

Sestrinska dokumentacija uloga i važnost

Katić, Zvonimir

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:176:542255>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-17**



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University Department for Health Studies, University of Split](#)



zir.nsk.hr



UNIVERSITY OF SPLIT



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU
Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ
SESTRINSTVO

Zvonimir Katić

ULOGA I VAŽNOST SESTRINSKE DOKUMENTACIJE

Završni rad

Split, 2017.

SVEUČILIŠTE U SPLITU
Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ
SESTRINSTVO

Zvonimir Katić

ULOGA I VAŽNOST SESTRINSKE DOKUMENTACIJE

**FUNCTION AND IMPORTANCE OF NURSING
DOCUMENTATION**

Završni rad/Bachelor's Thesis

Mentor:
Ante Buljubašić, mag. med. techn.

Split, 2017.

ZAHVALA

Zahvaljujem se svom mentoru gosp. Anti Buljubašiću, mag.med.tech. na svesrdnoj pomoći i podršci tijekom svih faza izrade ovog završnog rada, jednako kao i tijekom studiranja..

Zahvalan sa mu na brojnim korisnim savjetima, raspravama i idejama.

Iskreno zahvaljujem svim kolegama i suradnicima koji su mi na bilo koji način pomogli u izradi ovog rada.

I konačno, zahvaljujem se svojoj obitelji.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Povijest sestrinske dokumentacije	3
1.2. Sestrinska dokumentacija	5
1.2.1. Izvor podataka sestrinske dokumentacije	7
1.2.2. Osnovni načini prikupljanja podataka za dokumentiranje	8
1.2.2.1. Intervju u procesu zdravstvene njega	8
1.3. Instrumenti pri prikupljanju podataka	10
1.3.1. Obrasci za sestrinsku anamnezu	10
1.3.2. Upitnici i skale procjena	11
1.4. Analiza prikupljenih podataka u dokumentaciji	11
1.5. Značaj primjene sestrinske dokumentacije	13
1.6. Primjena sestrinske dokumentacije u sestrinskom menadžmentu	16
1.6.1. Utjecaj primjene sestrinske dokumentacije na organizacijsku strukturu	20
1.7. Centralizirani informacijski sustav	21
1.7.1. Informatizacija sestrinske dokumentacije	23
1.7.2. Primjena elektroničkog oblika sestrinske dokumentacije	25
1.7.3. Implementacija sestrinske dokumentacije u centralizirani informacijski sustav ...	27
2. CILJ RADA	29
3. RASPRAVA	30
4. ZAKLJUČAK	32
5. SAŽETAK	34
6. SUMMARY	35
7. LITERATURA	36
8. ŽIVOTOPIS	37

1. UVOD

U ovom radu prikazat će se važnost i značenje sestrinske dokumentacija koja se vodi u standardnom „papirnatom“ obliku i ona suvremena - elektronička. Dokumentacija općenito označava skup podataka koji služe kontroli kvalitete planirane i provedene zdravstvene njege te je sastavni dio medicinske dokumentacije pacijenta (1). Prikazati će se kratki osvrt na povijest sestrinstva i medicine koja je zaslužna za postojanje današnjeg sistema zbrinjavanja potrebitih. U radu je posebno objašnjena svrha vođenja sestrinske dokumentacije koja je višestruka.

Sestrinska dokumentacija potiče profesionalnu odgovornost, pruža pravnu zaštitu, omogućuje praćenje troškova u odnosu na učinkovitost, postavlja standarde sestrinske prakse, koristi se za istraživačke radove, služi kao edukacijski materijal.

Jednako tako je važno komunikacijsko sredstvo kojim se prenose informacije na ostale članove tima. Navesti će se i nedostaci sestrinske dokumentacije kao nepotpuna usklađenost oblika dokumentiranja u sustavu te loša kvaliteta dokumentacije, nepostojanje sistematičnog standardna ili preopterećenost poslom.

Kako bi se ispravno ispunila dokumentacija treba pravilno prikupiti podatke što je također opisano u radu. Obvezni dio sestrinske dokumentacije su sestrinska anamneza, sestrinske dijagnoze i osobitosti o pacijentu, praćenje stanja pacijenta tijekom hospitalizacije i trajno praćenje postupaka, medicinsko-tehnički i dijagnostički postupci, trajno praćenje stanja pacijenta, plan zdravstvene njege, lista provedenih sestrinskih postupaka te otpusno pismo zdravstvene njege (1).

Neobvezni dio sestrinske dokumentacije, tj. obrasci sestrinske dokumentacije upotrebljivi ovisno o potrebama su praćenje stanja pacijenta tijekom hospitalizacije i trajno praćenje postupaka za pacijenta koji je duže vrijeme u bolnici, evidencija ordinirane i primijenjene terapije, unos i izlučivanje tekućine, procjena bola, lista za praćenje dekubitusa, nadzorna lista rizičnih postupaka u zdravstvenoj njezi i izvješće o incidentu.

Sestrinska dokumentacija se može voditi u pisanom i elektroničkom obliku, no uočljivi su sve veći naponi za prijelaz sa pisanog oblika vođenja sestrinske dokumentacije na elektroničko vođenje. IBIS (Integralni Bolnički Informatički Sustav) sustav je implantiran u velikoj većini kapaciteta bolničkih ustanova u Hrvatskoj. Taj

sustav pruža opciju cjelokupne povezanosti zdravstva te stvaranje elektroničkog zdravstvenog kartona pacijenta koji donosi mnoge boljitke sa sobom.

Neki od bitnijih za napredak zdravstvene njege su lakša dostupnost podataka, uspješnija organizacija rada, smanjeno vremensko vođenje dokumentacije za razliku od papirnato oblika što nam ostavlja više prostora za provođenje vremena uz pacijenta.

Bilo da su pacijenti u bolnici ili bolesni kod kuće te ih posjeti medicinska sestra važno je da se skrb koju prime ispravno dokumentira. Medicinska sestra dokumentira različite informacije o njezi pacijenta i njegovom napretku. Medicinske sestre bi trebale dokumentirati pacijentov status svaki sat vremena dok je na intenzivnom odjelu, ili kad i kako se trebaju dati lijekovi protiv boli te kad se daju, ili napredak trudnice koja posjećuje kliniku.

Ovakva sestrinska dokumentacija koristi se da medicinske sestre dijele zdravstvene podatke s ostalim medicinskim sestrama, drugim zdravstvenim djelatnicima i ponekad s pacijentima. Ovi podatci osiguravaju da je skrb o pacijentu dosljedna kad se smjene osoblja mijenjaju te se podatci mogu koristiti kasnije kao povijest prethodne skrbi.

Dokazi pokazuju da sestrinska dokumentacija koja ima za cilj riješiti određeni problem, kao što je smanjenje izgubljenih bilješki, smanjuje vrijeme potrebno za unos podataka, odnosno količinu papira, može biti uspješna u rješavanju tih problema. Ali nije sigurno je li moguće promjenom cijelog sustava dokumentiranja sestrinske njege poboljšati kako medicinske sestre rade ili kako pacijent napreduje.

Ovaj sustavni pregled pokazuje da postoji potreba da se više radi s medicinskim sestrama kako bi se razumjelo točno što treba dokumentirati i kako će se to koristiti, i da je važno uključiti medicinske sestre u osmišljavanje i razvoj sestrinske dokumentacije.

Sestrinskom dokumentacijom su obuhvaćene osnovne potrebe, koje su djelokrug rada medicinskih sestara. Sastavljena je na način da medicinske sestre mogu procijeniti pacijentovo stanje i na osnovi toga donijeti zaključke, dijagnosticirati problem i odrediti količinu sestrinske njege za pacijenta, te na taj način poboljšati kvalitetu zdravstvene njege.

Kvalitetna selekcija, pohranjivanje i pretraživanje omogućava da brojni podaci postaju važne informacije značajne za planiranje zdravstvene njege i samu organizaciju sestrinske prakse. Bogate i kvalitetne informacije iz područja zdravstvene njege

potrebne su ne samo medicinskoj sestri, već i drugim profilima zdravstvenih djelatnika kao i samom pacijentu te zajednici uopće.

1.1. Povijest sestrinske dokumentacije

Povijest dokumentiranja ima svoje korijene u dalekoj povijest. Zapisi na papirusu u starom Egiptu pisani hijeroglifima koji svjedoče o povijesti Egipta, veterinarskoj znanosti i kirurškoj problematici, sadržavali su i opisane sestrinske intervencije. Iste se odnosile na postavljanje zavoja i hranjenje pacijenta sa tetanusom. Indijski zapisi opisuju osobine sestara i vještine koje medicinska sestra treba izvoditi (1). Ipak, sestrinsko dokumentiranje nije osobito istaknuto. Navedeno polazi od pretpostavke, da se naizgled jednostavne radnje poput kupanja, pranja, redovitog hranjenja kao sastavnice samog liječenja, nisu eksplicitno dokumentirane pa se takvi podaci često ne spominju kao značajni. Za Florence Nightingale takvi podaci bili su od iznimnog značaja. Pam Brown u svojoj knjizi „Florence Nightingale“ navodi da „Nijedna sitnica nije bila premalena da ona na nju ne bi svrnula pozornosti. Ljudski su životi ovisili upravo o tim pojedinostima“ (2). Primjerice, tijekom Krimskog rata, noću je zapisivala podatke prikupljene tijekom dana, te inzistirala na tjednom izvješću iz kojeg je planirala i organizirala rad sestara, ne prepuštajući ništa slučaju. Ista autorica dalje naglašava, kako Nightingalini *Zapisi o radu medicinskih sestara: Što bi se trebalo, a što ne bi trebalo činiti*, predstavljaju revolucionarno djelo, u smislu doprinosa prosperitetu sestrinstva kao profesije. Brojni drugi autori potvrđuju Nightingaleinu ustrajnost u dokumentiranju. Cecil Woodham - Smith u svojoj studiji o Nightingale uvjerljivo argumentira čvrsto Nightingaleino opredjeljenje za sestrinstvo kao zvanje. U njemu Nightingale stavlja naglasak na prikupljanje činjenica, svrstavanje i provjeravanje, te donošenje zaključaka koje „stavlja“ na papir. Kao začetnica sestrinstva, Nightingale nije prestala primjenjivati sestrinsku dokumentaciju ni u trenucima bolesti, starosti i usamljenosti (2).

