

JANINA KSIĄŻEK¹, BEATA KENTZER²

KWESTIONARIUSZ OCENY DOKUMENTACJI PIELĘGNIARSKIEJ

QUESTIONNAIRE OF NURSING RECORD EVALUATION

¹ Samodzielna Pracownia Pielęgniarstwa Chirurgicznego AM w Gdańsku

kierownik: dr Janina Książek

² SPSK nr 1 ACK AM w Gdańsku

dyrektor: lek. Michał Mędraś

Celem pracy jest prezentacja kwestionariusza oceny dokumentacji pielęgniarstwa. Przedstawiony kwestionariusz oceny dokumentacji jest narzędziem własnym, powstałym na bazie badań pilotażowych i wcześniejszych, autorskich narzędzi wykorzystywanych w pracach omawiających zagadnienia jakości opieki pielęgniarstwa, a po zmodyfikowaniu jest stosowany do oceny dokumentacji pielęgniarstwa w SPSK nr 1 ACK AM w Gdańsku. Kwestionariusz składa się z pięciu części, a jego elektroniczna wersja stwarza możliwość prostego zestawiania danych.

Akademickie Centrum Kliniczne w Gdańsku zatrudnia 1242 pielęgniarki i położne pracujące w 61 jednostkach łóżkowych/oddziałach. W 2004 roku w oddziałach szpitalnych leczonych było 45675 pacjentów, w oddziałach dziennych 13777 pacjentów i w ambulatorium teleradioterapii 1146 pacjentów. Prowadzenie oceny dokumentacji pielęgniarstwa w tak dużej strukturze organizacyjnej byłoby niemożliwe bez rzetelnego narzędzia badawczego, a przecież dokumentacja jest ważnym elementem szeroko pojętego systemu zarządzania jakością.

Tendencje panujące w systemie ochrony zdrowia powodują, że systematycznie wzrasta nacisk na świadczenie usług odpowiedniej jakości. Zakłady Opieki Zdrowotnej mogą wybrać spośród trzech podstawowych systemów zarządzania jakością: akredytacja, normy ISO 9000, Total Quality Management. W Polsce najbardziej popularna jest akredytacja, zaś najmniej Total Quality Management [2, 3, 8]. Bez względu na rodzaj wdrażanego systemu zarządzania jakością, przy analizie elementów składowych trzeba zawsze uwzględnić jakość dokumentacji [9]. Dokumentacja medyczna jest podstawowym nośnikiem informacji o pacjencie i jakości oferowanych mu usług, a karty pielęgnacyjne są jego integralną częścią [5]. Jakość opieki pielęgniarstwa jest zagadnieniem złożonym i najczęściej dotyczy problemów biologicznych, psychicznych, społecznych i duchowych oraz ich wzajemnej relacji [12]. Tworząc arkusz oceny dokumentacji należy brać pod uwagę wszystkie etapy procesu pielęgnowania. Z teore-

tycznego punktu widzenia nie ma takich stanów, które wykluczałyby możliwość świadczenia opieki pielęgniarskiej opartej o te etapy. Najczęściej przyjmuje się cztery lub pięć etapów procesu pielęgnowania. W zależności od ich liczby wyodrębnia się następujące czynności: 1. Rozpoznanie, plan opieki, realizacja, ocena; 2. Gromadzenie danych, diagnoza, plan opieki, realizacja, ocena [4]. Istnieje ścisły związek między diagnozą a etapem gromadzenia danych, a także między diagnozą a planem opieki. Według Północnoamerykańskiego Stowarzyszenia Diagnozy Pielęgniarskiej (NANDA – North American Nursing Diagnosis Association): „Diagnoza pielęgniarska jest kliniczną oceną indywidualnej, rodzinnej i środowiskowej reakcji na aktualne lub potencjalne problemy zdrowotne, procesy życiowe. Diagnoza pielęgniarska dostarcza podstaw do wyboru interwencji pielęgniarskiej w celu uzyskania wyników, za które pielęgniarka jest odpowiedzialna” [1].

