

Majda Šlajmer-Japelj,  
višja medicinska sestra — dipl. sociolog  
Višja šola za zdravstvene delavce Ljubljana

## Pomen dokumentacije za delo medicinske sestre in njenih sodelavcev

UDK 614.253.5:616-083

**IZVLEČEK.** *Opremljen je pomen dokumentacije v procesu nege bolnika. Navedene so pomembnejše naloge dokumentacije za načrtovanje, izvajanje in oceno individualne nege bolnika, za interdisciplinarno povezovanje različnih strokovnjakov ter za razvoj in oceno novih teoretičnih in praktičnih znanj. Dodanih je še nekaj tehničnih navodil za pravilno oblikovanje dokumentacije.*

**ROLE OF RECORDS IN THE WORK OF NURSE AND HER CO-WORKERS.** *The author points to the significance of record-keeping in the nursing process and presents the most important functions of the record-keeping in planning, performance and assessment of patient nursing care as well as interdisciplinary work performed by different experts. The role of records in estimate of theoretical and practical achievements is stressed. Some technical suggestions for proper record-keeping are given.*

Strokovnjaki futurologi nas opozarjajo, da je informatika veda, ki odloča o kvaliteti življenja današnjih in bodočih generacij. Nakopičeni, neuporabno naloženi podatki ali pa pomanjkanje le-teh, čedalje večja specializacija in delitev dela na temeljnih področjih ter pogosta istočasna osamljenost v svojem interesnem ali strokovnem krogu, prizadevajo danes skoraj vsa področja človekovega življenja in dela.

Medicinske sestre so v preteklosti verjele, da je dokumentiranje dela nekaj čisto obrobnega in drugega kot nega bolnika ter vpliva na kvaliteto nege morda le negativno. Tak odnos je posledica dejstva, da so si predstavljali delo medicinske sestre predvsem kot rutinska opravila brez teoretičnega razmišljanja in da je dokumentacija, ki jo je zbirala po naročilu drugih delavcev, rabila drugim namenom in ne neposredno njenemu boljšemu strokovnemu delu.

Danes že vemo, kako pomembna je dokumentacija — je sestavni del načrta individualne nege bolnika in omogoča oceno njene kvalitete in njenega razvoja.

Trditev, da je nega bolnika »dobra« ali »manj dobra«, je nestrokovna in neutemeljena, ker je ni mogoče meriti. Lahko pa trdimo: evidentirano delo je opravljeno, neevidentirano delo pa ni opravljeno.

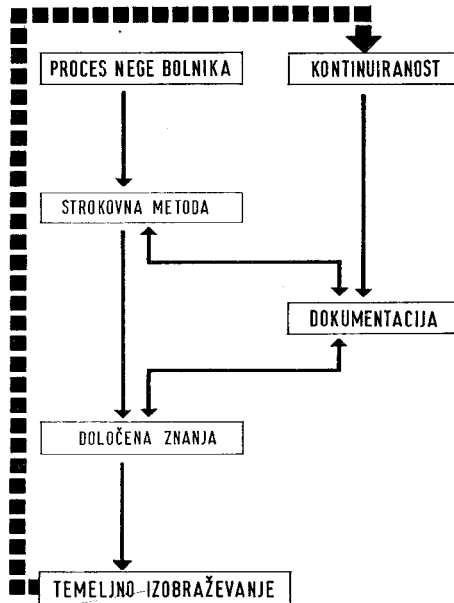
Vsaka stroka ima teoretično zasnovo in načela, ki terjajo določen obseg znanja in dokumentacijo v tej stroki.

Dokumentacija je osnova za kritično razmišljanje, za pozitivne spremembe ter strokovni razvoj.

**Proces nege bolnika** pozna standardno metodo za reševanje določenega problema z naslednjimi fazami:

- registracija problema;
- definicaja problema;
- predvidevanje možnih rešitev;
- izvedba del in nalog;
- vrednotenje rezultatov dela.

#### PROCES NEGE BOLNIKA IN DOKUMENTACIJA



Za strokovno delo medicinske sestre ne velja pravilo »delam pravilno«, temveč je potrebno stalno kritično presojanje in prilagajanje vsakemu bolniku posebej.

Proces nege bolnika je kontinuiran proces, ki je prilagojen bolnikovim potrebam in mora ostati vedno na enaki strokovni ravni. Kontinuiranosti procesa pa ne moremo doseči brez organiziranih in dokumentiranih delovnih metod. Izvajanje procesa nege bolnika ne terja torej le reorganizacijo dela, temveč tudi spremembe v našem razmišljanju in aktivnostih.

McFarlane (1978) ugotavlja, da se nega bolnika spreminja; to ni več veda, ki je intuitivsko reagirala na dejstva, ampak tudi znanstveno razmišlja; ni več institucija, temveč je individualizirana; ni rutinska, temveč je kreativna veda.

Tradicionalno misleča medicinska sestra je razumela nego bolnika le kot izrazito prakticistično dejavnost številnih opravil, spretnosti in tehničnih postop-

kov, ki jih je opravljala po naročilu — brez lastne presoje; informacije je sprejemala pasivno ter rutinsko opravljala svoje delo.

**Sodobna medicinska sestra razmišlja skladno s svojimi strokovnimi nalogami.** Njeno delo je razumska aktivnost s kritično presojo. Nego bolnika načrtuje sistematično; s svojimi neodvisnimi strokovnimi nalogami se enakopravno vključuje v delo vsega zdravstvenega tima. Tudi informacije zbira sama, zato je njeno delo dinamično in tvorno.

Sistematična nega bolnika, ki jo omogoča dokumentacija, daje možnosti za kvalitetnejše in zanesljivejše delo.

