

DOKUMENTACIJA V ZDRAVSTVENI NEGI: PREGLED LITERATURE

DOCUMENTATION IN NURSING CARE: LITERATURE REVIEW

Jožica Ramšak Pajk

KLJUČNE BESEDE: dokumentacija, zdravstvena nega, medicinska sestra

KEY WORDS: documentation, nursing care, nurse

Izvleček – Dokumentacija zdravstvene nege je pomemben del celotne zdravstvene dokumentacije pacienta. Predstavlja dokumentacijo posameznih faz procesa zdravstvene nege. Vpliva na zagotavljanje kontinuirane in kvalitetne zdravstvene nege, komunikacijo med člani zdravstvenega tima ter je lahko osnova raziskovanju.

Za namen pregleda literature in prikaza virov je bila uporabljena opisna raziskovalna metoda. Viri, vsebine in rezultati raziskav so obdelani glede na potrditev najpogosteje navedenih dejstev o namenu dokumentacije zdravstvene nege in glede na nekatere dejavnike dokumentacije zdravstvene nege: informacijska tehnologija, stališča medicinskih sester, etični vidik in izobraževanje.

Pregled literature je pokazal, da je množica tovrstnih raziskav in zapisov. Poskusov uvajanja dokumentacije zdravstvene nege, tako pisne kot računalniško podprte, je veliko. Pri tem so pogosto uporabljeni nekateri klasifikacijski sistemi. Večina raziskav potrjuje zgoraj navedena dejstva in prednosti uporabe dokumentacije zdravstvene nege.

Abstract – Documentation in nursing care in an important part of the whole documentation of a patient. Documentation of nursing care presents the documentation of separate phases of the process of nursing care. Documentation of nursing care has an important impact on the continuation and quality of nursing care, on communication among health team members and can also represent a basis for research work. In order to present a survey of literature, descriptive research method was used. Sources, contents and results of the research were processed to show the above stated facts about the purpose of the documentation of nursing care and in the light of some factors influencing it: information technology, points of view of nurses, ethics of their work and teaching process. The survey of literature revealed that several research studies and documents exist and that nursing care documentation takes on many forms, from written ones to computer assisted. Different classification systems are used. The majority of the mentioned studies have supported the above mentioned assumptions and that nursing care documentation has many positive aspects.

Uvod

Dokumentacija v zdravstveni negi služi številnim namenom in se pojavlja v različnih oblikah. Dokumentiranje pa lahko pomeni tudi vsako zapisano ali elektronsko beleženje podatkov v zdravstveni negi. Obstaja razlika med splošno in specifično dokumentacijo. Splošna dokumentacija je usmerjena v profesionalni in organizacijski vidik, kjer pacient še vedno ostaja središče. Specifična dokumentacija je del posameznikove obravnave. Oblike obrazcev so odvisne od posameznih institucij in potreb.

Načrt zdravstvene nege je dokument, ki vpliva na delo negovalnega tima in narekuje delo medicinski sestre, sestavljen je iz štirih faz, kjer se na osnovi celostne ocene stanja določijo negovalne diagnoze, cilji, intervencije ter izidi zdravstvene nege (Taylor et al., 2001). 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).

Namen dokumentacije zdravstvene nege je splošen pregled nad planirano in izvedeno zdravstveno nego, namen tega pa je zagotavljanje kvalitetne in kontinuirane zdravstvene nege med zdravstveno obravnavo posameznika (Kroell, Birthe-Garde, 2005). V mednarodnih okvirih obstaja velik interes za to, da se izboljša kakovost dokumentacije zdravstvene nege in terminologije. Kot navajajo avtorji (Björvell et al., 2002), je zagotovo eden od razlogov v tem, da se povečuje potreba po varnosti in točnosti podatkov, tako v zdravstveni negi kot v prenašanju podatkov med različnimi službami. Avtorja Prijatelj in Črv (2004) navajata, da je eden izmed pogojev uspešnega načrtovanja informacijskega sistema zdravstvene nege prav kakovostna in standardizirana dokumentacija.

