

Tartu Ülikool
Meditšiiniteaduste valdkond
Peremeditsiini ja rahvatervise instituut
Õendusteaduse õppetool

Karmen Raag

**ÕENDUSABI DOKUMENTEERIMISE KVALITEET EESTI KAHE ÜLDHAIGLA
ÕENDUSABI-, KIRURGIA- JA SISEOSAKONDADES**

Magistritöö

Tartu 2021

Vastutav juhendaja: Evelyn Evert, RN, MSc (õendusteadus)

Juhendaja: Jana Trolla, RN, MSc (õendusteadus)

Retsensent: Kätlin Pallo, RN, MSc (õendusteadus)

Magistritöö on lubatud kaitsmisele juhendajate otsusega 17.11.2021

Otsus on protokollitud õendusteaduse õppetoolis.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Karmen Raag,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose „Õendusabi dokumenteerimine Eesti kahe üldhaigla õendusabi-, kirurgia ja siseosakondades“,

mille vastutav juhendaja on Evelyn Evert, RN, MSc (õendusteadus) ja juhendaja:
Jana Trolla, RN, MSc (õendusteadus)

reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi
DSpace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.

2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 4.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Karmen Raag

17.11.2021

SISUKORD

KOKKUVÕTE.....	5
SUMMARY	7
SISSEJUHATUS.....	9
1. ÕENDUSABI DOKUMENTEERIMINE.....	12
1.1. Õendusabi ja selle dokumenteerimine.....	12
1.2. Õendusdokumentatsiooni kvaliteedi hindamine	15
1.3. Õendusabi dokumenteerimise hindamiseks kasutatavad mõõdikud	16
2. METOODIKA.....	18
2.1. Metodoloogilised lähtekohad	18
2.2. Uuritav materjal.....	19
2.3. Andmete kogumine	20
2.4 Andmete analüüs	21
3. TULEMUSED.....	22
3.1. Patsiendi tervise seisundi hindamise dokumenteerimise kvaliteet.....	22
3.2. Õendusdiagnoosi nimetuse, etioloogia, tunnuste ja sümptomite dokumenteerimise kvaliteet	24
3.3. Planeeritud ja teostatud õendussekkumiste dokumenteerimise kvaliteet.....	26
3.4. Õendustulemuste dokumenteerimise kvaliteet.....	28
4. ARUTELU	31
4.1. Olulisemad tulemused	31
4.2. Uurimustöö eetilised aspektid ja usaldusväärsus	35
5. JÄRELDUSED.....	37
KASUTATUD KIRJANDUS	38
Lisa 3. Eestikeelne mõõdik Q-DIO (Müller-Staub jt 2009).....	45
Lisa 4. Tartu Ülikooli Inimuurigute eetika komitee kooskõlastus uurimistööks	47
Lisa 5. Nõusolek magistr töö uuringu läbiviimiseks AS Järvamaa Haiglas	48
Lisa 6. Vaatlustulemuste sagedusjaotused, keskmised ja standardhälbed koondtabelis.....	49

KOKKUVÕTE

Magistritöö „Õendusabi dokumenteerimise kvaliteet Eesti kahe üldhaigla õendusabi-, kirurgia- ja siseosakondades“. Dokumenteerimine on oluline osa õdede töös. Dokumentatsioon on suhtlusvahend, mille kaudu vahetatakse patsiendi kohta käivat informatsiooni õdede ja teiste tervishoiutöötajate vahel. Õendusdokumentatsioon annab ülevaate patsiendi tervises seisundist, kirjeldab õdede kliinilist hinnangut, planeeritud ja teostatud õendustegevusi. Uurimistööde tulemused erinevates riikides kinnitavad, et õenduabi dokumentatsioonis esineb puudujääke. Selleks, et hinnata õendusdokumentatsiooni kvaliteeti, on rahvusvaheliselt kasutusele võetud erinevaid dokumenteerimise hindamise mõõdikuid. Eestis on kasutatud Põhja-Eesti Regionaalhaiglas õendusdokumentatsiooni kvaliteedi mõõtmiseks Q-DIO (Quality of Documentation of Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes) mõõdikut, mis on välja töötatud õendusabi kvaliteedi hindamiseks. Selle mõõdikuga saab hinnata standardiseeritud- ja vabas vormis dokumenteeritud õendusdokumentatsiooni sisu.

Käesoleva uurimistöö eesmärk oli hinnata retrospektiivselt õendusabi dokumenteerimise kvaliteeti Eesti kahe üldhaigla õendusabi-, kirurgia- ja siseosakonna õendusdokumentatsiooni põhjal. Andmed koguti kahe üldhaigla kolme osakonna õendusdokumentatsioonist Q-DIO vaatlusprotokolli alusel ajavahemikul 01.12.2019-15.02.2020. Kokku oli valimis 150 patsiendi õenduslugu, kes viibisid haiglas perioodil 01.03.2019 – 31.03.2019 ning oli olnud ravil vähemalt neli päeva. Valiku kahe Eesti üldhaigla õendusdokumentatsiooni sisu kvaliteedi hindamisest tingis nendes haiglates kasutatavad erinevad paberkandjal õendusdokumentatsiooni vormid ja digitaalne dokumenteerimise süsteem. Uurimistöö on empiiriline, kvalitatiivne ja kirjeldav. Andmed analüüsiti statistiliselt kasutades kirjeldavat statistikat.

Uurimistöö tulemustest selgus, et õendusdokumentatsioonis esineb mitmeid puudusi kvaliteedi osas, mistõttu ei saa täielikku ülevaadet õendusprotsessist. Õendusanamneesi andmed olid dokumenteeritud väga ebaühtlaselt. Täielikult oli dokumenteerimata vaatluspunkt „elu puudutavad uskumused“ ja „suhtumine seoses hospitaliseerimisega“. Eraldi saab välja tuua, et õendussekkumised olid peaaegu pooltes õenduslugudes sõnastatud NIC-i (Nursing Interventions Classification) järgi (46%) ja õendustulemused olid dokumenteeritud vaadeldavalt/mõõdetavalt NOC-i (Nursing Outcomes Classification) järgi (46%).

Lähtuvalt uurimistöö tulemustest tuleb haiglates läbi viia vastavalt osakonna spetsiifikale õendusdokumentatsiooni alaseid koolitusi, kuna haiglad kasutavad erinevaid õendusdokumentatsiooni vorme. Õdede koolitamisel tuleb esmalt koolitada õendusjuhte, kes panustavad oma haiglates õendusjuhidokumentatsiooni kvaliteedi parandamisse juhendades ja motiveerides õdesid dokumenteerimise kvaliteedi tõstmiseks. Kuna Eestis ei ole riiklikult kehtestatud haiglates ühtse õendusdokumentatsiooni vormi kasutamist, siis tuleb täiendada olemasolevaid õendusdokumentatsiooni vorme tõenduspõhisusest lähtuvalt.

Märksõnad: dokumenteerimine, dokumentatsioon, õendusabi, õendusprotsess, õendusdiagnoos, õendusabi kvaliteet, Q-DIO

SUMMARY

„Documentation quality of nursing records in the nursing, surgery and internal medicine departments of two general hospitals in Estonia“. Documentation is an essential part of nurses' work. Nurses and other healthcare professionals use documentation as one communication tool for exchanging patient information. Nursing documentation provides an overview of the patient's health, describing nurses' clinical assessment, planned and performed nursing activities.

The results of the research in various countries confirm that documentation of nursing care is not complete. To assess the quality of nursing documentation, various documentation evaluation indicators have been taken into use internationally. In Estonia, The North Estonia Medical Centre, the Q-DIO (Quality of Documentation of Nursing Diagnoses, Interventions, and Outcomes) instrument has been used to measure the quality of nursing documentation. Q-DIO has been developed to assess the quality of nursing care. This instrument can be used to evaluate nursing documentation using standardized nursing language and the content of free-form documented nursing documentation.

The aim of this research was to retrospectively evaluate the quality of nursing care documentation based on the nursing, surgery, and internal medicine departments of two Estonian general hospitals. Data were collected from the nursing records of three departments of two general hospitals in Estonia on the basis of the Q-DIO observation protocol. Observation period was 01.12.2019 – 15.02.2020. The sample included a total of 150 nursing records of patients who were in hospital between 01.03.2019 – 31.03.2019 and had been treated for at least four days. The choice of assessing the quality of nursing documentation on two Estonian general hospitals was made by the different documentation system forms of nursing documentation as in both paper and digital documentation. The research is empirical, qualitative, and descriptive. Data were analyzed statistically using descriptive statistics.

The results of the research revealed that there are several missing points in the quality of nursing documentation, which does not provide a complete overview of the patient's nursing process. The nursing history data were filed inconsistently. Questions about life-related beliefs and attitudes towards hospitalization were completely undocumented. Separately, nursing interventions were formulated by NIC (Nursing Interventions Classification) in almost half of the nursing documentation (46%) and nursing outcomes were documented by NOC (Nursing Outcomes Classification) (46%).

Based on the results of the research, nursing documentation training must be conducted in hospitals according to the specifics of the department, as hospitals use different forms of nursing documentation. Nursing managers, who contribute to improve the quality of nursing documentation by instructing and motivating nurses, must be trained first. As there is no stateestablished nursing documentation form in Estonia to use, the existing forms of nursing documentation must be supplemented based on evidence.

Keywords: documentation, nursing care, nursing process, nursing diagnosis, quality of nursing care, Q-DIO

SISSEJUHATUS

Dokumenteerimine õendusabis aitab hinnata õendusabi järjepidevust ja kvaliteeti. Õendusdokumentatsioon on kirjalik, õigusaktidega määratletud tegevus, mis kajastab patsiendile osutatud õendusabi. Dokumenteerimine sisaldab patsiendi isikuandmeid ja terviseseisundit, seal kirjeldavad õed oma tähelepanekuid patsiendi toimetuleku kohta, vastuvõetud otsuseid, teostatud tegevusi ja tulemusi (Cheevakasemsook jt 2006, Papathanasiou jt 2007). Oluline on, et õed dokumenteeriks kõik õendusega seotud tegevused täpselt, üheselt mõistetavalt ning arusaadavalt. Patsiendilt saadud õendusanamnees, probleemidest tulenevate tervisenäitajate dokumenteerimine, planeeritud tegevused ja hinnang aitab tagada õendusabi kvaliteedi. Õed tegelevad patsientidega alates haiglasse saabumisest kuni haiglast välja kirjutamiseni. Iga õendustegevus peaks olema korrektselt dokumenteeritud. See teeb õdede töö läbipaistvamaks ning tulemuseks on usaldusväärne ja tõendatav ülevaade õendustegevustest. (Asmirajanti jt 2017.) Õendusdokumentatsiooni sisu peab andma tervikliku ülevaate patsiendi seisundist haiglasse saabudes, seisundi muutustest ja patsiendi vajadustest haiglas oleku ajal ning edaspidistest õendusabi vajadustest haiglast lahkudes. Selleks vormistatakse patsiendile õendusugu, mis sisaldab põhjalikku informatsiooni patsiendi seisundist, tema vajadustest ja teostatud õendustegevusest. (Saranto ja Kinnunen 2009, Jeffers jt 2010, Wang jt 2011.)

Kuigi õendusdokumentatsiooni vorme on palju, esinevad erinevates riikides õdedel õendusabi dokumenteerimisel sarnased probleemid. Varasemad uurimused on näidanud, et sarnased probleemid esinevad dokumenteerimise sisu, vormi ja protseduuride osas. Kirjutatud sissekanded on sageli poolikud või ebapiisavad. Standardiseeritud õenduskeelt, millega on võimalik kodeerida õendusdiagnoose, sekkumisi ja tulemusi, pole veel täielikult praktikasse viidud. Sageli puudub õendusdokumentides õendusdiagnoos. Õendusdiagnoosid on ebatäpsed, eriti kui neid pole seotud patsiendi seisundiga. Õendusprobleeme pole piisavalt kirjeldatud või neid ei kasutata. Dokumenteerimine ei anna ühtset ülevaadet kogu õendusprotsessist tervikuna. (Stokke ja Kalfoss 1999, Ehrenberg ja Ehnfors 2001, Cheevakasemsook 2006, Paans ja Müller-Staub 2012.) AkhuZaheya ja Hani 2017 toovad välja, et juba õppimise käigus peab üliõpilastele õpetama erinevate tehnoloogiate kasutamist ja oma teadmiste rakendamise oskust.

Dokumenteerimist takistavateks ja mõjutavateks teguriteks on õdede piiratud kompetentsus, motivatsiooni puudumine ja õendusplaani ebavajalikuks pidamine. Organisatsioonipoolse takistusena on nimetatud organisatsiooni poliitikat ja keskkonda, mis väljendub arstide negatiivses suhtumises õendusdokumentatsiooni. Seetõttu õed tunnevad, et puudub toetus,

mis omakorda viib motivatsiooni vähenemisele. (Karkkainen ja Eriksson 2005, Cheevakasemsook jt 2006.) Eestis teostatud uurimistööde põhjal selgub, et õendusdokumentatsiooni täitmine ei ole korrektne. Õed ei dokumenteeri kõiki oma tegevusi ja patsiendilt saadud informatsiooni, põhjendades seda ajapuuduse, suure töökoormuse ja harjumusega mõningaid asju mitte dokumenteerida (Seera 2014, Naelapää 2017). Naelapää (2017) uuringu eesmärk oli kirjeldada Põhja-Eesti Regionaalhaiglas dokumenteerimise kvaliteeti mõõtes Q-DIO mõõdikuga õendusdokumentatsioonis õendusdiagnooside, sekkumiste ja -tulemuste dokumenteerimist. Uuringu tulemused näitasid, et dokumenteerimise kvaliteedis esines puudujääke, kuna õendusdokumentatsioon ei andnud põhjalikku ülevaadet kogu õendusprotsessist tervikuna. Õendusdiagnoosid/õendusprobleemid ja nende seotus õendussekkumiste ja tulemustega olid kirja pandud ebaühtlase kvaliteediga. Patsiendi terviseseisundi hindamine ja õendussekkumiste efektiivsus olid puudulikult dokumenteeritud. Pöld (2017) uuringu tulemustest järeldus, et peale hariduslikku sekkumist on õendusdokumentatsiooni kvaliteet Tallinna Lastehaigla kirurgiaosakonnas paranenud.

Eestis on õigusaktis (Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ... 2008) kirjeldatud õendusdokumentatsioonis nõutud kirjed. Tervishoiuasutustel on kasutusel erinevad dokumenteerimissüsteemid ning palju infot säilitatakse jätkuvalt paberkandjal. Akhu-Zaheya ja Hani (2017) läbiviidud uurimuses, kus võrreldi paberil ja elektroonse õendusdokumentatsiooni kvaliteeti väidavad, et omad puudused on mõlemal. Eestis on hetke seis haiglates väga erinev. Enamus haiglates on paralleelselt kasutusel elektroonne ja paberil dokumentatsioon. Haiglad on jätkuvalt protsessis kus vahetatakse elektroonilise tervishoiuteenuse dokumenteerimise programmi ja see mõjutab tugevalt kogu dokumenteerimise sisukvaliteeti. Puudub ühtne elektrooniline tõenduspõhine dokumentatsioon ning ei ole ühtset meetodit kokku lepitud õendusdokumentatsiooni vormistamiseks ja sisu hindamiseks. Eesti õenduse ja ämmaemanduse strateegia aastateks 2021-2030 toob välja, et NANDA-I (North America Nursing Diagnoses Association) kasutamine on ebaühtlane, NIC (Nursing Interventions Classification) ja NOC (Nursing Outcomes Classification) on tõlkimata ja kõigis haiglates ei rakendata. Björvell jt (2000) oma artiklis on märkinud, et dokumentide mõõdikuga hindamise tugevuseks on võrdluste tegemise võimalus aja möödudes. Võrdlusi saab teha osakondade vahel ning hindamisega saab määrata erialaseid tugevusi ja nõrkusi.

Käesolev uurimus annab ülevaate õendusdokumentatsiooni sisu kvaliteedist Eestis kahe üldhaigla õendusabi-, kirurgia- ja siseosakondades, mida antud haiglates pole varem uuritud. Q-DIO mõõdikuga on varem hinnatud õendusdokumentatsiooni kvaliteeti Põhja-Eesti

Regionaalhaiglas, kus on teistest haiglatest erinev elektroonilise dokumenteerimise programm. Lisandväärtusena selgub, kas antud mõõdikut saab kasutada õendusabi dokumenteerimise kvaliteedi hindamiseks erinevate haigla infosüsteemide ning õendusloovormide korral. Käesoleva uurimistöö andmete kogumisel saab mõõdikut testida kahes üldhaiglas, kus õendusdokumentatsioon on osaliselt paberkandjal ja osaliselt elektrooniline. Elektroonilised süsteemid on mõlemas haiglas erinevad. Magistritöö tulemusena saab ülevaate Eesti kahe üldhaigla õendusdokumentatsiooni kvaliteedist. Uurimistöö tulemuste põhjal saab mõlemas haiglas parendada ja arendada õendusdokumentatsiooni vastavalt puudujääkidele ning läbi viia koolitusi.

