

Pomen dokumentacije za kontinuirano zdravstveno nego

Katarina Lokar

Uvod

Dokumentacija zdravstvene nege znotraj pacientove zdravstvene dokumentacije je sestavni del varne in učinkovite prakse zdravstvene nege. Razumljiva, izčrpna in natančna dokumentacija predstavlja zapis o strokovni presoji in prikaže prispevek zdravstvene nege pri zdravstveni oskrbi (1).

Medicinske sestre so odgovorne za neposredno delo s pacienti in za dokumentiranje zdravstvene nege v pacientovo zdravstveno dokumentacijo. V prejšnjih letih dokumentiranje ni veljalo za zelo pomembno sestavino dela medicinskih sester. Danes pa vse, kar medicinska sestra zapiše v zdravstveno dokumentacijo v zvezi s pacientovo zdravstveno oskrbo, ni pomembno le za pacienta (2). Pravno gledano je dokumentacija zdravstvene nege enako pomembna kot nudena zdravstvena nega (3).

Glavna korist dokumentacije je izboljšanje komunikacije med zdravstvenimi delavci za zagotavljanje kontinuitete kakovostne individualno načrtovane zdravstvene oskrbe pacienta (4).

Namen in pomen zdravstvene dokumentacije

Komunikacija

Dokumentacija je v osnovi komunikacija, ki odseva pacientov pogled na lastno zdravje in dobro počutje, na nudeno zdravstveno oskrbo, na učinek nudene zdravstvene oskrbe in na kontinuiteto zdravstvene oskrbe. Vsi zdravstveni delavci potrebujejo neprestan dostop do informacij o pacientu, da lahko nudijo varno in učinkovito zdravljenje ter zdravstveno nego in oskrbo. Učinkovita dokumentacija omogoča medicinskim sestram in drugim zdravstvenim delavcem komuniciranje o nudeni zdravstveni oskrbi in pomoč pacientom pri odločanju glede prihodnje zdravstvene oskrbe (1).

Jasna, popolna in natančna pacientova zdravstvena dokumentacija nudi zanesljiv in trajen zapis informacij o pacientu. Zdravstvena dokumentacija je lahko v papirnati ali elektronski obliki. Običajno dokumentirajo medicinske sestre in drugi zdravstveni delavci, so pa tudi situacije, v katerih pacienti in svojci sami dokumentirajo oskrbo z namenom komunikacije s člani zdravstvenega tima (1).

*Katarina Lokar, viš. med. ses., prof. zdr. vzg.
Onkološki inštitut Ljubljana*

Kontinuiteta zdravstvene oskrbe

Dobra dokumentacija zagotavlja zdravstvenim delavcem tekoče in veljavne podatke, opise problemov, diagnoze, cilje in strategije za pospeševanje kontinuitete zdravstvene oskrbe. Na primer, jasno identificirane in dokumentirane izvedene zdravstvenovzgojne strategije omogočajo drugim medicinskim sestram nadaljevanje zdravstvenovzgojnega dela pri pacientu. Natančna dokumentacija tudi odraža učinkovitost nudene zdravstvene oskrbe (1).

Pravna odgovornost

Zdravstvena dokumentacija prikaže odgovornosti medicinskih sester in jim pripiše zasluge za njihovo profesionalno delo. Uporablja se za ugotavljanje odgovornosti in reševanje vprašanj in problemov v zvezi z zdravstveno oskrbo ter v pravnih postopkih (1).

Zakonodajne zahteve

Medicinske sestre so dolžne dokumentirati svojo profesionalno prakso v skladu z zakonom in v skladu s splošno sprejetimi profesionalnimi standardi. Zakon o zdravstveni dejavnosti (5) obvezuje zdravstvene zavode k vodenju zdravstvene dokumentacije v skladu s posebnim zakonom. Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (6) pa določa vrste podatkov, ki jih je potrebno evidentirati, tudi na področju zdravstvene nege:

Naziv zbirke podatkov	Vsebina	Namen
Osnovna medicinska dokumentacija:	EMŠO, številka zdravstvenega zavarovanja, ime in priimek, genogram, zakonski stan, izobrazba, poklic, naslov stalnega bivališča, naslov začasnega bivališča, telefon, diagnoza, datum stika, načrtovani stiki, številka zdravnika, terapija, napotitev, vzrok začasne dela nezmožnosti, vzrok smrti, zavarovalniški status, razlog obravnave, socialna anamneza družine, načrt zdravstvene nege.	Osnovno medicinsko dokumentacijo uporabljajo izvajalci zdravstvene dejavnosti pri zagotavljanju zdravstvenega varstva. Osnovna medicinska dokumentacija služi tudi kot vir podatkov za evidence, opredeljene v tem zakonu.
Evidenca patronažne zdravstvene nege	Negovalna diagnoza, opravljene ure v zdravstveni negi, genogram, varovanci, naročniki, intervencije, strokovne storitve, izvajanje zdravstvene vzgoje.	Spremljanje dela patronažne zdravstvene nege.

Naziv zbirke podatkov	Vsebina	Namen
Evidenca zdravstvene nege	Negovalna diagnoza, kategorije bolnikov po zahtevnostnih stopnjah zdravstvene nege v bolnišnični oskrbi in socialnih zdravstvenih in varstvenih zavodih, postopki in posegi v zdravstveni negi, ki so navedeni kot samostojne storitve v novi nomenklaturi zdravstvenih storitev, zdravstvenovzgojna dejavnost, nesrečni primeri v zdravstveni ustanovi in na domu, ki nastanejo v času obravnave bolnika / varovanca.	Spremljanje dela zdravstvene nege.
Evidenca zdravstvenovzgojnega dela	Vsebina, metoda, oblika dela, zajeta populacija, izvajalci, opravljene ure, razdeljen material, uporabljena tehnologija, organizator in mesto izvajanja . zdravstvenovzgojnega dela.	Spremljanje, vrednotenje, programiranje in načrtovanje zdravstvenovzgojnega dela ter raziskovanje in proučevanje

Zbornica zdravstvene nege Slovenije je pripravila nacionalne smernice za zagotavljanje kakovosti zdravstvene nege, kjer sta zapisani tudi usmeritvi po ustreznem dokumentiranju zdravstvene nege (7):

- sprotno dokumentiranje postopkov in posegov v dokumentacijo zdravstvene nege v skladu z zakonskimi in etičnimi predpisi;
- poročanje drugim zdravstvenim strokovnjakom in zavodom za zagotavljanje kontinuirane zdravstvene nege.

Izboljševanje kakovosti

Informacije iz zdravstvene dokumentacije se pogosto uporabljajo za vrednotenje profesionalne prakse med procesi izboljševanja kakovosti. Posamezne medicinske sestre lahko uporabljajo informacije iz dokumentacije za refleksijo lastnega dela ter naredijo potrebne spremembe glede na dokaze (1).

Jasna, popolna in natančna dokumentacija olajša vrednotenje pacientovega napredka v smeri zaželenih rezultatov zdravstvene oskrbe. Prav tako pa tudi omogoči medicinskim sestram prepoznavanje področij, kjer so potrebne izboljšave. Slaba (nezadostna) dokumentacija ne prispeva popolnih, v najslabšem primeru celo kakršnihkoli pisnih dokazov o kakovosti nudene zdravstvene oskrbe (1).

Raziskovanje

Zdravstvena dokumentacija je lahko dragocen vir podatkov za raziskovanje v zdravstvu. Z vidika zdravstvene nege se zdravstvena dokumentacija lahko uporablja

za ocenjevanje intervencij zdravstvene nege in vrednotenje doseženih rezultatov kot tudi za prepoznavanje problemov na področju zdravstvene oskrbe in dokumentiranja. Natančno dokumentirane informacije so bistvene za zagotavljanje natančnih raziskovalnih podatkov. Preko raziskovanja lahko medicinske sestre izboljšajo prakso zdravstvene nege (1).

Financiranje in upravljanje s sredstvi

Podatki iz zdravstvene dokumentacije lahko identificirajo vrsto in količino zdravstvene oskrbe, ki jo pacient potrebuje, zdravstveno oskrbo in storitve, ki so mu bile nudene, ter uspešnost in razpoložljivost te oskrbe. Vsi ti dejavniki lahko vplivajo na financiranje in razporejanje sredstev. Iz pacientove dokumentacije je možno pridobiti še delovno obremenitev ali kategorijo pacientov glede na zahtevnost zdravstvene nege. Medicinske sestre so odgovorne za natančno dokumentiranje podatkov, povezanih z zdravstveno nego, delovno obremenitvijo in s kategorizacijo (1).

