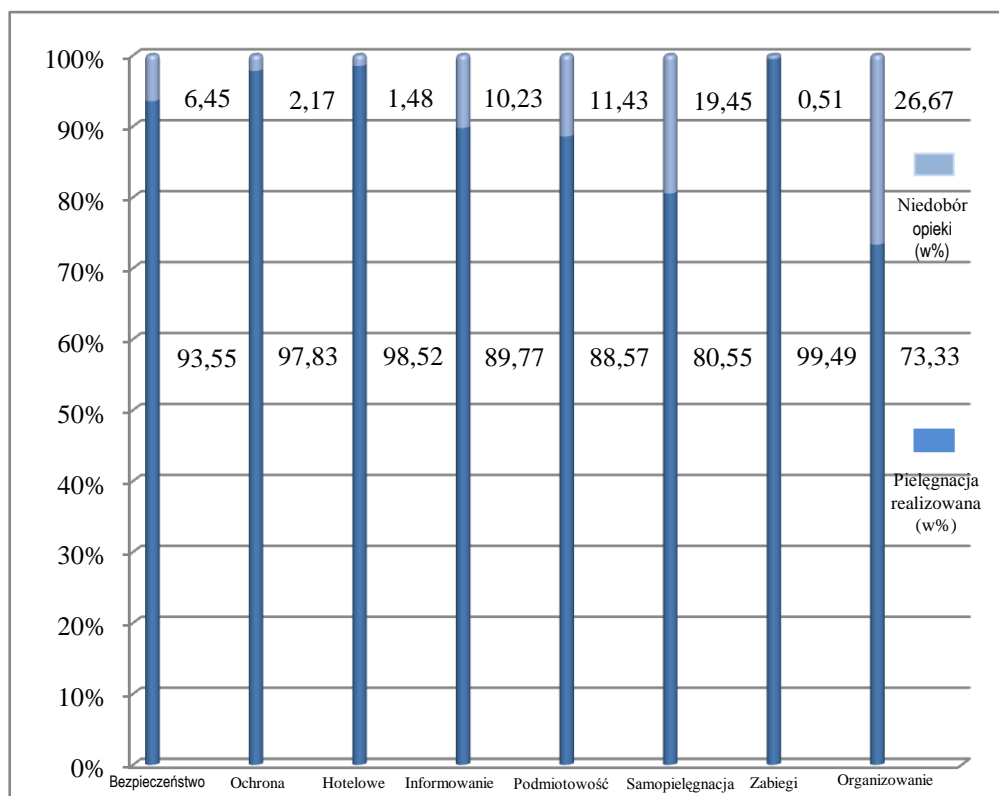
Wykres 23. Wskaźnik procentowy badanych ze względu na czas hospitalizacji (w dekadach)

Źródło: opracowanie własne

Jak wynika z Wykresu 23. 66% hospitalizacji zakończyło się w pierwszej dekadzie, 14% w drugiej dekadzie, 9% w trzeciej dekadzie, a 11% hospitalizacji trwało dłużej niż 3 dekady.

4.2. Analiza uzyskanych wyników

Poziom wartości procentowej pielęgnacji realizowanej oraz niedoboru opieki w poszczególnych standardach przedstawia Wykres 26.



Wykres 24. Wskaźnik procentowy pielęgnacji realizowanej i niedoboru opieki

Źródło: opracowanie własne

Z Wykresu 24. wynika, że standard dotyczący bezpieczeństwa chorego realizowany był w 93,55%; niedobór opieki ukształtował się na poziomie 6,45%.

W standardzie dotyczącym ochrony przed zakażeniami opieka realizowana była na poziomie 97,83%; niedobór opieki wyniósł 2,17%.

Kolejny standard to hotelowe usługi wraz z zaspokojeniem potrzeb egzystencjalnych. Wartość opieki w tym standardzie ukształtowała się na poziomie 98,52%. Niedobór opieki stanowił 1,48%.

Pacjenci informowani byli w 89,77%, a wartość niedoboru opieki w tym standardzie wyniosła 10,23%.

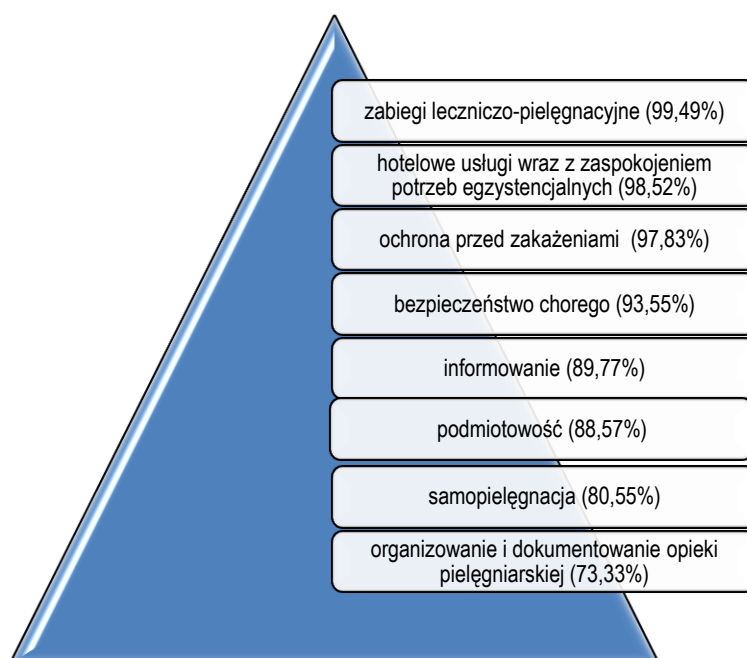
W standardzie podmiotowość wartość opieki wyniosła 88,57%; wartość niedoboru opieki 11,43%.

Pielęgnacja realizowana w standardzie dotyczącym samopielęgnacji osiągnęła wartość 80,55%; niedobór opieki ukształtował się na poziomie 19,45%.

Najwyższą jakość opieki osiągnięto w standardzie dotyczącym zabiegów leczniczo - pielęgnacyjnych, w którym wartość procentowa pielęgnacji realizowanej wyniosła 99,49%, a wskaźnik procentowy niedoboru opieki 0,51%.

Najniższą jakość pielęgnacji uzyskano w standardzie organizowanie i dokumentowanie opieki pielęgniarskiej, w którym wartość pielęgnacji realizowanej wyniosła 73,33%; niedobór opieki stanowił wartość 26,67%.

Rysunek 16. przedstawia standardy ułożone według wartości procentowej uzyskanych wyników pielęgnacji realizowanej.

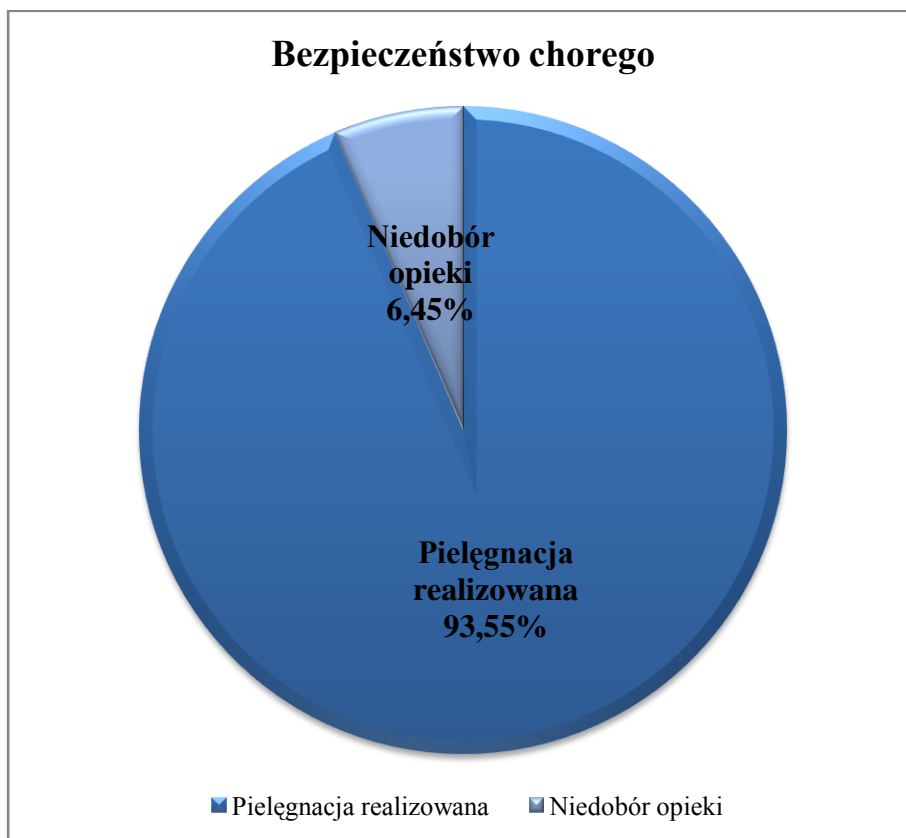


Rysunek 16. Kolejność standardów BOHIPSZO według uzyskanych wyników

Źródło: opracowanie własne

Z Rysunku 16. wynika, że najwyższy poziom jakości opieki realizowany był w standardzie zabiegi leczniczo – pielęgnacyjne – 99,49%. Równie wysoki poziom opieki realizowanej odnotowano w standardach hotelowe usługi wraz z zaspokojeniem potrzeb egzystencjalnych – 98,52%, ochrona przed zakażeniami – 97,83% oraz bezpieczeństwo chorego – 93,55%. Niższy poziom jakości opieki uzyskano w standardach informowanie – 89,77%, podmiotowość – 88,57%, samo pielęgnacja – 80,55%. Najniższy poziom jakości pielęgnacji dotyczył standardu organizowanie i dokumentowanie opieki pielęgniarskiej – 73,33%.

Wykres 25. przedstawia wartość procentową pielęgnacji realizowanej i niedoboru opieki w odniesieniu do pielęgnacji oczekiwanej standardu dotyczącego bezpieczeństwa chorego. Pielęgnacja realizowana wyniosła 93,55%, a niedobór opieki wyniósł 6,45%.



Wykres 25. Bezpieczeństwo chorego

Źródło: opracowanie własne

Tabela 20. przedstawia wartość punktową pielęgnacji realizowanej i niedoboru opieki standardu dotyczącego bezpieczeństwa chorego.