Uurimistöö eesmärk oli hinnata retrospektiivselt õendusabi dokumenteerimise kvaliteeti Eesti kahe üldhaigla õendusabi-, kirurgia- ja siseosakonna õendusdokumentatsiooni põhjal. Tulenevalt eesmärgist on püstitatud järgmised uurimisküsimused:

1. Kuidas olid dokumenteeritud õendusdokumentatsioonis õendusanamneesi andmed?
2. Kuidas olid dokumenteeritud õendusdokumentatsioonis õendusdiagnoosid, etioloogia, tunnused ja sümptomid?
3. Kuidas olid õendusdokumentatsioonis dokumenteeritud planeeritud ja teostatud õendussekkumised?
4. Kuidas olid õendusdokumentatsioonis dokumenteeritud õendusabist sõltuvad patsienditulemused?
5. Kuidas oli õendusdiagnoos seotud õendussekkumiste ja õendustulemustega?

1. ÕENDUSABI DOKUMENTEERIMINE

1.1. Õendusabi ja selle dokumenteerimine

Tervishoiuteenuste korraldamise seaduse järgi on õendusabi (nursing care) ambulatoorne või statsionaarne tervishoiuteenus, mida osutavad õde ja ämmaemand koos pere-, eri- või hambaarstiga või iseseisvalt (Tervishoiuteenuste korraldamise seadus 2001). Õendusabi ülesandeks on inimese abistamine juhul, kui ta ise pole suuteline oma tervise eest hoolitsema. Õendusabi eesmärgiks on aidata patsiendil saavutada iseseisvus ja sõltumatus kõrvalisest abist, jagada juhiseid ja juhendeid, mis abistavad teda tervisekäitumise muutmisel ning võimaldavad terviseprobleemidega paremini toime tulla. Inimese kohta käiv info dokumenteeritakse inimest kaasates. Õe tegevus on mõõdetav ja nähtav, tuginedes standarditud õendusdokumentatsioonile ning tõenduspõhisele õendus ja ämmaemanduskeelele. (Eesti õenduse ja ämmaemanduse ... 2020).

Dokumenteering (documentation) on sündmuste tõenduseks selle detailne ja eesmärgipärane salvestamine. 1980-ndatel ja varastel 90-ndatel hakati tervishoiuorganisatsioonides ja lääneriikides arendama standardeid, seadusi jt õigusakte selliselt, et õendusdokumentatsioon tugineks õendusprotsessi etappidele. (Björvell 2002). Dokumenteering on kirjalik või elektrooniline informatsioon patsiendi kohta, mis kirjeldab patsiendi seisundit ning patsiendile osutatud õendussekkumisi ja tulemusi. Läbi dokumenteeringu vahendatakse terviseseisundi hindamistulemusi, otsuseid, tegevusi ja tulemusi, näidates seeläbi õendusprotsessi. (Erlet jt 2006, Uruquat jt 2009). Käesolevas töös on uurija dokumenteeringu mõiste all mõelnud õdede sissekandeid õendusdokumentatsiooni. Õendusdokumentatsioon (nursing documentation) on paberkandjal või digitaalselt salvestatud patsiendi andmed, mida planeeritakse või teostatakse. Õendusdokumentatsioon on suhtlemise vahendiks ja informatsiooni vahetamiseks õdede ja teiste õendusabi pakkuvate tervishoiutöötajate vahel. Tervikliku ja järjepideva õendustegevuse dokumenteeringu tulemus sisaldab informatsiooni patsiendi seisundist ja hoolduse järjepidevusest (Uruhart jt 2009).

Õenduspraktikas on omad puudused nii paberil oleval kui elektroonsel õendusdokumentatsioonil. Juba õppimise käigus peaks õendusüliõpilasi ette valmistama õenduslaste teadmiste kasutamiseks ning praktika jooksul oma oskuste rakendamiseks parima õendusabi osutamiseks. Oluline on ületada erisused praktikakeskkonna ja õppeprotsessi vahel. Üleriigiliselt on oluline ühtne poliitika õendusdokumentatsiooni kvaliteedi tagamiseks. (Akhu-Zaheya ja Hani 2017.) Õendusdokumentatsioonina mõistame õenduslugu (nursing record), mis on haigusloo osa, mille vormistab õde iga haiglaravil

viibiva patsiendi kohta ning mis vormistatakse tervishoiuteenuse osutaja valitud vormi kohaselt. See sisaldab ülevaadet patsiendi anamneesist, sellest tulenevalt seotud probleemidest/vajadustest ja õendustegevusest, mis on planeeritud ning osutatud patsientidele kvalifitseeritud õdede või teiste tervishoiutöötajate poolt. Õendusdokumentatsioon näitab kuidas õed on mõistnud patsiendi seisundit ja milliseid sekkumisi on planeeritud ja teostatud ning millised on tulemused. Õenduslukku kantakse õendusanamneesi andmed, haiglasse pöördumise põhjus, õendusdiagnoos/probleemi kirjeldus, õendussekkumised ja õendustulemuste kirjeldus (Karkkainen ja Eriksson 2003, Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ... 2008.). Erinevates tervishoiuasutustes on erinevad dokumentatsiooni vormid ja dokumenteerimise viisid. Eestis on võetud suund rakendada haiglates õendusabi dokumenteerimisel standarditud õenduskeel. Eesti õenduse ja ämmaemanduse arengustarteesias aastani 2030 on üks eesmärkidest üleriigilise elektroonilise õendus- ja ämmaemandustegevuse dokumentatsiooni loomine. Üks planeeritud tegevusi on luua ja võtta kasutusele standarditud õenduskeelele (NANDA-I, NIC, NOC) tuginev digilahendus õendustegevuse tõenduspõhiseks dokumenteerimiseks (Eesti õenduse ja ämmaemanduse ... 2021.) Seni pole haiglates NANDA-I ühtselt kasutust leidnud, kuigi mõlemad Tervishoiu Kõrgkoolid õpetavad õdesid antud süsteemi kasutama juba aastast 2011. Näiteks soovitatakse PERH-is õendusprobleemide dokumenteerimisel küll kasutada NANDA terminoloogiat, kuid see ei ole kohustuslik. (Naelapää 2018.)

Õendusprotsess (nursing process) on teaduslik lähenemine mida õed kasutavad õendusabi kvaliteedi tagamiseks. Selle lähenemisviisi saab jagada viieks eraldi etapiks: hindamine, diagnoos, planeerimine, õendussekkumised ja hinnang. (The 5 steps ... 2021.) Vähesed autorid kombineerivad hindamist ja diagnoosimist ühtse hindamise etapi alla. Kõik jaotused on kunstlikud tänu õendusprotsessi dünaamilisele loomusele (vt. tabel 1.) (Wilkinson 2012, Michaels 2020).

Tabel 1. Õendusprotsessi etapid (Wilkinson 2012)

Etapp	Tegevused
Tervise seisundi hindamine	Andmete kogumine
Diagnoosimine	Olemasoleva tervisliku seisundi määratlemine
Planeerimine: tulemused	Valida soovitud patsiendi tulemused
Planeerimine: sekkumine	Valida õendussekkumised
Täideviimine	Tegevusplaani täideviimine
Hindamine	Patsiendi efektiivsuse hindamine

Patsiendi terviseseisundi hindamine sõltub õest ja sellest milliseid andmeid peab ta vajalikuks koguda, milliseid läbivaatuse andmeid ja jälgimise tulemusi dokumenteerida ning milliseid neist kasutada (Herdman ja Kamitsuru 2014). Õe poolt kogutud informatsioon, mis saadakse patsiendi läbivaatuse käigus, patsiendi ja tema perega rääkides, võimaldab teha otsuseid ja määrata õendusdiagnoosi. Teaduse ja tehnoloogia arenedes on informatsioon külluslikum võrreldes varasema ajaga, kontakti ajaline kestvus on aja jooksul muutunud lühemaks. Seega head hindamisoskused on vajalikud õele, et planeerida ja osutada efektiivset õendushooldust (Gulanick ja Myers 2011, Wilkinson 2012,).

Diagnoosimise etapis kogutakse ja analüüsitakse andmeid määratlemaks patsiendi olemasolevat terviseseisundit (tegelikud ja potentsiaalsed terviseprobleemid ja tugevused), kirjutatakse täpne terviseseisundi määratlus ja faktorid, mis seisundit mõjutavad, määratletakse olulised diagnoosid ja otsustatakse, millised diagnoosid on vastavuses õendusabiga ja millised on vajalik edasi suunata teisele tervishoiuspetsialistile. (Wilkinson 2012). Planeerimisel kajastub, milline on soovitud patsiendi terviseseisund. Selles etapis töötatakse patsiendiga soovitud tulemuste sõnastamiseks. Selles etapis valitud tulemused on kriteeriumiks hindamise teostamisel lõpphindamise etapis. Planeeritud tulemuste osa kajastab, milliste õendussekkumistega saab õde aidata saavutada soovitud tulemusi. Selles etapis valitakse sekkumised, mis toetavad heaolu, ennetavad, parandavad või leevendavad terviseprobleeme (Wilkinson 2012, Michaels 2020).

Tulemuste saavutamiseks planeeritakse kindlad õendussekkumised lähtuvalt õendusdiagnoosist. Planeerimise etapi lõpptulemus võib olla kirjalik õendusplan. Siiski on mõnedel juhtudel planeerimine lihtsalt vaimne protsess tegevuste valimiseks. Sageli tegutsetakse ilma kirjalikku plaani koostamata, kuid kunagi mitte ilma plaanita. Selles etapis suheldakse kogu tervishoiumeeskonnaga ning viiakse ellu sekkumisi, mis dokumenteeritud õendusplaanis või delegeeritakse sekkumise teostamine teistele. Selle etapi viimane tegevus on teostatud tegevuste dokumenteerimine. Hindamine kajastab õe hinnangut tegevustele. Siin võrreldakse patsiendi terviseseisundit soovitud tulemustega, mis on määratletud tulemuste planeerimise etapis. Hinnatakse, kas sekkumised olid või ei olnud kasulikud soovitud tulemuste saavutamisel. Õendusprotsess on tsükliline, pidevalt vaadatakse üle kõiki etappe määratlemaks efektiivsust ning muutmise vajadust. (Wilkinson 2012).

Õendusdiagnoos (nursing diagnosis) on kliiniline otsus, mis käsitleb üksikisiku, pere, grupi või elanikkonna reaktsiooni terviseseisunditele/eluprotsessidele või selle reaktsiooni ohtu. Õendusdiagnoos on aluseks õendussekkumiste valikule, et saavutada tulemusi, mille eest õde kannab vastutust. Õendusdiagnoos võib olla probleemikeskne (soovimatu reaktsioon

tervise seisundile/eluprotsessile), tervise edenduseks valmisolek parendada teatavat tervisekäitumist), riskikeskne (oht soovimatu reaktsiooni kujunemiseks tervise seisundi/eluprotsessi suhtes), sündroomipõhine (Herdman ja Kamitsuru 2014:464.) Tänapäeval lähtutakse õendusdiagnooside püstitamisel NANDA-I taksonoomiast. NANDA-I taksonoomia võimaldab klassifitseerida ja kategoriseerida probleemkohti. Õendusdiagnoosid koos sekkumiste NIC ja tulemustega NOC on alus kliiniliste otsuste tegemisel (Herdman ja Kamitsuru 2014).

Õendusabi on sihipärane, eesmärgile suunatud tegevus, mille aluseks on õendusplaan (nursing care plan). Õendusplaan on kirjalik õendusprotsessi peegeldus. Õe võimekus seda protsessi süstemaatiliselt ellu viia on kasutades patsiendilt saadud informatsiooni ja allikaid, on fundamentaalseks õenduspraktika aluseks. Protsess sisaldab endas korrektselt määratletud olemasolevaid vajadusi, samuti potentsiaalseid vajadusi ja/või riske. Individuaalse hoolduse planeerimisel ja osutamisel tegelike või potentsiaalsete vajaduste arvestamine, samuti hoolduse efektiivsuse hindamine. (Gulanick ja Myers 2011.)

1.2. Õendusdokumentatsiooni kvaliteedi hindamine

Õendusdokumentatsioon on oluline õendusabi kvaliteedi indikaator ja võib olla kas paber kandjal või elektrooniliselt. Õendusdokumentatsioon peab olema täidetud standardeid järgides tagamaks tervishoiuteenuse turvalisus ja kvaliteet (Akhu-Zaheya ja Hani 2017). Õenduspraktikas eeldatakse õdedelt õendusabi süstematiseerimist, et tagada patsientidele turvalisus ja kvaliteetne hooldus (Saranto ja Kinnunen 2009, Paans jt 2010, Costa Lynch jt 2015). Õendusdokumentatsiooni saab kasutada kvaliteedi tagamise eesmärgil, tervishoiu planeerimisel, ressursside jaotamisel ja õdede arendamisel ning uurimustes. Nende eesmärkide saavutamiseks peab õendusdokumentatsioon olema tõene ja usaldusväärne ning tuginema olemasolevatele standarditele (Idvall ja Ehrenberg 2002, Karkkainen ja Eriksson 2003).

Dokumentatsiooni kvaliteedi näitajaks on dokumentatsiooni sisu täpsus, mis on seotud patsiendi tegeliku seisundiga ja pakutud õendusabiga. Kvaliteetne õendusdokumentatsioon parandab struktureeritud, järjepidevat ja efektiivset õendusabi pakkuvate isikute vahelist suhtlemist ning hoolduse järjepidevust ja individuaalsust ning patsientide turvalisust. Ilma õendusdokumentatsioonita ei saa olla kvaliteetset õendussekkumist ja efektiivset patsiendihooldust. (Björvell jt 2000, Voutilainen jt 2004, Wang jt 2011.) Traditsiooniliselt on õed kirja pannud oma meditsiinilise sekkumise tegevuse või jälgimised, mis on ordineeritud raviarsti poolt. Õendusloos näeb, mis juhtub õendusprotsessis ja milliseid

otsuseid tehakse läbi saadud informatsiooni patsiendi saabumisel, õendusdiagnooside, sekkumiste ja haiguskulu ning tulemuste hindamisel. (Nilsson ja Willman 2000, Karkkainen ja Eriksson 2003.) Jeffers jt (2010) on uurimuses välja toonud kvaliteetse õendusdokumentatsiooni põhialused. Selleks peab õendusdokumentatsioon olema patsiendikeskne, kajastama õdede tegelikku tööd, sealhulgas õpetust ja psühhosotsiaalset toetust, peegeldama õe objektiivseid kliinilisi otsuseid, mis on kajastatud loogiliselt. Dokumentatsioon peaks olema kajastatud sündmuse toimumise järgselt, et tagada võimalikult täpne peegeldus patsiendi seisundist, peab olema selge ja kokkuvõtlik ning peab täitma seadusest tulenevaid nõudmisi. (Jeffers jt 2010.)

1.3. Õendusabi dokumenteerimise hindamiseks kasutatavad mõõdikud

Mitmetes uurimustes on kirjeldatud erinevaid dokumenteerimise viise ja mõõdikuid. Björvell (2002) kirjeldab artiklis 1991. aastal välja töötatud dokumenteerimise mudelit, mida testiti Rootsis. Mudelit nimetatakse VIPS (wellbeing, integrity, prevention and security) mudeliks. Seda mudelit kasutatakse õendusabi dokumenteerimisel jälgides õendusprotsessi. Õendusabi dokumenteerimise hindamiseks kirjeldab Björvell jt (2000) oma artiklis Cat-ch-Ing mõõdikut. Cat-ch-Ing mõõdikut kasutatakse hindamiseks vaid siis, kui õendusabi dokumenteerimine baseerub VIPS mudelil. Catch-Ing õendusabi dokumentide auditeerimise instrument koosneb 17-st küsimusest: kümme peegeldavad õendusprotsessi, üks küsimus on VIPS märksõnade kohta, üks soorituse kohta, neli andmete sisestaja kohta (nt õe nimi, allkirja selgus), üks kirjade selguse ja loetavuse kohta. (AkhuZaheya ja Hani 2017.) Darmer jt (2006) kirjeldavad uuringus õdede poolehoidu VIPS mudeli osas kuna struktureeritud programm võimaldas parandada dokumenteerimise kvaliteeti. Seda kinnitavad oma artiklites ka, Ehrenberg ja Ehnfors (1999), Saranto ja Kinnunen (2009), Thoroddsen jt (2010) poolt tehtud uuringute tulemused.

