

DOKUMENTIRANJE ZDRAVSTVENE NEGE

DOCUMENTATION OF NURSING CARE

Helena Kristina Peric

UDK/UDC 616-083:614.253.5

DESKRIPTORJI: zdravstvena nega; zdravstvena nega dokumentacija

DESCRIPTORS: nursing; nursing records

Izvleček – Dokumentacija zdravstvene nege je odsev kvalitete zdravstvene nege. Članek opredeljuje razloge za dokumentiranje oziroma namene, ki jih želimo s tem doseči. Podrobneje opredeljuje dokumentacijo, ki je potrebna na različnih področjih delovanja medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, kot so zdravstvena nega, zdravstvena vzgoja, diagnostično terapevtski program, telefonski pogovori, opisi incidentov. Posebno pozornost posveča zaupnosti, ki jo mora biti deležna dokumentacija. Opisuje pa tudi aktualno računalniško dokumentiranje ter identificira prednosti in pomanjkljivosti le-tega.

Abstract – The documentation of nursing care reflects its quality. The article defines the reasons for documenting respectively the purpose we try to achieve. The documentation needed for different areas of the work of nurses and nursing technicians – nursing care, health education, diagnostic-therapeutic program, telephone calls, reports of incidents – is presented in detail. Special attention is dedicated to confidentiality of such documentation. The modern way of computer documenting is presented and its strong points and deficiencies are presented.

Uvod

Minilo je dobro leto, odkar sem objavila članek z istim naslovom v Obzorniku zdravstvene nege. Članek je naletel na ogromen odziv – prejela sem na desetino prošenj iz raznih krajev Slovenije, s katerimi so me kolegice prosile za nasvete, obrazce, dodatne informacije in predavanja na to temo. Takšno zanimanje za to področje me je spodbudilo, da sem se zopet lotila te teme, tokrat podrobneje in s konkretnimi primeri.

Delo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov (v nadaljevanju MS in ZT) poteka 24 ur dnevno. Zdravstvena nega (v nadaljevanju ZN), zdravstvena vzgoja (v nadaljevanju ZV), pomoč pri diagnostično terapevtskem programu so področja, kjer je dokumentiranje nujno potrebno kot integralni del varnega in učinkovitega dela. Z dokumentiranjem vseh teh aktivnosti ilustriramo našo stroko in njen prispevek v sistemu zdravstvenega varstva. S tem prispevkom pa želim zajeti tudi vse drobne stvari, ki se tudi vsakodnevno dogajajo in na katere moramo biti pozorni. Pomembnejši telefonski pogovori, med katere spadajo dajanje nasvetov in prejemanje navodil, neljubi dogodki oziroma incidenti, ki se pripetijo v našem delovnem okolju so prav gotovo tudi vredni dokumentiranja. V slovenskem prostoru zdravstvene nege gledamo na dokumentacijo zelo ozko, držimo se le ustaljenih navad in obrazcev. S tem člankom želim predstaviti tudi neomejene možnosti dokumentiranja, ki so odvisne le od domišljije,

znanja in pripravljenosti tistih, ki morajo poskrbeti za uvajanje dokumentiranja zdravstvene nege. Nikoli pa ne smemo pozabiti na zaupno naravo dokumentacije, čeprav imamo do zaupnosti in molčečnosti v zdravstvu še vedno zelo mačehovski odnos. In za tiste, ki gredo radi v korak s časom, ali bolje rečeno, ki imajo možnost iti v korak s časom, želim načeti tudi temo računalniškega dokumentiranja.

Nameni dokumentiranja ZN

1. **Komunikacija:** je najpomembnejši namen dokumentiranja. Zdravstveni delavci potrebujemo nenehen dostop do informacij za zagotavljanje čim kvalitetnejšega zdravstvenega varstva. Dokumentacija ZN služi kot komunikacija v monodisciplinarnem oz. negovalnem timu, nič manj pa ni pomembna v multidisciplinarnem timu.
2. **Koordinacija ZN:** dokumentacijo potrebujemo za pravilno načrtovanje ZN, sprejemanje pravih odločitev na raznih področjih našega dela, za oceno varovančevega napredka itn. Član negovalnega tima lahko na podlagi dokumentacije bolje koordinira ZN z ostalimi sodelavci.
3. **Kvaliteta ZN:** s komuniciranjem podatkov o varovanju prek dokumentacije in s koordiniranjem ZN zagotavljamo tudi kvalitetnejšo ZN.