Dokumentiranje zdravstvene njege naglašava se sredinom prošlog stoljeća. 1947. osnovano je Vijeće za zdravstvenu njegu, a 1958. Odjel za sestrinstvo pri Glavnom stožeru International Council of Nurses (ICN). Njihove aktivnosti usmjerene su između

ostalog i na vođenje posebne dokumentacije o izučavanju raznih vidova zdravstvene njege(1).

Poznata teoretičarka sestrinstva Virginia Henderson također ističe i naglašava potrebu dokumentiranja. U svojoj knjizi Osnovna načela zdravstvene njege Henderson ističe da svaka jednostavna aktivnost, poput primjerice hranjenja, može za pojedinca biti vrlo složena, ako pojedinac nema potrebnu volju, snagu ili znanje. Ista autorica dalje smatra da pisani plan prisiljava one koji ga sastavljaju da određeno vrijeme razmišljaju o bolesnikovim individualnim potrebama (1).

Time se stavlja naglasak na bilježenje svih podataka kroz dvadeset četiri sata, modifikaciju planiranih intervencija, te kontinuiranu evaluaciju, imajući u vidu holistički pristup pacijentu.

Iako su i Florence Nightingale i Virginia Henderson naglašavale važnost dokumentiranja, primjeni sestrinske dokumentacije posvećuje se veća pažnja uvođenjem procesa zdravstvene njege (1). Aktivnija primjena procesa zdravstvene njege, koji kroz svoje četiri faze pretpostavlja racionalan i logičan pristup u zdravstvenoj njezi utemeljen na znanju, stavlja imperativ na dokumentiranje. Spomenuto u svim fazama procesa olakšava procjenu, utvrđivanje potreba, planiranje, provođenje i evaluaciju. Samim time podrazumijeva se da primjena sestrinske dokumentacije predstavlja vezu između svih faza procesa zdravstvene njege. Međutim ono je prvenstveno ovisilo o kreativnosti osoblja za dokumentiranje koje radi sa određenom kategorijom pacijenata. Takav način često dovodi do situacije da se premještanjem pacijenta iz jednog odjela na drugi, gubi svaka daljnja evidencija sestrinskog rada i podataka o osnovnim ljudskim potrebama tog pacijenta.

Osnivanjem Hrvatske komore medicinskih sestara 2003. godine i donošenjem Zakona o sestrinstvu pred medicinske sestre stavlja se obveza dokumentiranja. Iste godine Hrvatska komora medicinskih sestara, stavlja u zadatak izradu Sestrinske liste i Kategorizaciju pacijenata. Završetkom izrade spomenutih dokumenata 2005. godine nastoji se korištenjem sestrinske dokumentacije omogućiti pravilna raspodjela sestara sukladno potrebama za zdravstvenom njegom. Iako izrađena unificirana sestrinska lista ostavlja mogućnost prilagođavanja pacijentu, ista nailazi na brojne neosnovane prepreke u smislu opširnosti i prevelikog broja podataka. Posljednjih godina ističe se potreba za centraliziranim informacijskim sustavom, koji će objediniti sve strukture zdravstva.

Naglašavajući integriranost svih poslovnih procesa unutar i između institucija centralizirani informacijski sustav ima za cilj brži razvoj elektronskog zdravstva (5). Isti pretpostavlja povezivanje svih dijelova određene ustanove, kojim se oblikuju informacijski tijekovi, kako bi se moglo uspostaviti povezivanje svih dijelova sustava u jedinstveni informacijski zdravstveni sustav.

Moderno doba informatizacije na razne načine dotaklo je sve zdravstvene strukture pa tako i sestrinstvo. Od brojnih zapisa na papirima, bilo to u sestrijskoj sobi ili uz krevet bolesnika, ICT pruža mogućnost digitaliziranja spomenutih zapisa. Potreba za bržim i lakšim pronalaženjem podataka iz područja zdravstvene njege, stavlja pred sestrinstvo veliki izazov - primjenu digitaliziranog oblika sestrijskog dokumentiranja. Kao sastavni dio centraliziranog informacijskog sustava, ovaj oblik dokumentiranja pretpostavlja unaprjeđenje kvalitete zdravstvene njege (2).

1.2. Sestrijska dokumentacija

Vođenjem sestrijske dokumentacije medicinska sestra potvrđuje da je u svojem radu upotrijebila znanje, vještine i stajališta, i to primjenom kritičkog mišljenja sukladno standardima sestrijske prakse. Ključna važnost sestrijske djelatnosti je prikupljanje, tumačenje i pohranjivanje podataka u sestrijsku dokumentaciju, što daljnjom obradom daje informacije koje čine osnovu za unaprjeđenje kvalitete i razvoj zdravstvene njege (3). Stoga je uvođenje procesa zdravstvene njege i sestrijske dokumentacije u svakodnevni rad medicinskih sestara, uz skrb za bolesnika, temelj početka procesa kontinuirane evaluacije provedene skrbi i unaprjeđenja kvalitete pružene skrbi (3,4).

Važnost sestrijske dokumentacije kao temelja osiguranja komunikacije medicinskih sestara primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite, posebno se ističe u slučaju potrebe provođenja zdravstvene njege kroz dulji period, a u svrhu osiguranja kontinuiteta pružanja zdravstvene njege na dobrobit samog bolesnika. To se podrazumijeva u slučaju potrebe nastavka zdravstvene njege bolesnika pri njegovu premještanju na drugi odjel, odnosno u drugu ustanovu, ili pri otpustu kući.

Proces implementacije sestrijske dokumentacije u Republici Hrvatskoj započeo je 2011. godine objavljivanjem Pravilnika o sestrijskoj dokumentaciji u bolničkim

zdravstvenim ustanovama kojim su utvrđeni sadržaj i obrasci sestrinske dokumentacije u bolničkim zdravstvenim ustanovama. Sestrinska je dokumentacija skup podataka koji služe kontroli kvalitete planirane i provedene zdravstvene njege te je sastavni dio medicinske dokumentacije bolesnika (Pravilnik o sestrinskoj dokumentaciji u bolničkim zdravstvenim ustanovama, 2011). Sukladno Zakonu o sestriinstvu, jedna od dužnosti medicinskih sestara jest i vođenje sestrinske dokumentacije kojom se evidentiraju svi provedeni postupci tijekom 24 sata (Zakon o sestriinstvu, 2003).

Svrha je vođenja sestrinske dokumentacije mnogoznačna. Ona je izvor informacija na temelju kojih se kroz istraživanja mogu dobiti važni rezultati korisni za razvoj sestrinske prakse; potom osigurava pravnu zaštitu – dokument kojim se potvrđuju činjenice i tvrdnje u slučaju mogućeg spora ili konflikta; omogućuje praćenje troškova s obzirom na učinkovitost skrbi te čini jedan od standarda sestriinstva na međunarodnoj razini (3). Standardi u sestriinstvu čine kriterije koji određuju i opisuju sestrinsku praksu. Tako se svaki postupak iz područja zdravstvene njege treba dokumentirati te osigurati najbolji mogući ishod za bolesnika, odnosno medicinske sestre trebaju zdravstvenu njegu provoditi prema standardima sestrinske prakse.

Standardizirani postupci u zdravstvenoj njezi označuju pravila po kojima su medicinske sestre dužne postupati. Jedinstveni način provođenja postupka osigurava isti standard i sigurnost za svakog bolesnika. Standardizirani postupci u zdravstvenoj njezi značajan su dio unaprjeđenja pružanja kvalitete zdravstvene njege i pokazatelja koji omogućuje kontrolu pružanja kvalitete zdravstvene njege (4).

S obzirom na zakonsku obvezu vođenja sestrinske dokumentacije, medicinska sestra ima profesionalnu odgovornost dokumentiranja svih postupaka iz područja zdravstvene njege u okviru svojih kompetencija.

Obvezni dio sestrinske dokumentacije čine sljedeći obrasci (4):

- sestrinska anamneza
- sestrinske dijagnoze i osobitosti o pacijentu
- praćenje stanja bolesnika tijekom hospitalizacije i trajno praćenje postupka
- medicinsko-tehnički i dijagnostički postupci
- trajno praćenje bolesnikova stanja

- plan zdravstvene njege
- lista provedenih sestrinskih postupaka
- otpusno pismo zdravstvene njege (Pravilnik o sestrinskoj dokumentaciji u bolničkim zdravstvenim ustanovama, 2011).

Utvrđivanje potreba za sestrinskom skrbi počinje uzimanjem sestrinske anamneze i statusa. Sestrinska anamneza i status obuhvaćaju niz podataka koji moraju omogućiti: prepoznavanje/dijagnosticiranje problema iz zdravstvene njege, prepoznavanje uzroka, odnosno čimbenika koji utječu na problem i prepoznavanje osobitosti koje omogućuju prilagodbu ciljeva i sestrinskih intervencija bolesnikovim navikama, očekivanjima, iskustvu i drugim osobitostima (5).

U sestrinskoj dokumentaciji korisno pomagalo za prikupljanje podataka jesu različite skale. Tako se u svrhu procjene rizika za nastanak dekubitusa u bolesnika upotrebljuje Braden skala. Osim navedene skale, primjenjuju se još skala za procjenu stanja svijesti ili Glasgow koma skala te Morseova skala za procjenu rizika za pad.

Sestrinska dokumentacija osigurava kronološko praćenje stanja bolesnika te je sredstvo komunikacije između medicinskih sestara i drugih članova tima koji se skrbe o bolesniku ne samo unutar bolnice nego i nakon otpusta iz bolnice u obliku otpusnog pisma zdravstvene njege (OPZNJ) (3).

