

Jerzy Krukowski¹, Katarzyna Kretowicz², Aleksandra Gaworska-Krzemińska²

¹Fundacja Palium, Chojnice

²Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie — Gdański Uniwersytet Medyczny

Ocena jakości opieki pielęgniarstwiej w hospicjum stacjonarnym

Valuation of nursing care quality at stationary hospice

STRESZCZENIE

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

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 pielęgniarstwiej w hospicjum ma wpływ na jakość życia pacjentów.

Cel pracy. Celem pracy była ocena jakości opieki pielęgniarstwiej w hospicjum stacjonarnym.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w Hospicjum Zwiastowania Najświętszej Maryi Panny w Chojnicach, które funkcjonuje od maja 2003 roku. Placówka ta obejmuje swym zasięgiem głównie populację powiatu chojnickiego i powiatów ościennych. Do badania wykorzystano metody analizy i krytyki piśmiennictwa oraz sondażu diagnostycznego. Zastosowane techniki badawcze to analiza dokumentacji, wywiad oraz obserwacja. Narzędziem zastosowanym do badań był arkusz oceny BOHIPSZO opracowany przez Helenę Lenartowicz, zmodyfikowany przez autorów opracowania.

Wyniki. Z przeprowadzonych badań wynika, że jakość opieki pielęgniarstwiej w poszczególnych obszarach kształtowała się na różnym poziomie, wahając się w zakresie 73,33–99,49%. Najwyższą jakość osiągnięto w zakresie realizacji zabiegów leczniczo-pielęgnacyjnych, najniższą — w obszarze organizowania i dokumentowania opieki pielęgniarstwiej.

Wnioski. Ocena jakości opieki pielęgniarstwiej to zbiór informacji niezbędnych do doskonalenia jakości opieki. Należy prowadzić dalsze badania w tym kierunku.

Problemy Pielęgniarstwa 2010; 18 (3): 299–303

Słowa kluczowe: jakość opieki, hospicjum, opieka paliatywna, pielęgniarka

ABSTRACT

Introduction. The one of the most important challenge of contemporary health care is the solicitude of services quality given by health care institutions. Nowadays of competitiveness on the market and fuss over the patient, whose demands level still grow, this defiance become indispensable element of management in all institutions who engaged in health.

Palliative care is a very special sphere of health care, because its aim is to secure the highest level of life quality for incurably ill people in the downhill of life. Nursing care quality at hospice has an influence on the patients' life quality.

Aim of the study. Aim of the assessment was valuation of nursing care quality at stationery hospice.

Material and methods. Researches were carried out at Hospice of Annunciation (Zwiastowania Najświętszej Maryi Panny) situated in Chojnice since 2003. This institution provides care mainly to the population of administrative district of Chojnice and neighbouring districts. Analysis methods, literature criticism and diagnostic sounding were used for the research. There was adoption of techniques of research like documentation analysis, interview and observation. Helena Lenartowicz's sheet of valuation called BOHIPSZO were modified by the authors and used as research instrument.

Results. Researches shows that the nursing care quality trends on the various level in several standards and fluctuates between 73.33% and 99.49%. The highest care quality has reached the standard called interventions of nursing and healing. The lowest care quality has reached the standard called organize and evidence of nursing care.

Conclusions. Valuation of nursing care quality is a collection of information indispensable to improve care quality. Continuation of the next research in this sphere will be useful.

Nursing Topics 2010; 18 (3): 299–303

Key words: quality care, hospice, palliative care, nurse

Adres do korespondencji: lic. Jerzy Krukowski, ul. Podlesie 17, 89–600 Chojnice, tel. 667 319 590, faks (52) 396 09 24, e-mail: jrkrkowsk@gmail.com

Wstęp

Pojęcie „jakości” istnieje od czasów starożytnych. Jej znaczenie ewoluowało na przestrzeni wieków. Od kontroli *post factum* do zaangażowania wszystkich pracowników firmy, na każdym jej szczeblu i współpracy na jej rzecz, we wszystkich obszarach działalności produkcyjnej i usługowej. W ochronie zdrowia jakość ma szczególnie wymiar ze względu na fakt, iż dotyczy zdrowia i życia ludzkiego.

