

Documentazione scritta (consegne e piani di assistenza)

Dossier

Finalità ed efficacia della documentazione scritta

Con la documentazione scritta si registra l'assistenza e le informazioni per garantirla¹. Dovrebbe riflettere le tappe del processo di nursing (valutazione iniziale, diagnosi infermieristica, pianificazione e valutazione) oppure focalizzarsi su una soltanto (ad esempio la pianificazione o la valutazione). Dal 1967, Yura e Walsh, iniziarono il percorso di scoperta e di promozione del processo di nursing, che ha continuato a diffondersi, tanto che le sue fasi sono divenute familiari agli infermieri di tutto il mondo²⁻³. Parallelamente si è sviluppata l'esigenza di una documentazione infermieristica, denominata a volte cartella, registrazioni, piano di assistenza o individualizzato, o scheda infermieristica. Anche in Italia, già con il 19724 e soprattutto negli anni successivi⁵, si è molto discusso sulla necessità di documentare in forma scritta l'assistenza sia per pianificarla che per registrare eventi ed interventi.

Probabilmente tutti gli infermieri conoscono il processo di nursing. Non sono numerosi, invece, coloro che a partire dai problemi del paziente stendono un piano di obiettivi e interventi specifici; o che riportano tutte le informazioni importanti sull'assistenza erogata.

Le finalità della documentazione scritta

La documentazione infermieristica comprende la registrazione dei dati sull'assistenza pianificata ed erogata e sull'evoluzione del paziente. È uno strumento che sostiene l'integrazione, la pianificazione, la personalizzazione e la valutazione delle attività assistenziali⁶. È importante per:

- Definire gli aspetti centrali dell'assistenza alla persona o al gruppo;
- Mantenere la continuità assistenziale nell'avvicinarsi degli operatori, anche nei momenti di trasferimento e dimissione;

- Differenziare la responsabilità degli infermieri da quella di altri membri dell'équipe;
- Valutare l'assistenza;
- Classificare i pazienti ai fini dei carichi di lavoro;
- Ridurre i tempi dedicati al passaggio di consegne;
- Fornire dati per revisioni amministrative o in caso di controversie legali;
- Aderire agli standard previsti dalla legislazione, dall'accreditamento e dagli standard professionali;
- Fornire i dati necessari per la ricerca e la formazione⁷.

La documentazione può includere registrazioni cartacee o computerizzate; può essere standardizzata, orientata ai problemi, mono o multidisciplinare; composta da fogli singoli di registrazione di quanto accaduto oppure da schede per ciascuna tappa del processo di nursing; può anche includere i diari tenuti dai pazienti⁸. Malgrado il ricco dibattito degli ultimi vent'anni ma anche la varietà degli strumenti utilizzabili, gli infermieri hanno difficoltà a scrivere: molte cartelle/schede sono incomplete oppure vengono registrati solo alcuni dati.

Perché gli infermieri hanno difficoltà a scrivere

- 1) Alcune difficoltà sono legate alle diverse attese che gli infermieri hanno sulla documentazione scritta ma anche alla percezione diffusa che il tanto scrivere non è accompagnato da una adeguata valorizzazione o valutazione (come ricerca, per valutare la qualità, per comprendere l'evoluzione dei pazienti...). Anche in Italia, all'inizio della sua diffusione, il piano di assistenza individualizzato ha incontrato difficoltà: è stato vissuto come strumento didattico, molto teorico; gli infermieri hanno opposto resistenza alla car-

Alvisa Palese¹
Garcia Rocio Cabarcas²
Roberta Dotti³
Orietta Riboli⁴

¹Professore Associato di Scienze Infermieristiche, cliniche e Pediatriche, Università degli Studi di Udine

²Responsabile Infermieristico Presidio Ospedaliero, Azienda Ospedaliera di Mantova

³Responsabile Presidio Ospedaliero Pieve di Coriano, Azienda Ospedaliera di Mantova

⁴Tutor Corso di Laurea in Infermieristica, Università di Brescia, sede di Mantova

tella infermieristica per mancanza di tempo, mentre in altri momenti l'hanno rivendicata come occasione di emancipazione professionale.¹¹ Molti ritengono che scrivere il piano sia troppo complesso, difficilmente attuabile nella pratica quotidiana; altri invece che sia un'ottima occasione per accrescere alcune competenze, ad esempio la standardizzazione dei linguaggi. Le spinte a favore e quelle contro hanno reso difficile la diffusione della documentazione infermieristica.

