



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**RAZVOJ DOKUMENTACIJE V
ZDRAVSTVENI NEGI – PREGLED
LITERATURE**

**THE DEVELOPMENT OF NURSING
DOCUMENTATION – A LITERATURE
REVIEW**

Diplomsko delo

Mentorica: Marta Smodiš, viš. pred.

Kandidatka: Urška Klinar

Jesenice, november, 2020

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici Marti Smodiš, viš. pred., za strokovno pomoč in vodenje pisanja diplomskega dela. Zahvala gre tudi recenzentki Sedini Kalender Smajlović, viš. pred., lektorici Olgi Kopljan in družini.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Dokumentacija zdravstvene nege predstavlja pomemben element pri izvajanju zdravstvene nege in omogoča varnejšo in kakovostnejšo obravnavo pacienta. Namen pregleda literature je predstaviti razvoj dokumentiranja v zdravstveni negi skozi zgodovino vse do sodobne oblike dokumentiranja.

Metoda: Za analizo in sintezo dobljenih rezultatov smo uporabili raziskovalni dizajn pregleda literature. Vire smo iskali v slovenski in tuji znanstveni literaturi, v angleškem in slovenskem jeziku. Pomagali smo si s podatkovnimi bazami PubMed, CINAHL, ProQuest, COBISS in Google učenjak. Za oženje zadetkov smo uporabili naslednje omejitvene kriterije: povezava na celotno besedilo, dostopen izvleček besedila in leto objave od 2009 do 2019. Ključne iskalne besedne zveze so »zgodovina zdravstvene nege«, »dokumentiranje v zdravstveni negi«, »documentation in nursing care«, »nursing documentation« in »online documentation systems«. Število dobljenih zadetkov z uporabljenimi omejitvenimi kriteriji je bilo 1079.

Rezultati: Število virov, primernih za natančnejšo analizo, je bilo 56. V diplomsko delo je vključenih 15 virov. Oblikovali smo 3 raziskovale kategorije: dokumentiranje zdravstvene nege skozi zgodovino, sodobno dokumentiranje zdravstvene nege ter prednosti in slabosti elektronskega dokumentiranja. Pri tem smo identificirali 88 vsebinskih kod. Dobljene rezultate smo uvrstili v hierarhije dokazov, kjer smo ugotovili, da prevladujejo članki, ki so del 7. nivoja kategorije dokazov, kar predstavlja metodološko šibke raziskave.

Razprava: Največjo kategorijo zdravstvenih delavcev predstavljajo medicinske sestre, ki za svoje delo uporabljajo ustrezno dokumentacijo, ki izhaja iz procesne metode dela. Skozi zgodovino se postopek sprejemanja in zapisovanja informacij ni kaj dosti spominjal, spreminjala so se v veliki meri samo tehnologija in orodja. V raziskavah je bilo ugotovljeno, da se medicinske sestre srečujejo s preobsežno dokumentacijo in temu namenijo 35 % celotnega časa. Rešitev so našli v informacijskih komunikacijskih tehnologijah, ki olajšajo dokumentiranje in zagotavljajo višjo kakovost dela.

Ključne besede: dokument, informacijsko komunikacijski sistem, diplomirana medicinska sestra, kakovost zdravstvene nege

SUMMARY

Background: Nursing documentation is an important element in the provision of nursing care and contributes to safer and better patient treatment. The purpose of the literature review is to present the development of documentation in nursing care through history to modern forms of documentation.

Methods: For the analysis and synthesis of the obtained results, we used the literature review method. We searched for sources in Slovene and foreign scientific literature, in English and Slovene. We used PubMed, CINAHL, ProQuest, COBISS, and Google Scholar databases. The following criteria were used to narrow down the results: availability of the full text, available text abstract, and year of publication from 2009 to 2019. The key search phrases are "nursing history", "nursing documentation", "nursing documentation", "nursing documentation" and "online documentation systems". The number of results after applying the restrictions was 1079.

Results: The number of sources suitable for a thorough analysis was 56. 15 sources are included in the thesis. We created 3 research categories: nursing documentation through history, modern nursing documentation and the advantages and disadvantages of electronic documentation. We identified 88 content codes. The results were classified into hierarchies of evidence, where we found that the results were dominated by Level VII papers, representing methodologically weak research.

Discussion: The largest category of health professionals is represented by nurses, who use appropriate documentation for their work, which derives from process methods of work. Throughout history, the process of receiving and recording information has not changed much; however, what has changed were the technology and tools. The studies found that nurses face too much documentation in their work and use 35% of their time to deal with it. The solution has been found in information and communication technologies, which facilitate the documentation process and ensure a higher quality of work.

Key words: document, information communication system, registered nurse, quality of nursing care

KAZALO

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | UVOD | 1 |
| 2 | EMPIRIČNI DEL | 6 |
| 2.1 | NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA | 6 |
| 2.2 | RAZISKOVALNA VPRAŠANJA | 6 |
| 2.3 | RAZISKOVALNA METODOLOGIJA | 6 |
| 2.3.1 | Metode pregleda literature | 6 |
| 2.3.2 | Strategija pregleda zadetkov | 7 |
| 2.3.3 | Opis obdelave podatkov pregleda literature..... | 8 |
| 2.3.4 | Ocena kakovosti pregleda literature | 9 |
| 2.4 | REZULTATI..... | 10 |
| 2.4.1 | Prizma diagram..... | 10 |
| 2.4.2 | Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah..... | 10 |
| 2.5 | RAZPRAVA..... | 16 |
| 2.5.1 | Omejitve raziskave | 25 |
| 2.5.2 | Doprinos za boljšo prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo | 25 |
| 3 | ZAKLJUČEK..... | 26 |
| 4 | LITERATURA | 27 |

KAZALO SLIK

| | |
|------------------------------|----|
| Slika 1: Prizma diagram..... | 10 |
|------------------------------|----|

KAZALO TABEL

| | |
|--|----|
| Tabela 1: Rezultati pregleda literature..... | 8 |
| Tabela 2: Hierarhija dokazov | 9 |
| Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov..... | 11 |
| Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah..... | 14 |

SEZNAM KRAJŠAV

| | |
|------|---|
| SWOT | Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats |
| SOAP | Subjective and Objective Data, Assessment, Plan |
| EHR | Electronic Healthcare Record |
| IHR | Integrating the Healthcare Enterprise |
| ZDA | Združene države Amerike |
| NIJZ | Nacionalni inštitut za javno zdravje |

1 UVOD

Dokumentacija zdravstvene nege je integralni del prakse zdravstvene nege, ki je bil vzpostavljen z namenom zagotavljanja varnosti, učinkovitosti, etičnega dela strokovnjakov in višje uspešnosti dela. Predstavlja tudi zapis in zbiranje vseh podatkov, ki jih medicinska sestra pridobi od pacienta. Dokumentacija je pravni dokument, ki predstavlja pravno varnost za pacienta oziroma člane negovalnega tima. Dokumentacija predstavlja pomemben kazalnik razvoja stroke zdravstvene nege (Ivanuša, et al., 2008; Blair & Smith, 2012; Okaisu, et al., 2014; Kramar & Strgar, 2015; Alkouri, et al., 2016). V dokumentaciji so opredeljene intervencije zdravstvene nege, ki so načrtovane glede na potrebe pacienta s strani usposobljene medicinske sestre. Dokument mora biti fleksibilen in mora imeti možnost dopolnjevanja. V Uradnem listu Republike Slovenije, v Zakonu o spremembah in dopolnitvah Zakona o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (ZZPPZ-A, 2015), je zdravstvena dokumentacija definirana, kot reproduciran ali izviren zapis (lahko je tiskan, pisan, fotografiran, risan, fotokopiran, v elektronski obliki, fonografiran, magnetno, optično ali kako drugače zapisan), dokumentarno gradivo, ki je nastalo pri delu nekega organa ali pa je bilo prejeto pri zdravstveni oskrbi. Zdravstvena dokumentacija predstavlja dokument, ki je povezan z zdravstvenim stanjem posameznika in je nujno potreben v okviru izvajanja pravic in obveznosti, priznanih ali pa določenih z zakonom (Zakon o splošnem upravnem postopku, 2005). Osnovna zdravstvena dokumentacija v Sloveniji je sestavljena iz osnovnih podatkov pacienta, kot so ime, priimek, enotna matična številka občana, spol, datum rojstva, naslov prebivališča, številka zdravstvenega zavarovanja, zakonski stan, izobrazba, delo, ki ga pacient opravlja, vrsta in obseg zdravstvenih zavarovanj, lahko pa tudi telefonska številka in elektronski naslov. Poleg osnovnih informacij pa imamo tudi sekundarne podatke, ki povzemajo: klinično, družinsko in socialno anamnezo, alergije, cepljenja, krvno skupino, nosečnost, klinični pregled, diagnostično terapevtske postopke, diagnoze, terapijo, napotitve, razlog in vsebino zdravstvene obravnave, datum smrti in njen vzrok, identifikacijo zdravnika in drugega zdravstvenega osebja. Zdravstvena dokumentacija se v Evropski uniji med posameznimi državami razlikuje, razlikuje pa se tudi rok hrambe zdravstvene dokumentacije in način prevzemanja v državne arhive (Šmid & Štrumbil, 2015).

Začetki dokumentiranja zdravstvene nege segajo v leto 1850, ko je delovala Florence Nightingale ali ljudsko imenovana »gospa dokumentacije zdravstvene nege ali gospa z lučko«. Florence Nightingale je v preteklosti močno izboljšala obravnavo pacienta, saj je bila velika zagovornica zbiranja podatkov o njegovem zdravstvenem stanju. Najbolj odmevno obdobje v njenem življenju je bilo delo v krimski vojni, ki se je začela 1853. Nastal je prvi zapis o pomenu higijene, ki je močno vplival na zmanjšanje števila infekcij, ki so takrat terjale visoko število smrti med ranjenci. Leta 1859 je napisala delo *Notes of nursing*, ki je bilo odličen uvod v klasično zdravstveno nego. V zgodovini je ta dokumentacija služila predvsem na področju medicine (Chelagat, et al., 2013). Omeniti moramo, da se je sam načrt zdravstvene nege, kot dokument, sestavljen iz štirih faz, prvič uporabil že leta 1955 v Združenih državah Amerike. Sam koncept je zasnovala medicinska sestra Lydia Hall. Koncept načrta so razvijale in sestavljale vsebinske teoretičarke in medicinske sestre Henderson, Abdellah, Peplau in Roper (Ramšak Pajk, 2006).

