

# Znanje medicinskih sestara o zakonskim odredbama koje određuju sadržaj i obvezu vođenja sestrinske dokumentacije u Općoj bolnici Šibensko-kninske županije

---

**Stošić, Radmila**

**Master's thesis / Diplomski rad**

**2016**

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

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:176:960016>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-07-28**

*Repository / Repozitorij:*



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija  
SVEUČILIŠTE U SPLITU

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



UNIVERSITY OF SPLIT



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVO

**Radmila Stošić**

**ZNANJE MEDICINSKIH SESTARA O ZAKONSKIM  
ODREDBAMA KOJE ODREĐUJU SADRŽAJ I OBVEZU  
VOĐENJA SESTRINSKE DOKUMENTACIJE U OPĆOJ  
BOLNICI ŠIBENSKO-KNINSKE ŽUPANIJE**

**Diplomski rad**

Split, 2016.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVO

**Radmila Stošić**

**ZNANJE MEDICINSKIH SESTARA O ZAKONSKIM  
ODREDBAMA KOJE ODREĐUJU SADRŽAJ I OBVEZU  
VOĐENJA SESTRINSKE DOKUMENTACIJE U OPĆOJ  
BOLNICI ŠIBENSKO-KNINSKE ŽUPANIJE**

**NURSES' KNOWLEDGE ABOUT LAW PROVISIONS  
WHICH DETERMINE THE CONTENT AND OBLIGATIONS  
GUIDANCE OF NURSES DOCUMENTATION IN THE  
PUBLIC HOSPITAL OF THE ŠIBENIK COUNTY**

**Diplomski rad / Master's Thesis**

Mentor:

**prof. dr. sc. Jozo Čizmić**

Split, 2016.

# SADRŽAJ

1.	UVOD.....	1
1.1.	Medicinska dokumentacija .....	1
1.2.	Primjena sestrinske dokumentacije .....	2
1.3.	Sadržaj sestrinske dokumentacije.....	4
1.4.	Informatizacija sestrinske dokumentacije .....	9
1.5.	Primjena elektroničkog oblika sestrinske dokumentacije .....	11
1.6.	Prednosti vođenja sestrinske dokumentacije .....	13
1.7.	Nastanak i vođenje sestrinske dokumentacije u Općoj bolnici Šibensko-kninske županije.....	14
1.8.	Osiguranje od odgovornosti.....	15
2.	CILJ RADA.....	16
2.1.	Cilj istraživanja.....	16
2.1.	Hipoteza.....	16
3.	MATERIJALI I METODE.....	17
3.1.	Ispitanici .....	17
3.2.	Materijali .....	17
3.3.	Metode .....	17
4.	REZULTATI .....	18
4.1.	Znanje medicinskih sestara o zakonskoj obvezi vođenja sestrinske dokumentacije.....	18
4.2.	Znanje medicinskih sestara s obzirom na stručnu spremu .....	24
4.3.	Znanje medicinskih sestara s obzirom na dužinu radnog staža .....	31
5.	RASPRAVA.....	40
6.	ZAKLJUČAK.....	44
7.	SAŽETAK.....	45
8.	SUMMARY .....	46
9.	LITERATURA .....	47
10.	ŽIVOTOPIS .....	49
11.	PRILOZI.....	50

# **1. UVOD**

Dokumentirani rezultati rada, definirani normama uz primjenu etičkih načela, u potpunosti potvrđuju zalaganje svih sestrinskih institucija o sestrinstvu kao profesiji sa posebnim ovlastima i kompetencijama. Medicinske sestre slijede visoke etičke standarde, posjeduju specijalna znanja i vještine stečene obrazovanjem na visokoj razini. Zakonska obveza dokumentiranja svih provedenih postupaka u pisanom ili elektroničkom obliku stupila je na snagu dana 18. srpnja 2011. godine. Bolničke zdravstvene ustanove obvezne su uskladiti svoj rad sukladno odredbama toga Pravilnika najkasnije u roku od godine dana od dana stupanja na snagu. Cilj istraživačkog rada bio je ispitati znanje medicinskih sestara o zakonskoj obvezi vođenja sestrinske dokumentacije.

## **1.1. Medicinska dokumentacija**

Medicinska dokumentacija dokumentira tijek pacijentove bolesti i liječenja, način rada na mjestu pružanja zdravstvene zaštite, te upute dane radi ostvarivanja pacijentovih prava na zdravstvenu zaštitu. Radi se o dokumentu koji je nastao u zdravstvenoj ustanovi i koji je potpisan od ovlaštenog zdravstvenog djelatnika (1). Sestrinska dokumentacija je sastavni dio medicinske dokumentacije. Sastavljena je na način da medicinske sestre mogu procijeniti bolesnikovo stanje, te na osnovu procjene dijagnosticirati problem i odrediti potrebne intervencije. Predviđena je za bolesnike koji borave u bolnici duže od 24 sata. Sadržaj i obrasci sestrinske dokumentacije u bolničkim zdravstvenim ustanovama propisani su Pravilnikom o sestrinskoj dokumentaciji u bolničkim zdravstvenim ustanovama (2). Zakonska obveza dokumentiranja svih provedenih postupaka u pisanom ili elektroničkom obliku stupila je na snagu dana 18. srpnja 2011. godine. Bolničke zdravstvene ustanove obvezne su uskladiti svoj rad sukladno odredbama toga Pravilnika najkasnije u roku od godine dana od dana stupanja na snagu.

## 1.2. Primjena sestrinske dokumentacije

Znanstveno područje, metode, tehnike, poseban sustav obrazovanja, klasifikacija znanja, definirano područje rada i odgovornosti definira sestrinstvo kao profesiju kroz status u društvu, međunarodne veze i terminologiju. Dokumentirani rezultati rada, definirani normama uz primjenu etičkih načela, u potpunosti potvrđuju zalaganje svih sestrinskih institucija o sestrinstvu kao profesiji sa posebnim ovlastima i kompetencijama. 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 autonomije iz područja zdravstvene njege.

Kompetentne su donositi prosudbu o svom radu kroz podvrgavanje kritičkoj evaluaciji svih članova sestrinske profesije s ciljem podizanja razine kvalitete zdravstvene njege. Osnova svake evaluacije je primjenjivost kvalitetne dokumentacije. Prema Aniću dokumentacija pretpostavlja podupiranje neke tvrdnje dokumentima, dokazivanje pisanim svjedočanstvima (3). Isti autor 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.

Sestrinska 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 da je medicinska sestra obavezna voditi sestrinsku 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 sestrinskoj listi za svakog pojedinog pacijenta na svim razinama zdravstvene zaštite.“ Zakon o sestrinstvu definira također i samu sestrinsku listu kao „skup podataka koji služe kontroli kvalitete planirane i provedene zdravstvene njege“(4). Osim stručnih, vidljiva je i potvrđena i zakonska potreba sestrinskog dokumentiranja. Ista je dakle, obvezujuća u smislu definiranja zakonske i profesionalne odgovornosti. Definirana kao skup dokumenata koje sestra koristi za zapisivanje ili ispunjavanje podataka o svojim postupcima tijekom procesa zdravstvene njege, primjena sestrinske dokumentacije ima za cilj sustavno

praćenje stanja pacijenta, planiranje, vrednovanje i kontrolu postignutog, a ne samo učinjenog (5). Kvalitetna sestrinska procjena, bilježenje podataka i pravovremeno pretraživanje može omogućiti sestrama podjelu znanja, zapažanja i vještina. Takvim načinom doprinosi se da vlastitim profesionalnim djelovanjem 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 sestrinskog 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. Procjena zdravstvenog stanja pacijenta, prikupljanje podataka, izrada plana i definiranje ciljeva zdravstvene njege, planiranje intervencija, te evaluacija učinkovitosti planiranog faze su procesa zdravstvene njege (6). Trajno praćenje, procjena, revizija planiranog zahtjeva kontinuitet u dokumentiranju, čime se stavlja naglasak na unapređenje kvalitete.

Primjena sestrinske dokumentacije osigurava dokaze da je medicinska sestra primijenila svoje znanje, vještine i stavove, primjenom kritičkog mišljenja sukladno standardima sestrinske prakse (7). Kao dokaz da je pacijentu pružena usluga ovakvi dokumenti mogu poslužiti za medicinsko pravne analize (3). Sve spomenuto olakšava komunikaciju među članovima tima, drugim zdravstvenim i nezdravstvenim djelatnicima o stanju pacijenta, provedenim intervencijama i ishodu zdravstvene njege. Za razvoj sestrinske profesije potrebno je osigurati podatke za sestrinska istraživanja. Kako je sestrištvo iznimno humana disciplina, utemeljena na pomoći pojedincu u zadovoljavanju njegovih osnovnih ljudskih potreba, prikupljanje znanja u sestrištvu moguće je iz više izvora. Oslanjanje na osobno znanje, znanje i iskustvo starijih kolega, te običaje matične ustanove tzv. eminence - based, nije nužno jedini izvor znanja koji će omogućiti edukaciju i donošenje odluka u sestrištvu (8). Donošenje odluka na temelju najboljeg mogućeg dokaza koji se može pronaći, pretpostavlja evidence - based. Iako neprepoznat, jedan od najboljih mogućih dokaza u sestrištvu je skup dokumenata iz područja zdravstvene njege. Uz tradicionalnu ulogu, procjena, utvrđivanje i prepoznavanje potreba, sestra danas

ima i nove zadaće. Iste se odnose na cjeloživotno obrazovanje, te znanstveno istraživački rad koji mora biti temeljen na dokazima. Metodologija sestrinstva temeljenog na dokazima objedinjuje traženje informacija, kritičku prosudbu, sažimanje informacija i primjenu informacija u svakodnevnoj sestrinskoj praksi, te ocjenu ishoda odluke (8). 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 razini 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 prema realizaciji navedenog. Ako se uzme u obzir da se prepreke kreću od osobnih do organizacijskih, tada je razumljivo da svaka sestra u svom djelokrugu rada može djelovati na način koji će unaprijediti prakticiranje sestrinske dokumentacije. S druge strane kada se govori o provođenju jedinstvenog oblika sestrinske dokumentacije u praksu, imperativ se stavlja organizaciju i pokretanje svih sestrinskih struktura koje zajedničkim djelovanjem definiraju primjenu iste. Primjerice, autori Šokota i Kalauz u svojoj knjizi „Lijekovi – oblici i primjena“ navode da je „šesto pravilo“ pri podjeli lijekova dobra sestrinska dokumentacija (9). Prlić također ističe da, svaki sistematski rad, pa tako i proces zdravstvene njege mora biti zasnovan na dobro organiziranoj dokumentaciji, dostupnoj svim članovima tima (10). Ovakav podatak pretpostavlja kako je potreba za dokumentiranjem obaveza koja se ne smije shvatiti kao usputna aktivnost.

### **1.3. Sadržaj sestrinske dokumentacije**

Prema Pravilniku o sestrinskoj dokumentaciji u bolničkim i zdravstvenim ustanovama, sestrinska dokumentacija jest skup podataka koji služe kontroli kvalitete planirane i provedene zdravstvene njege, te je sastavni dio medicinske dokumentacije pacijenta (2).

Sestrinska dokumentacija (SD) je metoda novijeg datuma koja je uvedena u svakodnevne radne zadatke medicinskih sestara/tehničara (MS/MT) s ciljem unapređenja



sestrinske struke (11). Promjene u sestrinstvu Republike Hrvatske (RH) bile su nužne zbog usklađivanja sa standardima iz Direktiva o Sestrinstvu Europske Unije (EU) standarda s EU povećanju stupnja obrazovanja MS/MT i posljedično povećanja stupnja kvalitete zdravstvene njege.

Medicinska sestra obvezna je evidentirati sve provedene postupke tijekom 24 sata (12). Sestrinska dokumentacija sastoji se od vanjskog dijela tiskanog na A3 formatu i umetnutih sastavnica.

Obvezni dio sestrinske dokumentacije čine obrasci (2):

*1. Sestrinska anamneza (Prilog 2):*

- a) popunjavaju je sve medicinske sestre,
- b) anamnestički podaci se prikupljaju primarno od pacijenta, od pratnje, osoba koje brinu o pacijentu, medicinskog i drugog osoblja, te iz medicinske dokumentacije,
- c) ako nije moguće dobiti podatke od pacijenta, tada se oni dobivaju od pratnje,
- d) podaci se prikupljaju i temeljem fizikalnog pregleda,
- e) u rubriku – osobitosti o pacijentu - upisati podatak od koga su dobiveni anamnestički podaci,
- f) sve rubrike sestrinske dokumentacije moraju biti popunjene,
- g) podatke koje nije moguće dobiti u času uzimanja anamneze treba upisati naknadno (demografski podaci o pacijentu, izabranog liječnika i patronažnu sestru, Dom zdravlja kojem prema mjestu stanovanja pripada, elementi servisnih institucija važnih za nastavak zdravstvene njege i otpust pacijenta)
- h) uz pripadajući odgovor u kućicu staviti križić, zaokružiti broj ili dopisati podatak u kućicu „osobitosti“

*2. Sestrinske dijagnoze i osobitosti o pacijentu (Prilog 3):*

- a) fizikalni pregled od glave do pete - ispuniti opisno i brojčano,
- b) sestrinske dijagnoze – određuje prvostupnica sestrinstva temeljem ispunjene dokumentacije,

- c) osobitosti o pacijentu se upisuju kad nema u dokumentaciji mogućnosti upisa važnih podataka

3. *Praćenje stanja pacijenta tijekom hospitalizacije i trajno praćenje postupaka (Prilog 4):*

- a) svakodnevno upisati stupnjeve Samozbrinjavanja i Fizičkih aktivnosti tijekom hospitalizacije, bodovi skala (Braden, Glasgow/trauma skor, Morse-rizik za pad – tablice su u prilogu), broj razine bola, DA/NE za toleranciju napora,
- b) rubrika kategorizacije se popunjava nakon kategorizacije pacijenta,
- c) sažetak - trajno praćenje postupaka,
- d) provoditi prema odredbi plana zdravstvene njege,
- e) osim navedenih postupaka mogu se upisati i drugi postupci

4. *Medicinsko-tehnički i dijagnostički postupci (Prilog 5):*

- a) upisati datum kad je ordiniran postupak,
- b) upisati kad je planiran postupak,
- c) upisati kad je izvršen postupak,
- d) u primjedbe upisati eventualne promjene i zbivanja vezana uz postupak (npr. krvario tijekom kateterizacije ili postupak odgođen i sl.)

5. *Trajno praćenje stanja pacijenta (decursus) (Prilog 6):*

- a) upisati sve promjene kod pacijenta tijekom 24 sata (simptomi, znaci, opisi novonastalog stanja, mogući uzroci i dodatni podaci koji nisu navedeni u anamnezi),
- b) ti podaci su nužni za izradu Planova zdravstvene njege za stanja koja su nastala nakon prijema pacijenta i nisu upisana u anamnezi prve i druge strane dokumentacije

6. *Plan zdravstvene njege (Prilog 7):*

- a) izrađuje prvostupnica sestrinstva sukladno utvrđenim potrebama za zdravstvenom njegom,

- b) sestrinske dijagnoze se evidentiraju prema PES modelu (P = problem, E = etiologija, S = simptom) za aktualne dijagnoze, te po PE modelu za visokorizične dijagnoze.

7. *Lista provedenih sestrinskih postupaka (Prilog 8):*

- a) upisati provedene postupke ordinirane u planu zdravstvene njege.

8. *Otpusno pismo zdravstvene njege (Prilog 9):*

- a) izdati ga za pacijente kod kojih je potreban nastavak zdravstvene njege,
- b) pismo pisati u dva primjeraka,
- c) jedan primjerak dati osobi, instituciji, patronažnoj sestri ili nekoj drugoj strani koja nastavlja zdravstvenu njegu pacijenta,
- d) jedan primjerak obavezno ostaje u Sestrinskoj dokumentaciji.

Obrasci sestrinske dokumentacije upotrebljavaju se ovisno o potrebama i to (2):

1. *Praćenje stanja pacijenta tijekom hospitalizacije i trajno praćenje postupaka za pacijenta koji je duže vrijeme u bolnici (Prilog 10),*

2. *Evidencija ordinirane i primijenjene terapije (Prilog 11):*

- a) uz svaku primjenu lijeka medicinska sestra mora upisati vrijeme davanja lijeka i potpisati se.

3. *Unos i izlučivanje tekućine (Prilog 12):*

- a) primijeniti kod pacijenata kod kojih je potrebno pratiti unos i izlučivanje tekućina.

4. *Procjena bola (Prilog 13):*

- a) primijeniti kod pacijenata koji imaju učestalu ili trajnu bol,
- b) ritam praćenja određen je Planom zdravstvene njege,
- c) treba upisati primjenu lijekova, distraktora i učinak istih – evaluacija,
- d) učestalost procjene odrediti individualno.

5. *Lista za praćenje dekubitusa (Prilog 14):*

- a) voditi je za pacijente kod kojih je prisutan dekubitus,
- b) svaku promjenu položaja sestara evidentira zaokruživanjem vremena i potvrđuje svojim inicijalima u rubriku na vrhu liste uz odgovarajući položaj.
- c) za dijagnozu Visok rizik za nastanak dekubitusa, prvostupnica sestrinstva će razviti Plan zdravstvene njege.

