

Sestrinska dokumentacija uloga i važnost

Stojić, Marija

Undergraduate thesis / Završni rad

2018

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:176:506264>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-05**



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

Marija Stojić

SESTRINSKA DOKUMENTACIJA -ULOGA I VAŽNOST

Završni rad

Split, 2018.

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

Marija Stojić

SESTRINSKA DOKUMENTACIJA - ULOGA I VAŽNOST

**FUNCTION AND IMPORTANCE OF NURSING
DOCUMENTATION**

Završni rad/Bachelor's Thesis

Mentor:
Ante Buljubašić, mag.med.techn.

Split, 2018.

ZAHVALA

Zahvaljujem svim dragim osobama bez čije podrške izrada ovog rada i cijelo školovanje ne bi bilo moguće. Prvenstveno sam zahvalna svom mentoru, gosp. Anti Buljubašiću, mag.med.techn. na susretljivosti, razumijevanju i izuzetnoj podršci koju mi je pružio tijekom pisanja završnog rada, ali i tijekom cijelog školovanja. Također zahvaljujem se i Mariu Podrugu, mag.med.techn. i Diani Aranza, mag.med.techn. na velikoj pomoći i korisnim savjetima tijekom izrade ovog rada. Na kraju, zahvaljujem se svojoj obitelji na pruženoj moralnoj i financijskoj pomoći bez kojih ostvarenje ovog sna ne bi bilo moguće.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Povijest sestrinske dokumentacije	3
1.2. Sestrinska dokumentacija	5
1.2.1. Izvori podataka	7
1.2.2. Tehnike prikupljanja podataka	8
1.2.2.1. Intervju u procesu zdravstvene njege	8
1.2.2.2. Promatranje u procesu zdravstvene njege	10
1.3. Pomagala za prikupljanje podataka	11
1.3.1. Obrasci za prikupljanje podataka	11
1.3.2. Upitnici i skale procjena	11
1.4. Analiza prikupljenih podataka.....	12
2. CILJ	14
3. RASPRAVA	15
3.1. Sestrinska dokumentacija u Irskoj i Hrvatskoj	15
3.2. Usporedba.....	31
4. ZAKLJUČAK	34
5. SAŽETAK	36
6. SUMARRY	37
7. LITERATURA	38
8. ŽIVOTOPIS	40

1. UVOD

Sestrinstvo je struka, znanstveno utemeljena disciplina koja pomaže ljudima da ostvare zdrav i produktivan život ili da se na najbolji mogući način nose s nedostacima ili oštećenjima zdravlja, koristeći se pritom na znanju utemeljenim vještinama (1). Definiranje sestriinstva nije jednostavno. Teorije zdravstvene njege pridonose razvoju sestriinstva kao struke. Premda nema opće prihvaćene definicije sestriinstva, opis uloge medicinske sestre koji je dala Virginia Henderson smatra se najprimjerenijom definicijom, koja je prihvaćena i od Međunarodnog savjeta sestara, a glasi: Jedinstvena je uloga medicinske sestre pomagati pojedincu, bolesnom ili zdravom, u obavljanju onih aktivnosti koje pridonose zdravlju, oporavku ili mirnoj smrti, a koje bi pojedinac obavljao sam kada bi imao potrebnu snagu, volju ili znanje. To treba činiti tako da mu se pomogne postati neovisnim što je moguće prije (2). Primjena sestriinskih mjera i intervencija koji se temelje na procjeni i analizi korisnikovih potreba, uočenih poteškoća i problema, njegovih mogućnosti i sposobnosti, te na stalnoj provjeri i ocjeni postignutih rezultata provodi se kroz proces zdravstvene njege.

Proces zdravstvene njege kao pojam počinje se koristiti u američkoj stručnoj literaturi pedesetih godina, engleskoj sedamdesetih, a u Hrvatskoj osamdesetih godina 20. stoljeća. Označava racionalan, logičan i na znanju utemeljen pristup u otkrivanju i rješavanju pacijentovih problema iz područja zdravstvene njege. Dakle, proces zdravstvene njege je sustavna, logična i racionalna osnova za utvrđivanje i rješavanje pacijentovih problema, a odvija se kroz četiri faze (3):

1. utvrđivanje potreba za zdravstvenom njegom
2. planiranje zdravstvene njege
3. provođenje zdravstvene njege
4. evaluacija zdravstvene njege

Glavne značajke i svrhovitost sestriinskog procesa koje opravdavaju njegovu upotrebljivost u praksi jesu (3):

- usmjeren je na korisnika i korisnik je u centru skrbi
- osigurava organiziran i sustavan način pružanja sestriinske skrbi

- dinamičan je jer zahtijeva stalno praćenje i ispitivanje uspješnosti te odgovornosti svih koji u procesu skrbi sudjeluju
- primjenjiv je za razne korisnike, na svim razinama zdravstvene zaštite i na svakom mjestu pružanja skrbi
- zasniva se na međunarodnom odnosu medicinska sestra-korisnik
- primjenjiv je u bilo kojem modelu pružanja skrbi.

Osnovne osobine procesa zdravstvene njege su: sustavnost, dinamičnost i fleksibilnost (3). Sestrinska dokumentacija je veza između utvrđivanja potreba za zdravstvenom njegom, planiranja, pružanja i evaluacije pružene zdravstvene njege. Proces zdravstvene njege kao okvir za sestrinsku praksu podrazumijeva dokumentiranje u svim fazama. Medicinske sestre su dužne dokumentirati prije svega zbog zakonske obveze te profesionalne odgovornosti. Dokumentiranje je bitno i zbog (2):

- pravne zaštite
- unaprjeđenja komunikacije
- standarda sestrinske prakse
- unaprjeđenja kvalitete zdravstvene njege
- troškova u zdravstvu
- društvene promjene

Sestrinska dokumentacija (2):

- osigurava cjelovit skup podataka o pacijentovim potrebama, ciljevima sestrinske skrbi, intervencijama, napretku i rezultatima skrbi
- sadrži kronološki pregled skrbi i postignutih rezultata,
- osigurava kontinuitet skrbi,
- omogućava sestrama da udovolje sve većim očekivanjima i zahtjevima koji se pred njih stavljaju olakšava komunikaciju među članovima tima
- služi u obrazovne svrhe,
- pruža pouzdane podatke za medicinsko-pravne analize,
- osigurava podatke za sestrinska istraživanja

Nedostaci sestrinske dokumentacije su (2):

- nepotpuna usklađenost oblika dokumentiranja u sustavu
- loša kvaliteta dokumentacije

- nepostojanje sistematičnog standarda
- preopterećenost poslom.

Sestrinska dokumentacija se može voditi u pisanom i elektroničkom obliku. IBIS (Integralni Bolnički Informatički Sustav) program je implantiran u velikoj većini kapaciteta bolničkih ustanova u Hrvatskoj. Taj program omogućava povezanost cjelokupnog zdravstva. Svi podaci o pacijentu su u elektronskom obliku što uvelike skraćuje vrijeme traženja dokumentacije i važnih podataka te se preskače niz postupaka do obavljanja određenih postupaka.