4. Nadzor nad kvaliteto ZN: dokumentacija ZN nam ponuja pisna dokazila o kvaliteti ZN. Osebe, ki izvajajo nadzor nad kvaliteto ZN, imajo tako olajšano delo. V tujini je dokumentacija ZN pomemben dokument, ki ga uporabljajo posebne komisije za zagotavljanje kvalitete ZN za oceno kvalitete ZN.
5. Izobraževanje: dokumentacijo ZN lahko uporabimo kot učni pripomoček pri izobraževanju dijakov, študentov, pripravnikov in že formiranih kadrov v ZN.
6. Raziskovanje: Dokumentacija ZN nam pomeni neprecenljiv vir informacij s tega področja. ZN lahko napreduje in se izboljšuje le skozi raziskovanje, to pa ni možno brez dobre in zanesljive dokumentacije. Dokumentacija ima tako neposreden vpliv na raziskovalno dejavnost, prav tako pa ima raziskovanje vpliv na dokumentiranje, saj nam narekuje potrebo po dokumentiranju in s tem vpliva na izboljšanje le-tega.
7. Pravna zaščita: dokumentacija ZN lahko nenazadnje služi kot pravna zaščita – ob tožbah, odškodninskih zahtevkih, disciplinskih zaslišanjih, ugotavljanju opravilne sposobnosti varovanca in podobno. Dokumentacija ZN ne služi le kot pravna zaščita MS in ZT, ampak tudi varovancev in drugih zdravstvenih delavcev.
8. Vrednotenje ZN: MS in ZT izvajamo veliko tako imenovanih nevidnih del. Z dokumentiranjem postanejo ta dela vidna in lažje je pravilno vrednotenje teh del. Z dobrim dokumentiranjem ZN lahko bolj učinkovito prikažemo potrebe po osebju, ter delež, ki ga MS in ZT prispevajo k ohranitvi in vrnitvi zdravja, kadar pa to ni mogoče, k mirni smrti (glej prilogo 1).

Dokumentiranje ZN

Najboljši pristop k izvajanju ZN je proces ZN. To je proces reševanja problemov, ki nam pomaga pri sistematični organizaciji negovalnih aktivnosti, da lahko zagotovimo čim kvalitetnejšo ZN. Dokumentacija ZN bi morala slediti procesu ZN. V slovenski zdravstveni negi uporabljamo predvsem klasične obrazce, kjer prevladujejo individualni negovalni načrti, ponekod pa že uporabljajo standardne negovalne načrte, vezane na določeno medicinsko diagnozo. Individualni negovalni načrti so idealni, vendar pa skoraj nikjer možni, saj za izdelavo le-teh potrebujemo veliko časa in znanja. Standardni negovalni načrti so ponavadi natančno izdelani in pokrivajo veliko potreb, vendar jih težko uporabimo pri varovancih z več diagnozami, obstaja pa tudi nevarnost, da jih ne individualiziramo. V tujini poleg teh dveh pripomočkov uporabljajo za dokumentiranje ZN še mnoge druge, med njimi so najpogostejši protokoli ZN in zemljevidi ZN. Protokoli ZN so pripomočki, ki dajejo specifična zaporedna navodila za zdravstveno nego varovanca z določeno ne-

govalno diagnozo. Zemljevidi ZN pa opisujejo ključne faze in intervencije, ki jih izvajamo pri varovancu z določeno medicinsko diagnozo, in omogočajo dober nadzor nad varovančevim napredkom. Vsaka zdravstvena ustanova bi morala izdelati lastne obrazce za ZN, ki bi sledili fazam procesa ZN: potrebujemo obrazce za prvotno oceno stanja, (priloga 2), za sprotne spremembe v stanju (tekoče obrazce – priloga 3), negovalne plane, protokole, sestrška poročila, listo negovalnih diagnoz (priloga 4)... Še bi lahko naštevala, vendar kot že omenjeno, je to odvisno od samih MS, predvsem vodilnih in tudi vseh ostalih, ki se morajo ukvarjati z uvajanjem dokumentiranja ZN.