Istotne znaczenie mają stale rosnące oczekiwania klientów i duża konkurencja, które wymuszają na organizacjach ciągłą pracę na rzecz jakości oferowanych usług — od czego może zależeć nawet istnienie niektórych placówek. W ochronie zdrowia dużą rolę w zarządzaniu jakością odgrywają pielęgniarki. Zmieniła się filozofia opieki — od koncentrowania się głównie na potrzebach biologicznych pacjenta do holistycznego podejścia do człowieka chorego. 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 rolę drugorzędną [1].

Wśród różnych grup pacjentów na szczególną uwagę zasługują nieuleczalnie chorzy, zwłaszcza w końcowej fazie życia. Ludzie ci nie mają już nadziei na wyleczenie swojej choroby, ale mają prawo do najlepszej i najbardziej troskliwej opieki do końca swoich dni. Nie można przy tym ograniczać opieki tylko do chorych, ponieważ nie da się pominąć bólu, żalu i osamotnienia, jakie towarzyszą rodzinom tych pacjentów — one również mają prawo do opieki na najwyższym poziomie. 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 [2, 3]. Aby zapewnić właściwą jakość usług, należy między innymi wykorzystywać odpowiednie narzędzia do jej bieżącej oceny [4, 5].

Hospicja stacjonarne w Polsce powstały w latach 90. XX wieku 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 200 hospicjów.

Cel pracy

Celem pracy jest ocena jakości opieki pielęgniarskiej w hospicjum stacjonarnym.

Material i metody

Badania przeprowadzono w Hospicjum Zwiastowania Najświętszej Maryi Panny w Chojnicach, które funk-

cjonuje od maja 2003 roku. Placówka ta obejmuje swym zasięgiem głównie populację powiatu chojnickiego i powiatów ościennych. Od początku swojego istnienia udziela świadczeń w ramach umowy podpisanej z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ). Badaniami objęto 44 chorych — byli to wszyscy hospitalizowani w okresie od 1 kwietnia do 31 maja 2008 roku.

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 12-godzinnym.

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

Otrzymano zgodę dyrekcji placówki na przeprowadzenie badań i poinformowano o nich pielęgniarki pracujące w hospicjum. Przed właściwymi badaniami przeprowadzono badania pilotażowe na kilkuosobowej grupie pacjentów, aby dostosować kryteria zawarte w standardowym arkuszu oceny.

Do badania wykorzystano metody analizy i krytyki piśmiennictwa oraz sondażu diagnostycznego.

Zastosowane techniki badawcze to analiza dokumentacji, wywiad oraz obserwacja. Narzędziem użytym do badań był arkusz oceny BOHIPSZO opracowany przez Helenę Lenartowicz, zmodyfikowany przez autorów opracowania (modyfikacja kryteriów polegała na dostosowaniu ich do standardów obowiązujących w opiece paliatywnej). Nazwa arkusza pochodzi od pierwszych liter określeń standardów uznanych przez autorkę za najważniejsze w pielęgnowaniu. Do standardów tych należą:

1. Bezpieczeństwo chorego;
2. Ochrona przed zakażeniami;
3. Hotelowe usługi wraz z zaspokojeniem potrzeb egzystencjalnych;
4. Informowanie;
5. Podmiotowość;
6. Samopielęgnacja;
7. Zabiegi leczniczo-pielęgnacyjne;
8. Organizowanie i dokumentowanie opieki pielęgniarskiej.

Autorka połączyła w tym narzędziu wszystkie te obszary, które według niej są mierzalne i powinny być oceniane. Wartości punktowe poszczególnych standardów przedstawiono w tabeli 1.