1.1. Povijest sestrinske dokumentacije

Prvi nositelj medicinske aktivnosti bila je žena-majka vođena materinskim instinktom. Žene su bile njegovateljice od početka, prenosile su sa generacije na generaciju iskustva i umijeće liječenja, temeljene na samopomoći i uzajamnoj pomoći. Bolnice kao karitativne ustanove nastaju pod utjecajem različitih religija; skloništa za siromašne bolesnike, nemoćnike i starce. U Rimu potkraj 4.stoljeća takvu je bolnicu osnovala pokrštena patricijka Fabiola. Njegu bolesnika i brigu nad siromašnima, nemoćnima, starcima i napuštenom djecom preuzimaju i mnoge ugledne žene, među kojima se spominju kraljica Elizabeta Portugalska, kraljica Elizabeta Kastiljska i kraljica Matilda žena kralja Henrika Engleskog. Zapisi na papirusu u starom Egiptu pisani hijeroglifima koji svjedoče o povijesti Egipta, sadržavali su i opisane sestrinske intervencije. Iste su 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. Florence Nightingale smatra se utemeljiteljicom modernog sestriinstva. Rođena je 12.05.1820. u Firenci u bogatoj obitelji. Stekla je znanja iz grčkog, latinskog, logike, matematike, statistike, administracije, prehrane i javnog zdravstva. 1842.g. pokazuje zabrinutost za jad i patnju ljudi. Sa 24 godine postaje uvjerena da svoj život treba posvetiti skrbi za bolesne, a idućih sedam godina proučava sestriinstvo, iako joj to roditelji nisu dozvoljavali. Proučavala je stanje u bolnicama - prljavština, neugodan miris, sobe sa po 50-60 kreveta. "Sestre" su živjele, kuhale, spavale u bolnicama; često u istim prostorijama sa bolesnicima. 1859.g. je objavila Notes on Hospital te društvo postaje svjesno stanja u bolnicama. U rujnu 1853.g. postala je upraviteljica sestara u

“Establishment for gentlewomen during illness” gdje koristi svoja znanja o bolnicama. Unaprijedila je i reformirala zakone vezane uz zdravlje, moral i siromašne te je reformirala bolnice u Engleskoj i Indiji. Došla je u Scutari sa 38 sestara i organizirala je otvaranje bolnica i rad sestara, sanirala je higijenske prilike te bolnice opskrbila rubljem i hranom. Bolesne je odvojila od ranjenih i smanjila smrtnost sa 42% na 2%, a bolesnici su je nazvali Dama sa svjetiljkom jer ih je noću obilazila. Florence je 1860. otvorila školu za medicinske sestre u St. Thomas’s Hospital u Londonu. F. Nightingale je promovirala sestrinstvo u profesiju. Navodi da sestra treba njegovati bolesnika, a ne čistiti okolinu, prati rublje. Mora biti inteligentna te navodi važnost kontinuirane edukacije. Uvidjela je da je sestrinstvo stalno napreduje i ako sestra stalno ne uči to je jednako nazadovanju. Posebno je značajno istaknuti da je naglasila kako je potrebno voditi bilješke o pacijentima jer je sestra stalno uz bolesnika. Potrebu dokumentiranja naglašava i poznata teoretičarka Virginia Henderson. 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).

Iako su i Florence Nightingale i Virginia Henderson naglašavale važnost dokumentiranja, primjeni sestrinske dokumentacije posvećuje se veća pažnja uvođenjem procesa zdravstvene njege (1). Proces zdravstvene njege je sustavan i logičan pristup u skrbi za pacijenta, a stavlja imperativ na dokumentiranje. 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.

Zakon o sestrinstvu potvrđuje zakonsku obvezu sestrinskog dokumentiranja, a informatizacija zdravstvene njege uz primjerenu edukaciju medicinskih sestara omogućava donosiocima odluka da u potpunosti koriste dostupne informacije za planiranje, provođenje i evaluaciju (2).

Dokumentiranje zdravstvene njege naglašava se 1947. godine kada je osnovano Vijeće za zdravstvenu njegu pri ICN (International Council of Nurses). ICN je osnovan je 1899. u Londonu. Ciljevi organizacije su da jedinstvo sestara dovede do unapređenja

zdravstvene skrbi i uvjeta za rad u zdravstvu u cijelom svijetu te da sestrinstvo postane profesija. Također osigurava komunikaciju među sestrama u svijetu i razvoj profesije, znanja i vještina.

Uloga sestrinske dokumentacije prepoznata je i u sestrinskom menadžmentu, gdje služi kao pokazatelj kvalitete zdravstvene njege. Pokazatelji kvalitete zdravstvene njege, standardi i kriteriji vezani uz pokazatelje, pomažu sestrama uočavati važna područja vlastitog djelovanja (4).

1.2. Sestrinska dokumentacija

Sestrinska dokumentacija je veza između utvrđivanja potreba za zdravstvenom njegom, planiranja, pružanja i evaluacije pružene zdravstvene njege. Proces zdravstvene njege kao okvir za sestrinsku praksu podrazumijeva dokumentiranje u svim fazama (2). Jedan od razloga zašto je dokumentiranje jako bitno je profesionalna odgovornost. American Nurses Association je navela da su profesionalne dužnosti medicinske sestre: prikupljanje podataka i procjena zdravstvenog stanja pacijenta, izrada plana zdravstvene njege usmjerenog ostvarivanju ciljeva zdravstvene njege, evaluacija učinkovitosti zdravstvene njege kroz procjenu postignuća ciljeva, ponovna procjena stanja pacijenta i revizija planova zdravstvene njege (2). I zakonska obveza medicinske sestre je vođenje sestrinske dokumentacije kojom se evidentiraju svi provedeni postupci tijekom 24 sata (Zakon o sestrinstvu, čl. 16). Drugi razlozi zbog kojih je dokumentiranje jako bitno su pravna zaštita, unaprjeđenje komunikacije, standardi sestrinske prakse, unaprjeđenje kvalitete zdravstvene njege, troškovi u zdravstvu, društvene promjene te u svrhu istraživanja.

Sestrinska dokumentacija također osigurava cjelovit skup podataka o pacijentovim potrebama, ciljevima sestrinske skrbi, intervencijama, napretku i rezultatima skrbi. Ona sadrži kronološki pregled skrbi i postignutih rezultata, osigurava kontinuitet skrbi te omogućava sestrama da udovolje sve većim očekivanjima i zahtjevima koji se pred njih stavljaju. Osim toga, znatno olakšava komunikaciju među članovima tima, kao što je već spomenuto, služi u obrazovne svrhe te pruža pouzdane podatke za medicinsko-pravne analize.

Obvezni dio sestrinske dokumentacije su (2):

- 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
- otpusno pismo zdravstvene njege

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 (2).

Utvrđivanje potreba početni je korak u procesu zdravstvene njege i aktivnost koja prožima sve njegove faze. Ono 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 (3).

Težnja je primjene sestrinske dokumentacije usmjerenost na bolesnika. Planovi zdravstvene njege izrađuju se za svakog bolesnika ponaosob na osnovi sustavno i cjelovito utvrđenih potreba. Zatim se određuju ciljevi koji čine osnovu evaluacije. Kvaliteta i kakvoća zdravstvene njege se određuju na osnovu provedenih postupaka, ali i postignutih rezultata. Pri usmjerenosti na bolesnika naglašava se važnost postignutog, a ne učinjenog i teži se holističkom poimanju svakog pojedinca. Sestrinskom su dokumentacijom obuhvaćene osnovne potrebe pojedinca. Ona je formulirana na taj način da sestre mogu procijeniti bolesnikovo stanje i na osnovi toga zajedno s njim donijeti zaključke, dijagnosticirati problem i odrediti količinu potrebne sestrinske skrbi. Sastavljena je od liste za unos sestrinske anamneze i statusa bolesnika unutar 24-48 sati

od prijema, obrasca za fizikalni pregled i 11 obrazaca zdravstvenog funkcioniranja. Obrasci zdravstvenog funkcioniranja prema M. Gordonu su:

- percepcija i održavanje zdravlja
- prehrana-metabolizam
- eliminacija
- aktivnosti
- spavanje-odmor
- kognitivno-perceptivne funkcije
- samopercepcija
- uloge i odnosi s drugima
- seksualna aktivnost i reprodukcija
- sučeljavanje i tolerancija na stres
- vrijednosti i stavovi