Namen prispevka je osvetliti pojem dokumentacije v zdravstveni negi, opredeliti njen namen in pomembnost. S pregledom literature želimo predstaviti nekaj dejavnikov, ki vplivajo na oblikovanje in razvoj dokumentacije zdravstvene nege, in sicer: informacijska tehnologija, stališča medicinskih sester, etični vidik in izobraževanje.

Metoda dela

Za namen poglobitve in predstavitve pojma dokumentacije v zdravstveni negi je bila izbrana opisna raziskovalna metoda. Za osnovo zbiranja in analize virov oz. materialov je bil izbran pregled literature. Literaturo sem zbirala leta 2005 s posameznimi dopolnitvami zaradi aktualnosti v septembru 2006. Pri iskanju literature sem uporabila bibliografske baze Cobiss, Medline, Cinahl, Eric, ScienceDirect in ključne besede v slovenščini: dokumentiranje/dokumentacija; zdravstvena nega, ter v angleščini: nursing – documentation, nursing care plan = nursing assessment, nursing records = documentation/standards. Zadetkov je bilo zelo veliko. Najprej sem pregledala abstrakte in nato razdelitev prispevkov po zgoraj navedenih področjih in glede na utemeljitev namena dokumentacije zdravstvene nege.

Pregled literature

Pomen dokumentacije v zdravstveni negi

Avtorji Harkreader in Hogan (2004), Taylor et al. (2001), Ammenwerth (2001) opredeljujejo, da je dokumentacija zdravstvene nege beleženje informacij, ki so relevantne za ugotavljanje stanja, za planiranje, izvajanje in vrednotenje in je uraden dokument. Dokumentacija zdravstvene nege je usmerjena v dokumentiranje procesa zdravstvene nege.

Po avtoricah Harkreader in Hogan (2004), je namen dokumentacije v zdravstveni negi:

- komunikacija med člani zdravstvenega tima in med posameznimi oddelki v času hospitalizacije;
- zagotavljanje kontinuirane in kvalitetne zdravstvene nege. Dokumentacija naj bi bila kazalec standardnih postopkov v zdravstveni negi in lahko služi kot kazalec kakovosti;
- uradno beleženje dela medicinske sestre, za katerega je odgovorna. Medicinska sestra prevzame odgovornost za napake, pravilen postopek dela, preverljivost;
- odškodninska odgovornost, ki se v postopku sklicuje na dokumentacijo zdravstvene nege;
- dokumentacija je lahko osnova raziskovanju v zdravstveni negi. Rezultati raziskav pa so lahko osnova razvoju novih pristopov in povečujejo strokovno znanje.

Navedene trditve potrjujejo številne raziskave, nekaj izmed njih je navedenih v sledečih odstavkih za namen potrditve navedenih dejstev.

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 in Rajkovič (2005) navajata, da je dokumentacija bistvena za zagotavljanje kakovostne zdravstvene nege in posledično kakovostno obravnavo posameznika. Dokumentacija mora biti popolna, natančna in dostopna oz. uporabna tudi na drugih področjih, ki potrebujejo tovrstne informacije (Brunt et al., 1999). Isti avtor poudarja pomen dokumentacije v kontinuiranem spremljanju pacienta pri hospitalizaciji. Kärkkäinen et al. (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.

Informacija je pomembna za opravljanje kakovostne zdravstvene nege in v celotnem procesu obravnave. Opravljena raziskava (Ramšak Pajk, Šušteršič, 2005) potrjuje, da sodobna in strukturirana dokumentacija zagotavlja kakovostno obravnavo pacienta in kontinuiteto zdravstvene nege. Raziskava avtorjev (Björvell et al., 2003a) še posebej poudarja prednosti strukturiranega zapisa v prvi fazi procesne metode dela. V že starejši raziskavi je navedeno (Hogan, Wagner, 1997), da dobro strukturiran zapis vpliva na preglednost dokumentacije, priročnost in izpolnjevanje.

