

Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia

Modern Nursing and Health Care

Kwartalnik || Quarterly

2019, Vol. 8, Nr 3, 81-106

ISSN 2084-4212
eISSN 2450-839X

Spis treści/Content

PRACE ORYGINALNE || ORIGINAL PAPERS

Racjonowanie opieki pielęgniarstwa na Oddziale Hematologii i Onkologii Dziecięcej
Rationing of nursing care at the Department of Hematology and Pediatric Oncology
Ilona Baszkiewicz 83

Rola dokumentacji medycznej w opinii pracowników ochrony zdrowia
The role of medical documentation in opinion health care employees
Agnieszka Nowacka, Anna Przybył, Grażyna Dykowska 89

PRACE POGLĄDOWE || REVIEWS

Zespół słabości u pacjentów w podeszłym wieku
Frailty syndrome in the elderly
Izabela Wróblewska, Katarzyna Bilewicz 95

VARIA

Procedury uzyskania orzeczeń o niepełnosprawności w stopniu znacznym oraz niezdolności do samodzielnej egzystencji
Procedures for obtaining decisions of disability in a great degree and of inability to independent existence
Krzysztof Tuszyński, Andrzej Kierzek, Jacek Kotuła 99

Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia

Modern Nursing and Health Care

Kwartalnik, Organ Europejskiego Centrum Kształcenia Podyplomowego
Quarterly, The authority of the European Center for Postgraduate Education

Indexed in:
Bielefeld Academic Search Engine (BASE), Central European Journal of Social Sciences and Humanities (CEJSH), Index Copernicus International (ICI), International Academy of Nursing Editors (INANE), Journal Storage (JSTOR), Polish Medical Bibliography (PBL), Polish Scholarly Bibliography (PBN), Polish Scientific Journals Database (PSJD), Polish Scientific and Professional Electronic Journals (ARIANTA)

Komitet Naukowy || Scientific Committee

Komitet Naukowy || Scientific Committee:

Prof. dr hab. Jacek Gajek (Wrocław)
Prof. dr hab. Beata Karakiewicz (Szczecin)
Prof. dr hab. Andrzej Kierzek (Wrocław)
Prof. dr hab. Grzegorz Mazur (Wrocław)
Prof. dr hab. Bernard Panaszek (Wrocław)
Prof. dr hab. Tomasz Szydełko (Wrocław)
Prof. Sabina De Geest (Bazylea, Szwajcaria)
Prof. Daria Jarosova (Ostrawa, Czechy)
Dr hab. prof. nadzw. Ireneusz Całkosiński (Wrocław)
Dr hab. prof. nadzw. Andrzej Fal (Warszawa)
Dr hab. prof. nadzw. Dorota Zyśko (Wrocław)
Dr hab. n. med. Krystyna Górna (Poznań)
Dr hab. n. o zdr. Joanna Gotlib (Warszawa)
Dr hab. n. o zdr. Barbara Ślusarska (Lublin)
Dr hab. n. o zdr. Robert Ślusarz (Bydgoszcz)
Dr n. med. Jolanta Kolasińska (Wrocław)
Dr n. med. Dominik Krzyżanowski (Wrocław)
Dr n. med. Ewa Kuriata-Kościelniak (Wrocław)
Dr n. med. Katarzyna Łagoda (Białystok)
Dr n. med. Agnieszka Młynarska (Katowice)
Dr n. med. Ewa Molka (Tarnowskie Góry)
Dr n. med. Krzysztof Tuszyński (Poznań)
Dr n. med. Bartosz Uchmanowicz (Wrocław)
Dr n. społ. Irena Wolska-Zogata (Wrocław)
Dr Diane Carroll (Boston, USA)
Dr Lynne Hinterbuchner (Salzburg, Austria)
Dr Elena Gurkova (Bratysława, Słowacja)
Dr Eleni Kletsiou (Ateny, Grecja)
Dr Ekaterini Lambrinou (Nikozja, Cypr)
Dr Monica Parry (Toronto, Kanada)
Dr Renata Zelenikova (Praga, Czechy)
Dr n. o zdr. Robert Dymarek (Wrocław)
Dr n. o zdr. Stanisław Manulik (Wrocław)

Redakcja || Editors

Redaktor naczelny || Editor-in-Chief:

dr hab n. o zdr. prof. nadzw Izabella Uchmanowicz (Wrocław)

Z-ca redaktora naczelnego || Deputy editor-in-chief:

prof. dr hab. Joanna Rosińczuk (Wrocław)

Sekretarz Redakcji || Editorial Secretary:

dr n. med. Beata Jankowska-Polańska (Wrocław)

Redaktor językowy || Polish Language Editor:

Jan Kuźma, Wydawnictwo Continuo,
wydawnictwo@continuo.pl

Redaktor statystyczny || Statistical Editor:

dr inż. Tomasz Janiczek, tomasz.janiczek@pwr.wroc.pl

Redaktor języka angielskiego || English Language Editor:

Piotr Zienkiewicz, wydawnictwo@continuo.pl

Redaktorzy tematyczni || Subject Editors:

Pielęgniarstwo internistyczne || Internal medicine nursing:

dr hab n. o zdr. Izabella Uchmanowicz
izabella.uchmanowicz@umed.wroc.pl

Pielęgniarstwo neurologiczne i neurochirurgiczne || Neurology and neurosurgery nursing:

prof. dr hab. Joanna Rosińczuk
joanna.rosinczuk@umed.wroc.pl

Pielęgniarska opieka paliatywna, pielęgniarska opieka długoterminowa || Palliative and long-term care nursing:

dr n. med. Dominik Krzyżanowski
dominik.krzyzanowski@umed.wroc.pl

Pielęgniarstwo epidemiologiczne || Epidemiology in nursing:

dr n. med. Beata Jankowska-Polańska
beata.jankowska-polanska@umed.wroc.pl

Socjologia medycyny || Medical Sociology:

dr n. społ. Irena Wolska-Zogata, zogata@wp.pl

Pielęgniarstwo ginekologiczne i położnictwo ||

Gynecological and obstetrical nursing:

dr n. med. Monika Przestrzelska
monika.przestrzelska@umed.wroc.pl

Adres redakcji || Editorial Office

Adres redakcji || Editorial office:

ul. Piłsudskiego 13, 50-048 Wrocław
Tel.: 783-371-474; Fax: 71 750-30-67
e-mail: eckp@eckp.wroclaw.pl

Wydawca || Publisher:

Na zlecenie ECKP Wrocław || On behalf ECKP Wrocław

WYDAWNICTWO
Continuo

Wydawnictwo Continuo || Continuo Publishing House
ul. Lelewela 4 pok. 325, 53-505 Wrocław
Tel.: 71 791-20-30
e-mail: wydawnictwo@continuo.pl
www.continuo.pl

Prenumerata na rok 2019 || Subscription for 2019:

Cena rocznika dla Instytucji: 80 zł || Annual price for the
Institutions: 80 PLN

Cena rocznika dla odbiorców indywidualnych: 40 zł || Annual
price for individuals: 40 PLN

e-mail: zamowienia@continuo.pl, tel.: 71 791-20-30

Reklamy || Ads:

e-mail: zamowienia@continuo.pl, tel.: 71 791-20-30

Za treść reklam Redakcja nie ponosi odpowiedzialności ||
Editors are not responsible for advertisements content

© Copyright by Wydawnictwo Continuo

ISSN 2084-4212, eISSN 2450-839X

Nakład: 500 egzemplarzy || Print: 500 copies

Kwartalnik WPiOZ ukazuje się w wersji pierwotnej drukowanej oraz w wersji elektronicznej na stronie
www.wspolczesnepielęgniarstwo.pl

RACJONOWANIE OPIEKI PIELEŃNIARSKIEJ NA ODDZIALE HEMATOLOGII I ONKOLOGII DZIECIĘCEJ

Rationing of nursing care at the Department of Hematology and Pediatric Oncology

Ilona Baszkiewicz

Oddział Onkologii i Hematologii Dziecięcej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: ilona2702@o2.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Z racjonowaniem opieki pielęgniarskiej ma się do czynienia w sytuacji, kiedy liczba personelu na jednej zmianie jest niewystarczająca do zapewnienia odpowiedniego poziomu opieki wszystkim pacjentom. Wśród przyczyn występowania zjawiska upatruje się redukcję zatrudnienia, zwiększone zapotrzebowanie na opiekę ze względu na nowe technologie, nowe opcje leczenia, czy też wyższy poziom wiedzy pacjentów, co zwiększa nakłady czasu i pracy ponoszone przez pracowników opieki.

Cel pracy. Ocena stopnia racjonowania opieki pielęgniarskiej na oddziale hematologii i onkologii dziecięcej.

Materiał i metody. W celu oceny stopnia racjonowania opieki przez pielęgniarki pracujące na oddziale hematologii i onkologii dziecięcej posłużono się autorskim kwestionariuszem ankiety oraz standaryzowanym arkuszem BERNCA. Badania przeprowadzono w 2018 r. w grupie 99 pielęgniarek zatrudnionych w Klinice Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu.

Wyniki. Uzyskane dane poddano analizie statystycznej w programie *R Core Team (2018)*. *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. Porównanie wartości zmiennych ilościowych w dwóch grupach wykonano za pomocą testu *t*-Studenta (gdy zmienna miała w tych grupach rozkład normalny) lub testu Manna-Whitneya. Porównanie wartości zmiennych ilościowych w trzech i więcej grupach wykonano za pomocą analizy wariancji ANOVA (gdy zmienna miała w tych grupach rozkład normalny) lub testu Kruskala-Wallisa. Korelacje między zmiennymi ilościowymi analizowano za pomocą współczynnika korelacji Pearsona (gdy obie miały rozkład normalny) lub Spearmana (w przeciwnym przypadku). W analizie przyjęto poziom istotności 0,05. Uzyskane wyniki wskazują na duży stopień racjonowania opieki przez pielęgniarki na oddziale onkologii i hematologii dziecięcej.

Wnioski. Determinantami, które wpływają na racjonowanie opieki pielęgniarskiej na podstawie wyniku całego kwestionariusza BERNCA, był wiek pielęgniarek (im starsze, tym bardziej racjonują opiekę), dłuższy staż pracy oraz brak czasu na spożycie posiłku, wówczas również dochodzi do racjonowania.

Słowa kluczowe: racjonowanie opieki pielęgniarskiej, normy zatrudnienia, hematologia i onkologia dziecięca.

SUMMARY

Background. The rationing of nursing care is faced when the number of staff on one shift is insufficient to ensure an adequate level of care for all patients. The causes of this phenomenon include a reduction in employment, increased demand for care due to new technologies, new treatment options, or a higher level of knowledge among patients, which increases the time and labour input of care workers.

Objectives. Evaluation of the degree of rationing of nursing care in the department of paediatric haematology and oncology.

Material and methods. In order to assess the degree of rationing of care by nurses working in the department of paediatric haematology and oncology, a proprietary questionnaire and a standardized BERNCA sheet were used. The study was conducted in 2018 in a group of 99 nurses employed in the Department of Paediatric Transplantation, Oncology and Haematology of the University Clinical Hospital in Wrocław.

Results. The obtained data was analyzed statistically in the R Core Team program (2018). *R: A language and environment for statistical computing*. R: Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. Comparison of quantitative variables in two groups was performed using Student's *t*-test (when the variable had normal distribution in these groups) or Mann-Whitney's test. The values of quantitative variables in three or more groups were compared using ANOVA variance analysis (when the variable had normal distribution in these groups) or Kruskal-Wallis test. Correlations between quantitative variables were analysed using the Pearson correlation coefficient (when both had normal distribution) or Spearman correlation coefficient (when both had normal distribution). The results obtained indicate a high degree of rationing of care by nurses in the department of paediatric oncology and haematology.

Conclusions. The determinants that influence the rationing of nursing care based on the results of the whole BERNCA questionnaire were the age of nurses (the older they get, the more they are rationing care), longer service life and lack of time to eat.

Key words: rationing of nursing care, employment standards, paediatric haematology and oncology.

WSTĘP

Choroba nowotworowa dotyczy głównie osób dorosłych, dlatego też nowotwory wieku dziecięcego stanowią tylko 1% wszystkich zachorowań. W ciągu roku w Polsce rozpoznaje się

średnio 1200–1300 chorób nowotworowych u dzieci i młodzieży do 18. roku życia. Choroba nowotworowa stanowi drugą, pod względem częstości, przyczynę zgonów wśród dzieci powyżej 1. roku życia, zaraz po wypadkach, urazach i zatruciach. Problem

ten przekłada się na tworzenie istotnego wyzwania w medycynie wieku rozwojowego. Obecnie szacuje się, iż liczba wyleczeń mieści się w granicach od 70 do 80%, dzieje się tak nie tylko dlatego, że nowotwory wieku dziecięcego i młodzieńczego występują stosunkowo rzadko, ale także z każdym rokiem odnotowuje się systematyczną poprawę wyników terapii [1].

W Polsce najczęstsze nowotwory wieku dziecięcego to białaczki. Szacuje się, że stanowią one około 26% wszystkich chorób nowotworowych u dzieci. Najczęstszą jej postacią jest ostra białaczka limfoblastyczna (ALL) [2].

Pojęcie *racjonowania opieki* jest zjawiskiem dość nowym. Pierwszy raz pojawiło się w roku 2006 wprowadzone przez Beatrice J. Kalisch [3]. Można je rozpatrywać w każdej dziedzinie pielęgniarstwa. W tym przypadku odnosi się ono do błędów związanych z pominięciem całościowym lub częściowym poszczególnego aspektu opieki [3].

Kalisch w swoich badaniach przychyliła się do stanowiska, iż niewykonanie poszczególnych czynności w opiece pielęgniarskiej należy bardziej uznać za błąd wynikający z zaniedbania, a nie zapomnienie. Wynika to z faktu, iż w swojej codziennej pracy pielęgniarki mają świadomość, iż nie wykonują w pełni wszystkich obowiązków, ale jest to spowodowane obarczeniem nadmierną liczbą obowiązków. [3] Badania Kalisch [3] pozwoliły na wyodrębnienie siedmiu głównych powodów, przez które są pomijane czynności pielęgniarstwa. Należą do nich: zbyt mała liczba pracowników; czas przeznaczony na interwencje pielęgniarstwa; słabe wykorzystanie zasobów personelu; syndrom „to nie są moje obowiązki”; nieefektywny podział obowiązków; przyzwyczajenia; odmowa. Ponadto w badaniach zostały określone również obszary, w obrębie których są pomijane czynności pielęgniarstwa, zaliczamy do nich: aktywność pacjentów; zmiana pozycji pacjenta; karmienie; edukacja; plan wypisu; wsparcie emocjonalne; higiena; dokumentacja; obserwacja.

O racjonowaniu opieki pielęgniarskiej mówi się wtedy, kiedy dostępne zasoby nie są wystarczające, aby zapewnić właściwy poziom opieki każdemu pacjentowi. Przyczyn takiego zjawiska należy dopatrywać się w takich kategoriach, jak: redukcja zatrudnienia, nowoczesna technologia (która zwiększa zapotrzebowanie na opiekę), nowe terapie i cykle leczenia, zwiększający się poziom wiedzy pacjentów. Całościowo wymienionych aspektów przekłada się na zwiększenie nakładów czasu i pracy, które ponoszą pracownicy personelu pielęgniarskiego [3, 4].

Koncepcja racjonowania opieki według Schubert i współautorów [4, 5] zakłada, iż wszystkie działania pielęgniarstwa są równoważne, dzięki czemu umożliwia osiągnięcie nie tylko działań pożądaných, ale także oczekiwanych przez pacjentów. Zalicza się tu: działania rozpoznawcze, prewencję, rehabilitację, prowadzenie terapii, ale również wsparcie emocjonalne. Dokonana przez pielęgniarkę ocena kliniczna, jak i postawiona diagnoza pielęgniarstwa, mają bardzo duże znaczenie na racjonowanie opieki względem pacjenta [4, 5].

W 2015 r. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych w Polsce opracowała prognozę, która pokazuje liczbę zarejestrowanych oraz zatrudnionych pielęgniarek i położnych w latach 2016–2030. Wyniki prognoz nakreślają negatywną tendencję, która obrazuje zwiększającą się liczbę, zarówno pielęgniarek jak i położnych, które są zarejestrowane, ale posiadają już uprawnienia emerytalne. Dodatkowo zwiększył się średni wiek pielęgniarek i położnych, które są zatrudnione na stanowiskach pracowniczych w systemie ochrony zdrowia [6].

Obecnie minimalne normy zatrudnienia personelu pielęgniarskiego nie dają żadnej gwarancji realizacji przyjętych standardów postępowania, jak i spełnienia pożądanego poziomu jakości usług medycznych [7].

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono wśród pielęgniarek zatrudnionych w Klinice Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu

w 2018 r. W badaniu brało udział 99 ankietowanych w wieku od 24 do 60 lat, 93% stanowiły kobiety. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy, przeprowadzone badania odbyły się z użyciem ankiety socjodemograficznej własnego autorstwa oraz narzędzia BERNCA.

Kwestionariusz ankiety składał się z 26 pytań dotyczących danych socjodemograficznych badanych osób oraz informacji o miejscu zatrudnienia respondentów, tj.: liczba etatów, system pracy, liczba pacjentów pod opieką jednej pielęgniarki, przepracowanych godzin tygodniowo (w tym również godziny nocne), wykonywanie obowiązków za inny personel zatrudniony w placówce, częstość współpracy z osobami zatrudnionymi na umowę zlecenie, satysfakcję z wynagrodzenia, niezadowolenie związane ze świadomością niewypełnienia obowiązków, brakiem jasno określonych ról, realizacji zadań niejasnych wykraczających poza kompetencje, chęć przekwalifikowania się oraz liczba wypracowanych nadgodzin, odczucie przymuszania przez przełożonych do wypracowania nadgodzin oraz czas na zjedzenie posiłku w ciągu dyżuru.

Drugim narzędziem badawczym był kwestionariusz BERNCA, który pozwala na określenie poziomu racjonowania opieki pielęgniarskiej przez respondentów. W skład kwestionariusza wchodziły pytania dotyczące częstości występowania 32 sytuacji, w których zachodzi konieczność racjonalizacji opieki. Narzędzie zawiera 5 części, które dotyczą pacjentów i tyczą się ich: aktywności w ciągu dnia, wsparcia i opieki, edukacji i rehabilitacji, monitorowania bezpieczeństwa oraz dokumentacji. Kwestionariusz zawiera 5-stopniową skalę, gdzie 0 oznacza „nie było takiej potrzeby”; 1 – „nigdy”; 2 – „rzadko”; 3 – „czasami”; a 4 – „często”. Badani respondenci określali, jak często w ciągu ostatnich 7 dni byli w stanie wykonać wymienione w kwestionariuszu czynności. Im wyższą sumę punktów uzyskał respondent, tym wyższy wystąpił stopień racjonalizacji opieki [4].

