



Gdańsk 25.04.2019

Recenzja rozprawy na stopień doktora nauk medycznych
mgr Sabiny Aleksandry Krupa

***„ Wpływ wprowadzenia protokołu przyspieszonego powrotu do zdrowia
(ERAS), na nakład pracy pielęgniarek u pacjentów po zabiegach
kardiochirurgicznych zastawki mitralnej z dostępu minimalnego”***

Kardiochirurgia jest dziedziną, która na całym świecie wiąże się z wysokimi kosztami opieki. Wiek pacjentów kardiochirurgicznych wzrasta, a co za tym idzie, zwiększa się ryzyko operacji. Minimalnie inwazyjna kardiochirurgia od lat 90-tych XX wieku zyskała ogólną akceptację w świecie specjalistów i pacjentów. Zostały wprowadzone procedury w oczekiwaniu na zmniejszenie bólu pooperacyjnego, czasu rekonwalescencji i kosztów opieki pacjentów. Dzięki minimalnie inwazyjnej kardiochirurgii, zmniejsza się ryzyko powikłań pooperacyjnych, mimo niejednokrotnie bardzo poważnych chorób współistniejących.

W latach 90 ubiegłego stulecia został dopracowany i rozpowszechniony protokół kompleksowej opieki okołoperacyjnej dla poprawy wyników leczenia Enhanced Recovery After Surgery (ERAS). Protokół ten obejmuje elementy przedoperacyjne, śródoperacyjne i pooperacyjne, które mają na celu zmniejszenie chirurgicznej odpowiedzi stresowej i długości pobytu w szpitalu oraz wpływają na poprawę wyników pacjentów. Znaczenie opieki pielęgniarskiej dla pacjentów znieczulanych zgodnie z protokołem ERAS jest często pomijane, a obciążenie pracą pielęgniarską nie jest prawie nigdy oceniane w badaniach naukowych dotyczących ERAS. Naukowcy w wielu krajach prowadzą badania nad zmniejszeniem kosztów opieki. Poprzez wprowadzenie odpowiednich narzędzi do oceny pracy, istnieje szansa na znalezienie „złotego środka”, który pozwoli zmniejszyć tym samym koszty pobytu pacjentów na Oddziałach Intensywnej Terapii (OIT).

Założenia funkcjonowania OIT mogą zostać osiągnięte jedynie wtedy, kiedy jest dostateczna ilość zasobów ludzkich. OIT to miejsca, gdzie wykorzystywane są wysokospecjalistyczne procedury, a co za tym idzie, generowane są wysokie koszty opieki. W krajach zachodnich, ponad 30% budżetów szpitali pochłaniają właśnie te oddziały. Wysokie koszty oddziałów intensywnej opieki medycznej wynikają także z zatrudnienia pielęgniarek, ponieważ to właśnie ta grupa zawodowa generuje około 50% kosztów ogólnych. Właściwa obsada stanowisk pielęgniarskich oraz odpowiednie kwalifikacje pielęgniarek, to gwarancja zapewnienia wysokiej jakości opieki. Jakość prowadzonej opieki jest determinowana czynnikami wspomnianymi powyżej, do których zaliczamy zasoby ludzkie oraz kwalifikacje personelu. W Polsce nie ma regulacji prawnych, które dokładnie opisywałyby obsadę pielęgniarską na OIT. W codziennej pracy nie spotykamy zjawiska planowania obsady pielęgniarskiej przy użyciu specjalnych narzędzi. Badania dotyczące planowania obsady pielęgniarskiej, poddały pomysł na stworzenie narzędzi, dzięki którym na każdym OIT będzie można oszacować obsadę pielęgniarską. Wiele badań wykazało, że niewystarczająca ilość pielęgniarek, negatywnie wpływa na występowanie śmiertelności, infekcji oraz ogólnego bezpieczeństwa pacjentów. Zwiększona ilość personelu pielęgniarskiego oraz wzrost umiejętności tej grupy zawodowej są związane z poprawą wyników leczenia pacjentów w OIT. Temat planowania obsad pielęgniarskich jest nieco kontrowersyjny w wielu krajach, gdyż trudno jest określić stałe zapotrzebowanie na opiekę ze względu na dynamiczne zmiany dotyczącego stanu pacjentów przebywających w OIT. Poziomy zatrudnienia muszą odpowiadać potrzebom pacjentów, ale nie mogą też odbywać się kosztem wyczerpania fizycznego pielęgniarek.