Dokumentacija zdravstvene nege je usklajena z ostalimi dokumenti, ki se uporabljajo v zdravstvenih ustanovah pri obravnavi pacienta in je pomembna za celostni pristop k obravnavi pacienta. Zato se je poleg papirnate oblike dokumentiranja pokazala potreba po razvijanju in uporabi informacijske tehnologije. Purkart (2014) navaja, da se v dobi »eksplozije« novih tehnologij v stroki medicine vse več informacijske tehnologije uporablja tudi v zdravstveni negi. V današnjem času komunikacijska informacijska tehnologija predstavlja pomemben element razvoja na področju našega življenja. Na področju sodobne zdravstvene nege pa predstavlja vse večji pomen elektronsko dokumentiranje. To je sistem uporabe specializirane programske in računalniške opreme. Pomen elektronske različice je namenjen shranjevanju, zbiranju, tiskanju, razvrščanju, obdelovanju in prikazu podatkov o pacientih. Pod okriljem Ministrstva za zdravje Republike Slovenije je bil za slovensko področje izdelan model prototipne elektronske dokumentacije, ki so ga testirali v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana in Univerzitetnem kliničnem centru Maribor. Avtor Blažič (2011) navaja številne prednosti elektronskih sistemov dokumentiranja, kot so na primer: večja in boljša interdisciplinarna obravnava pacienta, večja stroškovna učinkovitost, prihranek na času, izboljšana kakovost zdravstvene nege in dokumentiranja, zmanjšanje papirne birokracije in

prirejanja podatkov. Akhu-Zaheya, et al. (2017) je v raziskavi, ki je bila izvedena v Jordaniji, ugotovila, da je elektronsko dokumentiranje boljše strukturirano in ima več prednosti v sami vsebini in procesu beleženja pred papirnato obliko. Da je sistem elektronskega dokumentiranja v zdravstveni negi vse bolj razširjen, potrjuje raziskava, ki so jo naredili v Koreji. V raziskavo je bilo vključenih 344 splošnih bolnišnic, 43 terciarnih bolnišnic in 1462 manjših bolnišnic. Rezultati so pokazali, da je bilo kar 80 % vse zdravstvene dokumentacije shranjene v elektronski obliki v vseh bolnišnicah, stoprocentno digitalizacijo dokumentacije pa so zasledili v 38,2 % bolnišnic (Young-Taek, et al., 2019). Mencingar (2014) navaja, da vse večje število medicinskih pripomočkov povečuje število parametrov, ki jih mora diplomirana medicinska sestra beležiti. Rešitev za to so raziskovalci našli v posebnem strežniku »Data Captor«, ki s pomočjo programske opreme zbira, razvršča in prevaja podatke. Monitorji, ki merijo posamezne vitalne funkcije, vrednosti sprotno vpisujejo v elektronski karton pacienta, diplomirana medicinska sestra opravi nadzor in jih potrdi. V prihodnosti bodo raziskovalci s pomočjo prototipnega testiranja poskusili povezati infuzomate, perfuzorje, respiratorje in druge naprave med seboj, njihovo prikazovanje in prilagajanje podatkom, vnesenim v elektronski temperaturni list. Elektronsko dokumentacijo zdravstvene nege so preizkusili tudi v petnajstih bolnišnicah po Kanadi, kjer so v dokumentacijo zdravstvene nege vključili poleg procesa zdravstvene nege še opomnike in povratne informacije. Večplastno izboljšanje kakovosti zaradi telekomunikacijske tehnologije so opazili v enotah intenzivne terapije, kjer se je okužba rane pri pacientu, ki je imel vstavljen osrednji venski kateter, zmanjšala s 70 % na 10,6 %. Ugotovili so tudi občutno zmanjšanje napak pri aplikaciji in predpisovanju zdravil (Mencingar, 2014).

Pri izdelavi ustrezne dokumentacije zdravstvene nege izhajamo iz potreb stroke in sodelujemo s specialisti z znanji informacijske tehnologije. Dokumentiranje v zdravstveni negi je ustvarjeno z namenom zagotavljanja varne obravnave pacienta v vseh nivojih zdravstvenega sistema. Natančno, pravilno in popolno izpolnjena dokumentacija v zdravstveni negi vpliva na boljše delo negovalnega, zdravstvenega tima in tudi drugih udeležencev, ki sodelujejo pri obravnavi pacienta, boljšo komunikacijo med člani tima, pacientom in njegovimi svojci, nudi bolj jasen in natančen pregled nad pacientovimi težavami, zdravstvenim stanjem, ne prihaja do nepotrebnega ponavljanja informacij.

Dokumentiranje vodi v kontinuiteto zdravstvene nege. Sistemi dokumentiranja so lahko različni, toda imajo isti namen, kot je obvladovanje tveganja za preprečevanje in zmanjšanje izpostavljenosti sodnim in disciplinskim postopkom, zagotavljanje akreditacijskih zahtev in zagotavljanje državnih zahtev (Blažič, 2013; Milavec Kapun, 2015).

Znanja diplomirane medicinske sestre na področju dokumentiranja v zdravstveni negi so zelo pomembna in kompleksna, saj le-ta predstavljajo nepogrešljiv del prakse, oskrbe pacientov (American Nurses Association, 2010). Pomembno sestavo dokumentiranja predstavlja v današnjem času tudi znanje računalniško podprte dokumentacije in računalniško informacijskega sistema (Kramar & Strgar, 2015; Petkovšek Gregorin & Skela Savič, 2015). Elektronsko dokumentiranje predstavlja priložnost odprave papirne dokumentacije ter omogoča zapis podatkov, kjer se lahko izvede statistična obdelava podatkov. Pri testiranju uporabnosti elektronske dokumentacije je bila opravljena metoda za celovito ocenjevanje prednosti, slabosti, priložnosti in nevarnosti, SWOT (ang. Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats) analiza, ki je pokazala prednost pri natančnosti spremljanja podatkov, lažji statistični analizi ter zmanjšanju papirne dokumentacije. Slabosti so se kazale pri zmanjšani tehnični podpori, možnosti izgube podatkov, možnosti napak pri vnašanju podatkov, več finančnih sredstev zaradi potreb po večjem številu računalnikov, dvojnem delu (pisanje v papirno dokumentacijo in elektronsko dokumentacijo) (Pust & Lokajner, 2014). Tudi Luštrek in Berkopec (2011) navajata, da se zaradi dvojnega dokumentiranja, v papirni in elektronski obliki, delo medicinske sestre podvaja. Priložnosti so se pokazale po hitrem dostopu podatkov ne glede na lokacijo, večje možnosti nadgrajevanja dokumentacije, možnosti izmenjave informacij ter razvijanju področja dokumentiranja. Nevarnosti so bile pri možnosti izbrisa podatkov, izpadu sistema, zlorabi podatkov in večjem posvečanju računalniku namesto pacientu. Med državami članicami Evropske unije že potekajo prizadevanja k razvoju varnega računalniško podprtega informacijskega sistema v zdravstvu, kjer bo potekala izmenjava in primerjava podatkov (Marušič & Simčič, 2009). Določene prednosti pri računalniško podprti dokumentaciji se kažejo v prihranku časa, v dobri berljivosti in točnosti podatkov, standardiziranem izrazoslovju, povečanju stopnje procesne metode dela, spodbujanju h kritičnemu mišljenju in nudenju novih možnosti na področju

interdisciplinarnih komunikacij (Van Bommel & Musel, 1997; Repique 2007). Collins, et al. (2013) navaja, da na smrtnost obravnavanih pacientov lahko vpliva sistem dokumentiranja. V Združenih državah Amerike so ugotovili, da je informacijska tehnologija v zdravstvu zelo priročna, dostopna in ekonomična ter varna za uporabnika, zmanjša administracijo in zniža stroške dela. Zdravstvenemu osebju na terenu pa je možen dostop do pacientove dokumentacije, ki jo lahko uporabijo v primeru potrebe po podatkih o zdravljenju pacienta ter vodijo statistiko izboljšanja in poslabšanja pacientovega stanja (Wang & Alexander, 2013).

S pregledom diplomskega dela bo bralec pridobil izhodiščne podatke o splošnih značilnostih dokumentacije in namenu dokumentiranja v zdravstveni negi, informacije o zgodovinskih in sodobnih načinih dokumentiranja tako na slovenskih tleh kot v tujini. V dokumentiranju prinaša informacijsko komunikacijska tehnologija napredek, ki bo omogočal večjo širino prenosa in upravljanja zapisanih podatkov. V slovenskem prostoru bi bilo potrebno to področje še bolj podrobno raziskati, da bi ugotovili, v kolikšni meri je dokumentacija že posodobljena, kakšne izkušnje imajo uporabniki informacijske tehnologije v zdravstvu z dokumentiranjem ter na katerih področjih bi potrebovali hitrejši razvoj informacijske tehnologije, saj je dokumentiranje v zdravstveni negi zelo pomembno.

2 EMPIRIČNI DEL

V empirični del smo vključili namen in cilje raziskovanja, raziskovalna vprašanja in raziskovalno metodologijo. Na koncu smo povzeli rezultate raziskovanja.

2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je s pomočjo sistematičnega pregleda slovenske in tuje literature predstaviti razvoj dokumentacije na področju zdravstvene nege s poudarkom na razvoju elektronske dokumentacije ter prednosti in slabosti elektronskega dokumentiranja.

Glavna cilja diplomskega dela sta:

- raziskati spreminjanje razvoja dokumentacije na področju zdravstvene nege skozi čas,
- ugotoviti prednosti in slabosti elektronskega dokumentiranja.