GRUPA BADANA

W badaniu wzięło udział 99 respondentów. W tym 92 kobiety (92,9%) oraz 3 mężczyźni (3,0%). Najliczniejszą grupą biorącą udział w badaniu były osoby w przedziale wiekowym 45–50 lat oraz 55–60 lat, reprezentowało je po 19 osób (19,2%). Najmniej było ankietowanych w wieku 20–25 lat, tylko 7 osób (7,1%). W odniesieniu do stażu pracy 20 badanych (20,2%) pracuje w zawodzie od 20 do 25 lat. 7 pielęgniarek (7,1%) pracuje w zawodzie 10–15 lat. W badanej grupie 46 pielęgniarek (46,5%) miało ukończone w chwili badania studia licencjackie. Tylko 16 ankietowanych (16,2%) było po studium medycznym. Od 40 do 50 godzin w tygodniu wypracowuje 50 badanych pielęgniarek (50,5%). Tylko 1 osoba (1%) wypracowuje w tygodniu od 100 do 120 godzin. 88 ankietowanych osób (88,9%) uważa, że często brakuje pełnej obstawy grafikowej. Nadgodziny wypracowują 82 pielęgniarki (82,8%), 56 respondentów (56,6%) stwierdziło, że w trakcie dyżuru nie znajduje czasu na zjedzenie posiłku (tab. 1).

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy

Zmienne	n	%
Wiek		
20–25	7	7,1
25–30	10	10,1
30–35	9	9,1
35–40	12	12,1
40–45	14	14,1
45–50	19	19,2
50–55	9	9,1
55–60	19	19,2
Płeć		
Kobieta	92	92,9
Mężczyzna	3	3,0
Brak odpowiedzi	4	4,1

Zmienne	n	%
Staż pracy w zawodzie		
0-5	16	16,2
5-10	8	8,1
10-15	7	7,1
15-20	14	14,1
20-25	20	20,2
25-30	14	14,1
30-35	12	12,1
35-40	8	8,1
Poziom wykształcenia		
Liceum medyczne	17	17,2
Studium medyczne	16	16,2
Studia licencjackie	46	46,5
Studia magisterskie	20	20,2
Liczba godzin pracy w tygodniu		
30-40	15	15,2
40-50	50	50,5
50-60	10	10,1
60-70	9	9,1
70-80	10	10,1
80-90	1	1,0
90-100	2	2,0
100-110	0	0
110-120	1	1,0
Liczba godzin nocny przepracowanych zawodowo w ciągu tygodnia		
0-5	1	1,0
5-10	0	0
10-15	3	3,0
15-20	4	4,0
20-25	46	46,6
25-30	3	3,0
30-35	1	1,0
35-40	35	35,4
40-45	2	2,0
45-50	4	4,0
Częsty brak pełnej obstawy grafiku		
Tak	88	88,9
Nie	11	11,1
Dyżury nadgodzinowe		
Tak	82	82,8
Nie	17	17,2
Poczucie przymuszenia do brania dyżurów nadgodzinowych		
Tak	50	50,5
Nie	48	48,5
Brak odpowiedzi	1	1,0
Czas na zjedzenie posiłku podczas dyżuru		
Tak	41	41,4
Nie zawsze	1	1,0
Nie	56	56,6
Brak odpowiedzi	1	1,0
Wykonywanie czynności za inne osoby		
Lekarz	69	69,7
Salowa	86	86,9
Fizjoterapeuta	23	23,2
Sanitariusz	83	83,8

WYNIKI

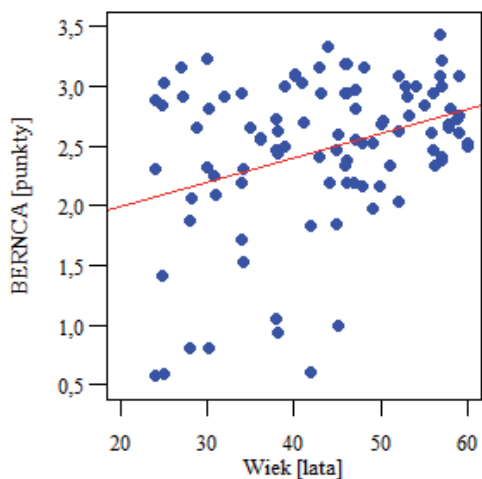
Średni łączny wynik BERNCA wynosił 2,47 punktu (SD = 0,64). Można więc stwierdzić, że częstość racjonowania opieki przez respondentów to między „czasami” a „rzadko”. Mediana wyno-

siła 2,62 punktu, a więc połowa ankietowanych uzyskała mniej, a połowa więcej niż 2,62 punktu. Pierwszy i trzeci kwartył wynosiły odpowiednio: 2,27 i 2,94, a więc typowy w analizowanej grupie wynik to między 2,27 a 2,94 punktu. W tabeli 2 przedstawiono rozkład odpowiedzi na poszczególne pytania kwestionariusza. Najczęściej racjonowane są (najwyższa średnia): rozmowa z pacjentem lub rodziną (pytanie 11), czynności związane z higieną zębów pacjenta (pytanie 5), czynności związane z higieną jamy ustnej pacjenta (pytanie 4), opracowanie planów opieki nad pacjentami (pytanie 31), kontrolowanie stanu pacjenta tak dokładnie jak było to potrzebne (pytanie 19).

Tabela 2. Tabela przedstawiająca najczęściej racjonowane czynności pielęgniarskie na podstawie odpowiedzi respondentów na poszczególne pytania

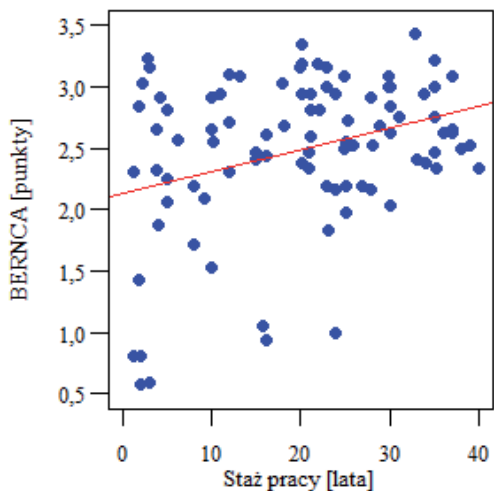
Pytanie	Nie było takiej potrzeby (0) (%)	Nigdy (1) (%)	Rzadko (2) (%)	Czasami (3) (%)	Często (4) (%)	Brak odpowiedzi (%)	Średnia (%)
1	23,23	7,07	18,18	39,39	11,11	1,01%	2,08
2	20,20	8,08	11,11	34,34	25,25	1,01	2,37
3	4,04	6,06	12,12	49,49	27,27	1,01	2,91
4	7,07	2,02	5,05	48,48	36,36	1,01	3,06
5	7,07	2,02	4,04	48,48	37,37	1,01	3,08
6	7,07	2,02	12,12	48,48	29,29	1,01	2,92
7	10,10	12,12	28,28	37,37	11,11	1,01	2,28
8	8,08	14,14	29,29	42,42	5,05	1,01	2,22
9	4,04	41,41	33,33	17,17	3,03	1,01	1,73
10	1,01	7,07	11,11	58,59	21,21	1,01	2,93
11	0,00	4,04	5,05	64,65	25,25	1,01	3,12
12	0,00	7,07	8,08	64,65	18,18	2,02	2,96
13	16,16	23,23	29,29	29,29	1,01	1,01	1,76
14	29,29	44,44	14,14	11,11	0,00	1,01	1,07
15	28,28	11,11	15,15	17,17	26,26	2,02	2,02
16	9,09	1,01	10,10	56,57	22,22	1,01	2,83
17	2,02	7,07	8,08	57,58	24,24	1,01	2,96
18	0,00	4,04	22,22	55,56	16,16	2,02	2,86
19	0,00	8,08	12,12	51,52	27,27	1,01	2,99
20	26,26	32,32	10,10	22,22	7,07	2,02	1,51
21	26,26	27,27	27,27	17,17	1,01	1,01	1,39
22	26,26	21,21	31,31	20,20	0,00	1,01	1,46
23	1,01%	7,07	18,18	69,70	3,03	1,01	2,67
24	0,00%	7,07	16,16	71,72	4,04	1,01	2,73
25	1,01%	8,08	11,11	72,73	6,06	1,01	2,76
26	2,02%	11,11	47,47	36,36	2,02	1,01	2,26
27	3,03%	10,10	54,55	29,29	1,01	2,02	2,15
28	2,02%	7,07	53,54	30,30	0,00	7,07	2,21
29	0,00%	9,09	5,05	61,62	22,22	2,02	2,99
30	2,02%	7,07	6,06	59,60	24,24	1,01	2,98
31	0,00%	7,07	8,08	58,59	25,25	1,01	3,03
32	0,00%	7,07	10,10	58,59	23,23	1,01	2,99

W wyniku przeprowadzonej analizy statystycznej wykazano, że istnieje zależność między wiekiem ankietowanych osób, a wynikami kwestionariusza BERNCA. Jest ona dodatnia, a więc im starsza jest badana osoba, tym częściej wprowadza racjonowanie opieki. Zależność tą zaprezentowano na rycinie 1.



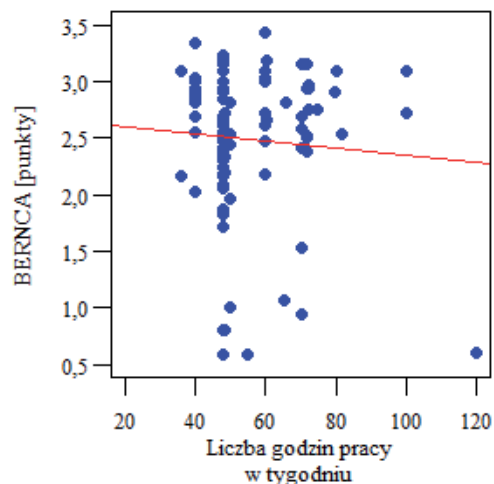
Rycina 1. Rozkład punktowy korelacji między wiekiem a racjonowaniem opieki pielęgniarskiej

Podobny wynik uzyskano w przypadku stażu pracy. W związku z tym im dłuższy staż pracy w pielęgniarstwie, tym częściej wprowadzane są zasady racjonowania opieki. Zależność ta ukazuje rycinie 2.

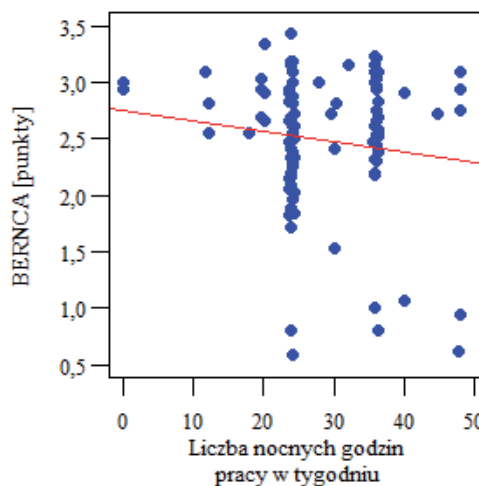


Rycina 2. Rozkład punktowy korelacji między stażem pracy a racjonowaniem opieki pielęgniarskiej

Nie odnotowano istotnych statystycznie zależności między wynikiem otrzymanym na skali BERNCA a liczbą godzin przepracowanych w trakcie tygodnia. Podobna zależność występuje w przypadku liczby przepracowywanych godzin nocnych. Wynik ten przedstawia rycina 3 oraz 4.

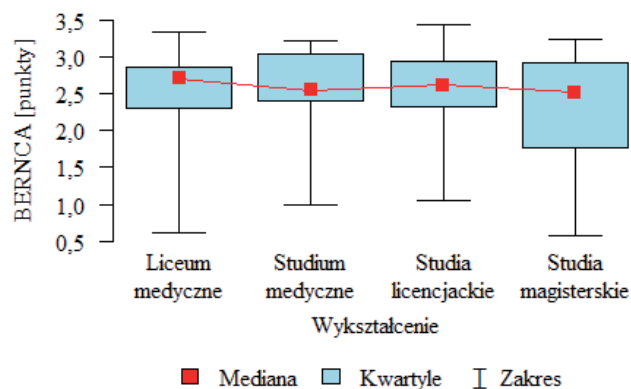


Rycina 3. Rozkład punktowy korelacji między liczbą przepracowanych godzin w tygodniu a racjonowaniem opieki pielęgniarskiej

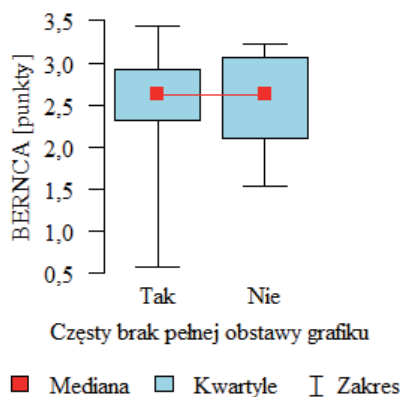


Rycina 4. Rozkład punktowy korelacji między liczbą przepracowanych godzin nocnych w tygodniu a racjonowaniem opieki pielęgniarskiej

Nie zaobserwowano także wpływu wykształcenia na wprowadzenie racjonowania opieki. Podobny wynik uzyskano w przypadku niepełnej obsady dyżuru. Wynik ten został przedstawiony na rycinie 5.



Rycina 5. Korelacja między wykształceniem a poziomem racjonowania opieki na podstawie kwestionariusza BERNCA z uwzględnieniem średniej i zakresu

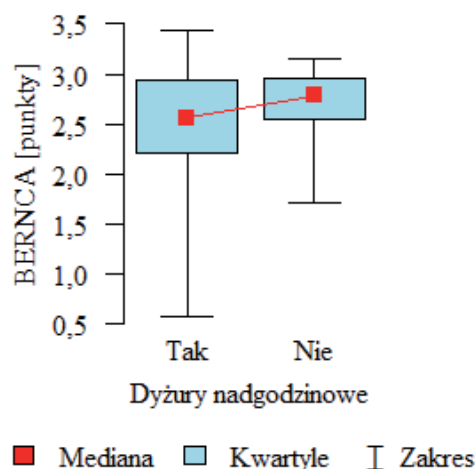


Rycina 6a. Korelacja między częstym brakiem obsady grafiku a poziomem racjonowania opieki na podstawie kwestionariusza BERNCA z uwzględnieniem średniej i zakresu

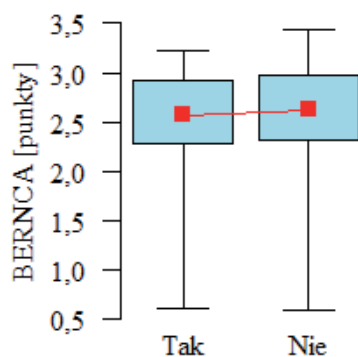
Przeprowadzone badania nie pokazały, aby wprowadzanie racjonowania opieki pielęgniarskiej wynikało z odbywania dyżurów nadgodzinowych, a także przymuszaniem do ich odbywania. Uzyskane dane zaprezentowano na rycinach 6a, 6b i 7.

Istnieje zależność między możliwością spożycia posiłku w czasie dyżuru a wprowadzeniem racjonowania opieki. U osób nie mających lub nie zawsze mających czas na zjedzenie posił-

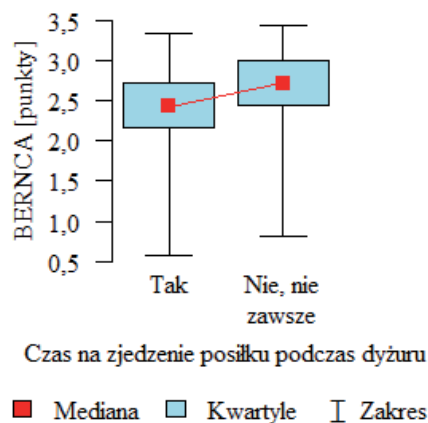
ku podczas dyżuru wynik BERNCA jest istotnie wyższy (a więc racjonowanie opieki częstsze) niż u osób mających na to czas. Dane te zaprezentowano na rycinie 8.



Rycina 6b. Korelacja między dyżurami nadgodzinnymi a poziomem racjonowania opieki na podstawie kwestionariusza BERNCA z uwzględnieniem średniej i zakresu

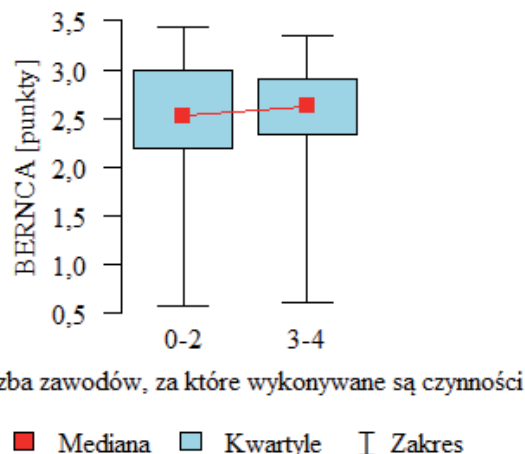


Rycina 7. Korelacja między poczuciem przymuszenia do brania dyżurów nadgodzinnowych a poziomem racjonowania opieki na podstawie kwestionariusza BERNCA z uwzględnieniem średniej i zakresu



Rycina 8. Korelacja między czasem na zjedzenie posiłku w ciągu dyżuru a poziomem racjonowania opieki na podstawie kwestionariusza BERNCA z uwzględnieniem średniej i zakresu

Nie wykazano wpływu wykonywania czynności za inny personel medyczny na ograniczenie opieki nad pacjentami. Dane te przedstawia rycina 9.



Rycina 9. Korelacja między czynnościami wykonującymi za inny personel medyczny a poziomem racjonowania opieki na podstawie kwestionariusza BERNCA z uwzględnieniem średniej i zakresu

OMÓWIENIE

Praca na oddziale hematologii i onkologii dziecięcej niesie ze sobą dużo stresu dla całego personelu sprawującego opiekę nad chorymi dziećmi. Wiąże się z koniecznością stałej dyspozycji fizycznej, ale także i emocjonalnej, która ma na celu wsparcie pacjenta i jego rodziców [7]. Pielęgniarka jako członek zespołu terapeutycznego spędza największą ilość czasu z pacjentem towarzysząc mu podczas procesu leczenia. Wielowymiarowość pracy polegająca na rozpoznawaniu stanu dziecka w aspekcie fizyczno-psychicznym i ciągła reakcja na wszelkie negatywne dysfunkcje w tym obszarze wiąże się z faktem, iż pielęgniarki onkologiczne znajdują się w grupie ryzyka wypalenia zawodowego [8].