Tabela 20. Wartość punktowa uzyskanych wyników standardu dotyczącego bezpieczeństwa chorego

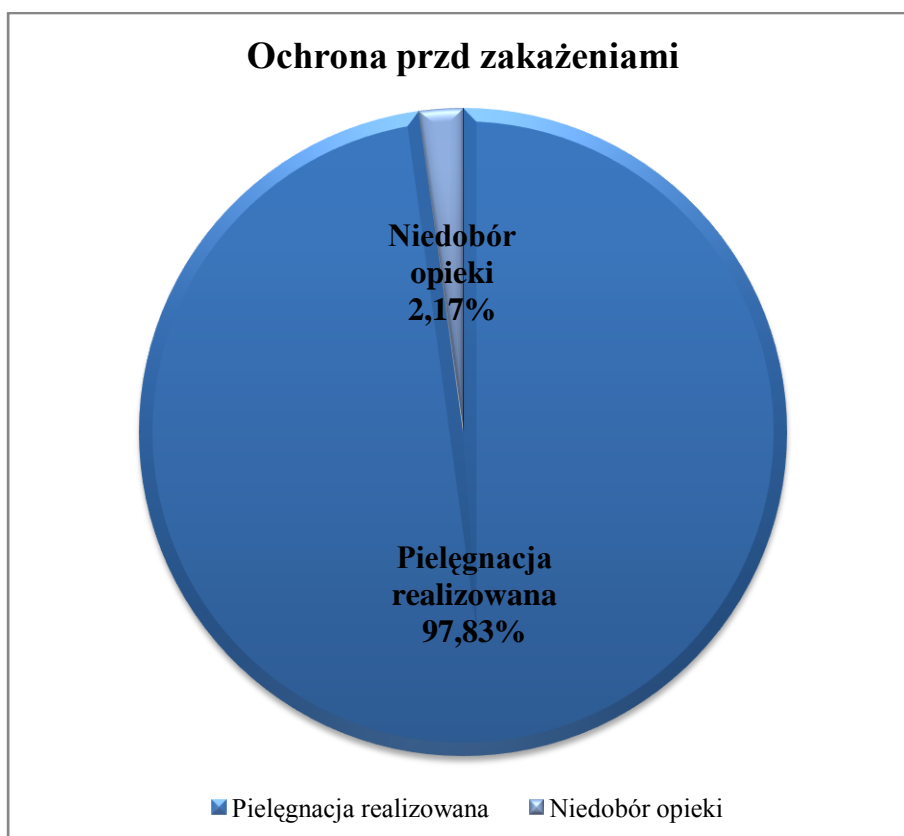
Pielęgnacja realizowana	1 276
Niedobór opieki	88

Źródło: opracowanie własne

Najczęściej nie spełnianymi kryteriami tego standardu były:

- na frontowej stronie dokumentacji pielęgniarskiej jest informacja na jakie środki pacjent jest uczulony.

Wykres 26. przedstawia wartość procentową pielęgnacji realizowanej i niedoboru opieki standardu dotyczącego ochrony przed zakażeniami. Pielęgnacja realizowana wyniosła 97,83%, a niedobór opieki 2,17%.



Wykres 26. Ochrona przed zakażeniami

Źródło: opracowanie własne

Tabela 21. przedstawia wartość punktową pielęgnacji realizowanej i niedoboru opieki standardu dotyczącego ochrony przed zakażeniami.

Tabela 21. Wartość punktowa uzyskanych wyników standardu dotyczącego ochrony przed zakażeniami

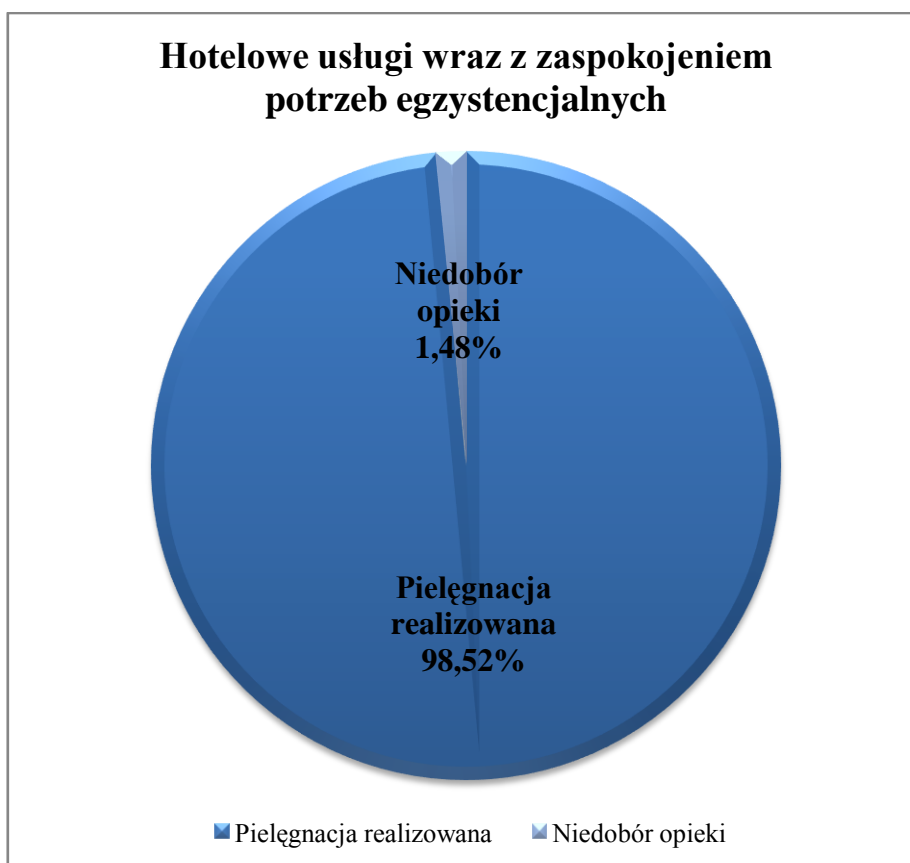
Pielęgnacja realizowana	990
Niedobór opieki	22

Źródło: opracowanie własne

Najczęściej nie spełnianym kryterium tego standardu było kryterium:

- pielęgniarki i podległy im personel wykorzystują inne środki ochrony (rękawiczki) adekwatnie do sytuacji.

Wykres 27. przedstawia wartość procentową pielęgnacji realizowanej i niedoboru opieki standardu dotyczącego hotelowych usług wraz z zaspokojeniem potrzeb egzystencjalnych. Pielęgnacja realizowana wyniosła 98,52% a niedobór opieki 1,48%.



Wykres 27. Hotelowe usługi wraz z zaspokojeniem potrzeb egzystencjalnych

Źródło: opracowanie własne

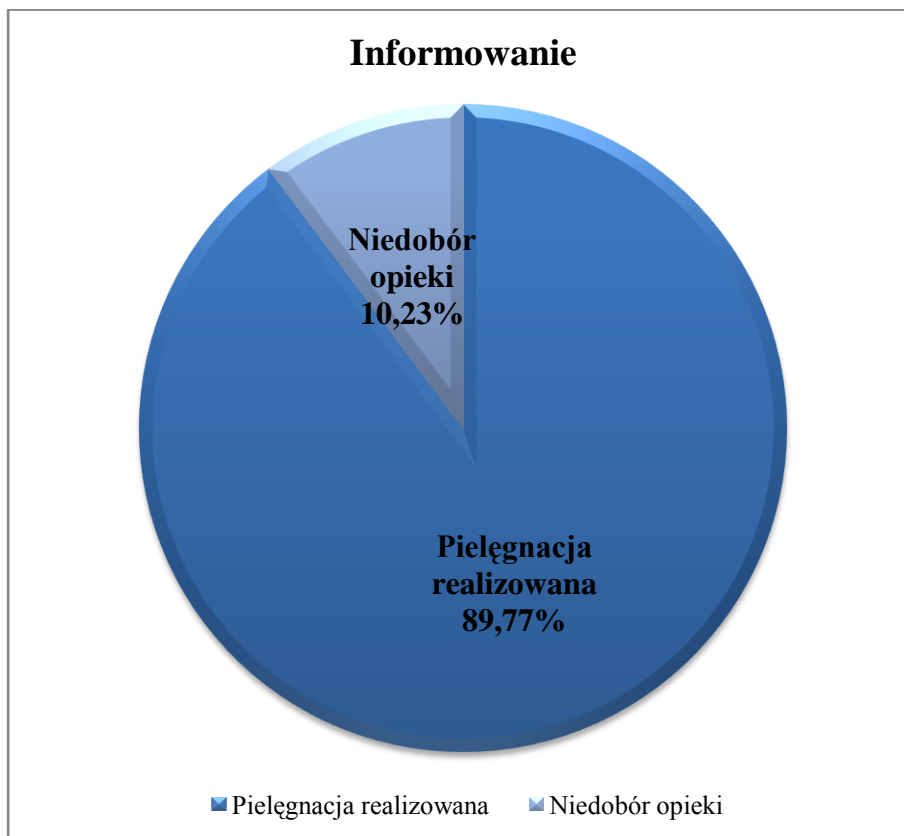
Tabela 22. przedstawia wartość punktową pielęgnacji realizowanej i niedoboru opieki standardu dotyczącego hotelowych usług wraz z zaspokojeniem potrzeb egzystencjalnych.

Tabela 22. Wartość punktowa uzyskanych wyników standardu dotyczącego hotelowych usług wraz z zaspokojeniem potrzeb egzystencjalnych

Pielęgnacja realizowana	1 267
Niedobór opieki	19

Źródło: opracowanie własne

Wykres 28. przedstawia wartość procentową pielęgnacji realizowanej i niedoboru opieki standardu dotyczącego informowania. Pielęgnacja realizowana wyniosła 89,77%, a niedobór opieki 10,23%.



Wykres 28. Informowanie

Źródło: opracowanie własne

Tabela 23. przedstawia wartość punktową pielęgnacji realizowanej i niedoboru opieki standardu dotyczącego informowania.