Vloga dokumentacije pri kontinuirani zdravstveni oskrbi

Komunikacija in koordinacija med izvajalci zdravstvenega varstva sta se izkazali za odločilni pri pacientih, ki potrebujejo zdravstveno oskrbo v različnih zdravstvenih ustanovah in na različnih nivojih zdravstvenega varstva (8). Sisteme zdravstvenega varstva označuje kompleksnost, raznovrstnost in različnost. Sistemi so informacijsko intenzivni (9) in specializirani (10). Kompleksnost je posledica premika z individualnih procesov (poudarek na neformalnih mrežah, komunikacija med zdravstvenimi delavci ali pa med pacienti in zdravstvenimi delavci) na organizacijske procese (poudarjene so neformalne in formalne strukture kot koordinacijski mehanizmi) pri nujenju zdravstvene oskrbe, raznolikosti izvajalcev zdravstvenega varstva in raznolikosti organizacijskih okolij, v katerih izvajalci delajo: bolnišnice, patronažna služba, socialnozdravstvene ustanove itd. Nastal je tudi premik pri oskrbi bolnika na domu (11). Zaradi zgodnejšega odpuščenja pacientov se morajo kompleksnejši problemi pacientov reševati doma (12), kar pa poveča potrebo po koordinaciji in pretoku informacij med različnimi organizacijami in nivoji zdravstvenega varstva (13).

Obstaja prepričanje, da kontinuiteta informacij izboljša rezultate zdravstvene oskrbe, saj poveča pri zdravstvenih delavcih poznavanje pomembnih dejstev o pacientu. Mobilnost pacientov in številčnost ljudi, ki so vključeni v njihovo oskrbo, se je v zadnjih desetletjih izredno povečala. Količina nastalih informacij je tako obsežna, da je nemogoče, da bi jo zdravstveni delavci obdržali v spominu. Torej

so ta dejstva zapisana v zdravstveni dokumentaciji in njihovo poznavanje naj bi izboljšalo kakovost zdravstvene oskrbe vsaj na dva načina (14):

1. z izboljševanjem učinkovitosti, s preprečevanjem podvajanja in z olajšanim sledenjem pomembnim kliničnim ugotovitvam in
2. z zmanjševanjem možnega oškodovanja s preprečevanjem neprimernih intervencij.

V tem kontekstu kontinuiteta pomeni, da so vse relevantne informacije na voljo zdravstvenim delavcem, ki skrbijo za pacienta, ne glede na to, ali je le-ta v isti organizaciji ali pa prehaja med organizacijami oziroma različnimi nivoji zdravstvenega varstva (14).

Znotraj iste organizacije je kontinuiteta zdravstvene oskrbe odvisna od aktualnih, natančnih, obnovljivih, razumljivih in uporabljenih podatkov. Pri prehajanju med različnimi organizacijami ali nivoji zdravstvenega varstva pa je ta kontinuiteta v nevarnosti, če podatki ne prehajajo, če prehajajo, a se ne preberejo, če se preberejo, a so narobe razumljeni, so pravilno razumljeni, a se ne upoštevajo (14).

Predpisi za dokumentiranje se lahko razlikujejo od organizacije do organizacije. Standardi glede vodenja dokumentacije prihajajo iz različnih virov, kot je na primer zakonodaja (2). Poleg zgoraj omenjenih predpisov pa obstajajo tudi splošne smernice, ki jih je potrebno upoštevati pri zapisovanju informacij v pacientovo dokumentacijo. Te smernice so enake za vsa področja prakse zdravstvene nege, ne glede na to, kateri sistemi in metode dokumentiranja se uporabljajo. Predstavljajo minimalna pričakovanja v zvezi z negovano dokumentacijo. Dokumentacija mora biti natančna, resnična ocena vrste in časa dogodkov. Metoda dokumentiranja bi morala omogočati organiziranje informacij na tak način, da le-te podajo jasno sliko pacientovih potreb, aktivnosti medicinske sestre in pacientovih odgovorov na aktivnosti zdravstvene nege. Dokumentiranje medicinske sestre bi moralo biti (1):