Avtor Pearson (2003) navaja, da medicinske sestre prepogosto razumejo pomen dokumentacije kot svojo varnost oziroma zaščito ter, da se pri oblikovanju dokumentacije daje velik poudarek obliki in ne usmerjenosti k pacientu in zdravstveni negi. Raziskava (Ramšak Pajk, Šušteršič, 2005) je pokazala, da se sodelujoči strinjajo, da je med drugim namen dokumentacije varnost medicinske sestre, zagotavljanje varnosti pacienta in kakovostna obravnavo pacienta. Švedske študije (Ehrenberg, Ehnfors, 2001; Björvell et al., 2003b) navajajo, kaj medicinsko sestro motivira po izpolnjevanju dokumentacije zdravstvene nege: (a) dokumentacija je delovno orodje, (b) poveča varnost pacienta in medicinske sestre ter (c) vpliva na kakovost zdravstvene nege. Raziskava o uporabi in ustreznosti dokumentacije zdravstvene nege (Šušteršič et al., 2004) pravi, da anketirani vidijo namen dokumentacije oz. dokumentiranja v kontinuiteti zdravstvene nege, varnosti za člane negovalnega tima in pacienta ter v prikazu opravljenih del posameznika. Podobno navajajo avtorji (Menche et al., 2001; Voutilainen et al., 2004), 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.

Računalniško podprta dokumentacija zdravstvene nege

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, ki omogočajo elektronsko evidentiranje podatkov o zdravstveni negi. Avtorji raziskave (Šušteršič et al., 2004), ki je potekala pri Ministrstvu za zdravje RS, so razvili model orodja za zagotavljanje kakovosti s pomočjo dokumentacije v zdravstveni negi, ter predlog prototipne računalniške rešitve. 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 navajata tudi avtorja Hellesø in Ruland (2001) kot pogoj izboljšanja kakovostne in kontinuirane obravnave pacienta. Elektronska dokumentacija o pacientu bo delovno orodje medicinske sestre, ki ji omogoča dostop do najnovejših, točnih in ustreznih informacij. Prednost elektronske dokumentacije zdravstvene nege vidita avtorja v zmanjšani redundanci, ažuriranih podatkih in kontinuiteti zdravstvene nege.

Razvoj in uvajanje elektronske dokumentacije zdravstvene nege zahtevata standardizacijo in formalizacijo jezika, uporabljenega v zdravstveni negi. Standardizirani jezik je potrebno razviti, da zagotovimo komunikacijo in razumevanje potreb pacienta po zdravstveni negi ter olajšamo delo medicinski sestri. Filejeva (2003) navaja, da se medicinske sestre vse bolj zavedajo pomena računalniško informacijskega sistema v zdravstveni negi, ki omogoča razvoj enotne terminologije, hitrejše dokumentiranje in enoten sistem zbiranja podatkov.

Študija norveškega avtorja Rulanda (2000 cit. po Hellesø, Ruland, 2001) ugotavlja, da se zdravje pacienta izboljša, ko medicinske sestre uporabljajo strukturiran zapis (ang. tools) za ugotavljanje stanja kot osnovo za določanje prioritete in odločanje glede intervencij zdravstvene nege. V mednarodnem obsegu se razvija kar nekaj klasifikacijskih sistemov zdravstvene nege, ki omogočajo strukturirane podatke, katere medicinska sestra rabi v procesu odločanja v okviru zdravstvene nege. Razvoj klasifikacijskih sistemov je povezan s fazami procesa zdravstvene nege in ti so najpogostejše oblikovanje negovalnih problemov in negovalnih diagnoz, intervencij in izidov zdravstvene nege (Hellesø, Ruland, 2001). Nekaj najbolj poznanih sistemov:

- NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NIC (Nursing Intervention Classification), NOC (Nursing Outcome Classification) (Gordon, 2002; McCloskey, Bulechek, 2002; Maas et al., 2002; Carpenito-Moyet, 2006).