Narzędzie oceniające dokumentację pielęgniarską może służyć do oceny rzetelności w wypełnianiu przez personel poszczególnych rubryk, lub zawierać jednocześnie informacje o jakości usług. Jeśli zarządzający jakością pragną połączyć oba rodzaje informacji, wówczas arkusz oceny powinien oceniać dokumentację według etapów procesu pielęgnowania [6]. Oceny dokumentacji pielęgniarskiej w szpitalnym oddziale dokonuje się u wylosowanych 15–20% pacjentów przebywających w oddziale, to jest spośród pacjentów z ograniczoną sprawnością, wymagających bardziej złożonych procedur diagnostycznych, terapeutycznych, pielęgnacyjnych lub edukacyjnych. Procedura ta jest z powodzeniem stosowana w badaniach jakości [10].

CEL PRACY

Celem pracy jest prezentacja kwestionariusza oceny dokumentacji pielęgniarskiej.

KWESTIONARIUSZ OCENY DOKUMENTACJI PIELĘGNIARSKIEJ (załącznik)

W kwestionariuszu jakości opieki pielęgniarskiej, opracowanym przez Szymańską, kryteria odnoszą się do pięciu podstawowych funkcji pielęgnowania: zapewnienia bezpieczeństwa fizycznego pacjentom, zaspokojenia potrzeb biologicznych, opieki psychospołecznej, wychowania zdrowotnego oraz udziału w diagnozowaniu i leczeniu [12]. Budując prezentowany kwestionariusz oceny dokumentacji wzorowano się na etapach procesu pielęgnowania. Kwestionariusz składa się z pięciu części. Każdej ocenianej informacji przyznano określoną wartość punktową. Spełnienie kryterium oznacza się poprzez przyznanie wartości punktowej w rubryce „Tak”, niespełnienie kryterium jest równoznaczne z przyznaniem wartości punktowej w rubryce „Nie”. W przypadku kiedy zgromadzenie danych jest niemożliwe, wartość punktową zaznacza się w rubryce „Nie dotyczy”. Suma punktów uzyskanych w tej rubryce stanowi podstawę do pomniejszenia należnej wartości ocenianych aspektów. Zgromadzona wartość punktów w rubryce „Nie” wskazuje na zaniedbane obszary w zakresie gromadzenia danych lub ich niewykorzystanie w formułowaniu problemów pielęgnacyjnych jak również planów opieki.

Kwestionariusz ankiety opatrzony jest metryczką, w której należy odnotować: oddział, w którym oceniana jest dokumentacja, datę oceny, kategorię pacjenta w dniu oceny – zdolność

pacjenta do samoopieki, tryb przyjęcia pacjenta. Kategoryzacja i tryb przyjęcia mają znaczenie do analizy prawidłowości w gromadzeniu danych o pacjencie i sformułowanym planie opieki.

Część I – Gromadzenie danych ogólnych; umożliwia ocenę rzetelności gromadzenia podstawowych danych ogólnych zawartych na 1 stronie dokumentu – „Historia pielęgnowania”. Ważną rolę odgrywa tu kategoryzacja pacjenta w dniu oceny. Do kategoryzacji pacjentów pielęgniarce w całym SPSK nr 1 ACK AMG posługują się metodą Wolfe’a i Younga [11] zmodyfikowaną przez prof. Helenę Lenartowicz, która zaproponowała następujące czasy opieki bezpośredniej:

Kategoria I – 30 min./dobę (opieka minimalna); do 7 pkt.

Kategoria II – 60 min./dobę (opieka umiarkowana); od 8 do 14 pkt.

Kategoria III – 90 min./dobę (opieka wzmożona); od 15 do 21 pkt.

Kategoria IV – 210 min./dobę (opieka intensywna); od 22 do 28 pkt.

Klasyfikując pacjenta do określonej kategorii bierze się pod uwagę następujące wyznaczniki opieki: 1. Poruszanie się; 2. Czynności higieniczne; 3. Odżywianie; 4. Wydalanie; 5. Pomiar objawów życiowych; 6. Leczenie; 7. Orientacja w sprawach zdrowia i opieka psychospołeczna [7]. W części tej można przyznać dokumentacji 30 punktów.