Tabela 23. Wartość punktowa uzyskanych wyników standardu dotyczącego informowania

Pielęgnacja realizowana	553
Niedobór opieki	63

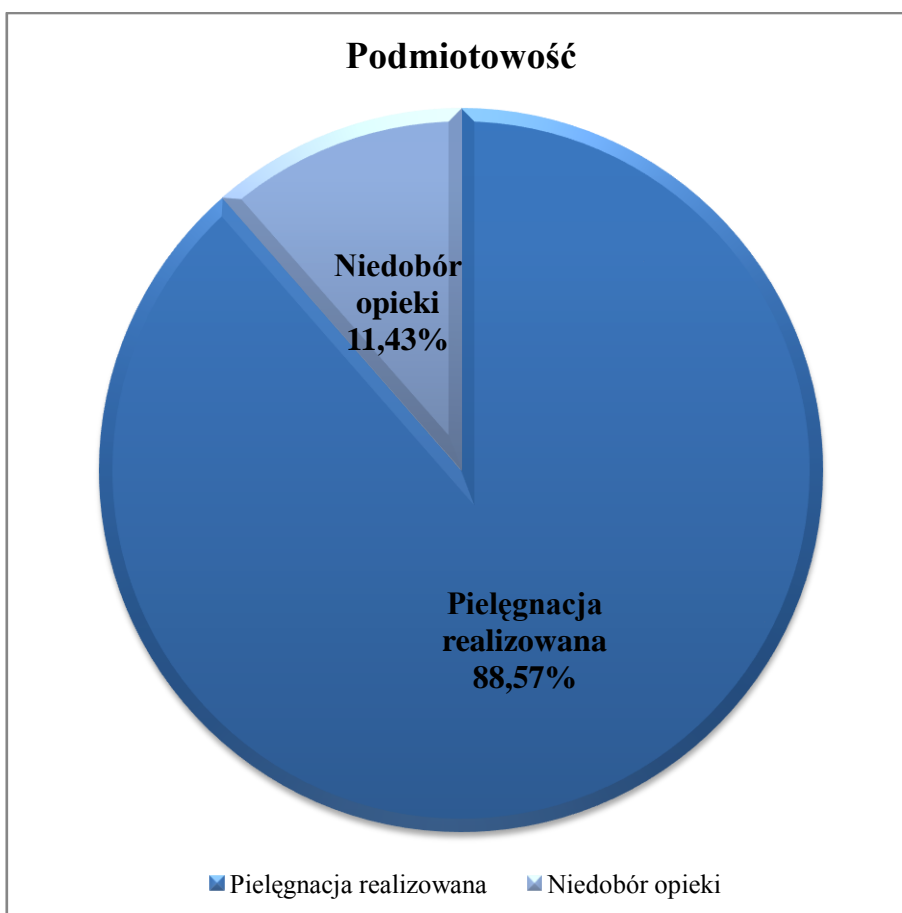
Źródło: opracowanie własne

Najczęściej nie spełnianymi kryteriami tego standardu były:

- pacjent poinformowany jest o wszystkich przysługujących mu prawach,

- pacjent zna osobę i nazwisko lekarza leczącego, pielęgniarki oddziałowej i pielęgniarki odpowiedzialnej za jego pielęgnację.

Wykres 29. przedstawia wartość procentową pielęgnacji realizowanej i niedoboru opieki standardu dotyczącego podmiotowości. Pielęgnacja realizowana wyniosła 88,57%, a niedobór opieki 11,43%.



Wykres 29. Podmiotowość

Źródło: opracowanie własne

Tabela 24. przedstawia wartość punktową pielęgnacji realizowanej i niedoboru opieki standardu dotyczącego podmiotowości.

Tabela 24. Wartość punktowa uzyskanych wyników standardu dotyczącego podmiotowości

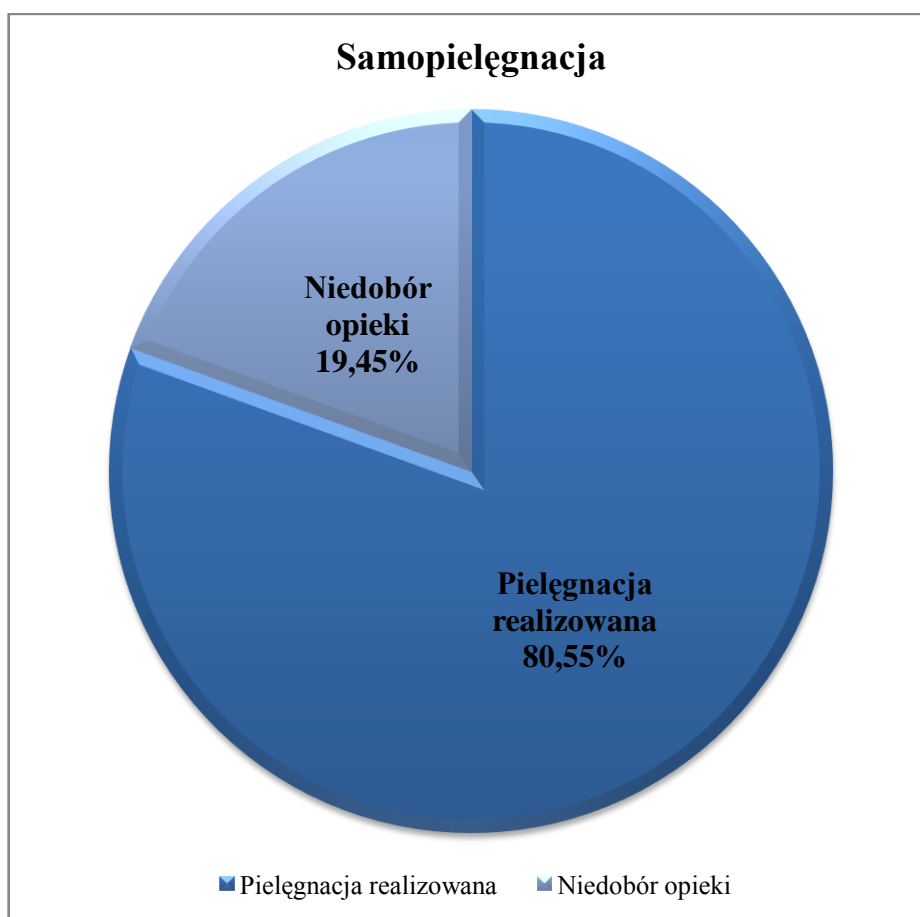
Pielęgnacja realizowana	1 279
Niedobór opieki	165

Źródło: opracowanie własne

Najczęściej nie spełnianymi kryteriami tego standardu były:

- pacjent jest włączony w tok wizyty pielęgniarskiej,
- pielęgniarka zachęca pacjenta do wyrażania myśli i odczuć związanych z jego zdrowiem - chorobą, zwłaszcza do mówienia o niepokoju, lęku,
- pielęgniarka siedzi i rozmawia z chorym niezależnie od wykonywania zabiegów instrumentalnych.

Wykres 30. przedstawia wartość procentową pielęgnacji realizowanej i niedoboru opieki standardu dotyczącego samopielęgnacji. Pielęgnacja realizowana wyniosła 80,55%, a niedobór opieki 19,45%.



Wykres 30. Samopielęgnacja

Źródło: opracowanie własne

Tabela 25. przedstawia wartość punktową pielęgnacji realizowanej i niedoboru opieki standardu dotyczącego samopielęgnacji.

Tabela 25. Wartość punktowa uzyskanych wyników standardu dotyczącego samopielęgnacji

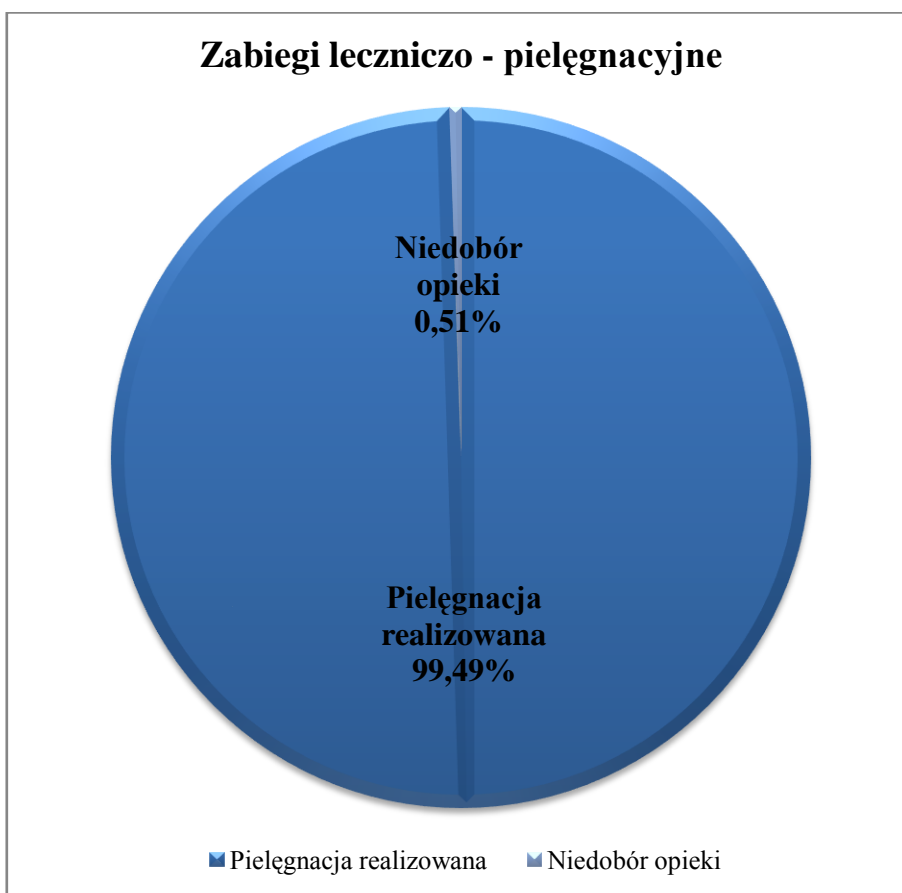
Pielęgnacja realizowana	410
Niedobór opieki	99

Źródło: opracowanie własne

Najczęściej nie spełnianymi kryteriami tego standardu były:

- nauczanie pacjenta/bliskich zostało ujęte w planie,
- pacjent/bliscy otrzymał pisemny zestaw wskazówek pielęgniarских do domu.

Wykres 31. przedstawia wartość procentową pielęgnacji realizowanej i niedoboru opieki standardu dotyczącego zabiegów leczniczo – pielęgnacyjnych. Pielęgnacja realizowana wyniosła 99,49%, a niedobór opieki 0,51%.



Wykres 31. Zabiegi leczniczo - pielęgnacyjne

Źródło: opracowanie własne

Tabela 26. przedstawia wartość punktową pielęgnacji realizowanej i niedoboru opieki standardu dotyczącego zabiegów leczniczo - pielęgnacyjnych.