- jasno, jedrnato in izčrpno;
- natančno, resnično in iskreno;
- relevantno;
- odražalo naj bi opaženo, npr. »pacient odklanja kopel«, »pacient kaže znake depresije: ne je, težko zaspi« in ne neutemeljene zaključke, kot so »pacient ne sodeluje«, »pacient je depresiven«;
- pravočasno in zaključeno med zdravstveno nego ali po njej;
- kronološko;
- popoln zapis nudene zdravstvene nege, vključno z oceno stanja, identifikacijo zdravstvenih problemov, načrtom zdravstvene nege, izvedbo in vrednotenjem;
- čitljivo in neizbrisljivo;

- trajno;
- obnovljivo;
- zaupno;
- k pacientu usmerjeno.

Dokumentacija zdravstvene nege bi morala (1):

- vključevati datum in čas zdravstvene nege in dogodka ter zapis o naknadnem ali pozabljenem evidentiranju dogodka;
- identificirati osebo, ki je nudila zdravstveno nego;
- vsebovati pomembne informacije in ne nepomembne fraze;
- vključevati to, kar je bilo opaženo in se izogibati izjavam, kot so »zdi se«, »videti je« pri opisovanju opažanj;
- vključevati podpis in strokovni naziv;
- izključevati podvajanje informacij.

Medicinske sestre, ki sledijo omenjenim smernicam in predpisom dokumentiranja, zagotavljajo natančno dokumentacijo. Sledenje smernicam je koristno za medicinsko sestro, pacienta, druge člane zdravstvenega tima in za vsakega, ki uporablja pacientovo dokumentacijo pri svojem delu. Žal pa obstoj predpisov in smernic še ne zagotavlja, da medicinske sestre dokumentirajo zdravstveno nego na primeren način (2).

Zaključek

Problemi v komunikaciji so najpogosteje navedena ovira za nudenje kakovostne in varne zdravstvene oskrbe (15). Telefoniranje je še vedno priljubljen način izmenjave informacij, a je nepraktičen (16). Poleg tega pa je pomembno pri zagotavljanju kontinuitete zdravstvene oskrbe med organizacijami, razjasniti, katero vrsto informacij je potrebno izmenjati ob sprejemu v bolnišnico (17), razviti učinkovito komunikacijo in upravljanje z informacijami v času načrtovanja odpusta (18) kot tudi strukturo in vsebino informacij ob odpustu (19). Pacienti pogosto prehajajo med različnimi organizacijami in nivoji zdravstvenega varstva brez kakršnekoli dokumentacije. Če pa do komunikacije le pride, je ta pogosto v obliki, ki ni uporabna za sprejemnega zdravstvenega delavca (15).

Učinkoviti dokumentacijski obrazci poskrbijo za ogrodje in vodijo dokumentiranje. Da ostanejo učinkoviti, jih je potrebno redno pregledovati in revidirati (1). Ravno s tem namenom smo se v letošnjem letu v Dejavnosti zdravstvene nege Onkološkega inštituta Ljubljana odločili za revizijo obstoječega odpustnega dokumenta zdravstvene nege, saj smo spoznali, da le - ta ni več primerno ogrodje

za posredovanje relevantnih informacij o pacientu in njegovi zdravstveni negi. Pri oblikovanju novega odpustnega dokumenta zdravstvene nege so nas vodila naša prepričanja in vrednote o zdravstveni in organizacijski politiki ter zunanji dejavniki kot so na primer splošni standardi zdravstvene obravnave za bolnišnice, ki so namenjeni nenehnemu izboljševanju kakovosti in vključujejo tudi poglavje o nepretrgani zdravstveni oskrbi bolnika. Standard o pretoku informacij med izvajalci namreč določa, da bolnišnica poskrbi, da klinične informacije dosežejo strokovnjake, bolnišnico ali zdravstveni zavod, ki bodo skrbeli za nadaljnjo nepretrgano zdravstveno oskrbo. To stori ob premestitvi pacienta, ob njegovem odpustu, ob zahtevi po konzultaciji ali ob napotitvi drugam (20).