Niektóre z nich, jak na przykład warunki hotelowe czy prawidłowe funkcjonowanie instalacji elektrycznej i gazowej, nie zależą bezpośrednio od pielęgniarek, ale to właśnie pielęgniarki mają 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. Pomiarzy powinny być poprzedzone odpowiednim przy-

Tabela 1. Standardy BOHIPSZO**Table 1.** Global ratios of realizing care and the lack of care

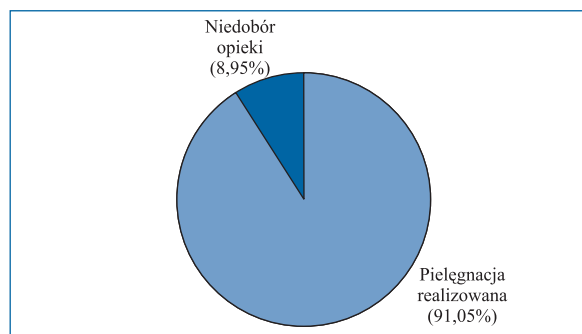
Standardy	Wartość punktów
1. Bezpieczeństwo chorego	35
2. Ochrona przed zakażeniami	23
3. Hotelowe usługi wraz z zaspokojeniem potrzeb egzystencjalnych	30
4. Informowanie	14
5. Podmiotowość	37
6. Samopielęgnacja	25
7. Zabiegi leczniczo-pielęgnacyjne	46
8. Organizowanie i dokumentowanie opieki pielęgniarskiej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

gotowaniem. Należy poinformować pielęgniarki o przeprowadzanej ocenie. Pacjentów należy dobierać metodą losową, spośród tych z ograniczoną sprawnością, którzy wymagają złożonych procedur. Doboru próby można dokonać poprzez zastosowanie metody klasyfikacji pacjentów według wyznaczników. Liczebność próby powinna się wahać w zakresie 15–20% populacji całkowitej [6].

Arkusze oceny składa się z 8 standardów. Każdemu z nich są przyporządkowane kryteria, w określonej liczbie. Każdemu kryterium przypisano liczbę punktów w zakresie 1–3. W każdym kryterium można udzielić odpowiedzi „tak” (w przypadku jego spełnienia), „nie” (w przypadku niespełnienia) oraz „nie jest wymagane” (gdy kryterium nie dotyczyło danego pacjenta).

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 liczbę ocenianych pacjentów;
 - od uzyskanego iloczynu odjęto sumę wartości punktowej tych elementów, których odpowiedź stanowiła opcję „nie jest wymagane”; otrzymano w ten sposób wartość pielęgnacji oczekiwanej;
 - od wartości pielęgnacji oczekiwanej odjęto sumę wartości niedoboru opieki (odpowiedzi „nie” ze wszystkich arkuszy wszystkich badanych pacjentów).
- W wyniku powyższych obliczeń można było otrzymać:
- liczbę równą liczbie pielęgnacji oczekiwanej — oznaczającą, że opieka jest zgodna z obowiązującymi standardami;
 - liczbę mniejszą od liczby pielęgnacji oczekiwanej — oznaczającą, że opieka jest świadczona na zbyt niskim, niewystarczającym poziomie.

**Rycina 1.** Globalne wskaźniki pielęgnacji realizowanej i niedoboru opieki**Figure 1.** Global ratios of realizing care and the lack of care

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 nieuzyskanej przez pacjentów — suma „tak” i suma „nie” — i uzyskany iloraz pomnożyć przez 100. Otrzymany w ten sposób wynik przedstawia poziom opieki świadczonej, wyrażonej w wartości procentowej.

W przypadku stwierdzenia niskiego poziomu opieki pielęgniarskiej należy ustalić, które jej obszary wymagają poprawy, oraz określić plan działania. Trzeba ocenić wprowadzone zmiany.

Wyniki

Badaniami objęto 44 pacjentów w terminalnej fazie choroby.

Rycina 1 przedstawia wartość procentową ogólnych wyników pielęgnacji realizowanej i niedoboru opieki.

Poziom wartości procentowej wskaźników pielęgnacji realizowanej oraz niedoboru opieki w poszczególnych standardach przedstawia rycina 2.