6. *Nadzorna lista rizičnih postupaka u zdravstvenoj njezi (Prilog 15):*

- a) lista 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...),
- b) liječnik treba biti suglasan s izvođenjem postupka, a to potvrđuje svojim potpisom.

7. *Izviješće o incidentu (Prilog 16):*

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

Sestrinska dokumentacija, na temelju suglasnosti Hrvatske komore medicinskih sestara, može se voditi i u elektroničkom obliku, te mora sadržavati sve podatke koje sadrže propisani obrasci.

Primjena sestrinske dokumentacije osigurava povećanje kvalitete i obujma provedenih postupaka zdravstvene njege i trajno praćenje općeg i specifičnog stanja bolesnika. Sestrinska dokumentacija je skup podataka koji služe u istraživačke i statističke svrhe. Dokumentiranjem sestrinskog rada, bolesnik je partner u skrbi za

vlastito zdravlje, a sestrinska dokumentacija poboljšava kvalitetu bolničke skrbi za pacijenata.

#### **1.4. Informatizacija sestrinske dokumentacije**

U dinamičnom svijetu napretka tehnologije, medicine, sestrinstva, prava i drugih znanosti važan aspekt predstavlja suvremeno, brzo, sigurno pohranjivanje, te pronalaženje potrebnih podataka. Kako obrađeni podaci postaju informacije, iste postaju neizmjerljivo važne za pacijenta, osoblje i zdravstveni sustav. 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. Primjereno i pravodobno pronalaženje ranije pohranjenih podataka može imati velik utjecaj na kvalitetu procesa zdravstvene njege u smislu poboljšanja kvalitete zdravstvenih usluga (13). 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. Kako bi postigli navedeno nužna je informatizacija zdravstvene njege. Ista podrazumijeva proces kojim se olakšava protok, spremanje i pristup informacijama (14). Utječe na uspješnost upravljanja u sestrinstvu, 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 kompjuterizacije, odnosno opremanja računalima jedan je od osnovnih oblika informatizacije spomenute. Međutim, uz taj proces, izuzetno važni oblici informatizacije su organizacija sestrinske prakse i edukacija sestara. Organizacija omogućava da raspoloživa sredstva budu primijenjena svrhovito, dok edukacija osposobljava sestre, donosiocice odluka da u potpunosti koriste dostupne informacije za

planiranje, provođenje i evaluaciju. Ovakav način omogućava unapređenje komunikacije i dostupnost informacija bez obzira na fizičku udaljenost (14).

Radi ostvarenja lakše informatizacije i komunikacije, mnoge profesije formiraju svoju nomenklaturu djelatnosti. Ista prema određenim principima i kriterijima označava pojedine djelatnosti. Specifična Međunarodna klasifikacija sestrinske prakse (engl. International classification for nursing practice - ICNP) specifični je internacionalni rječnik kojim se evidentira rad medicinskih sestara i kojim se opisuje zdravstvena njega (15). Uspostava jedinstvenog rječnika, definiranjem fenomena, postupaka i vrednovanja rezultata olakšati će informatizaciju zdravstvene njege. Međutim, u prakticiranju digitaliziranog oblika sestrinske dokumentacije potrebno je koristiti sve relevantne sastavnice sestrinske dokumentacije. Sestrinska lista, kategorizacija pacijenata, obrasci funkcioniranja MarjoryGordon, minimalni set podataka u zdravstvenoj njezi, klasifikacija sestrinskih dijagnoza NAND-a, te spomenuta međunarodna klasifikacija sestrinske prakse (engl. International classification for nursing practice - ICNP), komponente su za kompletiranje spomenutog. Da 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.

Sadržaj elektroničkog oblika sestrinske dokumentacije mora biti usklađen s odredbama stručnih sestrinskih povjerenstava, državnih tijela, primjerice Komore medicinskih sestara i pratiti napredovanje zdravstvene njege. Sestrinska lista, kao relevantan dokument, predstavlja osnovu za bazu podataka razvoja sestrinskog dijela informatike (16). Zbog svega navedenog, 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.

## **1.5. Primjena elektroničkog oblika sestrinske dokumentacije**

Elektronički zdravstveni zapis u sestinstvu predstavlja skup svih elektronski pohranjenih podataka o nekoj osobi iz područja zdravstvene njege. Taj skup podataka zapisan je na elektroničkom mediju i na primjereni način organiziran.

Različiti podaci, popunjeni znakovi i polja, pripadni zapisi međusobno povezani, uz datoteku kao skup zapisa, na određeni način tvore bazu podataka (engl. database). Baza podataka je najviši stupanj u organizaciji podataka (17). Može se opisati kao skup međusobno povezanih podataka koji služe različitim aplikacijama i kao takva ne može se realizirati bez suvremene informacijske tehnologije. Bazu podataka u pravilu puni osoba koja prikuplja podatke (u zdravstvenoj njezi medicinska sestra). Povezanost podataka u bazi podataka omogućava lagani pristup podacima i analizu. 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 jedinstvenog identifikatora osobe, preciznije entiteta ili nekom od atributa promatranog entiteta. Zapisi mogu osim imati određeni format upisa, te biti strukturirani, pa ih se često naziva formatiziranim zapisima. To znači da se točno navode nazivi atributa. Atributi se izabiru prema svrsi kojoj trebaju služiti; točno se zna što se, odnosno kako se upisuje kao vrijednost atributa. Dijelovi zapisa u koji se upisuju slobodni tekstovi mogu sadržavati više znakova i polja. Vrsta entiteta kao objekta promatranja u zdravstvenoj njezi je pacijent (17). Svojstva, obilježja entiteta, nazivaju se atributom. Atributi bolesnika su: ime, prezime, spol, datum rođenja, mjesto i adresa boravka, kategorija. Atribut kojim se identificira svaki pojedini entitet (zapis) naziva se primarni ključ za označavanje. Atributi koji nisu primarni ključevi nazivaju se sekundarnim ključevima. Sekundarni ključ ne identificira pojedinačni entitet, već skupinu entiteta koji imaju istu vrijednost tog atributa, isti podatak. Vrijednost atributa je činjenica koja nešto govori o promatranom atributu i naziva se podatkom. Dvije su vrste podataka ili vrijednosti atributa, kvalitativni i kvantitativni (17). Kvantitativni se izražavaju brojem (numerički podaci), primjerice 39°C, 120/80 i sl. Kvalitativni podaci se izražavaju riječima, kategorijama. Podaci, bilo da se radi o brojevima ili kategorijama, nisu sami po sebi dovoljni da bi se temeljem njihovih vrijednosti poduzela određena intervencija. Zato ih je potrebno kombinirati, promatrati zajedno, sažimati, da bi se dobio potpuniji uvid u stanje bolesnika koji se promatra. Takva procedura ima za posljedicu obradu, čiji rezultat

u konačnici postaje obavijest. Preciznije, podaci se nakon prikupljanja, provjeravaju, verificiraju i time se povećava njihova kvaliteta. Potom se pohranjuju, sortiraju, čime se dobiva se uvid u međusobne odnose među podacima. Podaci se zatim svrstavaju u razrede, klasificiraju da bi se moglo odlučiti koji će se postupak primijeniti. Na primjer, podatak 39°C ili 36,5°C svrstava se u kategorije febrilnosti, da bi dobili uvid u febrilno ili afebrilno stanje pacijenta, te u konačnici primijenili određene postupke.

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 (18). 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 (19). Ovi podaci, zajedno s podacima za uzrok, primjerice oduzetost lijeve strane tijela, imobilizacija moraju u sklopu procesa zdravstvene njege, biti interpretirani da bismo mogli formulirati sestrinsku dijagnozu. 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 evaluirati s trenutnim stanjem, kako bi imali uvid u najnovije stanje pacijenta. Vidljivo je da informacijskim pristupom u pretraživanju podataka kombinirano s direktnim kontaktom upotpunjujemo sadržaj sestrinske dokumentacije kronološkim praćenjem stanja pacijenta. Pronalaženje podataka, umnožavanje i komuniciranje pretpostavljaju metode koje će omogućiti 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 prijema, tijekom boravka pacijenta na odjelu, potom se njihovom obradom periodično i po potrebi, koriste za formulaciju sestrinskih dijagnoza, definiranje cilja. Evaluacija je olakšana bržim pretraživanjem i grafičkim automatskim prikazima primjerice, temperature, rizika za nastanak dekubitusa, količina izlučene mokraće i slično. Navedenim se omogućava bolji nadzor nad informacijama, podizanje kvalitete i osiguranje kontinuiteta zdravstvene njege. Preciznije, svi podaci koji se prikupljaju trajno bivaju pohranjeni i spremni za 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 formulaciju i liječničkog i sestrinskog otpusnog pisma (20).



Navedeno naglašava važnost i korisnost primjene digitaliziranog, elektroničkog oblika sestrinske dokumentacije, te njezinu potpunu implementaciju u centralizirani informacijski sustav. Samim time, podaci sadržani u sestrinskoj dokumentaciji predstavljat će informativni alat za opis sestrinske prakse, ostavljajući veliku mogućnost udovoljavanja potrebama sestrinske edukacije, menadžmenta, istraživanja i politike.

## **1.6. Prednosti vođenja sestrinske dokumentacije**

Prednosti vođenja sestrinske dokumentacije u informatiziranom obliku očituju se u slijedećem:

- integracija svih računalnih programa u kojem rade sestre (bolnički informacijski sustav-BIS, kategorizacija, sestrinska dokumentacija, bolničke infekcije, kontrola kvalitete),
- dostupnost svim medicinskim sestrama,
- čitljivost podataka,
- mogućnost usporedbe vremena potrebnog za rad oko bolesnika i stvarno realiziranog rada oko bolesnika,
- mogućnost sudjelovanja popunjavanja dijelova sestrinske liste svih medicinskih sestara ovisno o kompetencijama sukladno razini obrazovanja i radnom mjestu,
- kompletan uvid u trenutno stanje bolesnika s izdvojenim odstupanjima koja su označena brojevima i bojama (jača boja i veći broj označava zahtjevnijeg bolesnika),
- mjerenje količine rada na računalu za svaku medicinsku sestru (administratora) na dnevnoj, tjednoj i godišnjoj razini,
- uvid u vrijeme unosa podataka i vidljiv potpis medicinske sestre koja je podatak unijela odnosno odradila zadani postupak delegiran od medicinske sestre s većom kompetencijom,
- uvid u laboratorijske nalaze koji su važni za bolesnika, patološki nalazi, tj. odstupanja označeni crvenom bojom,

- prilikom otpusta bolesnika iz bolnice izdaje se Otpusno pismo zdravstvene njege, te se proces zdravstvene njege nastavlja bez prekida.

Prema sestrinskim dijagnozama bolesnika nastavljaju tretirati medicinske sestre u izvanbolničkoj službi u kući bolesnika, ako se radi o otpustu kući, odnosno medicinske sestre druge ustanove ili klinike, ako se radi o premještanju u drugu ustanovu. Time je poboljšana komunikacija među sestrama na svim razinama zdravstvene zaštite, a kvaliteta zdravstvene njege u interesu bolesnika podignuta je na značajno višu razinu od dosadašnje.

## **1.7. Nastanak i vođenje sestrinske dokumentacije u Općoj bolnici Šibensko-kninske županije**

U Općoj bolnici Šibensko-kninske županije testno vođenje sestrinske dokumentacije u elektroničkom obliku vodi se od kraja 2012. godine do veljače 2013. kada se uvodi do na sve odjele koji su imali tu obvezu. Za pravila nastajanja, tijeka i vođenja medicinske dokumentacije, a čiji je sastavni dio i sestrinska dokumentacija odgovorno je bolničko Povjerenstvo za izradu pravila nastajanja i vođenja medicinske dokumentacije u BIS-u. Sestrinska dokumentacija ima svoj tijek nastajanja u bolničkom informacijskom sustavu. Tijekom utvrđenog vremena (broj dana) nastaje dokument (sestrinski list), te se nakon proteka vremena nastajanja dokument zatvara i onemogućava njegova izmjena. Nakon što je dokument zatvoren, više se ne može mijenjati, a ukoliko se u dokumentu mora ispraviti odnosno brisati pogrešno upisani podatak postupa se prema protokolu za izmjenu, odnosno brisanje sestrinske dokumentacije u BIS-u, koji je izradilo bolničko povjerenstvo (21). Korisnik koji je unio krivi podatak podnosi administratoru bolničkog informacijskog sustava zahtjev za ispravak netočnog podatka. Tek nakon podnošenja pisanog zahtjeva kojim se obrazlaže zašto je došlo do netočnog podatka, pristupa se brisanju odnosno ispravljanju dokumenta. Bolničko povjerenstvo izradilo je tri protokola koji su dostupni svim korisnicima u tijeku rada, a odnose se na sljedeće zahtjeve:

- Zahtjev za brisanje/promjenu matičnog lista u BIS-u - koristi se isključivo za pacijente stacionara,
- Zahtjev za izmjenu ili brisanje medicinske dokumentacije,

- Zahtjev za brisanje/promjenu slučaja/posjete u BIS-u - koristi se isključivo za pacijente poliklinike.

Na taj način Bolničko povjerenstvo ima uvid u radilišta, korisnike koji najčešće griješe, postotak krivo unesenih podataka, te na osnovi njih identificira problem i donosi mjere za poboljšanje sustava. Svaka nadopuna u sestrinsku dokumentaciju koja bi omogućila kvalitetniji izvještaj na razini cijele ustanove mora se obrazložiti.

Povjerenstvu za izradu pravila nastajanja i vođenja medicinske dokumentacije koje o tome donosi odluku. Budući da sestrinska dokumentacija u BIS-u nema svojstvo elektroničke isprave prema Zakonu o elektroničkoj ispravi i Zakonu o elektroničkom potpisu svi dokumenti moraju biti ispisani i potpisani od strane odgovorne medicinske sestre, te odloženi u povijest bolesti (22,23).

## **1.8. Osiguranje od odgovornosti**

Medicinska sestra osobno je odgovorna za svoj rad. To znači da odgovara za svoje postupke i propuste, bez obzira na savjete ili upute drugih stručnjaka. Sestrinska dokumentacija je sredstvo komunikacije unutar tima. Medicinska sestra je odgovorna da sestrinska dokumentacija bude precizan prikaz liječenja, planiranja i provođenja zdravstvene njege. Svaki provedeni postupak i drugi podaci koji se upisuju u sestrinsku dokumentaciju moraju biti upisani u najkraćem mogućem vremenu nakon što je proveden postupak ili se dogodio određen slučaj. Sestrinska dokumentacija treba omogućiti jasan uvid u planiranu njegu, donesene odluke, ostvarenu njegu i omogućiti druge potrebne informacije. Preporuka je medicinskoj sestri da za obavljanje svoje djelatnosti i njege pacijenata ima osiguranje od odgovornosti. To je u interesu pacijenata, medicinske sestre i poslodavca (24).

## **2. CILJ RADA**

### **2.1. Cilj istraživanja**

Cilj istraživačkog rada:

- 1) Ispitati znanje medicinskih sestara o zakonskoj obvezi vođenja sestrinske dokumentacije.

Specifični ciljevi:

- 1) Utvrditi znanje medicinskih sestara s obzirom na stručnu spremu.
- 2) Utvrditi znanje medicinskih sestara s obzirom na dužinu radnog staža.

### **2.1. Hipoteza**

Hipoteza istraživanja:

- 1) Postoje razlike u znanju medicinskih sestara s obzirom na stručnu spremu i dužinu radnog staža.

## **3. MATERIJALI I METODE**

### **3.1. Ispitanici**

Primarno istraživanje provedeno je na uzorku od ukupno 144 ispitanica (medicinskih sestara) svih razina obrazovanja, od srednje do visoke stručne spreme i godina radnog staža, od tek zaposlenih do 35 i više godina radnog staža u Općoj bolnici Šibensko-kninske županije. U najvećem broju medicinske sestre su bile u dobnoj skupini od 36 do 40 godina (49 %) srednje stručne spreme (81 %) s 25 do 35 i više godina radnog staža (35 %).

### **3.2. Materijali**

Metodom jednokratnog anketiranja putem anonimnih anketnih upitnika, procjenjivalo se znanje medicinskih sestara o zakonskim odredbama koje određuju sadržaj i obvezu vođenja sestrinske dokumentacije.