2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi zastavljenih ciljev smo opredelili naslednji raziskovalni vprašanja:

1. Kako se je skozi čas razvijala dokumentacija, ki se uporablja v zdravstveni negi?
2. Kakšne so prednosti in kakšne so slabosti elektronskega dokumentiranja?

2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Uporabili smo metodo sistematičnega pregleda literature ter preučili spoznanja in ugotovitve avtorjev, ki smo jih vključili v diplomsko delo.

2.3.1 Metode pregleda literature

V diplomskem delu smo sistematično pregledali slovensko in angleško znanstveno literaturo. Uporabili smo podatkovne baze PubMed, CINAHL, ProQuest,

COBISS/OPAC in Google učenjak. V bazah podatkov so bili z namenom oženja zadetkov izbrani določeni omejitveni kriteriji. Za omejitvene kriterije smo določili obdobje leta izdaje člankov od 2009 do 2019, vrsto gradiva – raziskovalni ali znanstveni članek, jezik besedila angleški ali slovenski, ciljno skupino obravnave populacije odraslih ljudi, predmet obravnave zdravstvena nega, recenzirane članke, brezplačno povezavo na celotno besedilo in dostopen izvleček besedila. Ključne besede iskanja zadetkov v slovenskem jeziku so bile: dokumentiranje, zgodovina zdravstvene nege in dokumentiranje v zdravstveni negi, v angleškem jeziku pa: online documentation systems, documentation in nursing care in history of nursing documentation.

Uporabili smo tudi starejšo literaturo iz leta 1955 in 2006, ki navaja dejstva, ki so pomembna za obravnavano aktualno temo in se do danes niso veliko spremenila.

2.3.2 Strategija pregleda zadetkov

Izbor literature je temeljil na ustreznosti in aktualnosti člankov. V začetku iskanja zelene literature smo brez omejitvenih kriterijev dobili 167792 zadetkov, ki so bili v elektronski in fizični obliki. Z nadaljnjimi ukazi in omejitvenimi kriteriji (obdobje leta izdaje člankov od 2009 do 2019, vrsta gradiva raziskovalni ali znanstveni članek, jezik besedila angleški ali slovenski, ciljna skupina obravnave odrasli, predmet obravnave zdravstvena nega, recenzirani članki, brezplačna povezava na celotno besedilo in dostopen izvleček besedila) se je izbor literature zožil na 1079. Število virov, primernih za natančnejšo analizo je bilo 56. Uporabljenih zadetkov v končni analizi je bilo 15.

Pri pregledu literature smo uporabili zadetke z različnimi omejitvenimi kriteriji. Prikazali smo jih v Prizma diagramu. Analiza je opisana v poglavju rezultati. Podatke, ki so ustrezali aktualnosti teme, smo prikazali v tabeli 1.

Tabela 1: Rezultati pregleda literature

| | Ključne besede | Število zadetkov | Število zadetkov, dobljenih z omejitvenimi kriteriji | Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu |
|-----------------------|-----------------------------------|-------------------------|---|---|
| CINAHL | Online documentation systems | 53 | 14 | 2 |
| PubMed | Documentation in nursing care | 9856 | 64 | 1 |
| | History of nursing documentation | 414 | 26 | 1 |
| Google učenjak | Dokumentiranje v zdravstveni negi | 1140 | 844 | 6 |
| Cobiss | Dokumentiranje | 973 | 19 | 3 |
| | Zgodovina zdravstvene nege | 208 | 5 | 1 |
| ProQuest | Online documentation systems | 155148 | 107 | 1 |
| SKUPAJ | | 167792 | 1079 | 15 |

Tabela 1 prikazuje uporabljene podatkovne baze, ključne besede, število zadetkov brez omejitvenih kriterijev, število zadetkov z omejitvenimi kriteriji in število izbranih zadetkov, ki so bili uporabljeni pri končnem diplomskem delu.

2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature

Zadetke pregleda literature, ki so bili najbolj verodostojni in so se ujemali z aktualno tematiko naslova diplomskega dela, smo vključili v postopek kvalitativne analize. Osrednji del analize predstavlja proces kodiranja ter oblikovanje kategorij. Analiza gradiva je potekala v šestih korakih: urejanje gradiva, določitev enot kodiranja, kodiranje, izbor in definiranje relevantnih pojmov in oblikovanje, definiranje kategorij in oblikovanje končne formulacije (Vogrinc, 2008). V Prizma diagramu smo predstavili potek iskanja literature.

2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature

Izbor literature temelji na dostopnosti aktualne problematike in vsebinski ustreznosti. Kakovost znanstvene in strokovne literature smo določili s pomočjo hierarhije dokazov v znanstvenem raziskovalnem delu po avtorjih Polit in Beck (2008). Kakovost zadetkov smo ocenili po 7 nivojih hierarhije dokazov. Vsem kriterijem iskanja je ustrezalo 15 zadetkov, ki smo jih vključili v končno vsebinsko analizo.

Tabela 2: Hierarhija dokazov

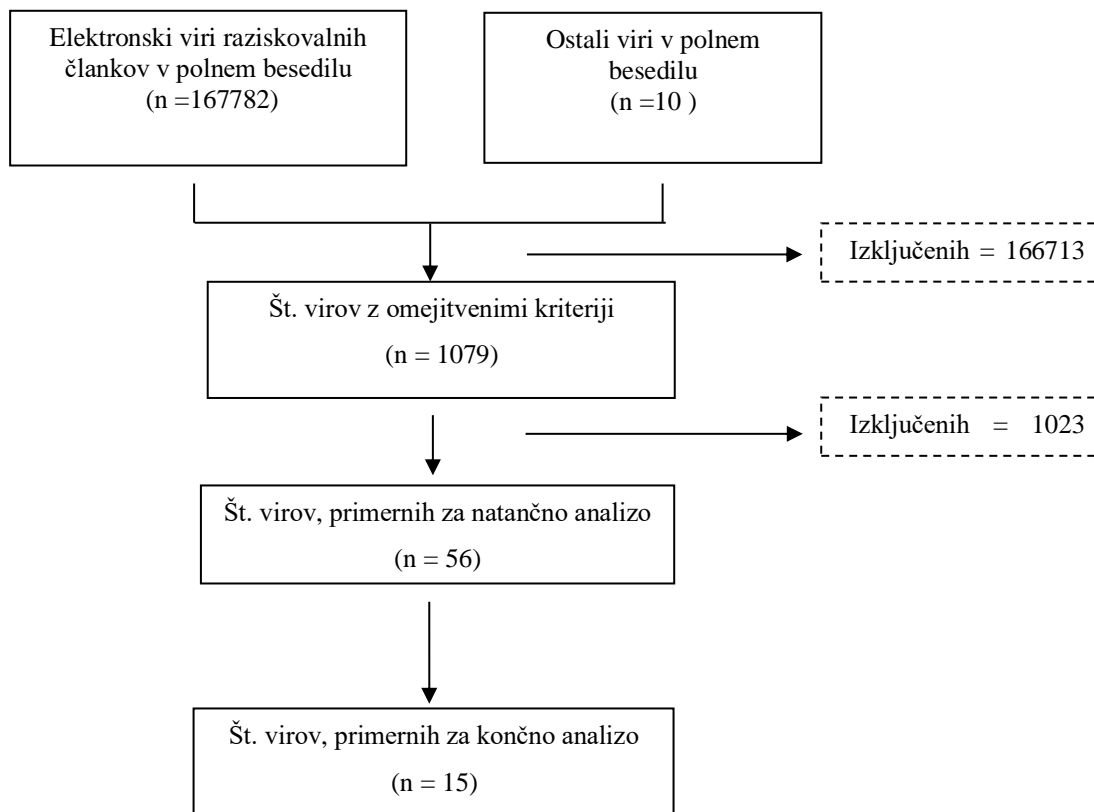
| Nivo | Hierarhija dokazov |
|--------|--|
| Nivo 1 | Sistematični pregled randomiziranih kliničnih študij = 0 Sistematični pregled nerandomiziranih študij = 0 |
| Nivo 2 | Posamezne randomizirane klinične študije = 0 Posamezne nerandomizirane študije = 0 |
| Nivo 3 | Sistematični pregled korelacijskih/opazovalnih študij = 0 |
| Nivo 4 | Posamezne korelacijske/opazovalne študije = 0 |
| Nivo 5 | Sistematični pregled opisnih/kvalitativnih/fizioloških študij = 5 |
| Nivo 6 | Posamične opisne/kvalitativne/fiziološke študije = 2 |
| Nivo 7 | Mnenja avtorjev, ekspertnih komisij = 8 |

Vir: Polit, 2008 cited in Skela Savič, 2009.

Tabela 2 prikazuje hierarhični prikaz virov, ki so bili uporabljeni v glavnem delu našega diplomskega dela. Na najvišjem nivoju je pet virov sistematičnega pregleda opisnih kvalitativnih študij, sledita dve posamični opisni kvalitativni študiji in osem mnenj avtorjev in ekspertnih komisij.

2.4 REZULTATI

2.4.1 Prizma diagram



Slika 1: Prizma diagram

Slika 1 prikazuje podroben prikaz postopka pridobivanja končnega števila izbranih zadetkov. Skupno število vseh virov, brez omejitvenih kriterijev, je bilo 167792. Na podlagi omejitvenih kriterijev smo pridobili 1079 zadetkov. Zaradi neustreznosti smo izključili 1023 virov, ostalo nam je 56 virov, katerih vsebina je bila ustrezna. Od tega števila virov pa je bilo v diplomsko delo vključenih 15 virov.

2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah

Za prikaz rezultatov, opredeljenih v poglavju Razprava, smo uporabili tabelarični prikaz.