Wielu badaczy uważa, że u osób, które sprawują opiekę nad chorymi osobami, często dochodzi do rozwoju zespołu przewlekłego zmęczenia. Jest to powodem nasilającego się spadku produktywności pracownika. W związku z tym coraz częściej odnotowywana została zwiększona absencja chorobowa personelu i zwiększenie rotacji personelu, co nie znalazło odzwierciedlenia w badaniach własnych [9].

Istotnym elementem wpływającym na obciążenie pracą pielęgniarek odcinkowych jest śmierć pacjenta. Długotrwały proces leczenia w onkologii sprzyja nawiązywaniu głębszych relacji między pacjentem a pielęgniarką, co ma istotny wydźwięk w doświadczaniu normalnej żałoby przez pielęgniarki po stracie pacjenta. Przeciężenie emocjonalne wpływa na występowanie zespołu przewlekłego zmęczenia i może wpływać na ograniczenie wykonywania przez nią służbowych obowiązków [10].

Ograniczenia finansowe dotykając sektor ochrony zdrowia przekładają się na niemożność zatrudniania dodatkowego personelu pielęgniarskiego. Ta sytuacja prowadzi do tego, że przeciążony obowiązkami personel podejmuje decyzję o ostatecznym odejściu z pracy. Brak wystarczającej liczby personelu może przekładać się na racjonowanie czynności pielęgniarskich, co nie znalazło odzwierciedlenia w pracy własnej [11].

Zgodnie z raportem CIOP-PIB system pracy zmianowej (charakterystyczny dla pracy pielęgniarek w polskich placówkach szpitalnych) jest najczęstszą przyczyną przewlekłego zmęczenia. Jest to stan, w którym za każdym razem musi pojawić się proces przystosowania w momencie zmian godzin pracy, np. ze zmiany nocnej na ranną i na odwrót. Stan przewlekłe występującego zmęczenia przyczynia się do mniejszej wydajności w pracy, a co jest z tym związane – ograniczeniem wykonywanych czynności, co nie znalazło odzwierciedlenia w badaniach własnych [12].

Badania przeprowadzone przez Chojnącką-Szwałowską potwierdzają, że wzrost poziomu zmęczenia obserwuje się w miarę starzenia się pracowników. Ta niekorzystna tendencja sprzyja zmniejszeniem wydajności pracy, a także ograniczaniem

wykonywanych czynności wchodzących w zakres obowiązków [13]. Tendencja ta uzyskała potwierdzenie także w analizie przeprowadzonej na potrzeby tej pracy.

W badaniach własnych do czynności podlegających racjonowaniu zalicza się: rozmowę z pacjentem, higienę zębów, higienę jamy ustnej, opracowanie planów opieki nad pacjentem oraz kontrolowanie stanu pacjenta tak dokładnie, jak było to potrzebne. Otrzymane wyniki nie odnajdują zależności w badaniach Zúñiga i wsp. [14], gdzie do czynności podlegających racjonalizacji pracy wśród osób badanych zaliczały się: zabiegi rehabilitacyjne oraz aktywizujące, wsparcie emocjonalne udzielane pacjentom, dokumentacja czynności pielęgniarskich, jak i zapoznanie się z dokumentacją przed rozpoczęciem dyżuru oraz oczekiwania na przyjscie przez pielęgniarkę ponad 5 minut [14]. Wyniki te różnią się od tych, które otrzymała Schubert i wsp. [15], gdzie nie znaleziono związku między zwiększeniem racjonowania opieki a liczbą pacjentów przypadających na pielęgniarkę [15–17]. W badaniach Schubert i wsp. wykazano, że racjonowanie opieki odnosiło się do takich dziedzin, jak wsparcie emocjonalne pacjenta lub jego rodziny, jak też opracowanie planów opieki, co jest punktem wspólnym dla badań własnych.

W badaniach własnych oraz przeprowadzonych na grupie niemieckich pielęgniarek wspólną cechą jest to, że racjonowaniu podlega czynność, jaką jest kontrola stanu pacjenta tak często jak to jest wymagane [16, 17].

W badaniach Henderson i wsp. wykazano, że racjonowaniu w pracy pielęgniarki podlegają następujące czynności: oczekiwanie na przyjscie pielęgniarki dłużej niż 5 minut licząc od momentu zasygnalizowania owej potrzeby, jak również realizacja zadań niezaplanowanych, których czas jest trudny do przewidzenia [18].

WNIOSKI

Determinantami, które wpływają na racjonowanie opieki pielęgniarskiej na podstawie wyników całego kwestionariusza BERNCA, był wiek pielęgniarek (im starsze, tym bardziej racjonują opiekę), dłuższy staż pracy oraz brak czasu na spożycie posiłku, wówczas również dochodzi do racjonowania.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorki.

Konflikt interesów: Autorka nie zgłasza konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

- Pietrzyk J. *Wybrane zagadnienia z pediatrii*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2005.
- Kalisch BJ, Xie B. Errors of mission: missed nursing care. *West J Nurs Res* 2014; 7: 875–890, doi: 10.1177/0193945914531859.
- Kalisch BJ. Missed nursing care: a qualitative study. *J Nurs Care Qual* 2006; 21(4): 306–313.
- Schubert M, Glass TR, Clarke SP, et al. Validation of the Basel extent of rationing of nursing care instrument. *Nurs Res* 2007; 56(6): 416–424, doi: 10.1097/01.NNR.0000299853.52429.62.
- Schubert M, Clarke SP, Aiken LH, et al. Associations between rationing of nursing care and inpatient mortality in Swiss hospitals. *Int J Qual Health Care* 2012; 24(3): 230–238, doi: 10.1093/intqhc/mzs009.
- Raport Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, *Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych*. Warszawa: Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych; 2017.
- Mickiewicz I, Krajewska-Kułak E, Muszyńska-Roslan K. Wybrane problemy związane z pracą na oddziałach onkologicznych i w hospicjach. *Piel Zdr Publ* 2011; 1(4): 343–352.
- Dangel T. *Opieka paliatywna w onkologii dziecięcej. Opieka paliatywna nad dziećmi*. Wyd. XIV. Warszawa; 2006.
- De Walden-Gałuszko K. *Stres pracy personelu medycznego*. W: de Walden-Gałuszko K, Red. *Psychoonkologia*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Polskie Towarzystwo Psychiatryczne; 2000.
- Bemben B. Śmierć pacjenta to dla pielęgniarki prawdziwy problem. *Mag Piel Położ* 2001; 11: 22–23.
- Basińska B, Wilczek-Rużyczka E. Zespół wypalenia zawodowego i zmęczenie w kontekście pracy zmianowej i stresu zawodowego wśród pielęgniarek chirurgicznych. *Prz Psychol* 2011; 54(1): 99–113.
- Biologiczne skutki pracy zmianowej (dok. elektr.). Dostępny na URL: <http://archiwum.ciop.pl/15707.html> [cyt. 01.11.19].
- Chojnacka-Szwałowska G. *Zmęczenie a zdrowie i choroba*. Kraków: Impuls; 2009.
- Zúñiga F, Ausserhofer D, Hamers JP, et al. The relationship of staffing and work environment with implicit rationing of nursing care in Swiss nursing homes – a cross-sectional study. *Int J Nurs Stud* 2015; 52(9): 1463–1474, doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.05.005.
- Schubert M, Clarke SP, Glass TR, et al. Identifying thresholds for relationships between impacts of rationing of nursing care and nurse- and patient-reported outcomes in Swiss hospitals: a correlational study. *Int J Nurs Stud* 2009; 46(7): 884–893, doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.10.008.
- Schubert M, Glass TR, Clarke SP, et al. Rationing of nursing care and its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the International Hospital Outcomes Study. *Int J Qual Health Care* 2008; 20(4): 227–237, doi: 10.1093/intqhc/mzn017.
- Henderson J, Willis E, Xia L, et al. Missed care in residential aged care in Australia: an exploratory study. *Collegian* 2017; 24(5): 411–416, doi: 10.1016/j.colegn.2016.09.001.

Adres do korespondencji:

Mgr Ilona Baszkiewicz
Oddział Onkologii i Hematologii Dziecięcej
Uniwersytecki Szpital Kliniczny
ul. Borowska 213
50-556 Wrocław
Tel.: 71 733 27 81
E-mail: ilona2702@o2.pl

Praca wpłynęła do redakcji: 15.08.2019 r.

Po recenzji: 20.08.2019 r.

Zaakceptowano do druku: 21.08.2019 r.

ROLA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ W OPINII PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA

The role of medical documentation in opinion health care employees

Agnieszka Nowacka¹, Anna Przybył¹, Grażyna Dykowska²

¹ Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

² Zakład Ekonomiki Zdrowia i Prawa Medycznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

adres do korespondencji: agnieszka.nowacka@wum.edu.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Dokumentacja medyczna stanowi integralną część wykonywanych świadczeń przez personel medyczny. Akty prawne bardzo dokładnie określają zasady prowadzenia dokumentacji medycznej oraz zakres informacji, jakie muszą być w niej zawarte.

Cel pracy. Ocena roli dokumentacji medycznej w opinii pracowników ochrony zdrowia.

Materiał i metody. Badanie z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego w okresie od stycznia do kwietnia 2019 r. w publicznych i niepublicznych placówkach ochrony zdrowia na terenie Warszawy. Badaniem objęto 246 osób z personelu medycznego: lekarzy, pielęgniarek oraz położnych, zatrudnionych w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej.

Wyniki. W publicznych zakładach opieki zdrowotnej dokumentacja medyczna prowadzona jest zarówno w formie papierowej, jak i elektronicznej w 85,3%. W niepublicznych placówkach dokumentacja w obu wersjach prowadzona jest w 77,4%. W 70% pracownicy publicznych placówek ochrony zdrowia zostali przeszkoleni, jak należy prowadzić elektroniczną dokumentację medyczną. 30% badanych nie przeszło takiego szkolenia. W przypadku placówki niepublicznej szkolenie przeprowadzono wśród mniejszej liczby pracowników (62,3%). Nie przeprowadzono szkolenia wśród 37,7% pracowników. Zdecydowana większość badanych zarówno w publicznych (85,9%), jak i niepublicznych (84,9%) zakładach uznała, że jednostka, w której pracują, dysponuje oprogramowaniem pozwalającym na prawidłową obsługę EDM. Innego zdania było 14,1% pracowników z publicznego i 15,1% z niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej. Najczęstszą formą dostępu do elektronicznej dokumentacji medycznej był login i hasło (lekarze – 85,4%, położne – 93,8%, pielęgniarki 80,9%). Nikt z ankietowanych nie wybrał odpowiedzi *brak autoryzacji*. Awaria systemu informatycznego to najczęstszy problem wśród pracowników publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej korzystających z elektronicznej dokumentacji medycznej (63,9%). Pozostałe 36,1% pracowników nie miało tego typu zdarzenia. Ponad połowa respondentów, tj. 55,2%, uważa, że wprowadzenie EDM ułatwiło pracę. Zdecydowanie tak odpowiedziało 31,8% ogółu badanych. Według 11,7% wprowadzenie EDM raczej nie usprawni pracy. Wprowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej zdecydowanie nie usprawni pracy 1,3% personelowi medycznemu. Zdecydowana większość personelu medycznego, tj. 85,6%, uważa wprowadzenie elektronicznej dokumentacji za bezpieczniejszą od dokumentacji papierowej. Raczej nie uważa 11,7% personelu, a 2,7% uważa, że zdecydowanie nie.

Wnioski. Stwierdzono, że publiczne i niepubliczne placówki opieki zdrowotnej są przygotowane do wprowadzenia Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (EDM). Istnieje zatem konieczność zwiększenia liczby szkoleń dotyczących posługiwania się EDM oraz zagadnień związanych z prawem medycznym wśród personelu medycznego publicznych i niepublicznych placówek opieki zdrowotnej. Główne wady Elektronicznej Dokumentacji Medycznej, które utrudniają pracę według personelu medycznego, to: konieczność ciągłego połączenia z Internetem, błędy systemowe wydłużające czas wypełniania dokumentacji. Stwierdzono zależność między wiekiem a trudnością obsługi systemu do EDM. Im starszy wiek personelu, tym trudność w obsłudze systemu była większa niż wśród personelu w wieku 18–25 lat. Za największą korzyść EDM personel uznał bezpieczeństwo oraz możliwość uzyskania pełnego odzwierciedlenia leczenia pacjenta i przejrzystość informacji.

Słowa kluczowe: dokumentacja medyczna, dokumentacja elektroniczna, prawo medyczne.

SUMMARY

Background. Medical documentation is an integral part of the services performed by medical personnel. Legal acts define very precisely the principles of keeping medical records and the scope of information that must be included in it.

Objectives. Assessment of the role of medical documentation in the opinion of healthcare professionals.

Material and methods. The study using the author's questionnaire was carried out using the diagnostic survey method in the period from January to April 2019 in public and non-public healthcare facilities in Warsaw. The study included 246 people from medical staff: doctors, nurses and midwives, employed in public and private health care facilities.

Results. In public health care facilities, medical documentation kept both in paper and electronic form in 85.3%. In non-public facilities, documentation in both versions is kept in 77.4%. In 70% employees of public health care facilities were trained how to maintain electronic medical records. 30% of respondents did not undergo such training. In the case of a private institution, the training was conducted among a smaller number of employees (62.3%). There was no training among 37.7% of employees. The vast majority of respondents in both public (85.9%) and non-public (84.9%) facilities found that the unit in which they work has software enabling proper EDM support. 14.1% of employees from public and 15.1% from non-public healthcare facilities were of a different opinion. The most common form of access to electronic medical records was a login and password (doctors – 85.4%, midwives – 93.8%, nurses – 80.9%). None of the respondents chose the "no authorization" answer. An IT system failure is the most common problem among employees of public and private healthcare facilities using electronic medical records (63.9%). The remaining 36.1% of employees did not have this type of event. Over half of the respondents, i.e. 55.2% of respondents, believe that the introduction of EDM has facilitated work. 31.8% of all respondents said so definitely. According to 11.7%, the introduction of EDM is unlikely to improve work. The introduction of electronic medical records will definitely not improve the work of 1.3% of medical staff. The vast majority of medical personnel, i.e. 85.6%, consider the introduction of electronic documentation to be safer than paper documentation. Rather, 11.7% of the staff do not think and 2.7% do not think so.

Conclusions. It was found that public and private health care facilities are prepared to introduce Electronic Medical Documentation. There is a need to increase the number of training sessions on the use of Electronic Medical Records and issues related to medical law among medical personnel in public and non-public healthcare facilities. The main disadvantages of Electronic Medical Records that hinder work according to medical staff are: the need for continuous internet connection, system errors that prolong the time it takes to complete the documentation. The relationship between age and difficulty of using the Electronic Medical Documentation system was found. The main disadvantages of Electronic Medical Records that hinder work according to medical staff are: the need for continuous internet connection, system errors that prolong the time it takes to complete the documentation. The relationship between age and difficulty of using the Electronic Medical Documentation system was found.

Key words: medical documentation, electronic documentation, medical law.

WSTĘP

Dokumentacja medyczna pełni wielopłaszczyznową funkcję i jest wykorzystywana przez różne podmioty lecznicze. Stanowi podstawowe źródło wiedzy o pacjencie, jego stanie zdrowia, wykonanych zabiegach oraz leczeniu. Może być cennym źródłem informacji dla badań naukowych. Tak szerokie spektrum zastosowania danych ujętych w dokumentacji powoduje konieczność stworzenia odpowiednich procedur oraz systemu, który umożliwiłby płynniejszy przepływ informacji na temat pacjenta między pracownikami ochrony zdrowia. Prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z prawem jest elementem istotnym, bowiem podlega ono kontroli wielu instytucji. Ułatwia również postawienie diagnozy i podjęcie właściwego leczenia. Ustawodawca narzuca wiele wymagań dotyczących dokumentacji medycznej pacjentów [1]. Od kilku lat w Polsce dokonują się przemiany dotyczące cyfryzacji systemu opieki zdrowotnej. Wprowadzenie do placówek ochrony zdrowia wyłącznie dokumentacji w formie elektronicznej budzi wiele kontrowersji. Również wśród personelu medycznego wprowadzenie tego rodzaju dokumentacji budzi obawy i sprawia pewne trudności. Dotyczą one głównie bezpieczeństwa danych medycznych, osobowych, jak również brak dostatecznych umiejętności związanych z obsługą systemu i komputera [2].

W Polsce obowiązującym podstawowym aktem prawnym regulującym kwestie dotyczące dokumentacji medycznej jest Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W rozdziale 7 tej ustawy opisane zostało prawo pacjenta do dokumentacji medycznej [3]. Przepis ten jest ściśle związany z prawem pacjenta do informacji. Ponieważ dokumentacja medyczna stanowi takie źródło informacji o pacjencie, to jego prawo do dokumentacji medycznej jest uszczegółowieniem prawa pacjenta do informacji. Art. 23/29 u.p.p. określają zasady prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej oraz ochrony danych zawartych w tej dokumentacji przez podmioty wykonujące działalność leczniczą. Art. 30 u.p.p. zobowiązuje Ministra właściwego do spraw zdrowia do określenia w drodze rozporządzenia rodzajów, zakresu, sposobu przetwarzania oraz jednolitych wzorów dokumentacji medycznej. Aktem wykonawczym powyższej ustawy jest Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania [4]. Na podstawie tych aktów prawnych możemy zdefiniować dokumentację medyczną jako zbiór dokumentów w każdej formie, zawartych na każdym nośniku informacji sporządzonych, przetwarzanych i przechowywanych przez podmioty oraz osoby wykonujące działalność leczniczą, potwierdzających:

- *informacje dotyczące stanu zdrowia pacjenta,*
- *wykonane u pacjenta procedury i działania medyczne oraz opiekuńcze,*
- *wyrażone zgody lub odmowy na wykonanie poszczególnych procedur medycznych oraz opis okoliczności podjęcia działań medycznych bez zgody pacjenta,*
- *oświadczenia pacjenta dotyczące upoważnienia osób trzecich do dostępu do dokumentacji i informacji o pacjencie oraz zawierających przynajmniej następujące elementy:*
 - *oznaczenie pacjenta, pozwalające na ustalenie jego tożsamości: nazwisko i imię (imiona), data urodzenia, płeć, adres zamieszkania, nr PESEL – jeżeli został wydany, w przypadku noworodka nr PESEL matki, osoby nie posiadające nr PESEL – należy podać rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość; w przypadku osób małoletnich, całkowicie ubezwłasnowolnionych lub niezdolnych do świadomego wyrażenia zgody w dokumentacji medycznej powinny znaleźć się nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz jego adres zamieszkania,*
 - *oznaczenie podmiotu oraz komórki organizacyjnej udzielającej pacjentowi świadczeń zdrowotnych,*
 - *opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń, datę sporządzenia” [4–6].*

CEL PRACY

Celem pracy była ocena roli dokumentacji medycznej w opinii pracowników ochrony zdrowia.