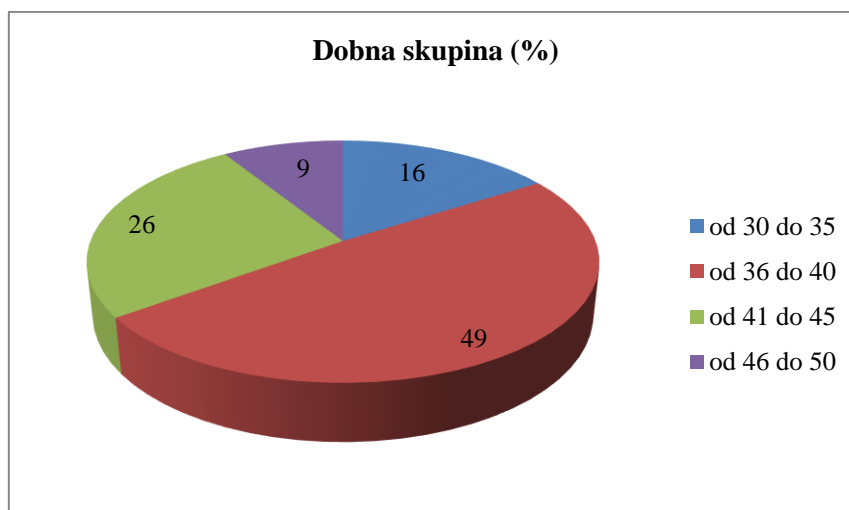
### **3.3. Metode**

Istraživanje je provedeno u rujnu 2015. godine u Općoj bolnici Šibensko-kninske županije. Istraživanje se sastojalo od tri faze. Prva faza uključivala je statističko promatranje, odnosno prikupljanje podataka na način da su ispitanici bili zamoljeni da odgovore na ponuđena pitanja značajna za ovo istraživanje. Druga faza obuhvaćala je klasificiranje, odnosno grupiranje prikupljenih podataka. Treća faza podrazumijevala je obradu, statističku analizu rezultata dobivenih anketiranjem u programu za statističku obradu podataka IBM SPSS.

## 4. REZULTATI

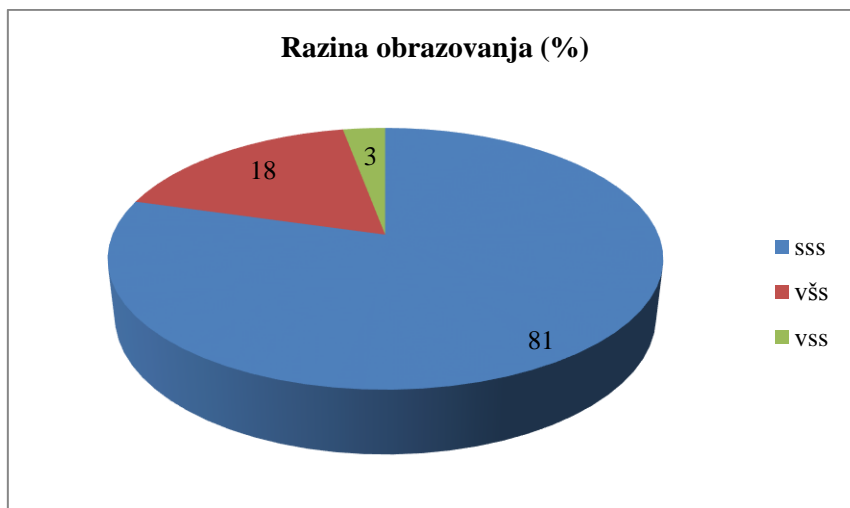
### 4.1. Znanje medicinskih sestara o zakonskoj obvezi vođenja sestrinske dokumentacije

U istraživanju je ukupno sudjelovalo 144 medicinskih sestara. Svi ispitanici bili su ženskog roda. Od ukupnog broja ispitanica, 49 % je prosječne životne dobi od 36 do 40 godina, 81 % sa srednjom stručnom spremom i 35 % sa 25 do 35 i više godina radnog staža.



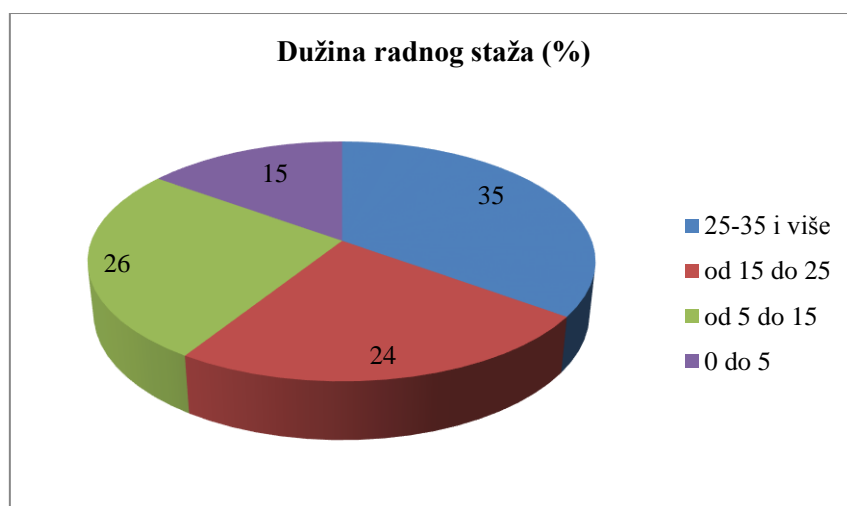
**Slika 1.** Dobna skupina medicinskih sestara (%)

U najvećem broju ispitanice su bile u skupini od 36-40 godina (49 %)



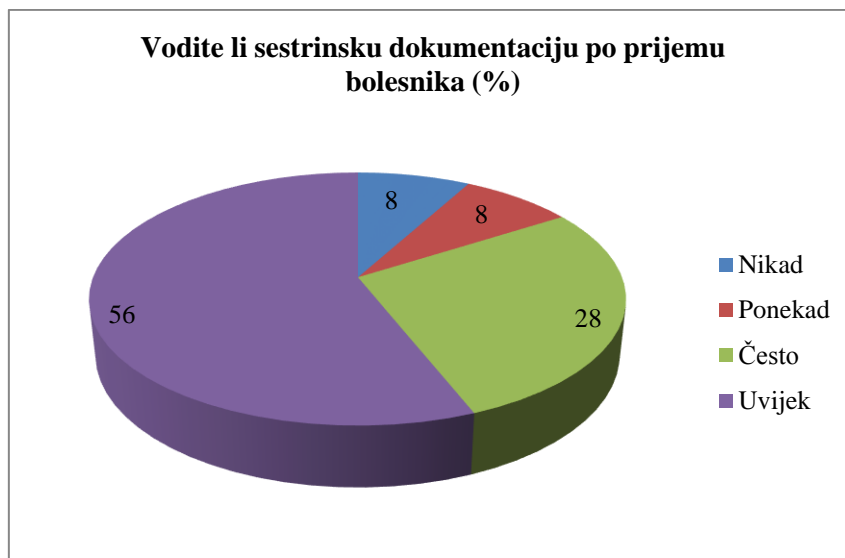
**Slika 2.** Razina obrazovanja (%)

U najvećem broju ispitanice su bile SSS (81 %)



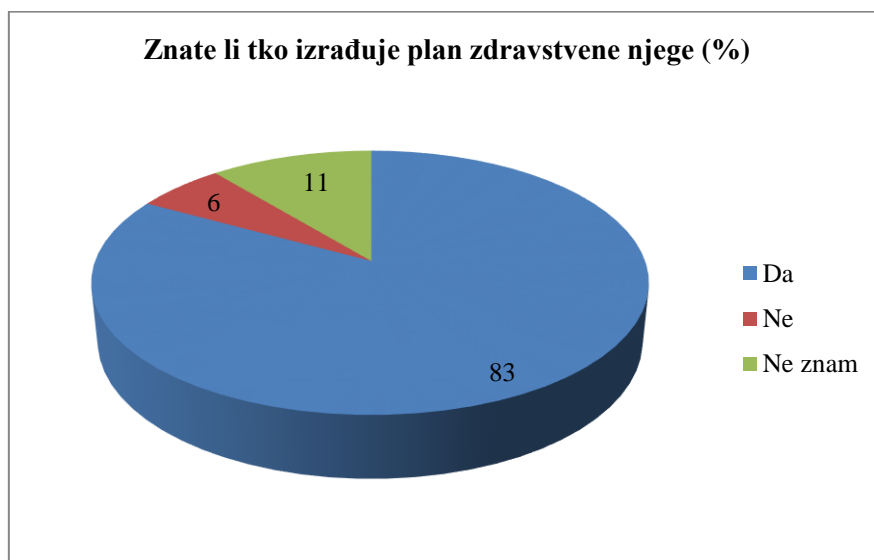
**Slika 1.** Dužina radnog staža (%)

Najveći broj ispitanica je u skupini sa 25-30 i više godina radnog staža (35 %).



**Slika 2.** Vođenje sestrinske dokumentacije pri prijemu bolesnika (%)

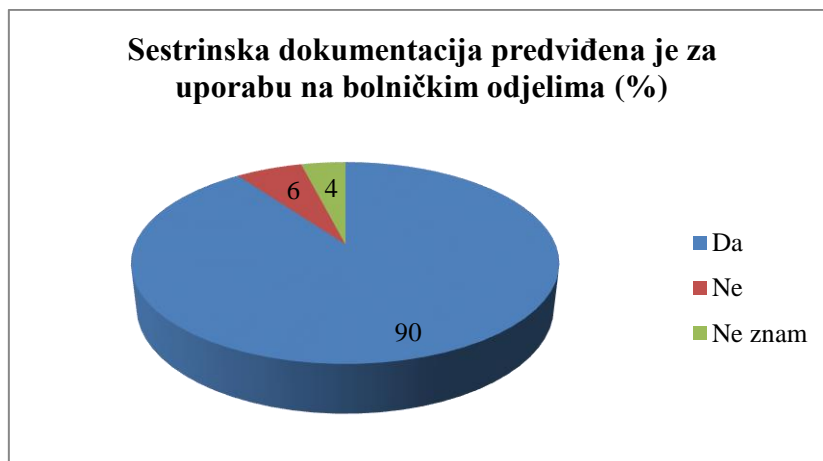
Udio od 56 % ispitanica vodi sestrinsku dokumentaciju po prijemu bolesnika.



**Slika 3.** Znanje o tome tko izrađuje plan zdravstvene njege (%)

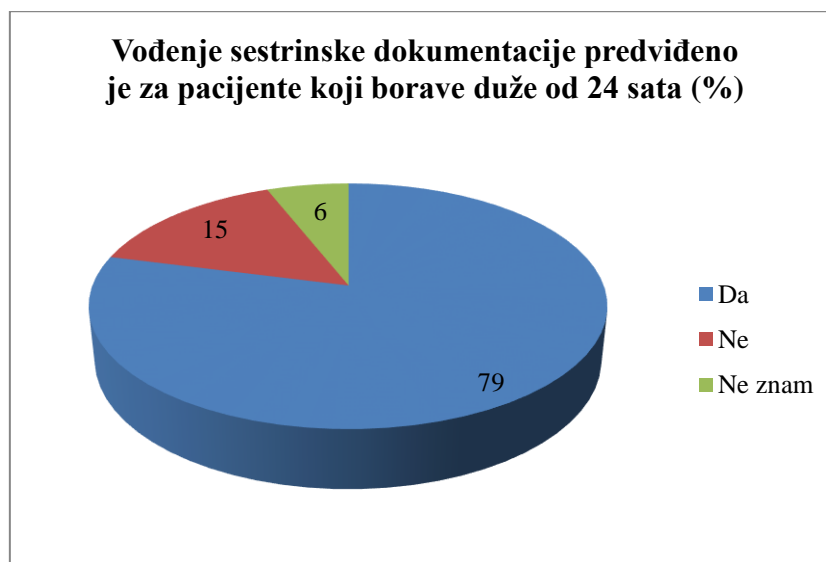
Tko izrađuje plan zdravstvene njege zna 83 % ispitanika.





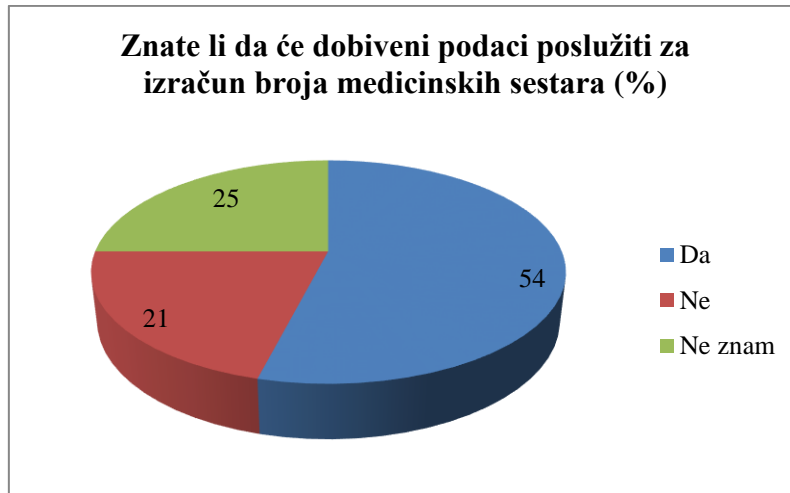
**Slika 4.** Znanje o uporabi sestrinske dokumentacije na bolničkim odjelima (%)

Većina ispitanica (90 %) zna da je sestrinska dokumentacija predviđena za uporabu na bolničkim odjelima.



**Slika 5.** Znanje o vođenju sestrinske dokumentacije za pacijente koji borave duže od 24 sata (%)

Udio od 79 % ispitanica zna da je vođenje sestrinske dokumentacije predviđeno za pacijente koje borave duže od 24 sata.



**Slika 6.** Znanje o korisnosti dobivenih podataka za izračun broja medicinskih sestara (%)

Udio od 54 % ispitanica zna da će dobiveni podaci poslužiti za izračun broja medicinskih sestara.



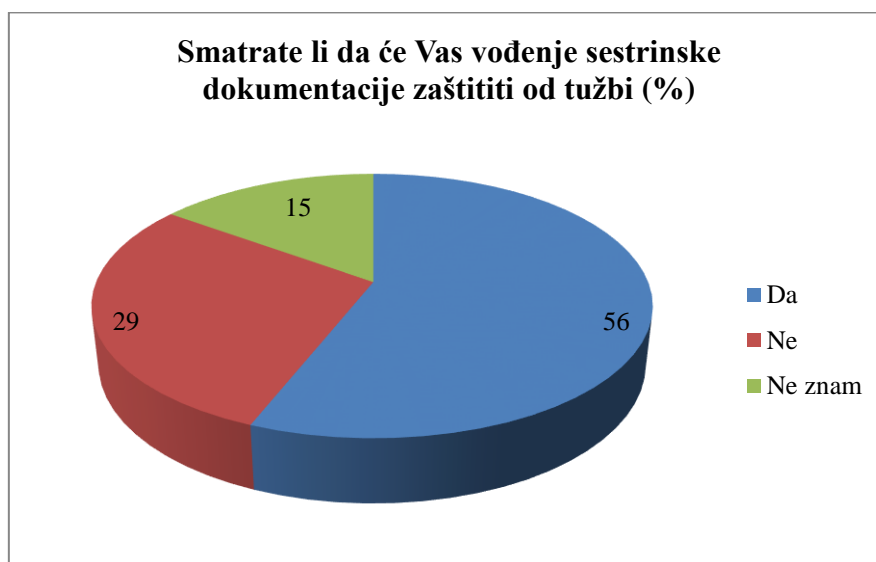
**Slika 7.** Znanje o sestrinskoj dokumentaciji kao bazi za sestrinska istraživanja (%)

Da je sestrinska dokumentacija baza za sestrinska istraživanja zna 69 % ispitanica.



**Slika 8.** Vođenje sestrinske dokumentacije čini sestrinski rad vidljivim (%)

Udio od 58 % ispitanica zna da će vođenje sestrinske dokumentacije sestrinski rad učiniti vidljivim.



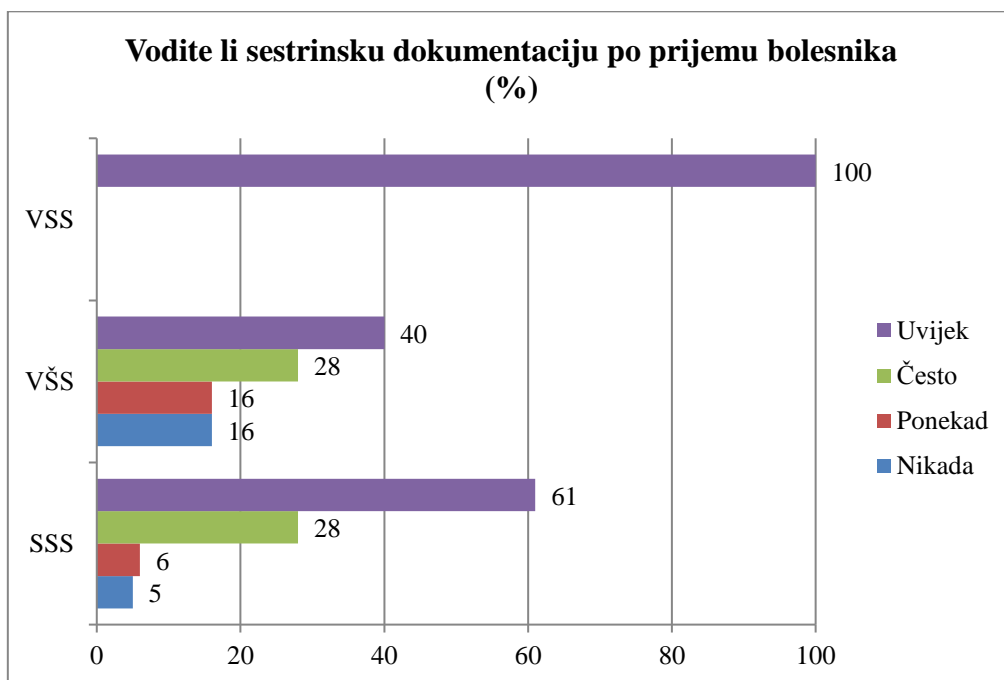
**Slika 9.** Vođenje sestrinske dokumentacije štiti od mogućih tužbi (%)

Veći dio ispitanica (56 %) smatra da će ih vođenje sestrinske dokumentacije zaštititi od tužbi.