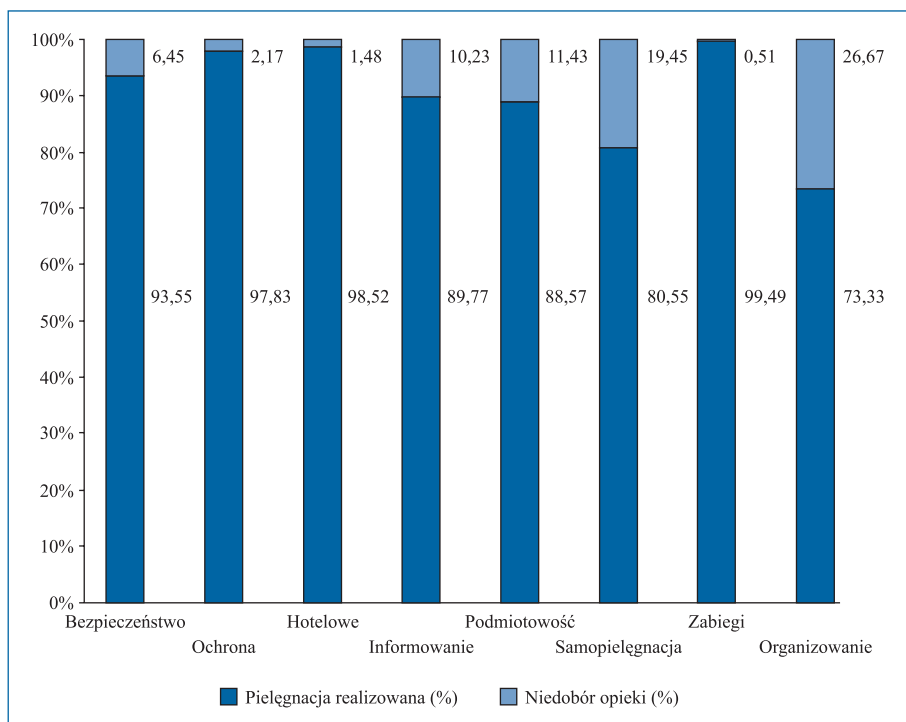
Rycina 3 przedstawia standardy BOHIPSZO ułożone według wartości procentowej uzyskanych wyników pielęgnacji realizowanej — od najwyższych do najniższych.

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

Dyskusja

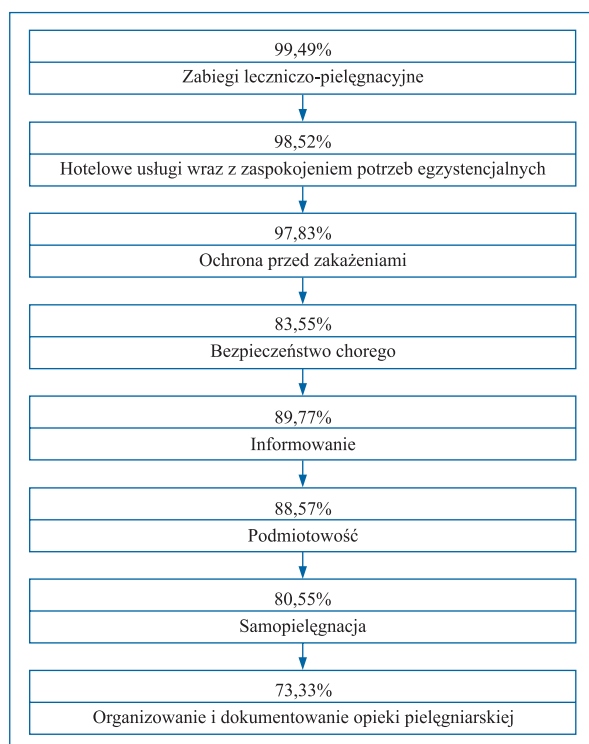
Celem opieki sprawowanej w hospicjach jest osiągnięcie najlepszej jakości życia przebywających w nich pacjentów. Opieka nad umierającym od zawsze była jednym z głównych aspektów pielęgniarstwa. Ocena jakości opieki pielęgniarskiej służy zdobywaniu informacji niezbędnych do doskonalenia jakości usług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

Badania nad jakością są trudne do przeprowadzenia, wymagają od badacza wysokiego stopnia świadomości