Na temelju navedenog sestrinska je dokumentacija važan čimbenik osiguranja kvalitete pružanja zdravstvene skrbi za bolesnika, ne samo u bolničkom okruženju nego i u osiguranju zdravstvene skrbi nakon bolesnikova otpusta iz bolnice.

Osim prikupljanja podataka, ističe se potreba za njihovim bržim i jednostavnijim pristupom, potom mogućnošću analize prikupljenih podataka, kao i olakšavanjem komunikacije unutar zdravstvenog tima, za što je nužna informatizacija sestrinske dokumentacije (3).

1.2.1. Izvor podataka sestrinske dokumentacije

Izvor podataka može biti primaran, sekundaran i tercijaran (2). Primarni izvor je pacijent osobno. Promatrajući pacijenta medicinska sestra prikuplja i dobiva podatke o tjelesnom stanju, stanju svijesti i ponašanju, a intervjuom dobiva verbalne poruke o

percepciji vlastitog zdravstvenog stanja, stavovima, znanju, željama i potrebama ali i povratne informacije kojima provjerava uspješnost provedene intervencije. Sekundarni izvori informacija su druge osobe (članovi njegove obitelji, prijatelji, susjedi, zdravstveni i ne zdravstveni djelatnici, drugi bolesnici...). Oni daju i/ili dopunjavaju verbalne informacije prikupljene od primarnih izvora i kada pacijent to nije u stanju ili ne želi reći istinu. Također su zagovornici pacijentovih interesa i pomažu pri tumačenju njegovog ponašanja i reakcija.

Članovi obitelji i pacijentu bliskih osoba mogu imati ulogu primarnog izvora jer medicinska sestra prikuplja podatke "od njih o njima." Tercijarni izvor podataka uključuje sve oblike medicinske dokumentacije u kojoj se nalaze: opći podaci o pacijentovoj medicinskoj dijagnozi, podatke o ranijim hospitalizacijama i liječenju te laboratorijski nalazi. Na taj se način štedi vrijeme i ne ponavljaju se pitanja. Medicinska sestra treba usporediti podatke različitih izvora i njihovu točnost (1).

1.2.2. Osnovni načini prikupljanja podataka za dokumentiranje

Prilikom prikupljanja podataka medicinska sestra se koristi intervjuom, promatranjem, mjerenjem i analizom dokumentacije (1).

1.2.2.1. Intervju u procesu zdravstvene njega

Intervju je svojevrsna socijalna vještina kojom se služe brojni profesionalci, a može se protumačiti kao razgovor dviju osoba, medicinske sestre i njezinog sugovornika ili pacijenta. Intervju se razlikuje po cilju, planu, psihološkoj ravnopravnosti i psihološkoj atmosferi, a vodi se s određenim ciljem prema određenom planu koji je pripremio voditelj samog intervjuja. Voditelj treba imati autoritet i jačinu nastupa. Mora se znati tko je voditelj a tko sugovornik te mora poticati na sam razgovor i dobiti sve potrebne informacije na ugodan i lijep način bez konflikata (1).

Prikupljene podatke treba zabilježiti u medicinsku dokumentaciju. Medicinska sestra sama odlučuje kako se i u koje vrijeme bilježiti podatke. Može bilježiti za vrijeme trajanja intervjuja ili po završetku. Uglavnom ne smije zanemariti pacijent a prilikom

intervjuiranja na način da ona piše sve što on govori i da pasivno sluša jer tada se stvara napeta atmosfera i slični na ispitivanje a ne razgovor, a pacijent se osjeća bezvrijedno.

Ipak negativna strana bilježenja podataka nakon završenog intervjua je izostanak bitnih činjenica i podataka. Bilo bi najbolje bilježiti samo najvažnije ključne podatke za vrijeme trajanja, a sve ostalo nakon završetka intervjua.

1.2.2.2. Promatranje u postupku prikupljanja podataka za dokumentiranje

Promatranje je druga značajna tehnika prikupljanja podataka. Promatrač vlastitim osjetnim modalitetom (vidnim, slušnim, taktilnim, njušnim) dolazi do podataka o različitim aspektima pacijentova stanja i okolinskih utjecaja. Fizikalni pregled (promatranje) redovita je tema sestrinske edukacije i uključuje inspekciju (vizualno promatranje), auskultaciju (slušno), palpaciju (taktilno) i perkusiju (slušno). Stručno promatranje i fizikalni pregled razlikuju se u složnosti, ciljanosti, preciznosti, korištenja pomagala i posebnih tehnologija (3).

Promatranje u procesu zdravstvene njege temelji se na stručnom znanju, a vrši se sustavno i kompletno trima pristupima (5).

- Promatranje od glave do pete: gledaju se izgled i funkcije dijelova tijela počevši od glave te se nastavlja prema stopalima. Prethodno su ocijenjeni opće stanje i vitalni znakovi
- Promatranje velikih tjelesnih sustava: gledaju se izgled i funkcija dijelova tijela s obzirom na pojedine sustave:
 - respiratorni
 - gastrointestinalni
 - kardiovaskularni
 - urogenitalni
 - nervni
 - lokomotorni

- Promatranje psihofizičkog funkcioniranja pojedinca (prema M. Gordon) promatraju se fiziološke i psihičke funkcije te odnos pojedinca s okolinom, uključujući:
 - percepcija vlastitog zdravstvenog stanja,
 - prehrana-metabolizam,
 - eliminacija,
 - aktivnosti,
 - spavanje-odmor,
 - senzorne i kognitivne funkcije
 - percepcija samog sebe
 - uloga i odnosi s drugima
 - seksualna aktivnost i reprodukcija
 - sučeljavanje i tolerancija na stres - sustav vrijednosti i stavova
 - fizikalni pregled

Sva tri pristupa ispravna su i dati će približno iste podatke, a izbor će ovisiti o stanju pacijenta ili preferencijama medicinske sestre.

1.3. Instrumenti pri prikupljanju podataka

Instrumenti su svojevrsna pomoćna sredstva koja koristimo kod prikupljanja podataka su obrasci za sestrinsku anamnezu, upitnici i skale procjena (5).

1.3.1. Obrasci za sestrinsku anamnezu

Obrasci za sestrinsku anamnezu nalaze se na „Sestrinskoj listi“ koja je propisana od Hrvatske komore medicinskih sestara. Iako za pojedine odjele, bolesnike prema njihovoj dobi te vrsti bolesti, svaka zdravstvena ustanova ima modificirane liste. Tu se prvenstveno misli na pedijatrijski odjel te ginekologiju i porodništva. Obrasci koji se koriste za sestrinsku anamnezu trebaju odražavati cjeloviti pristup zbrinjavanju pacijenta i osigurati sustavnu procjenu njegovog stanja. Isto tako obrazac mora biti

prihvatljiv svim medicinskim sestrama da ga razumiju te mora biti lak o primjenjuju i da održava prihvaćeni model zdravstvene njege (5).

1.3.2. Upitnici i skale procjena

Postoje različiti propisani oblici upitnika i skala za procjenu s kojima se medicinska sestra susreće u svakodnevnom radu, a među poznatijima su (5):

- Knoll i Norton skala za procjenu sklonosti dekubitusu
- Glasgow koma skala za procjenu neurološkog stanja
- upitnik za procjenu smetenosti
- upitnici i skale za procjenu boli
- skala za procjenu i praćenje inkontinencije
- Morseova ljestvica za procjenu rizika za pad

1.4. Analiza prikupljenih podataka u dokumentaciji

Analiza uključuje reviziju podataka, njihovu interpretaciju i validaciju problema.

Podatke koje medicinska sestra prikuplja treba (5):

- srediti i grupirati da bi bili pogodniji za daljnju analizu
- provjeriti njihovu usklađenost (slaganje, dosljednost)
- provjeriti zastupljenost cjelovitog (holističkog) pristupa

Grupirati podatke znači svrstati zajedno one koje se odnose na isto područje i grupiranje s obzirom na različite kriterije. Podaci se mogu formirati na različite načine, a da pri tom sve klasifikacije budu logične i točne. Važno je da medicinska sestra prikuplja podatke iz različitih skupina i tako zaključuje o (ne) postojanju problema. Osim što olakšava daljnju analizu, svrstavanje podataka u skupine omogućava otkrivanje propusta u prikupljanju podataka te je zavisano od prihvaćenog modela (definicije) zdravstvene njege (4).

Cjelovita anamneza i status osiguravaju više podataka (pokazatelja, simptoma, indikatora) koji upućuju na isti problem. Ne treba težiti prikupljanju maksimalnog već optimalnog broja pokazatelja određenog problema. Kad ne raspolažemo dovoljno dobrim pokazateljima problema potrebno ih je različitim tehnikama i iz različitih izvora prikupiti više. Važno je u analizi podataka provjeriti njihovu usklađenost pri čemu neslaganje među podacima može ali me mora negirati postojanje problema. Svako neslaganje treba naznačiti u dokumentaciji. Cjeloviti (holistički) pristup u procesu zdravstvene njege podrazumijeva shvaćanje čovjeka kao psihofizičke cjeline, čije se aktivnosti i doživljaju odigravaju u složenoj interakciji sa fizičkom i socijalnom okolinom (4).

Nakon završene revizije podataka, medicinska sestra ih tumači, objašnjava odnosno interpretira i pri tom koristi sljedeća pitanja (5):

- odstupa li utvrđeno stanje - ponašanje od normalnog
- ako odstupaju kojim smislu
- što su uzroci odstupanja
- kako se utvrđeno stanje - ponašanje održava na zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba
- kakve će biti posljedice ako se ništa ne poduzme
- koji subjektivni i objektivni činitelji potiču (ne) zdravstveno ponašanje

Također interpretacija (objašnjenje) podataka zahtijeva znanje o fiziološkom, psihološkom, razvojnom, socijalnom i kulturnim aspektima zadovoljavanja osnovnih ljudskih potreba, a zaključak podataka opis je pacijentovih problema i njihovih uzroka odnosno predstavlja dijagnozu u procesu zdravstvene njege. Prikupljanje i interpretacija podataka zahtijevaju induktivno i deduktivno rezoniranje. Induktivno podrazumijeva zaključivanje od pojedinačnog prema općem, a deduktivno od općeg prema pojedinačnom. Medicinska sestra kroz induktivno rezoniranje sređuje znanje i profesionalno iskustvo koje stječe iskustvom i radom.