Tabela 3: Tabelarni prikaz rezultatov

| Avtor | Leto objave | Raziskovalni dizajn | Vzorec, velikost, država in obdobje pregleda literature | Ključna spoznanja |
|-------------------|-------------|---------------------|--|--|
| Macieira, et al. | 2018 | Pregled literature. | Analiza pregleda literature od leta 2010 do leta 2017 (n = 35). | S pomočjo elektronske dokumentacije ima medicinska sestra pri oskrbi pacienta celovit vpogled v bazo podatkov. |
| Eržen | 2014 | Mnenje avtorjev. | Analiza pregleda literature. | Doprinosi uporabe elektronske zdravstvene dokumentacije so: natančno posredovanje podatkov, dostop do zadnjih informacij, analiza podatkov, shranjevanje pisnih in slikovnih dokumentov, služi kot komunikacijsko orodje. Slabosti uporabe elektronske dokumentacije so: onemogočena izmenjava podatkov med posameznimi izvajalci zdravstvene nege, podvajanje dela, nepopolno ažurno obveščanje zdravnika, ponavljanje diagnostičnih postopkov. |
| Prinčič, et al. | 2015 | Mnenje avtorjev. | Analiza in pregled literature. | V elektronsko tehnologijo poleg zdravstvene dokumentacije spadajo različne črtne kode, sistemi za prepoznavanje govora in tablični računalniki ob pacientovi postelji. |
| Jefferies, et al. | 2010 | Meta analiza. | Analiza in pregled literature je potekal od 1998 do 2008 (n = 28). | Dokument zdravstvene nege je strukturiran tako, da vsebuje podatke o identifikaciji pacienta, njegov datum rojstva, vsebovati mora izvedene intervencije, ob katerih mora biti lastnoročni podpis izvajalca in njegovi začetnici imena in priimka. Uporabljena mora biti ustrezna strokovna terminologija. V članku je bilo ugotovljeno, da pri izpolnjevanju dokumentacije prihaja do opuščanja ali izpustitve |

| Avtor | Leto objave | Raziskovalni dizajn | Vzorec, velikost, država in obdobje pregleda literature | Ključna spoznanja |
|--------------------|-------------|---|---|--|
| | | | | poglavja psihosocialne pomoči. |
| Yang, et al. | 2019 | Kvalitativna opazovalna raziskava. | V opazovalni raziskavi je sodelovalo 5 medicinskih sester, v starosti od 25 do 47 let, s povprečjem 9,8 let delovne dobe na področju dela v zdravstveni negi. Država: ZDA, Pensilvanija. | Cilj dokumentiranja v zdravstveni negi je zagotavljanje najvišje možne stopnje klinične specifičnosti. Diplomirana medicinska sestra mora dokumentirati sproti, saj drugače lahko pride do napak, opustitve pomembnih podatkov in povečane delovne obremenitve. |
| Bosankić | 2018 | Kvantitativna neeksperimentalna raziskava. | Analiza literature in pregled dokumentacije pacientov na Kliničnem oddelku za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana, pred in po uvedbi elektronske dokumentacije od leta 2014 do leta 2016. Država: Slovenija. | Za natančno in jasno izpolnjeno dokumentacijo morajo diplomirane medicinske sestre upoštevati standarde zdravstvene nege. |
| NIJZ | 2018 | Kvantitativna mednarodna eksperimentalna raziskava. | V raziskavi je sodelovalo 29 držav Evrope. | Pomembna prelomnica za slovensko zdravstvo predstavlja uvedba eZdravja in digitalizacija posameznih sistemov znotraj sistema. Med najbolj uspešna projekta na slovenskih tleh prištevamo implementacijo eRecepta in eNaročanje. |
| Petkovšek Gregorin | 2017 | Neeksperimentalna kvantitativna raziskava. | V raziskavo je bilo vključenih 592 anketirancev iz 10 zdravstvenih ustanov v Sloveniji. Anketiranje se je izvajalo od septembra 2012 do marca 2013. Država: Slovenija. | Dokumentiranje predstavlja nujen in pomemben del obravnave pacienta. Z dokumentiranjem je pričela Florence Nightingale. Na podlagi zbranih informacij o pacientu je znala ugotoviti, ali se je pacientovo stanje izboljšalo ali ne. Dokumentiranje pa predstavlja tudi pomembno orodje komunikacije. |

| Avtor | Leto objave | Raziskovalni dizajn | Vzorec, velikost, država in obdobje pregleda literature | Ključna spoznanja |
|-----------------|-------------|--|---|--|
| Kahl, et al. | 2019 | Kvalitativna opisna raziskava s teoretičnim in metodološkim prispevkom utemeljene teorije. | Zbiranje podatkov je potekalo od maja do oktobra 2016 v storitvi primarne zdravstvene oskrbe Florianópolisa. Raziskovalni vzorec je sestavljalo 18 medicinskih sester. Država: Brazilija. | Dokumentacijski sistem InfoSaúde, ki se uporablja na primarnem nivoju zdravstvenega varstva, omogoča natančno, ciljno in kontinuirano računalniško beleženje podatkov in služi kot dopolnilni sistem novim oblikam zdravstvenih kartonov in registraciji pacientov. |
| Pust & Lokajner | 2014 | Meta analiza. | Analiza pregleda literature. | Informacijsko tehnologija v zdravstveni negi ima mnoge prednosti (celosten vpogled, natančnost dela, varnost pacientov, statistična obdelava podatkov, zmanjšanje papirnate dokumentacije ...), pojavljajo pa se tudi nekatere slabosti (dvojno delo, obremenitev osebja, večji stroški, precejšna možnost napak pri vnosu podatkov, ni poenotenega procesa dokumentiranja, premalo tehnične podpore, itd.). |
| Rajkovič | 2010 | Kvantitativna raziskava z anketnim vprašalnikom in analizo dobljenih podatkov. | V raziskavi je bilo vključenih 286 anketnih vprašalnikov. Vprašalnike se je razdelilo v Dom starejših občanov Ljubljana Moste-Polje, Šiška, Vič-Rudnik, Zdravstveni dom Ljubljana in Univerzitetni klinični center Ljubljana in Maribor. Država: Slovenija. | Prvi zametki zbiranja informacij o pacientih so se pojavili že v času Hipokrata. Do danes je bilo uporabljenih veliko različnih vrst dokumentiranja, na primer: pripovedovalno, usmerjeno, žariščno dokumentiranje, dokumentiranje izjem in računalniško podprto dokumentiranje. |
| Blažič | 2014 | Mnenje avtorjev. | Analiza literature. | Dokumentacija v zdravstveni negi medicinskim sestram že |

| Avtor | Leto objave | Raziskovalni dizajn | Vzorec, velikost, država in obdobje pregleda literature | Ključna spoznanja |
|----------------|-------------|--|--|--|
| | | | | vrsto let olajša delo in zagotavlja višjo kakovost dela. Proces beleženja dokumentacije izhaja iz potreb pacienta, teoretičnih osnov zdravstvene nege in procesne metode dela. |
| Nakate, et al. | 2015 | Kvantitativna raziskava. | V raziskavi je sodelovalo 37 medicinskih sester iz šestih izbranih oddelkov v bolnišnici v Mulagu. Država: Republika Uganda. | Zaradi pomanjkanja časa medicinskih sester in podpore vodstva zdravstvene nege v Republiki Uganda dokumentacija zdravstvene nege predstavlja velik izziv. Dokumentacija je pisana ročno na papir in obsega informacije o oceni vitalnih funkcij pacienta in rezultatih različnih diagnostičnih testov. |
| Vinko, et al. | 2013 | Kvantitativna raziskava, anketni vprašalnik. | V raziskavo z uporabo anketnih vprašalnikov je bilo vključenih 52 zdravstvenih ustanov in 1575 veljavno rešenih anketnih vprašalnikov. Država: Slovenija. | V slovenski raziskavi so ugotovili, da imamo na domačih tleh zelo dobro razvit elektronski sistem hranjenja medicinskih podatkov, v manjšem obsegu pa se poslužujemo uporabe elektronskega sistema dokumentiranja zdravstvene nege. |
| Milavec Kapun | 2014 | Meta analiza. | Analiza literature je potekala od leta 2004 do leta 2014. | Sistematično beleženje zdravstvene dokumentacije omogoča kontinuirano opazovanje pacienta in predstavlja pravni dokument. |

V tabeli 4 smo predstavili kode in kategorij.

Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah

| Kategorija | Kode | Avtorji |
|--|---|---|
| Kategorija 1: Dokumentiranje zdravstvene nege | Uradni list Slovenije – zapis – evidenca – fleksibilnost – možnost dopolnjevanja – časovno urejeni zapisi – sistematično beleženje sprememb – strokovna dokumentacija zdravstvene nege – smernice – | Rajkovič, 2010; Jefferies, et al., 2010; Blažič, 2014; Eržen, 2014; Nakate, et al., 2015; Petkovšek Gregorin, 2017; |

| Kategorija | Kode | Avtorji |
|---|---|---|
| | Protokol za izmenjavo strukturiranih sporočil med aplikacijami – subjektivni podatki – negovalne diagnoze – načrt zdravstvene nege – slaba berljivost – neorganiziranost – otežena analiza – manjša preglednost – razdrobljenost podatkov – problemsko usmerjena dokumentacija – žariščno dokumentiranje – rezultati diagnostičnih testov – dokumentacija izjem – nove potrebe – manj razvite države – začetne stopnje razvoja – pomanjkanje časa – pomanjkanje podpore vodstva – novi izzivi – informatizacija sistema – pomanjkanje standardizacije – različni nivoji – mobilna dokumentacija. | Macieira, et al., 2018; Yang, et al., 2019. |
| Kategorija 2: Sodobno dokumentiranje | Razvijanje področja zdravstvene nege – tehnološke rešitve – e-dokumentiranje – informacijski modeli – kompleksno področje – različne vloge – digitalizacija – politična podpora – interdisciplinarno sodelovanje - projekt e-Zdravje – sistem InfoSaúde – računalnik – informatika – eRecept – eNaročanje – telemedicina – komunikacijski sistem – elektronski zdravstveni karton – eRco – eTriaža – Telekap – Teleradiologija – varnost – zanesljivost – črtne kode – sistem za prepoznavo govora – tablični računalniki. | Rajkovič, 2010; Vinko, et al., 2013; Eržen, 2014; Milavec Kapun, 2014; Blažič, 2014; Pust & Lokajner, 2014; Prinčič, et al., 2015; NIJZ, 2018; Bosankić, 2018; Kahl, et al., 2019. |
| Kategorija 3: Prednosti in slabosti elektronskega dokumentiranja | <p><u>Slabosti:</u> Depersonalizacija zdravstvene nege – onemogočena izmenjava podatkov – nepotrebni zastoji – pomanjkanje računalniške opreme – zmanjševanje varnosti pacienta zaradi neizkušenosti – dodatna birokracija – neustrezen odnos institucije in posameznika do dokumentiranja – strah pred tehnologijo – težave z zagotavljanjem načela zaupnosti in etičnih pasti – počasna implementacija – slabši nadzor okužb, povezanih z zdravstvom – precejšnja možnost napak pri vnašanju podatkov in možnost zlorabe – visoki stroški vzdrževanja – možne napake pri izdaji terapije</p> <p><u>Prednosti:</u> hiter dostop – pregled – sledenje v celoviti dokumentaciji – izboljšanje standardov zdravstvene nege – boljše sodelovanje znotraj</p> | Milavec Kapun, 2014; Pust & Lokajner, 2014; Eržen, 2014; Bosankić, 2018. |