- 2) Altre difficoltà sono invece legate al fatto che, almeno in teoria, la cartella dovrebbe riportare, in forma scritta, l'intero processo di nursing. In realtà, Benner e Tanner⁸ che condussero i primi studi sugli infermieri esperti, hanno riscontrato che non seguono le fasi del processo di nursing: trattano problemi ed interventi in modo simultaneo e non individuando prima le diagnosi e pianificando poi l'assistenza⁹: proprio per questo, le fasi del processo vengono difficilmente seguite da un infermiere esperto e, ancora più difficilmente, vengono riportate in forma scritta tappa dopo tappa. Per gli infermieri è molto più facile riportare complessivamente ciò che è accaduto ad un paziente¹⁰.

Scrivere per documentare, scrivere per progettare: due prospettive diverse

Le due finalità di una buona documentazione dovrebbero comprendere la pianificazione dell'assistenza e la registrazione di quello che si è osservato o fatto. Gli infermieri hanno potenziato negli anni soprattutto quest'ultima capacità che guarda più al passato che al futuro del paziente. La pianificazione dell'assistenza è, invece, un pensiero prospettico che definisce il da farsi, sulla base di quello che conosciamo del paziente, sulle sue potenzialità e sulle sue condizioni di salute¹². Nella pianificazione scritta si dovrebbero riportare gli obiettivi, ipotizzando i tempi di adattamento o di autogestione del paziente, l'evoluzione probabile, ad esempio dopo un intervento di colostomia, la capacità di adattamento alla stomia, entro quanto tempo riprenderà la deambulazione... Definire buoni obiettivi è la prima fase della pianificazione e per farlo occorrono capacità prognostiche o di previsione¹³. La prognosi è una

previsione sul decorso e soprattutto sull'esito di un determinato quadro morboso. Per gli infermieri forse è più difficile: non si occupano solo di malattie che hanno evoluzioni spesso prevedibili (le malattie infettive, il decorso post operatorio...) ma anche delle conseguenze della malattia sulla persona. Devono tenere conto di numerose variabili come l'efficacia del piano terapeutico e di come la persona reagisce alla malattia, delle sue capacità di apprendere, di attivare risorse di adattamento. Anche gli infermieri hanno capacità di prognosi: quelli esperti riescono ad esprimere, sulla base di indizi molto deboli, quando il paziente andrà o non andrà bene, quando ce la farà oppure no, oppure quanto impiegherà per recuperare la sua autonomia. Tuttavia, lo esprimono spesso verbalmente attraverso le consegne orali, e non in termini misurabili come gli obiettivi del piano di assistenza richiederebbero.

La documentazione deve essere essenziale: quali sono le decisioni da documentare?

Quali decisioni andrebbero incluse nel piano di assistenza¹²? Quali informazioni dovrebbero essere riportate nella pianificazione scritta? L'igiene quotidiana di un paziente -che comunque verrebbe garantita anche se non pianificata- oppure qualche altra decisione più personalizzata?

Thompson¹⁴ ha documentato che gli infermieri che lavorano in medicina e chirurgia per acuti, compresa l'unità coronarica, assumono in media una decisione ogni 10 minuti; Watson¹⁵ nel 1994, aveva invece documentato 18 decisioni in media ogni due ore. Gli ambiti più frequenti di decisione sono vestire il paziente, prevenire le lesioni da decubito, monitorare i liquidi, l'igiene, controllare le infezioni ospedaliere e la nutrizione. È evidente che sono le condizioni del paziente a qualificare come infermieristiche decisioni che riguardano anche attività di vita quotidiana molto semplici come il vestirsi.