Rycina 2. Wskaźnik procentowy pielęgnacji realizowanej i niedoboru opieki

Figure 2. Percentage ratio of realizing care and the lack of care



Rycina 3. Kolejność standardów BOHIPSZO według uzyskanych wyników

Figure 3. Standards order of BOHIPSZO due to received results

i umiejętności refleksyjnego myślenia [7]. Corner uważa, że w badaniach nad jakością powinno się być twórczym i nie traktować jakości i ilości jako wartości przeciwnych, a właśnie — łączyć je [8]. Gaworska w swojej pracy podaje wartości wskaźnika pielęgnowania uzyskanego w 5 placówkach opiekujących się pacjentami w stanie terminalnym, w północnej części kraju. Wskaźniki te wahają się w w zakresie 74,70–97,06% [9].

Książek w swojej pracy przedstawiła ocenę jakości opieki pielęgniarskiej oferowanej chorym na raka płuc w okresie okołoperacyjnym w placówkach w Gdańsku i w Bydgoszczy. Ocena ta dotyczyła, między innymi, zakresu dokumentowania opieki pielęgniarskiej. W zakresie tym wskaźniki oceny ukształtowały się w granicach 68,9–70,2% [10].

Na podstawie uzyskanych wyników oceny jakości opieki pielęgniarskiej w hospicjum w Chojnicach obliczono globalny wskaźnik opieki pielęgnowania, który wyniósł 91,05%. Wartość procentowa standardu dotyczącego organizowania i dokumentowania opieki pielęgniarskiej w tym hospicjum wyniosła 73,33%. Jest to niestety często najniższy wskaźnik oceniany w wielu badaniach, nie tylko w Polsce. Znaczenie dobrej współpracy między członkami zespołu terapeutycznego podkreślano również w badaniach Kocha i Fairly’ego [11].

Wartość wyników uzyskanych w niniejszej pracy jest zbliżona do wyników uzyskanych w hospicjach badanych przez Gaworską.

Wyniki oceny jakości pielęgnowania uzyskane przez Książek są niższe od tych uzyskanych w badaniach własnych.

Wnioski

1. Bezpieczeństwo pacjenta zapewniono na poziomie 93,55%.
2. Pacjenci byli chronieni przed zakażeniami w 97,83%.
3. Warunki hotelowe i potrzeby egzystencjalne pacjentów były zapewnione na poziomie 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 respektowano na poziomie 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 na poziomie 99,49%.
8. Opieka pielęgniarska była zorganizowana i dokumentowana w 73,33%.

Piśmiennictwo

1. 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.
2. de Walden-Gałuszko K. Podstawy opieki paliatywnej. PZWL, Warszawa 2005.
3. de Walden-Gałuszko K., Kaptacz A. Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej. PZWL, Warszawa 2005.
4. Piątek A. Zarządzanie jakością. W: Ksykiewicz-Dorota A. Zarządzanie w pielęgniarstwie. Podręcznik dla studentów studiów magisterskich wydziałów pielęgniarstwa oraz wydziałów nauk o zdrowiu. Czelej, Lublin 2005.
5. de Walden-Gałuszko K., Majkiewicz M. Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce. AMG, Gdańsk 2000.
6. Lenartowicz H. Zarządzanie jakością w pielęgniarstwie. Materiały dydaktyczne specjalizacji organizacja i zarządzanie. CEM, Warszawa 1998.
7. Clark D. What is qualitative reasearch and what can it contribute to palliative care? *Palliative Medicine* 1997; 11: 159–166.
8. Corner J. Is there a reasearch paradigm for palliative care? *Palliative Medicine* 1996; 10: 201–208.
9. Gaworska A. Ocena związku pomiędzy satysfakcją zawodową, jakością usług pielęgniarskich a jakością życia chorych w stanie terminalnym. Rozprawa doktorska. AM, Gdańsk 2002.
10. Książek J. Ocena jakości życia chorych na raka płuca i jakości opieki medycznej w okresie okołoperacyjnym. Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych. AM, Gdańsk 2003.
11. Koch M., Fairly T. Integrated quality management: the key to improving nursing care quality. Mosby, St. Louis 1993.