Konieczność określenia liczby zatrudnienia personelu pielęgniarek jest poparta mocnymi dowodami naukowymi, które wskazują na negatywne skutki w przypadku braków kadrowych. Zarówno skala Therapeutic Intervention Scoring System (*TISS-28*) jak i Nine Equivalents of Nursing Manpower Use Score (*NEMS*) są przystosowane do polskich warunków pracy, ale nie są wszędzie stosowane w codziennej praktyce klinicznej. W roku 2003 zostało wprowadzone nowe narzędzie do oceny czynności pielęgniarskich Nursing Activities Score (*NAS*). Podczas badań nad wyżej wymienioną skalą, udowodniono, że nie jest ona skomplikowana i może posłużyć do oszacowania zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską na każdym dyżurze. Według autorów zajmujących się badaniem nakładu pracy, obciążenie pracą pielęgniarską wiąże się z jakością opieki nad pacjentem oraz zdrowiem pracowników. Analizując problemy związane z koniecznością obliczania zapotrzebowania personelu pielęgniarskiego w latach 90 w Finlandii, stworzono system RAFAEL. W odróżnieniu od innych systemu klasyfikacji pacjentów, RAFAEL wykorzystuje codzienne dane pacjentów, w których bierze pod uwagę konieczne czynności pielęgnacyjne, zlecenia lekarskie i łączy nakład

pracy potrzebny do wykonania tych zadań. Głównym celem tego systemu jest zapewnienie odpowiedniej ilości pielęgniarek. Z założenia, potrzeby pacjentów w zakresie opieki powinny być równoważne z liczbą pielęgniarek, natomiast warunki pracy można uznać za korzystne, pożądane lub zadowalające.

W swojej pracy doktorskiej mgr Sabina Aleksandra Krupa podjęła się porównania nakładu pracy pielęgniarek u pacjentów po zabiegach kardiochirurgicznych z dostępu minimalnego, znieczulanych standardowo oraz według protokołu ERAS.

Doktorantka badaniem objęła 100 pacjentów – 50 znieczulanych standardowo i 50 znieczulanych według protokołu ERAS.

Przedstawiona mi do oceny praca liczy 131 stron tekstu z załącznikami; zawiera 20 rycin, 20 tabel, oraz 215 pozycji piśmiennictwa głównie w języku angielskim oraz 6 załączników. Układ pracy jest typowy.

Pozytywnie oceniam część teoretyczną pracy w skład której wchodzi wstęp oraz trzy rozdziały. Wstęp zajmuje 37 stron. Wstęp jest napisany w sposób poprawny. Jest zwarty, ale jednocześnie dostarcza wszystkich informacji wprowadzających do pracy doktorskiej. W jego podrozdziałach doktorantka omawia zagadnienia związane z organizacją oddziałów intensywnej terapii, protokołem ERAS w kardiochirurgii oraz nakładem pracy pielęgniarskiej.

W podsumowaniu części teoretycznej recenzowanej pracy pragnę podkreślić, że jest ona spójna wewnętrznie, merytorycznie poprawna, dobrze usystematyzowana, ma przejrzystą strukturę. Tytuły rozdziałów i podległych im podrozdziałów sformułowane zostały w sposób komunikatywny oraz adekwatny do poruszanych w nich problemów. Oceniana część pracy została napisana w sposób interesujący, a zaprezentowana w niej rozważania teoretyczne oparte zostały na bogatej i starannie dobranej do problemu pracy literaturze przedmiotu.

Część empiryczna pracy obejmuje pięć kolejnych rozdziałów. Cel oraz problemy badawcze zostały sformułowane poprawnie.

Rozdział „Materiał i Metody Badań” został opisany na sześciu stronach. Opis doboru narzędzi badawczych, grupy badanej, organizacji i przebieg procesu zbierania danych oraz analizy statystyczna nie budzi w mojej opinii żadnych zastrzeżeń. Pewna nieprawidłowość, która została zauważona to niezgodność w pokryciu nazwy rozdziału V-tego w spisie treści a rozdziałem V-tym w tekście głównym. Uważam, że zasadnym byłoby umieszczenie kryteriów włączenia i wyłączenia do badania oraz harmonogram badań w rozdziale „Materiał i Metody Badań”.