1.2.1. Izvori podataka

Postoje tri vrste izvora podataka: primarni, sekundarni i tercijarni. Primarni izvor podataka je sam pacijent. U procesu zdravstvene njege najčešći izvor podataka je pacijent osobno. Promatranjem sestra dobiva podatke o njegovom tjelesnom stanju, stanju svijesti i ponašanju, a razgovorom s njim verbalne podatke o percepciji vlastitog zdravlja, stavovima, znanju, željama, potrebama te povratne informacije o uspješnosti provedenih postupaka. Osoba bez svijesti ili dojenče ne mogu biti (primarni) izvor podataka. U takvim slučajevima, a i općenito kako bi dobila širi uvid u stanje pacijenta, koristi sekundarne izvore. Sekundarne izvore čine članovi obitelji, prijatelji, susjedi, suradnici, nastavnici potom drugi (ne)zdravstveni djelatnici poput patronažne sestre, liječnika, fizioterapeuta, socijalni djelatnici, psiholozi i drugi bolesnici u sobi. Uloga sekundarnih izvora podataka je da daju ili dopunjuju verbalne podatke o pacijentu kada on to nije u stanju, da budu zagovornici pacijentovih interesa te da pomažu u tumačenju pacijentova ponašanja i reakcija (3). Članovi obitelji i pacijentu bliske osobe mogu imati i ulogu primarnog izvora podataka. Drugačije rečeno, medicinska sestra može tražiti podatke od njih o njima (a ne o pacijentu). To može biti potrebno u dva slučaja zbog sudjelovanja u zbrinjavanju pacijenta ili proširenja skrbi s pacijenta na cijelu

obitelj. Kroz razgovor s obitelji medicinska sestra procjenjuje koliko su oni motivirani za suradnju, raspoložu li potrebnim znanjem i vještinama te da li je potreban dodatan plan aktivnosti s obitelji. Tercijarni izvor podataka predstavljaju svi oblici medicinske dokumentacije. U tim dokumentima medicinska sestra može pronaći: opće podatke o pacijentu, medicinske dijagnoze, podatke o ranijim hospitalizacijama i liječenju, laboratorijske nalaze (3). Dužnost medicinske sestre je da uspoređuje podatke dobivene iz različitih izvora zbog provjere njihove točnosti. O količini i kvaliteti prikupljenih podataka zavise svi daljnji postupci u skrbi za pacijenta.

Tablica 1. Vrsta podataka prema izvoru

VRSTA PODATAKA PREMA IZVORU	IZVOR
Primarni	Pacijent osobno
Sekundarni	Članovi obitelji, prijatelji, susjedi, suradnici, nastavnici, patronažne sestre, fizioterapeuti, liječnici, socijalni radnici, psiholozi; drugi bolesnici u sobi
Tercijarni	Medicinska dokumentacija

1.2.2. Tehnike prikupljanja podataka

Medicinska sestra prikuplja podatke od pacijenta i o njemu koristeći intervju, promatranje, mjerenje i analizu dokumentacije.

1.2.2.1. Intervju u procesu zdravstvene njege

Intervju je socijalna vještina, nezaobilazna u radu mnogih profesionalaca (psihologa, liječnika, novinara, pedagoga, medicinskih sestara). Može se definirati kao profesionalnim ciljem usmjeren i planiran razgovor dviju osoba koje imaju međusobno komplementarne uloge (3). Za sudionike intervjua koriste se različiti nazivi. Obično osobu koja vodi intervju zovemo voditelj ili medicinska sestra, a za njenog sugovornika pacijent. Intervju se razlikuje od svakodnevnog razgovora s obzirom na cilj, plan, psihološku ravnopravnost i psihološku atmosferu. On se vodi prema određenom cilju s određenim planom kojeg je smislio voditelj. Osobe koje sudjeluju u intervjuu nisu

psihološki ravnopravne. Pacijent uvijek ima neki problem zbog kojeg traži pomoć dok medicinska sestra ima moć, znanje i autoritet da mu pomogne u rješavanju problema (3). Prema tome u intervjuu pacijent je u podređenom (zavisnom) položaju. Psihološku atmosferu karakterizira viša razina hladnoće, napetosti i rezerviranosti nego u svakodnevnom razgovoru. Postoji više vrsta intervjuja, a kriteriji klasifikacije su cilj i strukturiranost. S obzirom na cilj razlikuje se informativni (dijagnostički) i terapijski intervju. Informativni je usmjeren prikupljanju podataka od intervjuirane osobe dok se terapijskim intervjuom želi postići neka promjena u njenom znanju, stavovima i ponašanju. Glavni cilj dijagnostičkog intervjuja je prikupiti specifične podatke o pacijentu u svrhu prepoznavanja problema i planiranja zdravstvene njege (3). Prema strukturiranosti, intervju može biti strukturirani, nestrukturirani ili prijelazni oblik između navedena dva oblika intervjuja. U strukturiranom intervjuu postoji popis unaprijed pripremljenih pitanja, stoga su relativno brzi i od velike koristi ako je potrebno pojašnjenje pojedinih pitanja, međutim od male su koristi kada se traži dubina odgovora. Redoslijed pitanja tijekom strukturiranog intervjuja ne odstupa od sastavljenih pitanja te se dobivaju odgovori na postavljena pitanja. S druge strane, nestrukturirani intervju je sličniji svakodnevnom razgovoru. Iako voditelj ima unaprijed pripremljen orijentacijski plan, postoji sloboda da u slučaju potrebe od njega odustane. Svaki intervju ima početak, tijek i završetak. Podatke prikupljene intervjuom medicinska sestra mora zabilježiti u pacijentovu dokumentaciju (3).

Tablica 2. Faze intervjuja

FAZE INTERVJUA	
POČETAK INTERVJUA	Međusobno upoznavanje sudionika, objašnjenje svrhe intervjuja i stvaranje pozitivne klime.
TIJEK	Određen je unaprijed pripremljenim, manje ili više strukturanim planom, pri čemu medicinska sestra prikuplja verbalne podatke od pacijenta, promatra njegovo neverbalno ponašanje i to svoje povezuje.
ZAVRŠETAK	Sastoji se od najave završetka, sažimanja

	do tada rečenog i dogovorenog davanja mogućnosti pacijentu da govori, dogovora za slijedeći susret, obavještanja pacijenta gdje nas i kako u međuvremenu može naći
--	--

Prikupljene podatke treba zabilježiti u medicinsku dokumentaciju. Medicinska sestra sama odlučuje hoće li to činiti tijekom intervjua ili nakon. Oba pristupa imaju prednosti i nedostataka. Prednost zapisivanja podataka tijekom intervjua je ta da se nijedan podatak neće izostaviti ili pogrešno napisati, a glavni nedostatak je ometanje tijeka intervjua, ne održavanje kontakta očima i izostanak promatranja neverbalne komunikacije. Pacijent se može osjećati bezvrijedno i kao da ga nitko ne sluša. Ipak negativna strana bilježenja podataka nakon završenog intervjua je izostanak bitnih činjenica i podataka. Bilo bi najbolje dogovoriti se s pacijentom kada će se bilježiti.

1.2.2.2. Promatranje u procesu zdravstvene njege

Druga značajna tehnika prikupljanja podataka je promatranje pri kojem medicinska sestra pomoću vlastitih osjetnih modaliteta (vidnog, slušnog, taktilnog, njušnog) dolazi do podataka o različitim aspektima pacijentovog stanja i okolinskih utjecaja. Procjena je pod utjecajem objektivne situacije, osobe i okolnosti u kojima se promatra (3). Promatranje u procesu zdravstvene njege temelji se na stručnom znanju, a vrši se sustavno i kompletno (3).