Alcuni pazienti hanno bisogno di una buona assistenza standard; altri invece richiedono un impegno decisionale importante¹⁶. Altri ancora decisioni immediate che non potevano essere preventivate (ad esempio monitorare un parametro in più rispetto a quelli definiti). Per questo è necessario ricorrere a strumenti diversi:

- a) piani di assistenza standard per tutti i pazienti che hanno un problema (ad esempio un intervento di mastectomia semplice) che richiedono interventi standard già riportati sulla cartella ed a fianco dei quali, per ciascun giorno di assistenza, gli infermieri possono documentare con un simbolo “✓” quello che hanno realizzato. In questo modo si riduce il tempo di scrittura; i neo assunti potrebbero avere una buona guida; anche gli operatori di supporto potrebbero trovare indicazioni per l'assistenza di base; inoltre, gli infermieri avrebbero sullo stesso documento sia il piano di assistenza che la documentazione degli interventi;
- b) piani di assistenza individualizzati (o personalizzati) per i pazienti che richiedono una elevata personalizzazione delle decisioni (ad esempio come e con quale frequenza mobilizzare un paziente che ha una metastasi alla colonna vertebrale). Sono interamente scritti dagli infermieri che decidono, sulla base della loro competenza, giudizio, preferenze del paziente e risorse a disposizione, le migliori scelte assistenziali.

Scrivere per pre-scrivere

Mentre la documentazione degli interventi è re-

sponsabilità di tutti, la pianificazione ha bisogno di stabilità: pianificare significa infatti prescrivere, scrivere prima, ordinare¹³, decidere a priori qualcosa che altri devono aiutarci a realizzare. Una volta definito il piano, gli altri infermieri possono organizzare le attività previste dal piano all'interno delle priorità del reparto; o adattare il piano alla comparsa di problemi nuovi. Non possiamo pensare - anche questo è un errore del passato - che tutti gli infermieri definiscano un piano per lo stesso paziente. È più facile pensare che gli infermieri esperti prescrivano ai più giovani; che gli infermieri con un master decidano il piano per un paziente complesso; oppure che gli infermieri prescrivano agli operatori di supporto.

Una panoramica sugli studi sulla documentazione infermieristica

Numerosi studi hanno valutato e descritto la documentazione degli interventi eseguiti e della pianificazione, indagandone l'efficacia, che cosa gli infermieri scrivono, quali ambiti assistenziali documentano di più e le differenze tra quanto riportato e i reali problemi dei pazienti (Tabella 1). È un settore che va ancora esplorato perché gli studi disponibili hanno molti problemi metodologici.

Tabella 1 - Esempi di quesiti e di studi sulla documentazione infermieristica.

- *Il piano di assistenza e la registrazione delle cure migliorano i risultati sui pazienti?*
Su 300 studi pubblicati dal 1987 al 1997 in lingua inglese, in una revisione ne sono stati inclusi solo 13, che non erano però sufficientemente rigorosi. Il piano di assistenza e/o documentare, non sembra migliorare i risultati sui pazienti¹⁷.
- *Un sistema di registrazione delle cure infermieristiche migliora la pratica infermieristica e gli esiti?*
È la seconda revisione sistematica disponibile, della Cochrane Collaboration¹⁸ su soli 8 studi (6 RCT e 2 studi pre-post) che hanno coinvolto 1407 pazienti. Sono stati presi in esame diversi sistemi di documentazione infermieristica per valutarne gli effetti sulla pratica infermieristica e sugli esiti dei pazienti. I sistemi analizzati sono:
 - a) sistemi di registrazione strutturati vs non strutturati;
 - b) piani di assistenza vs registrazione libera senza piani assistenziali formali;
 - c) registrazione manuale vs computerizzata;
 - d) registrazioni su un quaderno per tutti o su scheda per singolo paziente tenuta dal paziente;
 - e) registrazione solo infermieristica vs multidisciplinare;
 - f) registrazione orientata ai problemi vs registrazioni libere;
 - g) note progressive giornaliere (diari) vs annotazione solo di eventi eccezionali;

In particolare la revisione ha fatto emergere che:

- *Schede strutturate mirate al problema del paziente vs metodi di registrazione abituali.*
Stevens⁹ ha valutato una nuova scheda di valutazione del dolore randomizzando 43 bambini e 24 infermieri ad utilizzare (ed essere valutati) con il nuovo sistema o quello tradizionale. I bambini valutati con la nuova scheda avevano più valutazioni (5,4 nelle 24 ore vs 3,9; $p < 0,01$ e ricevevano più analgesici (dosi totali 78 vs 34; $p < 0,01$). Al termine dello studio 15 infermieri hanno riferito di preferire la nuova scheda. Avere una scheda strutturata sembra aumentare l'attenzione degli infermieri alla gestione del dolore.