Cat-ch-Ing instrument on Skandinaavias enim kasutatav instrument ja on ka Norra regionaalhaiglates kasutatud õendusdokumentatsiooni auditeerimisel (Rotegård jt 2015). Norras on Cat-ch-Ing instrumenti edasi arendatud ja kasutatud õendusdokumentatsiooni auditeerimiseks N-Catch II audit instrumenti. Seda instrumenti saab kasutada elektroonse dokumentatsiooni auditeerimisel. Ja N-Catchist omakorda on arendatud D-Catch, kus on kombineeritud Cat-ch-Ing instrument koos õendusdiagnoosid täpsustamise skaalaga. D-Catch koosneb kvalitatiivsetest ja kvantitatiivsetest muutujatest, et mõõta haiglates õendusdokumentatsiooni kvaliteeti. Seda instrumenti on kasutatud ka Hollandi haiglates ja 2010. aastal läbi viidud uurimus näitab, et mõõdik on hea reliaabluse ja valiidsusega. (Rotegård jt 2015.) Karkkainen ja Eriksson (2003) kirjeldavad uuringut, kus

hindamismõõdikuna kasutati Lukander Nursing Audit Instrumenti, mis on välja antud 1995 aastal ja põhineb Phaneufi Nursing Audit mõõdiku põhimõtetel ning keskendub õendusabi sisu hindamisele.

Q-DIO (Quality of Documentation of Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes) mõõdik on välja töötatud Maria Müller-Staubi poolt, et hinnata õendusdiagnooside, õendustegevuste ja tulemuste kvaliteeti. Q-DIO tugevuseks peetakse eelnevate testimiste põhjal tema võimet mõõta õendusdiagnooside kvaliteeti ja seotud tegevusi ning õendustegevuse tulemusi (Müller-Staub jt 2009). Müller-Staub jt 2009 väitel mõõdab Q-DIO mõõdik standardiseeritud õenduskeelt kui ka vabas vormis sõnastatud õendusdokumentatsiooni sisu. Mõõdiku arendamise tingis vajadus mõõta õendusabi kvaliteeti ning kuna eelneva kirjanduse ülevaate põhjal selgus, et vastavaid mõõdikuid polnud, siis töötati välja Müller-Staub jt (2009) poolt Q-DIO õendusdiagnooside, sekkumiste ja tulemuste dokumenteerimise kvaliteedi hindamise mõõdik. Standardiseeritud õenduskeel nagu õendusdiagnoosid, sekkumised ja tulemused on ülemaailmselt kasutusel. Teoreetilised õendusdiagnoosid, sekkumiste ja tulemuste definitsioonid kirjeldati NANDA-I, NIC ja NOC klassifikatsioonides, mis andis raamistiku. Vaatluspunktid olid esmalt tuletatud teoreetilisest raamistikust ning kirjanduse ülevaatest. Vaatluspunktid operatsionaliseeriti 29 teemaks ning iga teema jaoks pakuti kolme või viie punktilist skaalat. (Müller-Staub jt 2009).

Q-DIO mõõdikut on kasutatud õendusdokumentatsiooni auditi mõõdikuna mitmes riigis. Valideeritud instrument on saadaval inglise, saksa ja portugali keelsena ning selleks, et prantsuse keelt kõnelevad õed saaksid seda instrumenti kasutada oma töökeskkonnas, on 2015. aastal kohandatud mõõdik ka Prantsusmaal. (Senn jt 2015). Portugali keeles on õenduslugude kvaliteedi hindamiseks valideerinud Q-DIO Brasiilia versiooni Nomura jt 2015 ning 2013-2014 viidi läbi Mateos-Carcia jt poolt esimene faas mõõdiku adapteerimisel Hispaanias.

2. METOODIKA

2.1. Metodoloogilised lähtekohad

Magistritöö on empiiriline, kvantitatiivne ja kirjeldav. Magistritöös kirjeldatakse läbilõikeliselt ja retrospektiivselt õendusprobleemide/diagnooside, sekkumiste ja tulemuste dokumenteerimise kvaliteeti Eesti kahe üldhaigla õendusdokumentatsiooni põhjal, kasutades hindamiseks Q-DIO mõõdikut. Antud mõõdiku kasuks otsustas uurija põhjusel, et mõõdiku autorite väitel saab sellega mõõta ka vabas vormis sõnastatud õendusdokumentatsiooni sisu. See annab võimaluse mõõdiku kasutamiseks ka siis, kui tervishoiuasutus ei kasuta standardiseeritud õenduskeelt (Müller-Staub jt 2008, Müller-Staub jt 2009a, Müller-Staub jt 2009b, Costa Lynch jt. 2015). Q-DIO mõõdikut on kasutatud erinevates riikides ja adapteeritud erinevatesse kultuuriruumidesse nt. Brasiilias, Hispaanias, Prantsusmaal, Šveitsis. Mõõdik on uurimistööde autorite hinnangul valideerne ja see oli mõõdiku valiku põhjuseks.

Mõõdiku kasutamiseks saadi nõusolek mõõdiku autorilt (vt.lisa2). Mõõdik on tõlgitud eesti keelde tõlkebüroo poolt (vt.lisa 3), ja kohandatud uurija enda poolt. Tõlgitud mõõdikus on uurija poolt asendatud tõlkebüroo poolt kasutatud termin „põetusdiagnoos“ terminiga „õendusdiagnoos“. Uurija enda poolt on tehtud andmete kogumisel keelelist korrektuuri, et teha mõõdik loetavamaks ja paremini mõistetavaks. Kaasatud oli ühe haigla meditsiini terminoloogiat tundev ekspert. Võrreldes Naelapää (2017) uurimuses kasutatud Q-DIO mõõdiku tõlkega sisulist erinevust ei ole. Tõlkeprotsessi tulemusel on mõningad väljendid erinevad, kuid ei anna sisulist muutusi. Näiteks vaatluspunkt 10 „Igapäevaelu tegevused/ igapäevatoimingud“ ; vaatluspunkt 11 „Hindamise põhjal kindlaks määratud põetuse prioriteedid/anamneesist lähtuvad asjakohased õendusabi prioriteedid“.

Antud uurimistöös kasutatava Q-DIO mõõdiku kooskõla hindamiseks kasutas uurija Cronbach'i α arvutamist Q-DIO kogu mõõdiku ning iga dimensiooni kohta eraldi. Tabelis 2 on toodud võrdlused varasemate uuringutega. Mõõdiku Cronbach'i α väärtus on 0,90. Esimese dimensiooni väärtus oli 0,38, mis näitab väikest sisemist kooskõla. Teises dimensioonis on 0,93, kolmandas 0,79 ja neljandas dimensioonis 0,92. Vaatluspunktide hindamiseks kasutati 3- ja 5-astmelist Likert-tüüpi skaalat keskmise (M) ja standardhälbe (SD) leidmiseks.

Tabel 2. Mõõdiku ja iga dimensiooni kohta arvutatud Cronbach'i α väärtused võrdluses varasemate uurimustega

Vaatlusprotokolli osa	Raag 2021	Naelapää 2017	Müller-Staub jt 2008a	Costa Linch jt 2015	Costa Linch jt 2012
Vaatlusprotokoll	0,90	0,84		0,70; 0,89; 0,82	0,97
I dimensioon	0,38	0,50	0,83		0,88
II dimensioon	0,93	0,85	0,98		0,95
III dimensioon	0,79	0,41	0,90		0,66
V dimensioon	0,92	0,88	0,99		0,97

Ka Eestis Põhja-Eesti Regionaalhaiglas on sama mõõdikuga 2017. aastal läbi viidud õendusdokumentatsiooni hindamine. Costa Linchi jt (2015) avaldatud uurimistöö tulemustes arvutati välja, et minimaalne uuritava materjali hulk Q-DIO mõõdiku reliaabluse hindamiseks Cronbach'i alfa abil on vajalik vähemalt 145 vaatlusprotokolli. Lähtuvalt Costa Linch jt (2015) uurimistöö tulemustest on kasutatud antud magistritöös uurimismaterjali üldhulgaks 150 õenduslugu. Andmeid koguti perioodil 01.12.2019 – 15.02.2020 ning saadud andmebaas on numbriline. Andmeid analüüsitakse kirjeldava statistika abil. Magistritöö tulemuseks on õendusdokumentatsiooni kvaliteedi kirjeldus Eesti kahe üldhaigla, AS Järvamaa Haigla ja Lõuna-Eesti Haigla AS õendusabi-, kirurgia -ja siseosakonna õenduslugudes.

2.2. Uuritav materjal

Uuritavaks materjaliks on juhuslik valim Lõuna-Eesti Haigla ja Järvamaa Haigla statsionaarse õendusabi-, kirurgia- ja siseosakonna patsientide õenduslugudest. Uuritavaks materjaliks on õendusprotsessi kirjeldav sisu. Vaadeldavateks osadeks olid õendusloo anamneesi osa, õendusplaan, õenduspäeviku sissekanded, jälgimisleht (kehatemperatuur, vererõhk, pulss, tarbitud vedelik, diurees, kõhutegevus, oksendamine, saturatsioon, dieet), haava hindamise ja haava sidumisprotokoll, lamatiste hindamise protokoll, kukkumiste hindamise skaala. Võttes aluseks Müller-Staub jt (2008a, 2008b) varasemad uurimused võeti valimisse õenduslood, kus patsient oli viibinud haiglas üle nelja päeva.. Mõlemast haiglast võeti valimisse hindamiseks 75 õendusdokumenti, sealhulgas igast osakonnast võrdsuse alusel 25 õenduslugu, et ei jääks domineerima ühe osakonna õendusdokumentatsioon. Aktiivravi osakondades on õenduslugu haiguloo üks osa, statsionaarses õendusabi osakonnas vormistatakse patsiendile õenduslugu. Mõlemas haiglas jagati vastavalt valikukriteeriumile haiguslood/õenduslood osakondade kaupa eraldi pakkidesse. Igast uuringus osalevast osakonna õendusdokumentatsiooni pakist valiti välja 25 õenduslugu. Kokku oli Järvamaa Haiglas märtsi kuuga lõpetatud 164 ravijuhtu, õendusabi osakonnas 34,

kirurgia osakonnas 91 ja siseosakonnas 39. Nendest valimiskriteeriumile vastavaid ravijuhtusid oli õendusabi osakonnas 33, kirurgia osakonnas 37, siseosakonnas 32. Valimist jäi välja 1 õendusabi osakonna õenduslugu, 54 kirurgia- ja 7 siseosakonna õenduslugu. Lõuna Eesti Haiglas oli lõpetatud 290 ravijuhtu, millest õendusabi osakonnas 70, kirurgia osakonnas 94 ja siseosakonnas 126. Nendest valikukriteeriumile vastavaid ravijuhtusid oli õendusabi osakonnas 61, kirurgia osakonnas 50, siseosakonnas 105. Valimist jäi välja õendusabi osakonnast 9, kirurgia osakonnast 44 ja siseosakonnast 21 õenduslugu. Igast osakonna dokumentatsiooni pakist valiti juhuslikkuse alusel välja 25 õenduslugu. Selleks jagati valimi üldarv 150 igast osakonnast planeeritud õenduslugude valimi arvuga 25, milleks oli 6 ja mis tähistab õendusloo valimisse sattumist. Seega mõlema haigla iga osakonna õendusdokumentatsiooni pakist valiti/loendati iga kuues õenduslugu valimisse.

2.3. Andmete kogumine

Andmete kogumiseks õendusdokumentatsioonist kasutati Müller-Staub jt (2009) poolt loodud QDIO mõõdikut mis koosneb 29 vaatluspunktist ja on jagatud neljaks dimensiooniks: õendusdiagnoos, kui protsess, õendusdiagnoos kui väljend, õendussekkumised, õendusabist sõltuvad patsiendi tulemused. Mõõdiku esimeses osas (õendusdiagnoos kui protsess) kasutatakse 3- astmelist Likert-tüüpi skaalat 2-0 (2- korrektselt dokumenteeritud; 1- osaliselt dokumenteeritud; 0- dokumenteerimata). Sellega hinnatakse, kas dokumentatsioon on täielik, osaline või puudulik. Ankeedi kolmes järgnevas osas (õendusdiagnoos kui tulemus, õendussekkumised, õendustulemused) kasutatakse 5- astmelist Likert-tüüpi skaalat 4-0 (4- korrektselt dokumenteeritud; 3- osaliselt korrektselt dokumenteeritud; 2- sõnastatud; 1- osaliselt sõnastatud; 0- dokumenteerimata) (Müller-Staub jt 2009).

1. Õendusdiagnoos kui protsess (1-11). Õe-patsiendi vaheline professionaalne suhe on eeltingimuseks õendusdiagnoosi määratlemisel. Kui õde kasutab õendusprotsessi ning kuulab anamneesi ja hindab milline on isiku hetkel olev tervises seisund, milline on isiku soovitud tervises seisund. Selles etapis kogutakse info patsiendi olemasoleva tervises seisundi kohta. Andmeid saadakse patsiendi läbivaatuse käigus, patsiendi ja tema perega rääkides ning dokumentatsiooni analüüsides. Selles etapis a) sorteeritakse, kogutakse ja analüüsitakse andmeid määratlemaks patsiendi olemasolevat tervises seisundit (tegelikud ja potentsiaalsed tervise probleemid ja tugevused); b) kirjutatakse täpne tervises seisundi määratlus ja faktorid, mis seisundit mõjutavad; c) määratletakse olulised diagnoosid ja d) otsustatakse, millised diagnoosid on vastavuses õendusabiga (Müller-Staub jt 2009).

2. Õendusdiagnoos kui väljend (12-19). See osa rõhutab kvalitatiivset kriteeriumi sõnastatud õendusdiagnoosidele. Selles etapis töötatakse patsiendiga soovitud tulemuste sõnastamiseks, mis tähendab, et otsustatakse, mil viisil ning mis perioodil patsiendi seisund muutub. Selles etapis valitud tulemused on kriteeriumiks hindamise teostamisel lõpphindamise etapis. Selles etapis valitakse sekkumised, mis toetavad heaolu või ennetavad, parandavad või leevendavad terviseprobleeme. Tulemuste saavutamiseks planeeritakse kindlad sekkumised õendusdiagnoosist lähtuvalt (Müller-Staub jt 2009).

3. Õendussekkumised (20-22). Selles etapis suheldakse kogu tervishoiumeeskonnaga ning viiakse ellu sekkumisi, mis on viidatud õendusplaanis või delegeeritakse sekkumise teostamine teistele. Selle etapi viimane tegevus on dokumenteerimine - salvestatakse teostatud tegevused ja muutused. Selles etapis selgub planeeritud õendussekkumiste ja täide viidud sekkumiste seotus õendusdiagnoosiga (Müller-Staub jt 2009).

4. Õendusabist sõltuvad patsiendi tulemused (23-29). Selles etapis võrreldakse patsiendi terviseseisundit soovitud tulemustega, mis on määratletud tulemuste planeerimise etapis.

Määratletakse seda, kas sekkumised olid või ei olnud kasulikud soovitud tulemuste saavutamisel. Võrreldakse seost tulemuste ja sekkumiste vahel (Müller-Staub jt 2009).

Mõlemas haiglas telliti arhiivist kirurgia- ja siseosakonna haiguslood ning statsionaarse õendusabi õenduslood arhiivist haigla andmetöötaja poolt ja anti üle uurijale andmete kogumiseks. Järvamaa Haiglas oli kogu õendusdokumentatsioon paberkandjal. Valimisse sattunud õenduslood kodeeriti/numereeriti ja sisestati MS Exeli tabelisse. Igale õendusloole anti uurija poolt number. Erinevalt Järvamaa Haigla õendusdokumentatsioonist oli Lõuna-Eesti Haigla kirurgia- ja siseosakonna õendusdokumentatsioon osaliselt dokumenteeritud elektroonselt. Seega valimisse sattunud õendusloo elektrooniliselt dokumenteeritud osade sissekanded koguti elektroonilisest andmebaasist. Andmete kogumine toimus haiglas selleks ette nähtud eraldi ruumis. Andmete töötlus toimus uurija isiklikus sülearvutis, mis on paroolidega kaitstud.