Fizikalni pregled je vrsta promatranja koja uključuje sljedeće metode (3):

- Inspekcija: vizualno promatranje pri kojem se mogu koristiti različite vrste endoskopa
- Auskultacija: slušno promatranje koje uključuje primjenu fonendoskopa
- Palpacija: taktilno promatranje koje podrazumijeva sustavnije i ciljanije taktilno promatranje kao npr. kod pregleda dojki
- Perkusija: slušno promatranje koja uključuje slušanje posebnom tehnologijom izazvanih zvukova

Moguća su tri pristupa u promatranju koja osiguravaju sustavnu procjenu pacijentovog stanja, a to su:

- Promatranje od glave do pete: promatraju se izgled i funkcija dijelova tijela, pri čemu pregled počinje od glave i nastavlja se prema nižim dijelovima tijela. Prethodi mu ocjena općeg stanja i vitalnih znakova.
 - Promatranje velikih tjelesnih sustava: promatraju se izgled i funkcija dijelova tijela pri čemu se objedinjuju oni znakovi koji su u svezi s pojedinim sustavima:
 - respiratorni
 - kardiovaskularni
 - nervni
 - gastrointestinalni
 - urogenitalni
 - lokomotorni
 - Promatranje psihofizičkog funkcioniranja pojedinca: promatraju se fiziološke i psihičke funkcije te odnos pojedinca s okolinom i pri tome je obuhvaćeno 11 obrazaca prema M. Gordonu i fizikalni pregled.
- Sva tri pristupa približno daju jednake podatke, a izbor ovisi o stanju pacijenta i osobnim preferencijama medicinske sestre.

1.3. Pomagala za prikupljanje podataka

Cjelovitost u prikupljanju podataka postizemo primjenom strukturiranih obrazaca, upitnika i skala procjena.

1.3.1. Obrasci za prikupljanje podataka

Jedinstveni obrazac koji bi primjenjivale medicinske sestre na bilo kojem radnom mjestu ne postoji. Međutim važno je da obrazac koji se koristi odražava cjeloviti i holistički pristup zbrinjavanju pacijenta, da osigurava sustavnu procjenu pacijentova stanja i iznad svega da ga medicinske sestre razumiju i s lakoćom primjenjuju. Primjenjivani obrazac mora i odražavati prihvaćeni model zdravstvene njege (3).

1.3.2. Upitnici i skale procjena

Postoje razni upitnici i skale za detaljnije i trajno praćenje pojedinih pacijentovih aspekata. Neke od najpoznatijih su (3):

- 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

1.4. Analiza prikupljenih podataka

Nakon prikupljanja podataka medicinska sestra te podatke treba analizirati kako bi se utvrdili problemi pacijenta. Analiza uključuje reviziju podataka, njihovu interpretaciju i validaciju problema. Podatke koje medicinska sestra prikuplja treba (3):

- 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 više načina, a da pri tom sve klasifikacije budu logične i točne.

Cjelovita anamneza i status osiguravaju više podataka koji upućuju na isti problem. Ne treba težiti prikupljanju maksimalnog već optimalnog broja pokazatelja određenog problema. U slučaju neraspologanja dovoljno dobrim pokazateljima problema potrebno ih je različitim tehnikama i iz različitih izvora prikupiti više. Najvažnija stavka u analizi podataka je provjera njihove usklađenosti pri čemu neslaganje među podacima može, ali ne mora negirati postojanje problema. Svako neslaganje treba naznačiti u dokumentaciji. 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 (3).

Nakon završene revizije podataka, medicinska sestra ih tumači, objašnjava odnosno interpretira i pri tom koristi sljedeća pitanja (3):

- odstupa li utvrđeno stanje - ponašanje od normalnog
- ako odstupaju kojem 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. Zaključak podataka 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. Predstavlja posljednji korak 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.

Drugi pristup točnosti zaključka je konzultacija literature. Validacija može biti pozitivna i negativna. Pozitivna uključuje potvrđivanje točnosti zaključka i (ne) postojanje problema. U slučaju negativne validacije potrebno je 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 (3).

2. CILJ

Primjena sestrinske dokumentacije doprinosi evidentiranju sestrinske prakse, prikupljanju statističkih podataka, pravnim analizama, kontroli kvalitete, izradi standarda, te stvarnoj procjeni udjela rada medicinske sestre kroz 24 – satnu zdravstvenu njegu.

Cilj ovog rada je utvrditi:

1. važnost i ulogu sestrinske dokumentacije
2. usporediti sestrinsku dokumentaciju u Hrvatskoj i Irskoj

3. RASPRAVA

3.1. Sestrinska dokumentacija u Irskoj i Hrvatskoj

Sestrinska dokumentacija označava skup dokumenata koje sestra ispunjava ili u koje zapisuje podatke o svojim postupcima tijekom cjelokupnog procesa skrbi za pojedinca, sa svrhom sustavnog praćenja stanja, planiranja, kontrole i vrednovanja učinjenoga. Uporabom sestrinske dokumentacije prikupljaju se podaci o određenom pacijentu i sestrinske intervencije se prilagođavaju pacijentovim potrebama. Naposljetku se kategorizacijom bolesnika dobiva uvid u njegove potrebe za zdravstvenom njegom i na taj način nastoji osigurati optimalna skrb i broj medicinskih sestara, sukladno potrebama pacijenta (5). Sestrinska dokumentacija oduvijek je smatrana preduvjetom dobre skrbi za pacijenta, kao i važan alat u komunikaciji između zdravstvenih djelatnika i pacijenta.

U Irskoj smatraju da su medicinske sestre dužne uspostaviti i održavati točne, jasne i trenutne evidencije pacijenata u pravnom i etičkom okviru. Dokumentacija za njegu neophodna je za provjeru i opravdanost skrbi i isporuke pacijenata. Dobra evidencija temeljna je za profesionalnu medicinsku praksu i kvaliteta dokumentacije odražava kvalitetu njege. Pacijentova skrb i dokumentacija se smatraju nerazdvojnima ne može se imati jedno bez drugog. Neadekvatna dokumentacija može dovesti do neadekvatne skrbi pacijenata kroz: dupliciranje ili propuste skrbi, komunikacijske probleme između osoblja, neuspjeh u dokumentiranju važnih zapažanja i zaključaka te kašnjenja u otkrivanju promjena u stanju pacijenta. Medicinska sestra je odgovorna profesionalno i pravno za svoj rad. Što se tiče studenata sestrinstva, njihovu dokumentaciju mora nadgledati registrirana medicinska sestra. Dokumentacija može sadržavati ručno napisane, audiovizualne i elektronske podatke. Povjerljivost sa svim pacijentovim dokumentima je neophodna dok elektronska evidencija treba posebnu pozornost (6).

Obvezni dio sestrinske dokumentacije u Hrvatskoj su (2):

- sestrinska anamneza
- sestrinske dijagnoze i osobitosti o pacijentu

Trajno praćenje stanja pacijenta (decursus) služi za upisivanje svih promjena kod pacijenta tijekom 24 sata. Tu medicinska sestra upisuje simptome, znakove, opise novonastalih stanja te dodatne podatke koji nisu navedeni u anamnezi. Ti su podaci nužni za izradu Planova zdravstvene njege za stanja koju su nastala nakon prijama pacijenta i nisu upisana u anamnezi.

Prilog 6

USTANOVA		PLAN ZDRAVSTVENE NJEGE	
Ime i prezime:	Datum rođenja:	Odjel:	Matični broj:
Sestrinska dijagnoza po prioritetu:		Cilj po prioritetu:	
DATUM	SESTRINSKI POSTUPCI	EVALUACIJA	

Potpis VMS, broj registra:

Slika 5. Plan zdravstvene njege

(Preuzeto: <https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/dodatni/416205.pdf>)

Plan zdravstvene njege izrađuje prvostupnica sestrinstva sukladno utvrđenim potrebama za zdravstvenom njegom. Sestrinske dijagnoze se evidentiraju prema PES modelu (P=problem, E=etiologija, S=simptom) za aktualne dijagnoze, te po PE modelu za visokorizične dijagnoze. Ciljevi i intervencije-sestrinski postupci, definiraju se u dogovoru s pacijentom ili roditeljem u slučaju da se radi o djetetu. Evaluacija se upisuje prema zadanom cilju, a može biti trajna, dnevna, tjedna i završna.

Procjenu bola medicinska sestra primjenjuje kod pacijenata koji imaju učestalu ili trajnu bol. Ritam praćenja određen je Planom zdravstvene njege. Potrebno je upisati primjenu lijekova, distraktora i učinak istih – evaluacija. Učestalost procjene se određuje individualno.

