



**Regionaalhaigla**

# **Õendusabi dokumentatsiooni kvaliteedi vaatlustulemused Põhja-Eesti Regionaalhaiglas**

Kristi Rannus RN PhD

Kersti Naelapää RN

# Uurimistöö eesmärk

- Kirjeldada Põhja-Eesti Regionaalhaigla  
õendusdokumentatsioonis  
õendusdiagnooside, -sekkumiste ja  
-tulemuste dokumenteerimise kvaliteeti

# Kesksed mõisted

## Õendusdiagnoos:

- kliiniline otsus, mis käsitleb üksikisiku, pere või elanikkonna reaktsiooni terviseseisunditele/eluprotsessidele või selle reaktsiooni ohtu;
- probleemi- või riskikeskne, terviseedenduslik või sündroomipõhine;
- on aluseks **õendussekkumiste** valikule, et saavutada õendusabist sõltuvaid **patsienditulemusi** (Herdman ja Kamitsuru 2014: 464)

# Uurimismetoodika

- Retrospektiivne empiiriline kirjeldav ja kvantitatiivne
- Struktureeritud vaatlus 20.juuni–18.august 2017
- Q-DIO vaatlusprotokoll (Müller-Staub jt 2009):
  - terviseseisundi hindamine skaalal 2-1-0
  - diagnoosid, tulemused ja sekkumised skaalal 4-3-2-1-0
- Kirjeldav statistika MS Excel 2016: n; %, Min, Max, M, SD
- STATA 13: mõõdiku sisemise kooskõla Cronbach alfa

# Uuritava materjali selekteerimine

Ravijuhtum ajavahemikus 01.01.– 31.12.2016

33 873 õendus-/haiguslugu



Ravijuhtumi kestus  $\geq 5$  päeva

20 236 õendus-/haiguslugu



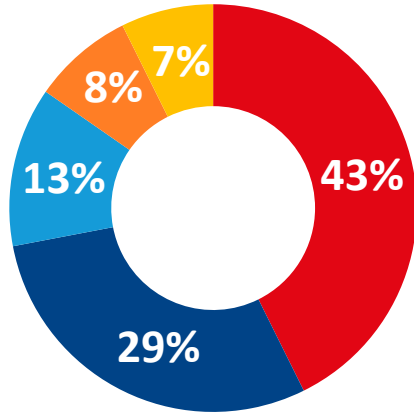
Juhuslik valik

N=150 õendus-/haiguslugu,  
kokku 3 384 lk õendusdokumentatsiooni

# Õendusdokumentatsiooni osad

- Õendusanamnees, -plaan, -päevik, patsiendi jälgimislehed A ja B, õendusloo ravilehed A ja B ja C, korralduste märkimise leht, psüühilise seisundi ja käitumise jälgimise leht, konsultatsioonide/patsiendi ja/või lähedaste õpetamise leht, veresuhkru jälgimise ja ravileht, tarbitud vedeliku ja diureesi jälgimise leht, epiduraalanalgeesia jälgimisleht, PCA jälgimisleht, intensiivravipalati jälgimisleht, intensiivravi jälgimislehed A ja B, lamatise leht ja lisaleht, haava hindamise ja haavahoolduse leht.
- Ühe ravijuhtumi kohta 5–214 lk; M=22,6; Me= 16; SD=24,63

# Uuritava materjali kirjeldus (N=150)



- Kirurgiakliinik (n=64)
- Sisehaiguste kliinik (n=44)
- Psühhiaatriakliinik (n=19)
- Onkoloogia- ja hematoloogiakliinik (n=12)
- Järeldravikliinik (n=11)

- Lugude pikkus päevades: M=14,5; Min=5; Max= 69; Me=9
- Lugudest 80 meespatsiendi ja 70 naispatsiendi kohta
- Patsientide vanus aastates: M=63,1; Min=7; Max =95; Me=66

# Tulemused 1/7: patsiendi terviseseisundi hindamise dokumenteerimine (skaalal 2-1-0)

Enamasti (60-75%) kõikehõlmavalt on dokumenteeritud:

- kontaktisik (M=1,67; SD=0,62),
- sotsiaalne staatus ja elamistingimused (M=1,65; SD=0,54),
- igapäevaelu tegevused (M=1,61; SD=0,51),
- anamneesist lähtuvad õendusabi prioriteedid (M=1,5; SD=0,67).

Enamasti (57-80%) osaliselt on dokumenteeritud:

- hospitaliseerimise põhjus (M=1,31; SD=0,58),
- toimetulek tegeliku olukorraga/haigusega (M=1; SD=0,45).



Osak: Palat: 15p.

TÄITMISE KUUPÄEV KELLAEG	ÕENDUSANAMNEESIS I SELGUNUD ÕENDUSPROBLEEMID (patsiendi olukorra kirjeldus)	EESMÄRK	PLANEERITUD ÕENDUSABITEGEVUS	ÕE A
31.10	Piiratud liikumisvõime on tingitud nõrgadest jaladest	taga pt-le turvalisema keskkonda	- taga pt-le turvali- selt keskkond - õpetada kasutada abiva- hendid - Vasta pt-i küsimustele - Kusi pt-l tagasisidet.	