- ICNP (International Classification on Nursing Practice) (International Council of Nurses, 2005).
- Švedski raziskovalci (Ehrenberg et al., 1996; Ehnfors et al., 2002) so razvili model VIPS (Well-being, Integrity, Prevention, Security), ki temelji na štirih fazah procesa zdravstvene nege in je model za dokumentiranje zdravstvene nege.
- V Nemčiji je poznan informacijski sistem PLAISIR (Planification Informatisee des Soins Infirmiers Requis) (Gennrich, 2002).
- V Švici razvijajo (Wieteck, 2004) ENP (European Nursing care Pathways).
- V Belgiji, Nizozemski in tudi Švici razvijajo I-NMDS (International Nursing Minimum Data Set) (Griens et al., 2001; Goossen, 2002).

V evropskem prostoru kot tudi v ameriškem, je še nekaj klasifikacijskih sistemov, ki se razvijajo in testirajo ter iščejo svoj prostor med uporabniki.

Stališča medicinskih sester do dokumentacije zdravstvene nege

Medicinske sestre imajo o dokumentiranju različna menja in stališča. Angleški avtor Allen (1998), ki je raziskoval stališča medicinskih sester do dokumentiranja v bolnišnicah, navaja, da medicinske sestre vidijo vrednost procesa zdravstvene nege v razvoju in prikazovanju profesije, hkrati pa so mnenja, da ga je težko uvajati v prakso. Uvajanje dokumentacije zdravstvene nege predstavlja problem tudi zaradi tega, ker niso v celoti zakonsko urejene zadeve. Avtorja (Stokke, Kalfoss, 1999) navajata zanimiv primer, da do leta 1997 po norveškem zakonu, ki opredeljuje varnost osebnih podatkov, medicinske sestre niso smele beležiti osebnih podatkov pacientov.

Najpogostejše navedena dejstva, ki negativno vplivajo na dokumentiranje v zdravstveni negi so pomanjkanje znanja, pomanjkanje časa, slabo oblikovana in nerazumljiva dokumentacija, odpor do uvajanja novosti, preobremenjenost, neurejeno sodelovanje z drugimi službami, vodstvo in sodelavci (Björvell et al., 2003b). Avtorice tudi omenjajo vpliv delovne pozicije in obremenjenosti medicinske sestre na dokumentiranje v zdravstveni negi, ki jo pogosto motijo telefonski klici, klici pacientov, zdravnikov in drugih sodelavcev zdravstvenega tima. Dokumentacija naj bi odražala vsebino zdravstvene nege, pravi raziskava avtoric (Kärkkäinen et al., 2005), vendar njihovi izsledki ne kažejo tega. Razlog naj bi bil v tem, da medicinske sestre ne dojemajo pomembnosti dokumentacije zdravstvene nege, imajo negativen pogled in se vedejo brezbrizno. Nasprotno Mason (1999) ugotavlja, kadar je odnos medicinskih sester do načrta zdravstvene nege pozitiven, se načrt uporablja kot komunikacijsko sredstvo s pacientom in kot vodilo prakse zdravstvene nege.

Dokumentacija zdravstvene nege se največkrat izpolnjuje ob koncu službe, kar avtor šteje za slabo (Mason, 1999). Medicinske sestre pogosteje dokumentirajo medicinske intervencije in manj negovalne. Raziskave kažejo (Kärkkäinen et al., 2005), da je trend prehajanja iz osnovne zdravstvene nege na instrumentalizirano in tehnološko podprto zdravstveno obravnavo. Bolj ko je dokumentacija strukturirana, bolj je odnos mehaničen in manj je vključevanja pacienta. Podobne dvome navaja teoretičarka Watson (1999), ki dvomi v klasifikacijske sisteme in njihovo uporabo. Navaja, da ogrožajo varnost pacienta in njegovo integriteto v smislu neosebnega odnosa.