Obstajajo tudi različni načini, kako dokumentiramo določen problem v ZN. Opisala bom tri najpogostejše načine, ki jih trenutno uporabljajo v svetu (priloga 5). Prvi, najstarejši način je tradicionalno kronološko dokumentiranje, ki pa po svojem logičnem zaporedju tudi posnema proces ZN. Zelo priljubljen način dokumentiranja v tujini je metoda SOAPIE, kjer podatke razdelimo v šest različnih kategorij: S pomeni subjektivni podatek, O objektivni podatek, A assesment ali oceno stanja, P načrt, I intervencija, ki smo jo izvedli, in E evalvacijo oziroma vrednotenje stanja. Eden izmed pogostih načinov dokumentiranja je tudi fokalno dokumentiranje, kjer določeno aktivnost opredelimo kot fokus. Podatke vnesemo v tri različne kategorije – z D označimo podatke in vnesemo vse razpoložljive podatke, z A označimo akcijo, kamor vnesemo načrt in intervencijo in z R označimo reakcijo, kar pomeni dosego cilja in vrednotenje tega cilja.

Z opisi teh načinov dokumentiranja sem želela opozoriti na veliko možnosti dokumentiranja, ki se nam ponujajo. S prilogami sem želela predstaviti predvsem obrazce, ki jih kljub funkcionalnosti redkeje uporabljamo. Dokumentiranja ne smemo imeti za dolgočasno, nepotrebno delo – z zanimivimi obrazci in z razširjanjem znanja lahko postane izzivalno in prijetno opravilo.

Dokumentiranje zdravstvene vzgoje

ZV spada med najpomembnejše naloge MS in ZT. Pomembna je predvsem za preprečevanje raznih zbohlenj in njihovih posledic, torej za preventivo. Eno izmed meril razvitosti dežele je zdravstvena prosvetljenost prebivalstva, ki močno vpliva na splošno zdravstveno stanje in s tem na produktivnost in standard celotne družbe.

Dokumentiranje ZV lahko poteka v sklopu dokumentiranja ZN, lahko pa se odločimo za ločen načrt ZV. To moramo storiti predvsem takrat, ko je ZV varovanca tako pomemben element ZN, da bi njena opustitev lahko povzročila poslabšanje njegovega zdravja. Potrebe po ZV ugotavljamo na enak način kot vse ostale varovančeve potrebe (z opazovanjem, pogovorom, zdravstvenovzgojno anamnezo...). Po ugotovljenem stanju določimo cilje, ki jih želimo z ZV doseči,

nato pa lahko začnemo načrtovati in izvajati ZV. Za uspešno izpeljevanje teh faz pa je zopet zelo pomembno dokumentiranje. Kljub temu, da zdravstveno vzgajamo skoraj vsak dan v svojem poklicnem življenju, pa je dokumentacija o tem minimalna. Morda je tako predvsem zato, ker so MS in ZT na področju dokumentiranja prepuščene same sebi in svoji domišljiji, ker je ZV tradicionalno nevidno delo, ki je seveda zelo slabo ovrednoteno, in seveda zaradi kroničnega pomanjkanja časa.

V tujini je tako kot pri dokumentiranju ZN ta problem rešen s posebnimi komisijami, ustanovljenimi v zdravstvenih ustanovah, ki se ukvarjajo z razvijanjem obrazcev za dokumentiranje opravil MS. Ti obrazci naj bi bili enostavni, hitri, razvidni, ustrezni za potrebe določene ustanove (priloga 6). Podobno kot oblikujemo standardne načrte ali protokole za ZN, lahko oblikujemo tudi standardne zdravstvenovzgojne načrte. Ti zagotavljajo dosledno in neprekinjeno ZV.

Idealna ZV dokumentacija vsebuje:

- datum in uro ZV;
- ime in priimek varovanca;
- varovančevo stanje glede na potrebe ZV;
- natančne cilje, ki jih želimo z ZV doseči;
- opis varovančeve sposobnosti učenja;
- identifikacijo pozitivnih in negativnih vplivov na varovančevo sposobnost učenja;
- vsebino ZV;
- opis učnih metod, materialov in pripomočkov, ki smo jih uporabili;
- vrednotenje ZV s konkretnimi indikacijami, ki kažejo na to, da je varovanec razumel naše informacije;
- potrebo po nadaljni ZV;
- podpis, delovno mesto.

Prizadevati si moramo za to, da se takšni idealni dokumentaciji čim bolj približamo, predvsem kadar izvajamo ZV v organizirani obliki, kot so na primer materinske šole, predavanja za varovance s sladkorno boleznijo, predavanja za varovance z astmatičnimi težavami in še bi lahko naštevala. ZV, ki jo izvajamo sprotno, ob izvajanju ZN ob bolnikovi postelji, v ambulanti, v krajših vsakdanjih pogovorih z varovanci, pa lahko zabeležimo na sestrski poročila oziroma na obrazce, ki jih uporabljamo za tekoča obvestila.