Dla osiągnięcia celu głównego postawiono następujące cele szczegółowe:

1. Czy wiek oraz staż pracy personelu medycznego ma wpływ na preferowaną formę prowadzenia dokumentacji medycznej?
2. Czy placówki ochrony zdrowia są przygotowane do wprowadzenia Elektronicznej Dokumentacji Medycznej?
3. Czy personel medyczny posiada wiedzę dotyczącą prowadzenia Elektronicznej Dokumentacji Medycznej?
4. Jakie największe wady i trudności w poszczególnych grupach zawodowych personelu medycznego wynikają z wprowadzenia Elektronicznej Dokumentacji Medycznej?
5. Jakie korzyści według lekarzy, położnych i pielęgniarek wynikają z wprowadzenia Elektronicznej Dokumentacji Medycznej?

MATERIAŁ I METODY

Badanie z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego w okresie od stycznia do kwietnia 2019 r. w publicznych i niepublicznych placówkach ochrony zdrowia na terenie Warszawy. Kwestionariusz ankiety składał się z dwóch części. Pierwsza zawierała 5 pytań i dotyczyła danych demograficzno-społecznych badanej grupy. Druga część zawierała 22 pytania i dotyczyła opinii personelu medycznego na temat roli dokumentacji medycznej.

Analizę statystyczną wykonano za pomocą programu Statistica 13.3 na licencji Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Użyte dane uporządkowano i przedstawiono w formie graficznej korzystając z programu Microsoft Excel 2016.

W badaniu wykorzystano test χ^2 Pearsona, który służy do oceny, czy zależności, które zostały zaobserwowane w konkretnej próbie, to efekt ogólnej słuszności, która panuje w całości populacji, czy jedynie przypadkowego wyniku. Jako poziom istotności statystycznej przyjęto $p < 0,05$.

WYNIKI

Charakterystyka grupy badanej

W badaniu wzięło udział 246 osób z personelu medycznego: lekarzy, pielęgniarek oraz położnych, zatrudnionych w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej. Uzyskano 246 kwestionariuszy ankiet. Ostatecznej analizie poddano 223 wypełnione ankiety – 170 (75,9%) ankiet pochodziło z publicznych zakładów opieki zdrowotnej, pozostałe 53 (23,7%) to ankiety z niepublicznych placówek ochrony zdrowia. 23 kwestionariusze zostały odrzucone z powodu niekompletnego wypełnienia przez respondentów. Na podstawie zebranych danych dokonano analizy wybranych cech demograficznych i społecznych. Wśród badanych największą grupę zawodową stanowiły pielęgniarki (42,2%). Położne stanowiły (36,3%), lekarze – 21,5% ogółu badanych. W związku z dużym rozproszeniem wieku badanych przyjęto następujące grupy wieku: 18–35 lat (25,5%), 36–45 lat (15,3%), 46–55 lat (32,7%), 56–65 lat (24,7%) oraz 65 i więcej lat. Średnia wieku ankietowanych wynosiła 46 lat. Największy odsetek stanowiły osoby pracujące w zawodzie powyżej 30 lat (32,7%). 10 lat pracy posiadało 25,1% badanych, między 21–30 lat (25,6%). Najmniej osób posiadało staż pracy w przedziale 11–20 lat (16,6%).

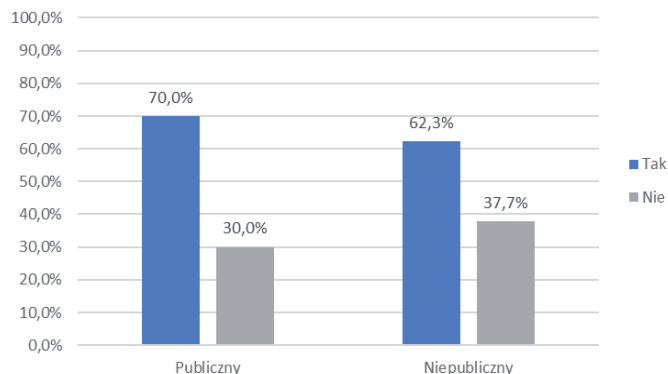
W przeprowadzonym badaniu w publicznych zakładach opieki zdrowotnej dokumentacja medyczna prowadzona jest zarówno w formie papierowej, jak i elektronicznej w 85,3%. W niepublicznych placówkach dokumentacja w obu wersjach prowadzona jest w 77,4% (tab. 1).

Tabela 1. Forma prowadzenia dokumentacji ($n = 223$)

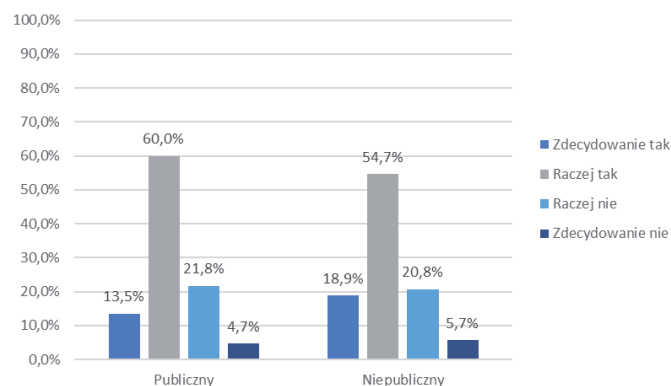
Rodzaj dokumentacji	Publiczna	Niepubliczna
Papierowa	7,6%	15,1%
Elektroniczna	7,1%	7,5%
Papierowa i elektroniczna	85,3%	77,4%

$p = 0,259491$.

W 70% pracownicy publicznych placówek ochrony zdrowia zostali przeszkoleni, jak należy prowadzić elektroniczną dokumentację medyczną. 30% badanych nie przeszło takiego szkolenia. W przypadku niepublicznej placówki szkolenie przeprowadzono wśród mniejszej liczby pracowników (62,3%). Nie przeprowadzono szkolenia wśród 37,7% pracowników (ryc. 1)

**Rycina 1.** Szkolenia dotyczące obowiązku wprowadzenia Elektronicznej Dokumentacji Medycznej ($n = 223$)

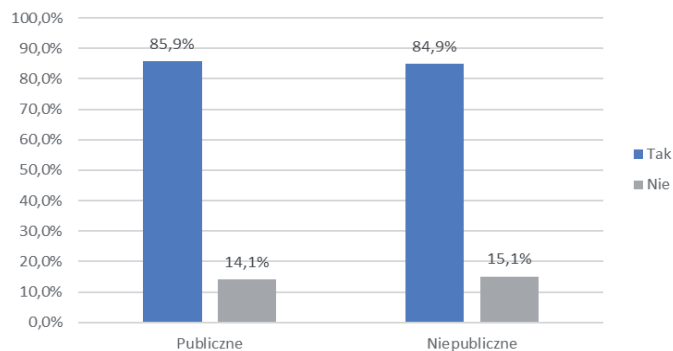
Wyniki dotyczące przygotowanie miejsca pracy do wprowadzenia EDM w placówkach publicznych i niepublicznych ochrony zdrowia są zbliżone. W przypadku publicznych placówek 13,5% personelu uważa, że ich jednostka jest zdecydowanie dobrze przygotowana do wprowadzenia EDM, w niepublicznych – 18,9%. Odpowiedź „raczej dobrze” zaznaczyło 60% osób zatrudnionych w publicznej placówce i 54,7% z niepublicznej, „raczej nie są przygotowane” w 21,8% odpowiedzieli pracownicy publicznej placówki, 20,8% – niepublicznej. Według respondentów zdecydowanie nie są przygotowane placówki do wprowadzenia EDM w przypadku 4,7% publicznej placówki oraz 5,7% – niepublicznej (ryc. 2).

**Rycina 2.** Przygotowanie placówek do wprowadzenia Elektronicznej Dokumentacji Medycznej ($n = 223$)

Zdecydowana większość badanych zarówno w publicznych (85,9%), jak i niepublicznych (84,9%) zakładach uznała, że jednostka, w której pracują, dysponuje oprogramowaniem pozwalającym na prawidłową obsługę EDM. Innego zdania było 14,1% pracowników z publicznego i 15,1% z niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej (ryc. 3)

W przypadku zapewnienia dostępu do komputera pracownikom korzystającym z elektronicznej dokumentacji medycznej wyniki są porównywalne w placówkach publicznych i niepu-

blicznych. Dostęp do komputera w każdym pomieszczeniu 40,1% – publiczne i 42,2% – niepubliczne (tab. 2).

**Rycina 3.** Oprogramowanie pozwalające na obsługę EDM ($n = 223$)**Tabela 2.** Zapewnienie pracownikom dostępu do komputera ($n = 223$)

Dostęp do komputera	Placówka	
	Publiczna	Niepubliczna
Tak, w każdym pomieszczeniu	40,1%	42,2%
Tak, w większości pomieszczeń	46,5%	37,8%
Tak, w mniejszości pomieszczeń	12,1%	17,8%
W żadnym pomieszczeniu	1,3%	2,2%

$p = 0,311256$.

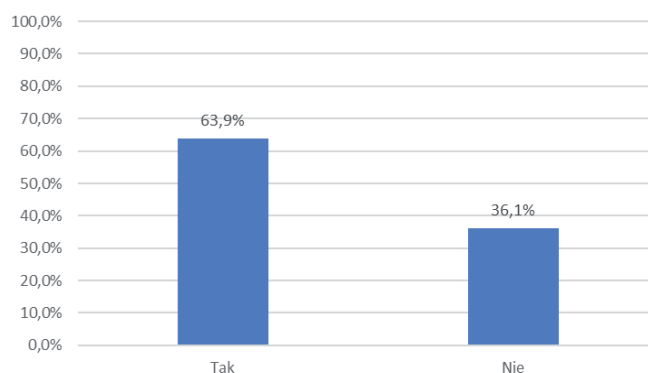
Najczęstszą formą dostępu do elektronicznej dokumentacji medycznej był login i hasło (lekarze – 85,4%, położne – 93,8%, pielęgniarki – 80,9%). Nikt z ankietowanych nie wybrał odpowiedzi „brak autoryzacji” (tab. 3).

Tabela 3. Stosowana metoda autoryzacji EDM ($n = 223$)

Metoda autoryzacji	Zawód		
	Lekarz	Położna	Pielęgniarka
Login i hasło	85,4%	93,8%	80,9%
Kwalifikowany podpis elektroniczny	14,6%	8,4%	11,7%
Podpis elektroniczny potwierdzony profilem zaufanym ePUAP	14,6%	1,2%	5,3%
Certyfikat ZUS	27,1%	2,5%	8,5%
Brak autoryzacji	0,0%	0,0%	0,0%

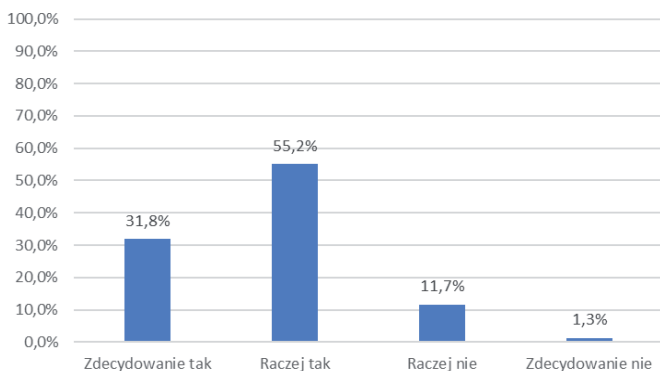
$p = 0,000127$.

Awaria systemu informatycznego to najczęstszy problem wśród pracowników publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej korzystających z elektronicznej dokumentacji medycznej (63,9%). Pozostałe 36,1% pracowników nie miało tego typu zdarzenia (ryc. 4).

**Rycina 4.** Awaria systemu informatycznego podczas pracy z elektroniczną dokumentacją ($n = 223$)

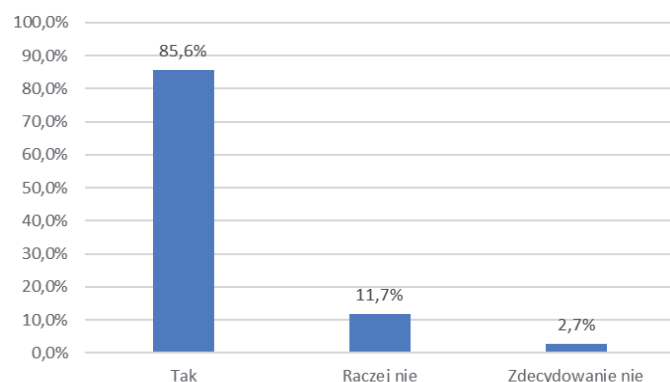
Ponad połowa respondentów, tj. 55,2%, uważa, że wprowadzenie EDM ułatwiło pracę. Zdecydowanie tak odpowiedziało

31,8% ogółu badanych. Według 11,7% wprowadzenie EDM raczej nie usprawni pracy. Wprowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej zdecydowanie nie usprawni pracy 1,3% personelowi medycznemu (ryc. 5).



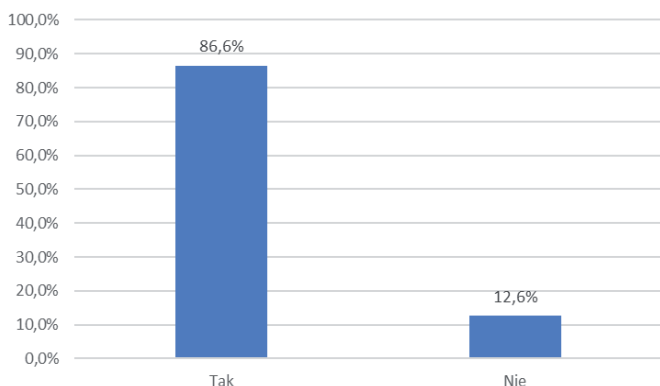
Rycina 5. Usprawnienie pracy przez wprowadzenie EDM ($n = 223$)

Zdecydowana większość personelu medycznego, tj. 85,6%, uważa wprowadzenie elektronicznej dokumentacji za bezpieczniejszą od dokumentacji papierowej. Raczej nie uważa 11,7% personelu, a 2,7% uważa, że zdecydowanie nie (ryc. 6).



Rycina 6. Bezpieczeństwo EDM niż dokumentacji papierowej ($n = 223$)

86,6% badanego personelu jest zgodna co do tego, że wprowadzenie EDM wyeliminuje trudności w odczytywaniu wpisów oraz nieprawidłowości, które pojawiały się w wersji papierowej dokumentacji medycznej. Pozostali respondenci – 12,6% mają odmienne zdanie (ryc. 7).



Rycina 7. Eliminacja trudności w odczytywaniu wpisów oraz nieprawidłowości przez wprowadzenie EDM ($n = 223$)

W przeprowadzonym badaniu stwierdzono, że badani w grupie wieku 55 i powyżej – 91,5% oraz 36–55 lat – 85,1% częściej jako wadę EDM uznają potrzebę ciągłego połączenia z Internetem. W grupie 18–35 lat odsetek ten stanowi 73,7%. Częściej od pozostałych grup wiekowych osoby w wieku 18–35 lat jako największą wadę EDM uważają błędy systemowe, które wydłużają i utrudniają pracę (79%). Największy odsetek osób mających trudności z obsługą komputera stanowią osoby mające 55

lat i więcej (56%), pozostałe grupy: 18–35 lat – 50,9%; 36–55 lat – 48,6%. Na trudność w udostępnianiu dokumentacji medycznej pacjentom najczęściej wskazywały osoby powyżej 55 lat (32,2%). W pozostałych grupach wieku odsetek procentowy był następujący: 18–35 lat – 40,4%; 36–55 lat – 48,6% (tab. 4).

Tabela 4. Wady i trudności w obsłudze EDM a wiek badanych ($n = 223$)

Wada	Wiek badanych					
	18–35 lat		36–55 lat		55 i powyżej lat	
	tak (%)	nie (%)	tak (%)	nie (%)	tak (%)	nie (%)
Dostęp osób trzecich do wrażliwych danych pacjentów	40,4	59,6	52,4	47,6	50,9	49,1
Błędy systemowe, które wydłużają czas wypełniania dokumentacji i utrudniają pracę	79,0	21,0	72,9	27,1	67,8	32,2
Potrzeba ciągłego połączenia z Internetem	73,7	26,3	85,1	14,9	91,5	8,5
Trudności w obsłudze komputera	50,9	49,1	48,6	51,4	56,0	44,0
Trudności w obsłudze systemu	57,9	42,1	53,3	46,7	54,2	45,8
Zakup dodatkowego sprzętu komputerowego	66,7	33,3	75,7	24,3	74,6	25,4
Zakup drogiego oprogramowania	75,4	24,6	74,8	25,2	83,0	18,0
Trudności w udostępnianiu dokumentacji medycznej pacjentom	40,4	59,6	48,6	51,4	32,2	67,8

$p = 0,087422$.

Uwzględniając wiek ankietowanych częściej powrotu do korzystania z papierowej dokumentacji medycznej chce personel w wieku 36–55 lat – 27,1% oraz w wieku 55 i więcej lat (23,7%), niż respondenci z najmłodszej grupy wieku 18–35 lat (14,0%) (tab. 5).

Tabela 5. Chęć powrotu do prowadzenia dokumentacji papierowej wśród personelu a wiek ($n = 223$)

Chęć powrotu do prowadzenia dokumentacji papierowej	Wiek badanych		
	18–35 lat	36–55 lat	56 i więcej lat
Zdecydowanie tak	1,7%	8,4%	3,4%
Raczej tak	12,3%	18,7%	20,3%
Raczej nie	40,4%	50,5%	50,8%
Zdecydowanie nie	45,6%	22,4%	25,5%

$p = 0,044257$.

Z analizy statystycznej zgromadzonego materiału wynika, że częściej powrotu do papierowej dokumentacji medycznej chciałyby osoby z 21–30-letnim doświadczeniem (29,8%) oraz osoby ze stażem 11–20 lat (24,3%) niż osoby posiadające staż pracy 10 lat (14,3%) (tab. 6).

Biorąc pod uwagę grupę zawodową, która wyraża chęć powrotu do papierowej dokumentacji medycznej to największą stanowią lekarze – 33,3%. Kolejną grupę, która chce powrotu do tradycyjnej formy dokumentacji stanowią pielęgniarki – „zdecydowanie tak” – 7,4% oraz „raczej tak” – 16%. Najmniejszą gru-

pę stanowią położne – 16% („zdecydowanie tak” – 1,2%, „raczej tak” – 14,8%) (tab. 7).