2.4 Andmete analüüs

Andmebaas moodustati 150-st õendusdokumentatsioonist. Andmed kogumisel kasutati Q-DIO mõõdiku vaatlusprotokollis märgitud Likert-tüüpi skaalat 2-0 ja 4-0. Kogutud andmete analüüsiks kasutati varasematele uurimistöödele tuginedes (Müller-Staub jt 2007, 2008a, 2008b, Costa Linch jt 2012,2015) kirjeldavat statistikat. Kirjeldava statistikana kasutati sagedusjaotusi (n ja %). Andmete analüüsiks mõlema haigla õendusdokumentatsioon koondati ja haiglaid eraldi ei uuritud. Andmetöötlus ja andmeanalüüs teostati programmis MS Excel 16.

3. TULEMUSED

3.1. Patsiendi tervises seisundi hindamise dokumenteerimise kvaliteet

Mõõdiku esimeses dimensioonis hinnati patsiendi tervises seisundi dokumenteerimise kvaliteeti, mis kajastub vaatluspunktides 1-11. Selle dimensiooni vaatluspunktide täitmiseks vaadeldi ja hinnati sissekandeid patsiendi haigusloo anamneesi osast. Hinnati 3-astmelisel Likert tüüpi skaalal 2-0 (2-korrektelt dokumenteeritud; 1-osaliselt dokumenteeritud; 0-dokumenteerimata). Tabelis 2 on esitatud õendusprotsessi dokumenteerimise kvaliteedile antud hinnangute keskmised (M) ja standardhälbed (SD).

Tabel 3. Patsiendi tervises seisundi hindamise dokumenteerimise kvaliteedile antud hinnangute keskmised (M) ja standardhälbed (SD)

	Õendusdokumentatsiooni vaatluspunktid	M	SD
1	Tegelik olukord, mis põhjustas hospitaliseerimise	1,87	0,35
2	Hospitaliseerimisega seotud ärevus ja mured, ootused ja soovid	0,006	0,08
3	Sotsiaalne olukord ja elukeskkond/tingimused	1,80	0,51
4	Toimetulek tegeliku olukorra/haigusega	1,75	0,53
5	Elu puudutavad uskumused ja suhtumised (seotud hospitaliseerimisega)	0	0
6	Patsiendi sugulaste/lähedaste teadlikkus olukorrast	0,70	0,95
7	Intiimsus, naine/mees	0,6	0,91
8	Hobid, vabaajategevused	0,36	0,61
9	Lähedased (kontaktisikud)	1,9	0,37
10	Igapäevatoimingud	0,35	0,62
11	Anamneesist lähtuvad õendusabi prioriteedid	1,83	0,40

Joonisel 1. on esitatud sagedusjaotused patsiendi tervises seisundi hindamise dokumenteerimise tulemustele. Hinnangu andmine toimus 3-astmelisel Likert tüüpi skaalal (2-korrektelt dokumenteeritud, 1-osaliselt korrektelt dokumenteeritud, 0-dokumenteerimata). Q-DIO mõõdiku esimese dimensiooni põhjal kogutud dokumendi vaatluse tulemused on kirjeldatud järgmiselt:

1. Korrektelt oli dokumenteeritud enamus 88% (n=132) õenduslugudes hospitaliseerimise põhjus koos täpsustava tervises seisundi kirjeldusega haiglasse pöördumisel. Näiteks „õhupuudus“, „nõrkus“, „tasakaaluhäired“, „ebastabiilsed kõrged veresuhkru näitajad“, alakõhuvalu“, operatsiooni või uuringu nimetus, milleks haiglasse pöördumine toimus. Osaliselt korrektelt 11,3% (n=17) oli dokumenteeritud hospitaliseerimise põhjus. Sellisel juhul polnud täpsustatud seisundit, oli märgitud

„hospitaliseeritud halva enesetunde tõttu“, „ravi korrigeerimiseks“; „diagnoosi täpsustamiseks“. Sissekanne hospitaliseerimise põhjuse kohta puudus ühes õendusdokumendis (n=1; 0,7%).

2. Hospitaliseerimisega seotud ärevus ja mured, ootused ja soovid oli korrektselt kirjeldamata kõikides õenduslugudes (n=149). Ühel juhul oli kirje osaliselt olemas ühes õendusloos (n=1, 0,7%), märkides „teadmatus seoses tulevikuga“. Sissekanded puudusid 99,3% (n=149) õenduslugudes.

3. Sotsiaalne olukord ja elukeskkond/tingimused punktis olid mõlemad aspektid korrektselt dokumenteeritud 86%-l juhtudest (n=129). Osaliselt oli dokumenteeritud 8,7% juhtudest (n=13). Märkimata oli jäetud 5,3%-l (n=8) sissekannetes.

4. Toimetulek tegeliku olukorra/haigusega oli korrektselt dokumenteeritud rohkem kui pooltes (n=120, 80%) õenduslugudes, kus oli märgitud patsiendi emotsionaalne seisund ja vaimne tervis. Näiteks: haigustunnetus - saab aru oma seisundist; meeleolu - ärritatud/rahulik; kontaktivõime - saavutab kontakti, kontaktivõimetu. Osaliselt korrektselt oli dokumenteeritud 15% (n=23) õenduslugudes. Ühe punkti vääriliseks hinnati sissekanne, kuna oli dokumenteeritud ainult üks aspekt. Dokumenteerimata oli jäetud 5%-l (n=7) õenduslugudes, kus puudusid sissekanded emotsionaalse seisundi ja toimetuleku kohta.

5. Uskumused ja suhtumised (seotud hospitaliseerimisega) puudusid sissekanded kõigis õenduslugudes (n=150).

6. Patsiendi sugulaste/lähedaste teadlikkus olukorrast oli korrektselt dokumenteeritud 35% (n=53) õenduslugudes. Osaliselt korrektselt dokumenteeritud õenduslugude sissekandeid ei fikseeritud. Dokumenteerimata oli antud vaatluspunkt 65%-l (n= 97) õenduslugudes.

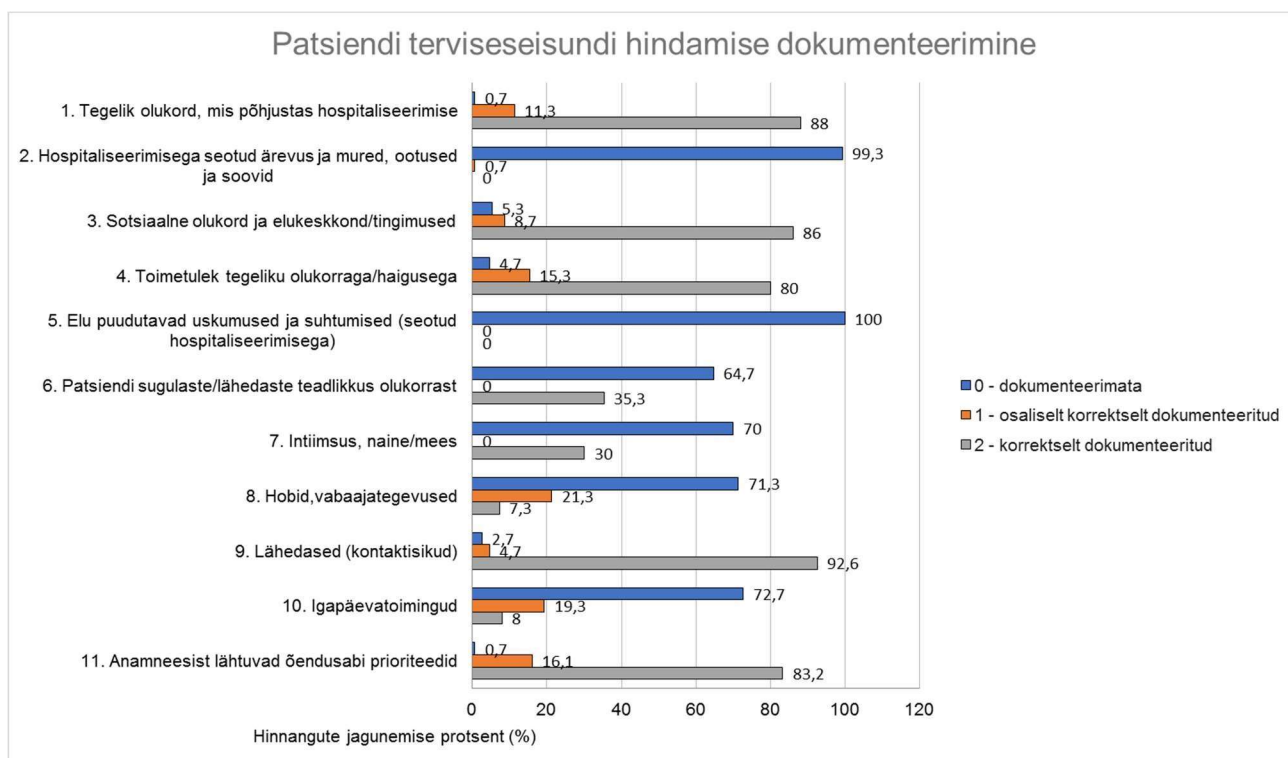
7. Intiimsus, naiseks, meheks olemine kohta oli märge soo kohta dokumenteeritud 30%-l (n=45) korral. Dokumenteerimata oli 70%-l (n=105).

8. Hobid/vabaajategevused olid korrektselt dokumenteeritud 7,3 % juhul (n=11). Näiteks- meeldib lugeda, ristsõnu lahendada, vaatab telerit vaadata, jalutab õues. Ühe punkti vääriliselt oli dokumenteeritud 21,3% juhtudest (n=21), ning 71,3%-l (n=107) õendusdokumentatsioonis puudus sissekanne.

9. Lähedased (kontaktsikud) olid korrektselt dokumenteeritud 92,6%-l juhtudest (n=139), kus sissekandes oli märgitud kontaktsik ja patsiendi seos kontaktsikuga. Osaliselt korrektselt, kus seos patsiendiga oli märkimata, oli dokumenteeritud 4,6%-l juhtudest (n=7). Dokumenteerimata oli jäetud 2,6% (n=4).

10. Igapäevatoimingute kohta oli korrektselt dokumenteeritud 8%-l (n=12) korral. Osaline dokumenteerimine 19 %- l (n=29) korral. Vastav sissekanne oli jäetud tegemata 73 %-l (n=109).

11. Anamneesist lähtuvad õendusabi prioriteedid olid dokumenteeritud korrektselt 82,6 %-l juhtudest (n=124). Osaliselt korrektselt 16%-l juhul (n=24). Dokumenteerimata oli jäetud 0,6% (n=1).



Joonis1. Patsiendi tervises seisundi hindamise dokumenteerimise kvaliteedile antud hinnangute jagunemine (%) 3astmelisel skaalal (2-1-0)

3.2. Õendusdiagnoosi nimetuse, etioloogia, tunnuste ja sümptomite dokumenteerimise kvaliteet

Mõõdiku teises dimensioonis hinnati õendusdiagnoosi nimetuse, etioloogia, tunnuste ja sümptomite dokumenteerimise kvaliteeti, mis kajastub vaatluspunktidest 12-19 Likert tüüpi 5astmelisel skaalal (4-korrektselt dokumenteeritud, 3-osaliselt korrektselt dokumenteeritud, 2 korrektselt sõnastatud, 1-osaliselt sõnastatud, 0-dokumenteerimata). Tabelis 4 on esitatud õendusdiagnoosi nimetuse, etioloogia, tunnuste ja sümptomite dokumenteerimise kvaliteedile antud hinnangute keskmised (M) ja standardhälbed (SD).

Tabel 4. Õendusdiagnoosi nimetuse, etioloogia, tunnuste ja sümptomite dokumenteerimise kvaliteedile antud hinnangute keskmised (M) ja standardhälbed (SD)

	Õendusdokumentatsiooni vaatluspunkt	M	SD
12	Õendusprobleem/diagnoos on dokumenteeritud	2,44	0,98
13	Õendusdiagnoos on sõnastatud NANDA järgi ja kodeeritud	1,72	1,36
14	Etioloogia (E) on dokumenteeritud	2,12	1,39

15	Etioloogia (E) on korrektne, seotud/vastab õendusdiagnoosile (P)	1,99	1,39
16	Tunnused ja sümptomid on sõnastatud	1,98	1,31
17	Tunnused ja sümptomid (S) on korrektselt seotud õendusdiagnoosiga (P)	1,96	1,31
18	Õendusabi eesmärk on seotud õendusdiagnoosiga/vastab õendusdiagnoosile	2,37	1,02
19	Õendusabi eesmärk on saavutatav läbi õendussekkumiste	2,09	0,97

12. Õendusprobleem/diagnoos oli dokumenteeritud korrektselt 17,3% õenduslugudes (n=26), osaliselt korrektselt oli dokumenteeritud 28% õenduslugudes (n=42). Korrektselt oli sõnastatud 37,3% (n=56), osaliselt sõnastatud oli 28%-l juhtudest (n=42). Dokumenteerimata oli jäetud 17,3% (n=26).

13. Õendusdiagnoos on sõnastatud NANDA järgi ja kodeeritud. Sellele kriteerimile vastavaid korrektseid dokumenteerimisi oli 1,3% (n=2). Osaliselt korrektselt oli dokumenteeritud 46% (n=69). Korrektselt oli sõnastatud 8% (n=12), osaliselt oli sõnastatud 12,6% (n=19). Dokumenteerimata oli 32%-l (n=48) õenduslugude sissekannetes.

14. Õendusdiagnoosi etioloogia on dokumenteeritud korrektselt 18,6%-l (n=28), osaliselt korrektselt oli dokumenteeritud 32% (n=48). Korrektselt oli sõnastatud 8% (n=12), osaliselt oli sõnastatud 25,3% (n=38). Dokumenteerimata oli 16% õenduslugude sissekannetes (n=24).

15. Õendusdiagnoosi etioloogia on korrektne, kooskõlas õendusdiagnoosiga. Korrektselt oli dokumenteeritud 16,6%-l juhtudest (n=25), osaliselt korrektselt oli dokumenteeritud 30%-l (n=45). Korrektne sõnastus oli 5,3%-l (n=8), osaline sõnastus oli 32%-l (n=48) õendusloo sissekannetes. Dokumenteeritud ei olnud 16% õenduslugudes (n=24).

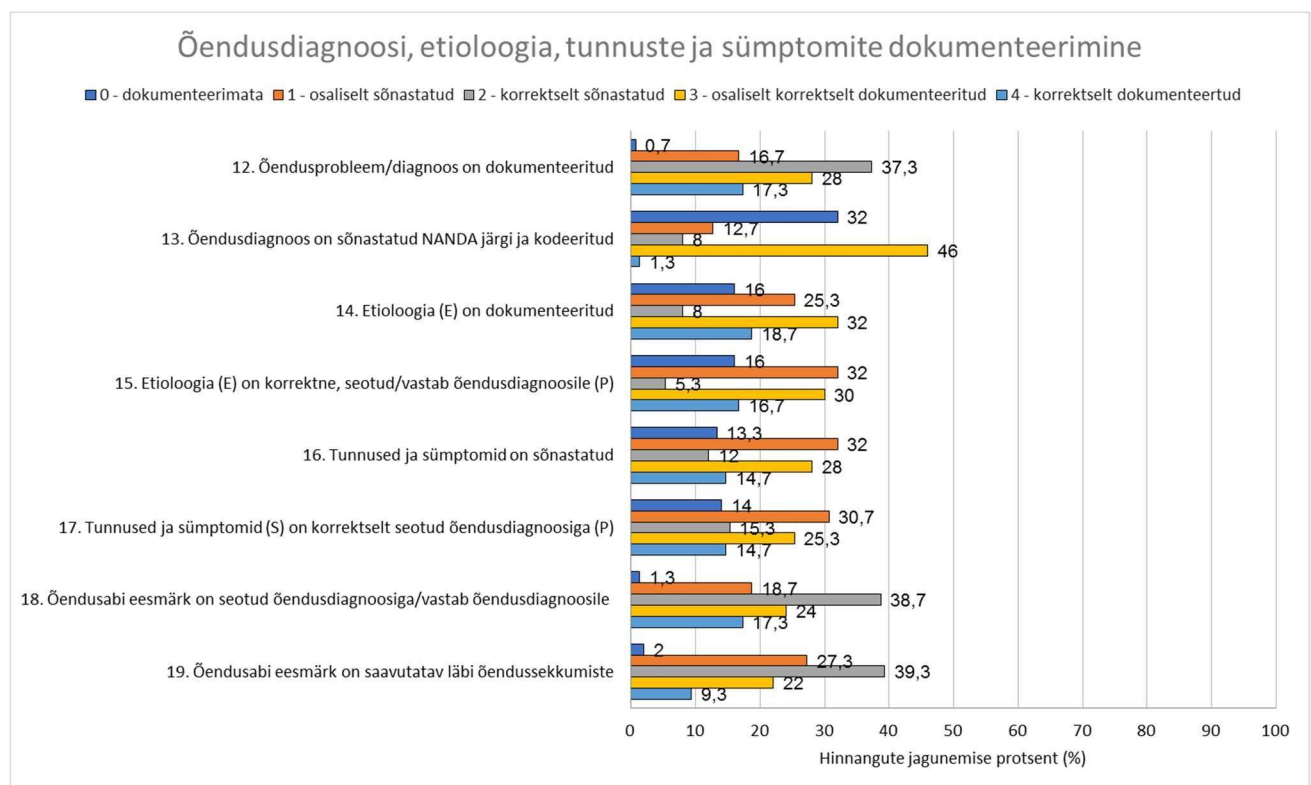
16. Tunnused ja sümptomid on täpselt sõnastatud ja korrektselt dokumenteeritud 14,6%-l (n=22), osaliselt korrektselt oli dokumenteeritud 28%-l (n=42) õendusloo sissekannetes. Korrektne sõnastus oli 12% sissekannete puhul (n=18), osaliselt oli sõnastatud 32% (n=48). Dokumenteerimata oli jäetud 20 õendusloos 13,3% (n=20) õenduslugudes.