Prilog 10

LISTA ZA PRAĆENJE DEKUBITUSA

IME I PREZIME:		DOB:		MB:		ODJEL:	
DATUM:							
	Slat						
	Leđa						
	L bok						
	D bok						
Opis rane ¹⁾ L*, B*, III*, IV*, N, INF, K							
VELIČINA RANE (širina, dubina, dužina)							
OKOLNO TKIVO (macerirano, upaljeno)							
RUBOVI RANE (crvenilo, otegov, granulacija)							
KOLIČINA SEKRECIJE (mala, srednja, jaka)							
POSTUPAK S RANOM							
ANTIDEKUBITALNA POMAGALA							
UČESTALOST PRUJEVOJA							
BRADEN SKALA							
EVALIJACIJA							
POTPIS MEDICINSKE SESTRE							

¹⁾ L* - CRVENILO - ne povlači se; B* - OŠTEĆENJE EPIDERMA; III* - OŠTEĆENJE POTKOŽNOG TKIVA; IV* - ZAHVAĆEN MIŠIĆ (kost, tetiva); N - NEKROZA; INF - POSTOJI INFEKCIJA; B - INTAKTNI MJEHUR ISPUNJEN TEKUCINOM (BULA); E - ESKARA

Slika 10. Lista za praćenje dekubitusa

(Preuzeto: <https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/dodatni/416205.pdf>)

Lista za praćenje dekubitusa se vodi kod pacijenta koji imaju dekubitus. Svaku promjenu položaja sestra evidentira zaokruživanjem vremena i potvrđuje svojim inicijalima u rubriku na vrhu liste uz odgovarajući položaj. Za dijagnozu visok rizik za nastanak dekubitusa, prvostupnica sestrinstva će razviti Plan zdravstvene njege.

NADZORNA LISTA RIZIČNIH POSTUPAKA U ZDRAVSTVENOJ NJEZI

IME I PREZIME: MATIČNI BROJ: ODJEL:

Datum	Vrijeme	Postupak	Moguće komplikacije	Potpis liječnika	Datum, vrijeme	Postupci med. sestre	Potpis med. sestre

Lista služi za upis mogućih komplikacija nakon medicinsko-tehničkih postupaka kod pacijenata kod kojih je prisutan veći rizik za pojavu komplikacija.

Slika 11. Nadzorna lista rizičnih postupaka u zdravstvenoj njezi

(Preuzeto: <https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/dodatni/416205.pdf>)

Nadzorna lista rizičnih postupaka u zdravstvenoj njezi služi za upis mogućih komplikacija tijekom ili nakon izvođenja medicinsko tehničkih postupaka, za pacijente kod kojih je prisutan veći rizik za pojavu komplikacija (npr.: uvođenje NG sonde ili lavaža unutarnjih organa kod hipotermije, bronhoaspiracija kod pacijenata s trombocitopenijom, kateterizacija urina kod pacijenata s trombocitopenijom ili pancitopenijom.). Liječnik treba biti suglasan s izvođenjem postupka, a to potvrđuje svojim potpisom.

USTANOVA			IZVJEŠĆE O INCIDENTU (SPRIJEČENOM ILI NASTALOM)		
Ime i prezime		Matični broj		Odjel	
Datum izvješća		Datum incidenta		Vrijeme incidenta	
MJESTO INCIDENTA: <input type="checkbox"/> bolnička soba <input type="checkbox"/> kupaonica <input type="checkbox"/> hodnik <input type="checkbox"/> operacijska soba <input type="checkbox"/> drugo mjesto:					
Opis incidenta (spriječenog ili nastalog):			Uzrok incidenta:		
			Vrsta incidenta: <input type="checkbox"/> pad <input type="checkbox"/> terapija <input type="checkbox"/> opekotina <input type="checkbox"/> drugo:		
Izvešće medicinske sestre					
Izvešće bolesnika					
Izvešće druge osobe					
Odredbe liječnika po incidentu			Terapija:		
			Potpis liječnika		
Odredbe i postupci medicinske sestre					
Potpis medicinske sestre					
OSTALE NAPOMENE (materijalna šteta i slično):					
Obavijest dostaviti:					
.....					
.....					
.....					
Potpis med. sestre		Radno mjesto		Datum	

Slika 12. Izvješće o incidentu

(Preuzeto: <https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/dodatni/416205.pdf>)

Izvješće o incidentu- spriječenom ili nastalom može se pisati u više primjeraka, sukladno pravilima ustanove, a jedan primjerak obavezno ostaje u sestrijskoj dokumentaciji.

U Irskoj smatraju da su medicinske sestre dužne pravno i profesionalno voditi točne kliničke podatke o pacijentu kako bi osigurale točnu povijest bolesti za pacijenta, dokumentirale točnu procjenu tjelesnog, psihološkog i društvenog blagostanja, kako bi se odredila kvaliteta pružene njege, osigurao kontinuitet skrbi, kao pomoć pri planiranju, koordinaciji i procjeni skrbi, radi točnog kronološkog zapisa skrbi, događajima i odlukama koje su se dogodile, te kako bi se opravdale u kontekstu zakonodavstva, profesionalnih standarda, procedura, protokola i smjernica, dokaza, istraživanja i profesionalnog i etičkog ponašanja (6).

Vođenje dokumentacije započinje procjenom pacijenta. Postoje tri vrste procjene: procjena pri prijemu, procjena tokom smjene te procjena fokusirana na određeni sustav. Procjena pri prijemu je sveobuhvatna, a uključuje povijest pacijenta,

opći izgled, fizički pregled i mjerenje vitalnih znakova. Procjena pacijenta tijekom smjene obavlja se ako se stanje bolesnika promijeni ili ako medicinska sestra smatra da je to potrebno učiniti. Fokusirana procjena obuhvaća detaljnu procjenu specifičnog organskog sustava koji se odnosi na pacijentov aktualan problem. Ona može uključivati procjenu jednog ili više organskih sustava. Što se tiče procjene pri prijemu ona bi trebala biti dokumentirana unutar 24 sata. Medicinska sestra bi trebala s pacijentom razgovarati o povijesti trenutne bolesti ili ozljede, relevantnoj prošlosti, alergijama i reakcijama, lijekovima, imunizacijskom statusu, implantatima i obiteljskoj i socijalnoj povijesti. Najnovija putovanja u inozemstvo trebaju biti dokumentirana. Za novorođenčad i dojenčad potrebno je uzeti obiteljsku anamnezu, posebice majčinu i antenatalnu te dokumentirati komplikacije ako ih je bilo. Što se tiče općeg izgleda obavlja se procjena ukupnog fizičkog i emocionalnog ponašanja bolesnika. Te komponente potrebno je promatrati i tijekom boravka u bolnici. Tijekom promatranja medicinska sestra razmišlja: izgleda li pacijent dobro ili loše, da li je pacijent blijed ili neke druge boje, da li je pacijent letargičan ili aktivan, agitiran ili miran, sukobljiv te procjenjuje držanje i kretanje. Vitalni znakovi se također odmah izmjere, a obuhvaćaju temperaturu, disanje, krvni tlak, puls, saturaciju kisikom te bol ako postoji. Dokumentira se i pacijentova težina i visina te razina šećera u krvi.

Strukturirani fizički pregled omogućuje medicinskoj sestri da dobije potpunu procjenu pacijenta. Pri tome koriste se tehnike promatranja, palpacije, perkusije i auskultacije.

U fokusiranu procjenu spadaju procjena neurološkog sustava, respiratornog, kardiovaskularnog, gastrointestinalnog, urološkog, mišićno-koštanog, procjena kože, oka, uha, nosa i grla. Medicinske sestre pomoću svoje kliničke prosudbe odlučuju na koji će sustav primijeniti fokusiranu procjenu te jesu li ti podaci relevantni za pacijenta.