Tabella 1 - segue

- *Pianificazione dell'assistenza su documento cartaceo vs computerizzato*
In una lungodegenza, 30 pazienti sono stati randomizzati ad essere seguiti con un sistema computerizzato di pianificazione dell'assistenza, comprendente una tassonomia diagnostica standard o con il sistema cartaceo¹⁸, sia per la pianificazione che per la registrazione dell'assistenza. Ogni mese, per 6 mesi, sono stati raccolti i dati sui pazienti, ed ogni 2 mesi i dati del piano di cura e il tempo necessario per compilarlo. Non sono state dimostrate differenze sugli esiti clinici, sulle diagnosi infermieristiche; compilare il sistema cartaceo ha richiesto più tempo. Quando gli infermieri scrivono su carta registrano meno interventi rispetto a quando usano il computer.
- *Documentazione conservata dal paziente*
Solo tre studi hanno indagato l'efficacia della documentazione tenuta dai pazienti. Non sono state osservate differenze nella quantità di informazioni registrate ma solo una minore probabilità di perdere dati o documentazioni.¹⁸
- *Un sistema di registrazione migliora la continuità dell'assistenza?*
Mentre un piano di dimissione ospedaliera scritto può ridurre la permanenza in ospedale e, in alcuni casi, la riammissione aumentando la soddisfazione dei pazienti²⁰, non ci sono evidenze che dimostrano gli esiti su un paziente dimesso con una pianificazione scritta o a cui vengono dati consigli verbali.
- *Cosa viene registrato più frequentemente?*
Quando l'intero processo di nursing è riportato sul piano di assistenza a) di norma la sezione che riguarda l'accertamento non è completa; b) i problemi sociali e psicologici del paziente non sono ben documentati come quelli fisici; c) gli interventi sono poco dettagliati e personalizzati; d) la valutazione è povera di informazioni²³. Le dimensioni più registrate sono i problemi dei pazienti o gli interventi per risolverli. Gli infermieri non registrano gli interventi quando a) sono considerati di routine b) rappresentano applicazioni di protocolli in uso c) sono realizzati su prescrizione medica e quindi inclusi in un altro sistema informativo²⁴.
- *Perché gli infermieri scrivono poco?*
Gli infermieri documentano con difficoltà alcune dimensioni dell'assistenza²⁵. Non sempre usano cartelle aggiornate sui problemi dei pazienti²⁶ e quando lo sono, non sempre hanno il tempo per leggerle: l'elevato turnover dei pazienti riduce la possibilità di pianificare, documentare e aggiornare la cartella infermieristica²⁴; spesso la documentazione infermieristica è ridondante e gli infermieri preferiscono utilizzare protocolli – linee guida molto specifici. Alcuni modelli organizzativi orientati ai compiti non favoriscono la pianificazione e la registrazione dell'assistenza²⁷⁻²⁹.

Dibattito critico

La documentazione scritta rappresenta ancora un problema aperto:

nel tempo, imparare a scrivere piani individualizzati che richiedono elevate competenze decisionali.

1) *Documentazione come strumento di pianificazione dell'assistenza*

- Se la documentazione scritta e la cartella coincidono con il piano di assistenza, occorre tempo per tenerlo aggiornato, soprattutto se le condizioni del paziente cambiano frequentemente. E questo è un problema reale.
- Una diversa formazione potrebbe forse aumentare la capacità di pianificazione: descrivere come viene insegnata e con quali risultati potrebbe essere un primo passo in questa direzione. Possibili aree di indagine sono: valutare l'efficacia dell'uso, anche nell'insegnamento, dei piani di assistenza standard, anche per aiutare gli studenti ad avere dimestichezza con i percorsi clinici-terapeutici; a integrare i diversi piani ragionando su gruppi di pazienti assistiti e non solo sul singolo. Per poi,

2) *Documentazione ed efficacia clinica e professionale*

- Gli studi analizzati ci danno pochi elementi sull'efficacia delle diverse modalità di registrazione. Evidenziano, invece, problemi di sfondo, condivisibili anche per il contesto italiano.
- gli infermieri considerano le registrazioni un compito burocratico, che toglie tempo all'assistenza, e non un importante momento di pianificazione: non percepiscono la rilevanza professionale di questi strumenti. Quali sono gli errori che continuiamo a fare nella formazione e nella pratica e che alimentano questo vissuto?
 - molti infermieri non hanno ancora compreso le opportunità della pianificazione dell'assistenza: tendono a riportare quanto fatto e meno quanto si dovrebbe fare. Anche la valutazione è molto concentrata su dati ogget-

tivi e non su quelli soggettivi del paziente e della sua famiglia. Il processo di nursing continua ad essere centrato sull'intervento infermieristico e la documentazione riflette questo atteggiamento. Come aiutare a sviluppare la competenza di pianificazione scritta?