Validacija je provjera točnosti zaključka interpretacije i posljednji korak je u analizi podataka. Zbog toga medicinska sestra konzultira pacijenta, suradnike, postojeću dokumentaciju ili druge izvore te njome provjerava (3):

- raspolaže li optimalnim brojem dobrih podataka za utvrđivanje dijagnoza,
- odražavaju li prikupljeni podaci holistički pristup i prihvaćeni model zdravstvene njege;
- je li hipotetski problem (prvi zaključak interpretacije podataka) na znanju i kliničkom iskustvu je li problem iz zdravstvene njege.

Konzultacija literature je drugi pristup točnosti zaključka. Validacija može biti pozitivna i negativna. Pozitivna uključuje potvrđivanje točnosti zaključka i (ne) postojanje problema. U slučaju negativne treba prikupiti više podataka, analizirati ih i interpretirati, a postupak se ponavlja sve dok validacija nije pozitivna. Ona je svojstvena kontrola prethodno učinjenog (prikupljanja podataka, njihove revizije i interpretacije), omogućava otkrivanje eventualnih pogrešaka i stoga je nezaobilazan postupak u procesu zdravstvene njege (5).

Sve navedeno su vrlo značajne predradnje kojima medicinska sestra mora ovladati praktično i teoretski kako bi medicinsku dokumentaciju koristila na ispravan način te kako bi ona mogla biti upotrebljiva i koristiti svojoj svrsi.

1.5. Značaj primjene sestrinske dokumentacije

Znanstveni pristup, metode, tehnike, poseban sustav obrazovanja, klasifikacija znanja, definirano područje rada i odgovornosti definira sestrinstvo kao profesiju kroz status u društvu. Dokumentirani rezultati rada definiranim normama uz primjenu etičkih načela u potpunosti potvrđuju zalaganje svih sestrinskih institucija o sestrinstvu kao profesiji sa posebnim ovlastima i kompetencijama (6).

Medicinske sestre slijede visoke etičke standarde, posjeduju specijalna znanja i vještine stečene obrazovanjem na visokoj razini. One su osposobljene za primjenu tih znanja i vještina u interesu pacijenta. Posjeduju visok stupanj samostalnosti iz područja zdravstvene njege i jedine su odgovorne za sustavno provođenje zdravstvene njege. Kompetentne su donositi prosudbu o svom radu kroz podvrgavanje kritičkoj evaluaciji

svih članova sestriinske profesije, s ciljem podizanja razine kvalitete zdravstvene njege (4).

Osnova svake dobre znanstvene prakse je primjenjivost kvalitetne dokumentacije. Ako se pogleda prema rječniku poznatoga autora Anića, dokumentacija pretpostavlja podupiranje neke tvrdnje dokumentima dokazivanje pisanim svjedočanstvima. Taj uvaženi filolog dalje označava dokument kao službeni papir koji se može iskoristiti kao dokaz ili informacija. Brojne profesije, uključujući i sestrinstvo baziraju se na dokumentiranju vlastitih ostvarenja, s ciljem personalizacije vlastita zvanja.

Sestriinska profesija regulirana je Zakonom o sestrinstvu koji propisuje standarde obrazovanja i prakse te daje Hrvatskoj komori medicinskih sestara zakonodavne i sudske ovlasti. Članak 16. spomenutog Zakona između ostalih dužnosti medicinskih sestara navodi daje medicinska sestra obavezna voditi sestriinsku dokumentaciju kojom se evidentiraju svi provedeni postupci tijekom dvadeset i četiri sata. Članak 17. dalje ističe „Medicinska sestra obavezna je evidentirati sve provedene postupke na sestriinskoj listi za svakog pojedinog pacijenta na svim razinama zdravstvene zaštite (6).

Zakon o sestrinstvu definira također i samu sestriinsku listu kao skup podataka koji služe kontroli kvalitete planirane i provedene zdravstvene njege. Osim stručnih, vidljiva je i potvrđena i zakonska potreba sestriinskog dokumentiranja. Ista je dakle, obvezujuća u smislu definiranja zakonske i profesionalne odgovornosti.

Definirana kao skup dokumenata koje medicinska sestra koristi za zapisivanje ili ispunjavanje podataka o svojim postupcima tijekom procesa zdravstvene njege, primjena sestriinske dokumentacije ima za cilj sustavno praćenje stanja pacijenta, planiranje, vrednovanje i kontrolu postignutog, a ne samo učinjenog.

Kvalitetna sestriinska procjena, bilježenje podataka i pravovremeno pretraživanje može omogućiti medicinskim sestrama podjelu znanja, zapažanja i vještina. Takvim načinom doprinosi se da vlastitim profesionalnim djelovanjem medicinska sestra utječe na kvalitetu života onih o kojima skrbi.

Ako uzmemo u obzir različite profesionalne uloge medicinske sestre, tada je potpuno razumljivo da ne možemo neku dokumentaciju smatrati dobrom ili lošom, nego je najbolja ona koja je primjenjiva i razumljiva svim članovima sestriinskog tima. S

druge strane, različitost dokumentiranja ne odnosi se na prikupljanje bilo kakvih podataka, samo da bi dokumentirali. Najbolja primjenjivost odnosi se na specifičnost zdravstvene njege ovisno o području sestrinskog djelovanja. Između ostalog uključuje i dio zajednički svim aspektima zdravstvene njege uvažavajući holistički pristup pacijentu (3).

Procjena zdravstvenog stanja pacijenta, prikupljanje podatka, izrada plana i definiranje ciljeva zdravstvene njege, planiranje intervencija, te evaluacija učinkovitosti planiranog faze su procesa zdravstvene njege.: Trajno praćenje, procjena, revizija planiranog zahtjeva kontinuitet u dokumentiranju, čime se stavlja naglasak na unaprjeđenje kvalitete. Primjena sestrinske dokumentacije osigurava dokaze da je medicinska sestra primijenila svoje znanje, vještine i stavove, primjenom kritičkog mišljenja sukladno standardima sestrinske prakse (5). Kao dokaz da je pacijentu pružena usluga ovakvi dokumenti mogu poslužiti za medicinsko pravne analize.'- Sve spomenuto olakšava komunikaciju među članovima tima, drugim zdravstvenim i nezdravstvenim djelatnicima o stanju pacijenta, provedenim intervencijama i ishodu zdravstvene njege (1).

Za razvoj sestrinske profesije potrebno je osigurati podatke za sestrinska istraživanja. Kako je sestriinstvo iznimno humana disciplina, utemeljena na pomoći pojedincu u zadovoljavanju njegovih osnovnih ljudskih potreba, prikupljanje znanja u sestriinstvu moguće je iz više izvora. Oslanjanje na osobno znanje, znanje i iskustvo stariji kolega, te običaje matične ustanove nužno jedini izvor znanja koji omogućava edukaciju i donošenje odluka u sestriinstvu.

Uz tradicionalnu ulogu, procjena, utvrđivanje i prepoznavanje potreba, medicinska sestra danas ima nove zadaće. Iste se odnose na cjeloživotno obrazovanje te znanstveno istraživački rad koji mora biti temeljen na dokazima Metodologija sestriinstva temeljenog na dokazima objedinjuje traženje informacija, kritičku prosudbu, sažimanje informacija i primjenu informacija u svakodnevnoj sestrinskoj praksi, te ocjenu ishoda odluke (1). Takvi parametri su između ostalog ostvarivi primjenom sestrinske dokumentacije u centraliziranom informacijskom sustavu.

Prepreke na koju nailazi primjena sestrinske dokumentacije brojne su, a kreću se od osobnih do organizacijskih. Teško je reći koje su prepreke presudne i ključne za primjenu sestrinske dokumentacije. Valja naglasiti da kvalitetna strategija na nivo Hrvatske nije u potpunosti razrađena. Unificiranost primjene sestrinske dokumentacije, na svim razinama zdravstvene zaštite kroz informacijski sustav zdravstvene njege predstavlja prioritet koji zahtjeva pokretače snage usmjerene ka realizaciji navedenog. Ako uzmemo u obzir da se prepreke kreću od osobnih do organizacijskih, tada je razumljivo da svaka medicinska sestra u svom djelokrugu rada može djelovati na način koji će unaprijediti prakticiranje sestrinske dokumentacije.

S druge strane kada govorimo o provođenju jedinstvenog oblika sestrinske dokumentacije u praksu, naglasak se stavlja na organizaciju i pokretanje svih sestrinskih struktura koje zajedničkim djelovanjem definiraju primjenu iste (6).

1.6. Primjena sestrinske dokumentacije u sestrinskom menadžmentu

Menadžment ima mnoštvo definicija a najčešće se može sažeti u proces rada sa i pomoću drugih kako bi ostvarili ciljevi organizacije, menadžment uključuje timski i upravljački rad. Taj rad kroz koordinaciju ljudskih resursa omogućava dosizanje strateških, taktičkih i operativnih ciljeva organizacije. Efektivno, uspješno napravljen posao, na efikasan način bez bačenih resursa, prioritet je za poslovanje organizacije, a osobito u području zdravstvene njege.

Takav efikasan i efektivan menadžment kroz svoje elemente i funkcije uključuje planiranje, organiziranje, vođenje, upravljanje ljudskim potencijalima, te kontrolu (3). Određivanje budućih akcija, priprema za neizvjesne događaje, kroz različite vidove planiranja osnova je i smisao svakog menadžmenta, pa i onoga u zdravstvu. Organiziranje kao određivanje broja organizacijskih jedinica, zadataka i veza među spomenutima, zajedno sa vođenjem, motiviranjem ljudi putem komunikacije pretpostavlja ključne elemente sestrinskog menadžmenta (5).