Etični vidik dokumentacije zdravstvene nege

Zaradi vpletenosti človeka in humanega pristopa oziroma skrbi za človeka, dokumentacija zdravstvene nege po Eriksonovi (1997) ne more biti zgolj tehnična naloga. Dokumentacija naj bi bila oblikovana tako, da še posebej kaže na vsebine individualne obravnave pacienta. Individualno obravnavo pa avtorica razume kot zdravstveno nego, načrtovano skupaj s pacientom, kjer so upoštewane posameznikove najgloblje potrebe in želje. V medsebojnem odnosu med medicinsko sestro in pacientom, ki je osnova zdravstvene nege, je spoštovanje človekovega dostojanstva potreba, ki jo pacient pričakuje (Šmitek, 2006). Upoštevanje etičnega vidika v zdravstveni negi pomeni, da vedno ravnamo v dobro pacienta. V dokumentaciji zdravstvene nege po finski avtorici Erikson (1996, cit. po Kärkkäinen et al., 2005), je potrebno spoštovati pacienta, njegove poglede, mnenja, stališča in dokumentirati tudi tisto, kar je za pacienta pomembno. Avtorica trdi, da dokumentacija zdravstvene nege ne more biti strogo problemsko orientirana, temveč mora temeljiti na individualni oceni stanja.

V raziskavi finskih avtorjev (Voutilainen et al., 2004), v domovih starejših občanov z daljšo ležalno dobo, so o kakovosti dokumentacije, še posebej na stopnji ugotavljanja potreb pacienta, ugotovili, da kar v vsaki četrti dokumentaciji zdravstvene nege ni bila ocenjena kognitivna sposobnost. Avtorji navajajo za primer demenco, ki je pomemben podatek pri oblikovanju načrta zdravstvene nege. Prav tako so ugotovili pomanjkljivo dokumentiranje v fazi ugotavljanja stanja glede pacientovih sposobnosti in stopnje odvisnosti. Te ugotovitve so toliko pomembnejše, ker temelji zdravstvena nega na individualnem pristopu in je potrebno upoštevati pacientove zmožnosti v samem procesu načrtovanja zdravstvene nege.

Medtem ko se zdravstvena nega in tovrstno znanje relativno hitro razvijata in širita, 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 svoje 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. Rezultat uporabljenega znanja medicinske sestre je dober načrt zdravstvene nege in posledično kakovosten izid zdravstvene nege.

Izobraževanje in dokumentacija 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 et al., 2003b; Ehrenberg, Ehnfors, 2001). Avtorici Ehrenberg in Ehnfors (2001) sta raziskovali vpliv izobraževanja na zaposlene v zdravstveni negi glede vsebinskih sprememb pri dokumentiranju zdravstvene nege in uporabi VIPS modela. Dokumentiranje negovalne anamneze se je po vsebini podvojilo kot tudi beleženje negovalnih diagnoz, ciljev in poročila ob odpustu pacienta. Pri skupini, ki ni bila vključena v izobraževanje, ni bilo sprememb v procesu dokumentiranja zdravstvene nege. Podobno raziskavo sta izvedli ravnata tako švedski avtorici (Nilson, Willman, 2000) med več bolnišnicami z dveletnim izobraževanjem z instrumentom Cat-ch-ing in NoGa. Ugotovili sta, da izobraženost poveča proces dokumentiranja v vseh fazah procesa zdravstvene nege. Pomembna je kakovost informacije, ki je dokumentirana, le-ta pa je odvisna od vsebine dokumenta. Učinkovita dokumentacija zdravstvene nege, kot navajajo avtorice (Björvell et al., 2002), je povezana z izobrazbo medicinskih sester na oddelku in posledično s kakovostno in učinkovito zdravstveno nego.