# Tulemused 2/7: patsiendi terviseseisundi hindamise dokumenteerimine (skaalal 2-1-0)

Valdavalt (89-99%) ei ole dokumenteeritud:

- hospitaliseerimisega seotud hirmud, mured, ootused või soovid (M=0,12; SD=0,35),
- patsiendi ja lähedaste teadlikkus olukorrast (M=0,09; SD=0,38),
- hospitaliseerimise uskumused ja ellusuhtumine (M=0,02; SD=0,14),
- hobid ja vabaaja tegevused (M=0,01; SD=0,16),
- intiimsus, naiseks/meheks olemine (M=0,01; SD=0,16).

# Tulemused 3/7: õendusdiagnoosi dokumenteerimine (skaalal 4-3-2-1-0)

Harva (9–17%) korrekselt või osaliselt korrekselt, enamasti (69-85%) sõnastatud/osaliselt sõnastatud:

- õendusprobleem või õendusdiagnoos ( $M=1,64$ ;  $SD=0,96$ ),
- tinnused ja sümptomid ( $M=1,45$ ;  $SD=0,75$ ).

Valdavalt (84-93%) osaliselt sõnastatud või ei ole dokumenteeritud:

- tinnuste ja sümptomite seos õendusdiagnoosiga ( $M=0,66$ ;  $SD=0,79$ ),
- õendusdiagnoos NANDA I järgi ( $M=0,64$ ;  $SD=0,63$ ).

Valdavalt (84%) ei ole dokumenteeritud:

- korrektne, õendusdiagnoosiga seotud etioloogia ( $M=0,28$ ;  $SD=0,71$ ),
- etioloogia kirjeldus ( $M=0,25$ ;  $SD=0,66$ ).

MISE	ÕENDUSPROBLEEM - PATSIENDI OLUKORRA KIRJELDUS	ÕENDUSABITEGEVUS (sh EESMÄRK)
KELLA- AEG		
06 <sup>2</sup>		v/s 6,5 meesool/l.
15 <sup>00</sup>	Erikskoos eduriskifitart	õenduskoostöö
06 <sup>00</sup>		
14 <sup>00</sup>	Ehapüüson erischooldus	Pt. on hooldataud
	lühikemisel	

	pat's sound and she	
11 <sup>th</sup>	write down	
	write, and apply	
	record requirements	(v)
	write down	
21 <sup>st</sup>	pat's unhealed	Sh
	write down	
	write down	
15.01.16	Pat's new, write down - 500	write
	write down	

## Tulemused 4/7: õendusabi eesmärgi dokumenteerime (skaalal 4-3-2-1-0)

Enamasti (71%) eesmärki ei ole dokumenteeritud, kuid iga neljas või viies kirjutis (21-25%) tõendas osaliselt korrektselt või sõnastatult, et:

- õendusabi eesmärk on seotud/vastavuses õendusdiagnoosiga (M=0,67; SD=1,11),
- õendusabi eesmärk on (sõnastatud) õendussekkumise abil saavutatav (M=0,63; SD=1,09).



# Tulemused 5/7: õendussekkumiste dokumenteerimine (skaalal 4-3-2-1-0)

Valdavalt (86%) osaliselt korrektset või sõnastatult dokumenteeritud:

- tehtud õendussekkumised (mida, kuidas, kui tihti, kes) (M=2,47; SD=0,74),

Valdavalt (94%) sõnastatult või osaliselt sõnastatult dokumenteeritud:

- õendussekkumiste plaan NIC järgi (mida, kuidas, kui tihti, kes) (M=1,43; SD=0,61).

Valdavalt (87%) ei ole dokumenteeritud kirjalik tõendusmaterjal, et:

- õendussekkumised mõjutavad õendusdiagnoosi etioloogiat (M=0,21; SD=0,59).



		30. 10	31. 10	01. 11	02. 11	03. 11	
KUUPÄEV		P/Ö	Ö/Ö	P/Ö	Ö/Ö	P/Ö	
VALVE		P/Ö	Ö/Ö	P/Ö	Ö/Ö	P/Ö	
R A V I	T. Tramadol 100mg algus		21 <sup>00</sup> AA	9 <sup>00</sup> 13 <sup>00</sup> JA	21 <sup>00</sup> EK 13 <sup>00</sup> AA	9 <sup>00</sup> AA 21 <sup>00</sup> AA	
	Vit. D 4000IU x1 algus	+	9 JA	9 <sup>00</sup> AA	9 <sup>00</sup> EK	9 <sup>00</sup> AA	
	C Neurontin 300mg x2 algus		21 <sup>00</sup> AA	9 <sup>00</sup> 14 <sup>00</sup> JA	9 <sup>00</sup> AA 13 <sup>00</sup> AA 17 <sup>00</sup> AA	9 <sup>00</sup> EK 13 <sup>00</sup> EK 17 <sup>00</sup> EK	9 <sup>00</sup> AA 13 <sup>00</sup> AA 17 <sup>00</sup> AA
	T. Folvetas 5mg x1 algus					9 <sup>00</sup> EK	9 <sup>00</sup> AA
	S. ketonal 100mg x 2/h algus					22 <sup>00</sup> AA 11 <sup>00</sup> EK	22 <sup>00</sup> EK 9

elple

Witthys pjetone

Landbandst

parto w<sup>2</sup>is unuonful ut

(vopnort, p<sub>h</sub>enektst

wendertst.)