Upravljanje ljudskim potencijalima u sestrinstvu moguće je kroz određivanje potrebnih kadrova, proces procjene te kreiranje poticaja. Takav sustav značajno utječe na sve ostale elemente menadžmenta stavljajući veliki naglasak na kontrolu (5).

Proces kontrole pretpostavlja određivanje i primjenu standarda, mjerenje rezultata i otklanjanje odstupanja od dogovorenog standarda i plana. Kontrola uključuje kontrolu kvalitete, financija i učinkovitosti. Kao proces prikupljanja informacija, interpretacije, promatranje uspješnosti, poduzimanje korektivnih radnji, usporedbe ostvarenih rezultata sa očekivanim rezultatima definira kontrolu kao ciklus koji omogućava mijenjanje inputa i outputa. Input kao ulaz sredstava, uloženi rad sestara, energija, u konačnici kroz proces menadžmenta bude transformiran u output. kvalitetnu uslugu u zdravstvenoj njezi (6).

Kvaliteta ili kakvoća može se definirati na više načina kao prikladnost potrebama procijenjena od strane pacijenata sa jedne i omjera visoke razine kakvoće zdravstvene njege uz najnižu cijenu s druge strane, kvaliteta se definira kao individualno očekivanje neke koristi (11). Stoga je od primarne važnosti što pacijent želi. Međutim, valja napomenuti da zadovoljstvo pacijenta jeste iznimno važan, ali ne i jedini pokazatelj kvalitete zdravstvene njege (6).

Sustav pokazatelja kvalitete zdravstvene njege, standardi i kriteriji vezani uz pokazatelje, pomažu medicinskim sestrama uočavati važna područja vlastitog djelovanja. Standardi sestrinske prakse, definiraju razinu kakvoće i stručnosti koja se očekuje u određenim okolnostima, na određenom radnom mjestu (5). Smjernice i procedure za primjenu standarda definiraju organizacijsku strukturu i omogućuju prikupljanje podataka. Kriteriji jasno specificiraju razinu kvalitete i kvantitete usluge koja je potrebna da se zadovolji standard zdravstvene njege. Standardi i kriteriji u osnovi određuju kvalitetu analizom ostvarenih pokazatelja. Konačno se primjenom sestrinske dokumentacije prosuđuje i evaluira sestrinska praksa. Svi pokazatelji kvalitete u zdravstvenoj njezi mjerljivi su, objektivni, broježani pokazatelji djelotvornosti njezine razine pa je njihovo dokumentiranje time olakšano (5).

Korištenje pokazatelja zdravstvene njege, primjenom sestrinske dokumentacije najviši je prioritet u zdravstvenoj njezi (1). Navedeno nije samo zbog mjerenja i procjenjivanja kvalitete zdravstvene njege, nego i zato što omogućuju ostvarenje i reviziju definiranih ciljeva i pružaju dokaze o učinkovitosti i financijskoj isplativosti

pojedinih standardnih procedura. Također ukazuju i na problematične elemente koje zahtijevaju detaljnu procjenu i akciju.

U zdravstvenoj njezi potrebno je osigurati standarde prakse, procesa i ciljeva. Standarde strukture sestrinske prakse definira njezina regulama i organizacija sestrinske službe, izbor i zapošljavanje novih kadrova, te potrebna oprema, pomagala i materijal (5). Pokazatelji strukture, poput broja educiranih medicinskih sestara za određene intervencije, broj sestara na krevet bolesnika, samo su neki od pokazatelja kvalitete. Pokazatelji procesa zdravstvene njege. npr. vrijeme čekanja pacijenta nakon poziva sestre, broj pacijenata koji se tretiraju prema određenim smjernicama za izvođenje određene sestrinske intervencije, broj i količina prikupljenih podataka u sestrinskoj anamnezi, broj definiranih sestrinskih dijagnoza i planova, pokazatelji su usuglašenosti standarda procesa i prakse i jedino se mogu kvalitetno promotriti kroz dokumentiranost u procesu potrebe za zdravstvenom njegom.

Ukupni krajnji ishod zdravstvene njege mjeri se rezultatima izvedbe koji su definirani standardima ciljeva (6). Pokazatelji rezultata poput broja ili postotka uspješno tretiranih pacijenata, pokazuju krajnji ishod zdravstvene njege.

To se primjerice odnosi na broj pacijenata kod koji je postignuta kontrola bola ili broj pacijenata kod kojih je došlo do ublažavanja nesanicice nakon provedenih sestrinskih intervencija, broj osoba koji uspješno provode samokontrolu nakon edukacije, zadovoljstvo pacijenata zdravstvenom njegom, nepostojanje dekubitusa i bolničkih infekcija (5).

Često se postavlja pitanja kako sestrinska dokumentacija može povećati zadovoljstvo sestara, tim više što istu medicinske sestre doživljavaju kao dodatno opterećenje. S druge strane u sestrinskoj dokumentaciji moguće je utvrditi količinu sestrinskog rada, angažman medicinskih sestara i u konačnici odrediti njihov broj. Nadalje, veći broj medicinskih sestara kroz pravilnu raspodjelu resursa rezultirat će većom kvalitetom rada, zadovoljnijim pacijentima te u konačnici i većim zadovoljstvom samih medicinskih sestara. U tom smislu pokazatelji sestrinske dokumentacije moraju dati pouzdane, objektivne i značajne informacije o važnim pitanjima, broju medicinskih sestara. To znači da moraju biti zasnovani na čvrstim dokazima, ali i osjetljivi na sve promjene, specifični za analizu te posjedovati mogućnost jednostavnog računanja (5).

U zdravstvenoj njezi su prisutni posebni pokazatelji koji mjere sigurnost kompetencije medicinskih sestara, procedure, učinkovitost i efikasnost i kontinuitet zdravstvene njege (5). Zato pokazatelje treba biti dizajniran da mjere postignuća postavljenih organizacijskih ciljeva. U praksi se oni najčešće biraju na temelju rutinske raspoloživosti bilo kakvih podataka iz primopredaje službe, povijesti bolesti i raznih drugih oblika dokumentacije. Takvi podaci sami po sebi nisu pouzdani pa je nužno kroz nove metodologije uspostaviti načine prikupljanja podataka za analizu.

Takvim načinom vjerojatno bi se omogućila bolja kontrola sa svim svojim elementima kojima se evaluira sestrinska praksa. Često se medicinske sestre osjećaju inferiorno ukoliko ih netko nadzire i mjeri njihov rad. Upravo bi u tome vođenje sestrinske dokumentacije trebalo umanjiti taj osjećaj inferiornosti (8). Potrebno je napomenuti da kontrola sama po sebi ne predstavlja pojedinačnu izvedbu, već se mjeri proces i ishod nakon sumiranja i analize podataka (5). Dobra koordinacija sestara smanjuje mogućnost pogreške. Provjera sestrinski aktivnosti, unapređenje istih, analiza podataka i uvođenje inovacija omogućava osiguranje kvalitete sestrinskog djelovanja i zadovoljstvo pacijenata. Takvo unaprjeđenje kvalitete, na temelju prikupljenih podataka argument je za primjenu sestrinske dokumentacije.

Kako bi se izbjeglo dupliciranje podataka sa jedne strane i prevelika različitost i ili nedostatnost podataka među pojedinim odjelima potrebno je osigurati tim koji će na multidisciplinarni način koordinirati rad sestara na nivou ustanove (6). Nužan je dogovor glavnog menadžmenta s glavnim medicinskim sestrama Odjela o podacima koji će se prikupljati i koji će se indikatori rutinski koristiti na nivou ustanove i sestrinske organizacijske strukture.

Primjena sestrinske dokumentacije kao temeljnog alata za prikupljanje spomenutih podataka osigurava opisanu metodologiju jer podaci iz dokumentacije omogućuju izračunavanje stope pokazatelja kvalitete zdravstvene njege. Međutim sama po sebi kao pokazatelj stupnja, količine, opsega određene pojave ne može baš potvrditi je li usluga odgovarajuća, poželjna, kvalitetna pa je potrebno promatrati u kontekstu drugih faktora. Bilježenje podataka u sestrinskoj dokumentaciji, definirano standardom daje garanciju kod provjere i usporedbe te kvalitetno usmjeravanje svih resursa u zdravstvenoj njezi (1).

Zapravo nije važna samo količina podataka nego i njihovo pravovremeno pronalaženje za upotrebu. Takav način omogućava centraliziran informacijski sustav koji informatizacijom zdravstvene njege doprinosi postizanju najveće moguće razine kvalitete dokumentacije. Primjena ovakvog načina dokumentiranja nije samo u razvijanju svijesti o potrebi za prakticiranjem sestrinske dokumentacije. Ista treba biti definirana u svakom standardu sestrinske prakse, kao obveznica određena zakonom. Takva djelovanja omogućit će praćenje svih novina u zdravstvenoj njezi jasna zaduženja, osiguranje fleksibilnosti te unaprjeđenje sestrinske prakse (10).

1.6.1. Utjecaj primjene sestrinske dokumentacije na organizacijsku strukturu

Zdravstvena njega kao područje rada i djelovanja medicinskih sestara zahtjeva stručno kompetentnu medicinsku sestru. Kompetencija kao sposobnost interpretacije znanja, sposobnost s kojom netko raspolaže, znanje, vještine i stavovi, jasno daje granice odgovornosti. Kao rezultat specifičnog učenja i vježbanja, kompetencija razgraničuje odgovornost između medicinskih sestara i ostalih zdravstvenih djelatnika. Uz motivaciju i sustav podrške utječe na opseg obavljenog posla i zadovoljstvo pacijenata primijenjenom uslugom, što pretpostavlja produktivnost zdravstvene njege. Sustavi podrške u zdravstvenoj njezi osiguravaju mehanizme za razvoj organizacijske kulture i strukture sestrinske službe. Usmjerena na pacijenta, holističkim i empatičnim pristupom, zdravstvena njega mora biti bazirana na dokazima (8).