Część II – Gromadzenie danych szczegółowych; odpowiada 2 stronie historii pielęgnowania i umożliwia ocenę rzetelności zgromadzonych danych o poszczególnych układach. Oceniając tę stronę dokumentacji zwraca się również uwagę na dodatkowe informacje o ocenianych układach, np. jeżeli u przyjmowanej osoby pielęgniarca zaobserwowała i zaznaczyła, że ma ona przyspieszony oddech, to w rubryce „dodatkowe informacje o ocenianych układach” powinna znaleźć się informacja o liczbie oddechów na minutę. W części tej również można przyznać dokumentacji 30 punktów.

Część III – Przyjęcie chorego do oddziału. W tej części kwestionariusza oceniamy, czy pielęgniarca przyjmująca pacjenta do oddziału rozpoznała (w oparciu o zgromadzone już dane na 1 i 2 stronie historii pielęgnowania) problemy pacjenta i czy sformułowała propozycję planu opieki. Należy pamiętać, że informacje z pierwszego wywiadu zgromadzone na dwóch pierwszych stronach historii pielęgnowania stanowią często podstawę do podjęcia działań edukacji zdrowotnej pacjenta podczas jego całego pobytu w szpitalu. W części tej można przyznać dokumentacji 40 punktów.

Część IV – Diagnoza pielęgnowania i realizacja planu opieki; część ta ocenia informacje zgromadzone na „wkładce do historii pielęgnowania”, a więc wyłonione diagnozy pielęgnowania i sformułowane plany opieki.

Część V – Ocena całościowa; stanowi swojego rodzaju podsumowanie całości i wymienia aspekty, których ocena we wcześniejszych częściach kwestionariusza była niemożliwa.

Należy zaznaczyć, że części I i II narzędzia służą do ogólnej oceny rzetelności w prowadzeniu dokumentacji, a części III i IV wykorzystywane są do oceny jakości świadczonych usług pielęgniarstwa. Ostatnia część umożliwia ocenę całości i służy jako podstawa do porównywania danych z poszczególnymi kontrolami pomiędzy ocenianymi jednostkami.

Dla potrzeb analizy porównawczej stworzono elektroniczną wersję narzędzia, dzięki czemu uzyskano możliwość prostego zestawiania danych.

DYSKUSJA

Autorzy zajmujący się zagadnieniami jakości często podkreślają, że jakość globalna jest sumą wielu jakości cząstkowych. Jeśli organizacja chce, by końcowy efekt jej działań był właściwy, musi być uporządkowana, a jej celem we wszystkich obszarach działania musi być jakość [1, 2, 3]. Nawiązując do zagadnień jakości autorce kwestionariusza oceny dokumentacji pielęgniarskiej udało się zawrzeć w nim wiele cząstkowych elementów opieki pielęgniarskiej. Jakość opieki pielęgniarskiej stanowi udokumentowany element jakości usług medycznych i nie może być pomijana przy ocenie dokumentacji [5, 6, 9]. Autorzy pracy poruszają także inny ważny wątek, np. kwestie: etapów procesu pielęgnowania czy rolę diagnozy pielęgnowania w formułowaniu planów opieki pielęgniarskiej. Zebrane dane mają ogromne znaczenie dla ogólnej oceny jakości dokumentacji, dlatego należy zaznaczyć, że wnioski pokontrolne są przedstawiane z-cy dyrektora ds. pielęgniarstwa oraz przewodniczącej Zespołu ds. Dokumentacji Medycznej. W 2004 r. zaprezentowanym kwestionariuszem dokonano oceny dokumentacji pielęgniarskiej we wszystkich oddziałach SPSK nr 1 ACK AMG. Wnioski pokontrolne posłużyły do opracowania planów usprawniających prowadzenie dokumentacji procesu pielęgnowania oraz szkoleń wewnątrzszpitalnych w 2005 r.

Wadą kwestionariusza jest niewątpliwie jego skomplikowana budowa, wymagająca od oceniających dużej wiedzy związanej z całokształtem procesu pielęgnowania. Praktyka związana z oceną dokumentacji w SPSK nr 1 ACK AMG w Gdańsku pokazała jednak, że przy sprawnie działającym podzespole ds. dokumentacji pielęgniarskiej, jego zaangażowaniu i odpowiednim przeszkoleniu, możliwa jest ocena dokumentacji nawet w tak dużej jednostce organizacyjnej. Autorzy pracy zdają sobie również sprawę z faktu, że do pełnego wykorzystania zgromadzonych tą metodą danych konieczna jest praca nad stworzeniem elektronicznej bazy danych i programu do analizy.