Tabela 26. Wartość punktową uzyskanych wyników standardu dotyczącego zabiegów leczniczo – pielęgnacyjnych

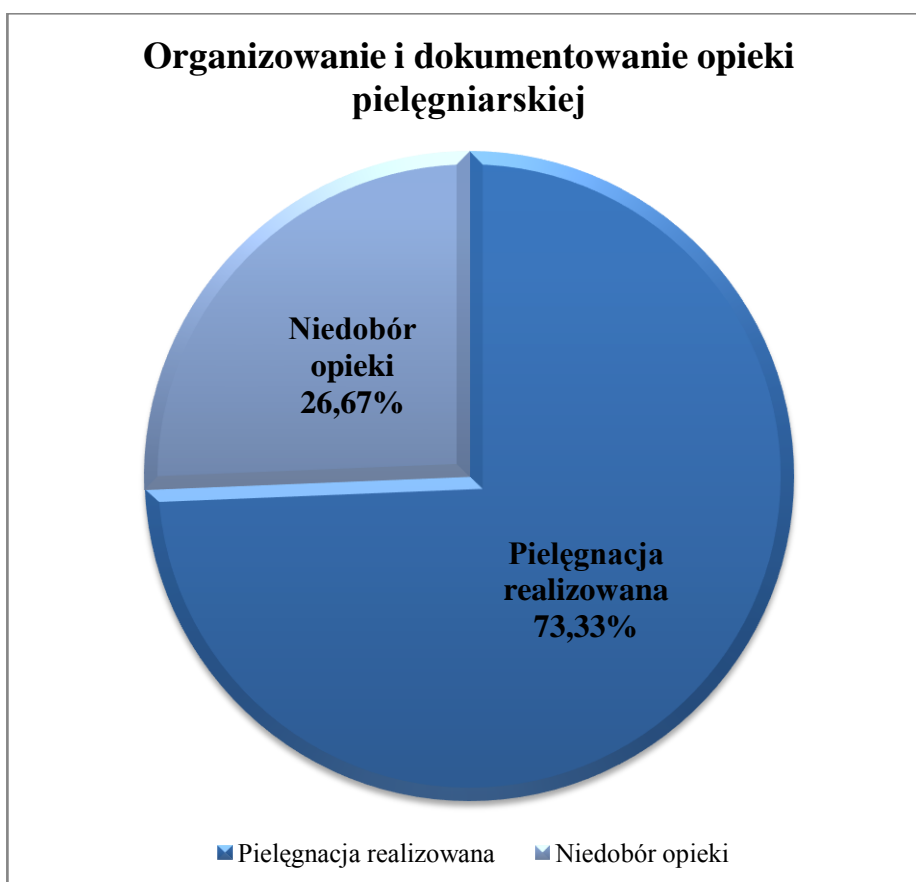
Pielęgnacja realizowana	1 558
Niedobór opieki	8

Źródło: opracowanie własne

Najczęściej nie spełnianym kryterium tego standardu było kryterium:

- odprowadzenie moczu przez cewnik, drenaż zamknięty.

Wykres 32. przedstawia wartość procentową pielęgnacji realizowanej i niedoboru opieki standardu dotyczącego organizowania i dokumentowania opieki pielęgnarskiej. Pielęgnacja realizowana wyniosła 73,33%, a niedobór opieki 26,67%.



Wykres 32. Organizowanie i dokumentowanie opieki pielęgnarskiej

Źródło: opracowanie własne

Tabela 27. przedstawia wartość punktową pielęgnacji realizowanej i niedoboru opieki standardu dotyczącego organizowania i dokumentowania opieki pielęgniarstwa.

Tabela 27. Wartość punktowa uzyskanych wyników standardu dotyczącego organizowania i dokumentowania opieki pielęgniarstwa

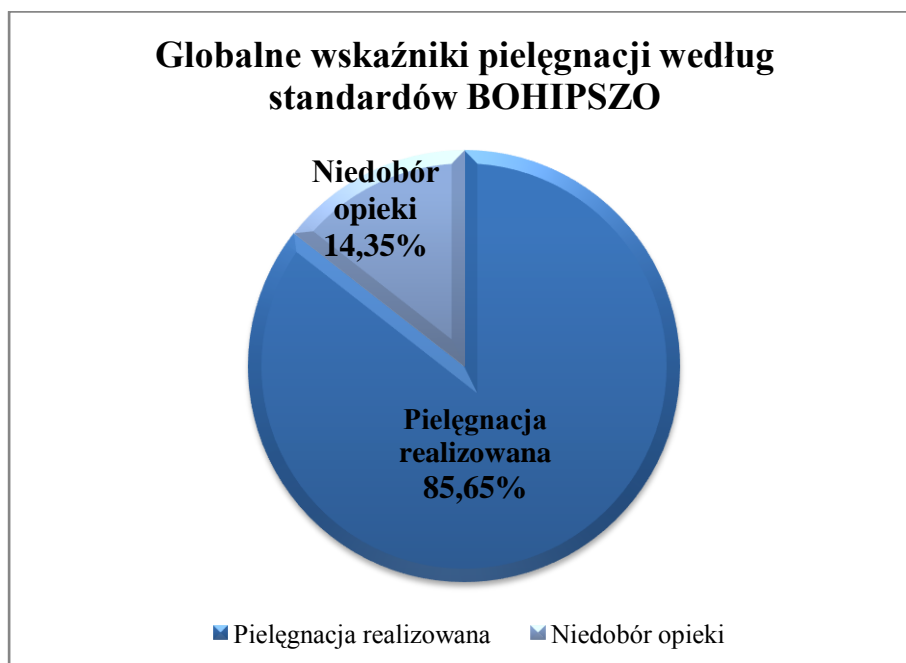
Pielęgnacja realizowana	968
Niedobór opieki	352

Źródło: opracowanie własne

Najczęściej nie spełnianymi kryteriami tego standardu były:

- praktyka pielęgnowania w oddziale oparta jest na teorii,
- oddział ma sformułowaną misję,
- plan opieki ma formę pisemną.

Wykres 33. przedstawia wartość procentową pielęgnacji realizowanej i niedoboru opieki we wszystkich standardach. Pielęgnacja realizowana wyniosła 85,65%, a niedobór opieki 14,34%.



Wykres 33. Globalne wskaźniki opieki pielęgniarstwa według standardów BOHIPSZO

Źródło: opracowanie własne

Tabela 28. przedstawia globalną wartość punktową pielęgnacji realizowanej i niedoboru opieki we wszystkich standardach.

Tabela 28. Wartość punktowa uzyskanych wyników we wszystkich standardach

Pielęgnacja realizowana	7 809
Niedobór opieki	1 308

Źródło: opracowanie własne

Podsumowując analizę uzyskanych wyników obliczono globalny współczynnik pielęgnacji odnoszący się do wszystkich standardów, który wyniósł 91,05%.

Zbiorczy arkusz uzyskanych wyników stanowi Załącznik 3.

4.3. Dyskusja

Celem opieki sprawowanej w hospicjach jest osiągnięcie najlepszej jakości życia przebywających w nim pacjentów. Opieka nad umierającym od zawsze była jednym z głównych aspektów pielęgniarstwa. Ocena jakości opieki pielęgniarstwa służy zdobywaniu informacji niezbędnej do doskonalenia jakości usług na rzecz pacjentów.

A. Gaworska – Krzemińska w swojej pracy podaje wartości wskaźnika pielęgnowania uzyskanego w pięciu placówkach opiekujących się pacjentami w stanie terminalnym, w północnej części kraju. Wskaźniki te wahają się w granicach od 74,70% do 97,06% (2).

J. Książek w swojej pracy przedstawiła ocenę jakości opieki pielęgniarstwa oferowanej chorym na raka płuc w okresie okołoperacyjnym w placówkach w Gdańsku i w Bydgoszczy. Ocena ta dotyczyła, między innymi, zakresu dokumentowania opieki pielęgniarstwa. W zakresie tym wskaźniki oceny ukształtowały się w granicach 68,9 – 70,2% (8).

Na podstawie uzyskanych wyników oceny jakości opieki pielęgniarstwa w hospicjum w Chojnicach, obliczono wskaźnik pielęgnowania, który wyniósł 91,05%. Wartość procentowa opieki realizowanej standardu dotyczącego organizowania i dokumentowania opieki pielęgniarstwa w tym hospicjum wyniosła 73,33%.

Wartość wyników uzyskanych w tej pracy jest zbliżona do wyników uzyskanych w hospicjach badanych przez A. Gaworską – Krzemińską.

Wyniki oceny jakości pielęgnowania uzyskane przez J. Książek są niższe od uzyskanych w hospicjum w Chojnicach.

ROZDZIAŁ 5

5. WNIOSKI KOŃCOWE

1. Bezpieczeństwo pacjenta zostało zapewnione w 93,55%.
2. Pacjent było chroniony przed zakażeniami w 97,83%.
3. Warunki hotelowe i potrzeby egzystencjalne pacjentów były zapewnione w 98,52%.
4. Pacjent był informowany zgodnie ze swoim życzeniem i w wystarczającym zakresie w 89,77%.
5. Prawo pacjenta do godności osobistej i intymności było respektowane w 88,57%.
6. Pacjent i jego rodzina byli edukowani na temat zdrowia i choroby w 80,55%.
7. Zabiegi leczniczo – pielęgnacyjne były przeprowadzane zgodnie z obowiązującymi standardami w 99,49%
8. Opieka pielęgniarska była zorganizowana i dokumentowana w 73,33%

STRESZCZENIE

Troska o jakość świadczeń udzielanych w zakładach opieki zdrowotnej, to jedno z ważniejszych wyzwań współczesnej ochrony zdrowia. W dobie konkurencyjności na rynku, zabiegania o pacjentów, których poziom wymagań stale rośnie, staje się nieodzownym elementem zarządzania we wszystkich placówkach ochrony zdrowia.

Opieka paliatywna, to szczególna dziedzina opieki zdrowotnej, bowiem jej celem jest zapewnienie jak najwyższego poziomu jakości życia nieuleczalnie chorym, w schyłkowej fazie choroby. Jakość opieki pielęgniarstwa w hospicjum ma wpływ na jakość życia pacjentów.

Celem pracy była ocena jakości opieki pielęgniarstwa w hospicjum stacjonarnym.

Do badania wykorzystano metodę BOHIPSZO autorstwa H. Lenartowicz. Metoda ta opiera się na ocenie jakości opieki pielęgniarstwa we wszystkich obszarach, które według autorki, są mierzalne i powinny być oceniane.

Techniki badawcze zastosowane w tej metodzie to analiza dokumentacji, wywiad oraz obserwacja.

Narzędziem zastosowanym do badań był arkusz oceny opracowany przez H. Lenartowicz, zmodyfikowany przez autora.

Badania przeprowadzono w Hospicjum Zwiastowania Najświętszej Maryi Panny w Chojnicach w okresie od 1 kwietnia do 31 maja 2008 roku, objęto nimi wszystkich hospitalizowanych w tym okresie pacjentów.

Z przeprowadzonych badań wynika, że jakość opieki pielęgniarstwa w poszczególnych standardach kształtowała się na różnym poziomie. Wahając się od 73,33% do 99,49%. Najwyższą jakość osiągnięto w standardzie zabiegów leczniczo – pielęgnacyjnych. Najniższą jakość opieki wykazano w standardzie organizowanie i dokumentowanie opieki pielęgniarstwa.