## 4.2. Znanje medicinskih sestara s obzirom na stručnu spremu

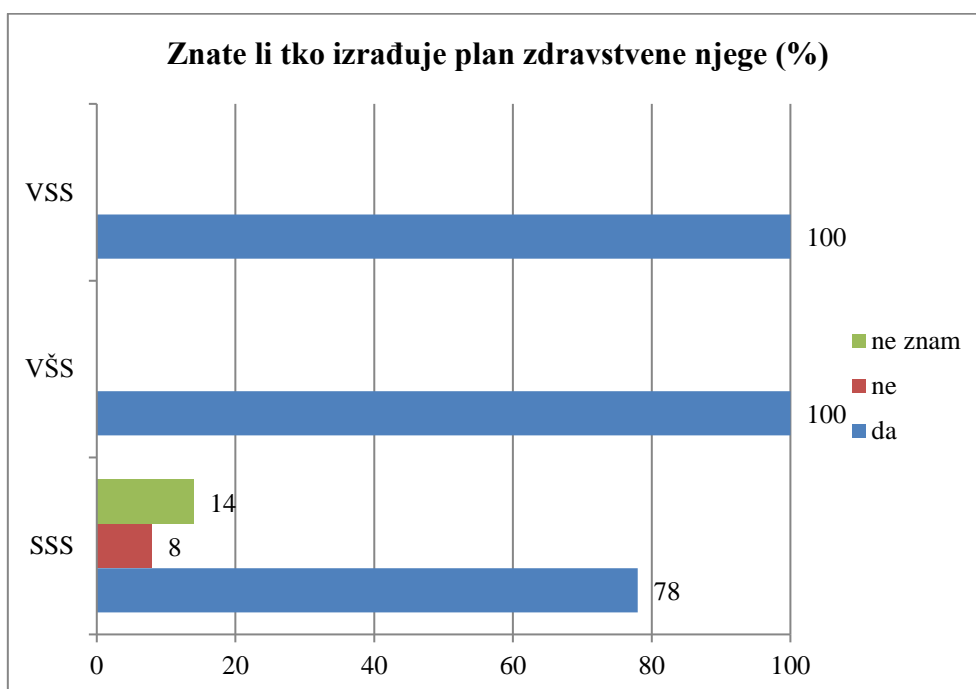
U istraživanju je ukupno sudjelovalo 144 medicinskih sestara od kojih je s obzirom na stručnu spremu:

- a) SSS - 116 ispitanica
- b) VŠS/prvostupnik – 25 ispitanica
- c) VSS – 3 ispitanice



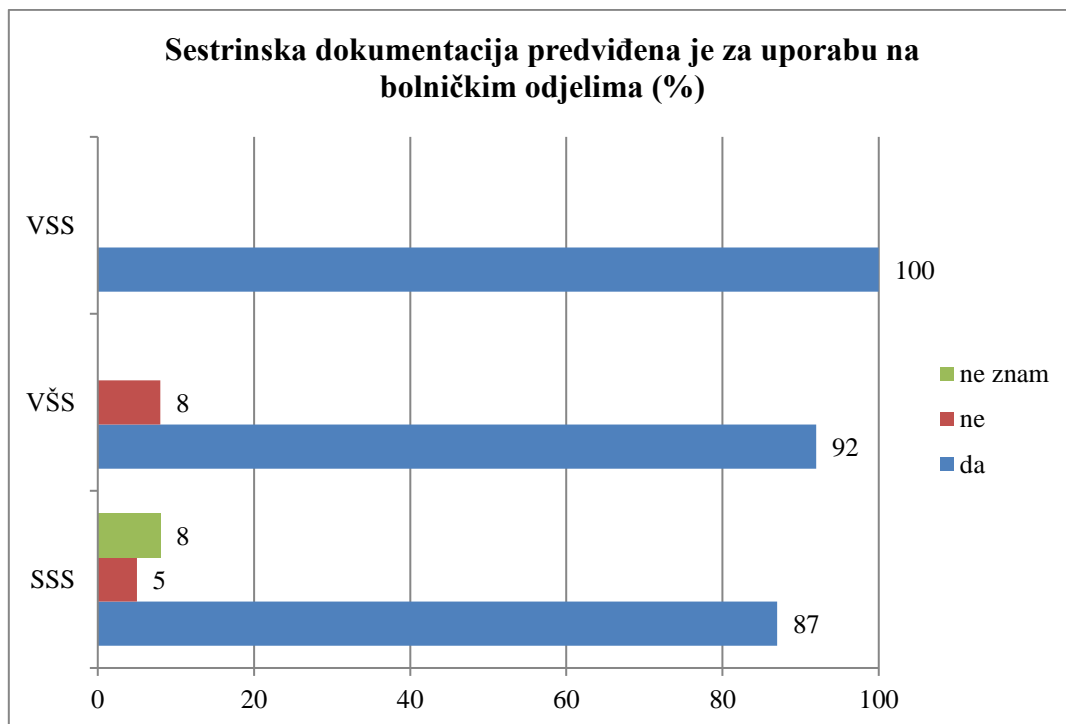
**Slika 10.** Vođenje sestrinske dokumentacije po prijemu bolesnika s obzirom na stručnu spremu

Uvijek vode sestrinsku dokumentaciju po prijemu bolesnika ispitanice s VSS u 100 % odgovora, ispitanice sa SSS u 61 % odgovora, dok ispitanice sa VŠS u 40 % odgovora. Ispitanice sa VŠS (16 %) i SSS (5 %) nikada ne vode sestrinsku dokumentaciju po prijemu bolesnika.



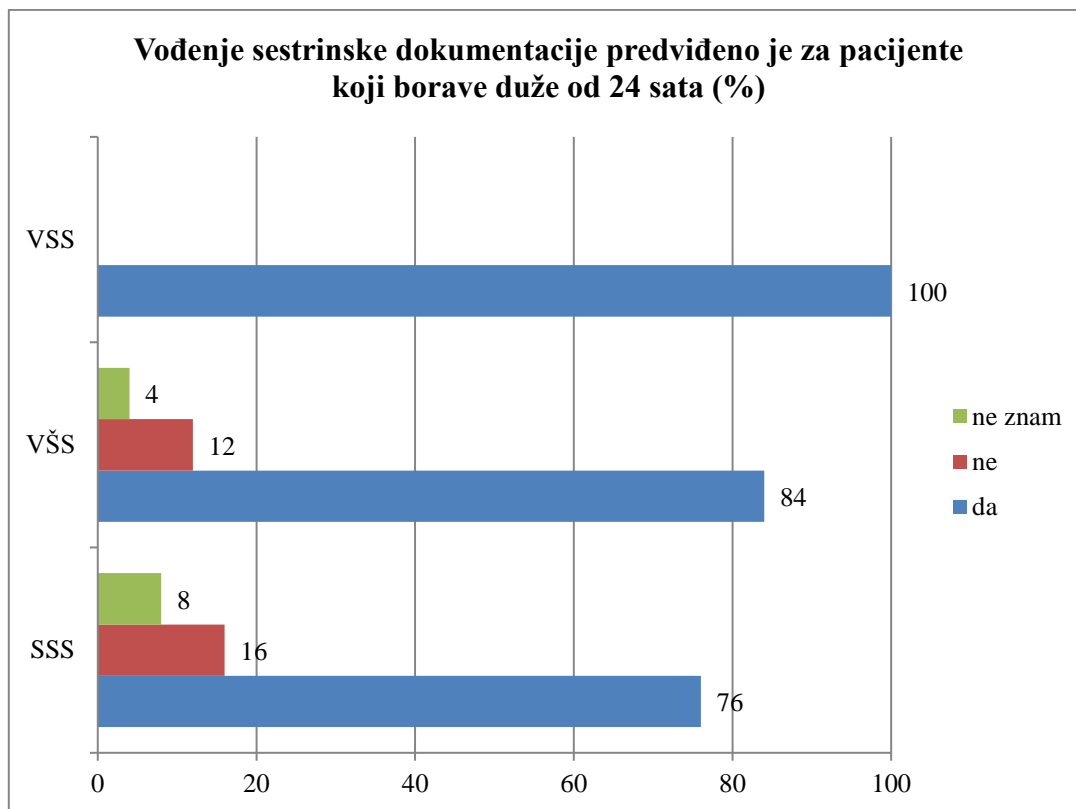
**Slika 11.** Znanje o tome tko izrađuje plan zdravstvene njege s obzirom na stručnu spremu

Po pitanju znaju li tko izrađuje plan zdravstvene njege, ne uočava se značajna razlika u odgovorima među ispitanicama. Ispitanice sa VSS i VŠS u 100 % odgovora znaju tko izrađuje plan zdravstvene njege dok kod ispitanica sa SSS u 78 % odgovora.



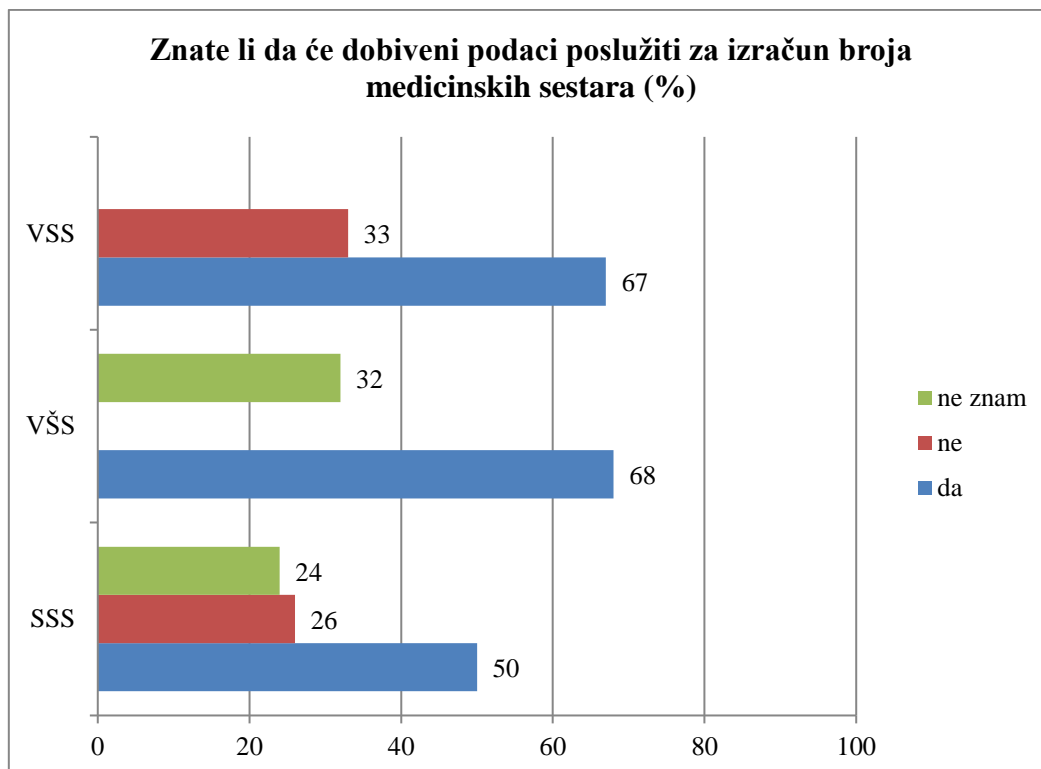
**Slika 12.** Znanje da je sestrinska dokumentacija je predviđena za uporabu na bolničkim odjelima s obzirom na stručnu spremu

Sestrinska dokumentacija predviđena je za uporabu na bolničkim odjelima. S navedenim se slažu u 100 % odgovora ispitanice sa VSS, 92 % ispitanica sa VŠŠ i 87 % ispitanica sa SSS. Negativno se izjasnilo 8 % sa VŠŠ i 5 % sa SSS.



**Slika 13.** Znanje da je sestriinska dokumentacija je predviđena za pacijente koji borave duže od 24 sata s obzirom na stručnu spremu

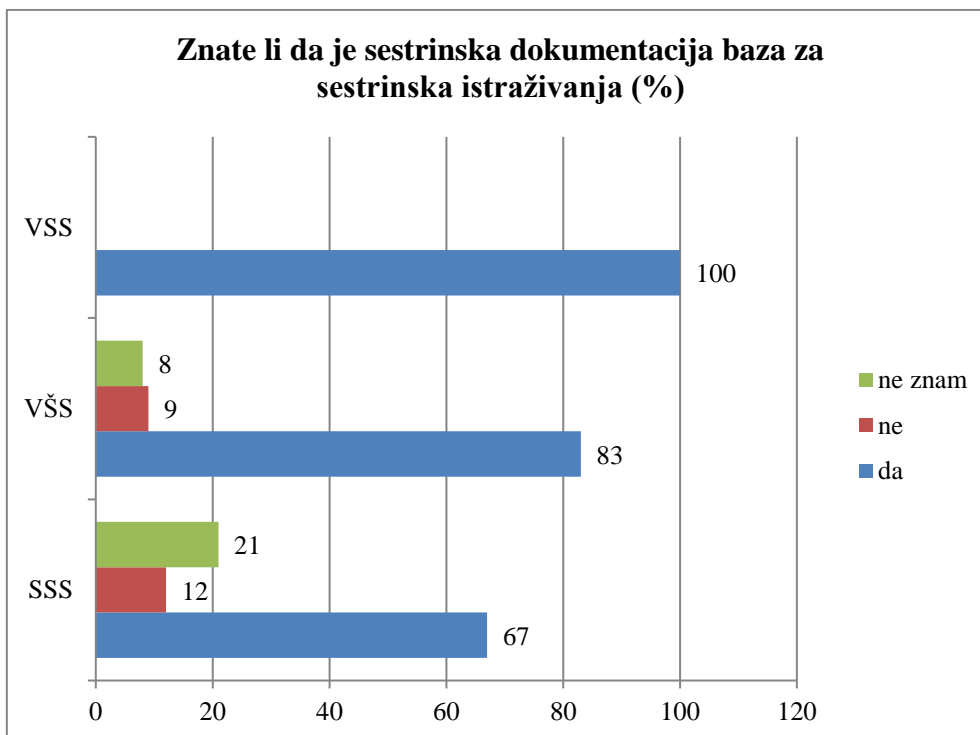
Vodenje sestriinske dokumentacije predviđeno je za pacijente koji borave duže od 24 sata. S navedenom konstatacijom se ponovno u najvećem postotku slažu ispitanice sa VSS (100 %), 84 % ispitanica sa VŠŠ i 76 % ispitanica sa SSS. Negativno se izjasnilo 12 % sa VŠŠ i 16 % sa SSS.



**Slika 14.** Znanje da dobiveni podaci služe za izračun broja medicinskih sestara s obzirom na stručnu spremu

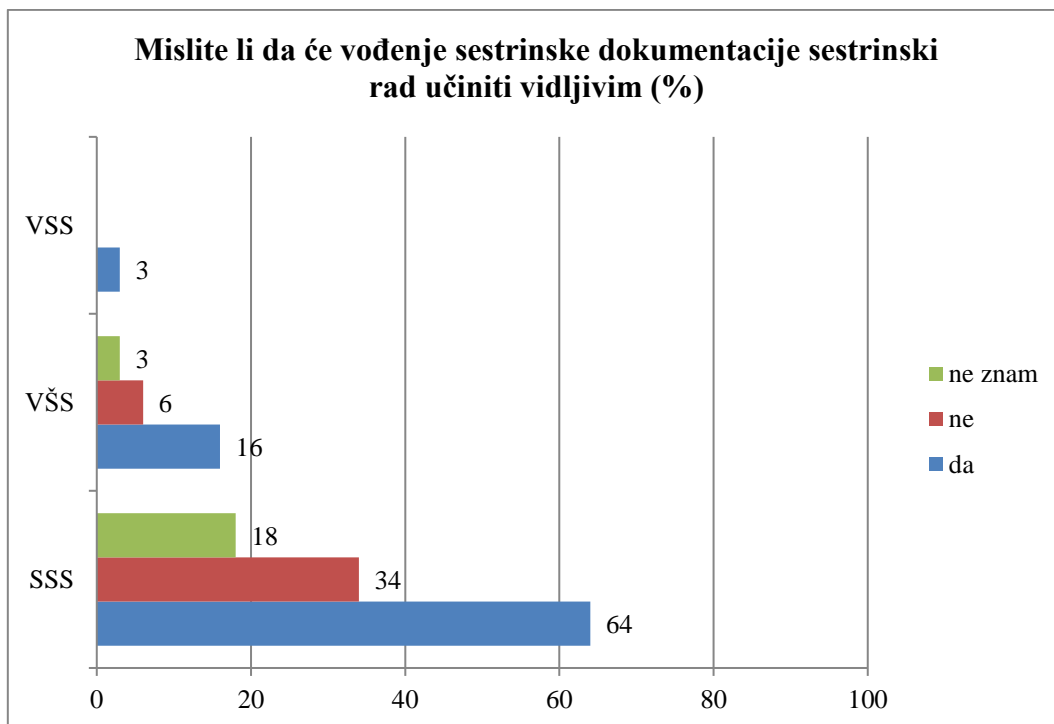
Na pitanje znaju li da će dobiveni podaci poslužiti za izračun broja medicinskih sestara podjednako se slažu ispitanice sa VŠS (68 %), ispitanice sa VSS (67 %) te ispitanice sa SSS (50 %). Negativno se izjasnilo 33 % sa VSS i 26 % sa SSS.