WNIOSKI

Kwestionariusz oceny historii pielęgnowania jest narzędziem umożliwiającym ocenę działań pielęgniarskich we wszystkich etapach pobytu pacjenta w szpitalu.

PIŚMIENNICTWO

1. Nursing diagnosis: application to clinical practice. Philadelphia: Lippincott Comp., 1989. – 2. Podręcznik zarządzania jakością, red. D. Lock. Warszawa, 2002. – 3. Dobska M., Dobski P.: Marketing usług medycznych. Warszawa, 1999. – 4. Górąjek-Józwick J.: Proces pielęgnowania. Warszawa, 1993. – 5. Książek J., Kretowicz K., Skokowski J.: Dokumentacja procesu pielęgnowania w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 1 Akademickiego Centrum Klinicznego Akademii Medycznej w Gdańsku. Ann. Acad. Med. Gedan., 2004, 34, 173. – 6. Książek J.: Jakość opieki medycznej w okresie okołoperacyjnym na przykładzie operowanych chorych na raka płuca. Psychoonkologia, Polskie Towarzystwo Psychoonkologiczne, Warszawa 2003. – 7. Lenartowicz H.: Organizacja pracy pielęgniarskiej: skrypt dla studentów Wydziału Pielęgniarskiego. Lublin, 1985. – 8. Podstawy kompleksowego zarządzania jakością

TQM, red. Łańcucki J. Poznań Wydaw. Akad. Ekon., 2003. – 9. Opolski K., Dykowska G., Możdzonek M.: Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Warszawa 2005. – 10. Szymańska H.: Ocena poziomu opieki pielęgniarstwa chorych hospitalizowanych. Cz. 2. Ann. UMCS 1980, 35, 48, 349.

11. Wolfe H., Young J.P.: Staffing the nursing unit. Nurs. Res. 1965, 14, 236. – 12. Wypych A.: Organizacja opieki pielęgniarstwa w oddziałach szpitalnych a jej wpływ na jakość opieki. W: Jakość w opiece pielęgniarstwa. Materiały ogólnopolskiej konferencji szkoleniowo-naukowej. Olsztyn, 1996.

J. Książek, B. Kentzer

QUESTIONNAIRE OF NURSING RECORD EVALUATION

Summary

The aim of the study is to present the questionnaire of nursing record evaluation. The questionnaire is a tool created by the authors on the basis of pilot research and other tools previously used by them in studies dealing with aspects of nursing care quality. Having been modified, the questionnaire is used for evaluating nursing records in the Independent Public Clinical Hospital No 1 of the Academic Clinical Centre, Medical University of Gdańsk. The study presented theoretical basis used while constructing the questionnaire and also discussed its structure (parts). Authors pay attention to the fact that evaluating nursing records in such a large organisational structure would be impossible without a reliable research tool and effectively cooperating record department team. Moreover, in order to use efficiently the information gathered by means of this method, it is necessary to work on creating an electronic database and a program for its analysis.

Adres: dr Janina Książek

Samodzielna Pracownia Pielęgniarstwa Chirurgicznego AMG
ul. M. Skłodowskiej-Curie, 80–287 Gdańsk
tel. 349–24–00, 349–12–92
e-mail: j.ksiazek@poczta.fm

ZAŁĄCZNIK 1/ APPENDIX 1

Kwestionariusz oceny historii pielęgnowania

Questionnaire of nursing history evaluation

Oddział / Ward

Data / Date

Kategoria pacjenta w dniu oceny / Patient's category on the day of evaluation

IV III II I Tryb przyjęcia / Admission procedure: planowy / planned agły / emergency