| Kategorija | Kode | Avtorji |
|------------|---|---------|
| | zdravstvenega tima – možnost posodabljanja in nadgradnje - možnost nadaljnjega raziskovanja – načrtovanje dela in izmenjave informacij – motivacija zaposlenih - zviševanje kakovosti dela – potencialno izboljšanje varnosti pacientov – zmanjšuje stres in povečuje zadovoljstvo članov tima – zagotavlja lažji in hitrejši dostop do informacij – nudi celostni in strukturirani vpogled – enostavna uporaba – lažje shranjevanje podatkov - zmanjšanje papirne dokumentacije – možnost računalniške analize podatkov. | |

2.5 RAZPRAVA

V diplomskem delu smo na podlagi pregleda literature ugotovili, da izpolnjevanje dokumentacije, ki vsebuje podatke o pacientu, predstavlja profesionalno dolžnost vseh zaposlenih, ki so vključeni v oskrbo pacienta. Z nadaljnjim pregledom strokovne literature smo raziskali razvoj dokumentacije v zdravstveni negi od prehoda iz papirnate oblike dokumentacije do informacijsko komunikacijske podprte tehnologije, ki predstavlja novo smer dokumentiranja v zdravstveni negi.

S pregledano literaturo smo odgovorili na prvo raziskovalno vprašanje. Skozi zgodovino se postopek od začetnega sprejema signala do pridobitve informacije ni dosti spreminjal. Dokumentacija mora biti s strani vseh izvajalcev zdravstvenih storitev izpolnjena tako, da zagotavlja dosledno in natančno sosledje dogodkov. Vsebuje: kaj in kdaj je prišlo do dogodkov, kdo je odgovoren za izvedbo zdravstvene nege in diagnostično-terapevtskih postopkov. Napisano mora biti objektivno in opisano, zakaj je bil kakšen postopek zdravstvene nege izpuščen, zabeležena morajo biti neskladja v zdravstveni negi, zapisi morajo biti natančni, pravočasni, popolni, strukturirani v skladu s standardi zdravstvene nege, zagotavljati morajo opis dejanskega stanja v logičnem zaporedju, izpolnjene morajo biti zakonske zahteve. Dobro izpolnjena dokumentacija nudi medicinskim sestram, ki v preteklosti niso negovale pacienta, vsa izhodišča za nemoteno, varno zdravstveno nego, ki jo pacient potrebuje (dokumentacija v tem primeru služi kot komunikacijsko sredstvo med člani zdravstvenega tima). Dokumentacija zdravstvene nege mora vsebovati tudi

podatke o pacientu: identifikacijo, diagnozo, odziv pacienta na oskrbo, izid zdravljenja in nadaljnje načrte za zdravstvene in diagnostične postopke. Obvezno je tudi, da sta na dokumentaciji, tako v fizični obliki kot tudi računalniški, navedena datum in ura obravnave, na vsakem listu/strani dokumentacije mora biti napisana pacientova identifikacija in datum rojstva. Ob izvedenih intervencijah zdravstvene nege ali kakšnih drugih intervencijah je obvezen podpis izvajalca in začetnici imen, uporaba strokovne terminologije mora biti pravilno uporabljena, nepravilnih vnosov podatkov se ne sme izbrisati, ampak se jih mora prečrtati in zraven dodati lastnoročni podpis (Jefferies, et al., 2010; Petkovšek Gregorin, 2017; Bosankić, 2018).

Skozi zgodovino se postopek od začetnega sprejema signala do pridobitve informacije ni dosti spreminjal. Spreminjala so se tehnologija in orodja, ki so jih ob tem uporabljali zdravstveni delavci. Prve poznane zapise o poteku bolezni pri pacientih je opisal že Hipokrat, ki je deloval od leta 460 pr. n. št. Vsebina njegovih zapisov je bila indikacija vzroka bolezni, informacije o tem, kar je videl, slišal, tipal in vonjal. Vsi podatki so bili časovno urejeni. V 19. stoletju pa je prišlo do prelomnice v fazi zdravstvene obravnave in dokumentiranja. Zelo velik korak k spremljanju pacientovega stanja in k sistematičnemu beleženju opažanja različnih sprememb v različnih časovnih intervalih je naredila Florence Nightingale. Bila je prva medicinska sestra, ki je svoje delo zasnovala na dobri, sistematični in strokovni dokumentaciji zdravstvene nege. Leta 1880 so tudi zdravniki začeli sistematično vodenje beležk za vsakega svojega pacienta. Leta 1907 so v Združenih državah Amerike (ZDA), natančneje na kliniki Mayo, uvedli ločene zapise za posamezne paciente, ki so bili razporejeni po času in viru zapisa. Leta 1960 so se za dokumentacijo pojavile smernice, kako naj bi bil strukturiran oziroma problemsko usmerjen zapis SOAP (ang. Subjective and Objective Data, Assessment, Plan), sestavljen iz subjektivnih in objektivnih podatkov, oceni zdravstvenega stanja, negovalnih diagnoz in načrta intervencij zdravstvene nege. S časom sta se zaradi poklicnih razlik med medicinsko sestro in zdravnikom razvili ločeni dokumentaciji tako za zdravstveno nego in medicino. Obe vrsti dokumentacije sta pri obravnavi pacienta povezani, a izrazito drugačni. Dokumentacija v zdravstveni negi je v začetku nastajanja vsebovala prosto besedilo, pri katerem je šlo za pripovedovanje v časovnih zaporedjih. Težava, ki je bila takrat prisotna, je bila slaba berljivost zaradi neorganiziranosti dokumenta in različnih

zapisov različnih medicinskih sester, kar je vodilo v oteženo analizo dokumentov, manjšo preglednost in povečan čas iskanja informacij. Tekom razvoja dokumentacije se je pojavila tudi tako imenovana dokumentacija po viru (pripovedovalna oblika dokumenta), za katero je značilno, da ima vsak član zdravstvenega tima svojo dokumentacijo. To je slabost tega načina, ki se ga ne uporablja več. Razlog za to so bili razdrobljenost dokumentacije in podatkov, slaba, težavna in zamudna komunikacija. Nato se vse več uporabljala problemsko usmerjena dokumentacija zdravstvene nege, ki jo je Lawrence Weed uvedel leta 1969. Dokumentacija je vsebovala že zgoraj omenjen sistem SOAP in IER strukturo (ang. Intervention, Evaluation, Revision), v katero so bili dodani štirje novi elementi (podatki, ki jih lahko ocenimo in izhajajo iz anamneze, laboratorijski izvidi, potrebe po izobraževanju pacienta; ocena negovalnih problemov; načrt zdravstvene nege, osnovan glede na negovalne probleme, in evalvacija). V Združenih državah Amerike (ZDA) se je leta 1981 uvedlo tudi žariščno dokumentiranje, v katerega so z opisnim dokumentiranjem vključili tako intervencije zdravstvene nege, odzive pacientov, pomembnejše rezultate diagnostičnih testov z uporabo format stolpcev različnih kategorij. Leta 1983 se je v ZDA v St. Luke Medical Centru pričelo z uporabo dokumentiranja izjem, ki je od medicinske sestre zahtevalo, da vnaša v dokument le informacije, ki so opisovale odklone od določenih normativov. Ta vrsta dokumentiranja je bila namenjena dolgotrajnim zdravljenjem. Za celostni pristop in visoko kakovost dela je pomembna povezanost dokumentacije zdravstvene nege z drugimi dokumenti. Zato se je poleg papirnate oblike pokazala potreba po razvijanju in uporabi informacijske tehnologije (Rajkovič, 2010; Petkovšek Gregorin, 2017).

V Sloveniji in drugih evropskih državah je dokumentiranje procesov zdravstvene nege eden izmed najbolj ključnih sestavin sistema zdravstvenega varstva, brez katerega si ne predstavljamo zdravstvene nege in obravnave pacienta. V manj razvitih državah sveta je dokumentiranje še v zelo začetnih stopnjah razvoja in uporabe. Nakate, et al. (2015) v svoji raziskavi govorijo o razmerah v Republiki Ugandi (v Afriki), kjer zdravstvena dokumentacija predstavlja velik izziv tako v državnih kot zasebnih bolnišnicah. Dokumentacija zdravstvene nege je napisana na papir in se predvsem osredotoča na ocene vitalnih funkcij in rezultate različnih testov (na primer laboratorijskih testov). V raziskavi so medicinske sestre zdravstveno dokumentacijo opisale kot pomembno prakso oskrbe

pacienta, ampak zaradi pomanjkanja časa in podpore vodstva zdravstvene nege je izboljšanje kakovosti pravi izziv.

Glavni nosilci oskrbe pacienta v zdravstvenem sistemu so medicinske sestre, ki prav tako predstavljajo največjo kategorijo zdravstvenih delavcev. Medicinske sestre so štiriindvajset ur na dan odgovorne za nenehno ugotavljanje problematike oskrbe, izvajanje in prilagajanje oskrbe, ki jo sami in drugi ponudniki predpisujejo za doseganje želenih rezultatov pacienta. Ob tem imajo veliko nalog pri obravnavi pacientov, kot so zagotavljanje kakovostne oskrbe, posvečanje pozornosti, preprečevanje okužb in drugih nezaželenih izidov oskrbe ter izpolnjevanje kakovostne dokumentacije. Pri svojem delu se srečujejo z množico različnih podatkov o pacientu. Te podatke morajo skrbno zapisovati v dokumente, z zbirko dokumentov pa ustvarijo zdravstveno dokumentacijo. Ustrezno in strokovno izpolnjena dokumentacija zagotavlja, da imajo vsi, ki so vpleteni v proces zdravljenja pri pacientu, dostopne informacije, na podlagi katerih se nato izoblikujejo plani zdravljenja in zdravstvene nege in na koncu naredi pregled uspešnosti celotnega procesa (Blažič, 2014; Milavec Kapun, 2014; Petkovšek Gregorin, 2017; Macieira, et al., 2018; Yang, et al., 2019).

Diplomirana medicinska sestra se v vsakodnevem kliničnem okolju srečuje z obsežno dokumentacijo zdravstvene nege, ki spremlja vsakega pacienta (Nakate, et al., 2015). Prinčič, et al. (2015) v svojem članku navajajo, da diplomirane medicinske sestre kar 35 % celotnega časa namenijo izpolnjevanju preobsežne dokumentacije zdravstvene nege. Zaradi vseh sprememb in prehoda iz papirnate v elektronsko verzijo dokumentacije je avtor Milavec Kapun (2014) v svojem članku ugotovil, da člani negovalnega tima zavračajo izpolnjevanje negovalne dokumentacije. Blažič (2014) v svojem članku navaja vzroke za odpor do teh sprememb in zavračanje dokumentiranja, ki so: naraščanje obsega dokumentacije (dokumentiranje se pogosto izvaja tako v papirnati kot elektronski obliki, kar diplomiranim medicinskim sestram predstavlja dodatno delo), nerealistična pričakovanja tradicionalnih postopkov, ne vključevanje medicinskih sester pri oblikovanju sistema in strah pred neznanim. Bosankič (2018) v magistrskem delu navaja tudi, da je razlog pomanjkanje zdravstvenega kadra oziroma časa. Petkovšek Gregorin (2017) opozarja tudi na slabo standardizacijo zdravstvene nege.

V Sloveniji imamo primer prehoda iz papirnate v elektronsko obliko dokumentacije zdravstvene nege. To je Klinični oddelek za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana, kjer so do jeseni leta 2011 uporabljali dokumentacijo izključno v papirnati obliki, nato pa postopoma uvajali elektronsko obliko dokumentiranja. Informatizacija celotnega sistema poteka že od leta 2009 (Eržen, 2014). V Italiji imajo v redni uporabi papirnato obliko dokumentiranja, ki pa ni standardizirana. Računalniško podprto dokumentacijo imajo različne bolnišnice na različnih nivojih uporabe. V Rimu uporabljalo računalniško dokumentacijo zdravstvene nege od leta 2000 (uprabljajo elektronski sistem dokumentiranja načrta zdravstvene nege, odpustnice in diagnostično terapevtski program). V Toscani so uvedli mobilno dokumentacijo zdravstvene nege z uporabo dlančnikov, ki jih imajo medicinske sestre tekom delovnika pri sebi. V Nemčiji so razvili posebno internetno mrežo in spletno aplikacijo za kontinuirano zdravstveno nego med različnimi institucijami, ki je uporabljena pri 30 % vseh zdravstvenih ustanovah. Na Finskem že skoraj 15 let potekajo prizadevanja za prehod iz papirnate oblike dokumentiranja v računalniško podprto dokumentiranje. V Avstriji elektronsko dokumentiranje uporablja že 60 % vseh zdravstvenih ustanov (Rajkovič, 2010).

Računalniško podprto dokumentiranje je izredno intenzivno področje, ki postaja vedno bolj odvisno od komunikacijskih in informacijskih tehnoloških rešitev (Eržen, 2014). E-dokumentiranje tako predstavlja informacijski model, ki je namenjen organizaciji in upravljanju skupaj z zastavljenimi cilji ob uporabi informacijske komunikacijske tehnologije (Rajkovič, 2010).

Razvoj zdravstvene dokumentacije je izjemno kompleksen zdravstveno informacijski sistem, saj je prav vsak posameznik v različnih vlogah vpet v sistem zdravstvenega varstva. Celovita digitalizacija tako zapletenega sistema, kot ga predstavlja zdravstvo, zahteva številne uskladitve interesov, različnih dejavnikov, mobilizacijo materialnih in nematerialnih virov za izvedbo projekta. Pomembna je predvsem politična podpora in konstruktivno interdisciplinarno sodelovanje med vsemi udeleženi, povezani z

digitalizacijo sistema. To je še zlasti pomembno v obdobju večje mobilnosti prebivalstva in strokovnjakov v evropski uniji in širše po svetu (Eržen, 2014; NIJZ, 2018).

Postopek informatizacije slovenskega zdravstvenega sistema se je začel v šestdesetih letih, prelomno leto pa je bilo 1993, ko je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije opravil osnovno opremljanje izvajalcev zdravstvenih dejavnosti (vzpostavitev standardov in podatkovne zbirke za obračunski sistem, fakturiranje storitev, elektronska izmenjava podatkov). Leta 2000 so uvedli sistem Kartice zdravstvenega zavarovanja, ki se je leta 2008 posodobil z novim sistemom računalniške (Online) povezave. Na področju zdravstvenega varstva se trenutno izvaja projekt e-Zdravje (od leta 2005) v okviru vseh funkcij zdravstvenega sektorja. Orodja e-Zdravja so namenjena zdravstvenim politikom, izvajalcem zdravstvenih dejavnosti in tudi posameznikom/pacientom. Omogočajo storitve telemedicine, zdravstveno-informacijsko mrežo, komunikacijski sistem, elektronske zdravstvene kartone in druge storitve, ki pripomorejo k preprečevanju, zdravljenju in spremljanju bolezni, postavitvi diagnoze in spremljanju zdravja in življenjskega sloga. V realizaciji in v različnih fazah pa se pripravljajo tudi številni podprojekti: eRco (register cepljenja), eRecept, eTriaža, eNaročanje, referenčne ambulante, vzpostavitev centralne vstopne točke, prenova registra izvajalcev zdravstvene dejavnosti, Telekap, Teleradiologija in nadgradnja elektronskega zdravstvenega zapisa (Eržen, 2014; NIJZ, 2018).

ERecept je v veljavo stopil leta 2016. Cilji, ki so bili načrtovani z vzpostavitvijo eRecepta, so zagotoviti varen, zanesljiv in zaupljiv prenos informacij med zdravnikom in farmacevti, pregled nad pacientovo celotno terapijo in pomoč zdravnikom in specialistom pri odločanju o ustrezni terapiji. NIJZ (2018) je v svoji raziskavi ugotovil, da je projekt eden izmed najbolj uspešnih in učinkovitih dejavnosti eZdravja. Po podatkih iz leta 2018 so ugotovili, da je uporaba eRecepta presegla 90 % vseh predpisanih receptov v Sloveniji, kar v povprečju znaša več kot 1,1 milijona eReceptov na mesec. Omeniti moramo tudi storitev eNaročanje. Uporaba storitve eNaročanje predstavlja glavno prioriteto na področju eZdravja, saj bo pripomogla k rešitvi problematike čakalnih dob v zdravstvu. ENaročanje predstavlja pacientom varno, hitro, učinkovito naročanje na različne zdravstvene storitve, poenostavlja lastno izbiro izvajalca zdravstvene storitve glede na

kraj izvedbe in čakalno dobo, obveščanje o morebitnih spremembah terminov in pripravah na storitve na sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega sistema (NIJZ, 2018).

V evropski raziskavi, ki je bila izvedena leta 2013, so ugotovili, da je v Sloveniji zelo dobro razvito elektronsko hranjenje strokovnih in administrativnih podatkov. V primerjavi z drugimi državami pa ima Slovenija v manjšem obsegu v uporabi sodobno računalniško dokumentiranje. Evropska komisija Digital Economy and Society Index Report je v najnovejši raziskavi ugotovila, da Slovenija zaseda šesto mesto na področju eZdravja v Evropski uniji (Vinko, et al., 2013; NIJZ, 2018).

Tehnologije, ki se tudi vključujejo v zdravstveno dejavnost, so: črtne kode (največkrat uporabljene za zajemanje podatkov o zdravlilih, medicinskih napravah in izvajalcih zdravstvenih storitev), sistem za prepoznavanje govora (vsa opažanja diplomirana medicinska sestra beleži z govorom ob pacientovi postelji in tako ne izgublja časa s prepisovanjem v dokumentacijo), uporaba tabličnih računalnikov (uporablja se za potrditev in vnos negovalnih in medicinskih podatkov in informacijskih standardov, vključno z mednarodno priznanimi standardi elektronskega zdravstvenega zapisa / EHR (Electronic Healthcare Record)) in elektronski zdravstveni zapisnik / IHE (Integrating the Healthcare Enterprise) (Prinčič, et al., 2015).

Kahl, et al. (2019) utemeljuje, da v Federaciji države Santa Catarina zdravstveni centri uporabljajo v računalniški dokumentacijski sistem InfoSaúde, ki jim omogoča objektivno, ciljno in načrtovano ocenjevanje pacientov, hkrati pa omogoča različne načine beleženja klinične prakse diplomiranih medicinskih sester. Računalniško dokumentiranje je implementirano kot dopolnilni sistem s ciljem izboljšanja kakovosti oskrbe z novimi obrazci za registracijo, elektronskimi zdravstvenimi kartoni in boljšo komunikacijo med zdravstvenim in medicinskim osebjem.

Odgovorili smo tudi na drugo raziskovalno vprašanje: Kakšne so prednosti in kašne so slabosti elektronskega dokumentiranja?. Informacijsko komunikacijska tehnologija prinaša številne prednosti, kot na primer: zvišuje kakovost dela, potencialno izboljšanje

varnost pacientov, zmanjšuje stres in povečuje zadovoljstvo članov tima, zagotavlja lažji in hitrejši dostop do informacij, nudi celosten, bolj strukturiran vpogled v dokumentacijo, uporaba je enostavna in shranjevanje podatkov je lažje. Omogoča zmanjšanje papirne dokumentacije in možnost računalniške analize podatkov, analizo in shranjevanje kliničnih podatkov v vseh oblikah, služi kot komunikacijsko orodje med različnimi zdravstvenimi organizacijami, zaposlenimi in pacienti in omogoča oblikovanje informacij, ki so osnova pravilnemu odločanju in načrtovanju programov in procesov. Medicinskim sestram na pedagoškem področju omogoča boljši, hitrejši prenos znanja in opolnomočenje za delo in realne situacije v delovnem okolju ter razvoj v biomedicinskih raziskavah (Pust & Lokajner, 2014; Bosankić, 2018). Uporabniki zdravstvenih storitev in izvajalci zdravstvene dejavnosti pričakujejo, da bodo njihovi podatki varno shranjeni in hitro dostopni (Eržen, 2014).

Slabosti, ki jih prinaša informacijsko komunikacijska tehnologija, so: depersonalizacija zdravstvene nege, onemogočena izmenjava medicinskih podatkov med različnimi izvajalci zdravstvenih storitev in posledično nepotrebni zastoji (primer dostava izvidov), nepopolno ažurno obveščanje osebnega zdravnika (na primer prejem odpustnega pisma), pomanjkanje računalniške opreme, zmanjševanje varnosti pacienta zaradi neizkušenosti diplomiranih medicinskih sester na področju nove in zahtevne dokumentacije, dodatna birokracija, ker ni poenotenega informacijskega sistema za celostno obravnavo in vodenje vseh storitev pri pacientu, neustrezen odnos institucije in posameznika do dokumentiranja, strah pred tehnologijo, težave z zagotavljanjem načela zaupnosti in etičnih pasti, počasna implementacija, slabši nadzor intrahospitalnih infektov, precejšnja možnost napak pri vnašanju podatkov in možnost zlorabe, stroški vzdrževanja, možne napake pri izdaji terapije pacienta (primer težko preverjanje medsebojnega vpliva že z izdanim zdravilom), neusklajeno delovanje in odsotnost izvajanja funkcij nacionalne zdravstvene informatike, pomanjkanje znanja med slovenskimi zdravstvenimi managerji (nepoznavanje informacijskih potreb organizacije, nezavedanje o priložnostih sodobne informacijske tehnologije), slab informacijski sistem in možnost izgube podatkov ob izpadu informacijskega sistema, dvojno delo in časovna omejitev za sprotno delo (Eržen, 2014; Milavec Kapun, 2014; Pust & Lokajner, 2014; Bosankić, 2018).

Priložnosti, ki nam jih nudi elektronska dokumentacija, so: hiter dostop, pregled, sledenje v celoviti dokumentaciji, izboljšanje standardov zdravstvene nege, boljše sodelovanje znotraj zdravstvenega tima, možnost posodabljanja in nadgradnje, možnost nadaljnega raziskovanja, načrtovanja dela in izmenjave informacij, manj napak pri vnosu podatkov in motivacija zaposlenih. Seveda pa so prisotne tudi nekatere nevarnosti, kot so: izbris ali izguba podatkov ob izpadu informacijskega sistema, možnost zlorabe podatkov, prevelika pozornost do računalnika in s tem manjša do pacienta, težave z omrežno povezavo in odpor zdravstvenega osebja (Pust & Lokajner, 2014; Bosankić, 2018).

Elektronska klinična pot se izvaja v posameznih bolnišnicah po Evropski uniji. V eni od belgijskih bolnišnic imajo uveljavljen sistem e-klinične poti za področje srčno žilnih bolezni, na Nizozemskem se razvija e-klinična pot za premostitveno operacijo koronarnih žil in za srčno žilne bolezni, na Danskem pa imajo e-klinično pot za srčne infarkte in pljučnega raka. Največji korak so naredili v španski Barceloni v De l'Hospitalet, kjer uporabljajo sistem standardnih operativnih postopkov in 15 e-kliničnih poti za potrebe bolnišnice. V Sloveniji smo z uveljavitvijo projekta eZdravje pridobili e-model dokumentacije klinične poti za srčno operacijo (Pust & Lokajner, 2014).

Naraščajoča uporaba elektronskih zdravstvenih evidenc za dokumentiranje oskrbe zdaj ponuja možnost uporabe podatkov, zajetih v praksi, za odkrivanje znanja zdravstvenega varstva (Macieira, et al., 2018). Kljub uporabi elektronskih načinov beleženja se na področju zdravstvene nege še vedno srečujemo z ustvarjanjem podatkov v papirnati obliki (Blažič, 2014). Elektronska zdravstvena dokumentacija s standardizirano terminologijo lahko diplomiranim medicinskim sestram zelo olajša vpogled v bazo številnih virov podatkov. Da bi zagotovili višjo kakovost prakse elektronskega dokumentiranja, je potrebno, da diplomirane medicinske sestre razumejo, kako se podatke beleži, analizira in interpretira. Vključevanje podatkov zdravstvene nege v velike zbirke podatkov zahteva pogosto in hitro vnašanje novih veljavnih podatkov. Te je mogoče doseči z uporabo nadzorovanih slovarjev, ki pomagajo premagati glavne izzive združevanja, obdelave in analize, povezane z nestrukturiranimi besedilnimi podatki. Združenje American Nurses Association (2010) priznava in podpira uporabo določenih terminologij zdravstvene nege za usmerjanje in dokumentiranje oskrbe, če imajo ti jasni in nedvoumni koncepti, kodirani

z edinstvenim identifikatorjem za koncept in če so bile te terminologije preizkušene glede zanesljivosti, klinične uporabnosti in veljavnost (Macieira, et al., 2018).

2.5.1 Omejitve raziskave

Pri iskanju literature smo imeli težave z dostopom do celotnega besedila člankov, saj so bili le-ti plačljivi. Pri večini člankov je bila težava, da so bili izvlečki raziskav napisani nejasno, kar nam je podaljšalo čas iskanja primerne literature. Težave smo imeli tudi pri prevodu angleške literature in specifičnih angleških medicinskih izrazov v pravilno slovensko terminologijo (predvsem izrazi, ki se pojavljajo v kliničnem okolju). Na temo zdravstvene dokumentacije je strokovne literature zelo veliko, kljub temu pa imamo v diplomskem delu večino člankov, ki spadajo v nižjo raven hierarhije dokazov (raziskave so bile metodološko šibko zasnovane).

2.5.2 Doprinos za boljšo prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo

Z obravnavo aktualne problematike dokumentiranja v zdravstveni negi, s katero se srečujejo vsi zdravstveni delavci in drugi udeleženci v obravnavi pacienta, smo v diplomskem delu ugotovili, da je zelo veliko literature, napisane na navedeno tematiko. Tema dokumentacije v zdravstveni negi je v številnih raziskavah omejena na zgolj sodobno elektronsko dokumentiranje ali pa zgodovinsko papirnato dokumentiranje, zato smo v našem diplomskem delu združili zgodovinsko pot dokumentiranja s sodobnim načinom dokumentiranja in ga primerjali s svetom (evropsko, afriško in ameriško celino). Obravnavana tema je pomembna za splošno znanje diplomiranih medicinskih sester na katerem koli nivoju zdravstvenega sistema. Ozaveščanje o tem, kakšna so pravila dokumentiranja, diplomiranim medicinskim sestram dajejo spodbudo za kakovostno in varno obravnavo pacienta. Pomembno je tudi, da se diplomirane medicinske sestre zavedajo, kakšne so pasti in nevarnosti dokumentiranja.

3 ZAKLJUČEK

Dokumentacija v zdravstveni negi predstavlja vse pomembne informacije, ki opisujejo, kaj se dogaja s pacientom v kliničnem okolju. S profesionalnim in odgovornim odnosom zdravstvenega tima omogoča varno, kontinuirano, strokovno in zanesljivo opravljanje poklica zdravstvene nege. V diplomskem delu smo raziskali zgodovinski potek prehoda iz papirnatega načina dokumentiranja v sodobno informacijsko komunikacijsko dokumentiranje na sodobnih računalnikih, tablicah in telefonih. Z računalniško podprto dokumentacijo vplivamo na potek in optimizacijo zdravljenja in zdravstvene nege. Profesionalna dolžnost diplomiranih medicinskih sester je, da dobro poznajo dokumentacijo in jo pravilno izpolnjujejo, saj v Sloveniji ni poenotene dokumentacije. Zato je naš predlog poenotenje dokumentacije v zdravstveni negi. Pogosto je težava tudi zaradi pomanjkanja znanja pri uporabi informacijske komunikacijske tehnologije.

Menimo, da smo dosegli cilj našega diplomskega dela in odgovorili na vsa zastavljena raziskovalna vprašanja. Z analizo slovenske in tuje literature smo določili tri raziskovalne kategorije in jih strnili v področja dokumentiranja zdravstvene nege skozi zgodovino ter sodobno dokumentiranje zdravstvene nege. Pregled literature je pokazal, da obstaja še veliko možnosti za nadaljnjo raziskovalno delo na tem področju.

4 LITERATURA

Akhu-Zaheya, L.M., Al-Maaitah, R. & Bany Hani, S.H., 2017. Quality of nursing documentation: Paper-based health records versus electronic-based health records. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3–4), pp. 1-12.

Alkouri, O.A., Alkhatib, A. & Kawafhah, M., 2016. Importance And Implementation Of Nursing Documentation: Review Study. *European Scientific Journal*, 12(3), pp. 101-106.

American Nurses Association, 2010. *Principles for Nursing Documentation, Guidance for Registered Nurses*. Silver Spring, Maryland: American Nurses Association.

Blair, W. & Smith, B., 2012. Nursing documentation: frameworks and barriers. *Contemporary Nurse*, 41(2), pp.160-168.

Blažič, M., 2011. *Računalniško podprta dokumentacija zdravstvene nege in varovanje pacientovih podatkov: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Blažič, M., 2013. Z dokumentiranjem se preprečijo napake v zdravstveni negi. In: A. Podhostnik, ed. *Napake v zdravstveni negi: zbornik predavanj / 5. dnevi Marije Tomšič. Dolenjske Toplice, 24. in 25. januar 2013*. Novo mesto: Visoka šola za zdravstvo Novo mesto, pp. 11-14.

Blažič, M., 2014. Dokumentacija zdravstvene nege in interdisciplinarnost. In: M. Blažič, ed. *Interdisciplinarno povezovanje za pretok znanja med teorijo in prakso: zbornik prispevkov. Novo mesto, 24. oktober 2013*. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 53-56.

Bosankić, N., 2018. *Vpliv e-dokumentacije na kakovost obravnave pacientov v intenzivni terapiji otrok: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.

Chelagat, D., Sum, T., Obel, M., Chebor, A., Kiptoo, R. & Bundotich-Mosol, P., 2013. Documentation: Historical Perspectives, Purposes, Benefits and Challenges as Faced by Nurses. *International Journal of Humanities and Social Science*, 3(16), pp. 236-240.

Collins, S.A., Cato, K., Albers, D., Scott, K., Stetson, P.D., Bakken, S. & Vawdrey, D., 2013. Relationship Between Nursing Documentation and Patients' Mortality. *American Journal of Critical Care*, 22(4), pp. 306-313.

Eržen, I., 2014. E-zdravje v Sloveniji – kje smo in kako naprej? In: T. Štemberger Kolnik, S. Štemberger Kolnik & D. Klemenc, eds. *E-zdravje in dokumentacija v zdravstveni in babiški negi: 14. simpozij zdravstvene in babiške nege. Ljubljana, 10. maj 2014*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 5-11.

Ivanuša, A., Železnik, D., Lednik, L. & Kamenik, M., 2008. *Standardi aktivnosti zdravstvene nege*. 2nd ed. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 26-29.

Jefferies, D., Johnson, M. & Griffiths, R., 2010. A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. *International Journal of Nursing Practice*, 16(2), pp. 112-24.

Kahl, C., Meirelles, B.H.S., Cunha, K.S., Bernardo, M.S. & Erdmann, A.L., 2019. Contributions of the nurse's clinical practice to Primary Care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), pp. 354-359.

Kramar, Z. & Strgar, M., 2015. Dokumentiranje v zdravstveni negi skozi strukturiran načrt zdravstvene nege z uporabo negovalnih diagnoz in razvijanjem informacijske podpore. In: T. Štemberger Kolnik, S. Majcen Dvoršak & D. Klemenc, eds. *E-zdravje in dokumentacija v zdravstveni in babiški negi. Ljubljana, Cankarjev dom, 10. maj 2014*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 26-34.

Luštrek, B. & Berkopec, M., 2011. Elektronsko dokumentiranje perioperativne zdravstvene nege. In: M. Berkopec, ed. *Ali bo e-zdravju sledila e-zdravstvena nega: 3. dnevi Marije Tomšič, 20. in 21. januar 2011*. Novo mesto: Splošna bolnišnica Novo mesto; Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Novo mesto; Visoka šola za zdravstvo Novo mesto, pp. 45-47.

Macieira, T.G.R., Smith, M.B., Davis, N., Yao, Y., Wilkie, D.J., Dunn Lopez, K. & Keenan, G., 2018. Evidence of Progress in Making Nursing Practice Visible Using Standardized Nursing Data: a Systematic Review. *AMIA Annual Symposium Proceedings Archive*, pp. 1205-1214.

Marušič, D. & Simčič, B., eds. 2009. *Priporočnik za oblikovanje kliničnih poti*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Mencingar, D., 2014. Model brezpapirne dokumentacije v enoti intenzivne terapije otrok. In: T. Požarnik, ed. *Naredimo operacijsko zdravstveno nego vidnejšo. Ljubljana, 21. november 2014*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti, pp. 45-52.

Milavec Kapun, M., 2014. Dokumentiranje v sodobni zdravstveni negi – pogled izobraževalne institucije. In: T. Štemberger Kolnik, S. Majcen Dvoršak & D. Klemenc, eds. *E-zdravje in dokumentacija v zdravstveni in babiški negi: 14. simpozij zdravstvene in babiške nege. Ljubljana, 10. maj 2014*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 12-18.

Milavec Kapun, M., 2015. Dokumentiranje v sodobni zdravstveni negi – pogled izobraževalne institucije. In: T. Štemberger Kolnik, S. Majcen Dvoršak & D. Klemenc, eds. *E-zdravje in dokumentacija v zdravstveni in babiški negi. Ljubljana, Cankarjev dom, 10. maj 2014*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza

strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 12-19.

Nakate, G.M., Dahl, D., Patručka, P., Drake, K.B. & Dunlap, R., 2015. The Nursing Documentation Dilemma in Uganda: Neglected but Necessary. A Case Study at Mulago National Referral Hospital. *Open Journal of Nursing*, 5(12), pp. 1063-1071.

NIJZ, 2018. *Uveljavitev eRecepta in eNaročanja v slovenskem zdravstvu*. [online] Available at: <https://www.nijz.si/sl/uveljavitev-erecepta-in-enarocanja-v-slovenskem-zdravstvu> [Accessed 5 August 2019].

Okaisu, E.M., Kalikwani, F., Wanyana, G. & Coetzee, M., 2014. Improving the quality of nursing documentation: An action research project. *Curationis*, 38(1), pp. 1-11.

Petkovšek Gregorin, R. & Skela Savič, B., 2015. Stališča medicinskih sester o pomembnosti dokumentiranja v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 49(2), pp. 106-125.

Petkovšek Gregorin, R., 2017. Dokumentiranje kot način komuniciranja med medicinskimi sestrami. In: R. Petkovšek Gregorin & V. Vidmar, eds. *Neprekinjena zdravstvena nega – ključ do pacientovega napredka. Celje, 20. april 2017*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v rehabilitaciji in zdraviliški dejavnosti, pp. 7-18.

Polit, D.F. & Beck, C.T., 2008. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practise*. 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins.

Prinčič, B., Purkart, M., Oštir, M. & Štih, A., 2015. Sodobno dokumentiranje v zdravstveni negi – elektronsko vodenje zdravstvene nege. *Slovenska Pediatrija*, 22, pp. 28-35.

Purkart, M., 2014. Zdravstvena nega in informacijski sistem na Pediatrični kliniki Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana – od zasnove preko težav do uporabe. In: T. Štemberger Kolnik, S. Majcen Dvoršak & D. Klemenc, eds. *E-zdravje in dokumentacija v zdravstveni in babiški negi: 14. simpozij zdravstvene in babiške nege. Ljubljana, 10. maj 2014*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 35-41.

Pust, B. & Lokajner, G., 2014. Računalnik ob pacientovi postelji. In: T. Štemberger Kolnik, S. Majcen Dvoršak & D., Klemenc, eds. *E-zdravje in dokumentacija v zdravstveni in babiški negi: 14. simpozij zdravstvene in babiške nege. Ljubljana, 10. maj 2014*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 52-58.

Rajkovič, U., 2010. *Sistemske pristop k oblikovanju e-dokumentacije zdravstvene nege: doktorska disertacija*. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.

Ramšak Pajk, J., 2006. Dokumentacija v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 40(3), pp. 137-142.

Repique, N.J., 2007. Computers and Information Tehnologies in Psychiatric Nursing. *Perspectives in Psychiatric Care*, 43(2), pp. 77-83.

Skela Savič, B., 2009. Zdravstvena nega in raziskovanje: nekateri vplivni dejavniki za razvoj zdravstvene nege kot znanstvene discipline v Sloveniji. *Obzornik zdravstvene nege*, 43(3), pp. 209-222.

Šmid, G. & Štrumbl, Ž., 2015. Dostopnost in nedostopnost zdravstvene dokumentacije. In: N. Gostenčnik, ed. *Tehnični in vsebinski problemi klasičnega in elektronskega arhiviranja. Materialno varstvo arhivskega gradiva: zbornik mednarodne konference. Radenci, 15. –17. april 2015*. Maribor: Pokrajinski arhiv, pp. 249-260.

Van Bommel, J.H. & Musen, M.A., 1997. *Handbook of Medical Informatocs*. Bohn: Springer.

Vinko, M., Brecej, Š., Eržen, I. & Dinevski, D., 2013. Sprejemanje in uporaba informacijskih tehnologij v slovenskem javnem zdravstvu: nacionalna raziskava z uporabo modela UTAUT. *Zdravniški vestnik*, 82(4), pp. 234-242.

Vogrinc, J., 2008. *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.

Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (ZZPPZ-A), 2015. Uradni list Republike Slovenije, št. 47.

Yang, Y., Bass, E., Bowles, K. & Sockolow, P., 2019. Impact of Home Care Admission Nurses' Goals on Electronic Health Record Documentation Strategies at the Point of Care. *Computers, Informatics, Nursing*, 37(1), pp. 39-46.

Young-Taek, P., Yeon Sook, K., Byoung-Kee, Y. & Sang Mi, K., 2019. Clinical Decision Support Functions and Digitalization of Clinical Documents of Electronic Medical Record Systems. *Healthcare Informatics Research*, 25(2), pp. 115-123.

Wang, L. & Alexander, C.A., 2013. Medical Applications and Healthcare Based on Cloud Computing. *IJCloser*, 4(2), pp. 217-225.

Zakon o splošnem upravnem postopku, 2005. Uradni list Republike Slovenije št. 20.