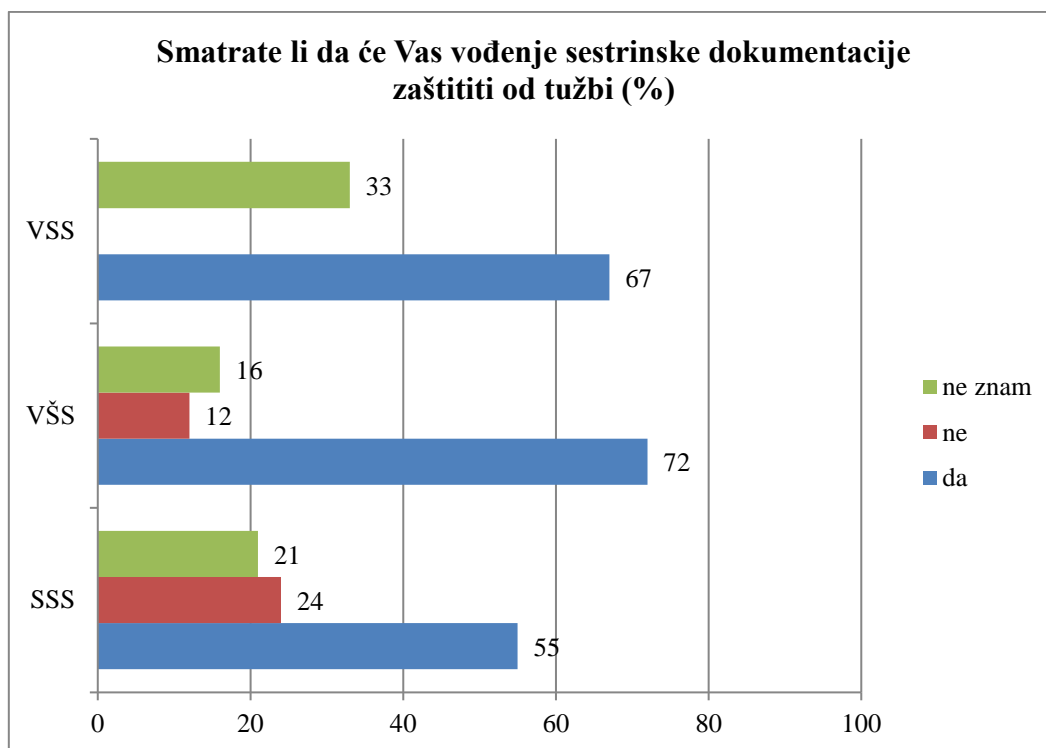
**Slika 15.** Znanje da je sestrinska dokumentacija baza za sestrinska istraživanja s obzirom na stručnu spremu

Po pitanju znate li da je sestrinska dokumentacija baza za sestrinska istraživanja, ne uočava se značajna razlika u odgovorima među ispitanicama. Ispitanice sa VSS imaju 100 % potvrđan odgovor, ispitanice sa VŠŠ 83 % a ispitanice sa SSS 67 %. Negativan odgovor na pitanje ima 12 % ispitanica sa SSS i 9 % sa VŠŠ.



**Slika 16.** Mišljenje da vođenje sestrinske dokumentacije čini sestrinski rad vidljivim s obzirom na stručnu spremu

Da će vođenje sestrinske dokumentacije sestrinski rad učiniti vidljivim misli 64 % ispitanica sa SSS, 16 % sa VŠS i 3 % sa VSS, dok 34 % sa SSS i 6 % sa VŠS ne misli tako.



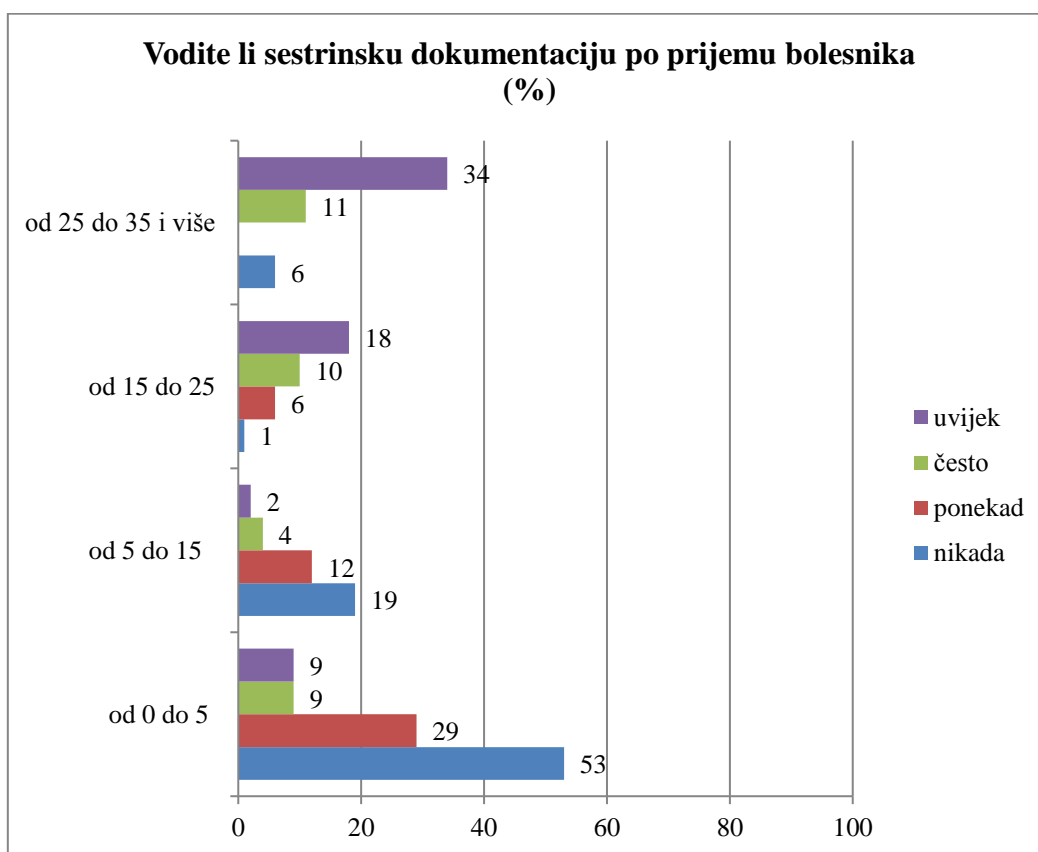
**Slika 17.** Mišljenje da vođenje sestrinske dokumentacije može zaštititi od tužbi s obzirom na stručnu spremu

Po pitanju smatraju li da će vođenje sestrinske dokumentacije pružiti zaštitu od tužbi, ne uočava se značajna razlika u odgovorima među ispitanicama. Ispitanice sa VŠS imaju 72 % potvrđan odgovor, sa VSS 67 % a ispitanice sa SSS 55 %. Negativno se izjasnilo 24 % sa SSS i 12 % sa VŠS.

### **4.3. Znanje medicinskih sestara s obzirom na dužinu radnog staža**

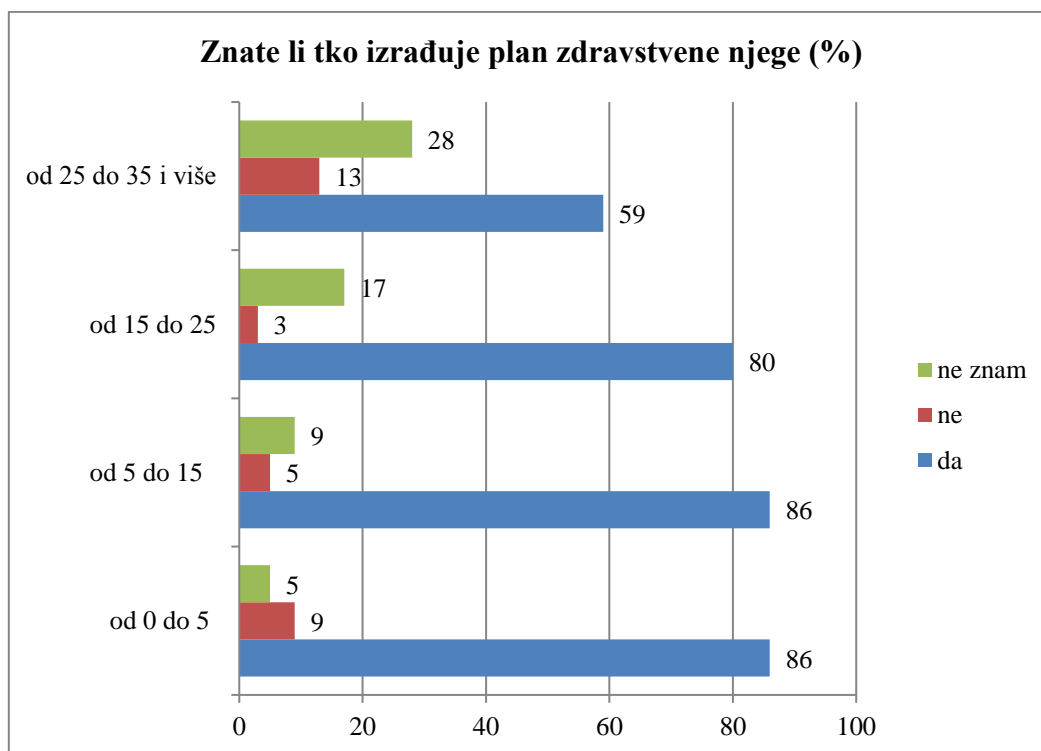
U istraživanju je ukupno sudjelovalo 144 medicinske sestre od kojih je s obzirom na dužinu radnog staža:

- a) od 0 do 5 godina radnog staža - 21 ispitanica
- b) od 5 do 15 godina radnog staža – 37 ispitanica
- c) od 15 do 25 godina radnog staža – 35 ispitanica
- d) od 25 do 35 i više godina radnog staža – 51 ispitanica



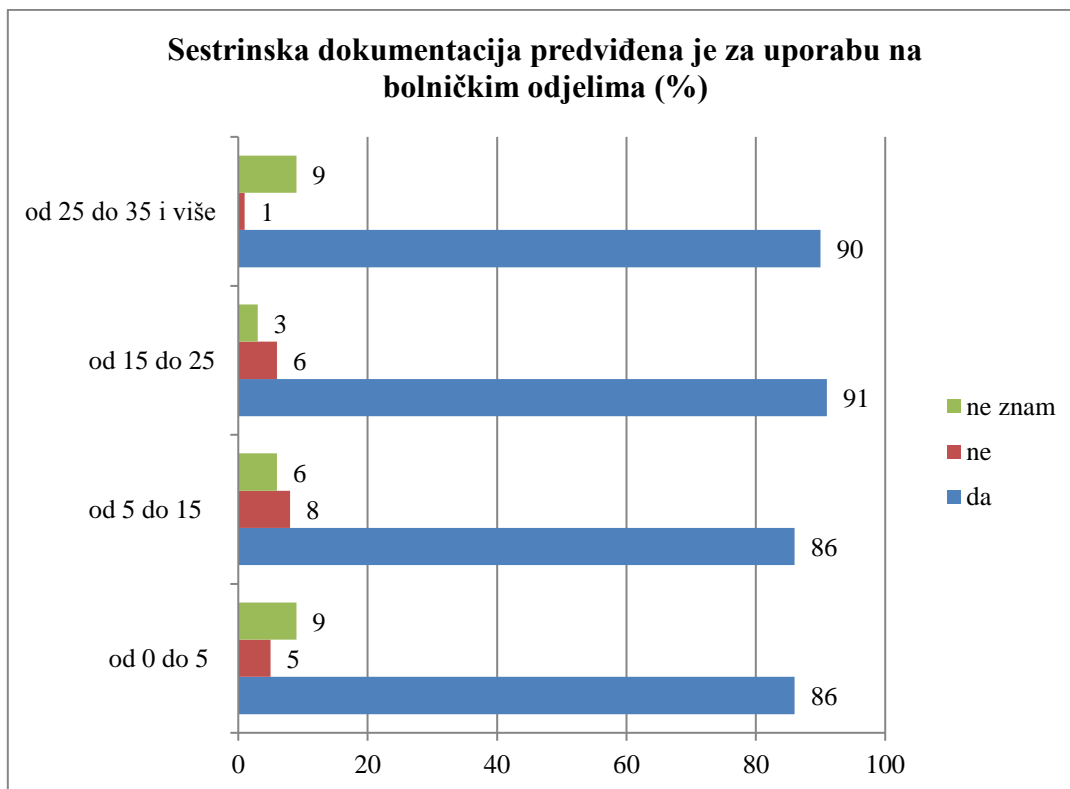
**Slika 20.** Vođenje sestrinske dokumentacije po prijemu bolesnika s obzirom na dob

Uvijek vode sestrinsku dokumentaciju po prijemu bolesnika ispitanice s 25 do 35 i više godina radnog staža u 34 % odgovora, ispitanice s 15 do 25 godina radnog staža u 18 % odgovora. Ispitanice s do 5 godina radnog staža (53 %) i od 5 do 15 godina radnog staža (19 %) nikada ne vode sestrinsku dokumentaciju po prijemu bolesnika.



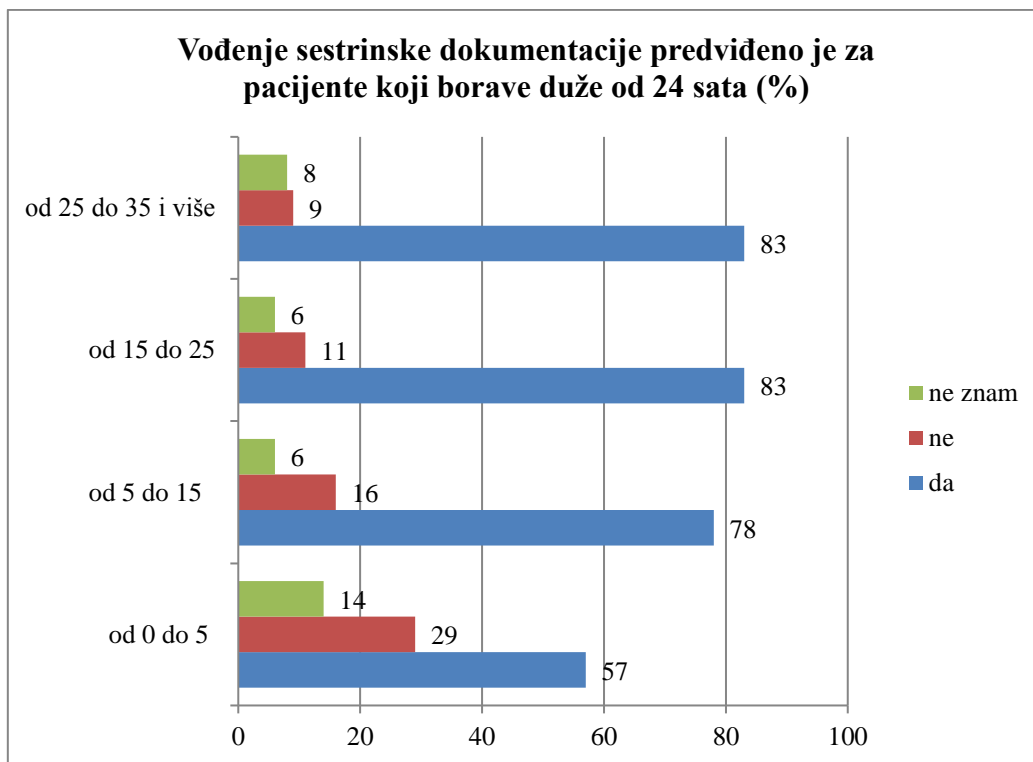
**Slika 18.** Znanje o tome tko izrađuje plan zdravstvene njege s obzirom na dob

Po pitanju znaju li tko izrađuje plan zdravstvene njege ne uočava se značajna razlika u odgovorima među ispitanicama. Ispitanice do 5 godina radnog staža u 86 % odgovora, ispitanice od 5 do 15 godina u 86 %, ispitanice od 15 do 25 godina radnog staža u 80 % i ispitanice s 25 do 35 i više godina u 59 % odgovora znaju tko izrađuje plan zdravstvene njege. Najviše ispitanica koje ne znaju tko izrađuje plan zdravstvene njege imaju 25 do 35 i više godina radnog staža (28 %).