Literatura

1. College of Nurses of Ontario. Nursing documentation standards. Toronto: College of Nurses of Ontario, 2005.
2. Frank-Stromborg M, Christensen A. Nurse documentation: not done or worse done the wrong way - part I. *Oncology Nursing Forum* 2001; 28: 697-702.
3. Frank-Stromborg M, Christensen A. Nurse documentation: not done or worse done the wrong way - part II. *Oncology Nursing Forum* 2001; 28: 841-846.
4. Björvell C, Thorell-Ekstrand I. Development of an audit instrument for nursing care plans in the patient record. *Quality in Health Care* 2000; 9: 6-13.
5. Zakon o zdravstveni dejavnosti. Uradni list Republike Slovenije številka 36 / 2004.
6. Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva. Uradni list Republike Slovenije številka 65 / 2000.
7. Nacionalne smernice za zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi. Filej B, Kadivec S, Zupančič P (ur.). Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2000.
8. Preston C, Cheater F, Baker R, Hearnshaw H. Left in limbo: patients' views on care across the primary / secondary interface. *Qual. Health Care* 1999; 8: 16-21.
9. Tange HJ. The paper-based patient record: is it really so bad? *Comput. Meth. Prog. Biomed.* 1995; 48: 127-131. Cit. po Helleso R, Sorensen L, Lorensen M. Nurses' information management across complex health care organizations. *International Journal of Medical Informatics* 2005; 74: 960-972.
10. Philipsen H, Stevensen FCJ. Modernization, rationality and continuity of care: theoretical concepts and empirical findings. *Sociol. Focus* 1997; 30: 189-204. Cit. po Helleso R, Sorensen L, Lorensen M. Nurses' information management across complex health care organizations. *International Journal of Medical Informatics* 2005; 74: 960-972.

11. Sosial-og, Helsedepartementet, S@mspill. Elektronisk samarbeid i helse-og sosialsektoren. Sosial-og Helsedepartementet, 2004. Cit. po Helleso R, Sorensen L, Lorensen M. Nurses' information management across complex health care organizations. *International Journal of Medical Informatics* 2005; 74: 960-972.
12. Hofseth C, Norvoll R. Kommunehelsetjenesten-Gamle og nye Utfordringer: en studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien. Oslo: SINTEF Unimed, 2003. Cit. po Helleso R, Sorensen L, Lorensen M. Nurses' information management across complex health care organizations. *International Journal of Medical Informatics* 2005; 74: 960-972.
13. Helleso R, Lorensen M. Inter-organizational continuity of care and the electronic patient record: a concept development. *Int. J. Nurs. Stud.* 2005; 42: 807-822. Cit. po Helleso R, Sorensen L, Lorensen M. Nurses' information management across complex health care organizations. *International Journal of Medical Informatics* 2005; 74: 960-972.
14. Donaldson M. Continuity of care. Center to improve care of the dying. Najdeno na: <http://www.Gwu.edu/~cicd/toolkit/contin.htm>
15. Terrell KM and Miller DK. Challenges in transitional care between nursing homes and emergency departments. *J Am Med Dir Assoc* 2006; Article in press.
16. Patterson PK, Blehm R, Foster J, Fuglee K, Moore J. Nurse information needs for efficient care continuity across patient units. *J. Nurs. Admin.* 1995; 25: 28-36. Cit. po Helleso R, Sorensen L, Lorensen M. Nurses' information management across complex health care organizations. *International Journal of Medical Informatics* 2005; 74: 960-972.
17. Jewell SE. Discovery of the discharge process: a study of patient discharge from a care unit for elderly people. *J. Adv. Nurs.* 1993; 18: 1288-1296.
18. Bull MJ. Patients' and professionals' perception of quality in discharge planning. *J Nurs.Care. Qual.* 1994; 8: 47-61. Cit. po Helleso R, Sorensen L, Lorensen M. Nurses' information management across complex health care organizations. *International Journal of Medical Informatics* 2005; 74: 960-972.
19. Anderson MA, Helms L. Communication between continuing care organizations. *Res. Nurs. Health* 1995; 18: 49-57. Cit. po Helleso R, Sorensen L, Lorensen M. Nurses' information management across complex health care organizations. *International Journal of Medical Informatics* 2005; 74: 960-972.
20. Robida A. Priročnik splošnih standardov zdravstvene obravnave za bolnišnice. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2004.