Sestrinska dokumentacija je osnovni alat za ostvarivanje spomenutog i to je više puta naglašeno u ovome radu. Navedeno se može potvrditi konstatacijom da podaci iz sestrinske dokumentacije mogu poslužiti i kod izračuna potrebnog broja medicinskih sestara. Direktna zdravstvena njega odnosi se na sve intervencije u skladu sa sestrinskim dijagnozama, pripremu bolesnika za dijagnostičke pretrage, edukaciju i psihološku podršku.

Ukoliko je sve opisano, adekvatno i pravovremeno zabilježeno, tada je olakšana kontrola te procjena potrebnog kadra za provođenje iste. Tako, broj provedenih intervencija u dvadeset četiri sata te kategorija pacijenata zabilježeni u sestrinskoj dokumentaciji samo su neki od parametara nužnih za izračun potrebnog broja sestara.

Za precizan izračun potrebnog broja sestara potrebno je imati standarde procesa rada (4). Izrada standardne operativne procedure, smjernica planiranih koraka koje treba poduzeti u obavljanju nekog zadatka i način na koji treba raditi, zahtjeva pridržavanje dogovorenih pravila svih članova tuma. dokumentiranje, kontrolu, validaciju i eventualnu promjenu dogovorenog.

Za izračun vremena sestrinskog rada uzima se svaka aktivnost, intervencija koja se provodi kod bolesnika. Prosječan broj intervencija i broj bolesnika mogu se pouzdano dobiti analizom podataka iz sestrinske dokumentacije. Uz broj potrebnih intervencija, potrebno je izmjeriti vrijeme koje je potrebno za provođenje određene intervencije prema izrađenom standardu. Mjerenje se trsi više puta. jer ono ovisi o sudjelovanju medicinske sestre njezinoj stručnosti, znanju i spretnosti. U konačnici se uzima prosječna vrijednost izračunatog vremena po određenoj intervenciji, koja se množi sa brojem intervencija i brojem bolesnika Sve se to podijeli na dvadeset četiri sata i dnevnom satnicom. Izračunatom vremenu dodajemo vrijeme utrošeno na indirektnu njegu (6).

Primjena sestrinske dokumentacije omogućuje argumentiranu potvrdu za izračun potrebnog broja medicinskih sestara. Ista je važan preduvjet u obrani na sudskim procesima koji su mogući protiv svih profila zdravstvenih djelatnika. Moderna vremena obilježena su češćim tužbama i sudskim procesima protiv medicinskih djelatnika. Oni su suočeni s jednim njima gotovo potpuno nepoznatim područjem, te se često u tim procesima ne znaju snaći i adekvatno reagirati. Zato treba raditi na poboljšanju u smislu upućenosti i osiguranja, sama pomoć nadležnih tijela, primjerice Komore, ali i samih ustanova. Nepostojanje adekvatne prateće dokumentacije, otežava i onemogućava tijekom sudskog procesa, sto je često presudno u planiranju obrane i konačne presude Stoga važnost dokumentiranja primijenjenog znanja nikad ne može biti prenaglašena (8).

1.7. Centralizirani informacijski sustav

Svakodnevno se susrećemo s različitim informacijskim sustavima koji se koriste u određene svrhe. Ono sto ih međusobno razlikuje nisu samo različit periferni uređaji, već različit ulazni podaci i različita obrada istih (9). Svaki informacijski sustavi, primjerice

biblioteke ili banke razlikuju od bolnica i ambulanti. Specifičnost je definirana potrebnim podacima koji se trebaju informatički obrađivati.

Devedesetih godina prošlog stoljeća u Hrvatskoj započeta je informatizacija zdravstvenog sustava (10). Ista ima za cilj pojednostavniti korištenje i smanjiti ogroman broj papirnati zapisa, koji su često beskorisni zbog trenutne nedostupnosti ili gubitka. Uz navedeno isticala se potreba za povezivanjem svih dijelova zdravstvene zaštite u jedinstveni informacijski sustav u Republici Hrvatskoj. Potrebno je napomenuti i podatak da informatizacija nema primarni cilj uštedu, već racionalizaciju potrošnje u zdravstvu. Racionalno raspoređivanje svih resursa u zdravstvu bilo je moguće uvođenjem računala i edukacijom osoblja. Otpor uvođenju računala koji se u početku osjećao, postupno se smanjivao. Nakon određenog otpora, pojavila izvjesna ovisnost o računalu, čak kod okorjeli protivnika novog načina rada koji su tako postali neizostavni sudionici sustava (9).

Informacijski zdravstveni sustav predstavlja skup ljudi, materijalni sredstava i postupaka, koji služi prenošenju informacija za potrebe zdravstvenog sustava. Korisnici su svi građani koji imaju potrebe za zdravstvenim informacijama. Sudionici su svi davatelji usluga od liječnika, medicinski sestara te drugog osoblja u zdravstvu. Medicinski informatičari predstavljaju profesionalnu ljudsku komponentu zdravstvenog sustava (11).

Kako bi centralizirani zdravstveni informacijski sustav funkcionirao u pravom smislu te riječi potrebno je kvalitetno funkcioniranje na svim njegovim razinama. Na lokalnoj razini informacijski sustav mora zadovoljavati potrebe zdravstvenog tima ili ekipe koja djeluje u okviru nekog od specifični programa i tu vlada niska razina integracije. Na razini zdravstvene ustanove mora omogućiti realizaciju i integraciju svih djelatnosti u instituciji.

Na regionalnoj razini centralizirani informacijski sustav omogućava vertikalnu i horizontalnu integraciju svih zdravstvenih institucija od ambulante opće prakse, preko bolnica, do fonda zdravstvenog osiguranja (11).

Povezanost svih niže spomenutih razina sustava za potrebe međunarodne zdravstvene suradnje osigurava nacionalnu razinu funkcionalnosti. Navedeno

pretpostavlja najvišu internacionalnu razinu zdravstvenog informacijskog sustava, s ciljem djelovanja u okviru međunarodnih organizacija (10).

Ostvarenje funkcioniranja informacijskog zdravstvenog sustava omogućava elektronički zdravstveni zapis. Isti predstavlja kolekciju kompjuterski pohranjenih zdravstvenih informacija o jednoj osobi koje se mogu povezati zahvaljujući identifikatoru (atributu za identifikaciju) dotične osobe. Kao skup svih važnih podataka prikupljenih tijekom prolaska pacijenta kroz zdravstveni sustav, od njihovog rođenja do smrti, elektronički zdravstveni zapis može se čuvati u lako dostupnom obliku dugo vremena. Omogućava brz i pouzdan pristup ovlaštenim korisnicima unutar zdravstvenih ustanova Izravan uvid u osobne (ime, prezime, ključ za prepoznavanje), demografske (spol, mjesto, datum rođenja) te administrativne (podaci o policama osiguranja) podatke o pacijentu olakšava administraciju. Ne treba zanemariti činjenicu da je podataka puno te da svaka djelatnost u okviru informacijskog sustava ima nebrojeno značajan broj podataka, informacija, koje usmjeravaju djelovanje stručnjaka u korist pacijenta (10).

1.7.1. Informatizacija sestrinske dokumentacije

U dinamičnom svijetu napretka tehnologije, medicine, sestrinstva ali i dragih znanosti važan aspekt predstavlja suvremeno, brzo i sigurno pohranjivanje te pronalaženje potrebnih podataka. Kako obrađeni podaci postaju informacije, iste postaju neizmjerljivo važne za pacijenta, osoblje i zdravstveni sustav (10).

Sestrinstvo obiluje bogatim i korisnim informacijama potrebnih ne samo medicinskoj sestri, već i liječniku, samom pacijentu, ali i zajednici uopće. Direktni kontakt s pacijentom osnovni je, najbogatiji i najvrjedniji izvor informacija u sestrinstvu (12).

Prikupljanje podataka u procesu zdravstvene njege prva je faza u postavljanju sestrinskih dijagnoza te rješavanju pacijentova problema. Ovaj proces ponekad je kratak ali često dugačak i spor što često uvjetuje nedostatan izvor podataka, informacija za kvalitetnu zdravstvenu njegu.

Evidencija prikupljenih podataka od izričitog je značaja u svim fazama procesa. Međutim, nije važna samo njihova ogromna, nebrojiva količina koliko je važna njihova dostupnost. Primjereno i pravovremeno pronalaženje ranije pohranjenih podataka može imati velik utjecaj na kvalitetu procesa zdravstvene njege u smislu poboljšanja kvalitete zdravstvenih usluga (9).

Kako bi postigli navedeno nužna je informatizacija zdravstvene njege, a samim time i sestrinske dokumentacije (12). Ista podrazumijeva proces kojim se olakšava protok, spremanje i pristup informacijama. Utječe na uspješnost upravljanja u sestinstvu, jer omogućuje donosiocima odluka dobar pregled podataka potrebnih za planiranje zdravstvene njege i donošenje odluka.

Informatizacija zdravstvene njege provodi se na nekoliko načina.

Najčešće spominjan proces kompjutorizacije, odnosno opremanja računalima jedan je od osnovnih oblika informatizacije spomenute. Uz taj proces izuzetno važni oblici informatizacije su organizacija sestrinske prakse te edukacija sestara, osobito sestara sa dužim stažem u papirnatom vođenju dokumentacije.

Organizacija omogućava da raspoloživa sredstva budu primijenjena svrhovito dok edukacija osposobljava medicinske sestre, donosioce odluka, da u potpunosti koriste dostupne informacije za planiranje, provođenje i evakuaciju (12). Ovakav način omogućava unapređenje komunikacije i dostupnost informacija bez obzira na fizičku udaljenost.

Radi ostvarenja lakše informatizacije i komunikacije mnoge profesije formiraju svoju nomenklaturu djelatnosti – specifičan protokolarni jezik (11). Specifična Međunarodna klasifikacija sestrinske prakse (International classification for nursing practice - ICNP) specifični je internacionalni rječnik kojim se evidentira rad medicinskih sestara i kojim se opisuje zdravstvena njega. Uspostava jedinstvenog rječnika, definiranjem fenomena, postupaka i vrednovanja rezultata olakšat će informatizaciju zdravstvene njege. Međutim, u prakticiranju digitaliziranog oblika sestrinske dokumentacije potrebno je koristiti sve relevantne sastavnice sestrinske dokumentacije (11).