Osnovno je, da medicinska sestra pravilno spoznava in razume varovančeve oziroma bolnikove potrebe in zdravstvene probleme, pri čemer ji pomagajo metode zbiranja, vrednotenja, analiziranja in razlage dobljenih podatkov. Če česa ne znamo opisati in se nam samo »nekaj zdi«, potem tega res tudi ne znamo.

Že leta 1860 je Florence Nightingale zapisala: . . . »le s točnimi, konkretnimi podatki o posameznem bolniku dobimo pomembne informacije za nego in o njej ter njeno kvaliteto lahko primerjamo od oddelka do oddelka . . .«

#### **Naloge dokumentacije so:**

— **sredstvo komunikacije:** daje pomembne informacije v enotnih in jasnih oblikah, kar je nujno pri današnji delitvi dela in številnih strokovnjakih ob bolniku;

— **sredstvo zanesljivosti dela** negovalnih skupin;

— **sredstvo zbiranja podatkov:** časovnega zaporedja, metod opazovanja, retrospektivnih analiz, opozarja na nepredvidena dogajanja v procesu nege; daje zanesljive podatke o bolnikovem okrevanju; nakazuje določene razvojne smeri;

— **posreduje znanje o negi bolnika,** ker posreduje točne podatke o rezultatih nege in omogoča raziskovalno delo na tem področju;

— **zagotavlja kontinuiranost in sistematičnost negovanja bolnika;** omogoča načrtovanje nege bolnika na osnovi ugotavljanja bolnikovih oziroma varovančevih potreb;

— **omogoča individualno prilagojeno nego bolnika;** upoštevamo posameznikove potrebe po negovanju in ne le njegove diagnoze, in poznamo njegove odzive na negovanje.

Pri nas se še vedno ravnamo po splošnih načelih in zanikamo individualnost določenih potreb, istočasno pa zelo individualno negujemo cvetje, nekatero bolj zalivamo, drugo manj, nekatero nosimo na sonce, drugo v senco! . . .;

— **omogoča vrednotenje nege bolnika,** ker lahko preučimo vse faze dela in njihove rezultate;

— **sredstvo izobraževanja:** omogoča učenje, študij posameznih primerov nege bolnika in pregled opravljenega dela učencev oziroma študentov;

— **daje osnovo za interdisciplinirano sodelovanje** z možnostjo skupnega načrtovanja in izvajanja dela;

— **je vir pravne zaščite:** zajema podatke o poteku nege bolnika o usposobljenosti in znanju zdravstvenih delavcev;

— **zvišuje učinkovitost nege bolnika.**

Slišali pa bomo tudi naslednje ugovore:

— dokumentacija jemlje čas — strokovnjaki pišejo, namesto da bi delali. Res je, ko začnemo delati in uvajati nove metode, porabimo več časa, a v zelo

kratkem času se nam to vrne z bolj strokovnim delom, z boljšo organizacijo dela, pa tudi s smoternejšo izrabo delovnega časa;

— če medicinska sestra piše, ni ob bolniku.

Ko načrtujemo nego bolnika, bolnik — varovanec sodeluje z nami; torej je to načrtovanje že del nege, saj omogoča boljše sodelovanje v procesu zdravljenja.

— Nam ni treba zapisovati, saj itak vse opravimo tako kot je treba. Ali res vse opravimo in kako? In, če bi res vse predvideli, opravili in vedeli — čemu potem vsakdanje težave, ko svoje strokovno delo želimo predstaviti?

Pravno, etično in strokovno neevidentirane naloge oziroma njihovi postopki niso opravljeno delo. Koliko zdravstvenih delovnih organizacij v naši državi ima v bolnikovi dokumentaciji »list nege«? Kaj vemo o prejšnjih bolnikovih problemih ob ponovnih hospitalizacijah ali ob napotitvi bolnika v domačo nego;

— ni podatkov, ki bi dokazovali, da je dokumentirana nega bolnika uspešnejša. Raziskave potrjujejo večjo uspešnost sistematične nege bolnika, kot jih dajejo intuicija, tradicija, metode poskusov in zmot.

— Brez dokumentacije ni možna tudi nobena primerjava.

— Ali ni to podvajanje podatkov, ki jih zbira zdravnik?

Le dokumentacija omogoča posredovanje informacij tudi drugim članom zdravstvenega tima; medsebojne informacije zmanjšajo dvojno zbiranje enakih podatkov.

### **Še nekaj o osnovnih načelih, ki jih moramo upoštevati pri dokumentaciji**

— Bodimo natančni, jasni in popolni v opisu določenega problema;

— vedno pišimo čitljivo in s črnilom, ki ga ni možno izbrisati;

— podatke ponovno preverimo, predno jih zapišemo;

— ločimo objektivni opis od lastne razlage;

— pri opazovanju vedno opišimo: spremembo stanja; odsotnost pričakovanih sprememb; bolnikov odziv na negovalni poseg; odziv na zdravstveno-vzgojne napotke itd.;

— svojca, ki je dal določene podatke, identificiramo;

— vedno preberemo raport oz. poročilo, ki je bilo napisano;

— vedno se podpišemo;

— nikoli ne spreminjamo poročila, da bi prikrili eventualne napake ali zmoten;

— v poročilih ne uporabljamo ustaljenih fraz in poklicnega žargona;

— zapisujemo vedno v dogovorjenih časovnih rokih;

— ne posplošujemo; dva problema ne moreta biti povsem enaka, ker tudi ljudje niso enaki.

### **Literatura:**

1. Farmer E. S.: Personal communication. WHO, Bern 1980.
2. Hall D. C.: A position paper on nursing. WHO/EURO 1979.
3. Proffit P.: The reason for records. WHO, Bern 1980.