Ocena jakości, to narzędzie dostarczające informacji niezbędnej do doskonalenia jakości opieki pielęgniarstwa. Wydaje się celowym prowadzenie dalszych badań w tym kierunku.

PIŚMIENNICTWO

1. Fedorowski J. Niżankowski R.: *Ekonomika medycyny*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2002.
2. Gaworska A.: *Ocena związku pomiędzy satysfakcją zawodową, jakością usług pielęgniarskich a jakością życia chorych w stanie terminalnym*. Rozprawa doktorska. Gdańsk, 2002.
3. Jonas A.: *Jakość usług*. W: Czubała A. Jonas A. Smoleń T. Wiktor J.: *Marketing usług*. Wolters Kluwer Oficyna ekonomiczna, Kraków, 2006.
4. *Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej*, ORPiP, Gdańsk, 2004.
5. Krakowiak P.: *Książdz Eugeniusz Dudkiewicz SAC Ojciec ruchu hospicyjnego w Polsce*. Biblioteka Fundacji Hospicyjnej, Gdańsk, 2007.
6. Krzyżanowski D.: *Hospicjum bonifratrów*, <http://www.hospicjumbonifratrow.pl/download/Opieka1.pdf>, 2008-03-19.
7. Książek J., Kretowicz K., Skokowski J.: *Dokumentacja procesu pielęgnowania w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 1 Akademickiego Centrum Klinicznego Akademii Medycznej w Gdańsku*. *Annales Academiae Medicae Gedanensis*, 2004, 34, 173-182.
8. Książek J.: *Ocena jakości życia chorych na raka płuca i jakości opieki medycznej w okresie okołoperacyjnym*. Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych. Gdańsk, 2003.
9. Ksykiewicz D.: *Planowanie obsad pielęgniarskich w leczeniu stacjonarnym*. Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2001.
10. Kumaniecki K.: *Słownik łacińsko-polski. Według słownika Heramana Mengego i Heryka Kopii*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa, 1976.
11. Lenartowicz H.: *Zagadnienia organizacji pracy pielęgniarskiej*. W: Zahradniczek K.: *Pielęgniarstwo*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2006.
12. Lenartowicz H.: *Zarządzanie jakością w pielęgniarstwie. Materiały dydaktyczne specjalizacji organizacja i zarządzanie*. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa, 1998.

13. Maciąg A. Kuszewski K. Topczewska-Tylińska K. Michalak J.: Rola procesów, standardów i procedur w kształtowaniu jakości świadczeń zdrowotnych. *α-medica pres*, Bielsko-Biała, 2007.
14. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja dziesiąta ICD-10 Kategorie 3-znakowe. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, 2000.
15. Narodowy Fundusz Zdrowia.: Warunki ogólne i szczegółowe udzielania świadczeń na rok 2008.
16. Opolski K. Dykowska G. Możdżonek M.: Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka. CeDeWu, Warszawa, 2003.
17. Piątek A.: Doskonalenie jakości opieki pielęgniarstwa. W: Ksykiewicz-Dorota A.: Podstawy organizacji pracy pielęgniarstwa. Podręcznik dla studentów studiów licencjackich wydziałów pielęgniarstwa oraz wydziałów nauk o zdrowiu. Czelej Sp. z o.o., Lublin, 2004.
18. Piątek A.: Zarządzanie jakością. W: Ksykiewicz-Dorota A.: Zarządzanie w pielęgniarstwie. Podręcznik dla studentów studiów magisterskich wydziałów pielęgniarstwa oraz wydziałów nauk o zdrowiu. Czelej Sp. z o.o., Lublin, 2005.
19. Podłowska J.: Edukator zawodowy, <http://koweitiu.crowley.pl/edukator/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=182>, 2008-03-05.
20. Słownik wyrazów obcych. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 1994.
21. Stoner J. Freeman R. Gilbert D.: Kierowanie. Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa, 1997.
22. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz.408 z póź. zm.).
23. Ustawa z dnia 5 lipca 1996 roku o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz. U. Nr 91, poz.40).
24. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodzie lekarza (Dz. U. z 1997 r. Nr 28, poz.152 z póź. zm.).
25. Ustawa z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. z 1997 r. Nr. 28, poz.153).
26. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 10 września 2007 r. w sprawie warunków

- postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.).
27. Walden – Gałuszko K.: Podstawy opieki paliatywnej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2005.
 28. Wawak S.: Encyklopedia zarządzania, http://mfiles.ae.krakow.pl/pl/index.php/William_Edwards_Deming, 2008-03-09.
 29. Wawak S.: Encyklopedia zarządzania, http://mfiles.ae.krakow.pl/pl/index.php/Joseph_Juran#10_krok.C3.B3w_do_TQM, 2008-03-10.
 30. Zarządzenie Nr 53/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.
 31. Zarządzenie Nr 61/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2007 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka długoterminowa wraz z załącznikami.
 32. Zarządzenie Nr 71/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 września 2007 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
 33. Zarządzenie Nr 92/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 października 2007 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
 34. Zarządzenie Nr 93/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 października 2007 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka długoterminowa.
 35. Zarządzenie Nr 94/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 października 2007 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
 36. <http://cmj.org.pl/akredytacja/cotojest.php>, 2008-03-12.
 37. http://pl.wikipedia.org/wiki/Czterna%20zasad_Deminga, 2008-03-10.
 38. <http://www.hospicja.pl/lokalizacja/clinic/79.html>, 2008-03-21.
 39. <http://www.jakosc.biz/tqm.php>, 2008-03-11.
 40. <http://www.nil.org.pl/xml/oil/oil68/gazeta/numery/n2005/n200511/n2005112>], 2008-03-12.
 41. <http://www.opiekapaliatywna.yoyo.pl/> Ziółko M. Opieka paliatywna, 2008-03-18.

42. <http://www.pdca.pl/content/view/57/1/>, 2008-03-12.
43. <http://www.rejestrzoz.gov.pl/RZOZ/>, 2008-03-22.
44. <http://www.strefa-iso.pl/iso-podstawy.html>, 2008-03-12.

Spis tabel

Tabela 1. Określenie jakości w ujęciu historycznym	5
Tabela 2. Konieczne zmiany w kulturze	9
Tabela 3. Standardy akredytacyjne szpitali	13
Tabela 4. Nursing audit	16
Tabela 5. Qualpacs	17
Tabela 6. Personel w hospicjum stacjonarnym	24
Tabela 7. Standardy BOHIPSZO	28
Tabela 8. Ruch chorych	33
Tabela 9. Przyczyny hospitalizacji	33
Tabela 10. Lokalizacja chorób nowotworowych u badanych	35
Tabela 11. Pozostałe jednostki chorobowe badanych pacjentów	37
Tabela 12. Płeć badanych	38
Tabela 13. Miejsce zamieszkania badanych	39
Tabela 14. Wykształcenie badanych	40
Tabela 15. Wiek badanych	41
Tabela 16. Przyczyna zakończenia hospitalizacji	43
Tabela 17. Przyczyny zakończenia hospitalizacji	44
Tabela 18. Czas hospitalizacji (w tygodniach)	45
Tabela 19. Czas hospitalizacji (w dekadach)	47
Tabela 20. Wartość punktowa uzyskanych wyników standardu dotyczącego bezpieczeństwa chorego	51
Tabela 21. Wartość punktowa uzyskanych wyników standardu dotyczącego ochrony przed zakażeniami	52
Tabela 22. Wartość punktowa uzyskanych wyników standardu dotyczącego hotelowych usług wraz z zaspokojeniem potrzeb egzystencjalnych	53
Tabela 23. Wartość punktowa uzyskanych wyników standardu dotyczącego informowania	54
Tabela 24. Wartość punktowa uzyskanych wyników standardu dotyczącego podmiotowości	55

Tabela 25. Wartość punktowa uzyskanych wyników standardu dotyczącego samopielegnacji	57
Tabela 26. Wartość punktowa uzyskanych wyników standardu dotyczącego zabiegów leczniczo – pielęgnacyjnych	58
Tabela 27. Wartość punktowa uzyskanych wyników standardu dotyczącego organizowania i dokumentowania opieki pielęgniarstwa	59
Tabela 28. Wartość punktowa uzyskanych wyników we wszystkich standardach	60
Tabela 29. Zmodyfikowany arkusz oceny poziomu pielęgnacji	74
Tabela 30. Kategoryzacja chorych według wyznaczników	82
Tabela 31. Obliczenia - arkusz zbiorczy	83
Tabela 32. Wybrane kategorie ICD-10	84

Spis rysunków

Rysunek 1. Jakość usług	6
Rysunek 2. Piramida jakości	7
Rysunek 3. TQM	7
Rysunek 4. Model TQM	8
Rysunek 5. Wiedza na temat pracy w różnych grupach zawodowych	8
Rysunek 6. Podejście menedżera i przywódcy	9
Rysunek 7. Etapy TQM	10
Rysunek 8. Cykl Deminga	10
Rysunek 9. Elementy jakości według Donabediana	12
Rysunek 10. Sfery jakości Maxwella	12
Rysunek 11. Procedura nadawania certyfikatu ISO	14
Rysunek 12. Cykl zapewnienia jakości	14
Rysunek 13. Hospicja stacjonarne w Polsce	21
Rysunek 14. Rola lekarza i pielęgniarki	25
Rysunek 15. Budynek hospicjum	32
Rysunek 16. Kolejność standardów BOHIPSZO według uzyskanych wyników	50

Spis wykresów

Wykres 1. Wartość procentowa poszczególnych standardów w metodzie BOHIPSZO	29
Wykres 2. Liczba badanych ze względu na przyczynę hospitalizacji	34
Wykres 3. Wskaźnik procentowy badanych ze względu na przyczynę hospitalizacji	34
Wykres 4. Liczba badanych ze względu na chorobę nowotworową	35
Wykres 5. Wskaźnik procentowy badanych ze względu na chorobę nowotworową	36
Wykres 6. Liczba badanych ze względu na pozostałe choroby	37
Wykres 7. Wskaźnik procentowy badanych pacjentów z pozostałymi jednostkami chorobowymi	37
Wykres 8. Liczba badanych ze względu na płeć	38
Wykres 9. Wskaźnik procentowy badanych ze względu na płeć	38
Wykres 10. Liczba badanych ze względu na miejsce zamieszkania	39
Wykres 11. Wskaźnik procentowy badanych uwzględniając miejsce zamieszkania	39
Wykres 12. Liczba badanych ze względu na wykształcenie	40
Wykres 13. Wskaźnik procentowy badanych ze względu na wykształcenie	41
Wykres 14. Liczba badanych ze względu na wiek (w latach)	42
Wykres 15. Wskaźnik procentowy badanych ze względu na wiek (w latach)	42
Wykres 16. Liczba badanych ze względu na przyczynę zakończenia hospitalizacji	43
Wykres 17. Wskaźnik procentowy badanych ze względu na przyczynę zakończenia hospitalizacji	44
Wykres 18. Liczba badanych ze względu na przyczynę zakończenia hospitalizacji	44
Wykres 19. Wskaźnik procentowy badanych ze względu na przyczynę zakończenia hospitalizacji	45
Wykres 20. Liczba badanych ze względu na czas hospitalizacji (w tygodniach)	46
Wykres 21. Wskaźnik procentowy badanych ze względu na czas hospitalizacji (w tygodniach)	46
Wykres 22. Liczba badanych ze względu na czas hospitalizacji (w dekadach)	47
Wykres 23. Wskaźnik procentowy badanych ze względu na czas hospitalizacji (w dekadach)	47
Wykres 24. Wskaźnik procentowy pielęgnacji realizowanej i niedoboru opieki	49
Wykres 25. Bezpieczeństwo chorego	51