Dokumentiranje izvajanja diagnostičnoterapevtskega programa

Diagnostičnoterapevtski program (v nadaljevanju dgt program) izvajajo MS in ZT v okviru svojih pristojnosti po navodilih zdravnikov. V dokumentaciji morajo biti ta navodila jasno zapisana in razumljiva izvajalcem. Navodila zdravnika za dgt program morajo biti vedno pisna, le v izjemnih primerih so lahko ustna ali telefonska. V teh primerih je potrebno ta na-

vodila čimprej zapisati in poskrbeti za čimprejšen zdravnikov podpis. Zaradi izjemne natančnosti, ki je potrebna pri izvajanju dgt programa, je dokumentiranje nujno potrebno. Dokumentacija bi morala odsevati sleherno aktivnost, izvedeno v okviru dgt programa. Razvidno mora biti kdo, kdaj, kako, koliko, komu.

Za dokumentiranje izvajanja dgt programa vsekakor ni dovolj le temperaturni list, čeprav nas večina v Sloveniji še vedno prisega le nanj. Razvijemo lahko preproste in pregledne obrazce, ki nam bodo omogočali natančnejše dokumentiranje izvajanja dgt programa (priloga 7). Zavedati se moramo odgovornosti, ki jo nosimo ob izvajanju dgt programa, in posledic, ki lahko nastanejo ob pomanjkanju dokumentacije na tem področju. Študija, ki so jo izvedli v ZDA leta 1992, jasno kaže, da so najpogostejši vzroki tožb in odškodninskih zahtev, vloženih proti MS, ravno s tega področja: aplikacija nepravilnega odmerka zdravila, nepravilna aplikacija zdravila... Študija tudi kaže, da so se medicinske sestre brez ustrezne dokumentacije neuspešno zagovarjale. Pa pomislimo na naše temperaturne liste in se vprašajmo, kako uspešno bi se zagovarjale z dokumentom, iz katerega ponavadi niti to ni razvidno, kdo je zdravilo apliciral. Pravilna in dobra dokumentacija nas ne bo le zaščitila ob morebitnih dvomih, ampak nam dobro služi tudi kot sredstvo za preprečevanje napak, saj moramo ob sleherni aktivnosti, na primer dajanju zdravila, to tudi zabeležiti in to nas prisili v ponovno preverjanje odmerka, časa, načina dajanja zdravila...

Dokumentiranje telefonskih pogovorov

Posebno poglavje želim posvetiti dokumentiranju telefonskih pogovorov, ki jih mnoge MS in ZT v bolnicah, zdravstvenih domovih in v ostalih zdravstvenih ustanovah opravljajo vsakodnevno. Prek telefona vsak dan posredujemo nasvete, priporočila, prejemamo navodila... Mnogokrat spremlja te pogovore velika odgovornost, saj nemalokrat posredujemo informacije, ki lahko močno vplivajo na varovančevo zdravstveno stanje. Tako na primer odločamo (ali smo res za to pristojni?), kdaj naj pride varovanec na pregled v ambulanto, ali so njegove težave dovolj resne za takojšen pregled ali pa mu datum določimo za čez 3 mesece. Poleg tega dajemo MS mnogo nasvetov prek telefona mladim materam glede nege otrok, sladkornim bolnikom glede prehrane, svojcem informacije o varovancih, ... Z vso odgovornostjo moramo paziti, da dajemo nasvete in informacije v okviru svojih pristojnosti. Vsebinsko takšnih telefonskih pogovorov moramo tudi ustrezno dokumentirati. Pomembno je tudi dokumentiranje telefonskih pogovorov, ko sprejemamo navodila zdravnika, na primer patronažna medicinska sestra na varovančevem domu. Za vsa pomembnejša telefonska sporočila naj velja, da zapišemo:

- datum in uro pogovora;
- ime in priimek klicatelja, razen, ko želi ta ostati anonimni, kar tudi navedemo;

- razlog za klic;
- informacije, ki smo jih prejeli;
- informacije, ki smo jih posredovali;
- podpis, delovno mesto;
- potrebo po ponovnem klicu.