Lp. / No	I. Gromadzenie danych ogólnych / Gathering general information	Waga / Importance	Tak / Yes	Nie / No	Nie dotyczy / Not applicable
1	Dane dotyczące pacjenta i jego rodziny zostały zgromadzone prawidłowo / Information about a patient and their family was gathered properly	5			
2	Określono datę, godzinę i tryb przyjęcia chorego / Date, time and admission procedure of a patient were determined	2			
3	Przy przyjęciu odnotowano rozpoznanie lekarskie w języku polskim / On admission, a medical diagnosis was written down in Polish	1			
4	Odnotowano informacje odnośnie przebytych chorób, operacji, pobytów w szpitalach oraz o głównych dolegliwościach i chorobach współistniejących / The following information was noted down: past diseases, operations, hospitalisations as well as main complaints and concomitant diseases	5			
5	Określono grupę krwi, czynnik Rh i dane epidemiologiczne / Blood group, Rh factor and epidemiological data were established	3			
6	Przy przyjęciu dokonano pomiaru wzrostu, masy ciała / Patient's weight and height were measured on admission	2			
7	Określono przyzwyczajenia pacjenta np. dotyczące snu oraz występujące nałogi / Patient's habits, i.e. concerning sleep, and bad habits were determined	2			
8	Opisano sprzęt pomocniczy, z którego korzysta chory / Supporting equipment used by a patient was described	1			
9	Określono czynniki ryzyka oraz sprawność pacjenta przy przyjęciu / On admission a patient's level of fitness and risk factors were determined	4			
10	Oceniono stan psychiczny pacjenta / Patient's psychological condition was evaluated	3			
11	Uzyskano podpis chorego/rodziny pod informacją o prawach pacjenta / Information about patients' rights was signed by a patient/patient's family	2			
	Suma / Total	30			

Lp. / No	II. Gromadzenie danych szczegółowych / Gathering detailed information	Waga / Importance	Tak / Yes	Nie / No	Nie dotyczy / Not applicable
1	Przy przyjęciu oceniono układy: oddechowy, krążenia, pokarmowy, moczowo-płciowy, mięśniowo-szkieletowy / On admission the following systems were evaluated: respiratory, circulatory, digestive, genitourinary, muscular, skeletal	15			
2	Przy przyjęciu oceniono wzrok, słuch, świadomość / On admission patient's sight, hearing, consciousness were evaluated	3			
3	Przy przyjęciu oceniono ryzyko wystąpienia odleżyn / On admission the risk of decubitus ulcer occurrence was assessed.	3			
4	Przy przyjęciu oceniono stan skóry / On admission patient's skin condition was evaluated	3			
5	W uwagach zawarto dodatkowe informacje o ocenianych układach / Additional information about the evaluated systems was included in 'remarks'	4			
6	Wszystkie dane dotyczące wywiadu i gromadzenia danych szczegółowych zapisane są czytelnie oraz opatrzone datą i czytelnym podpisem pielęgniarki / All information concerning taking history and gathering detailed information is legibly written down, with date and nurse's legible signature	2			
	Suma / Total	30			

Lp. / No	III. Przyjęcie chorego do oddziału / Patient's admission to a ward	Waga / Importance	Tak / Yes	Nie / No	Nie dotyczy / Not applicable
1	Wyłoniono problemy pielęgnacyjne związane z przyjęciem do oddziału i ustalono plan postępowania / Admission-related nursing problems were identified and a management plan was established	2			
2	Określono plan postępowania wynikający ze stanu zagrożenia życia chorego / Management plan resulting from life-threatening condition of a patient was established	3			
3	Określono plan postępowania wynikający z konieczności zapewnienia choremu bezpieczeństwa / Management plan resulting from the necessity of ensuring patient's safety was established	2			
4	Przy przyjęciu ustalono plan postępowania wynikający z konieczności zaspokojenia potrzeb biologicznych / On admission, management plan resulting from the necessity of satisfying patients' biological needs was established	2			
5	Wyłoniono problemy psychiczne chorego i rodziny związane z przyjęciem do oddziału i ustalono plan postępowania / Admission-related psychological problems of a patient and their family were determined and a management plan was established	2			