Wykres 26. Ochrona przed zakażeniami	52
Wykres 27. Hotelowe usługi wraz z zaspokojeniem potrzeb egzystencjalnych	53
Wykres 28. Informowanie	54
Wykres 29. Podmiotowość	55
Wykres 30. Samopielęgnacja	56
Wykres 31. Zabiegi leczniczo – pielęgnacyjne	57
Wykres 32. Organizowanie i dokumentowanie opieki pielęgnarskiej	58
Wykres 33. Globalne wskaźniki opieki pielęgnarskiej według standardów BOHIPSZO ..	59

Spis załączników

Załącznik 1. Tabela 29. Zmodyfikowany arkusz oceny poziomu pielęgnacji	74
Załącznik 2. Tabela 30. Kategoryzacja chorych według wyznaczników	82
Załącznik 3. Tabela 31. Obliczenia – arkusz zbiorczy	83
Załącznik 4. Tabela 32. Wybrane kategorie ICD-10	84

Załącznik 1.

Tabela 29. Zmodyfikowany arkusz oceny poziomu pielęgnacji

STANDARD I: BEZPIECZEŃSTWO PACJENTA JEST ZAPEWNIONE						
L.p.	Wybrane kryteria	Liczba elementów x wartość	Waga	Tak	Nie	Nie wymaga
1	2	3	4	5	6	7
1	Instalacja: - elektryczna, - gazowa, - tlenowa, - aparatura, nie zagrażają choremu; - pacjent został pouczony o bezpiecznym zachowaniu; - rozmieszczone są napisy ostrzegające.	6x1	6			
2	Pomieszczenia (sala chorych, pokój zabiegowy, korytarz i inne) są: - uporządkowane, - w nocy właściwie oświetlone, - podłogi suche, właściwie sprzątane, - łóżka zabezpieczone bocznymi ściankami bądź innym sposobem, - okna i drzwi zabezpieczone, jeśli jest taka potrzeba.	5x1	5			
3	Sprawna sygnalizacja znajduje się w zasięgu ręki chorego w: - sali, - łazience, - w.c., - odpowiednie uchwyty i poręcze są zamocowane, - wózek i łóżko posiadają sprawne hamulce.	5x1	5			
4	Apteczka oddziałowa nie jest dostępna dla osób niepowołanych. Leki i płyny infuzyjne są przechowywane w oryginalnych opakowaniach i na wyznaczonym miejscu. Środki dezynfekcyjne i inne chemikalia nie są dostępne dla pacjentów.	3x1	3			
5	Standardy postępowania w stanach naglących są opracowane i znane pielęgniarcom. Odpowiedni sprzęt i środki farmakologiczne są przygotowane.	2x3	6			
6	Tok czynności w przypadku pożaru i sposób ewakuacji chorych jest znany pielęgniarcom i personelowi pomocniczemu. Sprzęt przeciwpożarowy jest umieszczony na właściwym miejscu.	2x3	6			
7	Pacjent ma założoną bransoletkę identyfikacyjną. Na frontowej stronie jego dokumentacji pielęgniarskiej jest informacja na jakie środki jest uczulony.	2x2	4			
Razem			35			
STANDARD II: PACJENT JEST CHRONIONY PRZED ZAKAŻENIEM						

8	Pielęgniarka postępuje aseptycznie przy wykonywaniu bądź asystowaniu w czasie wszystkich zabiegów wymagających jałowości.	1x3	3			
9	Narzędzia są jednorazowe bądź sterylizowane zgodnie z zasadami. Jałowość jest kontrolowana regularnie, okresy ważności przestrzegane.	2x2	4			
10	Odkazane zgodnie z ustalonymi zasadami są: - aparatura medyczna, np. ssaki, pulsoksymetry, maski tlenowe, - sprzęt sanitarny, np. baseny, kaczki, miski, stojaki do kroplówek, - meble, łóżka z materacami, szafki.	3x1	3			
11	Tok postępowania z: - czystą i brudną bielizną, - naczyniami, odpadkami kuchennymi, - zużytym materiałem opatrunkowym i sprzętem jednorazowym jest prawidłowy.	3x1	3			
12	Pomieszczenia oddziału są dezynfekowane zgodnie z zasadami i często wietrzone.	1x1	1			
13	Pacjent potencjalnie zakażony i zakaźnie chory jest izolowany zgodnie z reżimem sanitarnym. Użyty sprzęt, bielizna, inny materiał jest właściwie niszczone, przemieszczany, dezynfekowany, sterylizowany.	2x2	4			
14	Pielęgniarki i podległy im personel: - myją ręce po każdej czynności, - wykorzystują inne środki ochrony (rękawiczki, fartuchy) adekwatnie do sytuacji.	2x1	2			
15	Aktualne karty zdrowia mają wszystkie pielęgniarki i cały pomocniczy personel. Pielęgniarstwo jest reprezentowane w Komitecie ds. Zakażeń Wewnątrzszpitalnych. Pielęgniarki znają wskaźnik zakażeń wewnątrz oddziału i sytuację epidemiologiczną wewnątrz szpitala, w którym pracują.	3x1	3			
Razem			23			

STANDARD III: WARUNKI HOTELOWE POBYTU SĄ DOBRE, POTRZEBY EGZYSTENCJALNE ZASPOKOJONE

16	Pokój pacjenta jest odpowiednio przestronny i umeblowany. Pacjent otrzymał pomoc w utrzymaniu temperatury ciała. Łazienka, w.c. są czyste.	3x1	3			
17	Łóżko jest wygodne i czyste. Szafka przyłóżkowa, parawan, zasłony, podłoga są czyste.	2x1	2			
18	Ciało pacjenta jest czyste. Bielizna osobista, pościel, ręczniki są czyste. Pacjent mężczyzna jest ogolony, kobieta – uczesana. Środki higieny osobistej, np. mydło, pasta do zębów, grzebień oraz pantofle w razie potrzeby są zapewnione przez oddział.	4x1	4			
19	Pacjent może korzystać z własnej odzieży, o ile nie ma wyraźnych przeciwwskazań.	1x1	1			
20	Pacjent ma zapewnioną wygodną i właściwą pozycję	2x1	2			

	oraz ciszę i spokój sprzyjający wypoczynkowi w ciągu dnia i nocy. Pacjent nie jest budzony rano do mycia, mierzenia temperatury i innych zabiegów.					
21	Pacjent leżący może regulować radio, tv, oświetlenie przy łóżku. Szafka i stolik przyłóżkowy oraz inne wyposażenie osobiste jest w zasięgu ręki chorego.	2x1	2			
22	Pacjentowi udzielono pomocy przy uruchomieniu bądź ograniczeniu ruchu. Pacjent może korzystać z laski, podpórki spacerowej, wózka. Zalecane ćwiczenia ruchowe są wykonywane odpowiednio często przez samego pacjenta. Ćwiczenia wykonywane z pomocą pielęgniarki.	4x1	4			
23	Pacjent otrzymuje posiłki wg zleconej diety, o właściwej temperaturze. Posiłki podawane o odpowiedniej porze. Naczynia, sztućce są estetyczne, czyste i należyście przechowywane.	3x1	3			
24	Pacjent jest pojanya i karmiony przez pielęgniarkę bez pośpiechu, w spokojnej atmosferze.	1x2	2			
25	Pacjent był zachęcany do przyjmowania bądź ograniczania płynów i pokarmów. Pacjent uzyskał pomoc w przypadku nudności i wymiotów.	2x1	2			
26	Odpowiednio są przechowywane: - prywatne, wartościowe rzeczy, - żywność pacjenta.	2x1	2			
27	Pacjent otrzymał basen/kaczkę zaraz po poproszeniu. Naczynie zostało odebrane bez ponownego prośnienia o zabranie. Wypróżnienia i oddawanie moczu jest odnotowane i regulowane.	3x1	3			
Razem			30			

STANDARD IV: PACJENT JEST POINFORMOWANY W STOPNIU ZGODNYM Z JEGO ŻYCZENIEM

28	Pacjent ma dostęp do informacji o rodzajach, zakresach, warunkach świadczonej opieki przez szpital. Pacjent poinformowany jest o wszystkich przysługujących mu prawach. Pacjent zapoznany jest z tokiem składania skarg i interwencji. Informator i pisemny zestaw jego praw jest dostępny.	4x1	4			
29	Pacjent został zapoznany z: - rozkładem pomieszczeń w oddziale, udogodnieniami dla chorych w oddziale, - zwyczajami, rozkładem dnia, z chorymi z tej samej sali.	2x1	2			
30	Pacjent zna osobę i nazwisko lekarza leczącego, pielęgniarki oddziałowej i pielęgniarki odpowiedzialnej za jego pielęgnację. W oddziale panuje zwyczaj przedstawiania się chorym, z podaniem funkcji.	2x1	2			
31	Pacjent w przystępny sposób jest zapoznany ze stanem zdrowia-choroby warunkującym zakres	3x1	3			