- Gli infermieri percepiscono che scrivere molto sottrae tempo all'assistenza diretta. Quali sono le strategie per ridurre i tempi (senza comprometterne la qualità) di scrittura degli infermieri?

3) Documentazione come strumento informativo che esige coerenza con altri sistemi.

- esiste una stretta relazione tra i sistemi di documentazione infermieristica e i modelli assistenziali: le due dimensioni si influenzano reciprocamente. La qualità dei dati che gli infermieri documentano deriva dalla loro visione dell'assistenza (se molto orientata al compito o all'educazione del paziente). La cartella deve tenere conto anche dei modelli organizzativi. In alcuni contesti potrebbe essere più efficace l'uso di strumenti pre-strutturati con i problemi tipici di quel paziente (ad esempio, un piano di assistenza standard per la donna mastectomizzata); in altri, invece, l'uso di una documentazione narrativa e libera; in altri ancora, dove medici ed infermieri lavorano in stretta collaborazione dovrebbero essere privilegiati strumenti integrati. In quali e quanti reparti vengono utilizzati più strumenti informativi?
- Indipendentemente dalla tipologia della documentazione, è difficile mantenere elevata l'attenzione sui problemi dei pazienti e vengono raccolti pochi dati sulla loro evoluzione. Quali le strategie più efficaci per aiutare gli infermieri a ricordare i problemi dei pazienti e a sorvegliare la loro evoluzione nel tempo?

Tuttavia vanno chiariti due dubbi:

- avere una cartella infermieristica per registrare o pianificare non assicura la personalizzazione dell'assistenza (requisito richiesto anche dalla Legge 251/00). La personalizzazione dell'assistenza non avviene solo con il piano (come probabilmente abbiamo inteso traducendo *individualized nursing plan*³⁰), ma soprattutto con la presa in carico del pa-

ziente: significa attivare una relazione, conoscere la storia dell'altro, capire le sue preferenze/valori, decidere gli interventi migliori; garantire costanza nel tempo e un contesto terapeutico. La documentazione scritta può supportare questa modalità assistenziale ma rimane uno strumento.

- Avere una cartella o una documentazione scritta non assicura che gli infermieri siano accurati nella rilevazione dei problemi: spesso sovrastimano la preoccupazione degli operanti o sottostimano altri problemi, ad esempio la disidratazione, il bisogno dei pazienti di poter discutere con gli operatori la loro situazione. La percezione degli altri pazienti (ad esempio il compagno di stanza) sembra più accurata di quella degli infermieri³¹⁻³². A fianco degli sforzi che stiamo facendo per potenziare la nostra capacità di scrivere, dovremmo farne altrettanti per potenziare quella di essere accurati: altrimenti rischiamo di avere cartelle ben scritte ma su problemi che i pazienti non riconoscono come propri.

Suggerimenti per approfondire

PAROLE CHIAVE

Nursing Record, outcome and process assessment, Professional practice, Patient care planning, Computerized patient record, Nursing information system, Charting, Nursing Flow Sheet.

Bibliografia

1. Radwin LE, Aster K. Individualized nursing care: an empirically generated definition. *Int Nur Rev* 2002; 49 1: 54-63.
2. Yura H, Wals MB. Il processo di Nursing. Milano: Sorbona, 1992.
3. Meleis AI. Theoretical nursing: developmental and progress. USA: Lippincott, 3th Edition, 1999.
4. Brignone R. Il Nursing oggi in Italia. *Prof Inferm* 1983; 3: 149-54.
5. Gatta N, Montalbano M. Il processo di nursing nell'attività infermieristica. *Prof Inferm* 1986; 39: 3-25.
6. Casati M. La documentazione infermieristica. Milano: Edizioni McGraw-Hill, 2005.
7. Carpenito LJ. Piani di assistenza infermieristica e documentazione. Milano: Edizione Ambrosiana, 2000.
8. Benner P, Tanner A, Chesla C. Expertise in nursing practice. Caring, clinical judgment and ethics. USA: Springer Publishing Company 1996.