Razprava

Že sama beseda *documentation* v angleščini je zavajajoča, kajti pomeni tako dokumentacija kot dokumentiranje. Pojma sta sicer strogo povezana, vendar lahko v raziskovanju dajeta napačen vtis. V slovenščini se *dokumentacija* razume kot dokument, listina, utemeljitev in dokumentirati – dokumentiranje, utemeljiti (Toporišič, 2001). Dokumentacija zdravstvene nege posebej ni zavedena v malem leksikonu terminoloških izrazov v zdravstveni negi. V slovenskem medicinskem slovarju (2002) je navedena *dokumentacija-zdravstvena* kot dokumenti, ki se nanašajo na zdravstveno obravnavo bolnikov v posamezni zdravstveni ustanovi.

O dokumentaciji zdravstvene nege se veliko piše in se jo raziskuje. Dokumentacija procesa zdravstvene nege je pomemben, pa vendar žal pogosto zanemarjen del zdravstvene dokumentacije. Vedno bolj je povezana z razvojem informacijske tehnologije, ki da-

je novo luč razvoju in enotnemu pristopu, ter uporabi enotnega jezika zdravstvene nege. Papirno dokumentacijo zdravstvene nege uspešno zamenjuje računalniško podprta tehnologija. Znanje in veščine, ki so zelo povezane z uspešnostjo uvajanja informacijske tehnologije v zdravstveno obravnavo, morajo zdravstveni delavci, in še posebej medicinske sestre, hitro sprejemati in osvajati. Slednje pogosto predstavlja problem. Medicinske sestre sprejemajo novo vlogo pri uporabi tehnologije v njihovem vsakdanjem profesionalnem delovanju in delu z ljudmi. Avtor (Barnard, 2002) navaja zanimivo misel, da je mesto medicinske sestre nekje med tehnologijo, posamezniki, bolnišničnim okoljem in družbo ter imajo hkrati zelo pomembno odgovornost in moč vplivanja na odnos med tehnologijo, zdravstveno nego in človekom.

Sklep

Kakovostno izvedeno dokumentiranje je izjemno pomembno tako za kakovost zdravstvene nege kot za razvoj stroke zdravstvene nege in tudi kot zaupanje znotraj zdravstvene nege. Omenjene trditve se nanašajo in so skladne z modelom VIPS, ki ga na švedskem uspešno uporabljajo že v nekaj bolnišnicah in domovih starejših občanov. Dokumentacija zdravstvene nege je uraden dokument in pisni dokaz ter odraža odgovornost medicinske sestre tako do pacienta kot do njenega dela. Dokumentiranje prakse zdravstvene nege pa se kaže tudi z vrednotami zaposlenih v zdravstveni negi.

Zaključimo lahko, da je dokumentacija zdravstvene nege bistven in pisen dokument, ki je odraz dela medicinske sestre. Ne glede na to, ali poteka dokumentiranje ročno ali je podprto z informacijsko tehnologijo, pomembno je, da je metoda beleženje informacij in obrazci enotna ter da so upoštevani standardi zdravstvene nege. Predstavljena problematika je aktualna tako pri nas kot v tujini in jo je težko v celoti obdelati, zato so predstavljeni le nekateri vidiki. Prispevek kaže na potrebo po tovrstnem raziskovanju in združevanju sil poskusov različnih institucij pri reševanju tovrstne aktualne teme.