Lev schuphae w<sup>2</sup>st<sub>h</sub>u<sub>u</sub>er

zou<sub>u</sub>

# Tulemused 6/7: õendustulemuste dokumenteerimine (skaalal 4-3-2-1-0)

Enamasti (79%) on sõnastatud / osaliselt sõnastatud, et:

- õendusdiagnoosid on pidevalt hinnatud ( $M=1,68$ ;  $SD=0,84$ ).

Hajusalt (10-37%) jagunevad osaliselt korrektselt/sõnastatud/osaliselt sõnastatud ja puuduvad sissekanded dokumentatsioonis, et:

- õendustulemustel on seos õendussekkumistega ( $M=1,44$ ;  $SD=1,12$ ),
- õendustulemus näitab muutust sümptomites, teadmistes, toimetulekus või talitlusvõimes ( $M=1,34$ ;  $SD=1,04$ ),
- õendustulemus on dokumenteeritud ( $M=1,21$ ;  $SD=0,98$ ).

# Tulemused 7/7: õendustulemuste dokumenteerimine (skaalal 4-3-2-1-0)

Enamasti (73-97%) osaliselt sõnastatud või ei ole dokumenteeritud, et:

- patsienditulemus ühtib õendusdiagnoosiga (M=0,86; SD=0,95),
- õendustulemus on mõõdetud NOC järgi (M=0,62; SD=0,75),
- õendusdiagnoos on ümber sõnastatud (M=0,29; SD=0,51).

19.06	12 <sup>00</sup>	Pt. rahulik. Kõrbes ei oleed. Dirgub osaka
	22 <sup>00</sup>	Pt. rahulik, sõbralik. Ravi võtab.
20.06	13 <sup>30</sup>	Rahulik, tugev 07.7, millel lastakse. Ravi võtab
	22 <sup>00</sup>	Pt. rahulik. Vähenälgatav. Ravi võtab.
21.06	12 <sup>00</sup>	Rahulik, tugev 07.7, millel lastakse. Ravi võtab
	22 <sup>00</sup>	Pt. rahulik. Kõrbes allub, tab rüglid. Praegu rahu ei ole.
22.06	11 <sup>25</sup>	Rahulik, sõbralik, millel lastakse. Ravi võtab
	22 <sup>00</sup>	Pt rahulik.
23.06.	12 <sup>00</sup>	Pt rahulik.
	22 <sup>00</sup>	Pt rahulik. Käin perega palubamas.
24.06	10 <sup>50</sup>	Pt rahulik.
25.06.	12 <sup>00</sup>	Pt. rahulik.
	22 <sup>00</sup>	Pt. rahulik.
26.06	11 <sup>20</sup>	Pt rahulik
	21 <sup>00</sup>	Pt rahulik
27.06	12 <sup>40</sup>	Rahulik, tugev 07.7, millel lastakse. Ravi võtab
	22 <sup>00</sup>	Pt. rahulik. Ravi võtab.
28.06	12 <sup>35</sup>	Rahulik, millel lastakse, tugev 07.7. Ravi võtab

ÕENDUSABITEGEVUSE TULEMUS JA  
HINNANG

e peab hoolikalt  
gi galevda nõuand  
elotada peolent  
tinnu spälvant  
Umsuhtuhtu.

# Märksõnad kaasavõtmiseks

- Õed küsivad patsiendilt seda, mida vorm ette näeb
- Dokumenteeritakse probleemid, vahel ka riskid (enamasti sündroomipõhiselt) kuid harva terviseedenduslik
- Sagedasemad diagnoosid: valu, ärevus, ebapiisav enesehooldus
- Õed oskavad seada eesmärke kuid ei taha neid kirja panna
- Õendussekkumised lähtuvad õendusabi prioriteetidest ning hästi on dokumenteeritud protseduurid ja käeline tegevus
- NNN osaline sõnastus kuni osaliselt korrektse kasutuseni: 57% NANDA-I, 47% NOC ja 100% NIC

# Kasutatud kirjandus

Herdman, T.H. & Kamitsuru, S. (Eds.). (2014). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2015-2017*. Oxford: Wiley Blackwell.

Müller-Staub, M., Lunney, M., Odenbreit, M., Needham, I., Lavin, M.A., van Achterberg, T. (2009). Development of an instrument to measure the quality of documented nursing diagnoses, interventions and outcomes: the Q-DIO. *Journal of Clinical Nursing*, 18: 1027–1037.



Sündmuse kirjeldus (võimalusel tuua esile sündmusega seotud isikud,

isikud on toredad