Patient name _____ DOB _____ HcRN _____

Appendix 1: ECOG Status

ECOG Status				
ECOG score 0 Fully active, able to carry on all pre-disease performance without restriction	ECOG score 1 Restricted in physically strenuous activity but ambulatory and able to carry out work of light or sedentary nature, e.g. light house work, office work	ECOG score 2 Ambulatory and capable of all self-care but unable to carry out any work activities. Up and about more than 50% of waking hours	ECOG score 3 Capable of only limited self care, confined to bed or chair more than 50% of waking hours	ECOG score 4 Completely disabled, cannot carry on any self-care. Totally confined to bed or chair

Oken M, Creech R, Tormey D, et al. Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *Am J Clin Oncol.* 1982;5:649-655.

Appendix 2: Oral Assessment Guide (OAG)

When the scores of the eight categories are summed, a normal mouth will receive a score of 8

Oral Assessment Guide (OAG) <small>Ellers et al 1988</small>			
Category	Rating 1	Rating 2	Rating 3
Voice	Normal	Deeper or raspy	Difficulty talking or crying, or painful
Swallow	Normal swallow	Some pain on swallowing	Unable to swallow
Lips	Smooth, pink and moist	Dry or cracked	Ulcerated or bleeding
Saliva	Watery	Thick or ropey	Absent
Tongue	Pink, moist and papillae present	Coated, loss of papillae with a shiny appearance with or without redness. Fungal infection	Blistered or cracked
Mucous membranes	Pink and moist	Reddened or coated without ulceration or fungal infection	Ulceration with or without bleeding
Gingiva	Pink and firm	Oedematous with or without redness.	Spontaneous bleeding or bleeding with pressure
Teeth (if none, score 1)	Clean and no debris	Plaque or debris in localized areas (between teeth)	Plaque or debris generalized along gum line

Ellers J, Berger AM, Peterson MC. Development, testing, and application of the oral assessment guide (OAG). *Oncology Nursing Forum.* 1988. Mar-Jun;15(3):325-30.

Patient name _____ DOB _____ HcRN _____

Appendix 3: Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)

Malnutrition Universal Screening Tool		
Step 1: BMI score	Step 2: Weight loss score	Step 3: Acute disease effect score
BMI kg/m ² score	Unplanned weight loss in past 3-6 months	If the patient is acutely ill AND there has been or is likely to be no nutritional intake for >5 days
>20 = 0	<5% = 0	Score = 2
18.5 - 20 = 1	5-10% = 1	
<18.5 = 2	>10% = 2	
Score 0 = Low risk Score 1 = Medium risk Score 2 or more = High risk		

The British Association of Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN). Malnutrition Universal Screening Tool. Reading, CA: BAPEN, 2009.

Slika 13. Opća procjena pacijenta pri prijemu na onkologiju

(Preuzeto: <https://www.hse.ie/eng/services/list/5/cancer/profinfo/medonc/sactguidance/extravasation.html>)

Ovdje je primjer formulara kod opće procjene kod pripreme bolesnika na kemoterapiju. Sami obrazac opće procjene pacijenta obuhvaća opće podatke o pacijentu, posebno je važno upisati postoje li alergije kod pacijenta te da li ima kakvu infekciju koja nije izliječena. Iza toga slijedi medicinsku dijagnozu i plan liječenja. Potom slijedi socijalna procjena te osnovni vitalni znakovi, lijekovi koje pacijent uzima te relevantna medicinska i kirurška anamneza te obiteljska anamneza. Iza toga ide procjena oralnog zdravlja, kože, reproduktivno zdravlje. Poprilično je sličan prvim dvjema stranicama naše dokumentacije. Potrebno je naznačiti i ako postoji postavljen intravenski put. Potom slijede tablice pretraga obavljenih prije početka liječenja i imena svih specijalista i stručnjaka uključenih u liječenje. Cijela jedna stranica dokumentacije posvećena je edukaciji pacijenta te se moraju popuniti svi parametri da bi se saznalo koliko pacijent zna o svojoj bolesti. Nakon toga slijedi provjera pacijentovog znanja i potrebno je dokumentirati njegovu razinu znanja. Iza toga slijedi procjena psihičkog stanja pacijenta i dokumentiranje svih intervencija koje su poduzete. Jedna stranica namijenjena je za bilješke medicinske sestre. Ta stranica je jako slična našem decursusu gdje se upisuju sva zapažanja i promjene kod pacijenta. Postoje i tri dodatka kao pomoć pri

ispunjavanju ove opće procjene. Prvi dodatak se odnosi na ECOG status, drugi služi za procjenu oralnog zdravlja dok treći služi kao skrining malnutricije (MUST). Sama struktura formulara je puno jasnija i razumljivija od naše. Odmah je primjetno da se velika važnost pridaje edukaciji pacijenta o svim postupcima kroz liječenje te provjeri razumijevanja istih.

ECOG PERFORMANCE STATUS*	
Grade	ECOG
0	Fully active, able to carry on all pre-disease performance without restriction
1	Restricted in physically strenuous activity but ambulatory and able to carry out work of a light or sedentary nature, e.g., light house work, office work
2	Ambulatory and capable of all selfcare but unable to carry out any work activities. Up and about more than 50% of waking hours
3	Capable of only limited selfcare, confined to bed or chair more than 50% of waking hours
4	Completely disabled. Cannot carry on any selfcare. Totally confined to bed or chair
5	Dead

Slika 14. ECOG status

(Preuzeto: http://www.npcrc.org/files/news/ECOG_performance_status.pdf)

Istraživanje o kvaliteti dokumentacije u Irskoj dokazalo je kako holistički pristup pacijentu i dosljedno dokumentiranje daju dobre rezultate međutim tvrde da je potrebno kontinuirano obrazovanje kako bi se održali pozitivni rezultati i kako dokumentacija ne bi prešla u rutinski posao odnosno postala „vježba za označavanje“ (7). Samo istraživanje dokazuje kako sestrinska dokumentacija sve više prelazi u rutinski posao, a to se može spriječiti jedino edukacijom i holističkim pristupom.

Dokumentacija je bitan dio njege. Ona pruža dokaze da je provedena skrb i sadrži važne informacije kako bi se poboljšala kvaliteta i kontinuitet njege. Provođenje sestrinske skrbi kroz holistički pristup pacijentu (PCC) potkrijepljen je međusobnim poštovanjem i razvojem terapijskog odnosa između pacijenta i medicinske sestre. Rezultati drugog provedenog istraživanja su pokazali da su mnoge evidencije nepotpune, a informacije o psihosocijalnim aspektima skrbi bile su rijetke. Dokazano je da malo medicinskih sestara radi u skladu s pacijentovim uvjerenjima i vrijednostima

(8). Istraživanje pokazuje da je potrebno promijeniti strukturu dokumentacije i okrenuti se cjelovitom zbrinjavanju pacijenta poštujući njegove potrebe i vrijednosti.

Sestrinska dokumentacija u Irskoj je jako opsežna i oduzima mnogo vremena. Kako bi se donekle riješio problem opsežne dokumentacije predstavljen je računalni program koji rutinski manipulira s prikupljenim podacima te određuje opseg posla sestre, razlog prijama pacijenta, funkcionalni status pacijenta i procjenu koliko će trajati hospitalizacija pacijenta. Program pohranjuje podatke u bazu podataka i izrađuje format za ispis za situaciju, pozadinu, procjenu i preporuku (SBAR). Prosječno vrijeme za unos 629 bolesnika je 6,6 minuta. Ovaj program uz sve to omogućuje dijeljenje izvješća i pruža podatke koji su odmah dostupni za svakodnevnu njegu, reviziju, kontrolu kvalitete i planiranje intervencija (9). U većini bolnica u Irskoj uvedeni su EHR-integrirani krevetni uređaji. Oni omogućuju medicinskim sestrama standardizirane terminologije i postupke rada u svakoj situaciji čime štede vrijeme za zapisivanje i razumijevanje sustava, a daju više vremena za bavljenje pacijentom. Ti programi poboljšavaju kvalitetu i daju povratne informacije o uštedenom vremenu. Na taj način omogućuje se bolja raspoređenost osoblja (10).

