Pomen prenovljene dokumentacije zdravstvene nege v izobraževalnem procesu patronažnega varstva

Jožica Ramšak Pajk

UL Visoka šola za zdravstvo
Poljanska c. 26, 1000 Ljubljana
e-mail:jozica.ramsak@vsz.uni-lj.si

Olga Šušteršič

UL Visoka šola za zdravstvo
Poljanska c. 26, 1000 Ljubljana
e-mail: olga.sustersic@vsz.uni-lj.si

V prispevku so prikazana mnenja študentov o prenovljeni dokumentaciji v patronažni zdravstveni negi. Namen raziskave je pridobiti mnenja in stališča študentov o prenovljeni dokumentaciji v patronažni zdravstveni negi, katero so uporabljali tekom prakse v patronažnem varstvu. Kot raziskovalno orodje je uporabljen anketni vprašalnik z 21 trditvami pri 52 študentih tretjega letnika zdravstvene nege na Univerzi v Ljubljani, Visoki šoli za zdravstvo.

Rezultati raziskave kažejo, da sodelujoči dokumentiranje in dokumentacijo zdravstvene nege v patronažnem varstvu doživljajo kot pomembno za kakovostno obravnavo pacienta. Sodelujoči se strinjajo, da jih je dokumentacija zdravstvene nege v patronažnem varstvu navajala k povezovanju znanj z drugimi področji. Ravno tako se strinjajo, da je namen dokumentacije v raziskovanju in razvoju zdravstvene nege.

Ključne besede: *patronažna zdravstvena nega, dokumentacija, študent*

Importance of Revised Nursing Documentation in Educational Process of Community Health Care

The paper reports student's perceptions of revised community nursing documentation. Documentation in community nursing is an efficient tool to ensure quality nursing care and consequently quality treatment. The aim of study was to get students perceptions of revised documentation within new design, content, structural approach aimed at community health care.

The paper deals with the results of a research performed on a sample of 52 students from University of Ljubljana, College of Health studies in Ljubljana, nursing department in the year 2004. They are nursing students in the 5. semester and they tested revised documentation during three weeks of community nursing practice. They had to complete a questionnaire form. The questionnaire consists of 21 statements.

The correlations analysis has shown that those who think that the documentation was good structured, also agree that it was good organized, assures continuity of nursing, qualitative treatment of patients and review over performed work. Finally we can conclude that good structured understandable documentation can appear to the quality of work as to the nurses' interpersonal relations.

Key words: *community nursing, student, documentation*

UVOD

V okviru Ministrstva za zdravje RS je potekal projekt za prenovo dokumentacije zdravstvene nege, z namenom zagotavljanja kakovosti v zdravstveni negi. Pristop je celosten in zajema primarno raven, sekundarno raven in terciarno raven zdravstvene dejavnosti. V primarno raven sodi prenovljena dokumentacija patronažne zdravstvene nege (Šušteršič et al., 2004). Pri oblikovanju dokumentacije je bila upoštevana procesna metoda dela zdravstvene nege in teoretični model zdravstvene nege V. Henderson, ki vključuje štirinajst temeljnih življenjskih aktivnosti (Henderson, 1998). V patronažni zdravstveni negi so subjekti obravnave posameznik, družina in skupnost, zato je v skladu s temi dejstvi oblikovana tudi dokumentacija patronažne zdravstvene nege (Rajkovič, Šušteršič, 2000). Model prenovljene dokumentacije omogoča sledljivost, transparentnost, selektivnost, analize, kar vodi v izboljšanje sistemov in povečanje varnosti pacienta in članov zdravstvenega tima. Dokumentacija v patronažni zdravstveni negi je orodje za zagotavljanje kakovostne zdravstvene nege in obravnavo vseh subjektov. Uporablja se v izobraževalnem procesu medicinskih sester na področju patronažne zdravstvene nege, kjer smo jo tudi testirali.