Zelo priporočljivo je, da ob koncu telefonskega pogovora obnovimo informacije, ki smo jih prejeli, oziroma da prosimo osebo, ki smo ji informacije posredovali, da jih ponovi. Tako se lahko prepričamo o razumljivosti podatkov, ki smo jih prejeli ali posredovali, in se tako izognemo napakam, ki lahko nastanejo ob sporočanju. Dobrodošla alternativa telefonskim pogovorom so faksirana sporočila, kjer pa moramo biti pozorni na zaupno naravo dokumentov.

Tako kot za ostala opravila MS in ZT bi morali tudi za dajanje oziroma sprejemanje informacij prek telefona, obstajati standardi. Ti bi morali natančno opredeljevati pristojnosti in potrebna znanja MS in ZT na področju posredovanja nasvetov in informacij in določiti okoliščine, v katerih lahko sprejemamo navodila zdravnika prek telefona.

Dokumentiranje incidentov

Incidenti so nezaželeni dogodki, ki jih ne smatramo za vsakdanje, rutinsko dogajanje na delovnem mestu, pač pa imajo negativen predznak in zmotijo utrip delovnega okolja. To so na primer poškodbe varovancev, osebja, pritožbe obiskovalcev, napake pri delu... Vsak incident moramo dokumentirati, da lahko iz dokumentacije preučimo vzroke za nastanek in da sprejmemo ukrepe za preprečevanje nadaljnjih podobnih incidentov. V anglosaških deželah to imenujejo »risk management«. V tujini, kjer so odškodninski zahtevki in tožbe v zdravstvu zelo pogoste, pa na podlagi teh poročil o incidentih preučijo tudi te možnosti in jih skušajo pravočasno preprečiti, čemur se v angleščini pravi »claims management«.

Poročilo o incidentu lahko napišemo na prazen list papirja. Vendar je bolj priporočljivo dokumentiranje na obrazce, ki jih pripravi zdravstvena ustanova, saj narekujejo tistemu, ki izpolnjuje obrazec, katere podatke naj posreduje. Brez ustreznih obrazcev moramo sami presoditi, katere informacije so relevantne in tako so lahko poročila nepopolna. Obrazci so lahko kratki, jedrnat, prilagojeni problematiki posameznih zdravstvenih ustanov (primer priloga 8).

Poročilo o incidentu mora izpolniti tisti, ki je neposredno doživel incident. Če je v incident vpletenih več ljudi, mora vsak izpolniti svoje poročilo. Poročilo mora identificirati osebe, udeležene v incidentu. Odsevati mora natančne in resnične dogodke. Izogibati se moramo mnenj, obsodb, sklepov in sugestij. Izpolniti jih je treba čimprej po incidentu, da se ohrani resničnost dogodka.

Ob teh poročilih pa je treba omeniti tudi to, da moramo dokumentirati tudi pozitivne dogodke, dobra dejanja, ki izstopajo iz povprečja. Le tako lahko realno presojava o določenem človeku, oddelku ali ustanovi. Na osnovi teh poročil lahko spodbujamo in motiviramo k podobnim dejanjem.

Računalniško dokumentiranje

Ponekod v Sloveniji, predvsem v zdravstvenih domovih, že obstajajo možnosti za računalniško dokumentiranje zdravstvene nege. Tudi v bolnišnicah se počasi odpirajo možnosti za takšno dokumentiranje, zato je prav, da posvetim nekaj besed tudi tej temi.

Za računalniško dokumentiranje zdravstvene nege obstajajo v tujini posebni programi, imenovani NIS (nursing information systems), ki so prilagojeni procesu ZN. Starejši programi NIS so pasivni. Sposobni so zbiranja, organiziranja, prenosa podatkov, ki jih vnašamo, ne sugerirajo pa možnih sklepov in rešitev. Novejši programi NIS pa so že bolj »inteligentni«. Sposobni so interakcije, saj nas ob vnašanju podatkov opozarjajo na možne probleme, negovalne diagnoze, potrebne intervencije ter rešitve. Takšni sistemi omogočajo zelo učinkovito in hitro dokumentiranje in so zelo dober pripomoček za kvalitetnejšo zdravstveno nego.

Računalniško dokumentiranje ima svoje dobre in slabe lastnosti. Dobre lastnosti so, kot sem že omenila, hitro in preprosto dokumentiranje. Poleg tega omogoča učinkovito in neprekinjeno nadgrajevanje podatkov. Omogoča povezavo raznih virov podatkov. Uporablja standardno frazeologijo in čitljive črke, s čimer omogoča boljše komunikacijo. Omogoča hitro in učinkovito pošiljanje podatkov na druge terminale (zelo pomembno ob urgentnih premestitvah itn.). Če sprejmemo ustrezne varnostne ukrepe, omogoča tudi večjo zaupnost podatkov. Lažje in hitreje pridobivamo podatke, potrebne za statistiko, raziskave...