9. Grobe S, Drew J, Fonteyn M. A descriptive analysis of experienced nurses' clinical reasoning during a planning task. *Res Nurs Health* 1991; 14: 304-14.
10. George JB. Le teorie del nursing. Le basi per l'esercizio professionale. Torino: Edizioni UTET, 1999.
11. Little D, Carnevali D. Nursing Care planning. Philadelphia: Lippincott, 1976.
12. Craven RF, Hirnle CJ. Principi dell'assistenza infermieristica. Milano: CEA, 1998.
13. Treccani G. Istituto della enciclopedia italiana. Roma: Arti Grafiche Ricordi, 1989.
14. Thompson C, Dowding D. Clinical decision making and judgment in nursing. UK: Churchill Livingstone, 2002.
15. Watson S. An exploratory study into a methodology for the examination of decision making by nurses in the clinical area. *J Adv Nurs* 1994; 20: 351-60.
16. Fonteyn ME, Flaig L. The written nursing process: is it still useful to nursing education? *J Adv Nurs* 1994; 19: 315-9.
17. Moloney R, Maggs C. A systematic review of the relationship between written manual nursing care planning, record keeping and patient outcomes. *J Adv Nurs* 1999; 30: 51-7.
18. Currel R, Urquhart C. Nursing record systems: effects on nursing practice and outcomes. The Cochrane Collaboration Database of Systematic Reviews, 2003, Issue 3.
19. Stevens B. Development and testing of a paediatric pain management sheet. *Pediatr Nurs* 1990; 16: 543-8.
20. Parkers J, Shepperd S. Discharge planning from hospital to home. Cochrane Library, 1, 2002. Oxford: update software.
21. Wilson Barnett J. Nursing values: exploring the clichés. *J Adv Nurs* 1988; 13: 790-6.
22. Hansebo G, Kihlgren M, Ljunggren G. Review of nursing documentation in nursing home wards - changes after intervention for individualized care. *J Adv Nurs* 1999; 29: 1462-73.
23. Davs BD, Billings JR, Ryland RK. Evaluation of nursing process documentation. *J Adv Nurs* 1994; 19: 960-8.
24. O'Connel B, Myers H, Di Twigg RN, Enriken F. Documenting and communicating patient care: are nursing care planning redundant? *Int J Nurs Prac* 2000; 6: 276-80.
25. Howse E, Bailey J. Resistance to documentation - a nursing research study. *Int J Nurs Stud* 1992; 29: 371-80.
26. Allen D. Record Keeping and routine nursing practice: The view of the wards. *J Adv Nurs* 1998; 27: 1223-30.
27. O'Connel B. The clinical application of the nursing process in selected acute care settings: a professional mirage. *Au J Adv Nurs* 1998; 15: 22-32.
28. Chetasse J. From task assignment to patient allocation: a change evaluation. *J Adv Nurs* 1981; 6: 137-45.
29. Ters KR, Easton N. Individualized care: is it possible to plan and carry out? *J Adv Nurs* 1999; 29: 79-87.
30. Redfern S. Individualised patient care: a framework for guidelines. *Nurs Res* 1996; 1: 22-33.
31. Farell GA. How accurately do nurse perceive patients' needs? A comparison of general and psychiatric settings. *J Adv Nurs* 1991; 16: 1062-70.
32. Davies ADM, Peters MP. Stresses of hospitalization in the elderly: nurse' and patients perceptions. *J Adv Nurs* 1983; 8: 99-105.

Bibliografia per approfondire

- Hays M. The phenomenal shift report. A paradox. *J Nurs Staff Dev* 2003; 19(1): 25-33.
- Lee TT. Nursing diagnoses: factors affecting their use in charting standardized care plans. *J Clin Nurs* 2005; 14: 640-7.
- Karkkainen O. Evaluation of patient records as part of developing a nursing care classification *J Nurs Clin* 2003; 12: 198-205.