17. Tunnused ja sümptomid on seotud õendusdiagnoosiga. Korrektselt dokumenteeritud oli 14,6% õenduslugudes (n=22), osaliselt korrektselt oli dokumenteeritud 25,3% (n=38). Korrektselt oli sõnastatud 15,3%-l (n=23), osaliselt oli sõnastatud 30,6% (n=46). Dokumenteerimata oli jäetud 14%-l (n=21) õenduslugudes.

18. Õendusabi eesmärk on seotud/vastab õendusdiagnoosile ning oli korrektselt dokumenteeritud 17,3%-l (n=26), osaliselt korrektselt oli dokumenteeritud 24%-l (n=36). Korrektne sõnastus oli 38,6% (n=58), osaline sõnastus oli 18,6% (n=28) dokumentatsioonist. Dokumenteerimata oli jäetud 1,3% (n=2) õenduslugu.

19. Õendusabi eesmärk on saavutatav läbi õendussekkumiste. Korrektselt dokumenteeritud sissekandeid oli 9,3%-l (n=14), osaliselt korrektne oli dokumenteerimine

22%-l (n=33. Korrektne sõnastus oli 39,3%-l (n=59), osaline sõnastus oli 27,3% (n=41).
Dokumenteermata oli jäetud 2% (n=3) õendusloos sissekannet.



Joonis 2. Õendusdiagnoosi, etioloogia, tunnuste ja sümptomite dokumenteerimise kvaliteedile antud hinnangute jagunemine (%) 5-astmelisel Likert skaalal (4-3-2-1-0)

3.3. Planeeritud ja teostatud õendussekkumiste dokumenteerimise kvaliteet

Mõõdiku kolmandas dimensioonis mõõdeti planeeritud ja teostatud õendussekkumiste dokumenteerimise kvaliteeti, mis kajastub vaatluspunktid 20-22 (4-korrektelt dokumenteeritud, 3-osaliselt korrektelt dokumenteeritud, 2-korrektelt sõnastatud, 1-osaliselt sõnastatud, 0dokumenteermata). Tabelis 5 on esitatud planeeritud ja teostatud õendussekkumiste dokumenteerimise kvaliteedile antud hinnangute keskmised (M) ja standardhälbed (SD).

Tabel 5. Planeeritud ja teostatud õendussekkumiste dokumenteerimise kvaliteedile antud hinnangute keskmised (M) ja standardhälbed (SD)

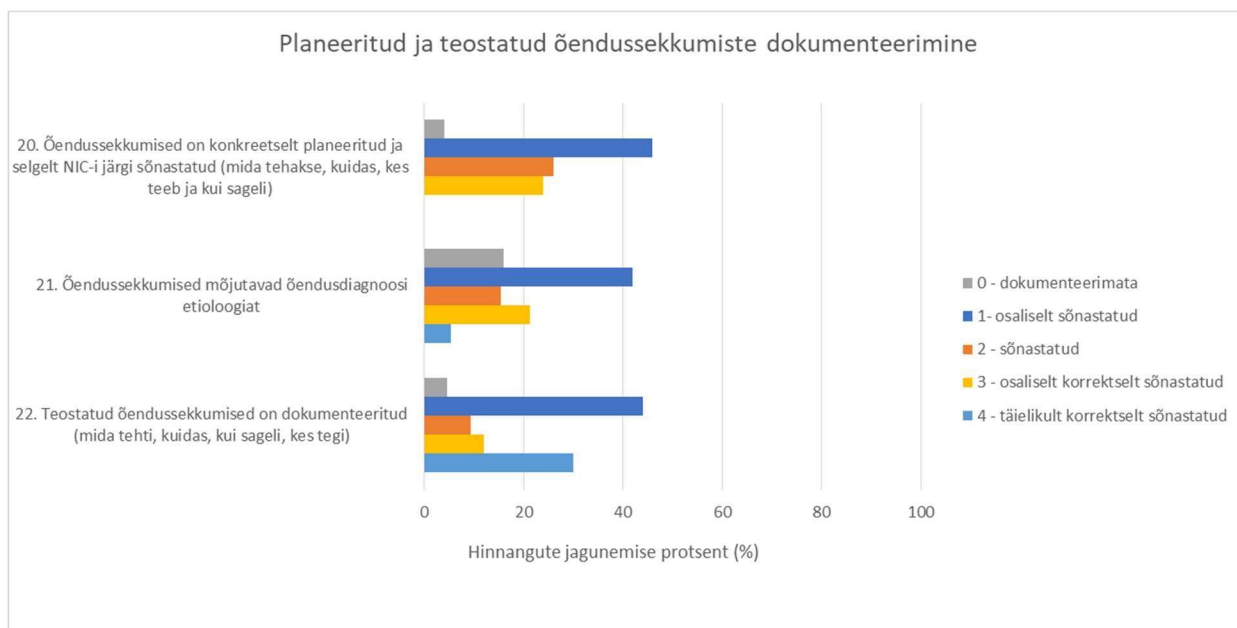
	Õendusdokumentatsiooni vaatluspunktid	M	SD
20	Õendussekkumised on konkreetselt planeeritud ja selgelt NIC-i järgi sõnastatud (mida tehakse, kuidas, kes teeb ja kui sageli)	1,7	0,88
21	Õendussekkumised mõjutavad õendusdiagnoosi etioloogiat	1,58	1,14
22	Teostatud õendussekkumised on dokumenteeritud (mida tehti, kuidas, kui sageli, kes tegi)	2,18	1,38

Planeeritud ja teostatud õendussekkumiste dokumenteerimise kvaliteedi hindamise tulemused Likert tüüpi 5-astmelisel skaalal (4-korrektelt dokumenteeritud, 3-osaliselt korrektelt dokumenteeritud, 2-korrektelt sõnastatud, 1-osaliselt sõnastatud, 0-dokumenteermata).

20. Õendussekkumised ei olnud korrektelt planeeritud ja NIC järgi sõnastatud, mida tehakse, kuidas, kui sageli ja kes teeb (n=150) üheski õendusdokumentatsioonis. Osaliselt korrektelt oli dokumenteeritud 24%-l (n=36) kui oli märgitud õendussekkumised, kuid puudus sissekanne tehtud tegevuse kohta jälgimislehel või ravilehel. Korrektelt oli sõnastatud 26%-l (n=38) ja osaliselt oli sõnastatud 46%-l (n=69). Näiteks olid vajadusel määratud ravimite manustamine dokumenteeritud, kuid ravilehel puudus ravimi manustamise kellaeg ja puudus sissekanne õendusplaanis. Dokumenteerimata oli jäetud 4% (n=6).

21. Õendussekkumised mõjutasid õendusdiagnoosi etioloogiat. Selles vaatluspunktis hinnati korrektelt dokumenteeritud sissekandeid 5,3%-l (n=8) sissekannete puhul, kui sai seostada õendussekkumiste mõju etioloogiale. Osaliselt korrektelt oli dokumenteeritud 21,3%-l (n=32). Korrektelt oli sõnastatud 15,3% (n=23), osaliselt oli sõnastatud 42% (n=63). Näiteks oli õendussekkumiste planeerimisel määratud tegevustel seos etioloogiaga. Dokumenteerimata oli 16% (n=24).

22. Teostatud õendussekkumised on dokumenteeritud (mida tehti, kuidas, kui sageli, kes tegi) korrektelt oli dokumenteeritud 30% (n=45). Osaliselt korrektelt oli dokumenteeritud 12% (n=18). Näiteks puudusid õe sissekannetel inhalatsiooni tegemise kellaeg, allkiri või pitsat. Korrektelt oli sõnastatud 9,3%-l (n=14). Näiteks puudus kanüüli hindamise kellaeg, veenikanüüli suurus. Osaliselt oli sõnastatud 44% (n=66). Näiteks puudus lamatiste haavandi sidumise leht. Dokumenteerimata oli 4,7% (n=7).



Joonis 3. Planeeritud ja teostatud õendussekkumiste dokumenteerimise kvaliteedile antud hinnangute jagunemine (%) 5astmelisel Likert skaalal (4-3-2-1-0)

3.4. Õendustulemuste dokumenteerimise kvaliteet

Mõõdiku neljandas dimensioonis mõõdeti õendusabist sõltuvaid patsienditulemuste dokumenteerimise kvaliteeti, mis kajastub vaatluspunktidest 23-27 Likert tüüpi 5-astmelisel skaalal (4-korrektselt dokumenteeritud, 3-osaliselt korrektselt dokumenteeritud, 2-korrektselt sõnastatud, 1-osaliselt sõnastatud, 0-dokumenteerimata). Tabelis 6 on esitatud õendusabist sõltuvate patsienditulemuste dokumenteerimise kvaliteedile antud hinnangute keskmised (M) ja standardhälbed (SD)

Tabel 6. Õendustulemuste dokumenteerimise kvaliteedile antud hinnangute keskmised (M) ja standardhälbed (SD)

	Õendusdokumentatsiooni vaatluspunkt	M	SD
23	Ägedad muutuvad diagnoosid hinnatakse iga päev, püsivaid diagnoose iga neljandal päeval	2,2	1,78
24	Õendusdiagnoos on uuesti sõnastatud	0,42	0,81
25	Õendustulemus on dokumenteeritud	2,34	1,32
26	Õendustulemus on dokumenteeritud vaadeldavalt/mõõdetavalt NOCi järgi	1,76	1,24
27	Õendustulemus näitab • Muutust patsiendi sümptomites • Patsiendi teadlikkuse paranemist • Patsiendi toimetuleku paranemist • Patsiendi enese eest hoolitsemisvõime paranemist • Funktsionaalse seisundi paranemist	2,24	1,17

28	Õendusabist sõltuvate patsienditulemuste ja õendussekkumiste vahel on seos	2,22	1,12
29	Õendusabist sõltuvad patsienditulemused ja õendusdiagnoosid/õendusprobleemid on sisemiselt seotud	2,23	1,13

23. Ägedad diagnoosid on hinnatud igapäevaselt, igas valves, püsivad diagnoosid on hinnatud igal neljandal päeval. Korrektset dokumenteerimist oli 42%-l õendusdokumentatsioonist (n=63), osaliselt korrektset dokumenteerimist täheldati 11,3%-l (n=17). Korrektset oli sõnastatud 4,7% (n=7), osaline sõnastus oli dokumenteeritud 8,7%-l (n=13) juhul. Dokumenteerimata oli 33%-l (n=50) õenduslugude sissekannetes.

24. Õendusdiagnoos uuesti sõnastatud 4 punkti vääriliselt ei olnud (n=150), osaliselt korrektset oli dokumenteeritud 2% (n=3). Korrektset uuesti sõnastatud oli 14,6% (n=22), osaliselt oli sõnastatud 6,7%-l (n=10) juhtudel. Sissekanne oli jäetud tegemata 77%-l õenduslugudes (n=115).

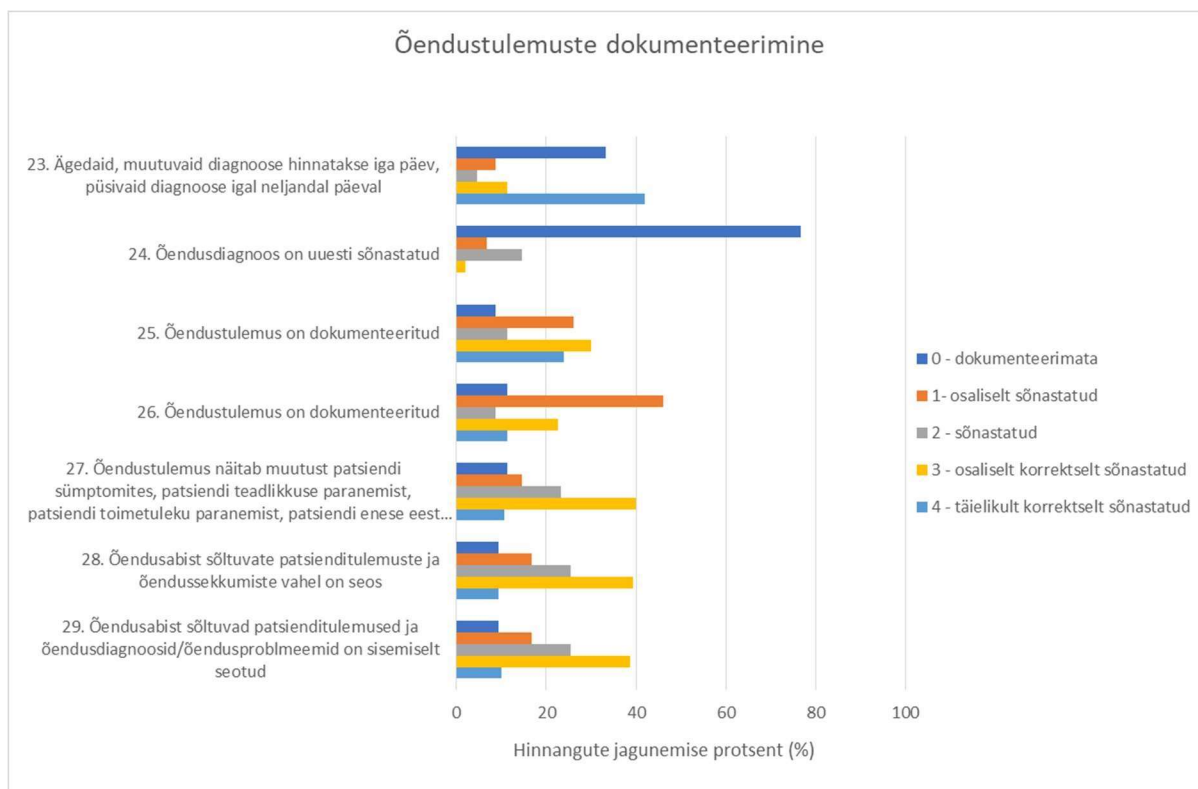
25. Õendustulemus on dokumenteeritud korrektset 24%-l sissekannetest (n=36), osaline korrektne dokumenteerimine 35%-l (n=45). Korrektne sõnastus täheldati 11%-l (n=17), osaliselt oli sõnastatud 26% (n=39). Dokumenteerimata oli jäetud 8,6%-l (n=13).

26. Õendustulemus on dokumenteeritud vaadeldavalt/mõõdetavalt. Korrektset dokumenteerimist täheldati 11% -l juhtudest (n=17), osaliselt korrektne vaadeldav/mõõdetav tulemuste dokumenteerimine oli 22,6% (n=34). Korrektne sõnastus oli 8,66%-l (n=13), osaline sõnastus 46%-l (n=69). Dokumenteerimata oli jäetud 11,3% (n=17)

27. Õendustulemuse korrektset dokumenteerimist oli 10,6% (n=16), osaliselt korrektset oli dokumenteeritud 40% (n=60). Korrektne sõnastus oli dokumenteeritud 23,3%-l (n=35), osaline sõnastus oli 14,6%-l (n=22). Dokumenteerimata oli jäetud 11,3 % (n=17).

28. Õendusabist sõltuvate patsienditulemuste ja õendussekkumiste vaheline seos oli korrektset dokumenteeritud 9,33%-l (n=14) juhul, osaline korrektne dokumenteerimine oli märgitud 39,3%-l (n=59). Korrektset oli sõnastatud 25,3 % juhtudest (n=38), osaliselt oli sõnastatud 16,6% (n=25). Õendusabist sõltuvate patsienditulemuste ja õendussekkumiste vahelist seost polnud dokumenteeritud 9,33%-l (n=14) juhtudest.