Omeniti pa moramo tudi slabe lastnosti računalniškega dokumentiranja. Računalniki se lahko pokvarijo, tako da so podatki začasno nedosegljivi. Če nimamo pravih varnostnih ukrepov, je lahko ogrožena zaupnost dokumentov. Računalniki so dragi, potrebno je veliko terminalov za učinkovito dokumentiranje ZN. Če je terminalov premalo, porabimo preveč časa za čakanje na vrsto za dokumentiranje. Že vnešene podatke je možno naknadno spreminjati, zato jih moramo zaradi varnostnih ukrepov sproti tiskati.

Vendar pa dobre lastnosti računalniškega dokumentiranja prevladujejo nad slabimi, zato je priporočljivo, da se ob ugodnih finančnih možnostih odločimo za nakup računalnikov za potrebe ZN.

Dolžnosti MS in ZT, ki računalniško dokumentirajo, so naslednje: da nikoli ne izdajo svojega gesla, ki jim omogoča vstop v računalniški program, da nikoli ne zbršejo informacij in da nikoli ne uporabljajo informacij, ki jih ne potrebujejo.

Zaupnost dokumentacije ZN

Posebno poglavje v tem članku želim nameniti zaupnosti podatkov ZN, ker smo na tem področju še vedno v velikem zaostanku v primerjavi z zahodnimi sosedi. Še vedno je mnogo bolnišnic, kjer so temperaturni listi ob bolnikovih posteljah izpostavljeni vsem na ogled. Še vedno je veliko zdravstvenih domov, ki hranijo kartoteke varovancev na mestih, ki so dostopna tudi nepovabljenim, brez ustreznih zaščitnih mehanizmov.

Spoštovati moramo pravico ljudi do zasebnosti. Zavedati se moramo občutljivosti podatkov, s katerimi razpolagamo. **Dokumentacija ZN varovanca je namenjena samo članom tima, ki se ukvarja z njim, in samo ti bi morali imeti dostop in vpogled v to dokumentacijo. Pravico do vpogleda v varovančev dokumentacijo pa ima tudi varovanec sam. Vsi ostali, ki želijo vpogled v dokumentacijo, pa potrebujejo za to dovoljenje varovanca.** To so osnovna načela o ravnanju z varovančevimi podatki, ki jim sledijo dežele z dobro razvito ZN. Vprašajmo se, če jim tudi sami sledimo. Menim, da je pri nas dokumentacija najbolj zaščitena ravno pred varovancem samim.

Naloga MS in ZT je, da v sodelovanju z ostalimi člani tima ohranijo zaupnost vseh informacij, ki jih pridobi zdravstveni tim o varovancu. Varovanec nam bo bolj zaupal, če bo vedel, da bodo njegove informacije ostale zaupne. Na kakšen način pa naj hranimo dokumentacijo, da bo članom tima hitro dostopna, vendar zaščitena pred nepoklicanimi? S tem vprašanjem se ukvarja veliko zdravstvenih ustanov. Rešitev je veliko, potrebno pa jih je prilagoditi naravi oddelka ali ustanove. V bolnišnicah lahko uporabljamo vozičke za dokumentacijo, stenske omarice v sobah, ki se odprejo tako, da uporabimo polico kot pisalno podlago... Kot varnostni ukrep lahko uporabimo ključavnice na kjuče, šifre, kartice...

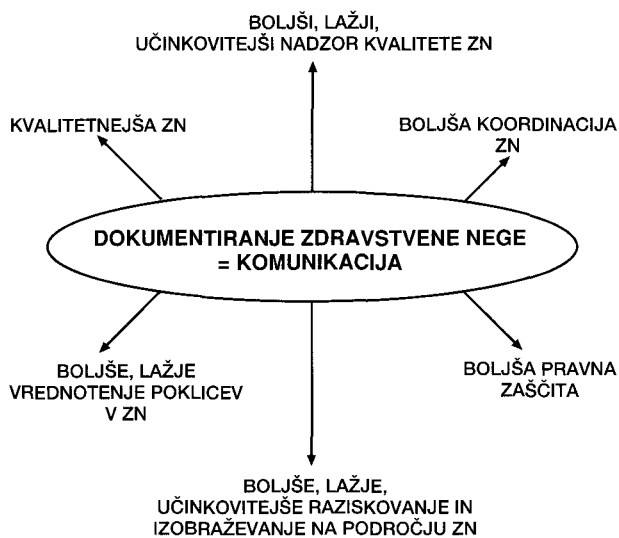
Za iskanje najboljših rešitev pa je najprej potrebno, da spremenimo naš žal prepogosto brezbrizen odnos do zaupnosti.