6	Przy przyjęciu określono plan postępowania związany z odchyleniami od normy w poszczególnych układach (oddechowy, krążenia, itp.) / On admission, a management plan connected with abnormalities detected in the evaluated systems (i.e. respiratory, circulatory, etc.) was established	3			
7	Przy przyjęciu określono plan postępowania związany z problemami społeczno-socjalnymi chorego / On admission, a management plan connected with patient's social problems was established	3			
8	Przy przyjęciu oceniono poziom wiedzy/orientację chorego i jego rodziny o chorobie i ustalono plan postępowania / On admission, patient and their family's familiarity/knowledge of a disease was evaluated and a management plan was established	2			
9	Wyloniono problemy pielęgnacyjne związane z głównymi dolegliwościami i chorobami współistniejącymi i ustalono plan postępowania / Nursing problems related to patient's main complaints and concomitant diseases were determined and a management plan was established	3			
10	Określono plan postępowania wynikający z konieczności realizacji zleceń lekarskich przy przyjęciu / Management plan resulting from the necessity of following doctor's orders on admission was established	2			
11	Określono plan postępowania wynikający z konieczności wykonania pilnych badań, zabiegów diagnostycznych / Management plan resulting from the necessity of performing urgent examinations, diagnostic procedures	2			
12	Przy przyjęciu ustalono plan postępowania uwzględniający przyzwyczajenia chorego i organizację czasu wolnego / On admission, a management plan including patient's habits and free time organisation was established	2			
13	Przy przyjęciu w planie postępowania uwzględniono i odnotowano uwagi pacjenta i jego rodziny / On admission, the remarks of a patient and their family were taken into account and noted down	1			
14	Przy przyjęciu ustalono plan postępowania związany z ocenionym ryzykiem wystąpienia odleżyn / On admission, a management plan connected with evaluating the risk of decubitus ulcer occurrence was established	2			
15	Przy przyjęciu ustalono plan postępowania związany z ocenianym stanem skóry / On admission, a management plan connected with the evaluated skin condition was established	2			
16	Ustalono plan postępowania uwzględniający planowane badania diagnostyczne, zabiegi i operacje / Management plan including planned diagnostic procedures, operations was established	3			
17	Przy przyjęciu w planach postępowania uwzględniono uwagi innych członków zespołu terapeutycznego / On admission, the remarks of other therapeutic team members were included in managements plans	2			

18	Określone problemy i plany postępowania zapisane są czytelnie i opatrzone podpisem pielęgniarki / Specified problems and management plans are legibly written down and carry a signature of a nurse	2			
	Suma / Total	40			

Lp. / No	IV. Diagnoza pielęgnowania i realizacja planu opieki / Nursing diagnosis and realisation of a nursing care plan	Waga / Importance	Tak / Yes	Nie / No	Nie dotyczy / Not applicable
1	Wyłoniona diagnoza pielęgnowania jest oparta na obecnie istniejących problemach chorego / Established nursing care diagnosis is based on currently existing patient's problems	3			
2	Wyłoniona diagnoza pielęgnowania jest oparta na potencjalnych zagrożeniach wynikających z procesu leczenia i pielęgnacji / Established nursing care diagnosis is based on potential threats resulting from treatment and care processes	3			
3	Wyłoniona diagnoza pielęgnowania wiąże się z realizacją bieżących zleceń lekarskich / Established nursing care diagnosis is connected with following current doctor's orders	1			
4	Wyłoniona diagnoza pielęgnowania uwzględnia aktualny stan psychiczny chorego / Established nursing care diagnosis takes into account patient's current psychological condition	3			
5	Wyłoniona diagnoza pielęgnowania uwzględnia aktualne problemy społeczne i socjalne chorego / Established nursing care diagnosis takes into account patient's current social problems	4			
6	Wyłoniona diagnoza pielęgnowania uwzględnia aktualny poziom wiedzy / orientację chorego i jego rodziny o chorobie / Established nursing care diagnosis takes into account patient and their family's current familiarity/knowledge of a disease	2			
7	Wyłoniono diagnozę pielęgnowania związaną z aktualnymi głównymi dolegliwościami i chorobami współistniejącymi / Nursing care diagnosis connected with current main complaints and concomitant diseases was established	3			
8	Wyłoniona diagnoza pielęgnowania związana jest z realizacją wsparcia psychicznego / Established nursing care diagnosis is connected with the realisation of psychological support	2			
9	Wyłoniona diagnoza pielęgnowania związana jest z ocenianym ryzykiem wystąpienia odleżyn / Established nursing care diagnosis is connected with the evaluated risk of decubitus ulcer occurrence	2			
10	Wyłoniona diagnoza pielęgnowania związana jest ze stanem zagrożenia życia chorego / Established nursing care diagnosis is connected with life-threatening condition of a patient	3			