	pielęgowania. Otrzymuje na bieżąco informacje o wszystkim, co ma być przy nim wykonane i dlaczego. Ma zapewniony wgląd do dokumentacji pielęgnowania, domaga się jej uzupełniania, jeśli jest niekompletna lub skorygowania, jeśli jest niedokładna.					
32	Poufność uzyskanej informacji w czasie kontaktów pacjent–pielęgniarka i pozyskanej z innych źródeł jest zachowana.	1x3	3			
Razem			14			
STANDARD V: PODMIOTOWOŚĆ, GODNOŚĆ PACJENTA JEST RESPEKTOWANA						
33	Pielęgniarka po poinformowaniu o celach, przebiegu spodziewanych wynikach i konsekwencjach pyta pacjenta o zgodę na: - proponowane postępowanie leczniczo-pielęgniacyjne, - demonstrację dla celów dydaktycznych i obecność stażystów - wizyty osób nie związanych z pacjentem i nie biorących udziału w opiece, - udział w sondażach i badaniach naukowych.	4x1	4			
34	Pacjent bądź bliska osoba bierze udział w planowaniu pielęgnacji, współdecyduje o metodzie pielęgnowania, o czasie wykonania zabiegu, jeśli istnieją różne sposoby i możliwe są różne pory. Jest włączony w tok wizyty lekarskiej. Jest włączony w tok wizyty pielęgniarskiej.	3x1	3			
35	Pielęgniarka szanuje wartości moralne i kulturowe, wierzenia i przekonania pacjenta. Nie komentuje, nie ocenia. Potrzeby religijne są respektowane.	3x1	3			
36	Pielęgniarka: - zwraca się do pacjenta jego ulubionym zwrotem z kurtuazją i życzliwością, - słucha pacjenta uważnie, - zachęca do wyrażania myśli i odczuć związanych z jego zdrowiem-chorobą, zwłaszcza do mówienia o niepokoju, lęku, - rozmawia z chorym w czasie wykonywania czynności, - siedzi i rozmawia z chorym niezależnie od wykonywania zabiegów instrumentalnych, - pozdrawia pacjenta i jego bliskich wg zwyczaju panującego w oddziale.	6x1	6			
37	Intymność i godność osobista pacjenta jest szanowana. Pielęgniarka przeprowadziła wywiad z pacjentem w miejscu odosobnionym, w kulturalnej i dyskretnej atmosferze. Zabiegi wykonuje przy drzwiach zamkniętych, zaciągniętych zasłonach/parawanach, bez obecności osób postronnych.	3x1	3			
38	Pielęgniarka reaguje natychmiast na przywołujące sygnały świetlne bądź dźwiękowe, pacjent nie musi powtarzać prośby o usługę.	1x3	3			

39	Środki komunikowania się pacjenta ze środowiskiem zewnętrznym są zapewnione: - pacjent jest odwiedzany zgodnie z własnym życzeniem, - dostęp do telefonu umożliwiającego prywatność rozmów jest łatwy, - pacjent może korzystać ze szpitalnego księgozbioru, - pacjent może korzystać z codziennej prasy, kontakty korespondencji ma ułatwione.	4x1	4			
40	Pielęgniarka organizuje wolny czas pacjentowi: - współpracuje z wolontariuszami, - współpracuje z terapeutą zajęciowym.	2x1	2			
41	Pacjentowi okaleczonemu pielęgniarka pomaga zachować wygląd zewnętrzny zgodnie z jego życzeniem. Daje dowody, że nie jest odrzucony.	2x1	2			
42	Pacjent umierający nie cierpi fizycznego bólu. Nie jest osamotniony, pielęgnowanie jest kontynuowane. Pielęgniarka jest obecna, podtrzymuje kontakty aż do końca, dotyka, trzyma jego dłonie, powaga śmierci zachowana. Rodzinie okazano pomoc w łagodzeniu ich bólu.	3x2 1x1	7			
Razem			37			

STANDARD VI: PACJENT JEST PRZYGOTOWANY DO SAMOPIELĘGNACJI

43	Nauczanie pacjenta/bliskich osób zostało ujęte w palnie	1x2	2			
44	Pacjentowi (osobom bliskim) zapewniono informacje na temat: - usprawniania oddychania, - ilościowego i jakościowego zapotrzebowania organizmu, kaloryczności i sposobów przygotowania posiłków, bilansu płynów, - higieny osobistej, środków i sposobów regulowania wydalania, regulowania temperatury, ogrzewania i oziębiania ciała, - funkcjonowania układu płciowego, dojrzałości uczuciowej, moralnej, cielesnej, seksualnej, ludzkich wartości życia seksualnego, antykoncepcji, - aktywności ruchowej, snu, wypoczynku, sposobów utrzymywania sprawności fizycznej, - akceptacji samego siebie, emocjonalnej równowagi i pewności siebie, zaspokajania potrzeb psychicznych, uczestnictwa w życiu kulturalnym, - dojrzałości i wrażliwości społecznej; życia rodzinnego, towarzyskiego, społecznego, - zagrożeń biologiczno-środowiskowych, specyficznych czynników ryzyka.	8x1	8			
45	Pacjent/rodzina został nauczony samokontroli stanu zdrowia: mierzenie temperatury ciała, tętna, ciśnienia tętniczego, masy ciała. Pacjent orientuje się w wartościach przyjętych za normę.	2x1	2			
46	Pacjent jest zachęcany, przekonywany, motywowany do prowadzenia aktywnego stylu życia.	1x2	2			
47	Pacjent: - rozumie istotę swojej choroby, jej przyczyny, objawy,		10			

	<ul style="list-style-type: none"> - leczenie dietetyczne - chirurgiczne- rodzaj zabiegu i konsekwencje, - farmakologiczne nazwy, dawki i działania leków, - rehabilitacyjne, - oraz perspektywę zdrowia/ograniczeń. Pacjent: <ul style="list-style-type: none"> - umie wykonywać odpowiednie czynności pielęgnacyjno-leczniczo-rehabilitacyjne, - otrzymał pisemny zestaw zaleceń i opis wykonywania zabiegów w domu, - umie dostrzec zmiany w stanie zdrowia, wie jakich objawów nie może zbagatelizować, - wie gdzie zwrócić się po pomoc. 	6x1				
		4x1				
48	Pacjent umie eliminować czynniki szkodliwe w swoim stylu życia i środowisku związane z jego zdrowiem-chorobą.	1x1	1			
Razem			25			

STANDARD VII: ZABIEGI LECZNICZO-PIELĘGNACYJNE SĄ PROFESJONALNIE WYKONYWANE

49	Podstawowe i specyficzne dla danego pacjenta parametry stanu zdrowia-choroby są mierzone, obserwowane, zapisywane.	1x3	3			
50	Próbki materiału do badań zostały pobrane: <ul style="list-style-type: none"> - po przygotowaniu pacjenta, - w uzgodnionym dniu i godzinie, - właściwym sposobem. 	3x1	3			
51	Inne zabiegi diagnostyczne zostały wykonane: <ul style="list-style-type: none"> - po przygotowaniu pacjenta, - w terminie, - właściwą techniką. 	3x1	3			
52	Pacjent otrzymuje lekarstwa: <ul style="list-style-type: none"> - w odpowiedniej dawce, - dostatecznie często w celu wyeliminowania bólu. 	2x2	4			
53	Pielęgniarka zmienia(ła) pozycję, stosowała inne środki pomocy w celu złagodzenia bólu.	1x2	2			
54	Pielęgnacja: <ul style="list-style-type: none"> - skóry narażonej na ucisk, - rany, - odleżyn, - przetoki, jest zgodna z zasadami.	4x2	8			
55	Pacjent otrzymał przepisane lekarstwa: <ul style="list-style-type: none"> - we właściwej dawce, - o właściwej porze, - odpowiednią drogą i techniką, - przez uprawnione osoby, - stosowana jest zasada jednoosobowej odpowiedzialności za podany lek. 	5x1	5			
56	Dodawany tlen jest właściwie podawany (ilość, nawilżanie, umocowanie drenu/maski).	1x3	3			
57	Odprowadzenie moczu przez cewnik: <ul style="list-style-type: none"> - dreny i torebki aseptyczne, - ich umieszczenie ułatwia spływ, 	4x1	4			

	- drenaż zamknięty (ochrona przed kurzem), - toaleta krocza wykonywana.					
58	Zabiegi przeciwwzpalne wykonane: - punktualnie, - zgodnie z ustalonymi zasadami, - przez pracownika o wystarczających kwalifikacjach.	3x1	3			
59	Inne zabiegi lecznicze wykonane: - po przygotowaniu pacjenta, - w terminie, - właściwą techniką.	3x1	3			
60	Zabiegi rehabilitacyjne są wykonywane: - po przygotowaniu pacjenta, - odpowiednio często, - poprawną techniką.	3x1	3			
61	Niezależność pacjenta nie jest ograniczona niepotrzebnie przez zabiegi (np. igły, kroplówki, dreny, opatrunki, torebki) są dokładnie założone, pacjent może się poruszać/chodzić.	1x2	2			
Razem			46			
STANDARD VIII: ORGANIZOWANIE OPIEKI JEST SPRAWNE, OPIEKA UDOKUMENTOWANA						
62	Praktyka pielęgnowania w oddziale jest oparta na teorii. Oddział ma sformułowaną misję.	2x2	4			
63	Każdy pacjent ma przydzieloną pielęgniarkę odpowiedzialną za jego pielęgnację i pobyt w zakładzie, pacjent wie o tym i doświadcza jej roli.	1x3	3			
64	Stan pacjenta został rozpoznany przy przyjęciu: - pod względem fizycznym, - emocjonalno-psychicznym, - społecznym, - zebrane dane i wyniki wykonanych pomiarów są zapisane w dokumentacji.	4x1	4			
65	Pielęgnacyjne problemy pacjenta są rozpoznawane i rejestrowane w dokumentacji.	1x3	3			
66	Plan opieki (cele, działania, metody, zasoby, terminy, częstotliwość wykonywania czynności samodzielnie przez pacjenta i przez pielęgniarkę): - jest opracowany przez pielęgniarki, - jest opracowany wspólnie z pacjentem (rodziną), - jest aktualizowany. Pacjent przy wypisie otrzymuje wskazówki pielęgnacyjne do domu.	4x1	4			
67	Pacjent/rodzina jest włączony do sprawowania opieki. Realizacja opieki, reakcja na stosowaną terapię, postępy i wyniki są odnotowywane.	2x1	2			
68	Karty: gorączkowa, bilansu płynów, dodatkowe obserwacje dokładnie prowadzone. Raporty są starannie i dokładnie prowadzone.	2x1	2			
69	Pomiędzy każdą zmianą dyżuru: - odbywa się raport, - obchód pielęgniarki obsad obu zmian,	3x1	3			

	- organizowane są regularne konferencje w oddziale poświęcone jakości pielęgnowania.					
70	Wypis pacjenta jest wspólnie (razem z nim bądź rodziną) planowany. Odpowiednie osoby i instytucje powiadomione w celu zapewnienia ciągłości opieki.	2x1	2			
71	Pielęgniarka odpowiedzialna za pielęgnację pacjenta współpracuje z: - lekarzem leczącym, - rehabilitantem, - innymi fachowcami w zakresie opieki nad „swoim pacjentem”.	3x1	3			
Razem			30			

Źródło: Lenartowicz H.: Zarządzanie jakością w pielęgniarstwie. Materiały dydaktyczne specjalizacji organizacja i zarządzanie. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa, 1998

Załącznik 2.