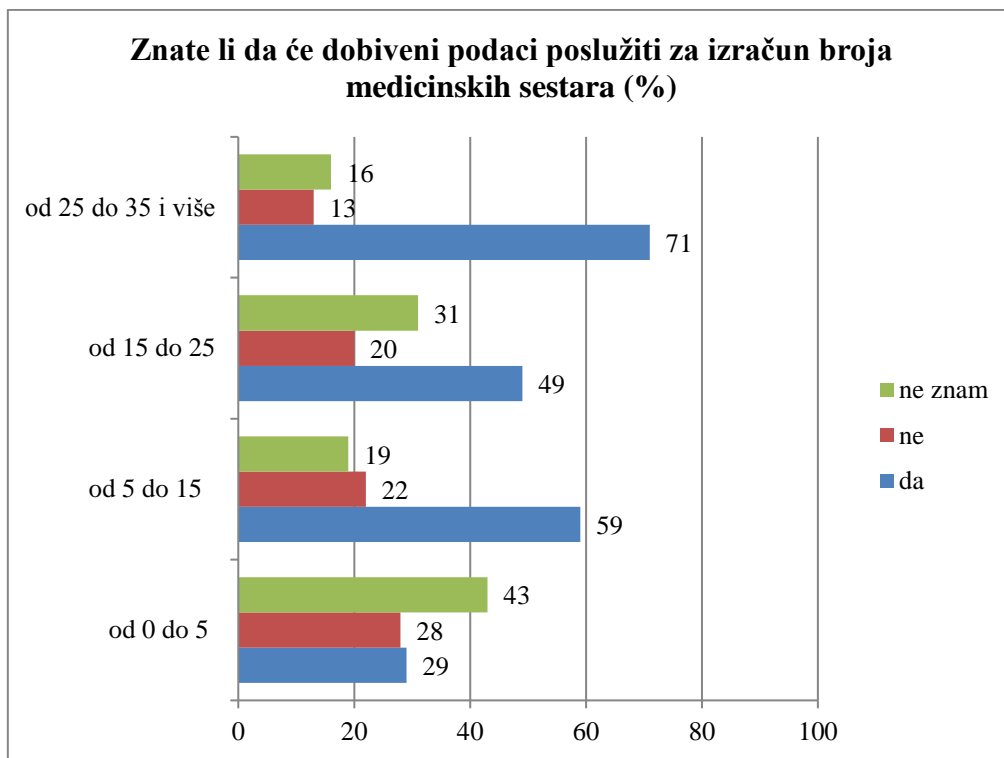
**Slika 19.** Znanje da je sestrinska dokumentacija je predviđena za uporabu na bolničkim odjelima s obzirom na dob

S tvrdnjom da je sestrinska dokumentacija predviđena za uporabu na bolničkim odjelima slaže se najviše ispitanica i to s radnim stažem od 15 do 25 i više (91 %), s radnim stažem od 25 do 35 i više (90 %).



**Slika 20.** Znanje da je sestrinska dokumentacija je predviđena za pacijente koji borave duže od 24 sata s obzirom na dob

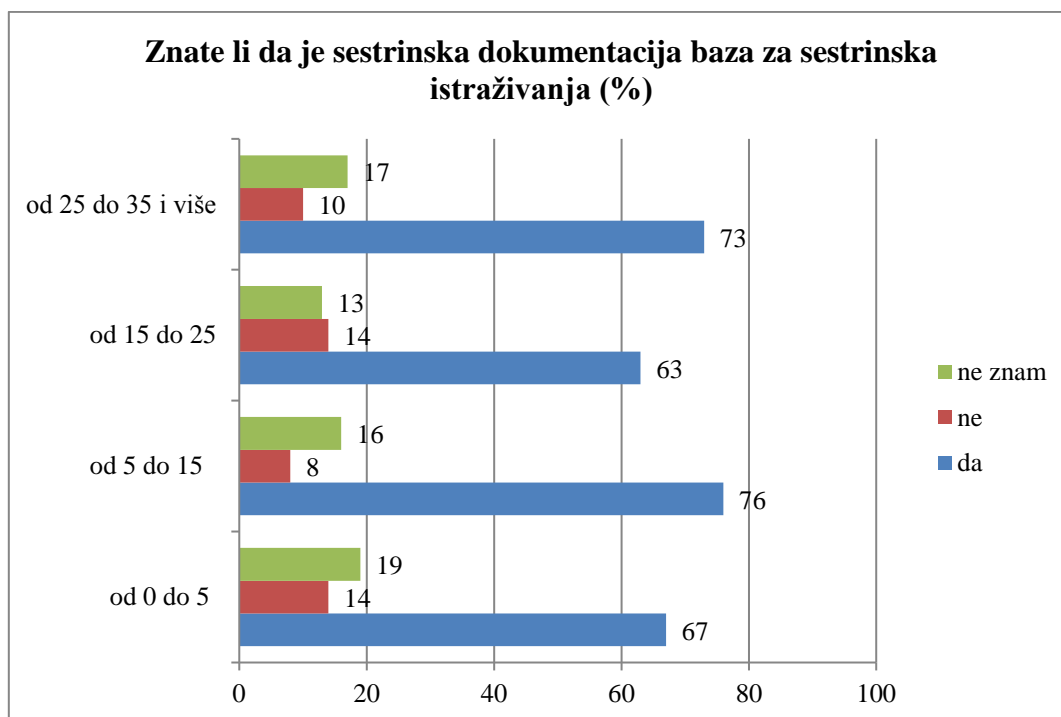
Kod tvrdnje da je vođenje sestrinske dokumentacije predviđeno za pacijente koji borave duže od 24 sata, ne uočava se značajna razlika među ispitanicama. U istom postotku od 83 % odgovora, ispitanice s 25 do 35 i više godina radnog staža i one s 15 do 25 godina radnog staža slažu se s tvrdnjom. U podjednakom postotku odgovora (78 %) ispitanice s 5 do 15 godina radnog staža istog su mišljenja. Ispitanice do 5 godina radnog staža slažu se s tvrdnjom da je vođenje sestrinske dokumentacije predviđeno za pacijenta koji borave duže od 24 sata. Ispitanice iste kategorije prema ukupnom postotku odgovora imaju i najviše odgovora koji se ne slažu s tvrdnjom.



**Slika 21.** Znanje da dobiveni podaci služe za izračun broja medicinskih sestara s obzirom na dob

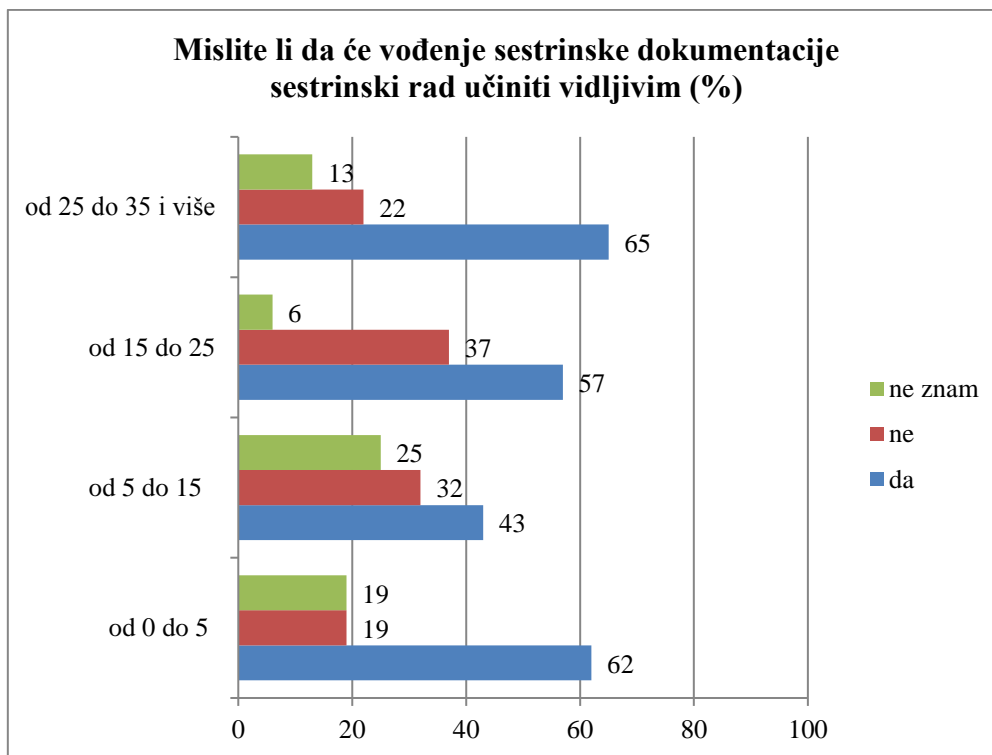
Najviše ispitanica koje znaju da će dobiveni podaci poslužiti za izračun broja medicinskih sestara ima 25 do 35 i više godina radnog staža (71 %) a najviše ispitanica koje ne znaju ima do 5 godina radnog staža (28 %).





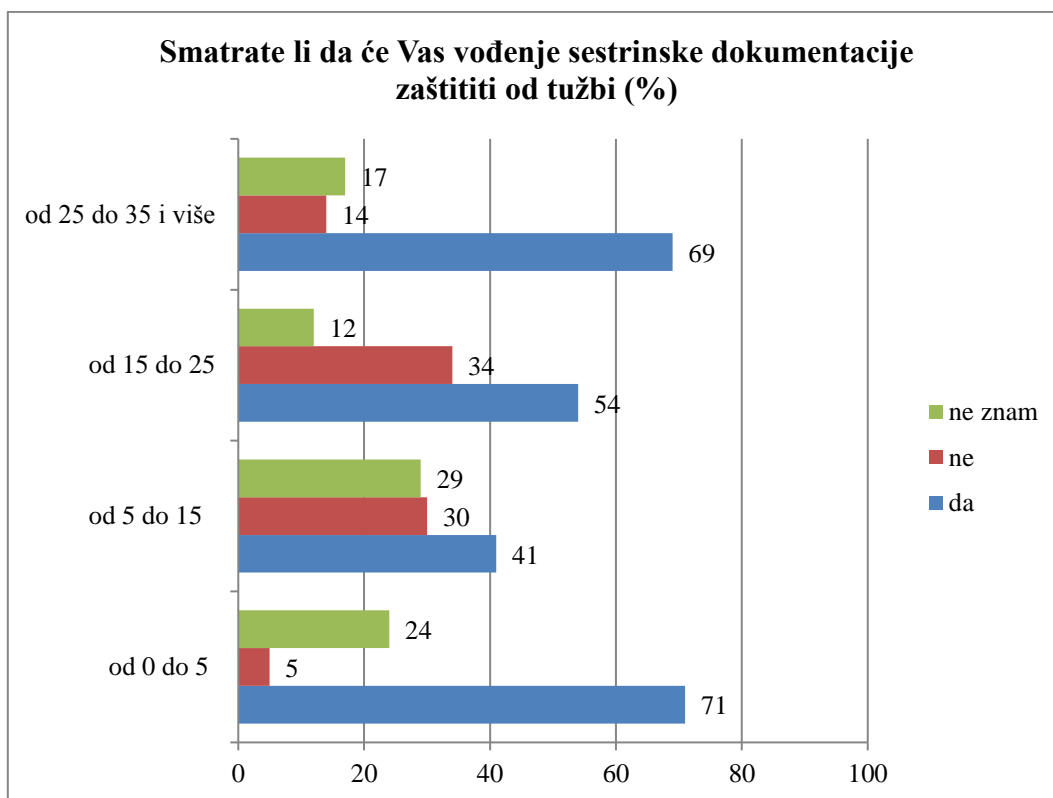
**Slika 22.** Znanje da je sestrinska dokumentacija baza za sestrinska istraživanja s obzirom na dob

Na pitanje znaju li da je sestrinska dokumentacija baza za sestrinska istraživanja, ne uočava se značajna razlika među ispitanicama. Ispitanice s 5 do 15 godina radnog staža slažu se s tvrdnjom u 76 % odgovora, ispitanice s 25 do 35 i više godina s 73 %, ispitanice do 5 godina radnog staža s 76 % i one s 15 do 25 s 63 % odgovora. Prema ukupnom broju, značajno manji postotak odgovora svih skupina ne zna da je sestrinska dokumentacija baza za sestrinska istraživanja.



**Slika 23.** Mišljenje da vođenje sestrinske dokumentacije čini sestrinski rad vidljivim s obzirom na dob

Po pitanju misle li da će vođenje sestrinske dokumentacije sestrinski rad učiniti vidljivim, ispitanice s 25 do 35 i više godina radnog staža u 65 % odgovora, ispitanice do 5 godina s 62 %, ispitanice od 15 do 25 godina s 57 % i ispitanice od 5 do 15 godina s 43 % odgovora misle da hoće.



**Slika 24.** Mišljenje da vođenje sestrinske dokumentacije može zaštititi od tužbi s obzirom na dob

Da će ih vođenje sestrinske dokumentacije zaštititi od tužbi, u najvećem postotku odgovora misle ispitanice do 5 godina radnog staža (71 %), ispitanice s 25 do 35 i više godina (69 %), ispitanice s 15 do 25 godina (54 %) i ispitanice s 5 do 15 godina radnog staža (41 %).

## 5. RASPRAVA

Istraživanje je provedeno je na uzorku od ukupno 144 ispitanica (medicinskih sestara). U najvećem broju ispitanice su bile u dobnoj skupini od 36 do 40 godina (49 %) srednje stručne spreme (81 %) sa 25 do 35 i više godina radnog staža (35 %).

Analizom rezultata istraživanja iznalazi se da medicinske sestre u ukupnom broju:

- uvijek vode sestrinsku dokumentaciju po prijemu bolesnika (56 %),
- znaju tko izrađuje plan zdravstvene njege (83 %),
- znaju da je sestrinska dokumentacija predviđena za uporabu na bolničkim odjelima (90 %),
- znaju da je vođenje sestrinske dokumentacije predviđeno za pacijente koji borave duže od 24 sata (79 %),
- znaju da će dobiveni podaci poslužiti za izračun broja medicinskih sestara (54 %),
- znaju da je sestrinska dokumentacija baza za sestrinska istraživanja (69 %),
- misle da će vođenje sestrinske dokumentacije sestrinski rad učiniti vidljivim (58 %),
- smatraju da će ih vođenje sestrinske dokumentacije zaštititi od tužbi (56 %).

Na području upućenosti medicinskih sestara o zakonskoj obvezi vođenja sestrinske dokumentacije, rezultati su omogućili uvid u vođenje, uporabu, svrhu primjene sestrinske dokumentacije. Analizom rezultata utvrđeno je **znanje medicinskih sestara s obzirom na stručnu spremu**. U istraživanju su u najvećem postotku (81 %) sudjelovale medicinske sestre sa srednjom stručnom spremom. Donošenje Zakona od sestriinstvu reguliralo je vođenje sestrinske dokumentacije kao uporišnu točku sestrinskog rada. Analizom znanja medicinskih sestara s obzirom na stručnu spremu uočava se različitost u odgovorima. Uvijek vode sestrinsku dokumentaciju po prijemu bolesnika ispitanice s VSS u 100 % odgovora, ispitanice sa SSS u 61 % odgovora, dok ispitanice sa VŠS u 40 % odgovora. Ispitanice sa VŠS (16 %) i SSS (5 %) nikada ne vode sestrinsku dokumentaciju po prijemu bolesnika.

Po pitanju znaju li tko izrađuje plan zdravstvene njege, ne uočava se značajna razlika u odgovorima među ispitanicama. Ispitanice sa VSS i VŠS u 100 % odgovora znaju tko izrađuje plan zdravstvene njege dok kod ispitanica sa SSS u 78 % odgovora.

Sestrinska dokumentacija predviđena je za uporabu na bolničkim odjelima. S navedenim se slažu u 100 % odgovora ispitanice sa VSS, 92 % ispitanica sa VŠS i 87 % ispitanica sa SSS. Negativno se izjasnilo 8 % sa VŠS i 5 % sa SSS.

Vođenje sestrinske dokumentacije predviđeno je za pacijente koji borave duže od 24 sata. S navedenom konstatacijom se ponovno u najvećem postotku slažu ispitanice sa VSS (100 %), 84 % ispitanica sa VŠS i 76 % ispitanica sa SSS. Negativno se izjasnilo 12 % sa VŠS i 16 % sa SSS.

Na pitanje znaju li da će dobiveni podaci poslužiti za izračun broja medicinskih sestara podjednako se slažu ispitanice sa VŠS (68 %), ispitanice sa VSS (67 %) te ispitanice sa SSS (50 %). Negativno se izjasnilo 33 % sa VSS i 26 % sa SSS.

Po pitanju znate li da je sestrinska dokumentacija baza za sestrinska istraživanja, ne uočava se značajna razlika u odgovorima među ispitanicama. Ispitanice sa VSS imaju 100 % potvrđan odgovor, ispitanice sa VŠS 83 % a ispitanice sa SSS 67 %. Negativan odgovor na pitanje ima 12 % ispitanica sa SSS i 9 % sa VŠS.