Tabela 6. Chęć powrotu do prowadzenia dokumentacji papierowej wśród personelu a staż pracy ($n = 223$)

Chęć powrotu do prowadzenia dokumentacji papierowej	Staż pracy			
	> 10 lat	11–20 lat	21–30 lat	Powyżej 30 lat
Tak	14,3%	24,3%	29,8%	23,3%
Raczej nie	39,3%	46,0%	50,9%	53,4%
Zdecydowanie nie	46,4%	29,7%	19,3%	23,3%

$p = 0,100249$.

Tabela 7. Chęć powrotu do prowadzenia dokumentacji papierowej a grupa zawodowa ($n = 223$)

Chęć powrotu do prowadzenia dokumentacji papierowej	Grupa zawodowa		
	Lekarz	Położna	Pielęgniarka
Zdecydowanie tak	8,3%	1,2%	7,4%
Raczej tak	25,0%	14,8%	16,0%
Raczej nie	39,6%	53,1%	47,9%
Zdecydowanie nie	27,1%	30,9%	28,7%

$p = 0,021211$.

DYSKUSJA

Obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej nakłada na podmioty lecznicze Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. Elektroniczna dokumentacja medyczna (EDM) to dokumenty wytworzone przez podmiot leczniczy w formie elektronicznej, umożliwiające uzyskanie od usługodawcy określonego rodzaju świadczenia opieki zdrowotnej i opatrzone odpowiednią metodą autoryzacji (kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany lub certyfikat ZUS).

Całość dokumentacji medycznej jest przechowywana na Elektronicznej Platformie Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych P1 [7]. Według III edycji badania stopnia informatyzacji podmiotów wykonujących działalność leczniczą przeprowadzonego w 2018 r. przez Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) nastąpił znaczny wzrost poziomu przygotowania jednostek do obowiązkowego wprowadzenia Elektronicznej Dokumentacji Medycznej. Pomimo tego jest jeszcze bardzo dużo do zdrobienia w tej kwestii [8, 9]. Od dnia 1 stycznia 2019 r. ustawodawca przewidywał obowiązkowe prowadzenie wymienionych poniżej dokumentów w formie elektronicznej: karta informacyjna leczenia szpitalnego, karta informacyjna dla lekarza kierującego świadczeniobiorcę do poradni specjalistycznej lub leczenia szpitalnego o rozpoznaniu, karta odmowy przyjęcia do szpitala zawierająca informacje o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, wynikach przeprowadzonych badań, udzielonych świadczeń zdrowotnych, przyczynie odmowy przyjęcia do szpitala oraz ewentualne dalsze zalecenia [10, 11].

Badanie własne pokazało, że zarówno publiczne (73,5%), jak i niepubliczne (73,6%) placówki ochrony zdrowia w większości są przygotowane do wprowadzenia Elektronicznej Dokumentacji Medycznej. Znaczna część placówek publicznych (85,9%) oraz niepublicznych (84,9%) posiada także oprogramowanie pozwalające na prawidłową obsługę EDM. W obu typach placówek prowadzone są oba rodzaje dokumentacji: papierowa i elektroniczna (publiczne – 85,3%, niepubliczne – 77,4%). Stosunkowo niewielki odsetek placówek stosuje tylko elektroniczną dokumentację medyczną (publiczne – 7,1%, niepubliczne – 7,5%). Odmienne wyniki uzyskało Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) w 2018 r. dotyczące stop-

nia informatyzacji podmiotów leczniczych w Polsce. Wykazano, że tylko 56,6% placówek ochrony zdrowia jest przygotowanych do wprowadzenia i prowadzenia EDM. Natomiast 66,3% szpitali oraz 58,6% POZ-ów posiada rozwiązana informatyczne pozwalające na prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej [11].

Awarie systemu informatycznego dla 63,9% ankietowanych pracowników to najczęstsza przeszkoda dotycząca prowadzenia EDM. W przypadku wystąpienia problemów z obsługą systemów informatycznych 70% personelu medycznego publicznych placówek może skorzystać z pomocy specjalistów ds. IT. Zaś w niepublicznych taką możliwość ma o ponad połowę mniej (45,3%).

Tej tezy nie potwierdzają badania CSIOZ dotyczących cyfryzacji podmiotów leczniczych, gdzie tylko w 35,4% podmiotów została wyodrębniona jednostka do spraw IT [11]. Odmienne wyniki otrzymano w badaniu przeprowadzonym w 2011 r. przez Ayatollahi i wsp. Grupę reprezentatywną stanowiło 62 ekspertów zatrudnionych w departamencie technologii informacji o zdrowiu oraz w Ministerstwie Zdrowia w Iranie. Ankietowani najczęściej wskazywali na techniczne bariery, takie jak: brak odpowiedniego sprzętu (68,8%), brak jednakowej terminologii i wzorów dokumentacji (65,7%), brak ogólnonarodowego systemu do prowadzenia EDM (62,5%), konieczność zakupu oprogramowania (53,2%). Kwestie finansowe jako barierę wskazało 65,6% badanych. Wdrożenie rozwiązań informatycznych w placówkach nie może jednak sprowadzać się tylko do kwestii technicznych. Ważnym (być może najważniejszym) elementem w powodzeniu przedsięwzięcia jest czynnik ludzki. Bez chęci współpracy ze strony personelu medycznego nawet przy najlepszych rozwiązaniach technicznych niemożliwe jest wprowadzenie e-dokumentacji [12]. Zdecydowana większość personelu medycznego placówek publicznych (70%) miała możliwość skorzystania z udział w szkoleniu dotyczącym posługiwania się elektroniczną dokumentacją medyczną. Personel niepublicznych placówek odbył takie szkolenia w 62,3%. Odmienne wyniki badań otrzymała Szymczyk w 2013 r. przeprowadzone w jednej z katowickich przychodni dotyczące korzystania z elektronicznej dokumentacji medycznej. Grupę reprezentatywną stanowili lekarze, pielęgniarki i rejestratorzy medyczne. Autorka stwierdziła, że 96,3% badanych potwierdziło udział w szkoleniu [13]. Przytoczone badania wskazują na potrzebę zwiększenia szkoleń dotyczących obsługi systemu, jak i prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej. Być może znaczna część nieprawidłowości dotyczących wypełniania, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej wynika po prostu z nieznamomości regulacji prawnych w tym zakresie. Zrozumiałe jest jednocześnie, iż głównym zadaniem osób wykonujących zawody medyczne jest sprawowanie opieki i leczenie pacjenta. Jednak dokumentacja medyczna stanowi istotny element procesu terapeutycznego [14].

Z badań własnych wynika, że personel medyczny jest pozytywnie nastawiony na wprowadzenie Elektronicznej Dokumentacji Medycznej. 88% ankietowanych uważa, że e-dokumentacja raczej lub zdecydowanie usprawni pracę personelu medycznego. Dla 85,6% EDM jest bezpieczniejsza od wersji papierowej. Według 86,6% EDM wyeliminuje trudności związane z odczytaniem wpisów. Prawie wszyscy ankietowani (95%) są za wprowadzeniem jednolitego systemu Elektronicznej Dokumentacji Medycznej.

Chęć powrotu do papierowej dokumentacji medycznej najczęściej wyrażają lekarze („zdecydowanie tak” – 8,3%, „raczej tak” – 25%) oraz pielęgniarki („zdecydowanie tak” – 7,4%, „raczej tak” – 16%). Najmniej położeń chce wrócić do dokumentacji prowadzonej w formie papierowej („zdecydowanie tak” – 1,2%, „raczej tak” – 14,8%). Badania autorów Szymczyk i Horoch potwierdzają wyniki uzyskane w niniejszej pracy [1].

Personel medyczny posługujący się e-dokumentacją w zdecydowanej większości (79,7%) nie chce powrotu do papierowej

postaci dokumentacji medycznej. Pozostałym osobom dokumentacja elektroniczna może sprawiać trudności w korzystaniu, dlatego wyrażają wole pozostania przy tradycyjnej formie. Zaś wśród personelu korzystającego wyłącznie z papierowej dokumentacji medycznej niewiele więcej niż połowa (52,4%) deklaruje chęć rezygnacji z tej formy prowadzenia dokumentacji. Wynikać to może z przyzwyczajenia, ale również z braku możliwości porównania obu rodzajów.

W podsumowaniu, w przedstawionej w pracy analizie można stwierdzić, że znaczna część podmiotów leczniczych biorących udział w badaniu jest dobrze przygotowane do wprowadzenia Elektronicznej Dokumentacji Medycznej. Większość jednostek posiada odpowiednie rozwiązania informatyczne oraz techniczne. Jednak istnieje potrzeba ciągłego dopracowywania i unowocześniania wprowadzonych rozwiązań technologicznych. Stosowane systemy muszą działać sprawnie i być bezpieczne. Powinny posiadać zabezpieczenia zgodne z obowiązującymi normami. Proces cyfryzacji polskiej ochrony zdrowia jest na początku długiej drogi. Wdrożenie e-dokumentacji jest dużym wyzwaniem dla szpitali, przychodni i personelu. Należy także więc dołożyć wszelkich starań w przeszkoleniu personelu medycznego w tym zakresie. Dzięki odpowiedniemu przygotowaniu praca z komputerami i systemami usprawni pracę personelowi i skróci czas poświęcony na wypełnianie dokumentacji, co jest jednym z założeń wprowadzenia Elektronicznej Dokumentacji Medycznej. Odpowiedzialność za przeszkolenie pracowników medycznych spoczywa na przełożonych, ale również sam personel powinien dążyć do uzupełniania swojej wiedzy i umiejętności. Ważne jest przedstawienie korzyści prowadzenia dokumentacji w formie elektronicznej, ale i zagrożeń [15].

WNIOSKI

W oparciu o przeprowadzone analizy statystyczne zgromadzonego materiału sformułowano następujące wnioski:

1. Stwierdzono, że publiczne i niepubliczne placówki opieki zdrowotnej są przygotowane do wprowadzenia Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (EDM).
2. Istnieje konieczność zwiększenia liczby szkoleń dotyczących posługiwania się EDM oraz zagadnień związanych z prawem medycznym wśród personelu medycznego publicznych i niepublicznych placówek opieki zdrowotnej.
3. Główne wady EDM, które utrudniają pracę według personelu medycznego, to: konieczność ciągłego połączenia z Internetem, błędy systemowe wydłużające czas wypełniania dokumentacji.
4. Stwierdzono zależność między wiekiem a trudnością obsługi systemu do EDM. Im starszy wiek personelu, tym trudność w obsłudze systemu była większa niż wśród personelu w wieku 18–25 lat.
5. Za największą korzyść EDM personel uznał bezpieczeństwo oraz możliwość uzyskania pełnego odzwierciedlenia leczenia pacjenta i przejrzystość informacji.
6. Według personelu medycznego wprowadzenie EDM w niewielkim stopniu zwiększy czas poświęcony pacjentowi, skróci procedury oraz kolejki do specjalistów i badań specjalistycznych.
7. Zdecydowana większość personelu medycznego nie zrezygnowałaby z prowadzenia dokumentacji elektronicznej na rzecz papierowej.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorek.
Konflikt interesów: Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

1. Szymczyk DM, Horoch A. Implementacja Elektronicznej Dokumentacji Medycznej. Część 3 – szkolenie personelu medycznego w zakresie technicznego i prawnego użytkowania danych sensorywnych. *Med Og Nauk Zdr* 2013; 19(3): 331–336.
2. Drozdowska U, red. *Dokumentacja medyczna*. Warszawa: CegeDim; 2011.
3. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn.: Dz.U. 2012 poz. 159 z późn. zm.).
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2015 poz. 2069).
5. Śliwka M, Urbaniak M. *Prowadzenie dokumentacji medycznej. Aspekty prawne oraz zarządcze*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska; 2018.
6. Ciemierz R, Gibiński M. *Dokumentacja medyczna w praktyce pielęgniarki i położnej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2016.
7. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. 2011 nr 113 poz. 657).
8. Obowiązek tworzenia elektronicznej dokumentacji medycznej od 1 stycznia 2019 r. Dostępny na URL: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/obowiazek-tworzenia-elektronicznej-dokumentacji-medycznej-od-1-stycznia-2019-r> [cyt. 07.05.2019].
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej (Dz.U. 2018 poz. 941).
10. Szymczyk DM, Horoch A. Implementacja Elektronicznej Dokumentacji Medycznej. Część 1 – wpływ na efektywność pracy personelu medycznego. *Med Og Nauk Zdr* 2013; 19(3): 331–336.
11. *Badanie stopnia informatyzacji podmiotów wykonujących działalność leczniczą*. Edycja III. Warszawa: Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia; 2018.
12. Ayatollahi H, Mirani N, Haghani H. Electronic health records: what are the most important barriers? *Perspect Health Inf Manag* 2014; 11(Fall): 1c.
13. Szymczyk D. Do pierwszego gwizdka. *Menedżer Zdrowia* 2013; 2: 54–55.
14. Zlabek JA, Wickus JW, Mathiason MA. Early cost and safety benefits of an inpatient electronic health record. *J Am Med Inform Assoc* 2011; 18(2): 169–172.
15. Manca DP. Do electronic medical records improve quality of care? Yes. *Can Fam Physician* 2015; 61(10): 846–847.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Agnieszka Nowacka
Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej
Wydział Nauki o Zdrowiu
Warszawski Uniwersytet Medyczny
ul. Litewska 14/16
00-575 Warszawa
Tel.: 604 754 789
E-mail: agnieszka.nowacka@wum.edu.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 10.08.2019 r.
Po recenzji: 20.08.2019 r.
Zaakceptowano do druku: 26.08.2019 r.

ZESPÓŁ SŁABOŚCI U PACJENTÓW W PODESZŁYM WIEKU

Frailty syndrome in the elderly

Izabela Wróblewska^{1, 2}, Katarzyna Bilewicz²

¹ Zakład Gerontologii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

² Wydział Przyrodniczo-Techniczny, Karkonoska Państwowa Szkoła Wyższa w Jeleniej Górze

adres do korespondencji: izabela.wroblewska@umed.wroc.pl

STRESZCZENIE

Zespół słabości (kruchości) związany jest z progresywnym zmniejszeniem rezerw fizjologicznych, a także zwiększoną podatnością na czynniki stresogenne i dotyczy osób w podeszłym wieku. Częstość jego występowania zwiększa się z wiekiem i dotyczy około 30% osób w 80. roku życia. Ze względu na brak jednolitej definicji występują poważne trudności w diagnozowaniu omawianego syndromu, który w znaczący sposób utrudnia codzienne funkcjonowanie seniorów. Pacjentom ze zdiagnozowanym zespołem słabości należy poświęcić szczególną uwagę, ponieważ występuje u nich zwiększone ryzyko niesprawności, które prowadzi do częstej hospitalizacji, objawia się gorszym rokowaniem po leczeniu operacyjnym oraz osłabioną reakcją organizmu na zastosowane leczenie i zwiększonym ryzykiem śmierci.

Słowa kluczowe: zespół słabości, osoby w podeszłym wieku, diagnostyka.

SUMMARY

Weakness syndrome (frailty syndrome) is associated with progressive reduction of physiological reserves and increased susceptibility to stressors. The frequency of its occurrence increases with age and concerns about 30% of people in 80 years of age. Due to the lack of a uniform definition, there are serious difficulties in diagnosing this syndrome, which significantly hampers the daily functioning of seniors. Patients with diagnosed with frailty syndrome should be given special attention as they have an increased risk of disability leading to frequent hospitalisations, worse prognosis after surgery and a weakened response to treatment and an increased risk of death.

Key words: weakness (frailty) syndrome, elderly people, diagnostics.

ZESPÓŁ SŁABOŚCI

Zespół słabości (ang. *frailty, frailty syndrome*) dotyczy osób w podeszłym wieku i jest związany z progresywnym zmniejszeniem rezerw fizjologicznych, a także zwiększoną podatnością na czynniki stresogenne. W polskiej literaturze określany jest mianem zespołu kruchości, wątłości lub wyczerpania rezerw [1]. W praktyce klinicznej ukazało się wiele definicji zespołu słabości, największym uznaniem cieszy się sformułowanie autorstwa Lindy P. Fried, które określa ten zespół jako „syndrom fizjologiczny, charakteryzujący się zmniejszeniem rezerw i odporności na czynniki stresogenne, wynikający ze skumulowania się obniżonej wydolności różnych systemów/układów fizjologicznych, co w konsekwencji prowadzi do podatności na wystąpienie niekorzystnych następstw” [2].

Zespołu kruchości nie można utożsamiać z niepełnosprawnością czy wielochorobowością, ponieważ choroby prowadzą do uszkodzenia narządów i co jest z tym związane – dysfunkcją całych układów, natomiast omawiany zespół prowadzi do utajonego osłabienia systemów fizjologicznych. Pacjentom ze zdiagnozowanym zespołem słabości należy poświęcić szczególną uwagę, ponieważ występuje u nich zwiększone ryzyko niesprawności, które skutkuje częstszą hospitalizacją, gorszym rokowaniem po leczeniu operacyjnym, osłabioną reakcją organizmu na zastosowane leczenie oraz zwiększonym ryzykiem śmierci. Wiele objawów zespołu kruchości jest możliwe do zniwelowania dzięki przeprowadzeniu wczesnej diagnostyki chorego oraz wdrożeniu odpowiednich działań medycznych, których celem jest poprawa jakości życia pacjentów w wieku geriatrycznym [3].