29. Õendusabist sõltuvad patsienditulemused ja õendusdiagnoosid/õendusprobleemide on sisuliselt ühtivad. Korrektset dokumenteerimist täheldati 10%-l (n=15), osalist korrektset oli dokumenteeritud 38,6%-l (n=58). Korrektset oli sõnastatud 25,3%-l (n=38), osaliselt korrektset oli sõnastatud 16,7% (n=25). Dokumenteerimata oli hinnang 9,3%-l õendusloo sissekannetes (n=14).



Joonis 4. Õendustulemuste dokumenteerimise kvaliteedile antud hinnangute jagunemine (%) 5-astmelisel Likert skaalal (4-3-2-1-0)

4. ARUTELU

4.1. Olulisemad tulemused

Antud magistritöö täitis eesmärgi kirjeldada õendusabi dokumentatsiooni kvaliteeti Eesti kahe üldhaigla õendusabi-, kirurgia ja siseosakonna õendusdokumentatsiooni põhjal. Andmeid koguti kahes üldhaiglas, kus on kasutusel erinevad haigla elektroonilised infosüsteemid õendustegevuste dokumenteerimiseks ja erinevad on ka paberil õendusloo vormid. Olenemata haiglas kasutusel olevast süsteemist, sai mõõdikut kasutada ja ei ilmnunud andmete kogumisel dokumenteerimise vormist tulenevaid kitsaskohti. Q-DIO mõõdiku abil saadi läbilõikeline kirjeldus 150 juhuslikkuse printsiibi alusel valitud õendusloo dokumenteerimise kvaliteedist. Andmetöötlus ja andmeanalüüs teostati programmis MS Excel 16. Kirjeldava statistikana kasutati sagedusjaotusi (n ja %) hinnates vaatluspunkte skaaladel 2-0 ja 4-0 esinemissageduse hindamiseks ja kirjeldamiseks ning keskmise (M) ja standardhälbe (SD).

Patsiendi vaates on väga oluline, et õed dokumenteeriksid patsiendi toimetulekut mõjutavad tegurid ja abivajaduse kohe haiglasse saabudes. Kui anamneesi võtmisel jäävad tähelepanuta patsiendi toimetulekut mõjutavad kaasuvad haigused ning seetõttu ei hinnata adekvaatselt inimese võimet ise süüa-juua. Nt lihashaigust põdev inimene satub haiglasse toimetulematuse tõttu vaimse tervise probleemidest. Õde saab anamneesi võttes teada, et patsient sööb-joob ise, aga ei analüüsi patsiendi hetkeolukorda ja kaasuva haiguse eripära ning keskendudes ainult patsiendi vastusele jääb tähelepanuta asjaolu, et patsient sööb küll ise, aga ainult tahket toitu ja joob ka ise, aga ainult osaliselt täidetud jooginõust kui see on käeulatuses. Sellise olulise informatsiooni kirja panemata jätmise korral jääb kolleegidel tähelepanuta patsiendil vedeliku defitsiidi tekkimise oht.

Antud töö tulemused on võrreldavad Naelapää (2018) uurimistöö tulemustega. Sarnaselt (Naelapää 2018), uurimistööga, kes tõi oma uurimuses välja puudused õendusloo anamneesi vormis ja erinevused osakondade õendusloo vormide vahel, on antud uurimistöö puhul tegemist samasuguse olukorraga. Haiglatel on erinevad õendusloo vormid, osad andmed olid dokumenteeritud elektrooniliselt. Naelapää 2018 hinnangul oli seepärast dokumenteerimata jäänud psühhosotsiaalsed tegurid: hospitaliseerimisega seotud ärevus ja mured, ootused ja soovid, uskumused ja ellusuhtumine (hospitaliseerimisega seotud), patsiendi ja sugulaste/lähedaste teadlikkus olukorrast, intiimsus, meheks/naiseks olemine, hovid, vabaajategevused. Ka antud uurimuses olid need dokumenteeritud tagasihoidlikult. Kuigi dokumentides olid selleks osaliselt kohad olemas, ei pööra õed piisavalt tähelepanu

patsientide emotsionaalse seisundi dokumenteerimisele. Igapäevaselt siiski arvestatakse hospitaliseerimisega seotud muresid rohkem. Kui eakal jääb haiglasse sattudes kass üksi koju ja ta on seetõttu ärev ning mures, siis sotsiaaltöötaja kaasabil see mure lahendatakse koostöös kohaliku omavalitsusega. Miks paljud psühhosotsiaalsed tegurid jäävad dokumenteerimata, on ilmselt omaette uurimistöö küsimus.

Erinevalt Naelapää (2018) uurimusest oli hospitaliseerimise põhjus dokumenteeritud enamikus õenduslugudes (88%, n=132). Õdede töö dokumenteerimine on puudulik mõlema töö tulemuste puhul. Olgugi et Tervishoiu Kõrgkoolid õppeprotsessi käigus dokumenteerimist käsitlevad, on õenduslugude sisu kvaliteeti hinnates tulemused ikkagi ebapiisavad. Q-DIO mõõdikuga on Eestis õendusdokumentatsiooni kvaliteeti hinnatud kolmes haiglas- ühes regionaalhaiglas ja kahes üldhaiglas. Kõigis haiglates on kasutusel erinev elektroonne haiglasisene programm. Ka õendusloo paberkandjal olevad vormid on sisult erinevad, kuigi õigusaktidega on kehtestatud nõutavad osad. Silma hakkas asjaolu, et statsionaarse õendusabi osakondades olid õenduslood sisukamad kui kirurgia ja sisehaiguste osakondades. See võib olla mõjutatud mitmest asjaolust. Võrreldes aktiivraviosakondadega on õendusabiosakondades õdedel võimalik pikema aja vältel oma tegevusi planeerida, hinnata ja ümber hinnata patsiendi seisundist lähtuvalt ning koolis õpitule tuginedes. Oma kogemusele toetudes näen, et haiglas, kus uurija töötab, on õendusabiosakond aastaid teinud süstemaatiliselt koolitusi õendusdokumentatsiooni täitmise parandamiseks ja täiendanud õendusdokumentide vorme vastavalt vajadustele. Õendusabiosakondades ei ole arstlikku dokumentatsiooni ja ei teki lahkavamusi arstidega dokumenteerimise osas. Aktiivrais kohtame siiski veel ka praegu arstide kommentaare selle kohta, justkui õdede kirjed risustaksid dokumentatsiooni (just elektroonset). Need on esmapilgul vähetähtsad põhjused, aga igapäevaelus püüavad kõik kohaneda ning ei soovi konflikte kolleegidega. Mis on põhjused meie tervishoiusüsteemis, et õendustegevus on puudulikult dokumenteeritud, see on laiapõhjalisem küsimus. Ehk tasuks edaspidi kaaluda võimalust teema uurimiseks kvalitatiivsete uurimismeetoditega. Teha nt kirjanduse ülevaade dokumenteerimist takistavatest teguritest või intervjuuerida õdesid ja saada seeläbi teada millised tegurid meie haiglates tagasihoidlikku dokumenteerimist põhjustavad.

Õendusdiagnoos on kliiniline otsus, mis käsitleb üksikisiku, pere, grupi või elanikkonna reaktsiooni tervises seisunditele/eluprotsessidele või selle reaktsiooni ohtu. Õendusdiagnoos koosneb kahest osast, kirjeldusest ja õendusdiagnoosi kesksest mõistest (Herdman ja Kamitsuru 2014: 25). Uurimistöös käsitletud õendusdokumentatsiooni sissekanded olid enamuses vabas vormis sõnastatud õendusprobleemid/õendusdiagnoosid, kuid oli ka

NANDA kasutamist õendusdiagnooside ja sekkumiste määramisel. Vaatlustulemustest selgub, et diagnooside püstitamine ei ole piisavalt dokumenteeritud. Rohkem oli dokumenteeritud osaliselt sõnastatud õendusdiagnoose ja õendussekkumisi. Etioloogia sõnastamine oli dokumenteerimata kolmandikus õenduslugudes. Kasutusel olevas õendusdokumentatsiooni vormis ei ole nõutud kõiki vaatlusprotokollis olevate teemade täitmist. Kui otseselt sellist küsimust ei ole, siis jääb see ka tähelepanuta ja kirja panemata. Sageli lähtutakse siiski asjaolust, et „lahtrid tuleb täita“. Toetudes saadud tulemustele, võib järeldada, et õdede hariduslik taust õendusdokumentatsiooni täitmise osas on väga erinev. Kõrghariduseta õed ei oma piisavalt teadmisi õendusprotsessi põhisest dokumenteerimisest, nende oskused on ebapiisavad. Kuna hetkel töötavad haiglates väga erineva haridusliku taustaga õed, siis on õendusjuhtide ülesanne õdede dokumenteerimise oskuste parandamine. Ka antud töö uurimustulemuste põhjal võib kaudselt järeldada, et läbi koolituste tuleb parandada õdede dokumenteerimise oskusi. Erinevad uuringud on näidanud, et peale hariduslikku sekkumist on õendusdokumentatsiooni sisu paranenud. Kõige suuremad muutused on toimunud õendusdiagnooside kasutamises ja sõnastamises. Uurimistulemused näitavad, et järjepidev õdede hariduslik sekkumine parandab õendusdokumentatsiooni kvaliteeti (Björvell jt 2002, Pöld 2017).

Õendustegevused on haiglas väga olulised ning peavad lahendama patsiendi probleeme. Iga õendusdokument peaks sisaldama kriitiliselt analüüsitud infot. Kui õendusdokumentatsioon pole selge ja täpne, siis ei saa olla professionaalne suhtlemine ega õendusabi hindamine optimaalsed Asmirajanti jt (2017). Tervise seisundi hindamisel koguvad õed subjektiivset ja objektiivset teavet (nt elutähtsad näitajad, vestlus patsiendiga/perega, füüsiline läbivaatus) ning vaatavad üle varasema teabe tervisekaardil (Herdman ja Kamitsuru 2014: 24). Töötades osakonna õendusjuhina tuleb aga tõdeda, et dokumenteerimine pole õdede puhul ikka veel oluliseks peetav tegevus ja sageli jääb kirjalikult edasi andmata väga olulist informatsiooni patsiendi abivajaduse või toimetulekut mõjutavate tegurite osas, näiteks abivahendid, vaimne seisund, sotsiaalne olukord jms. Vestlustes õdedega tuuakse puuduliku dokumenteerimise põhjuseks esmalt alati aja puudust, aga paraku ei parane dokumenteerimise kvaliteet ka siis kui personali hulka on suurendatud.

Õendussekkumised olid dokumenteeritud õenduslugudes rohkem osaliselt (46%-l) juhul. Täpseid sissekandeid, kus määratakse kes midagi teeb ja kui sageli ei olnud ühtegi. Üks tegur, mis seda võib mõjutada, võiks olla asjaolu, et dokumentatsioon on osaliselt elektrooniline ja osaliselt paberil. Kuna õendusdokumentatsiooni kohustuslikuks osaks ei ole päeviku osa, siis võib olla õdedel raskusi kokku leppida kuhu ja kuidas mingeid tegevusi

dokumenteeritakse. See jällegi on väljakutse õendusjuhtidele dokumenteerimiseks kasutatavate vormide arendamisel, et koostöös õdedega leitaks parim viis ja koht erinevate tegevuste dokumenteerimiseks.

Õendussekkumiste mõju õendusdiagnoosile oli hinnatud osaliselt sõnastatult pooltes valimis olevates õenduslugudes. Teostatud õendussekkumised olid selles kõige täpsemini kirjeldatud. Osaliselt korrektselt oli dokumenteeritud õendussekkumiste tulemusi 30%-l õenduslugudes. Õendusabist sõltuvate patsiendi tulemuste dokumenteerimise oli dokumenteeritud 42% -l õenduslugudes. Sama vaatluspunkt oli jäänud dokumenteerimata aga viiekümnel juhul. Õendusdiagnoosi uuesti ümber sõnastatud ei olnud 115 juhul. Ülejäänud vaatluspunktide puhul oli vastuste hajuvus ühtlane 5 punkti süsteemis.

Õendusprotsessist lähtuvalt näitasid vaatlustulemused väga ebaühtlast õendusabi dokumenteerimise kvaliteeti. Hindamise tulemused viitavad sellele, et õendusprotsessist lähtuvalt pole õendustegevusi korrektselt teostatud. Näiteks mõned õed polnud korrektselt teostanud tervises seisundi hindamist enne diagnoosi sõnastamist ja sekkumise teostamist. Õendussekkumised olid osaliselt sõnastatud. Parandama peaks patsiendi jälgimist, probleemide ümberhindamist.

Korrektselt dokumenteeritud seotust õendussekkumiste ja õendustulemuste vahel on vaatlusprotokollile tuginedes kirjeldatud 9,3%-l juhul, osaliselt korrektselt 39,3 %-l juhtudest. Dokumenteerimata on jäetud 9,3% (n=14) juhtudest. Ühtivust tulemuse ja diagnoosi vahel on korrektselt dokumenteeritud 10%-l õenduslugudest, osaliselt korrektselt 28,6%. Dokumenteerimata on jäänud nagu eelmises vaatluspunktis 9,3%-l õenduslugudes. Võrreldes saadud tulemusi Naelapää (2018) uurimis tulemustega, kus märges seose kohta puudus 28%-l (n=42) vaadeldavas õendusdokumentatsioonis on saadud tulemused paremad, mis aga ei ole piisavad patsiendi õendusprotsessist ülevaate saamiseks. See näitab, et õed ei lähtu patsienti käsitledes protsessipõhiselt.

Tulemused näitavad, et õendustegevused, mis teostatakse probleemide lahendamiseks ning patsiendi vajaduste rahuldamiseks, polnud süsteemselt teostatud ning õendusprotsessis jäi vajaka kriitilisest ja analüüsivast mõtlemisest. Õde, kes teostab õendustegevusi, peab dokumenteerima teostatud tegevusi lähtuvalt kehtivatest juhistest. Patsiendi turvalisus on kõigi õdede ja tervishoiutöötajate jaoks oluline alates patsiendi hospitaliseerimisest kuni haiglast väljakirjutamiseni, seetõttu on nõutud, et iga teostatud õendusprotsessi osa on viidud läbi lähtuvalt standarditest. Kui neid standardeid ei jälgita, siis ei rahuldata ka patsiendi vajadusi ning see võib mõjutada ka patsiendi turvalisust Asmirajanti jt (2017).

4.2. Uurimustöö eetilised aspektid ja usaldusväarsus

Uurimistöö läbiviimisel järgiti eetilisi nõudeid ning seadusandlust (Isikuandmete kaitse seadus 2019). Antud uurimistöö läbiviimiseks taotles uurija kooskõlastuse Tartu Ülikooli inimuuringu eetikakomiteelt, kui ka Järvamaa Haigla ja Lõuna-Eesti Haigla juhtkonnalt vastavalt organisatsioonis kehtestatud uurimistööde läbiviimise korrale. Uurimus viidi läbi Lõuna-Eesti Haiglas, kus uurijal on töölepinguline suhe ning on eelnevalt sõlmitud eriliigiliste isikuandmete käitlemise leping dokumentide kasutamiseks. AS Järvamaa Haiglagala on sõlmitud eriliigiliste isikuandmete käsitlemise leping (Lisa 5).

Uuritavad õenduslood ajavahemikus 01.03.–31.03.2019 otsiti arhiivist haigla andmetöötaja poolt ja anti üle uurijale andmete kogumiseks. Uuritav materjal kodeeriti et vältida patsiendi tuvastamist õenduslooj järgi. Uuritavaks materjaliks oli õenduslugudes olev õendusprotsessi kirjeldav sisu. Kogutud andmeid ei ole hiljem võimalik seostada õenduslugudega. Kogutud andmed salvestas uurija töö koostamise ja kaitsmise ajaks oma isiklikus sülearvutis, mis on kaitstud isikliku parooliga ning millele kõrvalistel isikutel juurdepääs puudub. Uuritava materjali hoiustamiseks andmete kogumise ajal kasutas uurija eraldi lukustatavat kappi. Uurimistöö kaitsmise järgselt digitaalsed andmed kustutatakse, paberkandjal dokumentatsioon antakse uurija poolt üle arhiivi. Planeeritavas uurimistöös vältis uurija plagieerimist, viidates korrektselt kõikidele uurimistöös kasutatavatele allikatele. Uurija keskendus õenduslugude sisu analüüsimisele, mõõdikule ja ei pööranud sissekannete puhul tähelepanu dokumenteerimist teostanud õdede ja patsientide isikutele. Uurija teadvustas endale, et oluline on analüüsida dokumentide sisu.