Kako bi mogli baratati podacima potrebno je bazirati se na važnim osnovnim sestrinskim terminima fenomenima, postupcima, obrascima. Sve podatke minimalno povezati i dobiti jasnu sliku o stanju pacijenta. Svrha informatizacije je zapravo u njenoj jednostavnosti za krajnjeg korisnika.

Sadržaj elektroničkog oblika sestrinske dokumentacije mora biti usklađen s odredbama stručnih sestrinskih povjerenstava, državnih tijela, primjerice Komore medicinskih sestara i pratiti napredovanje zdravstvene njege (10). Sestrinska lista, kao relevantan dokument, predstavlja osnovu za bazu podataka razvoja sestrinskog dijela informatike.

Zbog svega toga elektronički oblik sestrinske dokumentacije mora dopuštati promjene kako bi zapis bio usklađen s važećim normama. Kombinacijom i usklađenošću svih parametara omogućava se kvalitetnija implementacija u informacijski sustav, selekcija, svrstavanje i ranije opisano pohranjivanje i pretraživanje podataka (10).

1.7.2. Primjena elektroničkog oblika sestrinske dokumentacije

Naglašeno je kako je ostvarenje funkcioniranja informacijskog zdravstvenog sustava omogućava elektronički zdravstveni zapis. U sestinstvu on predstavlja skup svih elektronski pokradenih podataka o nekoj osobi iz područja zdravstvene njege (10). Taj skup podataka zapisan je na elektroničkom mediju i ni primjeran način organiziran. Razni podaci, popunjena polja, pripadni zapisi međusobno povezani, uz datoteku kao skup zapisa na određeni način tvore bazu podataka (engl. database). Baza podataka je najviši organiziran skup podataka (10). Može se opisati kao skup međusobno povezanih podataka koji služe različitim aplikacijama; kao takva ne može se realizirati bez suvremene informacijske tehnologije. Bazu podataka u pravilu pravi osoba koja prikuplja podatke (u zdravstvenoj njezi medicinska sestra). Povezanost podataka u bazi podataka omogućava lagani pristup podacima i analizu (12).

Zapis ne mora biti na jednom računalu na jednom odjelu. On može biti mobilan u smislu povezivanja svih drugih zapisa, a pretraživanje se vrši putem jamstvenog identifikatora osobe, preciznije entitetu ih nekom od atributa promatranog entiteta. Zapisi mogu osim imati određenu formu upisa te biti strukturiran.

Iz mnoštva podataka primjenom odgovarajućeg stručnog sestrinskog znanja sažima se sestrinska dijagnoza kao temelj za odlučivanje o ciljevima i postupcima koji će se primijeniti kod bolesnika. Primjerice, podaci za problem poput rezultat Knoll ili Norton skale, podatak da pacijent ne može ustati iz kreveta, treba pomoć druge osobe i pomagala, argumenti su za kategorizaciju visoke razine. Opći podaci zajedno s podacima za uzrok; primjerice oduzetost lijeve strane tijela, mobilizacija moraju u sklopu procesa zdravstvene njege biti interpretirani da bismo mogli formulirati sestrinsku dijagnozu i kao takvu je dokumentirati. Ista dakle proizlazi iz interpretacije podataka dobivenih pravilnom sestrinskom procjenom, bilo direktnim kontaktom, pohranjivanjem dobivenih podataka ili njihovim pretraživanjem. Međutim podaci dobiveni pretraživanjem ponovno se moraju provjeravati sa stvarnim stanjem, kako bi imali uvid u najnovije stanje pacijenta (10,12). Informacijskim pristupom u pretraživanju podataka kombinirano s direktnim kontaktom upotpunjuje se sadržaj sestrinske dokumentacije kronološkim praćenjem stanja pacijenta. Pronalaženje podataka, umnožavanje i komuniciranje pretpostavljaju metode koje omogućavaju da se određeni podaci ili grupa podataka pronađu, ponovno analiziraju i dostave drugima na uvid i korištenje.

Upis podataka iz područja zdravstvene njege provodi se već kod prijama, tijekom boravka pacijenta na odjelu, potom se njihovom obradom koriste za formulaciju sestrinskih dijagnoza i definiranje cilja. Evaluacija je olakšana bržim pretraživanjem i grafičkim automatskim prikazima primjerice, temperature, rizika za nastanak dekubitusa, količina izložene mokraće i stolice. Time se omogućava bolji nadzor nad informacijama, podizanje kvalitete i osiguranje kontinuiteta zdravstvene njege. Preciznije su svi podaci koji se prikupljaju trajno pohranjuju i spremni za su upotrebu u svakom trenutku. Povezanost liječničke i sestrinske dokumentacije omogućuje osoblju da lakše vodi evidenciju planirane i primljene terapije; uskladi sestrinske intervencije, te u konačnici olakša zaključivanje i liječničkog i sestrinskog otpusnog pisma. Sve to naglašava važnost i korisnost povezanog elektroničkog oblika sestrinske dokumentacije te njezinu potpunu implementaciju u centralizirani informacijski sustav. Samim time podaci sadržani u sestrinskoj dokumentaciji predstavljaju informativni alat za opis sestrinske prakse, ostavljajući veliku mogućnost udovoljavanja potrebama sestrinske edukacije (12).

1.7.3. Implementacija sestrinske dokumentacije u centralizirani informacijski sustav

Kada je više profila zdravstvenih djelatnika odgovorno za zdravstvenu skrb pacijenta nužna je kvalitetna komunikacija između svih. Brojne mogućnosti informacijske tehnologije omogućavaju da obavijesti trenutno budu dostupne svim zainteresiranim stranama bez obzira na fizičku udaljenost (10). Informatizacija zdravstvene njege i sestrinske dokumentacije osigurava lakši, brži i jednostavniji protok, spremanje i pristup informacijama. Bazira se na formiranju, širenju i integraciji podataka i u mogućnosti je pružiti kvalitetnu razmjenu informacija (10). Ostvarenje takvih mogućnosti izvedivo je implementacijom i povezivanjem svih informacijskih sustava u jedan jedinstveni, centralizirani, informacijski sustav (12). Uspostava računalne infrastrukture, opremanje računalnom opremom, edukacija svih korisnika sustava iznimno je važna korak u procesu implementacije (12). Radi lakšeg planiranja, organiziranja i kontrole nužno je formiranje radne skupine, odnosno stručnog projektnog tima za informatizaciju zdravstvene njege i implementaciju iste. Isti bi stručnjacima na području informatike morao potpuno približiti sve relevantne informacije nužne za informatizaciju zdravstvene njege. Osim oblikovanja novog načina dokumentiranja potrebno je preoblikovati postojeće, na način da ih se transformira u elektronički oblik. Obzirom na brojnost i različitost sestrinskih zapisa posebna pozornost posvećuje se mobiliziranju podataka iz starih sustava i oblika u novu cjelinu (12). Suradnja svih sestrinskih hijerarhijskih struktura, u smislu povezanosti sestrinskih timova za implementaciju, medicinskih informatičara, glavnih medicinskih sestara, te sestara u procesu rada, osigurat će kvalitetnije procese informatizacije i implementacije. Zajedničkim sugestijama prijedlozima, raspravama i suradnjom omogućuje se trajno usavršavanje započetog, planiranog sestrinskog informacijskog sustava koji podupire razmjenu podataka iz područja zdravstvene njege. Uspješna implementacija svakog pojedinog sestrinskog informacijskog sustava unutar jedne ustanove osigura će kvalitetniju povezanost s dragim bolničkim ustanovama. Stoga je sestrinski informacijski sustav najprije potrebno implementirati u integriran bolnički informacijski sustav (10,12).

Bolnički informacijski sastavi bi u budućnosti trebali biti povezani sa centralnim dijelom informacijskog sustava primame zdravstvene zaštite. Spomenuto omogućuje uvid u podatke iz područja zdravstvene njege na razin: primame, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite. Zbog sveopće pristupačnosti, umreženosti uz povezanost podataka, lakši uvid u kronologiju zbivanja o osnovnim ljudskim potrebama, stanju pacijenta vezano za tijek bolesti, omogućena je puna suradnja svih struktura na svim razinama zdravstvene zaštite (10).

2. CILJ RADA

Primjena i pravilno vođenje sestrinske dokumentacije neizostavni je dio u opisu i evidentiranju sestrinske prakse, pravnim analizama, prikupljanju statističkih podataka, kontroli kvalitete, te stvarnoj procjeni udjela rada medicinske sestre kroz 24 satnu zdravstvenu njegu. Sestrinstvo kao pridruženi dio sustava zdravstvene zaštite, a ujedno i šire društvene zajednice ima potrebu uključiti sestrinsku dokumentaciju u centralizirani informacijski sustav.

Cilj ovog istraživanja je utvrditi:

1. razinu informatičke obrazovanosti medicinskih sestara
2. upućenost medicinskih sestara u značaj informatizacije zdravstvene njege
3. stavove medicinskih sestara o primjeni sestrinske dokumentacije kroz informacijski zdravstveni sustav
4. doprinos centraliziranog informacijskog sustava kvaliteti zdravstvene njege

3. RASPRAVA

Još od vremena Florence Nightingale dokumentiranje u sestrinstvu čini jednu od važnih funkcija sestričkog djelovanja jer služi u višestruke i različite svrhe. Stvarne i praktične potrebe zdravstvenog sustava zahtijevaju da dokumentacija osigurava kontinuitet zdravstvene zaštite.

Sestrinska dokumentacija kao nužni privitak medicinskoj dokumentaciji vrlo, iz viđene prakse, vrlo često u primjenjivosti zna biti usputna aktivnost medicinske sestre. Zbog navedenog, slijednost zdravstvenih aktivnosti stanja pacijenta odnosi se na bolest, dok zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba ostaje na neki način nezamijećeno što direktno proturječi holističkom pristupu pacijentu koji na takav način nije izražen.