Zespół słabości dzieli się na trzy fazy:

- pierwsza – wczesna: moment rozpoznania zespołu wątłości u pacjenta;
- druga – średnio zaawansowana: w jej przebiegu u chorego występuje ograniczenie sprawności, co wiąże się z pogor-

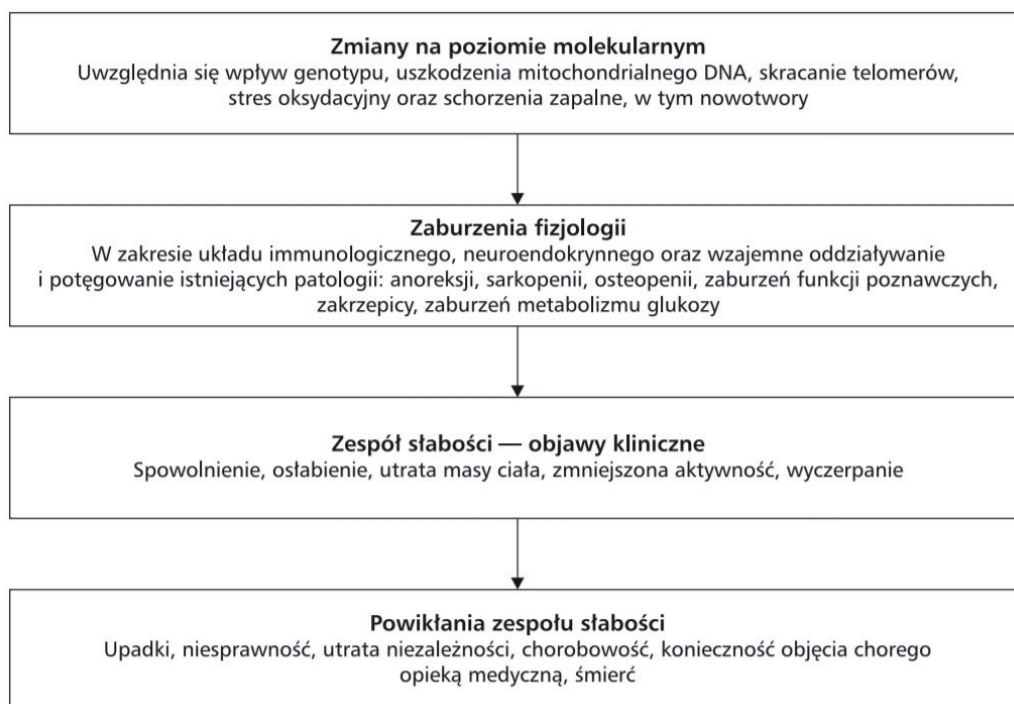
szaniem jakości życia, wyższym ryzykiem upadków oraz nasiloną zależnością od innych;

- trzecia – późna, gdzie obecne jest postępujące ograniczenie sprawności pacjenta oraz nasila się korzystanie z usług opiekuńczych. W przebiegu tej fazy chory walczy z ciężką chorobą, która zagraża jego życiu, występuje duże ryzyko zgonu [4].

Dotychczas nie została w pełni zidentyfikowana pierwotna etiologia omawianego zespołu. Bazując na wynikach przeprowadzonych badań naukowych zwrócono uwagę na charakterystyczne objawy:

- zaburzenia hormonalne i neurohormonalne: występuje zmniejszenie stężenia hormonów płciowych (testosteronu i estrogenu), insulinopodobnego czynnika wzrostu, hormonu wzrostu, obecne są zaburzenia wydzielania kortykosteroidów oraz zwiększona podatność na infekcje;
- podwyższone parametry procesu zapalnego: białka C-reaktywnego, czynnika VII, fibrynogenu, cytokin, czynnika martwicy nowotworu alfa;
- zaburzenia krzepnięcia;
- niedobory witaminowe, przede wszystkim witaminy D;
- zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego: sarkopenia i osteopenia, które prowadzą do zaniku masy mięśniowej i obniżonej gęstości kości, co skutkuje zmniejszeniem siły mięśniowej oraz obniżoną tolerancją wysiłku;
- zaburzenia metaboliczne oraz zaburzenia odżywiania: otyłość i niedożywienie;
- występowanie chorób przewlekłych: liczne choroby układu krążenia, cukrzyca, zaburzenia gospodarki lipidowej, zakrzepica żylna, choroba Parkinsona, udar mózgu, choroba Alzheimera;
- siedzący tryb życia;
- pogorszenie funkcji poznawczych;
- duża podatność na czynniki stresogenne [5].

Rozwój zespołu pokazuje rycina 1.



Rycina 1. Rozwój zespołu słabości (wg [6])

Terapia tego zespołu klinicznego polega na uzupełnianiu niedoborów występujących u pacjenta (suplementacja: witaminy D, hormonów płciowych oraz hormonów wzrostu, dzięki którym dochodzi do redukcji tkanki tłuszczowej z jednoczesnym zwiększeniem masy mięśniowej) oraz wdrażaniu profilaktyki i zapobieganiu skutkom oraz powikłaniom zespołu słabości [5]. Warto zauważyć, że odpowiednio wdrożone postępowanie profilaktyczne może zapobiec wystąpieniu zespołu kruchości, a w przypadku jego rozpoznania w pierwszej fazie możliwa jest jego odwracalność. Do podstawowych zadań profilaktycznych należą między innymi:

- ustalenie prawidłowej diety pokrywającej zapotrzebowanie kaloryczne pacjenta, zawierającej jednocześnie dużą ilość białka, witamin, minerałów;
- unikanie stosowania u chorego zbyt wielu leków jednocześnie;
- ocena funkcji poznawczych pacjenta;
- aktywność fizyczna (uruchamianie chorego oraz regularne wykonywanie ćwiczeń fizycznych – oporowych, dzięki którym zwiększy się siła mięśniowa i wydajność fizyczna);
- przewidywanie sytuacji stresogennych;
- zapobieganie infekcjom;
- zapewnienie pacjentowi wsparcia psychologicznego lub środowiskowego;
- zapobieganie wielochorobowości i niesprawności;
- indywidualna obserwacja sprawności fizycznej pacjenta w życiu codziennym [4].

Istnieje wiele czynników predysponujących do zwiększonego ryzyka wystąpienia zespołu wątłości, lecz za najważniejszy uważa się zaawansowany wiek pacjenta. W dalszej kolejności wymienić należy zaburzenia, które można zdiagnozować u chorego (widzenia, słuchu, chodu, równowagi), następnie upośledzenie funkcji poznawczych, obniżony nastrój, słabość w obrębie kończyn oraz współistnienie licznych chorób przewlekłych [7].

Zdiagnozowanie zespołu słabości może pomóc przedstawicielowi ochrony zdrowia przewidzieć możliwość wystąpienia trudności w leczeniu chorego oraz ryzyko wystąpienia powikłań. Charakterystyczne cechy, które występują u pacjenta z zespołem wątłości w trakcie leczenia szpitalnego, to m.in.: atypowe objawy chorób, niewspółmierna utrata niezależności, wczesne powikłania, wolna i jedynie częściowa eliminacja choroby [8].

EPIDEMIOLOGIA

Dane statystyczne zebrane w 188 krajach pokazują, że ludzie żyją coraz dłużej, a powszechnie postępujące starzenie się społeczeństwa wiąże się z charakterystyczną dla tego wieku wielochorobowością, polipragmazją oraz coraz częściej diagnozowaną niepełnosprawnością starczą [9]. Na przestrzeni ostatnich lat zaobserwowano, że zespół słabości jest jednym z czołowych problemów zdrowotnych u osób w wieku geriatrycznym, dlatego *frailty syndrom* stał się głównym tematem zainteresowań lekarzy geriatrów nie tylko pod względem klinicznym, ale również wobec licznie przeprowadzanych badań naukowych. Wyniki przeprowadzonych analiz statystycznych różnią się między sobą, co wynika z różnorodnego doboru kryteriów, które zostały ustalone podczas przeprowadzania badań na różnych grupach społecznych [10]. Wyniki z przeprowadzonych badań naukowych wykazały, że zespół słabości występuje u 10,7% społeczności całego globu, a zapadalność wzrasta wraz z wiekiem osiągając w grupie 80-latków poziom około 30% [11]. Wykazano również, że u osób w wieku geriatrycznym z zespołem kruchości występuje wzrost obecności powikłań, wydłuża się czas pobytu w szpitalu, liczba upadków wraz z ich poważnymi następstwami w postaci urazów, korzystanie z usług opiekuńczych, a także liczba zgonów [12].

Według najnowszych statystyk *frailty syndrom* diagnozowany jest częściej wśród: kobiet, osób mieszkających samotnie, pacjentów, u których występuje wielochorobowość, osób z niskim poziomem wykształcenia lub jego brakiem oraz mieszkańców Europy Południowej [13]. W Polsce nie przeprowadzono dotąd dokładnych badań epidemiologicznych w zakresie zespołu słabości. Ocenia się, że ten syndrom dotyczy 6,7% osób w wieku geriatrycznym, a częstość jego występowania wzrasta wraz z wiekiem społeczeństwa [1].

NARZĘDZIA SŁUŻĄCE DO OCENY STANY PACJENTA

Dotychczas nie sporządzono homogenicznej i zaakceptowanej klinicznie definicji zespołu kruchości ani jej jednolitych kryteriów diagnostycznych, dlatego w rozpoznawaniu *frailty syndrom* w praktyce medycznej bazuje się na wielu testach klinicznych, instrumentalnych i kwestionariuszach standaryzowanych opracowanych przez różnych autorów. Narzędzia badawcze ułatwiają ocenę występowania objawów zespołu słabości u pacjenta przez analizę trzech podstawowych domen: fizjologicznej, psychologicznej i społecznej [14].

Za najpopularniejsze narzędzie badawcze do diagnozowania *frailty* uważa się model fenotypowy autorstwa Lindy P. Fried i jej współpracowników, który powstał w 2001 roku. Według koncepcji autorów zespół słabości jest diagnozowany u pacjenta, kiedy współistnieją ze sobą co najmniej trzy z pięciu wymienionych składników:

- niezamierzona utrata masy ciała (minimum 4,5 kg w przeciągu roku);
- uczucie zmęczenia, osłabienia (badane za pomocą pomiaru siły uścisku dłoni na dynamometrze z uwzględnieniem płci, wieku i BMI diagnozowanej osoby);
- wyczerpanie (diagnozowane przy użyciu skali depresji, *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale*, CES-D);
- spowolnienie chodu (badane za pomocą Skali Oceny Równowagi i Chodu – Skala Tinetti);
- zmniejszona aktywność fizyczna (diagnozowana przy użyciu skróconej wersji Kwestionariusza Aktywności Fizycznej Minnesota MLTPAQ) [15].

Jedynym standaryzowanym kwestionariuszem służącym do oceny zespołu słabości przysposobionym do warunków polskich jest wskaźnik słabowitości Tilburga (*Tilburg Frailty Indicator*). Narzędzie to składa się z dwóch elementów. Pierwszy zbiera informacje na temat płci, wieku, stanu cywilnego, kraju pochodzenia, poziomu wykształcenia, dochodu miesięcznego oraz indywidualnej oceny samopoczucia osoby badanej. Drugi diagnozuje pacjenta w obrębie trzech domen: fizycznej, psychicznej i społecznej. Badany może zaznaczyć jedną z odpowiedzi zamkniętych: „tak”, „czasami” lub „nie”. Odpowiedzi te są odpowiednio punktowane, za odpowiedź „tak” i „czasami” badanemu przyznaje się 1 punkt, natomiast za odpowiedź „nie” – 0 punktów. Uzyskany wynik mieści się w przydziale od 0 do 15 pkt. Zespół słabości diagnozowany jest wtedy, gdy wynik jest większy bądź równy 5 pkt. Kwestionariusz Tilburga to przystępne narzędzie badawcze. Jego wypełnienie zajmuje kilka minut, dlatego jest coraz częściej stosowany w praktyce klinicznej [16].

Kolejnym narzędziem badawczym służącym do diagnozowania zespołu słabości jest *Edmonton Frail Scale*, która składa się z dziesięciu części: równowagi, przyjmowania leków, mobilności, odżywiania, wsparcia społecznego, nastroju, jakości życia, postaw zdrowotnych, niezależności funkcjonalnej i funkcji poznawczych. Badany musi wypełnić druk w 15 minut i maksymalnie zdobyć 17 punktów. Uzyskanie 9 pkt. lub więcej świadczy o nasileniu występowania zespołu włąłości [17, 18].

Z kolei *Share Frailty Instrument* – SHARE-FI to narzędzie przesiewowe, które ma za zadanie ułatwić badanie ryzyka zespołu słabości u pacjentów geriatrycznych w jednostkach POZ. Kwestionariusz SHARE jest łatwo dostępny i prosty w użyciu, ponieważ został opracowany na bazie kalkulatorów internetowych. Polska wersja tej ankiety jest również dostępna przez Internet i została sporządzona w 2015 r. przez prof. Martę Muszaliak [19].

Kolejnym narzędziem badawczym zespołu kruchości jest *Frail* – pięciostopniowa skala, która ocenia osobę badaną pod względem: występowania zmęczenia, wytrzymałości, mobilności, spadku masy ciała i występowania schorzeń. Do stwierdzenia omawianego syndromu można także wykorzystać *Groningen Frailty Indicator* – GFI. Jest to proste, zawierające 15 pytań, narzędzie badawcze, które składa się z czterech części i ocenia występujące u badanego pacjenta ograniczenia w zakresie wykonywania czynności dnia codziennego. Ocenie podlegają domeny fizyczna (problemy zdrowotne, mobilność, zmęczenie, ograniczenia wzrokowe i słuchowe), socjalna, psychologiczna (zaburzenia nastroju, depresja) i poznawcza [17].

Dobrym narzędziem przesiewowym stosowanym w diagnostyce zespołu słabości jest także *indeks frailty*, który został opracowany przez Rockwooda i jego współpracowników w 2005 roku. W tym przypadku diagnostyka zespołu kruchości polega na liczeniu deficytów, jakie występują u pacjenta. Osiągnięcie wysokiego wyniku oznacza, że badana osoba jest ciężko obciążona

tym zespołem klinicznym. Rockwood sporządził siedmiostopniową skalę, która przedstawia codzienną aktywność fizyczną oraz samodzielność. Opisuje on chorych jako pacjentów: bardzo sprawnych, sprawnych bez czynnej choroby, sprawnych z chorobą/mi współistniejącymi (objawy występującej choroby nie są kontrolowane), wrażliwych, łagodnie osłabionych (zależnych od pomocy innych osób w niektórych czynnościach dnia codziennego ocenianych skalą IADL), umiarkowanie osłabionych (zależnych od pomocy innych osób w prostych i złożonych czynnościach dnia codziennego ocenianych skalami ADL i IADL) oraz ciężko osłabionych (korzystających całościowo z usług opiekuńczych, choroby terminalnie) [14].

Oprócz opisanych powyżej instrumentów stosowanych globalnie w celu diagnostyki zespołu słabości należy wymienić jeszcze kilka mniej popularnych narzędzi badawczych, które są często stosowane podczas hospitalizacji pacjenta i jednocześnie wchodzą w skład całościowej oceny geriatrycznej (COG):

- skala oceny podstawowych czynności życia codziennego (ADL), na podstawie której najczęściej diagnozuje się występowanie niesprawności u pacjenta;
- skala Barthel, według rozkładu punktów tej skali ocenia się u chorego poziom zdiagnozowanej niesprawności;
- skala złożonych czynności dnia codziennego (IADL), gdzie ocenie podlegają czynności instrumentalne;
- skala CSHA, obejmuje pięć wskaźników, aby zdiagnozować *frailty* musi być potwierdzona u badanego obecność co najmniej trzech z nich;
- skala oceny stanu odżywienia (MNA);
- skala oceny równowagi i chodu Tinetti;
- skala Nortona bada ryzyko powstania odleżyn;
- skala ryzyka operacyjnego dla chorych po 70. roku życia według Cumminsa;
- skrócony test sprawności umysłowej (AMTS);
- geriatryczna skala oceny depresji [4].

PODSUMOWANIE

Zespół kruchości stanowi poważny problem dotyczący osób w podeszłym wieku. Przyczynia się do pogorszenia jakości życia seniorów we wszystkich płaszczyznach ich funkcjonowania [20]. Jest problemem wielopłaszczyznowym, który wynika z zaburzonej regulacji wielu narządów i układów, co jest związane ze starzeniem się organizmu. Manifestuje się licznymi problemami klinicznymi, ma zróżnicowany przebieg i związany jest ze zwiększonym ryzykiem powikłań [21]. W przypadku pojawienia się zespołu kruchości wzrasta prawdopodobieństwo hospitalizacji osoby w podeszłym wieku, utraty jej samodzielności, podatności na częstsze zachorowania, a nawet śmierci [22]. Mimo braku jednorodnej definicji omawianego syndromu w ostatnim czasie poczyniono znaczne postępy w rozumieniu patogenezy zjawiska, co jest istotne szczególnie w kontekście konsekwencji, jakie niesie za sobą zespół słabości. Do najważniejszych należy zaliczyć niesprawność fizyczną i zwiększoną instytucjonalizację, co w rezultacie prowadzi do gorszego codziennego funkcjonowania seniora i pogorszenia jego samopoczucia [23, 24].

Istotnym utrudnieniem w rozpoznaniu schorzenia jest brak jasno określonych metod diagnostycznych. Sytuacja ta powoduje opóźniona diagnostykę i leczenie, zwiększa ryzyko rozwoju niepełnosprawności i uzależnienia od opieki osób trzecich. Ze względu na poważne powikłania zespołu słabości należałoby wszystkie osoby w podeszłym wieku obdarzyć szczególną uwagą. Podjęte działania powinny mieć na celu zminimalizowanie poważnych następstw zespołu, a więc ryzyka upadków, pogorszenia funkcjonowania w życiu codziennym, hospitalizacji, instytucjonalizacji czy zwiększonej umieralności [25, 26].