Još jedna značajna razlika u sestrinskoj dokumentaciji između Hrvatske i Irske je to što medicinske sestre u Irskoj mogu dati lijekove pacijentima bez liječnikova ordiniranja. Postoji specifični obrazac u koji je dane lijekove potrebno dokumentirati. Istraživanje provedeno na ovu temu dokazalo je da sve više zemalja prepušta sestrama mogućnost prepisivanja lijekova pacijentu. Odluke većine medicinskih sestara i primalja za prepisivanjem određenog lijeka su smatrane sigurnima i klinički prikladnima. Međutim, otkriven je rizik od neprikladnog propisa s potencijalom za pogreške u lijeku. Smatra se da je potrebno nastaviti provoditi obrazovanje na ovom području osobito vezano uz interakcije lijekova i stanja, kako bi se osiguralo odgovarajuće i sigurno propisivanje (11). U Hrvatskoj medicinska sestra smije primijeniti samo ordinirani lijek.

3.2. Usporedba

Sestrinska dokumentacija u Hrvatskoj ima brojne nedostatke i prednosti. Od prednosti tu su kontinuirano praćenje svih postupaka, ostavlja pisani trag, pojednostavljuje uvid trećim osobama, olakšava komunikaciju, pruža pravnu zaštitu, omogućuje poboljšanje kvalitete skrbi, diferencira odgovornost unutar tima te služi kao podloga za sestrinska istraživanja. Nedostaci sestrinske dokumentacije su da oduzima mnogo vremena, oduzima kadar, informacije se dupliciraju te je nedovoljno specifična (5). Povećanje razine stupnja obrazovanja medicinskih sestara rezultira uvođenjem metoda i postupaka zdravstvene njege u tijek liječenja bolesnika, a iste su zasnovane na znanstvenim dokazima. Upravo stoga postoji potreba provođenja trajne edukacije medicinskih sestara, uz istovremeno povećanje stupnja akademskog obrazovanja. U znanosti o sestrinstvu javljaju se svakodnevno nove mogućnosti i nove smjernice kako stalno i kontinuirano povećavati stupanj kvalitete zdravstvene njege te kako poboljšati programe trajne edukacije medicinskih sestara, i to na svim područjima, uključujući pisanje sestrinske dokumentacije (10). Dokumentacija je točan prikaz onoga što se dogodilo, i kada se dogodilo. Vrlo često medicinske sestre odrade puno više intervencija u procesu zdravstvene njege nego je to evidentirano, što zbog neznanja što zbog nedostatka vremena. Istraživanje provedeno na kirurškom odjelu talijanske bolnice također je potvrdilo isto. Bez obzira na razloge spriječenosti bilježenja svih učinjenih postupaka u procesu zdravstvene njege, istraživanje je potvrdilo kako je skrb za pacijenta ipak prioritet medicinskim sestrama. Također rezultati ukazuju i na to da je manje evidentiranih postupaka ukoliko su medicinske sestre bile zaposlenije, tj. što su više postupaka u procesu zdravstvene njege učinile toga dana, često su utoliko manje postupaka i evidentirale (12). Medicinske sestre u Hrvatskoj su svjesne potrebe uvođenja e-sestrinske dokumentacije i bolje edukacije za vođenje iste. Istraživanje koje je provela Aleksijević (2014.) na uzorku od 210 ispitanika, u Općoj županijskoj bolnici Vukovar pokazalo je da medicinske sestre i medicinski tehničari imaju pozitivan stav prema uporabi računala u provođenju metoda zdravstvene njege (13). Istraživanje koje se provelo 2014. godine pokazalo je kako je potrebna dodatna edukacija medicinskih sestara i tehničara na području vođenja e-sestrinske dokumentacije (14). Iz svega toga proizlazi da je svim zdravstvenim djelatnicima potrebna edukacija kako bi postali kao

Irska i druge zemlje koje već odavno koriste e-dokumentaciju. Ohrabruje činjenica da su medicinske sestre pokazale da su na razini svoga aktualnog zadatka. Prepoznaju potrebu za edukacijom, kritički prilaze postojećim aplikacijama, prepoznaju važnost prateće infrastrukture i svoju ulogu u tome te nude originalna rješenja u smislu unapređenja kvalitete svoga rada (15). Sve ovo samo govori koliko su nužne promjene u vođenju dokumentacije.

S druge strane Irska je zemlja koja je već odavno u svoje bolnice uvela e-sestrinsku dokumentaciju te uređaje uz krevet bolesnika koji štede vrijeme i omogućavaju medicinskoj sestri da se orijentira na pacijenta. Sama dokumentacija u Irskoj je mnogo opsežnija međutim postoje standardizirani protokoli koji olakšavaju posao medicinskim sestrama.

Prednosti vođenja e-sestrinske dokumentacije (16):

- medicinske sestre imaju više vremena za personaliziranu interakciju s pacijentom
- planovi zdravstvene njege mogu se bolje prilagoditi pojedincima
- značajno se smanjuje administrativni dio
- medicinske sestre imaju mogućnost stalno pratiti monitoring pacijenta bez obzira na udaljenost
- inicijativa osoblja i inovacijske aktivnosti mogu se proaktivno podržati
- kroz pristup do točnih podataka o upravljanju, procesima i troškovima, pružatelji zdravstvenih usluga imaju priliku za razvoj inovativnih usluga temeljenih na novim modelima prihoda
- omogućen je kontinuirani stručni razvoj, usavršavanje i razvoj vještina i uključeni su u upravljanje i planiranje ljudskim resursima

I pacijenti imaju brojne prednosti zahvaljujući e-dokumentaciji. Kao prvo dobivaju relevantne informacije potrebne za upravljanje vlastitim zdravljem, imaju izravnu vezu sa zdravstvenim sustavom i ovlaštene su da budu proaktivni u svom zdravstvenom održavanju. Svaki put kad pristupe sustavu, sustav ih registrira i brzo mogu vidjeti odgovarajuće podatke koji im trebaju, pristupaju vlastitoj zdravstvenoj evidenciji i mogu održavati zdravstveni dnevnik. Pacijenti se mogu informirati o zdravstvenim

informacijama kroz akreditirane izvore informacija. Još jedna značajna prednost je da i pacijenti sa ruralnih područja imaju jednaku dostupnost uslugama kao i gradski stanovnici. Koliko je Irska naprednija zemlja što se tiče sestrinske prakse govori sama činjenica da je u Tallaght bolnicu doveden robot koji provodi trijažu umjesto medicinske sestre. Naime robot Lucy šalje podatke o pacijentu pomoću programa liječniku i on određuje daljnje postupke. Bolnica Tallaght najpopularnija je u Irskoj i svake godine vidi više od 48.000 odraslih i 33.000 pedijatrijskih bolesnika. Kao način ubrzavanja skrbi, smanjenja vremena čekanja bolesnika, a omogućavanja brzog pristupa mobilna robotika uspješno je pilotirana tijekom proteklih devet mjeseci. Robot automatski dokumentira podatke o pacijentu čime je medicinskoj sestri znatno olakšan posao (16). U Irskoj je sve manje papirnatog oblika sestrinske dokumentacije, gotovo i ne postoji.