Rozdział „Wyniki badań” został przedstawiony na 28 stronach. Na początku doktorantka przedstawia dane demograficzne badanej grupy respondentów. W dalszej części rozdziału „Wyniki” autorka w sposób czytelny i rzeczowy przedstawia otrzymane wyniki dotyczące grupy pacjentów. Moja krytyczna uwaga odnosi się do grupy badanych pielęgniarek, gdyż Autorka podaje przedziały oraz wartości średnie nakładu pracy pielęgniarek według skali NEMS, NAS jednakże w tekście brakuje szczegółowego opisu liczby personelu pielęgniarskiego

biorącego udział w badaniu na dyżurze dziennym oraz na dyżurze nocnym, przy średniej liczbie chorych na dyżurach dziennym i nocnym w poszczególnych dobach sprawowanej opieki.

Rozdział „Dyskusja” w zakresie przeprowadzonego badania, uważam za bardzo satysfakcjonujący. Liczy ona 10 stron. Walorem pracy jest niewątpliwie bardzo starannie i w sposób dojrzały przeprowadzona dyskusja. Autorka pracy nawiązując do bogatej literatury przedmiotu stara się konfrontować wyniki badań własnych z rezultatami analiz teoretycznych i statystycznych innych badaczy.

W rozdziale „Wnioski” autorka przedstawiła cztery wnioski z pracy. Wnioski wynikają z otrzymanych wyników i są satysfakcjonujące.

Piśmiennictwo zostało dobrane bardzo dobrze. Zawiera najważniejsze prace, zarówno polskie jak i zagraniczne, w głównej mierze przeważają pozycje anglojęzyczne z omawianego obszaru badawczego, w tym prace najnowsze z lat 2015-2018. Doktorantka opracowując wykaz tekstów źródłowych powinna przyjąć zasadę ujednolicenia zapisu wszystkich pozycji zgodnie ze standardem Vancouver.

Zamieszczone streszczenie strukturalne w języku polskim i angielskim rozprawy w adekwatny sposób charakteryzuje całą rozprawę doktorską.

Wartościową częścią rozprawy są „Załączniki” ułatwiające lekturę opracowania, w których Autorka umieściła wykorzystane w badaniach kwestionariusze, Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz wzory zgód na przeprowadzenie badania.

Należy wyraźnie podkreślić, że przedstawione wyżej uwagi jednak charakter formalny i nie pomniejszają wartości pracy pod względem merytorycznym.

Podsumowując, uważam że przedstawiona mi do recenzji praca doktorska mgr Sabiny Aleksandry Krupa wnosi oryginalny i samodzielny wkład do badań nad porównaniem nakładu pracy pielęgniarek u pacjentów po zabiegach kardiochirurgicznych z dostępu minimalnego, znieczulanych standardowo oraz według protokołu ERAS. Praca ma wymiar praktyczny, może być pomocna nie tylko w krajach rozwijających się. W Polsce podjęto próby wdrożenia norm zatrudnienia. Niestety, w związku z trudnościami w szacowaniu czasu poszczególnych bezpośrednich i pośrednich czynności pielęgniarskich oraz brakiem obiektywizmu podczas ich pomiaru, nie udało się osiągnąć zamierzonego celu. W literaturze przedmiotu znaleźć można dowody naukowe świadczące o tym, że niedobór personelu pielęgniarskiego wpływa negatywnie na stan pacjentów i wzrasta procent niekorzystnych incydentów dotyczących pacjenta. Nieadekwatny dobór zasobów ludzkich do stanu zdrowia pacjentów jest powiązany z wystąpieniem zdarzeń niepożądanych, śmiertelnością pacjentów oraz wzrostem kosztów szpitalnych.

Otrzymane wyniki badań, uważam za ciekawe i mające szansę na publikację w liczących się czasopismach naukowych. Podjęcie tak ważnej tematyki, wysoki poziom merytoryczny pracy oraz umiejętność posługiwania się warsztatem naukowym upoważniają

mnie do stwierdzenia, że oceniana dysertacja spełnia warunki wymagane do ubiegania się o stopień doktora nauk medycznych.

Uważam, że rozprawa doktorska spełnia warunki określone w art. 13 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. Nr 65, poz. 595, z późn. zm.). W związku z powyższym mam zaszczyt przedstawić ją Wysokiej Radzie Wydziału Medycznego i wnoszę o dopuszczenie mgr Sabiny Aleksandry Krupa do dalszych etapów przewodu doktorskiego i publicznej dyskusji nad rozprawą.

Ze względu na bardzo wysoką wartość pracy zwracam się do Wysokiej Rady o wyróżnienie niniejszej rozprawy doktorskiej.

K I E R O W N I K
Zakładu Pielęgniarstwa
Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki

dr hab. Wioletta Mędrzycka-Dąbrowska