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorek.
Konflikt interesów: Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

- Błaszczak R, Dominiak I, Wojtczak A. *Pielęgniarstwo geriatryczne*. Sopot: Wydawnictwo Edumetrix; 2016.
- Kędziora-Kornatowska K, Muszaliak M. *Pielęgnowanie pacjentów w starszym wieku*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2018.
- Bujnowska-Fedak MM, Machaj Z, Steciwko A. Pacjent z zespołem słabości w praktyce lekarza rodzinnego. *Terapia* 2013; 2(284): 20–27.
- Gabryś T, Bajorek A, Malinowska-Lipień I. Zespół słabości – zasadniczy problem zdrowotny osób starszych. Część I. *Gerontol Pol* 2015; 1: 29–33.
- Kurpas D, Szwamel K, Soll A, i wsp. Zespół słabości – wytyczne diagnostyki, terapii i prewencji. *Terapia* 2017; 2: 7–12.
- Życzkowska J, Grądalski T. Zespół słabości (frailty) – co powinien wiedzieć onkolog? *Onkol Prakt* 2010; 6(2): 79–84.
- Batali B, Frongilio EA, Bandinelli S, et al. Low nutrient intake is an essential component of frailty in older persons. *J Gerontol Med Sci* 2006; 61(6): 589–593.
- Peterson MJ, Giuliani C, Morey MC, et al. Health, Aging and Body Composition Study Research Group: physical activity as a preventative factor for frailty: the health, aging, and body composition study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2009; 64A(1): 61–68.
- Świtoń A. Zespół słabości a upadki u osób w wieku podeszłym – przegląd piśmiennictwa. *Gerontol Pol* 2017; 25: 66–71.
- Gabryś T, Bajorek A, Malinowska-Lipień I. Zespół słabości – zasadniczy problem zdrowotny osób starszych. Część II. *Gerontol Pol* 2015; 4: 165–169.
- Whitson HE, Purser JL, Cohen HJ. Frailty thy name is Phrailty? *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2007; 62(7): 728–730.
- Guzenda N, Zachciał J, Uchmanowicz I. Wpływ występowania zespołu kruchości na jakość życia pacjentów hemodializowanych w podeszłym wieku. *Wsp Piel Ochr Zdr* 2017; 6(1): 9–14.
- Vellas B, Balardy L, Gillette-Guyonnet S, et al. Looking for frailty in community – dwelling older persons: the Gérontopôle Frailty Screening Tool (GFST). *J Nutr Health Aging* 2013; 17(7): 629–631.
- Uchmanowicz I, Lisiak M, Jankowska-Polańska B. Narzędzia badawcze stosowane w ocenie zespołu kruchości. *Gerontol Pol* 2014; 22(1): 1–8.
- Rolfson DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, et al. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age Ageing* 2006; 35(5): 526–529.
- Wleklik M, Uchmanowicz I. Wskaźnik słabowitości Tilburga – proste narzędzie badawcze do identyfikacji pacjentów z zespołem kruchości. *Wsp Piel Ochr Zdr* 2015; 4(4): 82–84.
- Morley JE, Malmstrom TK, Miller DK. A simple frailty questionnaire (FRAIL) predicts outcomes in middle aged African Americans. *J Nutr Health Aging* 2012; 16(7): 601–608.
- Cesari M, Gambassi G, van Kan GA, et al. The frailty phenotype and the frailty index: different instruments for different purposes. *Age Ageing* 2014; 43(1): 10–12.
- Piejko L, Nawrat-Szołtysik A. Zespół kruchości – wyzwanie w starzejącym się społeczeństwie. *Hygeia Public Health* 2016; 51(4): 329–334.
- Clegg A, Young J, Iliffe S, et al. Frailty in elderly people. *Lancet* 2013; 381(9868): 752–762.
- Sokołowski R, Ciesielska N, Czajkowska A, i wsp. Patogeneza zespołu kruchości. *J Health Sci* 2014; 4(9): 197–204.
- Sternberg SA, Levin R, Dkaidek S, et al. Frailty and osteoporosis in older women – a prospective study. *Osteoporos Int* 2014; 25(2): 763–768.
- Bandein-Roche K, Xue QL, Ferrucci L, et al. Phenotype of frailty: characterization in the women's health and aging studies. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2006; 61(3): 262–266.
- Hogan DB, MacKnight C, Bergman H. Models, definitions and criteria of frailty. *Aging Clin Exp Res* 2003; 15(Suppl. 3): 1–29.
- Bergman H, Ferrucci L, Guralnik J, et al. Frailty: an emerging research and clinical paradigm – issues and controversies. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2007; 62(7): 731–737.
- Lai HY, Chang H, Lee YL, et al. Association between inflammatory markers and frailty in institutionalized older men. *Maturitas* 2014; 79(3): 329–333.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Izabela Wróblewska
Zakład Gerontologii
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
ul. Bartla 5
51-618 Wrocław
Tel.: 71 784 18 13
E-mail: izabela.wroblewska@umed.wroc.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 15.09.2019 r.

Po recenzji: 29.09.2019 r.

Zaakceptowano do druku: 30.09.2019 r.

PROCEDURY UZYSKANIA ORZECZEŃ O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W STOPNIU ZNACZNYM ORAZ NIEZDOLNOŚCI DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI

*Procedures for obtaining decisions of disability in a great degree
and of inability to independent existence*

Krzysztof Tuszyński¹, Andrzej Kierzek², Jacek Kotuła³

¹ Zakład Profilaktyki Lekarskiej Wyższej Szkoły Logistyki w Poznaniu

² Sekcja Historyczna Polskiego Towarzystwa Otorynolaryngologów – Chirurgów Głowy i Szyi

³ Zakład Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Zielonogórskiego

Adres do korespondencji: andrzejkierzek@wp.pl

STRESZCZENIE

W pracy przedstawiono procedury możliwości uzyskania orzeczeń o niepełnosprawności w stopniu znacznym oraz niezdolności do samodzielnej egzystencji. Przedstawiono także, jak poruszać się w gąszczu przepisów prawnych, jakie dokumenty należy złożyć, aby było możliwe uzyskanie orzeczenia o niepełnosprawności, na co zwrócić uwagę przy wypełnianiu wniosku. W postępowaniu o zaliczenie do odpowiedniego stopnia niepełnosprawności obowiązuje dwuinstancyjność.

Słowa kluczowe: niepełnosprawność, orzekanie o stopniu niepełnosprawności.

SUMMARY

The paper presents the procedures for obtaining certificates of significant disability and inability to live independently. It also shows how to navigate through the maze of legal regulations, what documents must be submitted in order to obtain a disability certificate, what to pay attention to when filling them in. There is a two-instances rule in the procedure for recognition as a disability of an appropriate degree.

Key words: disability, adjudication of disability.

Należy wyjaśnić niepełnosprawnym, którzy nie mają ustalonego stopnia niepełnosprawności, jakie kroki należy uczynić, aby ten stopień osiągnąć. Jak się poruszać w gąszczu przepisów i procedur. Dotyczą one głównie seniorów, którzy nabyli prawa emerytalne, chorują i są mało sprawni, a nie mają ustalonego stopnia niepełnosprawności, a więc nie mają prawa do korzystania z różnych specjalnych uprawnień.

Właściwy do rozpatrzenia wniosku o ustalenie stopnia niepełnosprawności Zespół do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności przeprowadza postępowanie, w wyniku którego wydaje orzeczenie zaliczające osobę do jednego z określonych stopni niepełnosprawności.

Orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji, na podstawie ustawy z 17 grudnia 1988 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. z 1988 r. nr 162, poz. 1118) traktowane jest na równi z orzeczeniem niepełnosprawności o znacznym stopniu niepełnosprawności, wydanym przez zespół do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności.

Orzeczenie o (stopniu) niepełnosprawności jest dokumentem nadającym osobie status niepełnosprawności i stanowi podstawę do korzystania z ulg i przywilejów przysługujących osobom niepełnosprawnym na podstawie ustawy z 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz innych ustaw i przepisów wykonawczych do tych spraw określających uprawnienia osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 1997 r. nr 123, poz. 776). Duże zainteresowanie budzą procedury oraz kwalifikacje do znacznego stopnia niepełnosprawności [1–3].

W postępowaniu o zaliczeniu do odpowiedniego stopnia niepełnosprawności obowiązuje dwuinstancyjność. Pierwszą instancją jest powołany przez starostę Powiatowy zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności usytuowany przy Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie, o czym stanowi ustawa z 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Drugą instancją (odwoławczą) w zakresie orzekania o stopniu niepełnosprawności jest Wojewódzki Zespół do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności powołany przez wojewodę. Wojewódzki zespół rozpatruje odwołania od orzeczeń o stopniu niepełnosprawności wydanych w pierwszej instancji. Osoba, która uzyskała orzeczenie o stopniu niepełnosprawności i jest niezadowolona z treści tego orzeczenia, składa odwołanie do wojewódzkiego zespołu orzekającego za pośrednictwem powiatowego zespołu, który wydał orzeczenie. Decyzja wojewódzkiego zespołu o ustaleniu stopnia niepełnosprawności jest ostateczna.

Jeśli osoba zainteresowana nie może wziąć udziału w posiedzeniu zespołu ze względu na długotrwałą chorobę poświadczoną zaświadczeniem lekarskim, uniemożliwiająca przybycie na posiedzenie, przewodniczący zespołu kieruje do miejsca zamieszkania lub pobytu osoby lekarza, który dokona oceny jej stanu zdrowia. W tym przypadku posiedzenie zespołu przebiega bez udziału osoby zainteresowanej. Dwukrotna nieusprawiedliwiona nieobecność osoby zainteresowanej na posiedzeniu, mimo wezwań do uczestnictwa, powoduje, że przewodniczący zespołu zawiadamia ją o odstąpieniu od rozpatrywania wniosku o ustalenie niepełnosprawności. W wyniku przeprowadzonego postępowania powiatowy zespół orzekający wydaje orzeczenie o (stopniu) niepełnosprawności [4, 5].

5. Jestem świadomy/a, że jeżeli przedłożona wraz z wnioskiem dokumentacja jest niewystarczająca do wydania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, przewodniczący Zespołu zawiadamia na piśmie o konieczności jej uzupełnienia oraz wyznacza termin złożenia brakującej dokumentacji z pouczeniem, że nieuzupełnienie jej w określonym terminie spowoduje pozostawienie wniosku bez rozpoznania.
6. Zobowiązuję się powiadomić Zespół o każdej zmianie adresu pobytu do momentu zakończenia postępowania w sprawie
 Art. 41 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. 2016 poz. 23)§ 1. W toku postępowania strony oraz ich przedstawiciele i pełnomocnicy mają obowiązek zawiadomić organ administracji publicznej o każdej zmianie swego adresu.
 § 2. W razie zaniedbania obowiązku określonego w § 1 doręczenie pisma pod dotychczasowym adresem ma skutek prawny.
7. Dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy
 Art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. 2016 poz. 1137)
 § 1. Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.
 § 2. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swoich uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznanie lub odebrał od niego przyrzeczenie.
8. Wszelka dokumentacja złożona w postępowaniu w sprawie ustalenia stopnia niepełnosprawności jest autentyczna i jestem świadomy odpowiedzialności karnej za przestępstwa przeciwko wiarygodności dokumentów
 Art. 270 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. 2016 poz. 1137)
 § 1. Kto, w celu użycia za autentyczny, podrabia lub przerabia dokument lub takiego dokumentu jako autentycznego używa, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.
 § 2. Tej samej karze podlega, kto wypełnia blankiet, zaopatrzone cudzym podpisem, niezgodnie z wolą podpisanego i na jego szkodę albo takiego dokumentu używa.

.....
 Podpis wnioskodawcy
 lub jego przedstawiciela ustawowego

Uwaga !

do oryginału wniosku należy załączyć:

1. Zaświadczenie o stanie zdrowia wystawione przez lekarza specjalistę lub rodzinnego na obowiązującym druku (oryginał), zachowujące ważność 30 dni od daty wystawienia do dnia złożenia w Powiatowym Zespole.
2. Kopię dokumentacji medycznej umożliwiającej zaliczenie do stopnia niepełnosprawności i ustalenie daty powstania tej niepełnosprawności oraz oryginały do wglądu przy składaniu wniosku (dokumentacja powinna być ułożona chronologicznie).
3. W przypadku potwierdzenia przez lekarza niemożności stawienia się na posiedzenia składu orzekającego ze względu na stan zdrowia, do wniosku należy dołączyć czytelną kserokopię dowodu osobistego.
4. Przy kolejnym składaniu wniosku należy dołączyć kopię dokumentacji medycznej zgromadzonej po dacie wydania ostatniego orzeczenia, oraz oryginały do wglądu przy składaniu wniosku (dokumentacja powinna być ułożona chronologicznie).

Dokumentację medyczną stanowią: szpitalne karty informacyjne, opinia psychologiczna, wyniki badań specjalistycznych, badanie wzroku-dno oka, pole widzenia, korekta okularowa, badanie słuchu, historia choroby, wyniki testów, rezonans magnetyczny, opisy do zdjęć rentgenowskich, itp., w zależności od schorzenia.

Proszę o dołączenie do wniosku kserokopii dowodu osobistego.

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

.....
miejsowość, data

Zaświadczenie jest ważne 30 dni od daty wystawienia.

ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

wydane dla potrzeb powiatowego zespołu do spraw orzekania o niepełnosprawności

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania

1. Rozpoznanie choroby zasadniczej:

.....

.....

.....

**2. Przebieg schorzenia podstawowego – początek (ustalony na podstawie jakiej dokumentacji) ;
stopień uszkodzenia strukturalnego i funkcjonalnego; stadium zaawansowania choroby:**

.....

.....

.....

.....

3. Uszkodzenie innych narządów i układów oraz choroby współistniejące :

.....

.....

.....

4. Zastosowane leczenie i rehabilitacja - rodzaje, czas trwania, pobyty w szpitalu, sanatorium:

.....

.....

.....

5. Ocena wyników leczenia, rokowanie (możliwość poprawy) dalsze leczenie i rehabilitacja:

.....

.....

.....

**6. Używany sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby
w tym zakresie**

.....

.....

**7. Wykaz wykonanych badań dodatkowych, konsultacji specjalistycznych, innej dokumentacji
medycznej potwierdzającej rozpoznanie (w załączeniu)**

.....

.....

Od kiedy pacjent pozostaje pod opieką lekarza wystawiającego zaświadczenie? (data)

Od kiedy pacjent posiada dokumentację medyczną? (data)

Czy lekarz wystawiający zaświadczenie ma pełny wgląd do dokumentacji medycznej pacjenta *Tak / Nie*

**W/w Pan/i wymaga (nie wymaga) opieki osoby drugiej ze względu na niemożność samodzielnej
egzystencji.**

**W/w Pan/i jest trwale niezdolny/na do odbycia podróży celem udziału w posiedzeniu zespołu do spraw
orzekania o stopniu niepełnosprawności** *Tak / Nie*

.....
pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

....., dnia.....

Pieczętka zakładu opieki zdrowotnej lub praktyki lekarskiej

Zaświadczenie lekarskie o niemożności przybycia na komisję
wydane dla potrzeb Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia.....

PESEL

Adres zamieszkania

Osoba / dziecko nie może uczestniczyć w posiedzeniu składu orzekającego z powodu długotrwałej i nierokującej poprawy choroby, uniemożliwiającej osobiste stawiennictwo.

.....

Pieczętka i podpis lekarza
wystawiającego zaświadczenie

* właściwie podkreślić

Rycina 3

Bardzo ważne jest właściwe i wyczerpujące przygotowanie dokumentów: **wniosku o wydanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności oraz zaświadczenia lekarskiego o stanie zdrowia** (ryc. 1, ryc. 2). Należy szczególnie wydatnie wyeksponować kwestię bezradności – koniecznej pomocy osób trzecich. Trzeba zwrócić uwagę, aby z tego zaświadczenia lekarskiego wyraźnie wynikała **sytuacja skutków choroby, powodująca bezradność, która utrudnia codzienne życie. Warto załączyć ocenę stopnia niezdolności do samodzielnej egzystencji u pacjenta według zmodyfikowanej skali Barthel.**

W zaświadczeniu lekarskim należy wyraźnie zaznaczyć, jak wygląda codzienność przy:

- wykonywaniu czynności samoobsługowych,
- poruszaniu się w środowisku,
- prowadzeniu gospodarstwa domowego.

Wymienione wyżej czynności z reguły u osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności są wykonywane niesamodzielnie, tzn. albo z opieką osób trzecich, albo z pomocą osób trzecich. Są to bardzo ważne elementy, które muszą być koniecznie zawarte w zaświadczeniu lekarskim.

Podsumowując, autorzy sugerują, aby seniorzy podejmowali działania na rzecz uzyskania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

Tematyka:

- ulg podatkowych
- zatrudniania rencistów i niepełnosprawnych
- pracodawców zatrudniających osoby niepełnosprawne, etc., zostanie podjęta w osobnych doniesieniach [6].

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorów.

Konflikt interesów: Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

- Szozda R. Orzecznictwo rentowe, pozarentowe, odszkodowawcze oraz związane z Kodeksem pracy i przepisami wykonawczymi do niego – osobliwości polskiego orzecznictwa. *Orzecznictwo Lekarskie* 2007; 2: 101-105.
- Dz.U. z 1988 r. nr 162, poz. 1118.
- Dz.U. z 1997 r. nr 123, poz. 776.
- Matela P. Typologia systemów orzekania o niepełnosprawności w krajach Unii Europejskiej. *Niepełnosprawność i Rehabilitacja* 2003; 3: 14-35.
- Wilmowska A, Bilski D. *Orzecznictwo lekarskie dla lekarzy i studentów wydziałów lekarskich i wydziałów lekarsko-stomatologicznych*. Wyd. IV. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2011.
- Wilmowska A. *Orzecznictwo o niepełnosprawności realizowane przez powiatowe i wojewódzkie zespoły orzekania o niepełnosprawności*. W: Golinowska S, red. *Instytucjonalne, zdrowotne i społeczne determinanty niepełnosprawności*. Warszawa: IPiSS; 2012.

Adres do korespondencji:

Dr med. Krzysztof Tuszyński
ul. Nowogrodzka 8
61-048 Poznań
Tel.: 61 879 25 54

Praca wpłynęła do Redakcji: 06.09.2019 r.

Po recenzji: 12.09.2019 r.

Zaakceptowano do druku: 16.09.2019 r.