4.3. Uurimistöö kitsaskohad

Naelapää (2017) tõi oma uurimistöös ühe kitsaskohana välja Q-DIO originaalmõõdiku vaatluspunktide kvaliteedi hindamiseks numbrilisi Likert skaalasid, millele pole lisatud kvalitatiivseid väärtusi. Hinnates Q-DIO mõõdikuga õendusdokumentatsiooni, olen samal seisukohal, et skaalale võiks anda sõnalised väärtused lihtsustamaks õendusdokumentatsiooni hindamist. Mõõdiku piirid on ka üsna hägusad ja viies Q-DIO mõõdiku abil läbi dokumenteerimise hindamist, tuleb tõdeda, et hindamistulemused on siiski üsna subjektiivsed.

Mõõdiku esimese dimensiooni Cronbach'i α madala väärtuse andis mõlemas haiglas õenduslooj anamneesi osa, mis sisaldab küsimusi, millest ühes haiglas polnud anamneesi osas mõõdiku vaatluspunkti kirjeldatud. Erinevates haiglates on erinevad

õendusdokumentatsiooni vormid, mis teeb keeruliseks õendusdokumentatsiooni kvaliteedi mõõtmise ja õendusprotsessi dokumenteerimisele hinnangu andmise. Hinnates rahvusvaheliselt kasutatava mõõdikuga Eesti kahe üldhaigla õendusabi-, kirurgia- ja siseosakondade õendusdokumentatsiooni kvaliteeti, leian, et ühtse mõõdiku kasutamine Eesti tervishoiusüsteemis õendusdokumentatsiooni hindamiseks oleks vajalik. Arendustöö osas võiks korrigeerida õendusloo vormid haiglates sarnaseks, see võimaldaks edaspidiste uurimistööde käigus saada paremaid võrdlustulemusi. Q-DIO mõõdikut saaks õendusdokumentatsiooni kvaliteedi hindamiseks kasutada, kuid kasutades ühtset standarditud dokumentatsiooni ja õenduskeelt, oleks mõõtmistulemused objektiivsemad.

Lähtuvalt uurimistöö tulemustest on vaja õendusdokumentatsiooni kvaliteedi parandamiseks teha õdedele õendusdokumentatsiooni alaseid koolitusi õpetades kasutama õendusprotsessi põhist lähenemist. Eelnevalt tuleks sarnased koolitused läbida õendusjuhtidel, kellel on oluline roll osakonnas õdede õendusdokumentatsiooni dokumenteerimise suunamisel ja õpetamisel ning õendusabi kvaliteedi eest vastutamisel. Vajalik on täiendada/muuta õendusdokumentatsiooni õendusanamneesi osa. Pärast läbiviidud koolitusi ja õendusanamneesi korrigeerimist on tuleb läbi viia sama mõõdikuga uus vaatlus.

5. JÄRELDUSED

Õendusabi dokumenteerimise kvaliteet Eesti kahe üldhaigla õendusabi-, kirurgia- ja siseosakondades oli puudulik, kuna õendusdokumentatsioon ei andnud täielikku ülevaadet õendusprotsessist. Üheks ebapiisava õendusprotsessi dokumenteerimise põhjuseks oli erinevate õendusloovormide kasutamine, mis ei kajasta kõiki vaatlusprotokollis märgitud vaatluspunkte.

Uurimistulemustest selgub, et õendusanamneesi andmed olid dokumenteeritud ebaühtlaselt. Viies vaatluspunktis olid patsiendi andmed dokumenteeritud üle 80%. Enam kui pooltes õendusanamneesides oli dokumenteeritud haiglasse pöördumise põhjus, sotsiaalne olukord ja elukeskkond, patsiendi lähedaste/kontaktisikute andmed ja seos patsiendiga, toimetulek tegeliku olukorraga/haigusega ning anamneesist lähtuvad õendusabi prioriteedid. Vastupidiselt oli täielikult oli dokumenteerimata elu puudutavad uskumused ja suhtumine seoses hospitaliseerimisega, ainult ühes õendusdokumendis oli märgitud hospitaliseerimisega seotud ärevus ja mured. Märkmed hobi, vabaajategevuste ja igapäevatoimingute kohta jäid madala punktiskooriga.

Õendusdiagnoos/õendusprobleem, etioloogia, tunnused ja sümptomid olid dokumenteeritud ebaühtlaselt. Õendusprobleem oli korrektselt dokumenteeritud 26 õendusloos. Sama paljudes lugudes oli jäetud õendusdiagnoos dokumenteerimata, mis võib viidata kas õdede vähesele hindamise oskusele või ka antud punkti mitte oluliseks pidamisele. Läbivalt on mõõdiku teise dimensiooni mõõtmise tulemustes väga hajuvad tulemused. Kogu dimensiooni osas on antud tulemus võrreldes teiste dimensioonidega keskpärane.

Õendusanamneesist tulenevaid planeeritud ja teostatud õendussekkumisi sõnastati korrektselt. Uurimistööst selgus, et teostatud õendussekkumised olid õenduslugudes sõnastatud NIC-i järgi (46%) ja õendustulemused olid dokumenteeritud vaadeldavalt/mõõdetavalt NOC-i järgi (46%). Õendusabist sõltuvad patsiendi tulemuste väärtused on sarnased õendusdiagnoosi/õendusprobleemi, etioloogia, tunnuste ja sümptomite dimensiooni osaga. Kogu dimensiooni osas on antud tulemus võrreldes teiste dimensioonidega keskpärane. Õendusdiagnooside, õendussekkumiste ja õendustulemuste vahel on omavaheline seos. Vaatluspunktide lõikes oli sisuliselt dokumenteerimine erineva kvaliteediga, kuna planeeritud ja teostatud õendussekkumised ja õendustulemused on dokumenteeritud osaliselt või on jäänud dokumenteerimata.

KASUTATUD KIRJANDUS

Akhu-Zaheya, L., Hani, S.B. (2017) Quality of nursing documentation: Paper-based health records versus electronic-based health records. *Journal of Clinical Nursing*, 1-12

Asmirajanti, M., Hamid, A.Y.S., Hariyati, T. (2017). Nursing care activities based on documentation. *BMC Nursing*, 18:32

Björvell, C. (2002). *Nursing Documentation in Clinical Practice*. Stockholm

Björvell, C., Thorell-Ekstrand, I., Wredling, R. (2000). Development of an audit instrument for nursing care plans in the patient records. Development of an audit instrument for nursing care, *Qualitti in health Care*, 9(6): 6 – 13.

Björvell, C., Wredling, R., Thorell-Ekstrad, I. (2002). Long-Term increase in quality of nursing documentation: effects of a comprehensive intervention. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 16 (1), 34-42.

Cheevakasemsook, A., Chapman, Y., Fracis, K., Davies, C. (2006). The study of nursing documentation complexities. *International Journal of Nursing Practice*, 12:366-374.

Costa Linch, G. F., Müller-Staub, M., Moraes, M. A., Azzolin, K., Rabelo, E. R. (2012). CrossCultural Adaptation of the Quality of Diagnoses, Interventions and Outcomes (Q-DIO) Instrument into Brazilian Portuguese. *International Journal of Nursing Knowledge*, 23(3): 153-158.

Costa Linch, G. F., Rabelo-Silva, E. R., Keenan, G. M., Moraes, M. A., Stifter, J., Müller-Staub,

M. (2015). Validation of the Quality of Diagnoses, Interventions, and Outcomes (Q-DIO) Instrument for Use in Brazil and the United States. *International Journal of Nursing Knowledge*, 26(1): 19-25.

Darmer, M.R., Ankersen, L., Nielsen, B.G., Landberger, G., Lippert, E., Egerod, I. (2006). Nursing documentation audit – the effect of a VIPS implementation programme in Denmark. *Journal of Clinical Nursing* 15, 525-534

Eesti õenduse ja ämmaemanduse strateegia aastateks 2021-2030. Ühised sammud terviseni. Eesti Õdede Liit, Eesti Ämmaemandate Ühing, Eesti Õendusjuhtide Ühing. Tallinn 2020.

Ehrenberg, A., Ehnfors, M. (1999). Patient records in nursing homes – Effects of training on content and comprehensiveness. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 13(2): 72-82.

Ehrenberg, A., Ehnfors, M. (2001). The accuracy of patient records in Swedish nursing homes: congruence of record content and nurses' and patients' descriptions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15(4): 303-310.

Erelt, T., Leemets, T., Mäearu, S., Raadik, M. (2006). Eesti õigekeelsussõnaraamat ÕS 2006. Eesti Keele Sihtasutus, Pakett, Tallinn.

Gulanick, M., Myers, J.L., (2011) *Nursing Care Plans: Diagnoses, Interventions and Outcomes*. 7th Edition. Elsevier Mosby

Herdman, T. H., Kamitsuru, S. (toim.) (2014). *Õendusdiagnoosid. Definitsioonid ja klassifikatsioon 2015-2017*. Wiley Blackwell, Oxford.

Idvall E. & Ehrenberg A. (2002) Nursing documentation of postoperative pain management. *Journal of Clinical Nursing* 11, 734–742.

Jeffers, D. Johnson, M., Griffiths, R. (2010). A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. *International Journal of Nursing Practice*, 16, 112-124

Karckainen, O., Eriksson, K. (2003). Evaluation of patient records as part of developing a nursing care classification. *Journal of Clinical Nursing*, 12: 198 – 205.

Karckainen, O., Eriksson, K. (2005). Recording the content of the caring process. *Journal of Nursing Management*, 13(3): 202 – 208.

Mateos-García, M.D., Müller Staub, M., Porcel-Gálvez, A., Gil-García, E., RamosGonzálezSerna, A., Barrientos, S. (2015). Questionnaire for the assessment of the quality of diagnoses, interventions and outcomes (Q-DIO). Cross-cultural adaptation to Spanish. 10th European Conference of ACENDIO.

Michaels, D. (2020). Planning Nursing Care. Nursing Process. American Nursing History. <https://static1.squarespace.com/static/5b3d0a51c3c16a31624ce3f9/t/5e75265fa1c73c1b2e65f67b/1584735840350/Planning+Nursing+Care.pdf> (19.10.2021)

Müller-Staub, M., Lavin, M.A., Needham, I., Achtenberg, T. (2006). Nursing diagnoses, interventions and outcomes – application and impact on nursing practice: systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 56(5), 514-531.

Müller-Staub, M., Lunney, M., Odenbreit, M., Needham, I., Lavin, M.A., van Achtenberg, 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.

Müller-Staub, M. (2009). Evaluation of the Implementation of Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes. *Internationals Journal of Terminologies and Classifications*, 20(1):9-15

Müller-Staub, M., Needham, I., Odenbreit, M., Lavin, M.A., Van Achterberg, T. (2007). Improved Quality of Nursing Documentation: Results of a Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes Implementation Study. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 18(1): 5 – 17.

Müller-Staub, M., Lunney, M., Lavin, M.A., Needham, I., Odenbreit, M., van Achtenberg, T. (2008). Testing the Q-Dio as an Instrument to Measure the Documented Quality of Nursing Diagnoses, Interventions, and Outcomes. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 19(1): 20 – 27.

Müller-Staub, M., Needham, I., Odenbreit, M., Lavin, M-A., van Achterberg, T. (2008b). Implementing nursing diagnostics effectively: cluster randomized trial. *Journal of Advanced Nursing*, 63(3): 291-301.

Naelapää, K. (2018). Õendusdiagnooside,- sekkumiste, ja tulemuste dokumenteerimise kvaliteet Põhja-Eesti Regionaalhaigla õendusdokumentatsioonis. Tartu

Nilsson U.B. & Willman A. (2000) Evaluation of nursing documentation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 14(3), 199–206.

Nomura, A., Abreu Almeida, M., Barragan Da Silva, M., Linch, G., Lucena, A.F., Pruinelli L. (2015). Hospital accreditation as agent for nursing record quality improvement in a university hospital. 10th European Conference of ACENDIO.

Papathanasiou, I., Kotrotsiou, S., Bletsas, V. (2007). Nursing documentation and recording systems of nursing care. ICUS and Nursing Web Journal, 30-31:1 – 8. <http://www.nursing.gr> (23.12.09).

Saranto, K., Kinnunen, U-M. (2009). Evaluating nursing documentation – research designs and methods: systematic review. Journal of Advanced Nursing, 65(3), 464-476.

Senn, S., Lötscher, R., Müller-Staub, M. (2015). Cross-cultural adaptation of the French version of the Q-DIO Instrument: model and preliminary findings. 10th European Conference of ACENDIO.

Paans, W., Sermeus, W., Nieweg, R., & Van der Schans, C. (2010). Prevalence of accurate nursing documentation in patient records, Journal of Advanced Nursing, 66(11), 2481-2489.

Paans, W., Müller-Staub, M. (2012). Standardised nursing language in intelligent electronic healthcare documentation. Technology Update.

Pöld, L. (2017). Õendusdokumentatsiooni kvaliteedi hindamine SA Tallinna lastehaigla kirurgia osakonna näitel. Lõputöö. Tallinna Tervishoiu Kõrgkool. Tallinn.

Rotegård, A.K., Nøst, T.H., Tettum, B.I., Aasen, S.F., Woldstad, K., Haugan, B., Oppheim, A.E., André, B., Cappelen Damm, Ppn. (2015). N-Catch II: an audit instrument for assessing nursing documentation in Norway. 10th European Conference of ACENDIO.

Seera, M. (2014). Fulleri imikute valu hindamise skaala kasulikkus praktikas SA Tartu Ülikoli Kliinikumis töötavate õdede hinnangul. Magistritöö. Tartu Ülikool, Tartu.

Stokke, T.A., Kalfoss, M.H. (1999). Structure and content in Norwegian Nursing Care Documentation. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 13(1): 18 – 25.

Tervishoiuteenuste korraldamise seadus.

<https://www.riigiteataja.ee/akt/110032011009> 15.11.2018

Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ning nende dokumentide säilitamise tingimused ja kord. (RTL 2008, 80,1115) <https://www.riigiteataja.ee/akt/13292772> (15.11.2018)

Thoroddsen, A., Ehnfors, M., Ehrenberg, A. (2010). Nursing Speciality Knowledge as Expressed by Standardized Nursing Languages. International Journal of Nursing Terminologies & Classifications, 21(2): 69 – 69.

The 5 Steps of the Nursing Process. 2021.
<https://www.nursingprocess.org/NursingProcessSteps.html> (12.09.2021)

Urquhart C., Curell R., Grant, M.J., Hardiker N.R. (2009). Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes. (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1.

Voutilainen, P., Isola, A., Muurinen, S. (2004) Nursing documentation in nursing homes – stateofthe-art and implications for quality improvement. Scandinavian Journal of Nursing Practice 14, 165-177

Wang, N., Hailey, D., Yu., P. (2011). Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. Journal of Advanced Nursing, 67(9): 1858-1975.

Wilkinson, J.M. (2012) Nursing Process and Critical Thinking. Fifth Edition. Pearson: New Jersey.