Dokumentacija zdravstvene nege

Dokumentacija zdravstvene nege je nujen in pomemben del v zdravstvu. Avtorici Ehrenberg in Ehnfors (2001) navajata, da je dokumentiranje osnova za izvajanje zdravstvene nege, za komunikacijo med izvajalci in institucijami ter v obliki dokumenta zagotavlja kontinuirano zdravstveno nego. Ravno tako avtorja (Šušteršič, Rajkovič, 2005) navajata, da je dokumentacija bistvena za zagotavljanje kakovostne zdravstvene nege in posledično kvalitetno obravnavo posameznika. Dokumentacija mora biti popolna, natančna in dostopna oz. uporabna tudi drugim področjem, ki bi rabili tovrstne informacije (Burn et al., 1999). Isti avtor poudarja pomen dokumentacije v kontinuiranem spremljanju pacienta pri hospitalizaciji. Kärkkäinen, Bondas, Eriksson (2005) poudarjajo etični vidik pri oblikovanju dokumentacije in pomen aktivnega vključevanja pacienta v načrt zdravstvene nege. Owen (2005) navaja, da je varnost pacienta najpomembnejša in dokumentiranje ohranja ta temeljni vidik zdravstvene nege.

Načrt zdravstvene nege

Ideja, da je zdravstvena nega proces in ne ločene aktivnosti, se je rodila v Združenih državah Amerike. Koncept procesa zdravstvene nege je prva predstavila Lydia Hall leta 1955 (de la Cuesta, 1983 cit. po Allen, 1998). Koncept zdravstvene nege so na obeh straneh Atlantika razvijale in podale osnovne oblike in vsebino teoretičarke-medicinske sestre Henderson, Abdellah, Peplau in Roper (Allen, 1998). Proces zdravstvene nege, ki so ga razvijale z aplikacijo svojih modelov, se lahko razume kot k pacientu usmerjena zdravstvena nega in osnova razvoju profesije (Larson, 1977 cit. po Allen, 1998).

Načrt zdravstvene nege je dokument, ki vpliva na delo negovalnega tima in narekuje delo medicinski sestri. Načrt zdravstvene nege sestavlja štiri faze, kjer se na osnovi celostne ocene stanja določijo negovalne diagnoze, cilji, intervencije ter izidi zdravstvene nege. Načrt zdravstvene nege še posebej opozori na posebnosti pri posamezniku in njegove potrebe ter temelji na znanstvenih principih (Taylor, Lillis, LeMone, 2001).

Medtem ko se zdravstvena nega in tovrstno znanje relativno hitro razvija in širi, pa je nejasno naše razumevanje, koliko je znanje medicinske sestre uporabljeno pri njenem vsakdanjem delu, še posebej ko gre za odločanje in ocenjevanje. Medicinska sestra ima skozi njeno zahtevno vsakdanje delo, potencialno velik vpliv na zdravje pacienta (Dowding, Thompson, 2003). Maule (2001) pravi, da je pomembno vprašanje, kako medicinska sestra uporablja različne vrste informacij o pacientu, da pride do ocene stanja. Rezultat uporabljenega znanja medicinske sestre je dober načrt zdravstvene nege in s tem kvalitetna zdravstvena nega. Torej je izid zdravstvene nege njena dobra ocena stanja pacienta in primerne odločitve glede intervencij.

Metoda dela

Prispevek temelji na rezultatih raziskave, ki je bila izvedena pri študentih Univerze v Ljubljani, Visoke šole za zdravstvo v Ljubljani na oddelku za zdravstveno nego, decembra leta 2004. Sodelujoči v anketi so študentje 3. letnika zdravstvene nege, ki imajo že opravljeno tri tedensko prakso iz zdravstvene nege v patronažnem varstvu. Na omenjeni praksi so uporabljali oziroma testirali prenovljeno dokumentacijo v patronažni zdravstveni negi, katera jim je bila pred uporabo frontalno predstavljena. Ravno tako so imeli tekom vaj možnost individualnih konzultacij in uporabe računalniškega prototipa.