Nekvalitetno i nedostatno dokumentiranje uvjetuje između ostalog nemogućnost kronološkog praćenja, već i nedostatnu pravnu zaštitu u situacijama kada se upliće sudstvo i zakonodavstvo. Moglo bi se pretpostaviti da bi bilo moguće sustavnom procjenom situacije na nekom općem nivou cjelovite zdravstvene zaštite, odnosno uočavanjem bitnih problema koji usporavaju i ili otežavaju primjenu sestričke dokumentacije riješiti problematiku koja se vezuje uz sestričko dokumentiranje.

Potreba za uočavanjem spomenutih problema, uz naznake mentora, potaknula je na neki način pisanje ovoga rada.

Neophodno je istaknuti da zakonska obveza dokumentiranja ne ostavlja mogućnost izbora medicinskim sestrama mogu li dokumentirati ili ne. Zakonska obveza obvezuje korištenje onih propisa koji su definirani i određuju profesiju. Nije moguće ne voditi dokumentaciju i ostaviti to na slobodnu volju onima koji barataju za pacijenta važnim podacima.

Iako članak 17. sada važećeg Zakona o sestrinstvu ističe obvezu sestara prema dokumentiranju, trebalo bi provesti dublje i detaljnije istraživanje koje bi pokazalo neupućenost u spomenuto i primjenu propisane odredbe. Sloboda je procjena da u nekim slučajevima određeni broj, osobito „starijih“ medicinskih sestara nije upoznat sa zakonskim propisima sestričkog dokumentiranja. Time se otvaraju brojna pitanja o upućenosti sestara u mogućnosti koje osiguravaju sigurnu sestričku praksu.

Ovaj rad pokazuje pozitivne aspekte primjene sestrinske dokumentacije. Obavezno se čini naglasiti da kontinuirano praćenje stanja bolesnika treba zauzimati glavno mjesto kod kronologije o pacijentovim osnovnim ljudskim potrebama. Prema tome jasna je pretpostavka da medicinske sestre primjenu sestrinske dokumentacije moraju smatrati korisnom u smislu praćenja kronološkog tijeka bolesti ma koliko god ona „papirnato“ ili elektronički bila zahtjevna.

4. ZAKLJUČAK

Dobra kontinuirana zdravstvena njega ne može se osigurati bez odgovarajuće dokumentacije koja je ujedno i pokazatelj kvalitete rada medicinskih sestara, a osim toga ima nesagledivi značaj u cjelokupnom funkcioniranju zdravstvene skrbi. Sestrinska dokumentacija osim što osigurava kvalitetu i kontinuitet zdravstvene skrbi, osigurava i cjeloviti skup podataka o pacijentovim potrebama te omogućuje sustavno praćenje zdravstvenog stanja pacijenta tijekom liječenja u bolnici, procjenu zdravstvenog stanja, dijagnosticiranje problema, određivanje količine sestrinske skrbi, poboljšanje kvalitete zdravstvene njege pacijenata.

Također, analizom medicinske dokumentacije moguće je utvrditi koje su bolesti bile najčešći razlozi hospitalizacije te načine i uspješnost liječenja. Među razlozima postojanja sestrinske dokumentacije osobito je važna profesionalna odgovornost. Sestrinska dokumentacija dio je odgovornosti medicinske sestre za pruženu skrb, dovodi do unapređenja skrbi, potiče kontinuitet skrb. Pravna zaštita je također bitan segment dobro vođenja sestrinske dokumentacije i često je dokaz u sudskim procesima. Sestrinska dokumentacija jedan je od ključnih standarda sestrinske prakse. Isto tako troškovi u zdravstvu uvezuju se uz dokumentiranje pa tako troškovi u zdravstvenoj zaštiti povećavaju svijest ne samo o tome kakvu je zdravstvenu njegu potrebno pružiti već i kako ju pružiti najučinkovitije. Jednako tako dokumentacija je važna kad se razmatraju sve provedene intervencije te jesu li provedene pravilno. Zbog bolje upućenosti u bolest i metode liječenja, pacijent očekuje da medicinska sestra posjeduje znanja, da je sposobna, brižljiva te da pruža visokokvalitetnu zdravstvenu skrb na najučinkovitiji mogući način. Dokumentacije je zbog toga jedan od mehanizama za kontrolu skrbi. Prema svemu tome može se zaključiti da sestrinska dokumentacija treba biti takva da osigurava cjelovit skup podataka o pacijentovim potrebama, ciljevima sestrinske skrbi, intervencijama, postignutom napretku i rezultatima skrbi. Treba sadržavati kronološki pregled skrbi i postignutih rezultata te osigurava kontinuitet skrbi. Medicinskim sestrama dokumentacija omogućava da udovolje sve većim očekivanjima i zahtjevima koji se pred njih stavljaju te olakšava komunikaciju među članovima tima. Osobito valja naglasiti da služi i u obrazovne svrhe, tj. pomaže pri prepoznavanju najčešćih pacijentovih problema i edukativnih potreba sestara koje sudjeluju u

zbrinjavanju problema, pruža pouzdane podatke za medicinsko-pravne analize, osigurava pouzdane podatke koji se mogu koristiti u sestrinskim istraživanjima kao doprinos sveukupnom sestinstvu. Ostaje nam zaključiti hoće li neka budućnost potpuno zamijeniti dosadašnji način vođenja sestrinske dokumentacije s obzirom na „inflaciju“ računala.

5. SAŽETAK

U ovom radu prikazat će se važnost i značenje sestrinske dokumentacija koja se vodi u standardnom „papirnatom“ obliku i ona suvremena - elektronička. Obvezni dio sestrinske dokumentacije su sestrinska anamneza, sestrinske dijagnoze i osobitosti o pacijentu, praćenje stanja pacijenta tijekom hospitalizacije i trajno praćenje postupaka, medicinsko-tehnički i dijagnostički postupci, trajno praćenje stanja pacijenta, plan zdravstvene njege, lista provedenih sestrinskih postupaka te otpusno pismo zdravstvene njege.

Neophodno je istaknuti da zakonska obveza dokumentiranja ne ostavlja mogućnost izbora medicinskim sestrama mogu li dokumentirati ili ne. Zakonska obveza obvezuje korištenje onih propisa koji su definirani i određuju profesiju. Nije moguće ne voditi dokumentaciju i ostaviti to na slobodnu volju onima koji barataju za pacijenta važnim podacima.

KLJUČNE RIJEČI: sestrinska dokumentacija, zakon o sestriinstvu, praćenje pacijenta

6. SUMMARY

In this paper it is shown the importance and meaning of nursing documentation that is run in the standard "paper" format and its modern way. Mandatory parts of nursing documentation are nursing medical history, nursing diagnosis and characteristics of the patient, monitoring of the patient during hospitalization and permanent monitoring of procedures, medical-technical and diagnostic procedures, permanent monitoring of the condition of the patient, the health care plan, the list carried out by the patient and final report of the health care.

It is necessary to point out that the legal requirement of documentation leaves no choice to the nurses to provide documentation or not. A legal requirement obliges the use of those regulations that are defined and determined by the profession. It is not possible to avoid documentation, and leave it to the free will of those who handle it to the patient's important information.

KEYWORDS: nursing documentation, law on nursing, patient monitoring

7. LITERATURA

1. Čukljek S. Osnove zdravstvene njege. Zagreb: Zdravstveno veleučilište. 2005.
2. Brown Pam. Florence Nightingale. Zagreb: Illyricum, 3P&T. 1995.
3. Čukljek S (2008) Teorija i organizacija u zdravstvenoj njezi – nastavni tekstovi. Zagreb: Zdravstveno veleučilište.
4. Ilić B, Čukljek S (2013) Iskustva medicinskih sestara pri vođenju sestrinske dokumentacije. Dostupno na:
http://www.researchgate.net/publication/261402787_Iskustva_medicinskih_sestara_pr_i_vodenju_sestrinske_dokumentacije Pristupljeno: 8.08 2017.
5. Fučkar G. *Proces zdravstvene njege*. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1992.
6. Kalauz S. Orlić-Šumić M. Šimunec D. Nursing in Croatia: Past, present, and future. *Croat Med J* 200S;49: 29S-306. York university - Department of Mathematics and Statistics. Florence Nightingale's Statistical Diagrams.
7. Matulić T., *Identitet, profesija i etika sestriinstva*. *Bogoslovska smotra* 2007; 77 3:727-744 <http://hrcak.srce.hr/file/35480> (08. 08. 2017.)
8. Henderson V. *Osnovna načela zdravstvene njege*. Zagreb: Hrvatska udruga za sestrinsku edukaciju, 1994.
9. Luić Lj. *Sto zapravo znači integracija u integriranom zdravstvenom informacijskom sustavu?*. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo* 2005; 1 3: http://www-hciz.hr:clanak-php_id=12545&rnd=7fb738d34d3fe5ca01a22bb9e06446c5 (08. 08. 2017.
10. *Zakon o sestriinstvu*, *Narodne novine* 2003; 121: 4517 – 4520
11. Kern, J. Strnad, M. Informatizacija hrvatskog zdravstva. *Acta Medica Croatica*. 59 (2005) , 3; 161-168
12. Stevanović, R. Uspostava i razvoj hrvatskog integralnog zdravstvenog informacijskog sustava. *Medicus* (Zagreb. 1992). 13 (2005.) , 2; 267-273

8. ŽIVOTOPIS

Osobni podatci

Ime i prezime: Zvonimir Katić

Adresa: Rokova 46, Split

Datum rođenja: 31.07.1995 u Splitu

Državljanstvo: Hrvat

Broj mobitela: 095 863 7199

E-mail: katic7@outlook.com

Obrazovanje

Završena srednja škola: Zdravstvena škola Split - smjer: Fizioterapeut

Fakultet: Sveučilišni odjel zdravstvenih studija - smjer: Sestrinstvo (3.godina)

Strani jezici: Engleski

Vozačka dozvola: B kategorija

Hobi: Aktivno treniranje brazilske jiu jitse