LISAD

Lisa 1. Q-DIO mõõdik

Õendusdiagnoos/õendusprotsess	<u>3-punktiline skaala</u> 2 1 0
1. Tegelik olukord, mis põhjustas hospitaliseerimise 2. Hospitaliseerimisega seotud ärevus ja mured, ootused ja soovid 3. Sotsiaalne olukord ja elukeskkond/tingimused 4. Toimetulek tegeliku olukorra/haigusega 5. Elu puudutavad uskumused ja suhtumised (seotud hospitaliseerimisega) 6. Patsiendi sugulaste/lähedaste teadlikkus olukorrast 7. Intiimsus, naine/mees 8. Hobid, vabaajategevused 9. Lähedased (kontaktsikud) 10. Igapäevatoimingud 11. Anamneesist lähtuvad õendusabi prioriteedid	
11 kirjet, maksimaalne punktisumma 22, keskmine 2	
Õendusdiagnoos kui tulemus	<u>5-punktiline skaala</u> 4 3 2 1 0
12. Õendusprobleem/diagnoos on dokumenteeritud 13. Õendusdiagnoos on sõnastatud NANDA järgi ja kodeeritud 14. Etioloogia (E) on dokumenteeritud 15. Etioloogia (E) on korrektne, seotud/vastab õendusdiagnoosile (P) 16. Tunnused ja sümptomid on sõnastatud 17. Tunnused ja sümptomid (S) on korrektselt seotud õendusdiagnoosiga (P) 18. Õendusabi eesmärk on seotud õendusdiagnoosiga/vastab õendusdiagnoosile 19. Õendusabi eesmärk on saavutatav läbi õendussekkumiste	
8 kirjet, maksimaalne punktisumma 32, keskmine 4	
Õendussekkumised	<u>5-punktiline skaala</u> 4 3 2 1 0
20. Õendussekkumised on konkreetselt planeeritud ja selgelt NIC-i järgi sõnastatud (mida tehakse, kuidas, kes teeb ja kui sageli) 21. Õendussekkumised mõjutavad õendusdiagnoosi etioloogiat 22. Teostatud õendussekkumised on dokumenteeritud (mida tehti, kuidas, kui sageli, kes tegi)	
3 kirjet, maksimaalne punktisumma 12, keskmine 4	
Õendustulemused	<u>5-punktiline skaala</u> 4 3 2 1 0
23. Ägedad muutuvad diagnoose hinnatakse iga päev, püsivaid diagnoose igal neljandal päeval 24. Õendusdiagnoos on uuesti sõnastatud 25. Õendustulemus on dokumenteeritud 26. Õendustulemus on dokumenteeritud vaadeldavalt/mõõdetavalt NOC-i järgi 27. Õendustulemus näitab • Muutust patsiendi sümptomites • Patsiendi teadlikkuse paranemist • Patsiendi toimetuleku paranemist • Patsiendi enese eest hoolitsemisvõime paranemist • Funktsionaalse seisundi paranemist 28. Õendusabist sõltuvate patsienditulemuste ja õendussekkumiste vahel on seos 29. Õendusabist sõltuvad patsienditulemused ja õendusdiagnoosid/õendusprobleemid on sisemiselt seotud	
7 kirjet, maksimaalne punktisumma 8, keskmine 4	
Kõik kirjed 29	

Lisa 2. Autori kirjalik luba mõõdiku tõlkimiseks ja kasutamiseks

nail.ee - Everyday.com

Page 1 of 1

Kellelt: Maria Müller Staub <muellerstaub@me.com>
Kellele: Karmen Raag <karmen.raag@mail.ee>
Saadetud: 11.11.2010 22:23:42
Pealkiri: Re: Instrument Q-DIO

Dear Karmen

Thanks for your interest in using the Q-DIO, I approve that you apply and cite it correctly. Please send me your results or let me know if you have questions of how to apply the instrument. I'm interested in your experience with it. We might also write a common publication afterwards.
Please keep me informed. Have success with your thesis!

PS. please note my new e-mail address.

Freundliche Grüsse / Sincères salutations / Kind regards
Maria Müller Staub

Pflege PBS
Dr. Maria Müller Staub
Pflegerwissenschaftlerin
Dorfstrasse 7
CH - 2545 Selzach
SWITZERLAND

Tel: ++41(0)32 641 02 54
muellerstaub@me.com
www.pflege-pbs.ch

Am 11.11.2010 um 14:13 schrieb Karmen Raag:

Dear Maria Müller-Staub.

I'm master's student of Nursing Science in the University of Tartu, Estonia. My master thesis is the assessment of documentation of nursing activities. I have read your articles: "Development of an instrument to measure the quality of documented nursing diagnoses, interventions and outcomes: the Q-DIO (2009) and "Testing the Q-DIO as an Instrument to Measure the Documented Quality of Nursing Diagnoses, Interventions, and Outcomes (2008). I'm planning to use the Q-DIO instrument in my master study for assessing the nursing documentation. I have introduced this instrument to my instructor and she accepted and gave me positive feedback. So, I wish you could give me your agreement about using this instrument in my master study. Certainly I'll refer to the direct author. Could you give me your answer before November of 23th 2010.

Sincerely,
Karmen Raag
Master's student of Nursing Science
Department of Nursing Science
Faculty of Medicine
University of Tartu

---mail.ee reklaam---

[LAEN KINNISVARA TAGATISEL. Tutvu tingimustega ja täida taotlus ICredit OÜ kodulehel](#)

<http://www.mail.ee/?do=mail&op=mail&f=read&msgid=1fccae1d5a208168c450ae1c41e57b8a&style=...> 6.12.2010

Tõlge inglise keelest

Kliinilised teemad

Q-DIO, põetusosalast diagnoosimist, sekkumisi ja tulemusi käsitlev auditi instrument

Tabel 2 Mõõtmisinstrument Q-DIO¹

Põetusdiagnoos kui protsess	3-punktiline skaala				
Dokumenteeritud teave:	2	1	0		
1 Tegelik olukord, mis põhjustas hospitaliseerimise					
2 Hospitaliseerimisega seotud ärevus ja mured, samuti ootused ja soovid					
3 Sotsiaalne olukord ja elukeskkond/tingimused					
4 Toimetulek tegelikus olukorras/haigusega					
5 Elu puudutavad uskumused ja suhtumised (seotud hospitaliseerimisega)					
6 Patsiendi ja sugulaste/lähedaste andmed olukorra kohta					
7 Intiimsus, naine/mees					
8 Hobid, vabaajategevused					
9 Lähedased (kontaktisikud)					
10 Igapäevatoimingud					
11 Hindamise põhjal kindlaksmääratud põetuse prioriteedid					
(11 kirjet, maksimaalne punktisumma 22, keskmine 2)					
Põetusdiagnoos kui tulemus	5-punktiline skaala				
	4	3	2	1	0
12 Dokumenteeritakse põetusprobleem/põetusdiagnoos					
13 Põetusdiagnoosi määrgistus formuleeritakse NANDA järgi ja nummerdatakse					
14 Dokumenteeritakse etioloogia (E)					
15 Etioloogia (E) on korrektne, seotud põetusdiagnoosiga / vastab põetusdiagnoosile (P)					
16 Formuleeritakse sümptomid ja nähud					
17 Nähtud ja sümptomid (S) on korrektselt seotud põetusdiagnoosiga (P)					
18 Põetuseesmärk on seotud põetusdiagnoosiga / vastab põetusdiagnoosile					
19 Põetuseesmärk on saavutatav põetusosalaste sekkumistega					
(8 kirjet, maksimaalne punktisumma 32, keskmine 4)					
Põetusosalased sekkumised	4	3	2	1	0
20 Kavandatakse konkreetsed, selge nimetusega põetusosalased sekkumised NIC järgi (mida tehakse, kuidas, kui sageli, kes teeb)					
21 Põetusosalased sekkumised mõjutavad põetusdiagnoosi etioloogiat					
22 Põetusosalased sekkumised viiakse ellu, dokumenteeritakse (mida tehti, kuidas, kui sageli, kes tegi)					
(3 kirjet, maksimaalne punktisumma 12, keskmine 4)					
Põetustundlikud patsientide tulemused	4	3	2	1	0
23 Ägedaid muutuvaid diagnoose hinnatakse iga päev, nihkuvaid/püsivaid diagnoose hinnatakse igal neljandal päeval					
24 Põetusdiagnoos formuleeritakse tumber					
25 Dokumenteeritakse põetustulemus					
26 Põetustulemus dokumenteeritakse jälgitavalt/mõõdetavalt NOC järgi					
27 Põetustulemus näitab					
- patsiendi sümptomite paranemist					
- patsiendi teadlikkuse paranemist					
- patsiendi toimetulekustrateegia paranemist					
- enese eest hoolitsemise võime paranemist					
- funktsionaalse staatuse paranemist					
28 On olemas seos põetustundlike patsientide tulemuste ja põetusosalaste sekkumiste vahel					
29 Põetustulemused ja põetusdiagnoosid on sisemiselt seotud					
(7 kirjet, maksimaalne punktisumma 28, keskmine 4)					
Kõik kirjed = 29					

Järgmised autorid on kirjeldanud kriteeriume põetusdiagnooside, sekkumiste ja tulemuste kvaliteedi mõõtmiseks põetusdokumentides: Brown *et al.* 1987, Eriksen 1987, Hanson *et al.* 1990, Mize *et al.* 1991, Bethel & Ridder 1994, Ehrenberg & Ehnfors 1999a, Müller-Staub 2000a, 2001, 2003, Larrabee *et al.* 2001, Odenbreit 2001b, 2002a, Björvell *et al.* 2002 and Allemann *et al.* 2003a,b.

© 2009 The Authors. Journal compilation © 2009 Blackwell Publishing Ltd, Journal of Clinical Nursing, 18, 1027–1037 1033

¹ Q-DIO - ingl *Quality of nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes*, põetusosalaste diagnooside, sekkumiste ja tulemuste kvaliteet

Tõlge inglise keelest

*12. novembril 2010. aastal.
Tõlgitud OÜs Luisa Tõlkebüroo, tel 744 0080.
OÜ Luisa Tõlkebüroo ei vastuta lähteteksti õigsuse eest.*

Käesolevas köites on kaks (2) lehte, millest üks (1) on inglisekeelne ning üks (1) on eestikeelne.

Luisa Tõlkebürool on ISO 9001:2008 kvaliteedisertifikaat (nr 222806A)



Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee

Protokolli number: 296/T-3

koosolek: 16.09.2019

Komitee koosseis:

Esimees

Aime Keis Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, meditsiineetika assistent

Aseesimees

Kristi Lõuk Tartu Ülikool, humanitaarteaduste ja kunstide valdkond, projektijuht / doktorant

Liikmed

Diva Eensoo Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, analüütik
Jaanika Jaanits MTÜ Rakendusliku Antropoloogia Keskus, antropoloog / organisatsiooni- ja büroojuht
Katrín Kaarna Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, kliiniliste teadusuuringute üksuse tegevjuht
Annika Kask Tartu Ülikool, sotsiaalteaduste valdkond, psühholoogia doktorant
Kalle Kisand Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, laborimeditsiini professor
Martin Mooses Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, treeningu füsioloogia lektor / kehalise kasvatuse ja spordididaktika osakonna juhataja
Marje Oona Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, peremeditsiini dotsent / kliinilise meditsiini instituudi täienduskeskuse juhataja
Indrek Peedu Tartu Ülikool, humanitaarteaduste ja kunstide valdkond, religiooniuuringute nooremteadur
Maire Peters Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, geneetika vanemteadur
Margit Piirman Riigikohus, tsiviilkolleegiumi nõunik
Mare Remm Tartu Tervishoiu Kõrgkool, bioanalüütika õppekava dotsent

Otsus: Kooskõlastada uurimistöö

Uurimistöö nimetus: Õendusabi dokumenteerimine kahe Eesti üldhaigla õendusabi-, kirurgia- ja siseosakonna õenduslugude näitel

Vastutav uurija (asutus): Evelyn Evert (Tartu Ülikool, meditsiiniteaduste valdkond, peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut, Ravila19, 50411 Tartu)

Komitee poolt läbivaadatud dokumendid:

1. Uurimistöö avaldus kooskõlastuse saamiseks Tartu Ülikool inimuuringute eetika komiteelt, 27.09.2019
2. Andmetabeli struktuur
3. Mõõdiku autori nõusolek
4. Uurimistöö läbivijjat Cvd (E. Evert, J. Trolla, K. Raag)

Uurimistöö lõpp: 31.01.2021

Komitee esimees: Aime Keis /allkirjastatud digitaalselt/

Komitee sekretär: Kaire Kallak /allkirjastatud digitaalselt/

Väljastatud: /viimase digitaalallkirja kuupäev/

Tartu Ülikool
grandikeskus
Lossi 3
51003 Tartu

tel 737 6215
e-post eetikakomitee@ut.ee
www.ut.ee/teadus/eetikakomitee



Lp Karmen Raag

27.02.2018 nr 42

Annan nõusoleku magistritöö uuringu „Õendusabi dokumenteerimine õendusloos kahe Eesti üldhaigla iseseisva statsionaarse õendusabi-, kirurgia- ja siseosakonna õenduslugude näitel“ läbiviimiseks AS Järvamaa Haiglas.

Andres Mürsepp
Juhatuse liige, peaarst

Lisa 6. Vaatlustulemuste sagedusjaotused, keskmised ja standardhälbed koondtabelis

Õendusdokumentatsiooni vaatluspunkt					2		1		0		M	SD
					%	n	%	n	%	n		
1. Tegelik olukord, mis põhjustas hospitaliseerimise					88	132	11,3	17	0,7	1	1,87	0,35
2. Hospitaliseerimisega seotud ärevus ja mured, ootused ja soovid					0	0	0,7	1	99,3	149	0,006	0,08
3. Sotsiaalne olukord ja elukeskkond/tingimused					86	129	8,7	13	5,3	8	1,80	0,51
4. Toimetulek tegeliku olukorra/haigusega					80	120	15	23	5	7	1,75	0,53
5. Elu puudutavad uskumused ja suhtumised (seotud hospitaliseerimisega)					0	0	0	0	100	150	0	0
6. Patsiendi sugulaste/lähedaste teadlikkus olukorrast					35	53	0	0	65	97	0,70	0,95
7. Intiimsus naine/mees					30	45	0	0	70	105	0,6	0,91
8. Hobid, vabaajategevused					7,3	11	21,3	32	71,3	107	0,36	0,61
9. Lähedased (kontaktisikud)					92,6	139	4,6	7	2,6	4	1,9	0,37
10. Igapäevatoimingud					8	12	19	29	73	109	0,35	0,62
11. Anamneesist lähtuvad õendusabi prioriteedid					82,6	124	16	24	0,6	1	1,83	0,40
	4		3		2		1		0			
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n		
12. Õendusprobleem/õendusdiagnoos on dokumenteeritud	17,3	26	28	42	37,3	56	28	25	17,3	1	2,44	0,98
13. Õendusdiagnoos on sõnastatud NANDA järgi ja kodeeritud	1,3	2	46	69	8	12	12,6	19	32	48	1,72	1,36
14. Etioloogia (E) on dokumenteeritud	18,6	28	32	48	8	12	25,3	38	16	24	2,12	1,39
15. Etioloogia (E) on korrektne, seotud/vastab õendusdiagnoosile (P)	16,6	25	30	45	5,3	8	32	48	16	24	1,99	1,39
16. Tunnused ja sümptomid (S) on sõnastatud	14,6	22	28	42	12	18	32	48	13,3	20	1,98	1,31
17. Tunnused ja sümptomid (S) on korrektselt seotud õendusdiagnoosiga (P)	14,6	22	25,3	38	15,3	23	30,6	46	14	21	1,96	1,31
18. Õendusabi eesmärk on seotud õendusdiagnoosiga/vastab õendusdiagnoosile	17,3	26	24	36	38,6	58	18,6	28	1,3	2	2,37	1,02
19. Õendusabi eesmärk on saavutatav läbi õendussekkumiste	9,3	14	22	33	39,3	59	27,3	41	2	3	2,09	0,97
20. Õendussekkumised on konkreetselt planeeritud ja selgelt NIC-i järgi sõnastatud (mida tehakse, kuidas, kes teeb ja kui sageli)	0	0	24	36	26	39	46	69	4	6	1,7	0,88
21. Õendussekkumised mõjutavad õendusdiagnoosi etioloogiat	5,3	8	21,3	32	15,3	23	42	63	16	24	1,58	1,14

22. Teostatud õendussekkumised on dokumenteeritud (mida tehti, kuidas, kui sageli, kes tegi)	30	45	12	18	9,3	14	44	66	4,6	7	2,18	1,38
23. Ägedad muutuvad õendusdiagnoose hinnatakse iga päev, püsivaid õendusdiagnoose igal neljandal päeval	42	63	11,3	17	4,7	7	8,7	13	33	50	2,2	1,78
24. Õendusdiagnoos on uuesti sõnastatud	0	0	2	3	14,6	22	6,7	10	77	115	0,43	0,81
25. Õendustulemus on dokumenteeritud	24	36	35	45	11	17	26	39	8,6	13	2,34	1,32
26. Õendustulemus on dokumenteeritud vaadeldavalt/mõõdetavalt NOC-i järgi	11	17	22,6	34	8,7	13	4,6	69	11,3	17	1,76	1,24
27. Õendustulemus näitab • muutust patsiendi sümptomites • patsiendi teadlikkuse paranemist • patsiendi toimetuleku paranemist • patsiendi enese eest hoolitsemise paranemist • funktsionaalse seisundi paranemist	10,6	16	40	60	23,3	35	14,6	22	11,3	17	2,24	1,17
28. Õendusabist sõltuvate patsienditulemuste ja õendussekkumiste vahel on seos	9,33	14	39,3	59	25,3	38	16,6	25	9,3	14	2,22	1,12
29. Õendusabist tulenevate patsienditulemused ja õendusdiagnoosid/õendusprobleemid on sisemiselt seotud	10	15	38,6	58	25,3	38	16,6	25	9,3	14	2,23	1,13