Literatura

- Allen D. Record-keeping and routine nursing practice: the view from the wards. *J Adv Nurs* 1998; 27: 1223–30.
- Ammenwerth E, Kutscha U, Kutscha A, Mahler C, Eichstädter R, Haux R. Nursing process documentation systems in clinical routine – prerequisites and experiences. *Int J Med Info* 2001; 64: 187–200.
- Barnard A. Philosophy of technology and nursing. *Nursing philosophy* 2002; 3: 15–26.
- Björvell C, Wredling R, Thorell-Ekstrand I. Improving documentation using a nursing model. *J Adv Nurs* 2003; 43: 402–10.
- Björvell C, Wredling R, Thorell-Ekstrand I. Prerequisites and consequences of nursing documentation in patient records as perceived by a group of Registered Nurses. *J Clin Nurs* 2003; 12: 206–21.
- Björvell C, Wredling R, Thorell-Ekstrand I. Long term increase in quality of nursing documentation: effects of comprehensive intervention. *Scand J Caring Sci* 2002; 16: 34–42.
- Brunt B, Gifford L, Hart D, McQueen-Gross S, Siddall D, Smith R, Weakland R. Designing interdisciplinary documentation for the continuum of care. *Journal of Nursing Care Quality* 1999; 14: 1–10.
- Carpenito-Moyet L.J. *Handbook of nursing diagnosis*. Lippincott Williams&Wilkins, USA, 2006.
- Dowding D, Thompson C. Measuring the quality of judgement and decision-making in nursing. *J Adv Nurs* 2003; 44: 49–57.
- Ehrenberg A, Ehnfors M, Thorell-Ekstrand I. Nursing documentation in patient records: experience of the use of the VIPS model. *J Adv Nurs* 1996; 24: 853–67.
- Ehrenberg A, Ehnfors M. The accuracy of patient records in Swedish nursing homes: congruence of record content and nurses' and patients' descriptions. *Scand J Caring Sci* 2001; 14: 303–10.
- Ehnfors M, Ehrenberg A, Thorell-Ekstrand I. The development and use of the VIPS model in nordic countries. V: *Sonderkonferenz der Organisation für gemeinsame europäische Pflegediagnosen Interventionen und Ergebnisse*, Wien ACENDIO 2002 (ur. Nico Oud), Verlag Hans Huber, 139–68.
- Eriksson K. Understanding the world of the patient, the suffering human being: the new clinical paradigm from nursing to caring. *Adv Prac Nurs Q* 1997; 3: 8–13.
- Filej B. Informatika v zdravstveni negi – kje smo in kam moramo. V: *e-Zdravje: program kongresa (zbornik referatov)*, Slovensko društvo za medicinsko informatiko, Bled 2003; 1–5.
- Gennrich R. Analyse und Transfer des Verfahrens PLAISIR in Deutschland. V: *Sonderkonferenz der Organisation für gemeinsame europäische Pflegediagnosen Interventionen und Ergebnisse*, Wien ACENDIO 2002 (ur. Nico Oud), Verlag Hans Huber, 183–200.
- Goossen W. The International Nursing Minimum Data Set (J-NMDS). V: *Sonderkonferenz der Organisation für gemeinsame europäische Pflegediagnosen Interventionen und Ergebnisse*, Wien ACENDIO 2002 (ur. Nico Oud), Verlag Hans Huber, 201–40.
- Gordon M. The NANDA Taxonomy II. V: *Sonderkonferenz der Organisation für gemeinsame europäische Pflegediagnosen Interventionen und Ergebnisse*, Wien ACENDIO 2002 (ur. Nico Oud), Verlag Hans Huber, 9–30.
- Griens AMGF, Goossen WTF, Van der Klot WA. Exploring the nursing minimum data set for the Netherlands using multidimensional scaling techniques. *J Adv Nurs* 2001; 36: 89–101.
- Harkreader H, Hogan MA. *Fundamentals of nursing caring and clinical judgment*. USA Elsevier Science 2004: 217–29.
- Hellesø R, Ruland CM. Developing a module for nursing documentation integrated in the electronic patient record. *J Clin Nurs* 2001; 10: 799–805.
- Hogan WR, Wagner MM. Accuracy of data in computer based patient records. *J Am Med Inform Assoc* 1997; 4: 342–55.
- International council of Nurses. ICNP version 1: international classification for nursing practice. International council of nurses, Geneva, 2005.
- Kärkkäinen O, Bondas T, Eriksson K. Documentation of individualized patient care: a qualitative metasynthesis. *Nurs Ethics* 2005; 12: 123–32.
- Kroell V, Birthe Garde A. Strategy for documentation in nursing at a national and a local level in Denmark. V: *Proceedings of the fifth biennial European Conference of the Association for Common European Nursing Diagnoses*. Bled ACENDIO 2005; Bern Hans Huber, 73–77.
- Mason C. Guide to practice or load of rubbish? The influence of care plans on nursing practice in five clinical areas in Northern Ireland. *J Adv Nurs* 1999; 29: 380–7.
- McCloskey JC. Bulecheck GM. *Nursing Interventions Classification (NIC) – Overview and Current Status*. V: *Sonderkonferenz der Organisation für gemeinsame europäische Pflegediagnosen Interventionen und Ergebnisse*, Wien ACENDIO 2002 (ur. Nico Oud), Verlag Hans Huber, 31–44.
- Mass M, Reed D, Reeder K, Kerr P, Specht J, Johnson M, Moorhead S. *Clinical Adequacy of NOC Outcomes – A Report of Field Testing*. V: *Sonderkonferenz der Organisation für gemeinsame europäische Pflegediagnosen Interventionen und Ergebnisse*, Wien ACENDIO 2002 (ur. Nico Oud), Verlag Hans Huber, 45–64.