4. ZAKLJUČAK

Sestrinska dokumentacija označava skup dokumenata koje medicinska sestra ispunjava ili u koje zapisuje podatke o svojim intervencijama tijekom cjelokupnog procesa skrbi za pojedinca. Uporabom sestrinske dokumentacije prikupljaju se podaci o određenom pacijentu i sestrinske intervencije se prilagođavaju njegovim potrebama. Na kraju se kategorizacijom bolesnika dobiva uvid u njegove potrebe za zdravstvenom njegom. Na taj način nastoji se osigurati optimalna skrb i broj medicinskih sestara, sukladno potrebama pacijenta. Zadaća sestrinske dokumentacije je i osigurati dobru komunikaciju između medicinskih sestara sa drugim medicinskim sestrama, medicinskim i nemedicinskim osobljem, obiteljima i zdravstvenim sustavom tijekom cjelokupnog procesa skrbi za pacijenta. Sestrinska dokumentacija ujedno služi i kao pravna zaštita – dokument kojim se potvrđuju činjenice i tvrdnje u slučaju mogućeg spora, omogućuje praćenje troškova u odnosu na učinkovitost, predstavlja izvor informacija na temelju kojih se provode istraživanja te predstavlja jedan od standarda sestrištva na međunarodnoj razini. Uloga sestrinske dokumentacije prepoznata je i u sestriškom menadžmentu, gdje služi kao pokazatelj kvalitete zdravstvene njege. 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. Važno je naglasiti i da je profesionalna odgovornost sestre vođenje sestrinske dokumentacije. Sestrinska dokumentacija u Irskoj vodi se iz istih razloga. Medicinske sestre su dužne pravno i profesionalno voditi točne kliničke podatke o pacijentu. Dokumentacija služi i za određivanje kvalitete njege, kako bi se osigurao kontinuitet skrbi, radi pravnih analiza, profesionalnih standarda, istraživanja, izrada smjernica i protokola. Dokumentacija gotovo da i ne postoji u papirnatom obliku. Puno je opsežnija nego u Hrvatskoj, ali sestre imaju izrađene smjernice i protokole za svaki problem i samo ih je bitno slijediti. Navedene su brojne prednosti e- sestrinske dokumentacije u Irskoj. Prva od njih je da i pacijenti imaju uvid u svoje zdravstveno stanje, sestre imaju više vremena za interakciju s pacijentom, ne trebaju voditi pisane zabilješke, te je omogućen kontinuiran stručni razvoj i usavršavanje. Međutim uz sve to brojna istraživanja su dokazala da se planiranje i izvođenje intervencija ne izvodi u skladu s pacijentovim uvjerenjima i željama te je dokazan nedostatak holističkog shvaćanja pojedinca. Na kraju smatram da bi sva dokumentacija u Hrvatskoj trebala biti

u elektroničkom obliku radi jednostavnosti i preglednosti, ali uz sve to bitno je držati se načela sestrinske skrbi. Čovjeka treba holistički procjenjivati, poštovati njegovu osobnost, potrebe i vrijednosti te održavati jednakost i pravednost.

5. SAŽETAK

U ovom radu prikazat će se važnost i uloga sestrinske dokumentacije. Obvezni dijelovi 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. Uporabom sestrinske dokumentacije prikupljaju se podaci o određenom pacijentu i sestrinske intervencije se prilagođavaju pacijentovim potrebama. Naposljetku se kategorizacijom bolesnika dobiva uvid u njegove potrebe za zdravstvenom njegom i na taj način nastoji osigurati optimalna skrb i broj medicinskih sestara, sukladno potrebama pacijenta.

U Irskoj smatraju da su medicinske sestre dužne uspostaviti i održavati točne, jasne i trenutne evidencije pacijenata u pravnom i etičkom okviru. Dokumentacija za njegu neophodna je za provjeru i opravdanost skrbi i isporuke pacijenata. Dobra evidencija temeljna je za profesionalnu medicinsku praksu i kvaliteta dokumentacije odražava kvalitetu njege. Medicinska sestra je odgovorna profesionalno i pravno za svoj rad.

KLJUČNE RIJEČI: sestrinska dokumentacija, praćenje pacijenta

6. SUMARRY

In this paper is shown the importance and role of nursing. Mandatory part of nursing documentation are nursing medical history, nursing diagnosis and characteristics of the patient, monitoring of the patient during hospitalisation and permanent monitoring of procedures, medical-technical and diagnostic procedures, permanent monitoring the condition of the patient, the health care plan, the list carried out sister of proceedings and final report of the health care. Through nursing documentation nurse collects data on particular patient and nurse interventions are tailored to patient's needs.

In Ireland nurses are required to establish and maintain accurate, clear and current patient records in legal and ethical framework. Care documentation is necessary for check, justify of care and delivery of patients. Good evidence is fundamental for professional medical practice and the quality of documentation reflects the quality of care. The nurse is responsible professionally and legally for her work.

KEY WORDS: nursing documentation, patient monitoring

7. LITERATURA

1. Mojsović Z. i suradnici. Sestrinstvo u zajednici, priručnik za studij sestrinstva- prvi dio. Zagreb. 2004.
2. Čukljek S. Osnove zdravstvene njege. Zagreb: Zdravstveno veleučilište. 2005.
3. Fučkar G. Proces zdravstvene njege. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. 1992.
4. Kalauz S. Osnove menadžmenta- nastavni tekstovi. Zagreb: Zdravstveno veleučilište. 2007.
5. Ilić B, Čukljek S. Iskustva medicinskih sestara pri vođenju sestrinske dokumentacije. 2013. Dostupno na:
https://www.researchgate.net/profile/Boris_Ilic/publication/261402787_Iskustva_medicinskih_sestara_pri_vodenju_sestrinske_dokumentacije. Pristupljeno 25.02.2018.
6. O'Neill F, Gallagher C. Documentation Guidelines for nursing staff. March 2015;1:2-8
7. Stewart K, Doody O, Bailey M, Moran S. Improving the quality of nursing documentation in a palliative care setting: a quality improvement initiative. Int J Palliat Nurse. Dec 2017;23(12):577-585.
8. Broderick Mc, Coffey A. Person- centred- care in nursing documentation. Int J Older People Nurs. December 2013; 8(14): 309-18.
9. Hickey A, Gleeson M, Kellet J. READS: the rapid electronic assessment documentation system. Br J Nurs. December 2013.;21(22): 1333-6, 1338-40
10. Cerner- Nursing documentation
Dostupnona:<https://www.cerner.com/se/en/solutions/nursing-documentation>.
Pristupljeno 01.03.2018.
11. Naughton C, Drennan J, Hyde A, Allen D, O'Boyle K, Felle P, Butler M. An evaluation of the appropriateness and safety of nurse and midwife prescribing in Ireland. J Adv Nurse July 2013;69(7):1478-88
12. Grazia de Marinis M, Piredda M, Chiara Pascarella M. i suradnici. „If it is not recorded, it has not been done.“ Consistency between nursing records observed nursing care in Italian hospital. Journal of Clinical Nursing. 2010;19:1544-52
13. Aleksijević A. Stavovi medicinskih sestara prema uporabi računala u zdravstvenoj njezi. Sestrinski glasnik. 2015;20:110-114

14. Brailo A, Ančić S, Mesulić N, Bilić P, Hudorović N. Stupanj informiranosti medicinskih sestara i tehničara o metodama vođenja sestrinske dokumentacije. *Sestrinski glasnik*. 2014;19:158-61

15. Kern J. Informacijske i komunikacijske tehnologije u sestrinstvu. *Actu med Croatica*. 2014;68:3-5

16. e- health Ireland

Dostupno na: <http://www.ehealthireland.ie> Pristupljeno 01.03.2018.

8. ŽIVOTOPIS

Osobni podaci

Ime i prezime: Marija Stojić

Adresa: Postranjska ulica 68, Proložac

Datum rođenja: 08.05.1996.g. u Splitu

Državljanstvo: Hrvatica

Broj mobitela: 095 720 6140

E-mail: stojic.marija55555@gmail.com

Obrazovanje

Završena osnovna škola : Osnovna škola „Ivan Leko“, Proložac

2011.-2015.: Prirodoslovno- matematička gimnazija, Imotski

2015. –Preddiplomski studij sestrinstva , Sveučilišni odjel zdravstvenih studija

Dodatne informacije

Nagrada v.d. pročelnika za najbolji prosjek ocjena na preddiplomskom studiju

Priznanje za izvrsno zalaganje na stručnoj praksi u KBC-u Split

Potvrdnica za sudjelovanje na projektu „Izrada standarda zanimanja/kvalifikacija uz unaprjeđenje zdravstvenih studijskih programa HR 3.1.15-0051“

Strani jezici: Engleski

Poznavanje rada u MS Office, MS Excel, C++

Vozačka dozvola: B kategorija

Hobi: sviranje flaute i klavira