Da će vođenje sestrinske dokumentacije sestrinski rad učiniti vidljivim misli 64 % ispitanica sa SSS, 16 % sa VŠS i 3 % sa VSS, dok 34 % sa SSS i 6 % sa VŠS ne misli tako.

Po pitanju smatraju li da će vođenje sestrinske dokumentacije pružiti zaštitu od tužbi, ne uočava se značajna razlika u odgovorima među ispitanicama. Ispitanice sa VŠS imaju 72 % potvrđan odgovor, sa VSS 67 % a ispitanice sa SSS 55 %. Negativno se izjasnilo 24 % sa SSS i 12 % sa VŠS.

Na temelju određenih konstatacija u upitniku, osobnog znanja i iskustva medicinskih sestara nastojalo se dobiti uvid u **znanje medicinskih sestara s obzirom na dužinu**

**radnog staža.** U istraživanju su najvećem broju sudjelovale medicinske sestre sa 25 do 35 i više godina radnog staža (35 %).

Uvijek vode sestrinsku dokumentaciju po prijemu bolesnika ispitanice s 25 do 35 i više godina radnog staža u 34 % odgovora, ispitanice s 15 do 25 godina radnog staža u 18 % odgovora. Ispitanice s do 5 godina radnog staža (53 %) i od 5 do 15 godina radnog staža (19 %) nikada ne vode sestrinsku dokumentaciju po prijemu bolesnika.

Po pitanju znaju li tko izrađuje plan zdravstvene njege ne uočava se značajna razlika u odgovorima među ispitanicama. Ispitanice do 5 godina radnog staža u 86 % odgovora, ispitanice od 5 do 15 godina u 86 %, ispitanice od 15 do 25 godina radnog staža u 80 % i ispitanice s 25 do 35 i više godina u 59 % odgovora znaju tko izrađuje plan zdravstvene njege. Najviše ispitanica koje ne znaju tko izrađuje plan zdravstvene njege imaju 25 do 35 i više godina radnog staža (28 %).

S tvrdnjom da je sestrinska dokumentacija predviđena za uporabu na bolničkim odjelima slaže se najviše ispitanica i to s radnim stažem od 15 do 25 i više (91 %), s radnim stažem od 25 do 35 i više (90 %).

Kod tvrdnje da je vođenje sestrinske dokumentacije predviđeno za pacijente koji borave duže od 24 sata, ne uočava se značajna razlika među ispitanicama. U istom postotku od 83 % odgovora, ispitanice s 25 do 35 i više godina radnog staža i one s 15 do 25 godina radnog staža slažu se s tvrdnjom. U podjednakom postotku odgovora (78 %) ispitanice s 5 do 15 godina radnog staža istog su mišljenja. Ispitanice do 5 godina radnog staža slažu se s tvrdnjom da je vođenje sestrinske dokumentacije predviđeno za pacijenta koji borave duže od 24 sata. Ispitanice iste kategorije prema ukupnom postotku odgovora imaju i najviše odgovora koji se ne slažu s tvrdnjom.

Najviše ispitanica koje znaju da će dobiveni podaci poslužiti za izračun broja medicinskih sestara ima 25 do 35 i više godina radnog staža (71 %) a najviše ispitanica koje ne znaju ima do 5 godina radnog staža (28 %).

Na pitanje znaju li da je sestrinska dokumentacija baza za sestrinska istraživanja, ne uočava se značajna razlika među ispitanicama. Ispitanice s 5 do 15 godina radnog staža slažu se s tvrdnjom u 76 % odgovora, ispitanice s 25 do 35 i više godina s 73 %, ispitanice

do 5 godina radnog staža s 76 % i one s 15 do 25 s 63 % odgovora. Prema ukupnom broju, značajno manji postotak odgovora svih skupina ne zna da je sestrinska dokumentacija baza za sestrinska istraživanja.

Po pitanju misle li da će vođenje sestrinske dokumentacije sestrinski rad učiniti vidljivim, ispitanice s 25 do 35 i više godina radnog staža u 65 % odgovora, ispitanice do 5 godina s 62 %, ispitanice od 15 do 25 godina s 57 % i ispitanice od 5 do 15 godina s 43 % odgovora misle da hoće.

Da će ih vođenje sestrinske dokumentacije zaštititi od tužbi, u najvećem postotku odgovora misle ispitanice do 5 godina radnog staža (71 %), ispitanice s 25 do 35 i više godina (69 %), ispitanice s 15 do 25 godina (54 %) i ispitanice s 5 do 15 godina radnog staža (41 %).

Prema dobivenim rezultatima može se zaključiti da postoje razlike u znanju medicinskih sestara s obzirom na stručnu spremu i dužinu radnog staža.

## 6. ZAKLJUČAK

Prema dobivenim rezultatima može se zaključiti da:

- Postoje razlike u znanju medicinskih sestara s obzirom na stručnu spremu.
- Postoje razlike u znanju medicinskih sestara s obzirom na dužinu radnog staža.
- Svaka bolnica bi trebala uvesti bolnički informacijski sustav (BIS) kako bi se olakšalo vođenje sestrinske dokumentacije (smanjenje papira, obrazaca, formulara itd.), te da bi se na isti način mogla provoditi kontrola provođenja iste.

Sestrinska dokumentacija je sastavni dio medicinske dokumentacije. Sastavljena je na način da medicinske sestre mogu procijeniti bolesnikovo stanje, te na osnovu procjene dijagnosticirati problem i odrediti potrebne intervencije.



## 7. SAŽETAK

Sestrinska dokumentacija je sastavni dio medicinske dokumentacije. Sastavljena je na način da medicinske sestre mogu procijeniti bolesnikovo stanje, te na osnovu procjene dijagnosticirati problem i odrediti potrebne intervencije. Medicinske sestre slijede visoke etičke standarde, posjeduju specijalna znanja i vještine stečene obrazovanjem na visokoj razini. Sestrinska profesija regulirana je Zakonom o sestinstvu koji između ostalih dužnosti medicinskih sestara navodi da je medicinska sestra obavezna voditi sestrinsku dokumentaciju kojom se evidentiraju svi provedeni postupci tijekom dvadeset i četiri (24) sata. Uz tradicionalnu ulogu, procjena, utvrđivanje i prepoznavanje potreba, medicinska sestra u današnje vrijeme ima i nove zadaće. Iste se odnose na cjeloživotno obrazovanje te znanstveno istraživački rad koji mora biti temeljen na dokazima. Znanje medicinskih sestara o zakonskoj obvezi vođenja sestrinske dokumentacije različita je s obzirom na stručnu spremu i dužinu radnog staža.

**Ključne riječi:** sestrinska profesija, sestrinska dokumentacija, zakonske odredbe, znanje

## 8. SUMMARY

Nursing documentation is an integral part of the medical documentation. It is composed in a way that nurses can assess condition of patient, and on the basis of the assessment diagnose the problem and determine the intervention needs. Nurses follow the high ethical standards, they possess special knowledge and skill acquired through education at a high level. Nursing profession is regulated by the law on the Sorority who am on got her duties of nurses noted that a nurse is required to lead the official documentation that recorded all the actions carried out during the twenty-four (24) hours. Along with the traditional role, evaluation, identification and recognition of a need, a nurse at the present time there are new tasks. The same apply to continuing education, and scientific research work which has to databased on evidence. The nurses ' knowledge about the legal obligation of keeping nursing documentation is different with regard to the degree and length of service.

**Keywords:** nursing profession, nursing documentation, legal provisions, knowledge.

## 9. LITERATURA

1. Čizmić J. Pravo na pristup podacima u medicinskoj dokumentaciji. Zbornik radova Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci. 2009, 91-134.
2. Pravilnik o sestrinskoj dokumentaciji u zdravstvenim ustanovama. NN 79/11.
3. Anić V. Rječnik hrvatskog jezika. Zagreb: Novi Liber, 2000: 177.
4. *Zakon o sestrinstvu*, Narodne novine 2003; 121: 4517 – 4520
5. Fučkar G. *Proces zdravstvene njege*. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1992.
6. Čukljek S. *Osnove zdravstvene njege*. Zagreb: Zdravstveno veleučilište, 2005.
7. Čukljek S. *Teorija i organizacija u zdravstvenoj njezi - nastavni tekstovi*. Zagreb: Zdravstveno veleučilište, 2008.
8. Petrak J. *Znanstveno istraživački rad u sestrinstvu - Evidencebased care – nastavni tekstovi*. Zagreb: Zdravstveno veleučilište, 2008.
9. Šokota A., Kalauz S. *Lijekovi – oblici i primjena*. Zagreb: Zdravstveno veleučilište. Naklada Slap, 2008.
10. Prlić N. *Zdravstvena njega*. Zagreb: Školska knjiga, 1999.
11. Fučkar G. *Proces zdravstvene njege*. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu. Zagreb, 1992.
12. Vičić H V. Life long learning and academic advancement in nursing. SG/NJ 2013; 18(3):167-168.
13. Collins SA., Cato K., Albers D. i sur. Relationship between nursing documentation and patients' mortality. Am J Crit Care 2013; 22: 306-13.
14. Informatizacija. Preuzeto s: <http://limun.hr/main.aspx?id=32697&Page=> (14.04.2016)
15. Hrvatska udruga medicinskih sestara (ur). *Međunarodna klasifikacija sestrinske prakse*. Zagreb: Med-ekon d.d. i Kikagraf d.o.o., 2003.
16. Hrvatska komora medicinskih sestara. *Sestrinska lista*. Preuzeto s: <http://www.hkms.hr/data/1240836418273malaSestrinskalista613432971.pdf> (15.04.2016)
17. Deželić Đ. *Medicinska informatika*. Zagreb: Hrvatsko društvo za medicinsku informatiku, 1997.

18. Lima AF. de Oliveira Melo T. Nurses' perception regarding the implementation of computer-based clinical nursing documentation. *RevEscEnferm USP* 2012; 46: 175-83.
19. Dowding DW. Turley M. Garrido T. The impact of an electronic health record on nurse sensitive patient outcomes: an interrupted time series analysis. *J Am Med InformAssoc* 2012; 19: 615-20.
20. Kern J. Strnad M. Informatizacija hrvatskog zdravstva. *Acta Med Croatica* 2005; 59: 161-8.
21. Pravila vođenja medicinske dokumentacije. Interni opći akt. Šibenik: OB Šibenik, 2012.
22. Zakon o elektroničkom potpisu. NN 10/02, 80/08.
23. Zakon o elektroničkoj ispravi. NN 150/05.
24. Etički kodeks medicinskih sestara, 2005.

## 10. ŽIVOTOPIS

Rođena u Šibeniku, 07. 05. 1966. godine. Srednju medicinsku školu završila u 1984. godine s odličnim uspjehom.

Višu medicinsku školu i zvanje prvostupnice sestrinstva završila i stekla u Zagrebu 1997. godine.

2012. upisala Diplomski studij sestrinstva na Sveučilištu u Splitu.

U 31 godinu radnog staža radila na odjelu endokrinologije i dijabetesa i na odjelu gastroenterologije na Klinici za pedijatriju u KBC Zagreb, kao i na Odjelu neonatologije. Na stručno usavršavanje za potrebe Jedinice za intenzivno liječenje upućena u KBC Ljubljana. 1998. i 1999. Godine odlukom Ministarstva zdravstva raspoređena u Opću bolnicu Knin preko Kriznog stožera.

2001. godine dobiva posao u Općoj bolnici Šibenik kao odgovorna sestra Odjelu hematologije, endokrinologije, nefrologije i pulmologije. Od 2012. do 2013. godine vrši poslove glavne sestre Službe interne medicine.

Od 2013. godine vodi Onkološko-hematološku dnevnu bolnicu.

Majka dvojice sinova.

# 11. PRILOZI

## Prilog 1. Anketni upitnik

### ANKETNI UPITNIK

Datum intervjua: \_\_\_\_\_

#### A. OPĆI PODATCI:

1. Spol m  ž

2. Dob: \_\_\_\_\_

3. Razina obrazovanja:

srednja škola

viša škola/prvostupnik

diplomski studij

4. Dužina radnog staža:

0-5

5-15

15-25

25-35 i više

1	2	3	4

*B. Molim Vas da odgovorite na pitanja, te na skali za svako pitanje odaberete broj koji Vam najbolje odgovara. Podatke koje nam date koristit će se isključivo za potrebe istraživanja.*

5. Vodite li sestrinsku dokumentaciju po prijemu bolesnika

Nikad

Ponekad

Često

Uvijek

1	2	3	4

**6. Znete li tko izrađuje plan zdravstvene njege**

**Da**

**Ne**

**Ne znam**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
----------	----------	----------

**7. Sestrinska dokumentacija predviđena je za uporabu na bolničkim odjelima**

**Da**

**Ne**

**Ne znam**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
----------	----------	----------

**8. Vođenje sestrinske dokumentacije predviđeno je za pacijente koji borave duže od 24 sata**

**Da**

**Ne**

**Ne znam**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
----------	----------	----------

**9. Znete li da će dobiveni podatci poslužiti za izračun broja medicinskih sestara**

**Da**

**Ne**

**Ne znam**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
----------	----------	----------

**10. Znete li da je sestrinska dokumentacija baza za sestrinska istraživanja**

**Da**

**Ne**

**Ne znam**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
----------	----------	----------

**11. Mislite li da će vođenje sestrinske dokumentacije sestrinski rad učiniti vidljivim**

**Da**

**Ne**

**Ne znam**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
----------	----------	----------

**12. Smatrate li da će Vas vođenje sestriinske dokumentacije zaštititi od tužbi**

**Da**

**Ne**

**Ne znam**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
----------	----------	----------

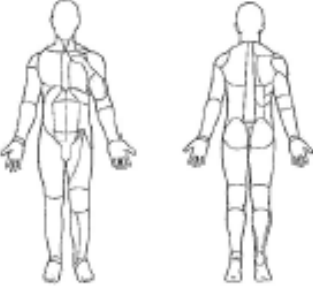
*Hvala Vam što ste svojim odgovorima pomogli u našem istraživanju.*



Prilog 2. Sestrinska anamneza

USTANOVA		SESTRINSKA DOKUMENTACIJA	
Matični broj	Datum i sat prijama	Način prijama Hitni <input type="checkbox"/> Redovni <input type="checkbox"/> Premještaj <input type="checkbox"/>	Odjel
Ime i prezime	Datum rođenja	Adresa i br. telefona	Zanimanje
	Spol M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>		Radni status
Med. dijagnoza		Osoba za kontakt (ime, prezime, adresa, br. telefona)	
		Osiguranje	
Izabrani liječnik	Patronažna sestra - D. Z.	Planirani otpust.....Stvami..... kući <input type="checkbox"/> druga ustanova <input type="checkbox"/> sanitet <input type="checkbox"/> vlastiti prijevoz <input type="checkbox"/>	
Broj hospitalizacije		Obitelj udomitelja-skrbnika	
Alergije DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	LIJEKOVI..... OSTALO.....		
Procjena samostalnosti	1 - samostalan/potrebno pomagalo <input type="checkbox"/>	2 - ovisan u višem stupnju <input type="checkbox"/> 3 - ovisan u visokom stupnju	4 - potpuno ovisan <input type="checkbox"/>
Samozbrinjavanje	higijena - 1, 2, 3, 4 hranjenje - 1, 2, 3, 4	eliminacija - 1, 2, 3, 4 oblačenje - 1, 2, 3, 4	ostalo
Fizičke aktivnosti	hodanje - 1, 2, 3, 4 premještanje - 1, 2, 3, 4	sjedenje - 1, 2, 3, 4 stajanje - 1, 2, 3, 4	okretanje - 1, 2, 3, 4 ostalo
Oprema i pomagala	štake <input type="checkbox"/> štap <input type="checkbox"/> hodalica <input type="checkbox"/> kolica <input type="checkbox"/> proteza <input type="checkbox"/> trapéz <input type="checkbox"/>	ostala pomagala i osobitosti	
Podnošenje napora	DA <input type="checkbox"/> osobitosti NE <input type="checkbox"/>		
Prehrana	Dijeta	oralna prehrana <input type="checkbox"/> parenteralna prehrana <input type="checkbox"/> sonda <input type="checkbox"/> stoma <input type="checkbox"/> ostalo.....	
Apetit	normalan <input type="checkbox"/> povećan <input type="checkbox"/> smanjen <input type="checkbox"/> mučnina <input type="checkbox"/> povraćanje <input type="checkbox"/> uzrok.....	Žvakanje bez teškoća <input type="checkbox"/> teško <input type="checkbox"/> uzrok.....	
Gutanje	bez teškoća <input type="checkbox"/> otežano <input type="checkbox"/> teško <input type="checkbox"/> ostalo..... uzrok.....	Zubna proteza DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> osobitosti.....	
Sluznica	normalna <input type="checkbox"/> suha <input type="checkbox"/> naslage <input type="checkbox"/> oštećena <input type="checkbox"/>	Osobitosti i opis	
Eliminacija Eliminacija stolice	Zadnja defekacija	inkontinencija <input type="checkbox"/> proljev <input type="checkbox"/> opstipacija <input type="checkbox"/> ileostoma <input type="checkbox"/> kolostoma <input type="checkbox"/> rektalno pražnjenje <input type="checkbox"/> ostalo.....	
Eliminacija urina	normalna <input type="checkbox"/> inkontinencija <input type="checkbox"/> vrsta inkontinencije..... urin. kateter <input type="checkbox"/> zadnja promjena.....urostoma <input type="checkbox"/>	osobitosti	
Znojenje	normalno <input type="checkbox"/> smanjeno <input type="checkbox"/> povećano <input type="checkbox"/>	Drenaža	
Iskašljavanje DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	bez teškoća <input type="checkbox"/> otežano <input type="checkbox"/> sluz <input type="checkbox"/> gnoj <input type="checkbox"/> krv <input type="checkbox"/>	osobitosti	Kašalj DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> osobitosti.....
Perceptivne sposobnosti	Vid dobar <input type="checkbox"/> oštećen <input type="checkbox"/> slijep <input type="checkbox"/>	Naočale <input type="checkbox"/> leće <input type="checkbox"/> Očna proteza <input type="checkbox"/>	osobitosti
Sluh	dobar <input type="checkbox"/> oštećen <input type="checkbox"/> gluh <input type="checkbox"/> ostalo.....	Slušni aparat DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Drugo	osobitosti
Bol	DA <input type="checkbox"/> opis bola (lokalizacija, jačina, vrsta.....) NE <input type="checkbox"/>		
Govor	bez teškoća <input type="checkbox"/> afazija <input type="checkbox"/> ostalo		
Spavanje	Nesanica DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> osobitosti spavanja..... Hodanje u snu DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>		