Tabela 30. Kategoryzacja chorych według wyznaczników

Wyznacznik opieki	Kategoria I Opieka minimalna	Kategoria II Opieka umiarkowana	Kategoria III Opieka wzmożona	Kategoria IV Opieka intensywna
1. Poruszanie się	Pacjent chodzący	Pacjent większość czasu spędza w łóżku	Pacjent leżący nie opuszcza łóżka, może sam zmieniać pozycję	Pacjent leżący wymaga zmiany pozycji co 1 -2 godziny
2. Czynności higieniczne	Wykonuje samodzielnie	Wykonuje samodzielnie, lecz wymaga niewielkiej pomocy	Wymaga dostarczenia przyborów do wykonania toalety, także pomocy	Wymaga kompletnego mycia i pielęgnacji skóry
3. Odżywianie	Nie wymaga specjalnej diety ani pomocy w spożywaniu posiłków	Wymaga niewielkiej pomocy w spożywaniu posiłków	Wymaga karmienia lub pomocy drugiej osoby przy spożywaniu posiłków (przytrzymanie tacy, pokrojenie żywności, umycie sztućców)	Odżywiany przez zgłębnik lub parenteralnie
4. Wydalenie	Potrzebę wydalania zaspakaja sam	Wymaga pomocy w zaprowadzeniu do WC	Wymaga podania kaczki lub basenu	Ma założony cewnik lub zanieczyszcza się
5. Pomiar objawów życiowych	Podstawowe parametry (tętno, temperatura) mierzone 2x na dobę	Parametry (tętno, temperatura) mierzone 2x na dobę, ma mierzone ciśnienie krwi	Parametry (temperatura, tętno, ciśnienie krwi) mierzone częściej niż 2x na dobę	Ma prowadzoną kartę obserwacji, monitorowany, parametry kontrolowane co 1 godzinę
6. Leczenie	Otrzymuje leki doustne, podskórne, domięśniowe	Otrzymuje leki doustne, podskórne	Otrzymuje leki doustne, domięśniowe i dożylnie	Otrzymuje leki parenteralnie, ma podłączoną kroplówkę
7. Orientacja w sprawach zdrowia i opieka psychospołeczna	Ma dobrą orientację w sprawach zdrowia, nie wymaga oddziaływania psychicznego	Ma słabszą orientację w sprawach zdrowia, nie wymaga opieki psycho-społecznej ze strony personelu	Nie ma orientacji w sprawach zdrowia, wymaga wsparcia personelu i rodziny	Rodzina pacjenta wymaga edukacji i wsparcia psychicznego

Źródło: Ksykiewicz D.: Planowanie obsad pielęgniarskich w lecznictwie stacjonarnym. Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2001

Załącznik 3.

Tabela 31. Obliczenia - arkusz zbiorczy

Standardy i ich wartości w pkt.	I			II			III			IV			V			VI			VII			VIII		
	Tak	Nie	N.W.	Tak	Nie	N.W.	Tak	Nie	N.W.	Tak	Nie	N.W.	Tak	Nie	N.W.	Tak	Nie	N.W.	Tak	Nie	N.W.	Tak	Nie	N.W.
Pacjent 1	29	2	4	22	1	0	29	1	0	14	0	0	29	1	7	22	3	0	46	0	0	22	8	0
Pacjent 2	29	2	4	23	0	0	29	1	0	13	1	0	23	12	2	6	2	17	30	0	16	22	8	0
Pacjent 3	29	2	4	23	0	0	29	0	1	14	0	0	31	5	1	5	2	18	29	0	17	22	8	0
Pacjent 4	29	2	4	23	0	0	29	0	1	14	0	0	28	1	8	22	3	0	42	0	4	22	8	0
Pacjent 5	29	2	4	22	1	0	29	1	0	13	1	0	26	3	8	21	3	1	35	0	11	22	8	0
Pacjent 6	29	2	4	23	0	0	29	0	1	11	3	0	26	3	8	22	3	0	23	0	23	22	8	0
Pacjent 7	29	2	4	22	1	0	29	1	0	12	2	0	31	5	1	5	2	18	27	0	19	22	8	0
Pacjent 8	29	2	4	23	0	0	29	1	0	14	0	0	28	1	8	22	3	0	24	0	22	22	8	0
Pacjent 9	29	2	4	23	0	0	29	0	1	12	2	0	26	3	8	22	3	0	42	0	4	22	8	0
Pacjent 10	29	2	4	22	1	0	29	1	0	13	1	0	26	3	8	21	3	1	32	0	14	22	8	0
Pacjent 11	29	2	4	23	0	0	29	0	1	12	2	0	33	3	1	5	2	18	46	0	0	22	8	0
Pacjent 12	29	2	4	22	1	0	29	0	1	13	1	0	31	5	1	6	2	17	45	1	0	22	8	0
Pacjent 13	29	2	4	22	1	0	29	1	0	13	1	0	31	5	1	5	2	18	45	1	0	22	8	0
Pacjent 14	29	2	4	22	1	0	29	1	0	14	0	0	33	3	1	5	2	18	43	0	3	22	8	0
Pacjent 15	29	2	4	23	0	0	29	0	1	12	2	0	31	5	1	6	2	17	40	0	6	22	8	0
Pacjent 16	29	2	4	23	0	0	29	0	1	12	2	0	26	3	8	21	3	1	40	0	6	22	8	0
Pacjent 17	29	2	4	23	0	0	29	1	0	12	2	0	31	5	1	5	2	18	40	0	6	22	8	0
Pacjent 18	29	2	4	23	0	0	29	1	0	14	0	0	33	3	1	5	2	18	43	0	3	22	8	0
Pacjent 19	29	2	4	23	0	0	29	0	1	12	2	0	31	5	1	5	2	18	43	0	3	22	8	0
Pacjent 20	29	2	4	22	1	0	29	1	0	12	2	0	31	5	1	6	2	17	43	0	3	22	8	0
Pacjent 21	29	2	4	23	0	0	29	0	1	12	2	0	31	5	1	5	2	18	46	0	0	22	8	0
Pacjent 22	29	2	4	23	0	0	29	1	0	14	0	0	26	3	8	21	3	1	45	1	0	22	8	0
Pacjent 23	29	2	4	23	0	0	29	1	0	12	2	0	33	3	1	5	2	18	45	1	0	22	8	0
Pacjent 24	29	2	4	23	0	0	29	0	1	13	1	0	31	5	1	5	2	18	36	0	10	22	8	0
Pacjent 25	29	2	4	23	0	0	29	0	1	12	2	0	31	5	1	5	2	18	33	0	13	22	8	0
Pacjent 26	29	2	4	23	0	0	29	1	0	14	0	0	31	5	1	6	2	17	33	0	13	22	8	0
Pacjent 27	29	2	4	22	1	0	29	1	0	14	0	0	26	3	8	5	2	18	33	0	13	22	8	0
Pacjent 28	29	2	4	23	0	0	29	0	1	12	2	0	28	1	8	5	2	18	33	0	13	22	8	0
Pacjent 29	29	2	4	23	0	0	29	0	1	11	3	0	31	5	1	5	2	18	33	0	13	22	8	0
Pacjent 30	29	2	4	22	1	0	29	0	1	12	2	0	26	3	8	21	3	1	34	0	12	22	8	0
Pacjent 31	29	2	4	22	1	0	29	0	1	12	2	0	33	3	1	5	2	18	29	1	16	22	8	0
Pacjent 32	29	2	4	23	0	0	29	0	1	13	1	0	31	5	1	6	2	17	30	0	16	22	8	0
Pacjent 33	29	2	4	22	1	0	20	4	6	13	1	0	26	3	8	5	2	18	30	0	16	22	8	0
Pacjent 34	29	2	4	22	1	0	29	0	1	12	2	0	26	3	8	5	2	18	32	1	13	22	8	0
Pacjent 35	29	2	4	23	0	0	29	0	1	12	2	0	33	3	1	5	2	18	33	0	13	22	8	0
Pacjent 36	29	2	4	22	1	0	29	0	1	13	1	0	26	3	8	21	3	1	32	1	13	22	8	0
Pacjent 37	29	2	4	22	1	0	29	0	1	12	2	0	31	5	1	6	2	17	26	0	20	22	8	0
Pacjent 38	29	2	4	22	1	0	29	0	1	12	2	0	26	3	8	5	2	18	26	0	20	22	8	0
Pacjent 39	29	2	4	22	1	0	29	0	1	12	2	0	28	1	8	5	2	18	26	0	20	22	8	0
Pacjent 40	29	2	4	22	1	0	29	0	1	12	2	0	31	5	1	5	2	18	26	0	20	22	8	0
Pacjent 41	29	2	4	22	1	0	29	0	1	12	2	0	31	5	1	5	2	18	29	0	17	22	8	0
Pacjent 42	29	2	4	22	1	0	29	0	1	12	2	0	26	3	8	5	2	18	37	0	9	22	8	0
Pacjent 43	29	2	4	22	1	0	29	0	1	12	2	0	26	3	8	6	2	17	37	0	9	22	8	0
Pacjent 44	29	2	4	22	1	0	29	0	1	12	2	0	26	3	8	6	2	17	36	1	9	22	8	0
Razem	1276	88	176	990	22	0	1267	19	34	553	63	0	1279	165	184	410	99	591	1558	8	458	968	352	0
WARTOŚĆ KOMPONENTU	1540			1012			1320			616			1628			1100			2024			1320		
PIELĘGNACJA OCZEKIWANA	1364			1012			1286			616			1444			509			1566			1320		
PIELĘGNACJA REALIZOWANA	1276			990			1267			553			1279			410			1558			968		
NIEDOBÓR OPIEKI	88			22			19			63			165			99			8			352		

Źródło: opracowanie własne

Załącznik 4.

Tabela 32. Wybrane kategorie ICD-10

L.p.	Nazwa choroby	Symbol według ICD-10
1	Nowotwór złośliwy przełyku	C15
2	Nowotwór złośliwy żołądka	C16
3	Nowotwór złośliwy jelita grubego	C18
4	Nowotwór złośliwy odbytnicy	C20
5	Nowotwór złośliwy trzustki	C25
6	Nowotwór złośliwy krtani	C32
7	Nowotwór złośliwy oskrzela i płuca	C34
8	Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego	C61
9	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego	C67
10	Nowotwór złośliwy oka	C69
11	Nowotwór złośliwy mózgu	C71
12	Nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia	C80
13	Białaczka limfatyczna	C91

Źródło: Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja dziesiąta ICD-10 Kategorie 3-znakowe. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, 2000

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że praca licencjacka pod tytułem:

**Ocena jakości opieki pielęgniarskiej
w hospicjum stacjonarnym**

została wykonana całkowicie samodzielnie.

Gdańsk, dnia

.....