Badania naukowe w pielęgniarstwie i położnictwie

Tom 1

2014, B5, 404 strony
cena 69 zł

Tom 2

2015, B5, 484 strony
cena 75 zł

Tom 3

2016, B5, 536 stron
cena 80 zł

Tom 4

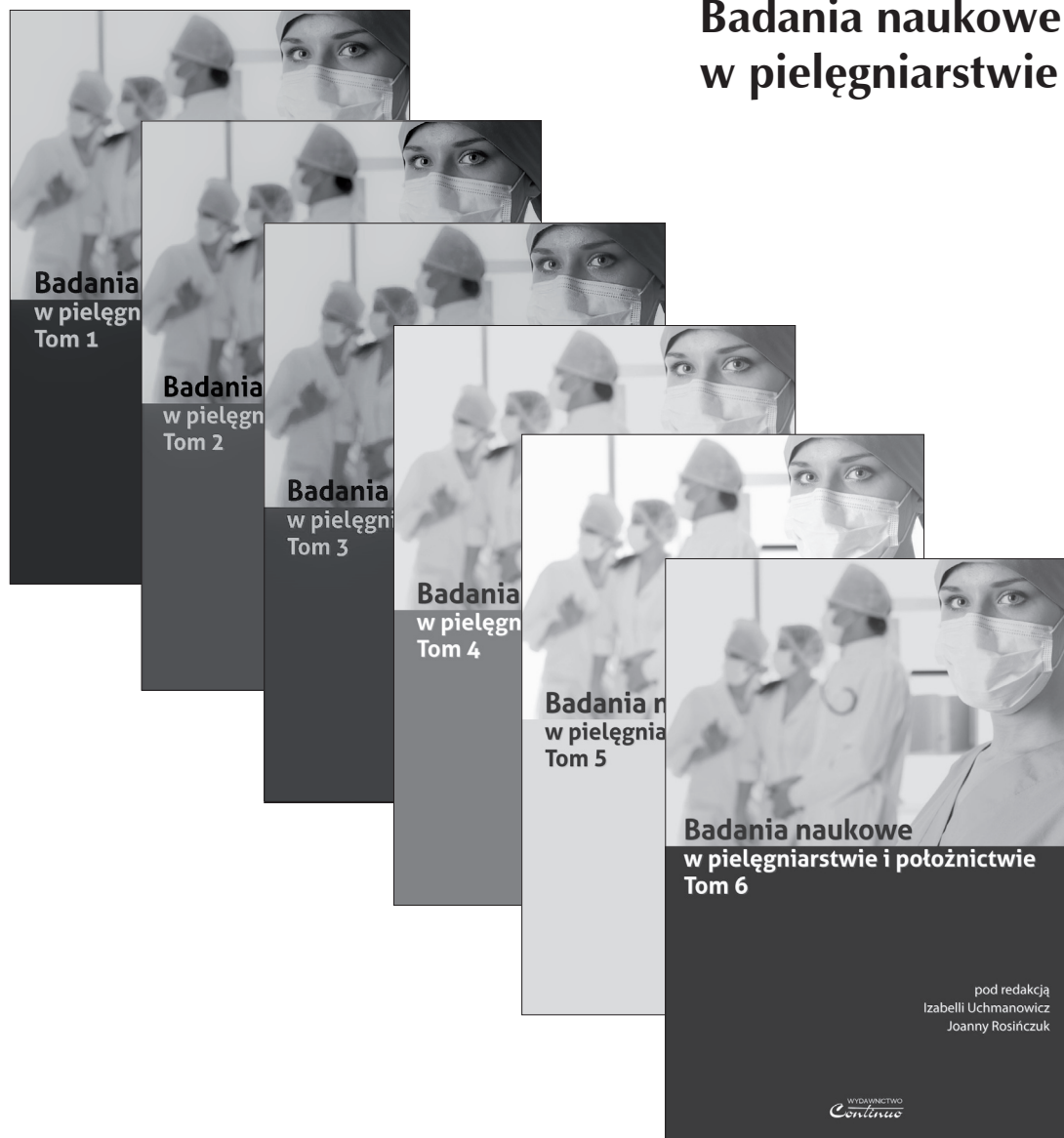
2017, B5, 544 strony
cena 80 zł

Tom 5

2018, B5, 430 stron
cena 75 zł

Tom 6

2019, B5, 378 stron
cena 70 zł



Współczesne pielęgniarstwo powinno opierać swoją praktykę na mocnych podstawach naukowych. Postęp w naukach medycznych i naukach o zdrowiu mobilizuje środowisko medyczne – w tym pielęgniarki i położne – do prowadzenia badań i wykorzystywania ich wyników w codziennej praktyce. Takie postępowanie, zgodne ze światowymi tendencjami (Evidence-Based Medicine, idea leczenia holistycznego), wpływa na poprawę jakości opieki, bezpieczeństwo pacjenta, personelu medycznego, czy skuteczność wykonywanych procedur medycznych. W ten nurt wpisuje się monografia „Badania naukowe w pielęgniarstwie i położnictwie”, która dzięki swojemu wielotematycznemu charakterowi będzie prawdziwym kompendium wiedzy na temat właściwego postępowania z pacjentem w różnych jednostkach chorobowych – sposobów leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji, skuteczności przestrzegania standardów, a także korzyści wynikających z wczesnego wdrożenia edukacji zdrowotnej.

Tom 1 składa się z 35 rozdziałów, tomy 2 i 3 mają po 41, tom 4 – 46, tom 5 – 35, a tom 6 – 31 rozdziałów. Autorzy zdobyli swoje doświadczenia w praktyce pielęgniarstwie lub położnictwie, a dodatkowo pogłębili je pracą naukowo-badawczą oraz podczas pełnienia funkcji nauczyciela akademickiego.

Książki adresowane są szczególnie do pielęgniarek oraz położnych praktykujących w szpitalach, przychodniach, zakładach opiekuńczych i leczniczych, w których sprawowana jest opieka nad pacjentem, nauczycieli akademickich oraz studentów.

REGULAMIN ZAMIESZCZANIA PRAC

INFORMACJE OGÓLNE

„Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia” zamieszcza prace oryginalne (doświadczalne, kliniczne i laboratoryjne), poglądowe i kazuistyczne dotyczące szeroko pojętego pielęgniarstwa i ochrony zdrowia. Ponadto pismo publikuje listy do Redakcji, sprawozdania i materiały ze zjazdów naukowych oraz recenzje książek. Prace publikowane są w języku polskim lub angielskim.

ZASADY RECENZOWANIA PRAC

Autorzy przysyłając pracę do publikacji w czasopiśmie wyrażają zgodę na proces recenzji. Nadesłane publikacje są poddane ocenie w pierwszej kolejności przez Redakcję, a następnie oceniane przez recenzentów, którzy nie są członkami Redakcji pisma. Prace recenzowane są poufnie i anonimowo. Recenzentom nie wolno wykorzystywać wiedzy na temat pracy przed jej publikacją. Pracy nadawany jest numer redakcyjny, identyfikujący ją na dalszych etapach procesu wydawniczego. Autor jest informowany o wyniku dokonanej recenzji, następnie możliwa jest korespondencja z Redakcją czasopisma dotycząca ewentualnych uwag bądź kwalifikacji do druku. Ostateczną kwalifikację do druku podejmuje Redaktor Naczelny.

KONFLIKT INTERESÓW

Autorzy muszą ujawnić Redakcji i opisać na osobnej stronie dołączonej do pracy wszystkie konflikty interesów:

- zależności finansowe (takie jak: zatrudnienie, doradztwo, posiadanie akcji, honoraria, płatna ekspertyza),
- związki osobiste,
- współzawodnictwo akademickie i inne, mogące mieć zdaniem Redakcji lub Czytelników wpływ na merytoryczną stronę pracy,
- rolę sponsora całości lub części badań (jeżeli taki istnieje) w projekcie, zbieraniu, analizie i interpretacji danych, w pisaniu raportu, w decyzji przesyłania go do publikacji.

OCHRONA DANYCH PACJENTÓW

Autorzy prac naukowych mają obowiązek ochraniać dane osobowe pacjentów. Do publikacji powinny trafić jedynie dane o znaczeniu informacyjnym lub klinicznym. Szczegóły dotyczące rasy, pochodzenia etnicznego, kulturowego i religii osoby badanej powinny być podane wyłącznie w przypadku, jeśli zdaniem Autora mają wpływ na przebieg choroby i(lub) leczenia. Jeśli nie ma możliwości uniknięcia ujawnienia identyfikowalnych informacji dotyczących pacjenta, należy uzyskać jego (lub jego prawnych opiekunów) pisemną zgodę na opublikowanie danych, zdjęć fotograficznych, obrazów radiologicznych itp., co powinno być odnotowane w publikacji.

WYMAGANIA ETYCZNE

Prace doświadczalne, prowadzone na ludziach, muszą być przeprowadzane zgodnie z wymogami Deklaracji Helsińskiej, co należy zaznaczyć w opisie metodyki. Na przeprowadzenie takich prac Autorzy muszą uzyskać zgodę Terenowej Komisji Nadzoru nad Dokonywaniem Badań na Ludziach (Komisji Etycznej). Prace wykonane na zwierzętach także muszą mieć zgodę odpowiedniej komisji. Uzyskanie tej zgody powinno być potwierdzone oświadczeniem Autorów w piśmie kierującym pracą do druku.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNA

Redakcja stara się czuć nad merytoryczną stroną pisma, jednak za treść artykułów odpowiada Autor, a za treść reklam – sponsor lub firma marketingowa. Wydawca ani Rada Naukowa nie ponoszą odpowiedzialności za skutki ewentualnych nierzetelności.

PRAWA AUTORSKIE

Jeżeli Autorzy nie zastrzegą inaczej w momencie zgłoszenia pracy, Wydawca nabywa na zasadzie wyłączeniowości ogół praw autorskich do wydrukowanych prac (w tym prawo do wydawania drukiem, na nośnikach elektronicznych, CD i innych oraz w Internecie). Bez zgody Wydawcy dopuszcza się jedynie drukowanie streszczeń.

INFORMACJE SZCZEGÓLOWE – ZGŁASZANIE PRAC DO DRUKU

PRZESYLANIE PRAC DO REDAKCJI

Przesłanie pracy jest równoznaczne z oświadczeniem, że praca nie była dotychczas publikowana w innych czasopismach oraz nie została jednocześnie zgłoszona do innej Redakcji. Oddanie pracy do druku jest jednoznaczne ze zgodą wszystkich Autorów na jej publikację i oświadczeniem, że Autorzy mieli pełny dostęp do wszystkich danych w badaniu i biorą pełną odpowiedzialność za całość danych i dokładność ich analizy. Prace należy nadsyłać pod adresem Redakcji w dwóch egzemplarzach (które nie podlegają zwrotowi do Autorów) łącznie z pismem przewodnim, zawierającym zgodę wszystkich Autorów na publikację wyników badań.

WERSJA ELEKTRONICZNA PRAC

Redakcja bezwzględnie wymaga nadsyłania prac na nośnikach komputerowych. Dyski powinny zawierać jedynie ostateczną wersję pracy, zgodną z przesłanymi wydrukami. Opis nośnika powinien zawierać imię i nazwisko Autora, tytuł pracy, nazwę (nazwy) zbiorów, nazwy i numery wersji użytych programów. Redakcja przyjmuje pliki tekstowe *.DOC i *.RTF. Grafiki lub zdjęcia (w rozdzielczości nadającej się do druku: 300 dpi) powinny tworzyć osobne zbiory – zalecane formaty: *.BMP, *.GIF, *.TIF, *.JPG. Tytuły rycin i tabel oraz wszystkie opisy wewnątrz nich powinny być wykonane w języku polskim i angielskim. Do tworzenia wykresów zalecane jest użycie programu Microsoft Excel – wszystkie wersje.

MASZYNOPSIS

1. Objętość prac oryginalnych i poglądowych nie powinna być większa niż 16 stron, a kazuistycznych – 8 stron maszynopisu, łącznie z piśmiennictwem, rycinami, tabelami i streszczeniami (standardowa strona – 1800 znaków).
2. Prace powinny być pisane na papierze formatu A4, z zachowaniem podwójnych odstępów między wierszami, pismem wielkości 12 punktów (np. Arial, Times New Roman). Z lewej strony należy zachować margines szerokości 2 cm, z prawej margines szerokości 3 cm.
3. Propozycje wyróżnień należy zaznaczyć w tekście pismem półgrubym (bold).
4. Na prawym marginesie należy zaznaczyć ołówkiem miejsce druku tabel i rycin.
5. Na pierwszej stronie należy podać:
 - tytuł pracy w języku polskim i angielskim,
 - skrócony (maksymalnie 10 słów) tytuł pracy w języku polskim i angielskim (żywa pagina),
 - pełne imię i nazwisko Autora (Autorów) pracy. Przy pracach wieloosrodkowych prosimy o przypisanie Autorów do ośrodków, z których pochodzą,

- pełną nazwę ośrodka (ośrodków), z którego pochodzi praca (w wersji oficjalnie ustalonej); w przypadku prac oryginalnych i redakcyjnych – w wersji angielskiej,
- adres, na jaki Autor życzy otrzymywać korespondencję (służbowy lub prywatny) wraz z tytułem naukowym, pełnym imieniem i nazwiskiem, oraz (obligatoryjnie) numer telefonu i adres poczty elektronicznej. Jednocześnie Autor wyraża zgodę na publikację przedstawionych danych adresowych (jeżeli Autor wyrazi takie życzenie, numer telefonu nie będzie publikowany),
- słowa kluczowe w języku polskim i angielskim, zgodne z aktualną listą Medical Subject Heading (MeSH) (od 3 do 5). Jeżeli odpowiednie terminy MeSH nie są jeszcze dostępne dla ostatnio wprowadzonych pojęć, można używać ogólnie używanych określeń.

Na dole strony powinny być opisane wszelkie możliwe konflikty interesów oraz informacje o źródłach finansowania pracy (grant, sponsor itp.), podziękowania, ewentualnie powinna się tu też pojawić nazwa kongresu, na którym praca została ogłoszona.

6. Na drugiej stronie pracy należy wydrukować wyłącznie tytuł pracy w języku polskim i angielskim.

STRESZCZENIE

Do artykułu następnie należy dołączyć streszczenie, o tej samej treści w języku polskim i angielskim. Streszczenie prac oryginalnych i redakcyjnych powinno zawierać 300-400 słów. Streszczeniu należy nadać formę złożoną z pięciu wyodrębnionych części, oznaczonych kolejno następującymi tytułami: Wprowadzenie, Cel pracy, Materiał i metodyka, Wyniki, Wnioski. Wszystkie skróty zastosowane w streszczeniu muszą być wyjaśnione przy pierwszym użyciu. Streszczenie prac poglądowych i kazuistycznych powinno zawierać 150-250 słów.

UKŁAD PRACY

Układ pracy powinien obejmować wyodrębnione sekcje: Wprowadzenie, Cel pracy, Materiał i metodyka, Wyniki, Omówienie, Wnioski, Piśmiennictwo, Tabele, Opisy rycin (w jednym pliku tekstowym w wersji polskiej i angielskiej) oraz Ryciny. Sekcja Materiał i metodyka musi szczegółowo wyjaśniać wszystkie zastosowane metody badawcze, które są uwzględnione w Wynikach. Należy podać nazwy metod statystycznych i oprogramowania zastosowanych do opracowania wyników. Wyniki oznaczeń biochemicznych i innych należy podawać w jednostkach SI. Pomiar długości, wysokości, ciężaru i objętości powinien być podany w jednostkach metrycznych (metr, kilogram, litr) lub ich wielokrotnościach dziesiętnych. Temperatura powinna być podana w stopniach Celsjusza.

TABELE

Tabele należy nadsyłać w dwóch egzemplarzach, każda tabela na oddzielnej kartce formatu A4. Tytuły tabel oraz cała ich zawartość powinny być wykonane w języku polskim i angielskim. Wszystkie użyte w tabelach skróty wymagają każdorazowo wyjaśnienia pod tabelą (w języku polskim i angielskim) niezależnie do rodzaju pracy. Tabele powinny być ponumerowane cyframi rzymskimi.

RYCINY

Ryciny należy nadsyłać w trzech egzemplarzach. Powinny one zostać wykonane techniką komputerową. Tytuły rycin oraz opisy wewnątrz nich powinny być wykonane w języku polskim i angielskim. Wszystkie użyte skróty wymagają każdorazowo wyjaśnienia pod ryciną. Ryciny należy ponumerować cyframi arabskimi. Tytuły rycin należy przesłać na oddzielnej kartce. Do wykresów należy dołączyć wykaz danych. Wydawca zastrzega sobie prawo kreowania wykresów na podstawie załączonych danych.

SKRÓTY I SYMBOLE

Należy używać tylko standardowych skrótów i symboli. Pełne wyjaśnienie pojęcia lub symbolu powinno poprzedzać pierwsze użycie jego skrótu w tekście, a także występować w legendzie do każdej ryciny i tabeli, w której jest stosowany.

PIŚMIENICTWO

Piśmiennictwo powinno być ułożone zgodnie z kolejnością cytowania prac w tekście, tabelach i rycinach (w przypadku pozycji cytowanych tylko w tabelach i rycinach obowiązuje kolejność zgodna z pierwszym odnośnikiem do tabeli lub ryciny w tekście). Liczba cytowanych prac w przypadku prac oryginalnych, redakcyjnych i poglądowych nie powinna przekraczać 30 pozycji, w przypadku prac kazuistycznych – 10. Piśmiennictwo powinno zawierać wyłącznie pozycje opublikowane, zgodnie z konwencją Vancouver/ICMJE, stosowaną m.in. przez MEDLINE: <http://www.lib.monash.edu.au/tutorials/citing/vancouver.html>. Przy opisach bibliograficznych artykułów z czasopism należy podać: nazwisko autora wraz z inicjałami imienia bez kropek (przy liczbie autorów przekraczającej 4 osoby podaje się tylko pierwsze trzy nazwiska i adnotację „et al.” w pracach zgłaszanych w języku angielskim lub „i wsp.” w pracach zgłaszanych w języku polskim), tytuł pracy, skrót tytułu czasopisma (bez kropek, zgodny z aktualną listą czasopism indeksowanych w Index Medicus, dostępną m.in. pod adresem <ftp://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/ljijweb.pdf>), rok wydania, a następnie po średniku numer tomu (rocznika; bez daty wydania jeśli czasopismo stosuje paginację ciągłą) oraz po dwukropku numer strony, na których zaczyna się i kończy artykuł. Strefy nazwiska autorów, tytułu pracy, tytułu czasopisma rozdzielane są kropkami, np.:

- Menzel TA, Mohr-Kahaly SF, Koelsch B, i wsp. Quantitative assessment of aortic stenosis by three-dimensional echocardiography. J Am Soc Echocardiogr. 1997;10:215-223. Opisy wydawnictw zwartych (książki) powinny zawierać: nazwisko(a) autora(ów) wraz z inicjałami imienia bez kropek (przy liczbie autorów przekraczającej 4 osoby podaje się tylko pierwsze trzy nazwiska i adnotację „et al.” w pracach zgłaszanych w języku angielskim lub „i wsp.” w pracach zgłaszanych w języku polskim), tytuł; po kropce – numer wydania książki (ed./wyd., niepodawany przy wydaniu pierwszym), miasto i nazwę wydawcy oraz rok wydania. Przy pracach zbiorowych nazwisko(a) Redaktora(ów) opatrzone są adnotacją „red.” („ed.(s)” w pracach angielskojęzycznych):
- Iverson C, Flanagin A, Fontanarosa PB, i wsp. American Medical Association manual of style. 9 wyd. Baltimore: Williams & Wilkins; 1998. Przy cytowaniu rozdziałów książek należy podać: nazwisko(a) autora(ów) rozdziału wraz z inicjałami imienia bez kropek (przy liczbie autorów przekraczającej 4 osoby podaje się tylko pierwsze trzy nazwiska i adnotację „et al.” w pracach zgłaszanych w języku angielskim lub „i wsp.” w pracach zgłaszanych w języku polskim), tytuł rozdziału, następnie po oznaczeniu „W.”: nazwisko(a) autora(ów) lub redaktora książki wraz z inicjałami imienia, tytuł książki; po kropce – numer wydania książki (ed./wyd., niepodawany przy wydaniu pierwszym), miasto i nazwę wydawcy, rok wydania i numery pierwszej i ostatniej strony poprzedzone literą „p.”:
- Chosia M. Patomorfologia zastawki aorty. W: Szwed H, red. Zwięzione zastawki aortalnej. Gdańsk: Via Medica; 2002. p.1-11. Konieczne jest ścisłe zachowanie interpunkcji według powyższych przykładów cytowania. Odnośniki do publikacji internetowych (z podanym pełnym adresem strony internetowej) są dopuszczalne jedynie w sytuacji braku adekwatnych danych w literaturze opublikowanej drukiem.