Sklep

Profesionalna dokumentacija odseva profesionalno ZN. MS in ZT so odgovorni za varno, učinkovito in etično ZN. Kvalitetna dokumentacija je integralni del zagotavljanja takšne ZN. Za vseslovensko napredovanje na tem področju bi morala Zbornica ZN izdelati standarde za minimalne dolžnosti MS in ZT na področju dokumentiranja, na tem pa bi lahko zdravstvene ustanove gradile svoje standarde za dokumentiranje ZN. Z uvajanjem dokumentiranja ZN moramo začeti takoj, če želimo, da bo naša stroka lahko napredovala. Začnimo s preprostimi obrazci – dokumentiranje samo nam bo nato narekovalo izboljšave, ki bodo potrebne.

Literatura

1. College of nurses of Ontario. Standards of nursing practice. Toronto: Canadian cataloguing, 1990: 15–43
2. College of nurses of Ontario. Nursing documentation standards. College Communique 1996; 2: 5–23.
3. Cordell B, Smith-Blair N. Streamlined charting for patient education. Nursing 94 1994; 1: 57–9.
4. Clinical skillbuilders. Better documentation. Springhouse, Pennsylvania: Springhouse corporation, 1992.
5. Clafin N. Standards and quality assurance. AACN: Clinical issues in critical care nursing 1991; 2: 1–96.
6. Clinical pocket manual. Documentation. Springhouse, Pennsylvania: Springhouse corporation, 1989.
7. Egglund E. Charting: how and why to document your care daily and fully. Nursing 88 1988; 11: 76–84.
8. Iyer P W. New trends in charting. Nursing 91 1991; 1: 48–51.
9. Saxton DF, Nugent PM, Pelikan PK. Comprehensive review of nursing. St. Louis: The Mosby company, 1990: 15.
10. Stephan A. Notifying the doctor by phone. Nursing 93 1993; 11: 20.



Priloga 2: Del obrazca za začetno oceno stanja.

OSEBNI PODATKI (1)		Datum:	Stran 1
Ime in priimek:	Spol:	Datum rojstva:	
Prebivališče:	Zavarovanje:		
Višina:	Teža:		
Napotna diagnoza:			
Razlog za hospitalizacijo (kot ga pove varovanec):			
OSEBNI PODATKI (2)			
Samski:	Število otrok:		
Poročen:	Uživanje alkohola:		
Ločen:	Kajenje:		
Vdovec:	Uživanje ostalih drog:		
Oseba, najbližja varovancu:			
OSEBNI PODATKI (3)			
Vera:			
Interpretacija nebesednega vedenja:			
Ocena kognitivnih sposobnosti:			
PREHRANA			
Število dnevni obrokov:	Samostojno hranjenje:		
Dieta:	Pomoč pri hranjenju:		
Prekomerna telesna teža:	Tek:		
Nezadostna telesna teža:	Navzeja, bruhanje:		
PODPIS:	(se nadaljuje)		

Opomba: Osebnosti podatki so razvrščeni glede na občutljivost.

Priloga 3: Del obrazca za tekočo oceno stanja

Ime in priimek:	Datum		
	07–15	15–23	23–07
PREHRANA: Tek, (% zaužite hrane)			
Samostojno hranjenje			
Pomoč pri hranjenju – delna			
– popolna			
Nazogastrična sonda			
Padec ali porast telesne teže			
HIGIENA: Samostojno izvajanje			
Delna pomoč			
Popolna pomoč			
Posteljna kopel			
Prhanje			
Ustna nega			
Večerna nega			
KOŽA: Hladna			
Topla			
Vroča			
Suha			
Znojna			
Bleda			
Rožnata			
Cianotična			
Rdeča			
Zlatenična			
OPOMBE:			
PODPIS:	stran 1 (se nadaljuje)		