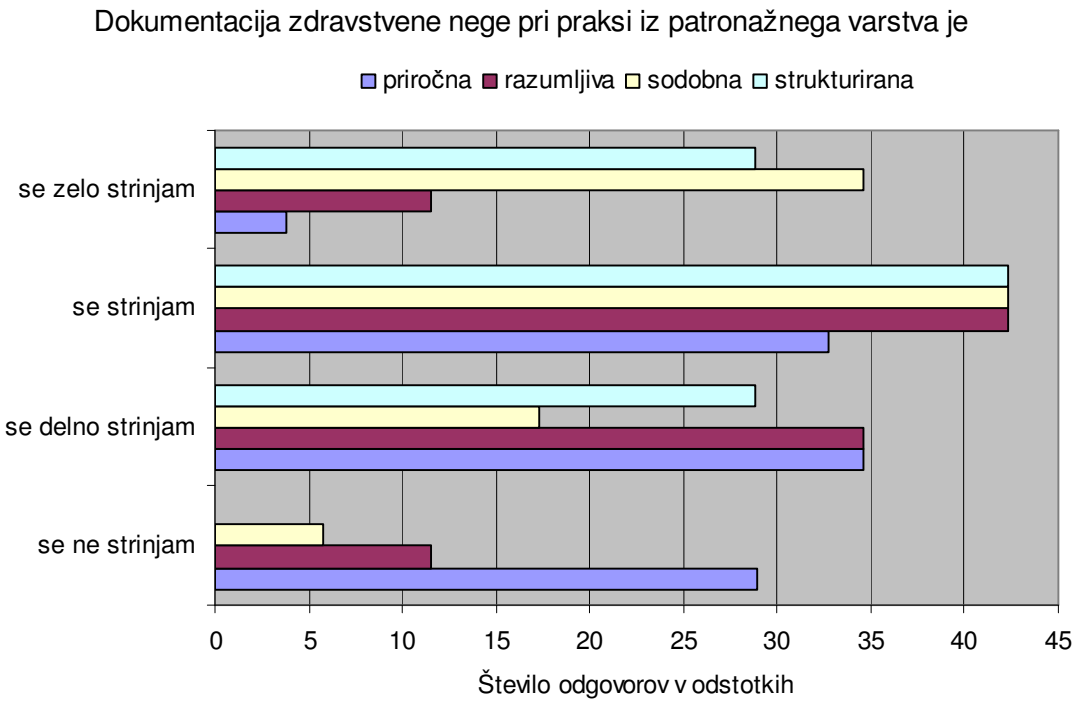
Anketiranje smo izvedli enkratno in nenapovedano po predavanjih. Zaradi objektivnosti študentje predhodno niso bili seznanjeni o raziskavi, oziroma pridobivanju njihovih mnenj o prenovljeni dokumentaciji zdravstvene nege v patronažnem varstvu. Razdeljenih je bilo 56 vprašalnikov in vrnjenih 52 (93%). Vzorec sestavlja 52 študentov, kar predstavlja 56% študentov celotnega 3. letnika, ki šteje 93 študentov.

Anketni vprašalnik je bil sestavljen na osnovi pregleda literature in je bil predhodno pilotsko testiran. Vprašalnik vsebuje 21 trditev, katere so anketirani vrednotili v okviru 5 stopenjske lestvice in sicer od 1 (se sploh ne strinjam) do 5 (se zelo strinjam). Trditve se nanašajo na temo dokumentacija zdravstvene nege v patronažnem varstvu in sicer v prvem delu glede na razumljivost, strukturiranost in preglednost. V drugem delu so trditve, ki podajajo namen dokumentacije.

Podatki so bili statistično obdelani s pomočjo orodja SPSS. Za namen analize in predstavitve rezultatov so bili uporabljeni frekvenčna porazdelitev, srednja vrednost in korelacija po Pearsonu.

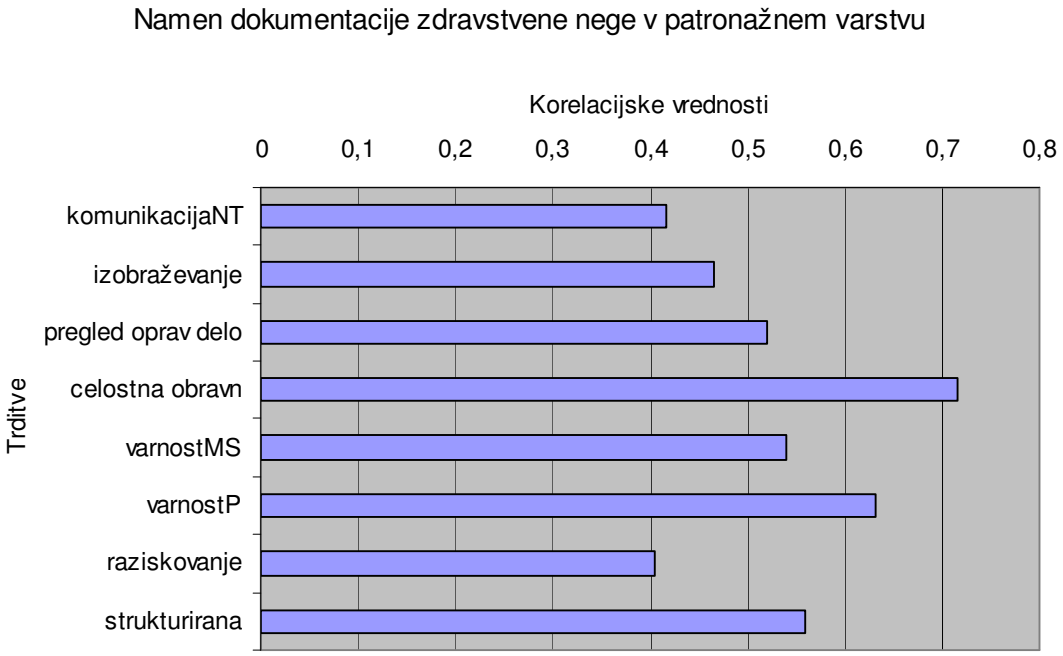
Rezultati

V raziskavi je sodelovalo 52 študentov, ki so uporabljali v okviru prakse prenovljeno dokumentacijo zdravstvene nege v patronažnem varstvu. Zelo se strinjajo s trditvami ($\mu = 5$), da je namen dokumentacije v patronažni zdravstveni negi: kontinuiteta zdravstvene nege, v kakovostni obravnavi pacienta ter v zagotavljanju varnosti za pacienta in za medicinsko sestro. Velika večina anketiranih se strinja ($\mu = 4$), da je prenovljena dokumentacija v patronažni zdravstveni negi sodobna, zahtevna, strukturirana in obsežna. Sodelujoči se delno strinjajo ($\mu = 3$) s trditvami, da je dokumentacija priročna in razumljiva (slika 1).



Slika 1: Grafičen prikaz rezultatov v odstotkih glede na stopnjo strinjanja po posameznih trditvah (ocene 1-se sploh ne strinjam ni bilo).

Izračun korelacijskega koeficienta (r) pri verjetnosti (p) kaže, da tisti, ki menijo, da je dokumentacija v patronažni zdravstveni negi dobro strukturirana, se tudi strinjajo, da je priročna (r=,59; p=0,01), da zagotavlja kontinuiteto zdravstvene nege (r=,44; p=0,05), kakovostno obravnavo pacienta (r=,56; p=0,01) in pregled nad opravljenim delom (r=,37; p=0,01) (slika 2). Natančna dokumentacija izboljša pregled nad opravljenim delom (r=,40; p=0,01), oba dejavnika pa pozitivno vplivata na komunikacijo v negovalnem timu (r=,54; p=0,01). Med trditvama, da je namen dokumentacije zdravstvene nege v patronažnem varstvu v kontinuiteti in v izobraževanju, je velika zveza (r=,64; p=0,01).



Slika 2: Korelacijske vrednosti med trditvijo "namen dokumentacije zdravstvene nege v patronažnem varstvu je kakovostna obravnava pacienta" s trditvami navedene na ordinatni osi.

Legenda: NT– negovalni tim, MS-medicinska sestra; P-pacient

Slika 3: Odgovori na vprašanje v odstotkih »ali vam je bila znana namembnost vseh polj«.

Sodelujočim ni bila znana namembnost vseh polj (slika 3), čeprav menijo, da je dokumentacija patronažne zdravstvene nege dobro strukturirana (r=,35; p=0,05) in da je njen namen v kakovostni obravnavi pacienta (r=,42; p=0,01)

Anketiranci se strinjajo v 86,5% (n=45), da jih je dokumentacija zdravstvene nege v patronažnem varstvu navajala k povezovanju znanj z drugimi področji. Ravno tako se strinjajo (μ=3,65; s=,84), da je namen dokumentacije v raziskovanju in razvoju zdravstvene nege.

Razprava

Informacija je pomembna za opravljanje kakovostne zdravstvene nege in je tudi pomembna skozi celoten proces obravnave. Opravljena raziskava potrjuje, da sodobna in strukturirana dokumentacija zagotavlja kakovostno obravnavo pacienta in kontinuiteto zdravstvene nege ter podaja statistično pomembno zvezo med strukturirano in priročno dokumentacijo zdravstvene nege. Podobno navaja raziskava avtorjev (Björvell, Wredling, Thorell-Ekstrand, 2003a), ki še posebej poudarja prednosti strukturiranega zapisa v prvi fazi procesne metode dela – ocenjevanje. Da dobro strukturiran zapis vpliva na preglednost dokumentacije, priročnost in izpolnjevanje, je navedeno že v starejši raziskavi (Hogan, Wagner, 1997).

Avtor Pearson (2003) navaja, da medicinske sestre prepogosto razumejo pomen dokumentacije kot njihovo varnost oziroma zaščito ter da se pri oblikovanju dokumentacije daje velik poudarek obliki in ne usmerjenosti k pacientu in zdravstveni negi. Tudi naša raziskava je pokazala, da se sodelujoči strinjajo, da je med drugim namen dokumentacije varnost medicinske sestre (μ=4,3; s=,74). Vendar je potrebno nadaljevati, da je navedena trditev v veliki korelaciji s trditvijo, zagotavljanja varnosti pacientu (r=,79; p=0,01) in kakovostne obravnave pacienta (r=,68; p=0,01). Švedske študije (Ehrenberg, Ehnfors, 2001; Björvell, Wredling, Thorell-Ekstrand, 2003b) opisujejo, kaj medicinsko sestro motivira po izpolnjevanju dokumentacije zdravstvene nege: (a) dokumentacija je delovno orodje, (b) poveča varnost pacientu in medicinski sestri ter (c) vpliva na kakovost zdravstvene nege. Raziskava o uporabi in ustreznosti dokumentacije zdravstvene nege (Šušteršič et al., 2004), ki je bila opravljena v okviru že omenjenega projekta navaja, da anketirani vidijo namen dokumentacije oz. dokumentiranja v kontinuiteti zdravstvene nege, varnosti za člane negovalnega tima in pacienta ter v prikazu opravljenih del posameznika. Gre torej za pomemben vidik vsebinske podpore dela. Podobno navaja skupina avtorjev (Menche, Bazlen, Kommerell, 2001), da je namen dokumentacije zdravstvene nege med drugimi pregled nad opravljenim delom in možnost preverjanja ter s pravnega vidika zaščita izvajalcev in uporabnikov zdravstvene nege.

Znanje in proces izobraževanja vplivata na stališča in uporabo dokumentacije zdravstvene nege pri medicinski sestri, slednje sta potrdili Švedski raziskavi (Törnkvist, 1997 cit po Björvell, Wredling, Thorell-Ekstrand, 2003b; Ehrenberg, Ehnfors, 2001). Pri nas je potrebno upoštevati dejstvo, da so anketiranci študentje, ki so vključeni v izobraževalni proces in imajo veliko svežega tovrstnega znanja. Pozitivno je dejstvo, da znajo tovrstno znanje povezati z drugimi področji in vidijo namen dokumentacije v razvoju zdravstvene nege. Vendar jim kljub uvodnemu seminarju in vmesnim konzultacijam ni bila znana namembnost vseh polj kar kaže na potrebo po poglobljenem tovrstnem izobraževanju.

Za kakovostno obravnavo in celosten pristop k spremljanju pacienta na klinični poti, je pomembna povezanost dokumentacije zdravstvene nege z drugimi dokumenti. Zato je poleg papirne oblike dokumentacije potrebno razvijati računalniško podprte rešitve. Avtorji raziskave, ki je potekala pri Ministrstvu za zdravje, so razvili predlog prototipne računalniške rešitve (Šušteršič et al., 2004). Tudi Pearson (2003) navaja pomembnost računalniško podprte dokumentacije, ki bo bolj naravnana k pacientu in k vrednotenju dela medicinske sestre. Pomembnost uvajanja informacijske tehnologije v proces zdravstvene nege navajajo tudi avtorji (Hellesø, Ruland, 2001) kot pogoj izboljšanja kakovostne in kontinuirane obravnave pacienta. Izsledki raziskave (Ramšak Pajk, Šušteršič, 2001) pravijo, da študentje zdravstvene nege pozitivno gledajo na delo medicinske sestre podprto z informacijsko tehnologijo.

Zaključek

Rezultati ankete, ki so bili izvedeni na malem vzorcu študentov, kažejo pomen dokumentacije v procesu zdravstvene obravnave pacienta in njen doprinos h kakovostni zdravstveni negi. Pokazala se je objektivnost študentov in njihov odgovoren oziroma odprt odnos do nadaljnjega razvoja zdravstvene nege. Pričakujemo lahko, da bodo študentje ob tako velikem zavedanju pomembnosti dokumentacije tudi v prihodnje odprti za spremembe v dokumentaciji zdravstvene nege.

V bodoče bi bilo dobro opraviti testiranje dokumentacije zdravstvene nege v patronažnem varstvu prav med patronažnimi medicinskimi sestrami. Vsekakor je v prihodnje potrebno razvijati računalniško podprto dokumentacijo ter slednjo aplicirati in testirati najprej v izobraževalnem procesu medicinskih sester ter nato v praksi.

LITERATURA

Allen, D., (1999): Record-keeping and routine nursing practice: the view from the wards, Journal of Advanced Nursing, 27, str. 1223 – 1230.

[a]Björvell, C., Wredling, R., Thorell-Ekstrand, I., (2003): Improving documentation using a nursing model, Journal of advanced nursing, 43, str. 402 – 410.

[b]Björvell, C., Wredling, R., Thorell-Ekstrand, I., (2003): Prerequisites and consequences of nursing documentation in patient records as perceived by a group of Registered Nurses, Journal of Clinical Nursing, 12, str. 206 – 21

Brunt, B., Gifford, L., Hart, D., McQueen-Gross, S., Siddall, D., Smith, R., Weakland, R., (1999): Designing Interdisciplinary documentation for the continuum of care, Journal of Nursing Care Quality, 14, str. 1 – 10.

Dowding, D., Thompson, C., (2003): Measuring the quality of judgement and decision-making in nursing, Journal of Advanced Nursing, 44, str. 49 – 57.

Ehrenberg, A., Ehnfors, M., (2001): The accuracy of patient records in Swedish nursing homes: congruence of record content and nurses′ and patients′ descriptions, Scand J Caring Sci, 14; str. 303 – 310.

Hellesø, R., Ruland, C.M., (2001): Developing a module for nursing documentation integrated in the electronic patient record, Journal of clinical nursing, 10: 799 – 805.

Henderson, V., (1998): Osnovna načela zdravstvene nege. Zbornica zdravstvene nege Slovenije.

Hogan, WR., Wagner, MM., (1997): Accuracy of data in computer based patient records, Journal of the American Medical Informatics Association, 4, str. 342 – 355.

Kärkkäinen, O., Bondas, T., Eriksson, K., (2005): Documentation of individualized patient care: a qualitative metasynthesis, Nursing Ethics, 12: 2: str. 123 – 132.

Menche, N., Bazlen, U., Kommerell, T., (2001): Pflege heute. Urban & Fischer Verlag, 2001, str. 49 – 53.

Maule, A.J., (2001): Studying judgement: some comments and suggestions for future research, Thinking and Reasoning, 7, str. 91 – 102.

Owen, K., (2005): Documentation in nursing practice, Nursing Standard, 19; 32, str. 48 – 49.

Pearson, A., (2003): The role of documentation in making nursing work visible, International journal of nursing practice, 9, str. 271.

Rajkovič, V., Šušteršič, O., (2000): Informacijski sistem patronažne zdravstvene nege. Moderna organizacija, Kranj. str. 20 – 31.

Ramšak Pajk, J., Šušteršič, O., (2001): Uporaba informacijske tehnologije pri študentih zdravstvene nege na Visoki šoli za zdravstvo, Organizacija, 2001; 34: 8, str. 517 – 523.

Šušteršič, O., Rajkovič, V., Kljajić, M., Lednik, L., Pavčič-Trškan, B., Prijatelj, V., Rajkovič, U., Ramšak-Pajk, J., Zaletel, M., (2004): Model orodja za zagotavljanje kakovosti s pomočjo dokumentacije v zdravstveni negi. V: E-zdravje v e-Sloveniji: zbornik kongresa Slovenskega društva za medicinsko informatiko, Bled, 1. december 2004. Ljubljana: Slovensko društvo za medicinsko informatiko, str. 94-107.

Šušteršič, O., Rajkovič, V., (2005): Documentation based quality assurance in nursing care, IN: OUD, Nico (ur.), SERMEUS, Walter (ur.), EHNFORS, Margareta (ur.). Documenting nursing care - enchancing patient care through nursing documentation : new directions for novices and experts. ACENDIO 2005. Bern [etc.]: Verlag Hans Huber, str. 17.

Taylor, C., Lillis, C., LeMone, P., (2001): Fundamental of nursing: the art and science of nursing care, 4th edition. Lippincott Williams & Wilkins, 256 – 269.

Jožica Ramšak Pajk *je asistentka na Visoki šoli za zdravstvo Univerze v Ljubljani za področje zdravstvene nege in patronažne zdravstvene nege. Diplomirala je leta 1998 na Pedagoški fakulteti in Visoki šoli za zdravstvo Univerze v Ljubljani na smeri zdravstvena vzgoja. Magistrirala je leta 2003 na Fakulteti za organizacijske vede s področja kadrovskega managementa pod mentorstvom prof. dr. Vladislava Rajkoviča. Njeni sedanji raziskovalni interesi so področje zdravstvena nega predvsem dokumentiranje, oblikovanje negovalnih diagnoz, klasifikacije, uporaba informacijske tehnologije v zdravstveni negi. Je avtorica ali soavtorica znanstvenih in strokovnih člankov ter se aktivno udeležuje domačih in mednarodnih strokovnih konferenc.*

Olga Šušteršič *je zaposlena na Visoki šoli za zdravstvo, Univerza v Ljubljani. Habilitirana je v docentko za predmet "Zdravstvena nega v patronažnem in dispanzerskem varstvu", "Zdravstvena nega" in "Informatika v zdravstveni negi". Leta 1971 je diplomirala na Višji šoli za zdravstvene delavce, Univerza v Ljubljani, na oddelku za zdravstveno nego in leta 1983 na Fakulteti za organizacijske vede v Kranju, Univerze v Mariboru. Leta 1991 je opravila podiplomski študij Socialna medicina na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Magistrirala je na Medicinski fakulteti v Zagrebu leta 1995 in leta 1999 doktorirala na Fakulteti za organizacijske vede Univerze v Mariboru. Je vodja katedre za zdravstveno nego in članica raziskovalnega inštituta na Visoki šoli za zdravstvo. Sodeluje v nacionalnih in mednarodnih projektih. Razvila je računalniško podprt informacijski sistem za patronažno zdravstveno nego in večkriterijski odločitveni model v zdravstveni negi. Vključena je bila v prevod Mednarodne klasifikacije prakse zdravstvene nege (alfa in beta verzija) in razvila elektronske oblike.*