28. Maule AJ. Studying judgement: some comments and suggestions for future research. *Thinking and Reasoning* 2001; 7: 91–102.
29. Menche N, Bazlen U, Kommerell T. *Pflege heute*. Urban & Fischer Verlag, 2001: 49–53.
30. Nilson UB, Willman A. Evaluation of Nursing Documentation. *Scand J Caring Sci* 2000; 14: 199–206.
31. Owen K. Documentation in nursing practice. *Nursing Standard* 2005; 19: 48–9.
32. Pearson A. The role of documentation in making nursing work visible. *Int J Nurs Pract* 2003; 9: 271.
33. Prijatelj V, Črv M. Načrtovanje in uvajanje informacijskega sistema zdravstvene nege. *Inform Med Slov* 2004; 9: 63–7.
34. Ramšak Pajk J, Šušteršič O. Pomen prenovljene dokumentacije zdravstvene nege v izobraževalnem procesu patronažnega varstva. *Organizacija* 2005; 38: 478–82.
35. Slovenski medicinski slovar. (gl. ur. Miroslav Kališnik), Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Inštitut za slovenski jezik Franca Ramovša Znanstvenoraziskovalnega centra SAZU in Zdravniška zbornica Slovenije, Ljubljana, 2002.
36. Stokke TA, Kalfoss MH. Structure and content in Norwegian nursing care documentation. *Scand J Caring Sci* 1999; 13: 18–25.
37. Šmitek J. Pomen človekovega dostojanstva v zdravstvenik negi. *Obzor Zdr N* 2006; 40: 23–35.
38. Šušteršič O, Rajkovič V, Kljajić M, Lednik L, Pavčič-Trškan B, Prijatelj V, Rajkovič U, Ramšak-Pajk J, Zaletel M. 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, december 2004. Ljubljana: Slovensko društvo za medicinsko informatiko, 94–107.
39. Šušteršič O, Rajkovič V. Documentation based quality assurance in nursing care. V: *Documenting nursing care – enhancing patient care through nursing documentation: new directions for novices and experts*. Bled ACENDIO 2005. Bern, Hans Huber, 17.
40. Taylor C, Lillis C, LeMone P. *Fundamental of nursing: the art and science of nursing care*. 4th ed. USA, Lippincott Williams & Wilkins, 2001: 256–69.
41. Toporišič J. Slovenski pravopis. Slovenska akademija znanosti in umetnosti in Znanstveno-raziskovalni center SAZU, Ljubljana, 2001.
42. Voutilainen P, Isola A, Muurinen S. Nursing documentation in nursing homes – state-of-the-art and implications for quality improvement. *Scan J Caring Sci* 2004; 18: 72–81.
43. Watson J. *Post-modern nursing*. New York: Churchill Livingstone, 1999.
44. Wieteck P, Berger S, Odermatt R, Opel B. ENP® European Nursing care Pathways – Standardisierte Pflegefachsprache zur Abbildung von pflegerischen Behandlungspfaden. Bad Emstal: RECOM Verlag, 2004, 12–72.