Priloga 4: *List negovalnih diagnoz*

Ime in priimek: <i>ANA HORVAT</i>		Diagnoza: <i>Kronična obstruktivna pljučna bolezen</i>		
Datum rojstva: <i>15. 6. 1938</i>				
Št.	Datum	Negovalna diagnoza	Podpis	Rešeno
<i>1</i>	<i>10. 1. 1997</i>	<i>Neučinkovito dihanje zaradi ↓ pljučne zmogljivosti</i>	<i>Ana Novak, vms</i>	
<i>2</i>	<i>10. 1. 1997</i>	<i>↓ toleranca aktivnosti zaradi neučinkovitega dihanja</i>	<i>Ana Novak, vms</i>	
<i>3</i>	<i>10. 1. 1997</i>	<i>Čustvena prizadetost zaradi bolezenskega stanja</i>	<i>Ana Novak, vms</i>	<i>delno 14. 1. 1997</i>
<i>4</i>	<i>17. 1. 1997</i>	<i>↑ možnost infekcije zaradi kopičenja sluzi v dihalnih poteh</i>	<i>Jelka Zupan, vms</i>	

Priloga 5: Načini dokumentiranja ZN

KLASIČNO KRONOLOŠKO

20. 3. 1996 10.00 Bolnik toži, da težko diha. Je bled, opazim gibanje nosnic ter pospešeno, površno dihanje. Bolnika namestim v polsedeč položaj ter obvestim dr. Novaka. sr. Peric
- 10.15 Bolnik izrazi olajšanje v smislu lažjega dihanja. Dr. Novak ne predlaga nobenih dodatnih ukrepov. sr. Peric

PROBLEMSKO ORIENTIRANO (METODA SOAPIE)

20. 3. 1996 10.00 S (subjektivno): „Težko diham, stiska me v prsih”
 O (objektivno): Bledica, gibanje nosnic, pospešeno dihanje
 A (Assessment – ocena): NEUČINKOVITO DIHANJE
 P (plan): Olajšati dihanje, obvestiti zdravnika
 I (intervencija): Polsedeč položaj, obvestim dr. Novaka sr. Peric
- 10.15 E (evalvacija): Bolnik izrazi olajšanje v smislu lažjega dihanja. Dr. Novak meni, da dodatni ukrepi niso potrebni. sr. Peric

FOKALNO

20. 3. 1996 10.00 FOKUS
 DIHANJE D (data): Bolnik toži, da težko diha, je bled, pospešeno, površno diha.
 A (akcija): Namestim v polsedeč položaj, obvestim dr. Novaka sr. Peric
- 10.15 R (reakcija): Olajšano dihanje
 Dodatni ukrepi niso potrebni (po navodilih dr. Novaka) sr. Peric

Priloga 7: Obrazec za dokumentiranje aplikacije zdravil

Datum		Datum		i.v. infuz.
Zdravilo – doza, čas, način	Podpis zdravnika	07-15	15-23	
<i>Cefotaksim 1g/8h</i> <i>i.v.</i>	<i>dr. Miha</i> <i>Novak</i>	<i>7 h JZ</i>	<i>15.10 JZ</i>	<i>23.15 VK</i>
Ime in priimek: <i>ANA HORVAT</i>		Podpisi in inicialke:		
Datum rojstva: <i>15. 6. 1938</i>		Alergije: /		
Diagnoza: <i>Kronična obstruktivna pljučna bolezen</i>		<i>Jelka Zupan vms JZ</i>		
		<i>Vida Kovač vms VK</i>		

Priloga 8

POROČILO O INCIDENTU

Ime: _____

Naslov: _____

Datum poročila: _____ Datum incidenta: _____ Čas incidenta: _____

Lokacija incidenta:	bolniška soba	Identifikacije: varovanec
	kopalnica	osebje
	operacijska soba	obiskovalec
	hodnik	ostalo: _____
	ostalo: _____	_____

Stanje pred incidentom: zavest _____
 gibanje _____
 višina postelje _____
 posteljna ograda _____
 zvonec na doseg _____

Tip incidenta: padec _____
 terapija _____
 opekina _____
 oprema _____
 osebna lastnina _____
 ostalo _____

Opis incidenta: _____

Priče (ime in naslov): 1. _____ 2. _____

Ukrepi: zdravniška intervencija _____
 terapija _____
 obvestilo službe varnosti pri delu _____
 obvestilo svojcev _____
 obvestilo tima _____

Poročilo zdravnika _____

Dodatne opombe _____

Podpis:

Delovno mesto:

Datum:
