



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

Diplomsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje  
ZDRAVSTVENA NEGA

**POMEN DOKUMENTIRANJA V  
ZDRAVSTVENI NEGI – PREGLED  
LITERATURE**

**THE IMPORTANCE OF DOCUMENTATION  
IN NURSING: A LITERATURE REVIEW**

Mentorica:  
doc. dr. Sedina Kalender Smajlović

Kandidatka:  
Edina Redžematović

Jesenice, november, 2023

## **ZAHVALA**

Iskreno se zahvaljujem mentorici, doc. dr. Sedinii Kalender Smajlović, za strokovno pomoč, nasvete, usmerjanje in moralno podporo pri izdelavi diplomskega dela.

Zahvaljujem se recenzentki, Zdenki Kramar, pred., za pregled diplomskega dela in dodatne usmeritve.

Hvala Manji Plohl, univ. dipl. slov. jez., za hitro in natančno lektoriranje dela.

Hvala družini, ki so me v času študija vzpodbujali in mi nudili oporo.

## POVZETEK

**Teoretična izhodišča:** Pravilna dokumentacija v zdravstveni negi je temeljna za sledenje zdravstvenemu stanju pacientov, zagotavljanje skrbne in celovite oskrbe ter izpolnjevanje etičnih in zakonskih zahtev v zdravstvenem okolju. Dokumentacija zdravstvene nege je ključen del zdravstvene nege. Namen pregleda literature je raziskati pomen dokumentiranja v zdravstveni negi in predstaviti najpogostejše napake ter strategije za odpravljanje le-teh.

**Cilj:** Cilja diplomskega dela sta ugotoviti pojavnost in pogostost napak pri dokumentiranju v zdravstveni negi in opredeliti strategije za izboljšanje dokumentiranja zdravstvene nege.

**Metoda:** Izveden je bil pregled domače in tuje literature v podatkovnih bazah CINAHL, SpringerLink, WILEY, PubMed in COBISS. Uporabljene ključne besede so bile kombinirane z Boolovim operaterjem IN (ang. AND): »dokumentiranje«, »medicinska sestra«, »zdravstvena nega«, »napake«, »izboljšanje«, »strategija«, »documentation«, »nurse«, »nursing care«, »errors«, »improvement«, »strategy«. Vključitveni kriteriji so bili recenzirani članki, objavljeni med 2013 do februarja 2023 in prosto dostopno polno besedilo člankov v slovenskem ali angleškem jeziku.

**Rezultati:** Pregledali smo 205 člankov v polnem besedilu, v obdelavo spoznanj smo vključili 36 člankov, pri čemer smo izključili 169 člankov. Na osnovi kriterijev recenzije in dostopnosti člankov, letnika in jezika, smo v končni analizi 18 člankov identificirali 49 kod. Združene so v dve temi : (1) - pojavnost in pogostost napak pri dokumentiranju v zdravstveni negi in (2) - strategije za izboljšanje dokumentiranja v zdravstveni negi. V pregled literature smo vključili eno randomizirano klinično raziskavo, šest neeksperimentalnih/opazovalnih raziskav, pet kvalitativnih opisnih raziskav in štiri mnenja avtorjev.

**Razprava:** Kaže se potreba po nadaljnem raziskovanju in izboljšavah na področju dokumentiranja zdravstvene nege. Prihodnje raziskave bi se lahko osredotočile na razvoj in oceno naprednih tehnologij ter strategij za izboljšanje dokumentacijske prakse, s poudarkom na podpori kliničnim odločitvam, varnosti pacientov ter vključevanju pacientov. Raziskave bi lahko tudi primerjale prakse med različnimi državami in kulturami.

**Ključne besede:** napake pri dokumentiranju, izboljšanje dokumentacijske prakse, elektronski zdravstveni zapisi, vključevanje pacientov

## SUMMARY

**Background:** Proper documentation in healthcare is essential for tracking patients' health status, delivering meticulous and comprehensive care, and complying with ethical and legal requirements in the healthcare setting. Nursing documentation is a crucial aspect of healthcare. The purpose of this literature review is to explore the importance of documentation in nursing care and present the most common errors and strategies for addressing them.

**Aim:** This thesis aims to determine the incidence and frequency of documentation errors in nursing care and to identify strategies for improving nursing documentation.

**Methods:** A review of domestic and international literature was conducted using the CINAHL, SpringerLink, WILEY, PubMed, and COBISS databases. Keywords were combined using the Boolean operator "AND": "documentation", "nurse", "nursing care", "errors", "improvement", and "strategy". Inclusion criteria included peer-reviewed articles published between 2013 and February 2023 with freely accessible full-text articles in Slovenian or English.

**Results:** We reviewed 205 full-text articles and included 36 articles in the data analysis, while excluding 169 articles. Based on review criteria, such as article availability, publication year, and language, we included 18 articles in the final analysis and identified 49 codes. These were grouped into two themes: (1) the incidence and frequency of documentation errors in nursing care and (2) strategies for improving nursing documentation. The literature review included one randomized clinical trial, six non-experimental/observational studies, five qualitative descriptive studies, and four author opinions.

**Discussion:** There appears to be a need for further research and improvements in the field of nursing documentation. Future research could focus on the development and evaluation of advanced technologies and strategies to enhance documentation practices, with an emphasis on supporting clinical decision-making, patient safety, and patient involvement. Studies could also compare practices across different countries and cultures.

**Key words:** documentation errors, improvement of documentation practices, electronic health records, patient involvement

## KAZALO

<b>1 UVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>2 EMPIRIČNI DEL</b> .....	<b>8</b>
2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA .....	8
2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA .....	8
2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA .....	8
2.3.1 Metode pregleda literature .....	8
2.3.2 Strategija pregleda zadetkov .....	9
2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature .....	9
2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature .....	10
2.4 REZULTATI .....	11
2.4.1 PRISMA diagram .....	11
2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in temah .....	12
2.5 RAZPRAVA .....	18
2.5.1 Omejitve raziskave .....	28
2.5.2 Doprinos za stroko in nadaljnje raziskovalno delo .....	29
<b>3 ZAKLJUČEK</b> .....	<b>31</b>
<b>4 LITERATURA</b> .....	<b>32</b>

## **KAZALO SLIK**

Slika 1: PRISMA diagram .....	12
-------------------------------	----

## **KAZALO TABEL**

Tabela 1: Rezultati pregleda literature .....	9
Tabela 2: Hierarhija dokazov v znanstvenoraziskovalnem delu .....	10
Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov .....	12
Tabela 4: Razporeditev kod po temah .....	18



## SEZNAM KRAJŠAV

CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
EHR	Electronic health record
IS	Informacijski sistem
IT	Informacijska tehnologija
PRISMA	Preffered Reporting Items for Systematic Review and Meta Analysis
WHO	World Health Organization

## 1 UVOD

Dokumentiranje v zdravstveni negi je ključen del procesa skrbi za paciente in vključuje zbiranje, beleženje in shranjevanje informacij o zdravstvenem stanju pacienta ter izvajanju zdravstvene nege. To vključuje zapisovanje vseh pomembnih podatkov, ki se nanašajo na paciente, njihovo zdravstveno zgodovino, simptome, izvedene postopke, uporabljena zdravila, laboratorijske rezultate in druge pomembne informacije (Priestman, 2018). Osrednji namen dokumentiranja v zdravstveni negi je omogočiti dosleden, celovit in usklajen pristop k zdravstveni oskrbi pacientov. S pravilnim dokumentiranjem se zagotovi kontinuiteto zdravstvene oskrbe, spremlja stanje pacienta, izvaja pravilne postopke in pravilno odloča o zdravstveni oskrbi (Dunn Lopez, et al., 2021). Da bi bila dokumentacija v zdravstveni negi učinkovita mora izpolnjevati številne zahteve, vključno z jasnostjo, natančnostjo, zanesljivostjo, doslednostjo, varnostjo in sledljivostjo. Namen dokumentacije zdravstvene nege je zagotoviti splošen pregled nad planirano in izvedeno zdravstveno nego ter zagotavljanje kakovostne in kontinuirane zdravstvene nege (Barkhordari-Sharifabad, et al., 2017). Namen dokumentiranja v zdravstveni negi je tudi doseganje zakonskih in profesionalnih standardov. Kakovostno izvedeno dokumentiranje je izjemno pomembno za kakovost zdravstvene nege, za razvoj stroke zdravstvene nege in za zaupanje znotraj izvajalcev zdravstvene nege (Ahgren, 2014; Priestman, 2018).

Dokumentacija zdravstvene nege je eden izmed ključnih gradnikov celovite zdravstvene oskrbe pacientov ter hkrati nepogrešljiv instrument za zagotavljanje visoke kakovosti in varnosti v zdravstveni negi (Dunn Lopez, et al., 2021). Predstavlja pisno ali elektronsko beleženje ključnih informacij o pacientovih podatkih, zdravstvenih posegih, zdravilih, diagnozah ter drugih pomembnih elementih zdravstvene oskrbe. Vključuje širok nabor zapisov, ki se pojavljajo v obliki napisane informacije o pacientu do računalniško shranjene dokumentacije oz. elektronskih zdravstvenih zapisov (ang. Electronic health record - EHR) (Gautun & Syse, 2017). Ne glede na to, ali poteka dokumentiranje ročno ali je podprto z informacijsko tehnologijo (IT), je pomembno, da so metode beleženja informacij in dokumentacijski obrazci enotni, ter da so upoštevani standardi zdravstvene nege (Krippendorff, 2018). Dokumentacija v zdravstveni negi je ključna za

zagotavljanje sledljivosti, koherentnosti in varnosti zdravstvene nege. Omogoča zdravstvenim delavcem, da sledijo pacientovemu stanju, načrtom zdravljenja in učinkom terapije. V teoretičnih izhodiščih dokumentiranja v zdravstveni negi izhajamo iz na dokazih podprtega pristopa, zakonodaje, etike in interdisciplinarnosti. Dokumentacija mora odražati proces zdravstvene nege, ki vključuje anamnezo, načrt zdravstvene nege, izvedbo, evaluacijo, komunikacijo, odstopanja in načrt nadaljnjega zdravljenja. Pravilno dokumentiranje v zdravstveni negi je ključno za kakovostno in varno zdravstveno nego, sledljivost ter sodelovanje v ekipnem okolju (Krippendorff, 2018; Dunn Lopez, et al., 2021).

Pisna in elektronska dokumentacija zdravstvene nege sta obliki, ki zagotavljata trajne in ponovno dostopne zapise. Med elektronsko dokumentacijo se umešča EHR, ki zagotavlja integrirano metodo obveščanja zdravstvenega tima o statusu pacienta v realnem času. Implementacija EHR kot orodje za dokumentiranje zdravstvene nege je povzročilo velike spremembe in povečane zahteve za negovalno dokumentacijo (Bing-Jonsson, et al., 2016; Dall'ora, et al., 2020). Implementacija EHR je bila namenjena nadomestitvi prakse rokopisnega dokumentiranja in izboljšanju dokumentacijskih struktur za spodbujanje večje standardizacije (Dunn Lopez, et al., 2021). Praksa dokumentiranja EHR je običajno sestavljena iz zapiskov o ukrepih zdravstvene nege, dnevnih zapiskov in ocen ter odpustnic. Vključeni in uporabljeni so tudi moduli za e-sporočila, zdravila in sodelovanje z drugimi strokovnjaki, kot so zdravniki in fizioterapevti. V vsakem primeru se zdi, da za izpolnjevanje dokumentacijskih zahtev obstaja potreba po papirnatih podpornih sistemih, ki običajno vključujejo kontrolne sezname, koledarje, knjige ipd. (Al-Jumaili & Doucette, 2018).

Zakonska določila za dokumentiranje v zdravstveni negi zahtevajo, da se vsi zapisi o pacientu natančno, zanesljivo in varno shranjujejo (Gautun & Syse, 2017; Dunn Lopez, et al., 2021) ter da so dostopni za zdravstvene delavce, ki sodelujejo v oskrbi pacienta (Gautun & Syse, 2017). V Sloveniji so zakonska določila, ki se nanašajo na dokumentacijo v zdravstveni negi zajeta v Zakonu o pacientovih pravicah (ZPacP, 2020) in Pravilniku o zdravstveni dokumentaciji (Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva, 2020). Pomembno je vedeti, da se zakonodaja lahko spreminja,

zato je vedno priporočljivo preveriti najnovejše verzije zakonov in pravilnikov ter se posvetovati z uradnimi viri ali pravno s strokovnjaki. Pravilnik o zdravstveni dokumentaciji (Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva, 2020) podrobneje opredeljuje obliko in vsebino različnih vrst zdravstvene dokumentacije ter zahteve za njihovo vodenje in hranjenje. Določa, kaj vse mora biti vključeno v zdravstveno dokumentacijo, kako se beležijo postopki, diagnoze, terapije in druge intervencije. Ustrezno dokumentiranje vključuje tudi datume, podpise odgovornih oseb ter druge elemente, ki omogočajo sledljivost in verodostojnost zapisov. Poleg tega so lahko posamezni zdravstveni zavodi in institucije določili lastna notranja pravila in smernice glede dokumentiranja, ki se lahko razlikujejo glede na specifične zahteve in prakse posameznega zdravstvenega okolja (Kramar & Strgar, 2014). Tako zakonodaja kot praksa glede dokumentacije zdravstvene nege v zdravstvenih storitvah se med državami razlikujeta. Čeprav je bil EHR uveden pred več kot desetletjem in se pogosto uporablja, se zdravstveni zavodi še vedno soočajo z izzivi dokumentiranja, ki povzročajo neželene dogodke. Raziskave so pokazale, da zaposleni v primarni zdravstveni oskrbi pogosto težko usklajujejo informacije o pacientih v EHR (Andersson, et al., 2018; Dunn Lopez, et al., 2021), dokumentacija v primarni zdravstveni oskrbi pa je še vedno nepopolna in netočna (Al-Jumaili & Doucette, 2018).

Medicinska sestra je odgovorna za dokumentacijo zdravstvene nege (Andersson, et al., 2018). Dokumentiranje v zdravstveni negi je ključnega pomena za učinkovito komunikacijo med negovalnim in zdravstvenim timom. Z dokumentiranjem zdravstvene nege se ustvarjajo evidence izvedenih in neizvedenih aktivnosti zdravstvene nege. Dokumentiranje v zdravstveni negi zagotavlja osnovo za prikazovanje in razumevanje doprinosa zdravstvene nege k izidom zdravstvene oskrbe pacientov (Gautun & Syse, 2017). Predstavlja sestavni del dela medicinskih sester in jo razumemo kot pomembno orodje, ki ga medicinske sestre uporabljajo za zagotavljanje visoke kakovosti zdravstvene oskrbe pacienta. Jasna, natančna in dostopna zdravstvena dokumentacija je bistveni element v zdravstveni negi (Moldskred, et al., 2021).

Ustrezno napisana, pravočasna in natančna dokumentacija je sestavni del prakse zdravstvene nege, ne glede na to, ali gre za študenta zdravstvene nege, novo zaposleno

medicinsko sestro ali izkušeno medicinsko sestro. Ne samo, da olajša delo, ampak pomaga odpreti komunikacijsko linijo med negovalnim, zdravstvenim timom in pacientom. Dokumentacija zdravstvene nege, kot so dokumenti o izvedeni zdravstveni negi pacientov, ocene procesov in merila rezultatov v organizacijskih okoljih, služijo za spremljanje uspešnosti zdravstvenih delavcev in skladnosti zdravstvenih zavodov s profesionalnimi standardi zdravstvene oskrbe (Moldskred, et al., 2021). Revizije poročil in klinične dokumentacije zagotavljajo metodo za ocenjevanje in izboljšanje kakovosti zdravstvene oskrbe pacientov, vzdrževanje standardov ali zagotavljanje evalvacijskih dokazov v primerih, ko so potrebne spremembe oz. izpolnjevanje zakonskih določil (De Groot, et al., 2019).

Zahtevane smernice in standardi za dokumentiranje v zdravstveni negi predstavljajo ključno infrastrukturo, ki jo je nujno upoštevati pri zbiranju in evidentiranju informacij o zdravstveni oskrbi pacientov. Poudarek na temeljitosti teh zahtev je ključen za ohranjanje doslednosti, sledljivosti, kakovosti in zanesljivosti dokumentacije. V ta namen je pomembno, da dokumentacija zdravstvene nege vsebuje podatke, ki so ne le točni, temveč tudi nedvoumni v opisu pacientovega zdravstvenega stanja, izvedenih postopkov in terapij (Andersson, et al., 2018). Natančnost in zanesljivost se zagotavljata s tem, da vsak zapis vključuje precizen datum in uro izvedbe postopka, ocene ali intervencije. To omogoča sledenje zaporedju dogodkov ter razumevanje kronologije poteka zdravstvene oskrbe (Gautun & Syse, 2017). Pomembno je, da vsak zapis nedvoumno identificira zdravstvenega delavca, ki je izvedel postopek ali ustvaril zapis. Identifikacija z vključitvijo imena, priimka in morebitnih edinstvenih identifikacijskih števil je ključnega pomena, saj omogoča potrditev verodostojnosti dokumenta (Krippendorff, 2018). Ocenjevanje pacientovega zdravstvenega stanja in načrtovanje zdravstvene oskrbe sta osrednji točki dokumentacije. To vključuje ne le evidentiranje pacientovega sprejema in diagnostičnih ocen, temveč tudi jasno postavljanje ciljev zdravstvene nege. Zahtevana dokumentacija zdravstvene nege natančno opisuje izvedene postopke, terapije, dana zdravila, opravljene preiskave in druge posege (De Groot, et al., 2019). Skrbno in jasno beleženje vseh informacij je ključno za vzpostavitev zanesljive dokumentacije zdravstvene nege. Dokumentacija zdravstvene nege brez izjeme vsebuje tudi zapiske o spremljanju stanja pacienta, rezultatih izvedenih

postopkov in njihovem učinku na zdravljenje. Ta pristop omogoča natančno ovrednotenje učinkovitosti zdravstvene nege (Gautun & Syse, 2017).

Poleg vsega tega je treba izpostaviti varovanje zasebnosti in varnost podatkov pacientov (Priestman, et al., 2018). Informacije v dokumentaciji morajo biti dostopne samo pooblaščenim posameznikom in morajo biti ustrezno zavarovane pred nepooblaščenim dostopom. Dosleden vpogled v potek pacientove zdravstvene oskrbe skozi čas je bistvenega pomena za zagotavljanje kontinuitete zdravstvene oskrbe (Barkhordari-Sharifabad, et al., 2017). To obsega ne le beleženje sprememb v pacientovem stanju, temveč tudi prilagajanje načrta zdravstvene oskrbe v skladu s potrebami pacienta. Dokumentacija zdravstvene nege je ključnega pomena za vzpostavitev dovolj obsežnih in organiziranih podatkov o kakovosti zdravstvene oskrbe, učinkovitosti postopkov in identifikaciji morebitnih neželenih dogodkov (Al-Jumaili & Doucette, 2018). Skladno s tem, upoštevanje teh natančno določenih zahtev za dokumentiranje predstavlja temeljno gradnjo visoko kakovostne zdravstvene nege in varnosti pacientov. Pravilno vodenje dokumentacije omogoča učinkovito komunikacijo med zdravstvenimi delavci, vzpostavljanje sledljivosti zdravstvene oskrbe ter zagotavlja podlago za stalno izboljševanje procesov in kakovosti zdravstvene oskrbe (Dall'ora, et al., 2020).

V kontekstu zdravstvene nege izkazuje dosledna in kakovostna dokumentacija izjemno pomemben vpliv na razvoj ter napredovanje strokovnega področja. Dokumentiranje v zdravstveni negi presega zgolj administrativne naloge, predstavlja pa ključno prakso, ki temeljno prispeva k izboljšanju kakovosti zdravstvene oskrbe in dvigu strokovnih standardov (Bing-Jonsson, et al., 2016). Pravilno dokumentiranje odpira zdravstvenim delavcem celovit vpogled v pacientovo zdravstveno zgodovino, trenutno stanje in potek zdravstvene nege in celotne oskrbe pacienta. Skrbno beleženje prispeva k natančnemu spremljanju učinkovitosti zdravstvene nege ter omogoča prilagajanje zdravstvene oskrbe v skladu s pacientovimi zahtevami (Bøgeskov & Grimshaw-Aagaard, 2016). Podatki iz dokumentacije služijo za analizo trendov, učinkovitosti posegov ter identifikacijo potreb po izboljšavah. Poleg tega dokumentacija zdravstvene nege nepogrešljivo podpira izobraževanje prihodnjih in obstoječih zdravstvenih delavcev, saj omogoča realistične vpoglede v realne primere zdravstvene oskrbe (Williams, 2019).

Natančna in dosledna dokumentacija ima vlogo pravno in etično zavezujočega jamstva za zdravstvene delavce. V primeru pravnih vprašanj ali etičnih dilem dokumentacija služi kot dokazno gradivo, ki prikazuje potek zdravstvene oskrbe ter upravičenost sprejetih odločitev (Bing-Jonsson, et al., 2016).

Dokumentiranje je tudi povezano z varnostjo pacientov. Varnost pacientov je pomemben del zdravstvene obravnave pacienta, ki uporablja metode znanosti o varnosti za cilj doseganja zaupanja vrednega sistema zagotavljanja zdravstvene oskrbe. Varnost pacientov je tudi atribut sistemov zdravstvenega varstva; zmanjša incidenco in vpliv neželenih dogodkov ter maksimira okrevanje po neželenih dogodkih (Andersson, et al., 2018). Vizija Svetovne zdravstvene organizacije (World Health Organization (WHO), 2017a) za varnost pacientov je »Svet, v katerem je vsak pacient deležen varne zdravstvene oskrbe, brez tveganj in škode, vedno in povsod« (WHO, 2017a). V tej viziji je navedeno, da so se do nedavnega raziskave varnosti pacientov osredotočale predvsem na bolnišnično okolje in ne na primarno zdravstveno oskrbo. Strategija Svetovne zdravstvene organizacije »Varnejša primarna zdravstvena oskrba« se osredotoča na devet področij izboljšav: sodelovanje pacientov, izobraževanje in usposabljanje, človeški dejavniki, administrativne napake, diagnostične napake, napake pri zdravljenju, multimorbidnost, prehodi zdravstvene oskrbe in elektronska orodja (WHO, 2016). Vsa ta glavna področja so pomembna za varnost pacientov in dokumentacijo (Barkhordari-Sharifabad, et al., 2017).

Najpogosteje 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 (Dunn Lopez, et al., 2021). Glede na raziskavo, ki jo je izvedla WHO (2017b), je bilo dokazano, da je slaba komunikacija med zdravstvenimi delavci eden od dejavnikov napak pri zdravstveni negi. Obstajajo tudi dokazi, ki kažejo, da je pomanjkljivo dokumentiranje v zdravstveni negi povezano s smrtnostjo pacientov (Bøgeskov & Grimshaw-Aagaard, 2016). Čeprav je vodenje evidenc pacientov del poklicne obveznosti medicinskih sester, so številne raziskave odkrile pomanjkljivosti v praksi dokumentiranja med medicinskimi sestrami po vsem

svetu (Dall'ora, et al., 2020). Poročali so, da je dokumentacija zdravstvene nege pogosto nepopolna, premalo natančna in slabe kakovosti (Tuinman, et al., 2017; Williams, 2019). Izzivi za dokumentacijo, o katerih so do zdaj poročali, vključujejo pomanjkanje zdravstvenih delavcev (Bøgeskov & Grimshaw-Aagaard, 2016), neustrezno poznavanje pomena dokumentacije (Tuinman, et al., 2017; Dall'ora, et al., 2020), obremenitev pacientov (Priestman, et al., 2018), pomanjkanje usposabljanja ob delu (Moldskred, et al., 2021) in pomanjkanje podpore vodstva zdravstvene nege (Dall'ora, et al., 2020). Številni raziskovalci (Priestman, et al., 2018; Dall'ora, et al., 2020; Moldskred, et al., 2021) so kot rešitev za te težave priporočali uporabo multidisciplinarnega pristopa, kot je razvoj politik in smernic o dokumentaciji zdravstvene nege in zagotavljanje trajnih priložnosti za nadaljnje usposabljanje medicinskih sester o učinkovitosti dokumentacije. Od vodij zdravstvene nege se pričakuje podpora, motivacija in povečanje števila medicinskih sester za boljšo prakso dokumentiranja (Al-Jumaili & Doucette, 2018; Williams, 2019).

Dokumentacija v zdravstveni negi je zelo pomembna, saj dosledna in kakovostna dokumentacija v zdravstveni negi pripomore k varni, učinkoviti in celostni oskrbi pacientov ter prispeva k izboljšanju kakovosti in varnosti zdravstvenega sistema. V diplomskem delu bomo preučili doslednost uporabe le-te v zdravstveni negi in najpogostejše napake, ki se pojavljajo pri dokumentiranju v zdravstveni negi.



## **2 EMPIRIČNI DEL**

V empiričnem delu je bil izveden pregled domače in tuje literature.

### **2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA**

Namen pregleda literature je bil raziskati pomen dokumentiranja v zdravstveni negi in predstaviti najpogostejše napake v dokumentiranju ter strategije za odpravljanje le-teh.

Cilja diplomskega dela sta bila:

- ugotoviti pojavnost in pogostost napak pri dokumentiranju v zdravstveni negi,
- opredeliti strategije za izboljšanje dokumentiranja zdravstvene nege.

### **2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA**

Raziskovalni vprašanji sta bili:

1. Katere so najbolj pogoste napake pri dokumentiranju v zdravstveni negi?
2. Kakšne so strategije za izboljšanje dokumentiranja zdravstvene nege?

### **2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA**

Izveden je bil pregled domače in tuje literature. Uporabljena je bila metoda kritičnega branja strokovne in znanstvene literature, ki je javno dostopna in se navezuje na tematiko diplomskega dela.

#### **2.3.1 Metode pregleda literature**

S pomočjo pregleda literature smo izvedli analizo kvantitativnih in kvalitativnih podatkov objavljenih raziskav in strokovnih člankov, nato je sledila sinteza dobljenih podatkov. Za iskanje virov smo uporabili podatkovne baze CINAHL, SpringerLink, WILEY, PubMed in COBISS. Pri tem smo uporabili ključne besede v slovenskem

jeziku: »dokumentiranje«, »medicinska sestra«, »zdravstvena nega«, »napake«, »izboljšanje«, »strategija«, v angleškem jeziku: »documentation«, »nurse«, »nursing care«, »errors«, »improvement«, »strategy«. V podatkovnih bazah smo postavili naslednje vključitvene kriterije: objava članka med leti 2013 in februar 2023 in prosta dostopnost celotnega besedila člankov v angleščini ali slovenščini. Uporabili smo Boolov logični operator AND (sl. IN).

### 2.3.2 Strategija pregleda zadetkov

Strategija pregleda literature je prikazana v obliki PRISMA diagrama (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta – Analysis) (Page, et al., 2021). Članke smo izbirali na podlagi predhodno omenjenih vključitvenih kriterijev. Tabela 1 prikazuje rezultate iskanja v različnih podatkovnih bazah po ključnih besedah, številu zadetkov izbranih zadetkov za pregled v polnem besedilu.

**Tabela 1: Rezultati pregleda literature**

Podatkovne baze	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu
CINAHL	documentation AND nurse AND nursing care AND errors AND improvement AND strategy	536	5
Springerlink	documentation AND nurse AND nursing care AND errors AND improvement AND strategy	487	3
PubMed = Medline	documentation AND nurse AND nursing care AND errors AND improvement AND strategy	521	7
Wiley	documentation AND nurse AND nursing care AND errors AND improvement AND strategy	256	3
COBISS	dokumentiranje, medicinska sestra, zdravstvena nega, napake, izboljšanje, strategija	10	0
<b>Skupaj</b>		1810	18

### 2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature

Pri analizi podatkov smo uporabili metodo vsebinske analize izbrane literature po Vogrincu (2013). Začeli smo z opredelitvijo področja teme diplomskega dela in izvedli

temeljni pregled literature. Ocenjevali smo ustrezne članke in izločili tiste, ki niso bili povezani z izbrano temo. Odstranili smo podvojene zadetke. Po prvem branju naslovov je sledilo drugo branje, kjer smo prebrali izvlečke, v tretjem branju pa polno besedilo izbranih virov. V vsakem branju smo izločili vire, ki smo jih identificirali kot neprimerne. Po izboru člankov za končno analizo smo identificirali ključno vsebino. Pri tem smo uporabili induktivni pristop, kjer smo kode določali med analizo besedila. Med nadaljnjo kvalitativno analizo smo primerjali podatke (kode) med seboj in združili vsebinsko sorodne kode ter jih razvrstili v temi.

#### 2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature

Pri izboru literature smo upoštevali tri glavne kriterije: dostopnost, vsebinsko ustreznost in aktualnost člankov. Za ocenjevanje kakovosti izbranih virov smo se opirali na hierarhijo dokazov v znanstveno raziskovalnem delu. Hierarhija dokazov je pomembno orodje v raziskovanju, saj nam omogoča razvrščanje znanstvenih del glede na uporabljene raziskovalne metode in stopnjo zaupanja v pridobljene dokaze (Polit & Beck, 2021). V pregled literature smo vključili eno randomizirano klinično raziskavo, šest neeksperimentalnih/opazovalnih raziskav, pet kvalitativnih opisnih raziskav in štiri mnenja avtorjev (tabela 2).

**Tabela 2: Hierarhija dokazov v znanstvenoraziskovalnem delu**

Hierarhija dokazov	Število vključenih virov	Avtor/ji (letnice)
Nivo 1 Sistematični pregledi / metaanalize randomiziranih kliničnih raziskav	0	/
Nivo 2 Posamezne randomizirane klinične raziskave	1	Ernawati, et al., 2014.
Nivo 3 Nerandomizirane klinične raziskave (kvazi eksperiment)	0	/
Nivo 4 Sistematični pregledi neeksperimentalnih (opazovalnih) raziskav	0	/
Nivo 5 Neeksperimentalne/opazovalne raziskave	6	Akhu-Zaheya, et al., 2018; Cramer, et al., 2018; Lindo, et al., 2016; Kaihlanen, et al., 2021; Moldskred, et al., 2021; Tasew, et al., 2019.

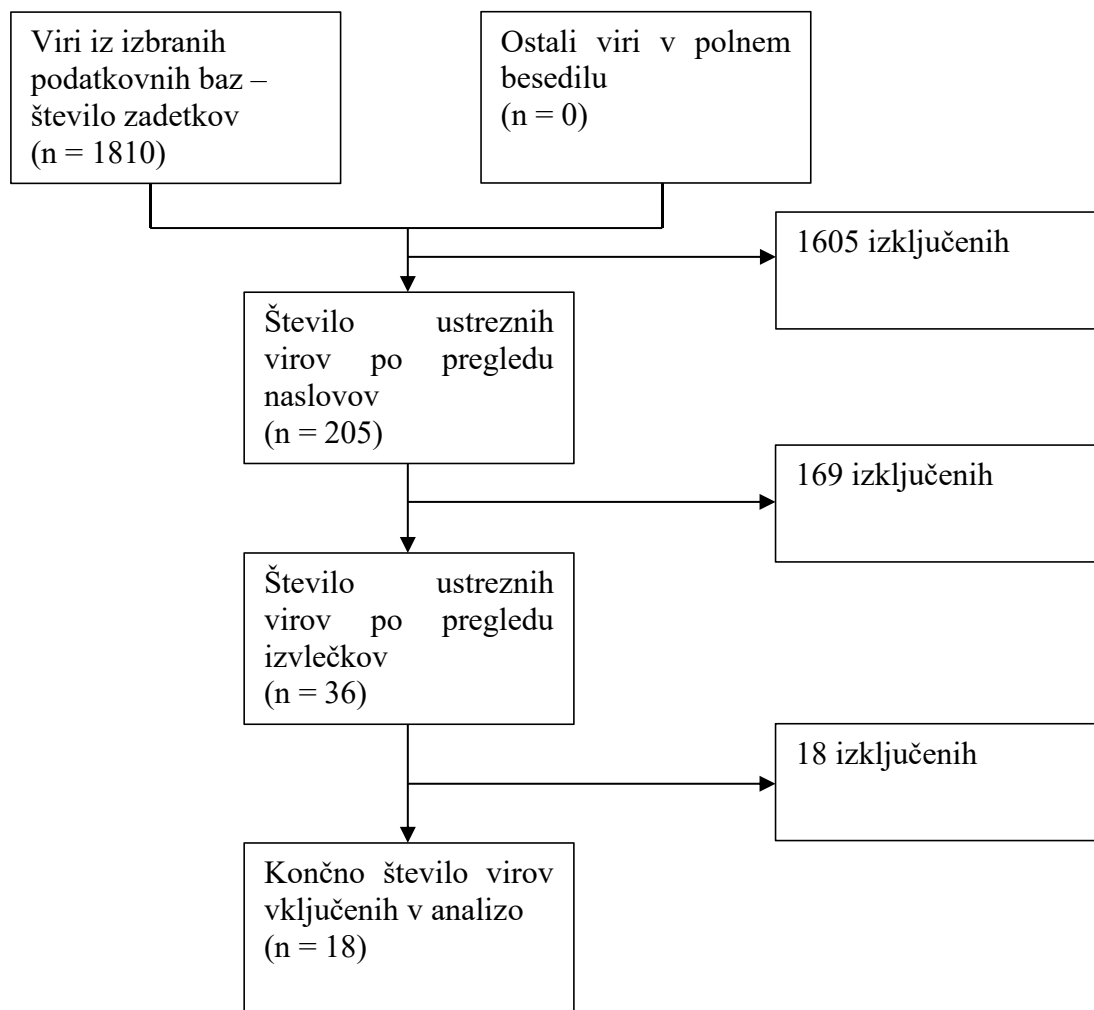
Hierarhija dokazov	Število vključenih virov	Avtor/ji (letnice)
Nivo 6 Sistematični pregledi/metasinteze kvalitativnih raziskav	2	Bunting & de Klerk, 2022; Fretheim, et al., 2016.
Nivo 7 Kvalitativne/ opisne raziskave	5	Ajri-Khameslou, 2021; Bjerkan, et al., 2021; Mutshatshi, et al., 2018; Okaisu, et al., 2014; Stevenson, et al., 2013.
Nivo 8 Neraziskovalni viri (mnenja, ...)	4	O'Brien, et al., 2015; Savva, et al., 2022; Sittig, et al., 2020; Smith & Parkhouse, 2017.

(Polit & Beck, 2021)

## 2.4 REZULTATI

### 2.4.1 PRISMA diagram

Slika 1 prikazuje PRISMA diagram, ki kaže potek pridobitve končnega števila zadetkov (Page, et al., 2021). Skupno smo pridobili 1810 virov v polnem besedilu. V prvem koraku smo na podlagi pregleda naslovov izključili 1605 virov (8 virov podvojenih), v nadaljnjo analizo smo uvrstili 205 virov, kjer smo pregledali izvlečke na podlagi česar smo izključili 169 virov iz nadaljnega pregleda literature. V natančen pregled, kjer smo prebrali polno besedilo, je bilo uvrščenih 36 virov. Po podrobnem vsebinskem pregledu zadetkov je bilo v končno analizo umeščenih 18 virov.



Slika 1: PRISMA diagram

Page, et al., 2021

#### 2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in temah

Tabela 3 prikazuje razporeditev rezultatov po avtorju, letu objave, raziskovalnem dizajnu, vzorcu in ključnih spoznanjih.

Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov

Avtor (ji)	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Ajri-Khameslou, et al.	2021	Kvalitativna raziskava	8 medicinskih sester	Ugotovitve raziskave kažejo, da so napake neizogibne in lahko predstavljajo grožnjo bolnišničnemu

Avtor (ji)	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
			vključenih v intervju, Iran	okolju ter vplivajo na delovni položaj medicinskih sester. Raziskava tudi razkriva, kako medicinske sestre uporabljajo različne vire za odkrivanje napak, kar lahko vključuje prepoznavanje napak pri dokumentaciji, kot so napačni zapisi ali pomanjkljiva dokumentacija. Zato je pomembno razvijati kulturo, ki spodbuja pravičnost in podporo ter omogoča medicinskim sestram bolj aktivno vlogo pri zaznavanju in preprečevanju napak v dokumentaciji in drugih vidikih zdravstvene nege.
Akhu-Zaheya, et al.	2018	Kvantitativna retrospektivna deskriptivna primerjalna raziskava	2 bolnišnici, 434 zdravstvenih kartonov, Iran	Najpogostejše napake pri dokumentiranju v zdravstveni negi vključujejo pomanjkljivo dokumentiranje o pacientih, omejeno vsebino elektronskih zdravstvenih zapisov, slabo kakovost dokumentacije v zdravstveni negi ter pomanjkanje znanja in veščin zdravstvenih delavcev v postopkih dokumentiranja. Raziskava je pokazala, da so elektronski zdravstveni zapisi boljši v procesu in strukturi dokumentacije, medtem, ko so papirnati zapisi boljši v smislu količine in kakovosti vsebine.
Bjerkan, et al.	2021	Kvalitativna raziskava	12 medicinskih sester in socialnih pedagogov vključenih v intervju, Norveška	Ugotovili so težave pri dokumentiranju zdravstvene nege in deljenju informacij, kar lahko privede do tega, da so pacienti v primarni zdravstveni oskrbi bolj ranljivi. Da bi dokumentiranje v zdravstveni negi potekalo uspešno, je pomembno, da se posamezni zdravstveni delavci bolj zavedajo teh izzivov in se zanje tudi aktivno zavzemajo. Poleg tega pa je ključno, da storitve v primarni oskrbi ustvarijo ustrezen okvir, ki omogoča doseganje teh ciljev, vključno z dobro opremljenostjo, jasno zastavljenimi nameni in razumljivimi smernicami.
Bunting & de Klerk	2022	Sistematični pregled literature	76 člankov, Avstralija	V članku so navedene napake v negovalni dokumentaciji, ki vključujejo nezadostno dokumentiranje, neučinkovito usposabljanje zdravstvenih delavcev, pomanjkljivo dokumentacijo ocen stanj pacientov, potrebo po obsežnejših spremembah ter pomanjkanje podpore vodstva.
Cramer, et al.	2018	Neeksperimentarna/opazovalna	1100 anketiranih	Raziskava se nanaša na poročanje o dojemanju napak v zdravstvenih

Avtor (ji)	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
		raziskava	medicinskih sester, Nemčija	zavodih. Poročanje o napakah je pomemben del procesa dokumentiranja v zdravstveni oskrbi. Rezultati raziskave kažejo, da so medicinske sestre včasih premalo ozaveščene o tem, katere dogodke bi morale poročati, in da obstajajo ovire, ki vplivajo na njihovo pripravljenost za poročanje. Zato je pomembno, da se obravnavajo ovire na področju dokumentiranja v zdravstveni negi, da se izboljša poročanje o napakah.
Ernawati, et al.	2014	Kvantitativna prospektivna raziskava	86 zdravstvenih kartonov, Indonezija	V okviru raziskave so analizirali 770 zdravnikovih naročil in 7.662 odmerkov zdravil ter ugotovili 1.563 napak pri izdajanju zdravil, ki so vplivale na zdravstveno dokumentacijo in imele potencialno resne in pomembne posledice. Največ napak se je pojavilo pri uporabi zdravil (59 %), kar vključuje tudi napake v dokumentaciji. Poleg tega so se pojavile napake pri prepisovanju zdravil (15 %).
Fretheim, et al.	2016	Sistematični pregled literature	19 člankov, Norveška	Raziskava je preučevala strategije za izboljšanje dokumentacije kliničnih smernic. K upoštevanju kliničnih smernic pripomorejo: uporaba kliničnih sistemov za podporo odločanju, izvajanje izobraževanja, revizija in povratne informacije zdravstvenim delavcem, vodenje s strani lokalnih voditeljev, uporaba prilagojenih intervencij in organizacija izobraževalnih srečanj. Niso pridobili dovolj trdnih dokazov, ki bi potrdili, da katera od strategij zmanjšuje upoštevanje kliničnih smernic..
Kaihlanen, et al.	2021	Kvalitativna presečna raziskava	3160 medicinskih sester, Finska	Ugotovitve linearne regresije kažejo, da je višja podpora s strani informacijskega sistema (IS) in večje kompetence pri dokumentaciji povezana z zaznavanjem manjšega števila napak v dokumentaciji. Na drugi strani so medicinske sestre z nižjo podporo IS in manjšimi kompetencami pri dokumentaciji zaznale več napak. Rezultati poudarjajo potrebo po izboljšavah pri funkcionalnostih elektronskega zdravstvenega zapisa, da bi bolje podprle natančnost v dokumentaciji. Poleg tega bi morale organizacije vložiti napore v izboljšanje

Avtor (ji)	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				kompetenc medicinskih sester pri dokumentaciji in zagotavljanje ustrezne usposobljenosti medicinskih sester.
Lindo, et al.	2016	Kvantitativna presečna raziskava	3 bolnišnice, 245 zdravstvenih kartonov, Jamajka	Najpogostejše napake pri dokumentiranju v zdravstveni negi vključujejo pomanjkljivo dokumentiranje pacientovih podatkov (npr. glavne težave, zgodovina bolezni, družinska anamneza), nezadostne podatke o oceni pacientov (npr. poklic, bivališče), pomanjkljive zapise o poučevanju pacientov ter zapoznelo načrtovanje odpusta. Le 11 % dokumentov je vsebovalo informacije o družinski anamnezi.
Moldskred, et al.	2021	Kvantitativna presečna retrospektivna raziskava	38 zdravstvenih kartotek, Norveška	V raziskavi so bile opazne pomembne pomanjkljivosti v negovalni dokumentaciji. Pri prvotnem pregledu ni bilo doseženih standardov za dokumentacijo, pri ponovnem pregledu pa je bila izpolnjena le ena zahteva. Čeprav se je dokumentacija nekoliko izboljšala med obema pregledoma, so napake, kot je pomanjkljiv zapis informacij, ostale izrazite. Noben zdravstveni karton pacientov ni ustrezal priporočenim standardom za pravilno dokumentiranje v zdravstveni negi.
Mutshatshi, et al.	2018	Kvalitativna eksplorativna deskriptivna raziskava	8 medicinskih sester vključenih v intervju, Južna Afrika	V raziskavi so izpostavljeni trije glavni izzivi, s katerimi se soočajo medicinske sestre pri dokumentiranju zdravstvene nege v izbranih javnih bolnišnicah. Ti izzivi vključujejo potrebo po več časa za izpolnitev dokumentacijskih obrazcev, ter pomanjkanje kadra, kar vodi v nepopolno dokumentiranje. Za izboljšanje dokumentiranja priporočajo uporabo različnih strategij, kot so: poenostavitev postopkov dokumentiranja, digitalizacijo dokumentacije za zmanjšanje časa, potrebnega za izpolnitev obrazcev ter zagotavljanje orodij za dokumentiranje.
O'Brien, et al.	2015	Mnenja avtorjev	/	Najpogostejše napake pri dokumentiranju v zdravstveni negi so nepopolna dokumentacija, nedoslednost pri zapisih, zamude pri dokumentiranju, nepismenost pri zapisih, pomanjkanje časovne sledi. Avtorji predlagajo prenovo dokumentacijskih praks. Poudarjajo



Avtor (ji)	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				težavo »bogati s podatki, revni z informacijami,« kjer elektronske zdravstvene evidence pogosto vsebujejo podatke, vendar manjkajo ustrezne informacije za medicinske sestre. Pomembno je tudi, da elektronske evidence omogočajo integracijo najboljših praks, zagotavljajo pravične orodja in informacije ter hkrati minimizirajo obremenitev z vnosom podatkov.
Okaisu, et al.	2014	Kvalitativna raziskava, akcijsko raziskovanje, pregledi kartotek, pregledi literature, intervjuji	211 zdravstvenih kartonov, 17 člankov, Uganda	Najpogostejše napake pri dokumentiranju v zdravstveni negi vključujejo pomanjkljivo dokumentiranje, neuspešno usposabljanje zdravstvenih delavcev, neustrezno dokumentacijo o fizičnih pregledih pacientov, potrebo po širših spremembah ter pomanjkanje podpore vodstva. Sistematični pristopi in vodstvena vloga so ključni za izboljšanje dokumentacije in kakovosti zdravstvene nege.
Savva, et al.	2022	Kvalitativna deskriptivna raziskava	Dve fokusni skupini (5 medicinskih sester, 7 medicinskih sester), Grčija	Glavni dejavniki, ki so prispevali k napakam v dokumentiranju zdravstvene nege, so vključevali poklicno okolje in delovne pogoje, dejavnike zdravstvenih delavcev ter procese in postopke. Napake so bile povezane z dejavniki, kot so premalo zdravstvenih delavcev, organizacija dela, motnje in prekinitve, pomanjkanje usposabljanja, fizična in psihična utrujenost medicinskih sester, pa tudi z nepopolno dokumentacijo in pomanjkanjem standardnih operativnih postopkov.
Sittig, et al.	2020	Mnenja avtorjev	/	Za varnost pacientov je pomembnih devet ključnih kratkoročnih izzivov v zvezi z zdravstveno IT. Ti izzivi zajemajo razvoj modelov za oceno tveganja, standardnih vmesnikov, varnosti programske opreme ter učinkovite metode za identifikacijo pacientov. Prav tako vključujejo razvoj odločevalske podpore, varnega upravljanja s prehodi IS ter vzpostavljanje kulturnega in pravnega okvira za izmenjavo informacij o nevarnostih, skupaj s vključevanjem pacientov za izboljšanje varnosti zdravstvene IT. Povezava teh izzivov z dokumentacijo v zdravstveni negi poudarja ključno vlogo IT pri izboljšanju dokumentacije in

Avtor (ji)	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				zagotavljanju kakovostne zdravstvene oskrbe pacientov.
Smith & Parkhouse	2017	Mnenja strokovnjakov	/	Članek se osredotoča na strategije za izboljšanje dokumentiranja zdravstvene nege, ki so ključne za zagotavljanje visokokakovostne zdravstvene oskrbe pacientov. Pravilna dokumentacija je bistvenega pomena za zdravstvene strokovnjake, saj lahko pomaga preprečevati pravne težave in zagotavljati transparentnost v oskrbi. Pomembno se je izogibati negativnim dejavnikom, kot so neberljivi rokopisni zapiski, prekomerna uporaba popravkov, brisanja, ki zameglijo originalne vnose, in neprimerni komentarji.
Stevenson, et al.	2013	Kvalitativna raziskava	Intervjuvani pacienti in medicinske sestre (fokusne skupine), Finska.	Medicinske sestre imajo malo vpliva na oblikovanje EHR. Rezultati raziskave kažejo, da so medicinske sestre nezadovoljne s trenutnimi sistemi. Ti sistemi niso prilagojeni potrebam klinične prakse in niso enostavni za uporabo, kar lahko negativno vpliva na posamezno oskrbo in varnost pacientov. Zato je nujno, da medicinske sestre aktivno sodelujejo pri oblikovanju programske opreme, da se ohrani bistvo in kompleksnost zdravstvene nege v IS.
Tasew, et al.	2019	Kvantitativna deskriptivna presečna raziskava	Anketiranih 317 medicinskih sester, Etiopija	Rezultati raziskave kažejo, da je bila praksa dokumentiranja zdravstvene nege neustrezna v 47,8 %. Nezadostnost dokumentacijskih listov, pomanjkanje časa ter neustreznost operativnih standardov dokumentiranja zdravstvene nege so bili pomembno povezani s prakso dokumentiranja zdravstvene nege. Več kot polovica medicinskih sester ni dokumentirala izvedene zdravstvene nege. Delodajalci bi morali zagotoviti usposabljanje za dokumentiranje zdravstvene nege, da bi povečali znanje in ozaveščenost ter zagotovili zadostno oskrbo z dokumentacijskim materialom, poleg tega pa tudi zaposliti več medicinskih sester.

Iz tabele 4 je razvidno, da smo v procesu kodiranja identificirali 49 kod, ki smo jih glede na vsebinsko povezanost združili v dve temi:

- pojavnost in pogostost napak pri dokumentiranju v zdravstveni negi in
- strategije za izboljšanje dokumentiranja v zdravstveni negi.

**Tabela 4: Razporeditev kod po temah**

<b>Tema</b>	<b>Kode (n = 49)</b>	<b>Avtorji</b>
Pojavnost in pogostost napak pri dokumentiranju v zdravstveni negi	površno in neberljivo pisanje 25 % - izpuščanje pomembnih informacij 18 % - nepopolna dokumentacija 22 % - nejasna naročila 15 % - nepravilne okrajšave 7 % - vnašanje informacij v napačno kartoteko 13 % - elektronski zdravstveni zapisi - medicinske sestre - pomanjkljivosti - proces zdravstvene nege - struktura dokumentacije - količina in kakovost vsebine - znanje in veščine - uvajanje in usposabljanje - kompetence - poročanje o napakah - varovanje pacientov - spremljanje - zaznavanje napak - grožnje - delovni položaj - raziskave - vpliv na varnost - kakovost zdravstvene oskrbe - ocena tveganja - identifikacija pacientov	Akhu-Zaheya, et al., 2018; Ernawati, et al., 2014; Kaihlanen, et al., 2021; Lindo, et al., 2016; Moldskred, et al., 2021; Mutshatshi, et al., 2018; Okaisu, et al., 2014; Tasew, et al., 2019.
Strategije za izboljšanje dokumentiranja v zdravstveni negi	prilagojene strategije - izboljšave - na dokazih podprta praksa - vpeljava v prakso - usposabljanje - spremljanje - ocenjevanje - material - učinkovitost dokumentiranja - kompetence medicinskih sester - elektronski zdravstveni zapisi - zanesljivost - vzpostavljanje kulture - pravičnost - sodelovanje - varnost pacientov - IT - standardni vmesniki - razvoj modelov - kulturni in pravni okvir - izmenjava informacij - vključevanje pacientov	Akhu-Zaheya, et al., 2018; Bjerkan, et al., 2021; Bunting & de Klerk, 2022; Ernawati, et al., 2014; Fretheim, et al., 2016; Kaihlanen, et al., 2021; O'Brien, et al., 2015; Savva, et al., 2022; Sittig, et al., 2020; Smith & Parkhouse, 2017; Stevenson, et al., 2013.

## 2.5 RAZPRAVA

Z izvedenim pregledom literature smo dosegli namen diplomskega dela, saj smo raziskali pomen dokumentiranja v zdravstveni negi in predstavili najpogostejše napake v dokumentiranju ter strategije za odpravljanje le-teh. Rezultati pregleda literature so vključevali raziskave iz različnih držav (Jamajka, Iran, Uganda, Avstralija, Norveška, Južna Afrika, Etiopija, Indonezija, Nemčija, Iran, Finska, Grčija).

Z izvedbo končne analize, vključujočih 18 virov, smo ugotovili, da so najpogostejše napake v dokumentaciji v zdravstveni negi vključevale netočne ali nepopolne zapise, napačne diagnoze, neustrezne opise pacientovega zdravstvenega stanja, zamenjavo

zdravil ali diagnostično - terapevtskih postopkov ter celo izostanek pomembnih informacij. To smo storili z namenom odgovora na prvo raziskovalno vprašanje. Napake pri dokumentiranju zdravstvene nege, kot so površno in neberljivo pisanje, izpuščanje pomembnih informacij in nepopolna dokumentacija, so bile pogoste (Lindo, et al., 2016; Kaihlanen, et al., 2021 ). Dodajanje informacij naknadno ter vnos subjektivnih podatkov lahko vplivata na celovitost in verodostojnost dokumentiranja (Akhu-Zaheya, et al., 2018). Prav tako se pojavljajo napake zaradi nejasnih naročil, nepravilnih okrajšav in vnašanja informacij v napačno kartoteko (Akhu-Zaheya, et al., 2018). Te napake lahko izvirajo iz različnih vzrokov, kot so pomanjkljiva komunikacija med zdravstvenimi delavci, časovni pritiski, pomanjkanje usposobljenosti ali celo tehnološke težave pri uporabi elektronskih zdravstvenih zapisov (Moldskred, et al., 2021). V procesu zdravstvene oskrbe pacientov se medicinske sestre soočajo z izzivi pri vodenju zdravstvenih zapisov, povezanih s številnimi medicinskimi posegi in diagnostično – terapevtskimi posegi. Medicinske sestre se srečujejo z obsežnim številom obrazcev, ki jih je treba izpolniti, kar predstavlja zahtevno in časovno intenzivno nalogo. Dokumentiranje vsakega opravljenega dejanja za pacienta zahteva veliko časa, kar vpliva na pomanjkanje časa pri medicinskih sestrah za kakovostno vodenje zapisov. Ročno izpolnjevanje številnih obrazcev dodatno otežuje nalogo medicinskim sestram, saj pogosto ne uspejo dokončati vseh obrazcev, kar lahko rezultira v nepopolnih zapisih (Ajri-Khameslou, 2021). Drugi avtorji ugotavljajo (Baumann, et al., 2018; Howe, et al., 2018; Qian, et al., 2020), da medicinske sestre z informacijsko - tehnološkimi veščinami v zdravstvu igrajo ključno vlogo pri preprečevanju napak pri dokumentiranju v zdravstveni negi in zagotavljanju varnosti pacientov. Slabe spretnosti dokumentiranja in pomanjkljivo usposabljanje medicinskih sester, na primer v zvezi z novimi praksami dokumentiranja, ki jih zahteva nov sistem, se zdijo ovira za natančno dokumentiranje medicinskih sester, in nepopolna dokumentacija se izkaže kot ključni dejavnik, ki prispeva k morebitnim neprijetnim dogodkom. Zato se je izkazalo, da je zagotavljanje ustrezne usposobljenosti nujno za izboljšanje kakovosti dokumentacije in preprečevanje morebitnih napak. Še posebej se poudarja pomembnost razvoja veščin na področju informatike, kot je uporaba standardizirane terminologije in klasifikacij pri dokumentaciji, za spodbujanje kakovosti dokumentacije, preprečevanje napak, povezanih z dokumentacijo, in izboljšanje

varnosti pacientov. Obstajajo tudi dokazi, da lahko informacijska usposobljenost igra vlogo pri prepoznavanju in poročanju o napakah, povezanih z uporabo EHR. Na splošno prejšnje raziskave (Hardiker, et al., 2019; Rangrazejeddi, et al., 2020) kažejo, da bi medicinske sestre z visoko poklicno kompetenco lahko bile bolj usposobljene za odkrivanje napak, kot so napake pri zdravlilih, kot medicinske sestre z manj kompetencami. Poleg kompetenc medicinskih sester za dokumentiranje lahko tudi dejavniki uporabnosti EHR (npr. kako dobro EHR podpira klinične procese, kot je dokumentiranje) prispevajo k napakam in morebitnim neprijetnim dogodkom. Medicinske sestre velik del svojega dneva namenijo dokumentiranju, in EHR, še posebej, ko se medicinske sestre prilagajajo novemu sistemu, lahko povečajo čas dokumentiranja, zahtevajo večopravnost in povzročijo prekinitve delovnega procesa, ki lahko povečajo tveganje za napake. Z namenom zmanjšanja napak morajo IS podpirati izvajanje nalog medicinskih sester in imeti funkcionalnosti, ki spodbujajo dokumentiranje v zdravstvu. Kljub temu so bili ugotovljeni pomembni primanjkljaji v funkcionalnostih IS v smislu tega, kako dobro podpirajo delo medicinskih sester in dokumentacijo v zdravstvu.

Pojavnost napak pri dokumentiranju je posebej pereča v dolgotrajni oskrbi, kot so domovi za starejše in ustanove za oskrbo na domu, kjer je potrebno skrbno slediti in dokumentirati pacientovo zdravstveno stanje, zdravljenje, uporabljena zdravila ter druge ključne podatke (Mutshatshi, et al., 2018). Nepopolna ali napačna dokumentacija lahko vpliva na kakovost zdravstvene oskrbe, varnost pacientov ter celo na pravilno izvajanje zdravljenja. Pojavnost napak se lahko razlikuje tudi glede na uporabo različnih sistemov dokumentacije. Na primer, EHR lahko zmanjšajo določene vrste napak, kot so težave z rokopisom ali izgubljanje fizičnih dokumentov, vendar hkrati odpirajo potencial za nove napake, povezane z vnosom podatkov in uporabo kompleksnih računalniških sistemov (Kaihlanen, et al., 2021). Pojavnost napak pri dokumentiranju je pomembno preučevati, saj lahko raziskave omogočijo boljše razumevanje vzrokov napak, identifikacijo problematičnih področij in oblikovanje strategij za preprečevanje napak. Ključnega pomena je tudi stalno izobraževanje in osveščanje zdravstvenih delavcev o pomenu natančne in pravilne dokumentacije ter vzpostavljanje sistemov za nadzor in izboljšanje kakovosti dokumentacije v zdravstveni negi (Tasew, et al., 2019). Ugotovitve Kouvo in

sodelavcev (2020) nakazujejo, da funkcionalnost IS lahko igra večjo vlogo pri odkrivanju napak, povezanih z dokumentacijo v zdravstveni negi, v primerjavi z dejavniki, povezanimi z uporabniki, kot so kompetence. Po drugi strani obstajajo tudi nasprotujoče ugotovitve (Jylhä, et al., 2016), ki na primer kažejo, da so najpogostejše napake v zvezi z varnostjo IT, vključno z napakami v dokumentaciji, posledica razlogov, povezanih z uporabniki, in ne pomanjkljivosti ali okvar v IS. Saranto in sodelavci (2020) poudarjajo potrebo po zagotavljanju ustreznih kompetenc za dokumentacijo za vse medicinske sestre, kar se lahko znatno razlikuje zaradi različne količine uporabniških izkušenj ali prejete usposobljenosti. Čeprav je uporabnost IS in podpora, ki jo zagotavlja za delo, ključnega pomena za spodbujanje kakovosti dokumentacije in oskrbe, bi zagotavljanje ustrezne internega usposabljanja za medicinske sestre še vedno bilo ključno za izboljšanje njihovih kompetenc pri dokumentiranju in kakovosti vedno bolj kompleksne dokumentacije v zdravstvu (Liljamo, et al., 2020).

Ugotovljene ovire v naši raziskavi, kot sta pomanjkanje znanja in spretnosti ter omejeni razpoložljivi viri v smislu časa in opreme, se ujemajo s tistimi, ki so jih poročale druge raziskave o uvedbi EHR v dolgotrajni oskrbi (Cramer, et al., 2014; Ernawati, et al., 2014). V opažanjih smo prepoznali, da pomanjkanje znanja in spretnosti ni zajemalo samo poznavanja kakovostnega dokumentiranja v zdravstveni negi, temveč tudi obvladovanje programskega sistema. Mutshastshi in sodelavci (2018), so v raziskavi ugotovili, da v EHR niso bile dosegljive negovalne diagnoze, cilji in negovalni posegi med pisanjem ocen in poročil o napredku. Posledično zaposleni niso mogli enostavno prebrati načrta negovanja med pisanjem poročil. Težavo lahko predstavlja tudi pomanjkanje znanja o dokumentiranju v zdravstveni negi. Načrte zdravstvene nege so opredelile samo medicinske sestre, ki so načrte zdravstvene nege tudi razvijale (Kaihlanen, et al., 2021).

Obstaja mnenje, da bi standardiziran negovalni jezik lahko prispeval k večji kontinuiteti zdravstvene oskrbe in s tem k večji varnosti pacientov, vendar heterogenost med raziskavami preprečuje zanesljivo oceno učinka (Moldskred, et al., 2021). Sistematični pregled literature je pokazal, da visokokakovostna negovalna dokumentacija temelji na usklajenosti dokumentacije z aktivnostmi zdravstvene nege, uporabi standardnih izrazov

in uporabniku prijaznim oblikam (Sittig, et al., 2013). Nedavna raziskava (Stevenson, et al., 2021) med medicinskimi sestrami je prav tako nakazala, da obstaja povezava med variacijami v uporabi standardnih izrazov in zaznana manjšo uporabniku prijaznostjo EHR, kar so medicinske sestre ocenile kot manj koristno. Pomanjkanje usposabljanja, smo obravnavali kot individualno vprašanje in ne kot organizacijski problem. Deleženci v raziskavi Ajri-Khameslou (2021) so izrazili izzive, kot so pomanjkanje usposobljenosti, negotovost in primanjkljaj znanja v njihovem posameznem okolju, vendar pa teh vprašanj niso nujno pripisovali organizacijski strategiji, saj so vsi prejeli usposabljanje v svojih enotah. Lindo in sodelavci (2016) so preučevali zadostnost kompetenc zdravstvenih delavcev v norveški skupnosti za oskrbo starejših in ugotovili, da je dokumentacija eno izmed področij, kjer imajo medicinske sestre lahko nezadostne kompetence. Avtorji so sklenili, da ima samo izobraževanje in usposabljanje očitno omejen vpliv na kompetence. To bi lahko bilo posledica nejasnih vlog zdravstvenih strokovnjakov in neustreznih standardov za ocenjevanje lastnih kompetenc. Obstaja tudi dejstvo, da opravljajo veliko enakih nalog, ne glede na formalno kompetenco, ki temelji na izobrazbi (Lindo, et al., 2016). V raziskavi Sittig in sodelavcev (2013) so študenti zdravstvene nege, opisali situacijo, v kateri so medicinske sestre včasih izpuštile dokumentiranje informacij o pacientih ter pričakovale, da bodo študenti zdravstvene nege to vedeli brez dodatnega poučevanja - kot nekakšno neskončno znanje. Zaposleni v dolgotrajni oskrbi starejših pa pogosto izjemno dobro poznajo svoje paciente, zaradi česar dojemajo dokumentacijo kot odvečno, saj veliko ključnih informacij »hranijo v svojih glavah«.

Posamezne ovire za dokumentacijske prakse vključujejo pomanjkanje motivacije za dokumentiranje in občutek nezadostnosti, negotovosti ter pomanjkanja znanja o pravih postopkih dokumentiranja. Oblikovanje sistemov, ki bolje podpirajo zdravstvene delavce, lahko prispeva k motivaciji za upoštevanje uveljavljenih rutin in pravil za dokumentacijske naloge (Stevenson, et al., 2013). Izboljšana uporabnost sistema lahko zmanjša pojavljanje morebitnih neželenih dogodkov in poveča varnost pacientov (Tasew, et al., 2019). Ena izmed področij, ki je povezano s hujšimi tveganji za pacienta in je bila omenjena v naši raziskavi, je napačno posodabljanje ali neprevidno branje EPR pri ravnanju z zdravili. WHO (2017b) je potrdil, v skladu z našimi rezultati,

»obremenitve dela in časovni pritisk« ter »pomanjkljivosti v točnosti zapisa v dokumentaciji« kot dejavnike, ki povečujejo tveganje za škodo na pacientu. To so potrdile tudi druge raziskave (Ernawati, et al., 2014; Lindo, et al., 2016; Kaihlanen, et al., 2021). Zdi se, da je potrebno bolj sistematično obravnavati ravnanje z informacijami o zdravilih, na primer s sistemom računalniške podpore pri odločanju (Mutshatshi, et al., 2018).

Ugotovili smo, da so bile napake pri dokumentiranju zdravil najpogostejša vrsta napak. Napake z zdravili se zgodijo kljub zahtevam, ki določajo, da morata dve medicinski sestri preveriti pripravo in aplikacijo zdravila (Sittig, et al., 2020). Lindo in sodelavci (2013) so izpostavili, da napake pri dokumentiranju, ki se nanašajo na zdravila, pogosto izvirajo iz situacij, kjer so zdravila dejansko dana, vendar niso ustrezno dokumentirana - kar je povezano s spominskimi vrzeli (napake na osnovi spomina). Poleg tega so napake pri dokumentiranju, kjer so zdravila zabeležena kot dana, čeprav niso bila dejansko dana, povezane z napakami na osnovi pravil. Pomembno je poudariti, da bi se zdravila morala dokumentirati šele po dejanskem dajanju, ne pred samim dejanjem ali načrtovanim dajanjem. Zato so navedene napake pri dokumentiranju povezane s pomanjkanjem sledenja pravilnim postopkom med celotnim procesom ravnanja z zdravili. Vse to dodatno poudarja pomen jasne, natančne, popolne in pravočasne dokumentacije iz več perspektiv. Natančno dokumentiranje zagotavlja kakovost storitve zdravstvenega varstva, ko je bila izvedena. Natančna in popolna dokumentacija se lahko uporabi za zagovarjanje zdravstvenih strokovnjakov pred tožbami zaradi malomarnosti (Sittig, et al., 2020). Jasno in pravočasno dokumentiranje je pomembno tudi za raziskovalce in zdravstvene organizacije, saj predstavlja zanesljivo dokazno gradivo za oceno kakovosti storitev zdravstvenega varstva, ki so bile zagotovljene (Tasew, et al., 2019; Sittig, et al., 2020).

Z izvedeno končno analizo vključenih 18 - ih virov smo za namen odgovora na drugo raziskovalno vprašanje ugotovili, da so strategije za izboljšanje dokumentiranja v zdravstveni negi. Ugotovili smo, da se lahko z uvedbo IS, kot so EHR, olajša dokumentacijski proces in omogoči standardizacija. Prav tako je ključno zagotoviti ustrezno izobraževanje in usposabljanje zdravstvenih delavcev glede dokumentacijskih



postopkov in standardov (Bjerkan, et al., 2021). Jasne smernice za dokumentiranje ter uporaba standardizirane terminologije prispevajo k boljši razumljivosti in komunikaciji. Poleg tega je varnostna kultura pomembna za spodbujanje poročanja o napakah ter izboljšanje dokumentacijskih praks. Učinkovita uporaba tehnoloških pripomočkov, kot so pametni telefoni, lahko olajša natančno dokumentiranje (Smith & Parkhouse, 2017). Poudarek na kompetencah zdravstvenih delavcev za kakovostno dokumentiranje in njihovem usposabljanju je ključen za zmanjšanje napak in izboljšanje kakovosti dokumentacije. S celostnim pristopom, ki vključuje tehnične, usposabljanje in komunikacijske vidike, lahko dosežemo višjo kakovost dokumentiranja v zdravstveni negi ter s tem pripomoremo k večji varnosti pacientov (Ernawati, et al., 2014).

V okviru analize raziskav (Fretheim, et al., 2016; Bjerkan, et al., 2021; Kaihlanen, et al., 2021; Bunting & de Klerk, 2022), kjer je bilo izobraževanje uporabljeno kot osrednja strategija za izboljšanje dokumentiranja v zdravstveni negi, je bilo pri nekaterih raziskavah doseženo značilno povečanje skladnosti dokumentiranja v zdravstveni negi. Kljub temu ostaja nejasno, kako različne oblike izobraževanja, kot so predavanja, simulacije, razprave ali demonstracije, vplivajo na končno skladnost dokumentiranja. Omejen obseg raziskav in nepopolni opisi izobraževalnih pristopov preprečujejo dokončne zaključke. Glede časa, ki je bil vložen v izobraževanje, ena od raziskav (Akhu-Zaheya, et al., 2018) poroča o 22,5 urah izobraževanja, kar je privedlo do visoke stopnje skladnosti dokumentiranja v zdravstveni negi, 94,5 %. V nasprotju s tem pa druga raziskava (Fretheim, et al., 2016), ki je vključevala 30 ur poučevanja in razprav, dosega le 45 % skladnosti. Ker se rezultati razlikujejo, ni mogoče enoznačno potrditi vpliva časovne investicije v izobraževanje na skladnost dokumentacije (Savva, et al., 2022). Uporaba EHR za revizijo dokumentacije je pokazala zanesljivo izboljšanje skladnosti. Raziskave, ki so uporabljale EHR za revizijo, se doseglo raven skladnosti  $\geq 70\%$ . Ta pozitiven učinek je verjetno povezan z učinkovitejšim procesom revizije, ki ga omogoča uporaba EHR za pridobivanje podatkov (Bjerkan, et al., 2021). Med raziskavami (Fretheim, et al., 2016; Kaihlanen, et al., 2021; Savva, et al., 2022), ki so vključevale EHR kot strategijo za izboljšanje dokumentiranja, je bilo doseženo značilno povečanje skladnosti dokumentiranja. Vendar pa je bilo pri eni (Savva, et al., 2022) opaziti zgolj 0,2-odstotno izboljšanje. To nakazuje, da vključitev EHR ne zagotavlja

nujno pomembnih izboljšav dokumentiranja in v nekaterih primerih, kot je raziskava Akhu-Zaheya et al. (2018), lahko celo deluje manj učinkovito. Pomanjkanje natančnih opisov uporabljenih EHR v večini raziskav (Fretheim, et al., 2016; Kaihlanen, et al., 2021; Savva, et al., 2022) preprečuje utemeljene zaključke o vplivu EHR na rezultate.

Kljub omejeni količini raziskav, ki so se osredotočale le na izobraževanje, se zdi, da ta strategija lahko pozitivno vpliva na skladnost, vendar verjetno ne dovolj za značilno izboljšanje. V primerih, kjer je bila revizija dokumentacije dopolnjena z osebnimi povratnimi informacijami, je bila v nekaterih raziskavah (O'Brien, et al., 2015; Smith & Parkhouse, 2017; Sittig, et al., 2020) dosežena raven skladnosti 70 % ali več. To sugerira, da kombinacija revizije in osebnih povratnih informacij, skupaj z drugimi kontekstualno prilagojenimi strategijami, kot so izobraževanje, uvajanje novih oblik, predlog in prilagoditev EHR, zanesljivo prispeva k izboljšanju skladnosti (Bunting & de Klerk, 2022). Vendar je treba opozoriti, da je potrebno rezultate določenih raziskav, kot je Smith & Parkhouse (2017), obravnavati previdno zaradi morebitnih izpuščenih negativnih izidov pri izračunu skladnosti.

Z izvedenim pregledom literature smo ugotovili, da so bile nove oblike opredeljene kot nove ali spremenjene papirnate obrazce ter nove ali prilagojene predloge EHR. Nekaj raziskav (Ernawati, et al., 2014; Bjerkan, et al., 2021) je vključilo nove oblike kot eno od strategij za izboljšanje dokumentiranja v zdravstveni negi. Pri Bjerkan in sodelavcih (2021) je bilo opaziti značilno povečanje skladnosti dokumentacije zdravstvene nege. Od raziskav (Ernawati, et al., 2014; Bjerkan, et al., 2021; Bunting & de Klerk, 2022), ki so kot strategijo uporabile izdelavo novih smernic ali spremembe obstoječih smernic, so vse dosegle značilno povečanje skladnosti. To kaže, da so smernice lahko koristna strategija za izboljšanje dokumentiranja zdravstvene nege, vendar ne nujno na značilen način (Bunting & de Klerk, 2022). Nekaj raziskav (O'Brien, et al., 2015; Savva, et al., 2022) je uporabljalo administrativne ali sistemsko usmerjene spremembe kot strategijo za izboljšanje skladnosti. Zaradi raznolikosti teh raziskav ni mogoče nedvoumno potrditi ene same strategije kot učinkovite pri značilnem povečanju skladnosti. Kljub temu je treba opozoriti, da je bilo izboljšanje dokumentacije v zdravstveni negi pri

večini raziskav (Ernawati, et al., 2014; Bjerkan, et al., 2021; Bunting & de Klerk, 2022), ki so vključevale sistemsko usmerjene spremembe, zaznano kot značilno.

V prihodnosti se bodo težave pri klinični dokumentaciji verjetno naslavljalje s pomočjo tehnoloških rešitev, kot so digitalni zapisovalci. Ti temeljijo na napredku v tehnologijah za prepoznavanje govora, obdelavo naravnega jezika, umetno inteligenco, strojnim učenjem in tehnologijah za podporo kliničnim odločitvam. Kljub temu bodo morale tehnologije za prepoznavanje govora in umetna inteligenca doseči značilen napredek v zanesljivosti, preden bo uporaba digitalnih zapisovalcev prevladala nad morebitnimi tveganji. Medtem ostaja strategija za izboljšanje dokumentiranja v zdravstveni negi aktualno področje raziskav (Akhu-Zaheya, et al., 2018).

Medicinske sestre, ki so ocenile podporo IS za dokumentiranje kot visoko so zaznale manj napak povezanih z dokumentacijo kot tiste medicinske sestre, ki so sistem ocenile kot nepodpornega glede dokumentacije. Dobra podpora dokumentaciji pomeni, na primer, da so informacije, dokumentirane v EHR, enostavno iskane in berljive, dokumentacija o zdravstveni oskrbi pacientov pa se lahko hitro izvede, sistem pa podpira tudi sestavljanje povzetka zdravstvene oskrbe (Smith & Parkhouse, 2017). Naši rezultati nakazujejo, da če IS dobro podpira dokumentacijo, morda ne bo zaznani toliko napak povezanih z dokumentiranjem. Ta ugotovitev podpira stališče, da funkcionalnosti IS spodbujajo kakovost dokumentiranja v zdravstveni negi (Ernawati, et al., 2014; Sittig, et al., 2020). Poleg tega so številne prejšnje raziskave opozorile, da so težave, kot so zapletene uporabniške vmesnike, nezdržljivost z delovnim procesom ali pomanjkanje uporabniku prijaznih funkcij na splošno, opazni tveganja za nepravilno uporabo sistema in napake (Stevenson, et al., 2013; Ernawati, et al., 2014; Sittig, et al., 2020). Za zmanjšanje tveganja napak povezanih z dokumentiranjem in morebitnih neželjenih dogodkov je treba več pozornosti posvetiti zmanjševanju morebitnih konstrukcijskih napak v IS. Za dosego tega je potrebno več informacij o specifičnih dejavnikih in značilnostih IS, ki bi lahko olajšali natančno dokumentiranje in zmanjšali potencialne napake (Ernawati, et al., 2014).

V raziskavah (Sittig, et al., 2020; Bunting & de Klerk, 2022) smo zaznali negativno povezavo med kompetencami medicinskih sester pri dokumentiranju in njihovo sposobnostjo zaznavanja napak v povezavi z dokumentacijo. Te ugotovitve se ne skladajo s prejšnjim znanjem, ki je nakazovalo, da bi medicinske sestre z višjo strokovno usposobljenostjo bile bolj pozorne pri odkrivanju napak (Savva, et al., 2022). Kljub temu rezultati niso povsem primerljivi, saj so bile prejšnje raziskave večinoma osredotočene na povezavo med kompetencami medicinskih sester in njihovo sposobnostjo odkrivanja napak pri zdravilih, ne pa pri dokumentiranju (Stevenson, et al., 2013; Savva, et al., 2022). Napake pri dokumentiranju so dobro znani vzroki napak pri zdravilih. Našo razlago te ugotovitve dodatno zapletata dejstvo, da smo preiskovali napake v dokumentaciji, ki so jih medicinske sestre zaznale, vendar nismo imeli vpogleda v to, koliko napak je bilo storjenih s strani drugih in koliko jih je medicinska sestra storila sama. Prejšnjih raziskav, ki bi naslavljale to vprašanje, nismo našli. Kljub temu, če so medicinske sestre bolj nagnjene k zaznavanju napak, ki so predvsem povezane z njihovo lastno dokumentacijo, naši rezultati podpirajo prejšnje spoznanje o pozitivnih učinkih dobrih kompetenc na natančnost in kakovost dokumentacije (Akhu-Zaheya et al., 2018).

Najvišjo frekvenco napak povezanih z dokumentiranjem so zaznale medicinske sestre, ki so imele tako slabo podporo v dokumentaciji s strani IS, kot tudi nizke kompetence pri dokumentiranju (Akhu-Zaheya, et al., 2018). Če je IS dobro podpiral dokumentacijo, se je zdelo, da imajo kompetence medicinskih sester pri dokumentiranju, ali so bile visoke ali nizke, le majhen vpliv na zaznavanje napak. Če je bil sistem slabo podprt za dokumentacijo, pa so kompetence medicinskih sester imele večji vpliv na zaznavanje napak (Bjerkan, et al., 2021). Naše ugotovitve nakazujejo, da lahko funkcionalnost IS igra večjo vlogo pri zaznavanju napak povezanih z dokumentacijo v primerjavi s faktorji povezanimi z uporabnikom, kot so kompetence (Akhu-Zaheya, et al., 2018). Po drugi strani pa obstajajo tudi nasprotujoče si ugotovitve, ki kažejo, na primer, da so najpogostejše napake povezane z IT, vključno z napakami pri dokumentiranju, posledica razlogov povezanih z uporabniki, ne pa pomanjkljivosti ali okvar v IS (O'Brien, et al., 2015; Savva, et al., 2022). Popravki morebitnih konstrukcijskih napak IS trajajo dlje časa, rezultati raziskav (Fretheim, et al., 2016) poudarjajo potrebo po

zagotavljanju zadostnih kompetenc za dokumentiranje vsem medicinskim sestram, kar se lahko močno razlikuje zaradi različne količine izkušenj uporabnika ali prejetega izobraževanja (Fretheim, et al., 2016). Čeprav je uporabnost IS in podpora, ki jo zagotavlja za delo, ključni elementi za spodbujanje kakovosti dokumentacije in zdravstvene oskrbe, bi bilo še vedno ključno, da se zagotovi ustrezno nadaljnje usposabljanje za medicinske sestre, kar bi pomagalo izboljšati njihove kompetence pri dokumentiranju in kakovost vse bolj kompleksne dokumentacije v zdravstveni negi (Ernawati, et al., 2014).

Sklepna misel razprave poudarja izjemno pomembnost natančne in celovite dokumentacije v zdravstveni negi, saj ima ključni vpliv na varnost pacientov, kakovost zdravstvene oskrbe ter učinkovitost zdravstvenega sistema. Napake pri dokumentiranju, ki se pojavljajo zaradi različnih vzrokov, predstavljajo pomemben izziv za zdravstvene delavce in zahtevajo celostne pristope za izboljšanje. Raziskave so identificirale številne ovire in napake, povezane z dokumentacijo, ter izpostavile strategije, kot so izobraževanje, uvedba IS, standardizacija ter sistematično spremljanje, kot potencialne za izboljšanje dokumentacijskih praks. Prihodnji razvoj tehnoloških rešitev, kot so digitalni zapisovalci, bo verjetno prinesel nov vpogled v izboljšanje dokumentacije, vendar je ključno, da tehnologija doseže zadostno zanesljivost pred popolno implementacijo. Skupaj z vlaganjem v tehnološke rešitve pa ostajajo tradicionalne strategije, kot so izobraževanje, standardizacija in sistematični nadzor, nepogrešljive za zagotavljanje visoke kakovosti dokumentiranja v zdravstveni negi. Le skozi celovit pristop, ki združuje tehnične, izobraževalne in organizacijske vidike, lahko dosežemo napredek in zagotovimo bolj varno in kakovostno zdravstveno oskrbo za paciente.

### 2.5.1 Omejitve raziskave

Pri raziskavah o pomanjkanju dokumentiranja v zdravstveni negi je treba upoštevati več omejitev. Vključevanje specifičnih skupin zdravstvenih delavcev v raziskave lahko omeji splošno veljavnost pridobljenih rezultatov, saj ti morda ne odražajo raznolikosti v tej strokovni skupini. Poleg tega so raziskave pogosto omejene na določeno obdobje in morda ne zajemajo dolgoročnih učinkov pomanjkanja dokumentiranja, kar otežuje

oblikovanje dolgoročnih smernic za izboljšanje dokumentacije v zdravstveni negi. Omejitve v vzorcu, kot so majhno število udeležencev ali specifične demografske značilnosti, lahko vplivajo na splošno veljavnost rezultatov. Za bolj reprezentativne ugotovitve bi bile potrebne raziskave z večjimi in bolj raznolikimi vzorci. Poleg tega je pomembno opozoriti, da so mnoge raziskave osredotočene na trenutno stanje dokumentacije in kratkoročne učinke intervencij. Pomanjkanje dolgoročnih raziskav o trajnih učinkih otežuje oblikovanje dolgoročnih smernic in ukrepov za izboljšanje dokumentiranja v zdravstveni negi. Dodatna omejitev je možnost, da pregled literature morda ni bil izveden dovolj obsežno in da niso bile uporabljene vse relevantne ključne besede. To bi lahko omejilo zajem širšega nabora virov za pregled literature, kar bi lahko privedlo do nepopolnih ugotovitev.

#### 2.5.2 Doprinos za stroko in nadaljnje raziskovalno delo

Raziskava je pripomogla k boljšemu razumevanju izzivov, povezanih z napakami in pomanjkljivostmi v dokumentiranju zdravstvene nege. To je ključno za identifikacijo in odpravo problemov ter izboljšanje varnosti pacientov. Pregled raziskav o dokumentiranju zdravstvene nege je razkrila številne ključne izzive, povezane z napakami in pomanjkljivostmi. Rezultati raziskav so prispevali k boljšemu razumevanju vzrokov za napake pri dokumentiranju ter identifikaciji dejavnikov, ki vplivajo na kakovost in učinkovitost dokumentacijske prakse v zdravstveni negi. S tem je raziskava omogočila boljše osvetljevanje področij, kjer so potrebne izboljšave, ter ponudila smernice za razvoj strategij, ki bodo prispevale k večji natančnosti, popolnosti in zanesljivosti dokumentacije zdravstvene nege. Hkrati je poudarila tudi pomen celovitega pristopa, ki vključuje tako tehnične vidike (uporaba IT) kot tudi ukrepe na področju izobraževanja za medicinske sestre.

Kljub pridobljenim spoznanjem, obstaja potreba po nadaljnjih raziskavah in izboljšavah na področju dokumentiranja zdravstvene nege. Prihodnje raziskave bi lahko bile osredotočene na razvoj in oceno integriranih IS, ki omogočajo celostno dokumentiranje zdravstvene nege v različnih fazah zdravstvene oskrbe pacienta. Posebna pozornost bi bila namenjena podpori kliničnim odločitvam in zagotavljanju varnosti pacientov.

Dodatne raziskave bi se lahko posvetile tudi učinkom različnih pristopov usposabljanja in izobraževanja medicinskih sester na njihovo znanje, veščine in prakso dokumentiranja. To bi vključevalo tudi preučevanje vpliva nenehnega izobraževanja na izboljšanje dokumentacijske kulture. Nadaljnje raziskave bi se lahko osredotočile na oceno učinkovitosti naprednih tehnologij, kot so EHR, umetna inteligenca in analiza podatkov, pri izboljšanju natančnosti, zanesljivosti in podpori kliničnim odločitvam. Raziskave, ki bi primerjale prakse dokumentiranja med različnimi državami in kulturami, bi prispevale k boljšemu razumevanju vpliva kulturnih dejavnikov na dokumentacijsko prakso in napake. Raziskave bi lahko preučevale tudi vlogo vodstva, organizacijskih strategij in politik pri izboljšanju dokumentacijske prakse ter preučevale, kako spodbuditi pozitivno dokumentacijsko kulturo v zdravstvenih ustanovah. Poleg tega bi se raziskave lahko posvetile vključevanju pacientov v proces dokumentiranja, preučevale pacientove preference glede dokumentacije in raziskovale, kako pacienti lahko prispevajo k boljšemu dokumentiranju svoje zdravstvene oskrbe. Skupaj z nenehnim razvojem znanja in tehnologije ter prizadevanjem za izboljšanje kakovosti zdravstvene oskrbe, lahko nadaljnje raziskave prispevajo k vzpostavitvi boljših praks dokumentiranja zdravstvene nege, kar bo imelo pozitiven vpliv na varnost in kakovost zdravstvene oskrbe pacientov.

### 3 ZAKLJUČEK

Pregled literature na področju dokumentiranja zdravstvene nege poudarja pomembne izzive, ki jih klinična praksa prinaša, hkrati pa nudi tudi vpogled v potencialne rešitve. Dosedanji izsledki navajajo, da je kljub že doseženim spoznanjem na tem področju še vedno prisotna potreba po nadaljnjem raziskovanju in izboljšavah. Integracija IS, nenehno izobraževanje zdravstvenih delavcev, implementacija novih tehnologij ter aktivno vključevanje pacientov se kažejo kot ključni dejavniki za napredek dokumentiranja zdravstvene nege. Organizacijska podpora, vodenje in razvoj ustreznih politik so prav tako ključnega pomena za oblikovanje pozitivne dokumentacijske kulture v zdravstvenih zavodih. .

Zagotovitev natančne in celovite dokumentacije je odločilnega pomena za kakovostno zdravstveno oskrbo pacientov. Zavedati se moramo, da uspešno dokumentiranje vpliva na varnost pacientov, pravilnost kliničnih odločitev ter celotno izkušnjo zdravstvene oskrbe. Zato je ključno, da se nadaljuje z raziskavami in implementacijo inovativnih strategij, ki bodo omogočile izboljšanje dokumentacijske prakse. Le tako bomo lahko uresničili cilj zagotavljanja varne, učinkovite in kakovostne zdravstvene nege za vse paciente.



## 4 LITERATURA

Ahgren, B., 2014. The Path to Integrated Healthcare: Various Scandinavian Strategies. *International Journal of Care Coordination*, 17(2), pp. 52-58. 10.1177/2053435414540606.

Ajri-Khameslou, M., Aliyari, S., Pishgooie, A.H., Jafari-Golestan, N. & Farokhnezhad Afshar, P., 2021. Concept of error and nature of nursing error detectors in military hospitals: a qualitative content analysis. *BMJ military health*, 167(1), pp. 48-52. 10.1136/jramc-2019-001198.

Akhu-Zaheya, L., Al-Maaitah, R. & Bany Hani, S., 2018. Quality of Nursing Documentation: Paper-Based Health Records versus Electronic-Based Health Records. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3), pp. 578-589. 10.1111/jocn.14097.

Al-Jumaili, A.A. & Doucette, W.R., 2018. A Systems Approach to Identify Factors Influencing Adverse Drug Events in Nursing Homes. *Journal of American Geriatric Society*, 66(7), pp. 1420-1427. 10.1111/jgs.15389.

Andersson, Å., Frank, C., Willman, A.M., Sandman, P.O. & Hansebo, G., 2018. Factors Contributing to Serious Adverse Events in Nursing Homes. *Journal of Clinical Nursing*, 27(2), pp. 354-362. 10.1111/jocn.13914.

Baumann, L.A., Baker, J. & Elshaug, A.G., 2018. The impact of electronic health record systems on clinical documentation times: A systematic review. *Health Policy*, 122(8), pp. 827-836.

Barkhordari-Sharifabad, M., Ashktorab, T. & Atashzadeh-Shoorideh, F., 2017. Obstacles and Problems of Ethical Leadership from the Perspective of Nursing Leaders: A Qualitative Content Analysis. *Journal of Medical Ethics History Medicine*, 10(1), pp. 34-41.

Bing-Jonsson, P.C., Hofoss, D., Kirkevold, M., Bjørk, I.T. & Foss, C., 2016. Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff. *BMC nursing*, 15(5). 10.1186/s12912-016-0124-z.

Bjerkkan, J., Valderaune, V. & Olsen, R. M., 2021. Patient Safety Through Nursing Documentation: Barriers Identified by Healthcare Professionals and Students. *Frontiers in Computer Science*, 3(9), pp. 22-28. 10.3389/fcomp.2021.624555.

Bunting, J. & de Klerk, M., 2022. Strategies to Improve Compliance with Clinical Nursing Documentation Guidelines in the Acute Hospital Setting: A Systematic Review and Analysis. *SAGE open nursing*, 8, 10.1177/23779608221075165.

Bøgeskov, B.O. & Grimshaw-Aagaard, S.L.S., 2018. Essential Task or Meaningless burden? Nurses' Perceptions of the Value of Documentation. *NJNR*, 39(2), pp. 9-19. 10.1177/2057158518773906.

Cramer, H., Hughes, J., Johnson, R., Evans, M., Deaton, C., Timmis, A., Hemingway, H., Feder, G. & Featherstone, K., 2018. 'Who does this patient belong to?' boundary work and the re/making of (NSTEMI) heart attack patients. *Sociology of health & illness*, 40(8), pp. 1404-1429. 10.1111/1467-9566.12778.

Dall'ora, C., Griffiths, P., Hope, J., Barker, H. & Smith, G. B., 2020. What Is the Nursing Time and Workload Involved in Taking and Recording Patients' Vital Signs? A Systematic Review. *Journal of Clinical Nursing*, 29(2), pp. 20-53. 10.1111/jocn.15202.

De Groot, K., Triemstra, M., Paans, W. & Francke, A.L., 2019. Quality criteria, instruments, and requirements for nursing documentation: A systematic review of systematic reviews. *Journal of advanced nursing*, 75(7), pp. 1379-1393. 10.1111/jan.13919.

Dunn Lopez, K., Chin, C.L., Leitão Azevedo, R.F., Kaushik, V., Roy, B., Schuh, W., Banks, K., Sousa, V. & Morrow, D., 2021. Electronic health record usability and

workload changes over time for provider and nursing staff following transition to new EHR. *Applied ergonomics*, 93(11), 10.1016/j.apergo.2021.103359.

Ernawati, D.K., Lee, Y.P. & Hughes, J.D., 2014. Nature and frequency of medication errors in a geriatric ward: an Indonesian experience. *Therapeutics and clinical risk management*, 10(8), pp. 413-421. 10.2147/TCRM.S61687.

Fretheim, A., Flottorp, S. & Oxman, A.D., 2015. *Effect of interventions for implementing clinical practice guidelines. Systematic review*. Norwegian Institute of Public Health.

Gautun, H. & Syse, A., 2017. Earlier Hospital Discharge: a challenge for Norwegian Municipalities. *Nordic Journal of Social Research*, 8(2), pp. 1-17. 10.7577/njsr.2204.

Hardiker, N.R., Dowding, D. & Dykes, P.C., 2019. Reinterpreting the nursing record for an electronic context. *International Journal of Medical Information*, 127(12), pp. 120-126.

Howe, J.L., Adams, K.T. & Hettinger, A.Z., 2018. Electronic health record usability issues and potential contribution to patient harm. *JAMA*, 319(12), pp. 1276-1278.

Jylhä, V., Bates, D.W. & Saranto, K., 2016. Adverse events and near misses relating to information management in a hospital. *Health Informatics Management Journal*, 45(2), pp. 55-63.

Kaihlanen, AM., Gluschkoff, K. & Laukka, E., 2021. The information system stress, informatics competence and well-being of newly graduated and experienced nurses: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 21(109). 10.1186/s12913-021-07132-6.

Kramar, Z. & Strgar, M., 2014. 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.

Krippendorff, K., 2018. *Content Analysis: An Introduction to its Methodology*. California, USA: SAGE Publications.

Kouvo, J., Koponen, S., Kuusisto, H. & Saranto, K., 2020. Health Professionals' Perceptions and Reactions to ICT-Related Patient Safety Incidents. *Studies in health technology and informatics*, 275(11), pp. 102-106. 10.3233/SHTI200703.

Liljamo, P., Kinnunen, U. & Saranto, K., 2020. Assessing the relation of the coded nursing care and nursing intensity data: towards the exploitation of clinical data for administrative use and the design of nursing workload. *Health Informatics Journal*, 26(1), pp. 114-128.

Lindo, J., Stennett, R., Stephenson-Wilson, K., Barrett, K.A., Bunnaman, D., Anderson-Johnson, P., Wint, Y., 2016 An Audit of Nursing Documentation at Three Public Hospitals in Jamaica. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(5), pp. 499-507. 10.1111/jnu.12234.

Moldskred, P.S., Snibsoer, A.K. & Espehaug, B., 2021. Improving the Quality of Nursing Documentation at A Residential Care Home: A Clinical Audit. *BMC Nursing*, 23(8), pp. 577-585. 10.21203/rs.3.rs-80580/v1.

Mutshatshi, T.E., Mothiba, T.M., Mamogobo, P.M. & Mbombi, M.O., 2018. Record-keeping: Challenges experienced by nurses in selected public hospitals. *Curationis*, 41(1), pp. 1-6, 10.4102/curationis.v41i1.1931.

O'Brien, A., Weaver, C., Settergren, T.M., Hook, M.L. & Ivory, C.H., 2015. EHR Documentation: The Hype and the Hope for Improving Nursing Satisfaction and

Quality Outcomes. *Nursing Administration Quarterly*, 39(4), pp. 333-339.  
10.1097/NAQ.0000000000000132

Okaisu, E.M., Kalikwani, F., Wanyana, G. & Coetzee, M., 2014. Improving the quality of nursing documentation: An action research project. *Curationis*, 37(2), pp. 42-48.

Qian, S., Munyisia, E. & Reid, D., 2020. Trend in data errors after the implementation of an electronic medical record system: A longitudinal study in an Australian regional Drug and Alcohol Service. *International Journal of Medical Informatics*, 144(12), pp. 23-29.

Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D., Shamseer, L., Tetzlaff, J.M., Akl, E.A., Brennan, S.E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J.M., Hróbjartsson, A., Lalu, M.M., Li, T., Loder, E.W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L.A. & Moher, D., 2021. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 37(71). 10.1136/bmj.n71.

Priestman, W., Sridharan, S., Vigne, H., Collins, R., Seamer, L. & Sebire, N.J., 2018. What to Expect from Electronic Patient Record System Implementation: Lessons Learned from Published Evidence. *BMJ Health Care Information*, 25(2), pp. 92-104.  
10.14236/jhi.v25i2.1007.

Polit, D.F. & Beck, C.T., 2021. *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

Rangrazejeddi, F., Akbari, H. & Esmaili, S., 2020. Functional evaluation of a nursing information system to support the nursing care plan. *Journal of Nursing Informatics*, 24(2), pp. 11-19.

Saranto, K., Kinnunen, U. & Koponen, S., 2020. Nurses' competences in information management as well as experiences in health and social care information system support for daily practice. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare*, 3(12), pp. 212-228.

Savva, G., Papastavrou, E., Charalambous, A., Vryonides, S., & Merkouris, A., 2022. Exploring Nurses' Perceptions of Medication Error Risk Factors: Findings From a Sequential Qualitative Study. *Global qualitative nursing research*, 9(12), 10.1177/23333936221094857.

Sittig, D.F., Wright, A., Coiera, E., Magrabi, F., Ratwani, R., Bates, D.W. & Singh, H., 2020. Current challenges in health information technology-related patient safety. *Health informatics journal*, 26(1), pp. 181-189. 10.1177/1460458218814893

Smith, A. & Parkhouse, J., 2017. Legal spheres of accountability: documentation and healthcare. *Nursing and Residential*, 19(10), pp. 42-49. doi.org/10.12968/nrec.2017.19.10.576.

Stevenson, F., Lloyd, N., Harrington, L. & Wallace, P., 2013. Use of electronic patient records for research: views of patients and staff in general practice. *Family Practice*, 30(2), pp. 227-232. 10.1093/fampra/cms069.

Tasew, H., Mariye, T. & Teklay, G., 2019. Nursing documentation practice and associated factors among nurses in public hospitals, Tigray, Ethiopia. *BMC Research Notes*, 12(612). 10.1186/s13104-019-4661-x.

Tuinman, A., de Greef, M.H.G., Krijnen, W.P., Paans, W. & Roodbol, P.F., 2017. Accuracy of Documentation in the Nursing Care Plan in Long-Term Institutional Care. *Geriatr Nurs*, 38(6), pp. 578-583. 10.1016/j.gerinurse.2017.04.007

Vogrinc, J., 2013. *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Ljubljana: Pedagoška fakulteta.

World Health Organization (WHO), 2017a. *Patient Safety: Making Health Care Safer*. [online] Geneva: World Health Organization. Available at:

<https://www.who.int/patientsafety/publications/patient-safety-making-health-care-safer/en/> [Accessed 10 February 2023].

World Health Organization (WHO), 2017b. *Safer Primary Care: Technical Series*. [online] Geneva: World Health Organization. Available at: [https://www.who.int/patientsafety/topics/primary-care/technical\\_series/en/](https://www.who.int/patientsafety/topics/primary-care/technical_series/en/) [Accessed 10 February 2023].

Williams, A. 2019. Nursing Informaticians Address Patient Safety to Improve Usability of Health Information Technologies. *Stud. Health Technology Informatio*, 257(11), pp. 501-507. 10.3233/978-1-61499-951-5-501.

*Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (ZZPPZ)*, 2000. Nov peti odstavek 8. člena se začne uporabljati 1. februarja 2022 (glej 81. člen ZDUPŠOP). Uradni list Republike Slovenije, št. 65.

*Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP)*, 2017. Uradni list Republike Slovenije, št. 55.