11	Wyłoniona diagnoza pielęgnowania związana jest z koniecznością zapewnienia choremu bezpieczeństwa / Established nursing care diagnosis is connected with the necessity of ensuring patient's safety	2			
12	Wyłoniona diagnoza pielęgnowania związana jest z zaspokojeniem potrzeb biologicznych / Established nursing care diagnosis is connected with satisfying patients' biological needs	2			
	Suma / Total	30			

Lp. / No	V. Ocena całościowa / Overall evaluation	Waga / Importance	Tak / Yes	Nie / No	Nie dotyczy / Not applicable
1	Diagnoza pielęgnowania jest powiązana z planem opieki / Nursing care diagnosis is related to nursing care plan	2			
2	Plan opieki jest systematycznie oceniany oraz utrzymano logiczność obserwacji / Nursing care plan is systematically evaluated and logicity of observation is maintained	4			
3	Plan opieki jest systematycznie korygowany w zależności od potrzeb i oczekiwań pacjenta / Nursing care plan is systematically corrected depending on patient's needs and expectations	3			
4	Diagnoza pielęgnowania i plany opieki są realnie dostosowane do aktualnych możliwości oddziału / Nursing care diagnosis and nursing care plans are practically adjusted to the possibilities of a ward	2			
5	Kolejne karty dokumentacji zawierają numery stron, imię i nazwisko chorego, kolejne daty / Subsequent pages of records contain page numbers, patient's name and surname, subsequent dates	3			
6	Karta opieki zawiera kategoryzację chorego / Nursing chart contains patient's categorisation	1			
7	Dokumentacja prowadzona jest czytelnie oraz brak skreśleń nieparafowanych podpisem pielęgniarki / Records are legible, there are no corrections without a nurse's signature	3			
8	W dokumentacji nie zostawiono wolnych miejsc umożliwiających dokonywanie wpisu w późniejszym terminie / In the records there are no blank spaces that would enable adding any information later on	1			
9	Wskazówki pielęgniarskie są wykonane właściwie / Nurses' advice is followed properly	2			
10	Dokumentacja procesu pielęgnowania jest przechowywana i zabezpieczona właściwie (estetyczne teczki, skoroszyty) oraz ma do niej dostęp cały zespół terapeutyczny / Records of nursing care process are properly stored and secured (esthetic folders, files) and the whole therapeutic team have access to them	3			

11	W dokumentacji procesu pielęgnowania zawarto wskazówki pielęgniarstwa przy przeniesieniu na inny oddział oraz przy wypisie ze szpitala / Records of nursing care process include nursing advice concerning transfer to a different ward or discharge from hospital	5			
12	Dokumentacja procesu pielęgnowania została dołączona przy wypisie do historii choroby / Records of nursing care process are enclosed with a case history on discharge	1			
Suma / Total		30			

PODSUMOWANIE/ SUMMARY

Lp. / No	Ocena / Evaluation	Suma punktów należna / No of points anticipated	Suma punktów uzyskanych / No of points scored	Tak / Yes	Nie / No	Nie dotyczy / Not applicable
1	Gromadzenie danych ogólnych / Gathering general information					
2	Gromadzenie danych szczegółowych / Gathering detailed information					
3	Przyjęcie chorego do oddziału / Patient's admission to a ward					
4	Diagnoza pielęgnowania i realizacja planu opieki / Nursing diagnosis and realisation of a nursing care plan					
5	Ocena całościowa / Overall evaluation					
6	Suma / Total					

Autor / Author: Janina Książek

Podpis osób oceniających
Signatures of evaluating persons

1.

2.

Podpis pielęgniarki oddziałowej
Signature of a departmental nurse

.....