### Prilog 3. Sestrinske dijagnoze i osobitosti o pacijentu

Svijest	očuvana <input type="checkbox"/> somnolencija <input type="checkbox"/> sopor <input type="checkbox"/> stupor <input type="checkbox"/> koma <input type="checkbox"/> ostalo.....	Procjena na Glasgow koma skali.....	
	iluzije <input type="checkbox"/> halucinacije <input type="checkbox"/> konfuzija <input type="checkbox"/> ostali poremećaji svijesti.....		
Seksualnost	Prva menstruacija..... Zadnja menstruacija.....	Osobitosti vezane uz spolnost	
Aktivnosti koje utječu na zdravlje	Pušenje DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> kom/dan...../god.....	Alkohol DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> količina/dan...../god.....	droge..... ostalo.....
Prilivačanje zdravstvenog stanja	neprihvatanje <input type="checkbox"/> prilagodivanje <input type="checkbox"/> prihvaćanje <input type="checkbox"/> ostali oblici ponašanja.....		
Vjerska uvjerenja	ograničenja..... potrebe.....	Samopercipija sigurnost, strah...	
Doživljava ne hospitalizacije			
<b>FIZIKALNI PREGLED</b> pregledavanje		visina..... težina.....ITM.....	Promjena tjelesne težine
Puls/min	Temperatura i način mjerenja	Krvni tlak: D.R..... L.R.....	
Disanje i osobitosti			
Koža - izgled i promjene		Glava i vrat	
Braden skala - bodovi			Legenda: D=Dekubitus E=Edemi H=Hematom R=Oštećenja tkiva
Toraks			
Abdomen			
Gornji ekstremiteti			Kateteri
Donji ekstremiteti			CVK-mjesto:..... Dat. uvođenja:..... Tko je uveo:
Terapija koju uzima:			
Znanje o:	stečeno <input type="checkbox"/> nije stečeno <input type="checkbox"/> djelomično stečeno <input type="checkbox"/>	Rizik za: pad <input type="checkbox"/> povrede <input type="checkbox"/> infekciju <input type="checkbox"/> ostalo.....	I.V. kanila: mjesto..... izgled.....
bolesti			
terapiji	stečeno <input type="checkbox"/> nije stečeno <input type="checkbox"/> djelomično stečeno <input type="checkbox"/>	Elektrostimulator: DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Nazogastrična sonda: DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
načinu života	stečeno <input type="checkbox"/> nije stečeno <input type="checkbox"/> djelomično stečeno <input type="checkbox"/>		Tabus
Sestrinske dijagnoze			
Osobitosti o pacijentu:			
			Potpis med. sestre, broj registra

Legenda: 1-samostalno/potrebno pomagalo, 2-ovisan u višem stupnju=treba pomoć druge osobe, 3-ovisan u visokom stupnju=treba pomagalo i pomoć druge osobe, 4-potpuno ovisan

**Prilog 4. Praćenje stanja pacijenta tijekom hospitalizacije i trajno praćenje postupaka**

**SAŽETAK PRAĆENJA STANJA PACIJENTA TIJEKOM HOSPITALIZACIJE**

DATUM	HIGIJENA	HRANJENJE	ELIMINACIJA	OBLAČENJE	HODANJE	PREMJESTANJE	SJEDANJE	STAJANJE	OKRETANJE	PREHRANA -DIJETA	PODNOŠENJE NAPORA	BOL	GLASGOW KOMA/TRAUMA SKOR SKALA	BRADEN SKALA	RIZIK ZA PAD	KATEGORIZACIJA
1. dan																
UPISATI STUPNJEVE I BROJEVE																

**SAŽETAK TRAJNOG PRAĆENJA POSTUPAKA**

DATUM	I.V. KANILA	URINARNI KATETER	CENTRALNI VENSKI KATETER	DRENAŽA	STOMA	OSTALO

Upisati: datum postavljanja, mjesto postavljanja, izgled mjesta insercije (promjene), uzimanje mikrobioloških uzoraka; uz svaku bilješku obavezan je potpis med. sestre.

**Prilog 5. Medicinsko-tehnički i dijagnostički postupci**

<b>MEDICINSKO - TEHNIČKI I DIJAGNOSTIČKI POSTUPCI</b>							
<b>Datum ordin.</b>	<b>Postupci</b>	<b>Plan. datum</b>	<b>Datum izvrš.</b>	<b>Potpis M.B.</b>	<b>Primjedbe</b>	<b>Datum</b>	<b>Potpis M.B.</b>

**Prilog 6.** Trajno praćenje stanja pacijenta (decursus)

USTANOVA		TRAJNO PRAĆENJE STANJA PACIJENTA (DECURSUS)		
DATUM/SAT	IME I PREZIME:	MATIČNI BROJ:	ODJEL:	POTPIS M.S.

## Prilog 7. Plan zdravstvene njege

USTANOVA		PLAN ZDRAVSTVENE NJEGE	
Ime i prezime:	Datum odvijanja:	Objekt:	Medicinski broj:
Sestričina odjega po prioritetu:		Objekat po prioritetu:	
DATUM	SESTRINSKI POSTUPCI	EVALUACIJA	

Potpis VMS, broj registracije:

**Prilog 8.** Lista provedenih sestrinskih postupaka

**LISTA PROVEDENIH SESTRINSKIH POSTUPAKA**

Ime i prezime: \_\_\_\_\_ Matični broj: \_\_\_\_\_ Odjel: \_\_\_\_\_

Datum	Sat	Postupci	Potpis M.S.	Datum	Sat	Postupci	Potpis M.S.

**Prilog 9. Otpusno pismo zdravstvene njege**

<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 5px; margin-right: 20px;">USTANOVA</div> <h2 style="margin: 0;">OTPUSNO PISMO ZDRAVSTVENE NJEGE</h2>			
Pacijent	Datum rođenja	Adresa Tel:	Grad/jezičko područje
Zakonski odrađan skrbnik	Srodnost	Adresa skrbnika Tel:	
Datum prijama	Vrijeme otpusta (datum, sat)	Klinika/Odjel	
Medicinska dijagnoza kod otpusta			Izabrani obiteljski liječnik Šifra:
<b>SOCIJALNI STATUS</b>			
Živi sam DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Socijalna pomoć	Tko mu može pružiti pomoć po otpustu iz bolnice	U sobi su do prijama u bolnici bili uključeni
Živi sa:	Koristi socijalnu pomoć <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Suprug-a <input type="checkbox"/> Roditelj <input type="checkbox"/> Dijete <input type="checkbox"/> Brać/sestre <input type="checkbox"/> Prijatelj <input type="checkbox"/> Susjed-a <input type="checkbox"/> Nitko	<input type="checkbox"/> Članovi obitelji <input type="checkbox"/> Zdravstvena njega u kući..... <input type="checkbox"/> Neprofitna organizacija <input type="checkbox"/> Dostava hrane iz..... <input type="checkbox"/> Zdravstvena njega koju sam plaćam <input type="checkbox"/> Kućna pomoćnica <input type="checkbox"/> Nitko, nije trebalo
U kojem segmentu njega, značajne osobe ne mogu pomoći: <input type="checkbox"/> Kod specifičnih postupaka (stoma, nazogastrična sonda, peritonealna dijaliza...)..... <input type="checkbox"/> U opskrbi nje..... <input type="checkbox"/> Kod prevencije komplikacija dugotrajnog ležanja <input type="checkbox"/> Kod osobe higijene inkontinencijnog pacijenta <input type="checkbox"/> Kod kupanja, tuširanja <input type="checkbox"/> Drugo:			
<b>PROVEDENA ZDRAVSTVENA NJEGA U BOLNICI/POSTUPCI</b>			
Koliko je pacijent informisan i edukiran u bolnici o svom novonastalom zdravstvenom stanju Informisan:                      Edukiran: <input type="checkbox"/> Potpuno <input type="checkbox"/> Potpuno <input type="checkbox"/> Djelomično <input type="checkbox"/> Djelomično <input type="checkbox"/> Nikako <input type="checkbox"/> Nikako <input type="checkbox"/> Značajne osobe P <input type="checkbox"/> Značajne osobe P Pacijentu date pisane upute o:		Nakon novonastalog zdravstvenog stanja, po otpustu iz bolnice, što pacijent zna i može uraditi sam u procesu samozbrinjavanja	
<b>UTVRĐIVANJE POTREBA ZA KONTINUIRANOM ZDRAVSTVENOM NJEGOM U KUĆI</b>			
<input type="checkbox"/> Pacijent treba, po otpustu iz bolnice, zdravstvenu njegu u kući <input type="checkbox"/> Informacije patronažnoj MS <input type="checkbox"/> Informacije MS druge klinike/odjela ili stacionarne ustanove		Vremensko razdoblje - nužnost prvih postupaka ZNJ u kući <input type="checkbox"/> Vrlo HITNO-na dan otpusta <input type="checkbox"/> Treći dan po otpustu <input type="checkbox"/> HITNO-prvi dan po otpustu <input type="checkbox"/> Tjedan dana po otpustu <input type="checkbox"/> Drugi dan po otpustu	
<b>Fizičko stanje</b>	<b>Mentalno stanje</b>	<b>Aktivnost</b>	<b>Pokretljivost</b>
<input type="checkbox"/> Dobro <input type="checkbox"/> Srednje <input type="checkbox"/> Slabo <input type="checkbox"/> Vrlo loše	<input type="checkbox"/> Pri svijesti <input type="checkbox"/> Apatičan, pasivan <input type="checkbox"/> Konfuzan <input type="checkbox"/> Stuporozan	<input type="checkbox"/> Pokretan <input type="checkbox"/> Hoda uz pomoć <input type="checkbox"/> Visan na kolica <input type="checkbox"/> Visan na krevet	<input type="checkbox"/> Puna <input type="checkbox"/> Ograničena <input type="checkbox"/> Vrlo ograničena <input type="checkbox"/> Nepokretan
		<b>Inkontinencija</b>	<b>Prijehana</b>
		<input type="checkbox"/> Nije <input type="checkbox"/> Povremeno <input type="checkbox"/> Uvri <input type="checkbox"/> Kompletno	<input type="checkbox"/> Dobro <input type="checkbox"/> Srednje <input type="checkbox"/> Slabo <input type="checkbox"/> Ne jede
<b>Dehidrata</b> DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	<b>Druga rana</b> DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>		<b>Socijalne potrebe</b>
Lokalizacija: Stupanj: Veličina: Selekcija: Procjena rizika po Braden skali:	Tip rane: Lokalizacija: Veličina: Starost rane: Selekcija: Kratak opis:		<input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Kaniła <input type="checkbox"/> Nazogastrična sonda <input type="checkbox"/> Peritonealna dijaliza <input type="checkbox"/> Koricična hemodijaliza <input type="checkbox"/> Trajna epiduralna analgezija <input type="checkbox"/> Urinarni kateter <input type="checkbox"/> CVK <input type="checkbox"/> Drugo



**SESTRINSKE DIJAGNOZE PRI OTPUSTU IZ BOLNICE**

Opis pacijentovih problema, uzroka, simptoma

Kategorija pacijenta

I.	II.	III.	IV.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PREPORUKE ZDRAVSTVENE NJEGE**

Preporučeni plan postupaka u ZNJK/koiko puta u tjednu

**POTREBNI MATERIJALI/POMAGALA ZA ZDRAVSTVENU NJEGU**

- Prevoj, toaleta rane
- Inkontinencija
- Retencija urina
- Kizma
- Njega stome
- Njega kanile
- Hranjenje na sondu
- Toaleta CVK
- Hranjenje na sondu
- Drugo:

Opis preporučenog materijala/opreme

**POTREBNA TERAPIJA/LIJEKOVI KOD KUĆE**

Popis propisanih lijekova, dnevna doza, način uzimanja

Mogućnost uzimanja/primjene lijekova

- Pacijent može sam redovito uzimati lijekove
- Potrebna kontrola kod uzimanja lijekova
- Pacijentu treba druga osoba davati lijekove
- Potrebna primjena parenteralne terapije

**DRUGI ZDRAVSTVENI RADNICI KOJI SU, UZ LIJEČNIKA, UKLJUČENI U LJEČENJE U BOLNICI**

- Fizioterapeut
- Dijetalničar
- Psiholog
- Logoped
- Drugi:

Daljnji tretman

 DA NE

Kada: .....

Kome: .....

**PACIJENTOVO DOŽIVLJAVANJE OTPUSTA (i njegovih značajnih osoba)**

Datum: .....

Potpis VMS odjela: .....

Telefon: .....

**Prilog 10.** Praćenje stanja pacijenta tijekom hospitalizacije i trajno praćenje postupaka za pacijenta koji je duže vrijeme u bolnici

IME I PREZIME:	MATIČNI BROJ:	ODJEL:
----------------	---------------	--------

Prilog  
3a

**SAŽETAK PRAĆENJA STANJA PACIJENTA TIJEKOM HOSPITALIZACIJE**

DATUM	HIGIJENA	HIRANJENJE	ELIMINACIJA	OBLAČENJE	HODANJE	PREMJESANJE	SJEDANJE	STAJANJE	OKRETANJE	PREHRANA -DIJETA	PODNOŠENJE NAPORA	BOL	GLASGOW KOMA/TRAUMA SKOR SKALA	BRADEN SKALA	RIZIK ZA PAD	KATEGORIZACIJA

UPISATI STUPNJEVE I BROJEVE

**SAŽETAK TRAJNOG PRAĆENJA POSTUPAKA**

DATUM	I.V. KANILA	URINARNI KATETER	CENTRALNI VENSKI KATETER	DRENAŽA	STOMA	OSTALO

Upisati: datum postavljanja, mjesto postavljanja, izgled mjesta insercije (promjene), uzimanje mikrobioloških uzoraka; uz svaku bilješku obazan je potpis med. sestre.

**Prilog 11.** Evidencija ordinirane i primijenjene terapije

**EVIDENCIJA ORDINIRANE I PRIMIJENJENE TERAPIJE**

USTANOVA

IME I PREZIME ..... MATIČNI BROJ ..... ODJEL .....

Datum	Lijek - doza - način davanja - učestalost davanja	Ordinirao	Sat	Potpis M.S.	Sat	Potpis M.S.	Sat	Potpis M.S.	Sat	Potpis M.S.	Sat	Potpis M.S.	Sat	Potpis M.S.

**Prilog 12.** Unos i izlučivanje tekućine

**UNOS I IZLUČIVANJE TEKUĆINA**

Ime i prezime: ..... Matični broj: ..... Odjel: .....

Datum	Sat	UNOS (u ml)				IZLUČIVANJE (u ml)					
		Peroralno	Intravenozno	Potpis M.S.	UKUPNO	Urin	Stolica	Drenaža	Ostalo <sup>*)</sup>	Potpis M.S.	UKUPNO

<sup>\*)</sup> znojenje, povraćanje, vrućenje...


Prilog 13. Procjena bola

**PROCJENA BOLA**

Ime i prezime:				Odjel:				Matični broj:											
<b>LEGENDA</b>																			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10									
bez bola	podnošljiva bol			jaka bol			vrlo jaka bol			nepodnošljiva bol									
Početak bola: .....																			
Datum:		Sat:		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lokacija:				
<b>Opis bola:</b>				<b>Vrijeme javljanja:</b>				<b>Reakcija na bol:</b>				<b>Trajanje bola:</b>							
<input type="checkbox"/> oštra bol		<input type="checkbox"/> na pritisak		<input type="checkbox"/> neočekivano		<input type="checkbox"/> mirovanje		<input type="checkbox"/> akutno		<input type="checkbox"/> žareća bol		<input type="checkbox"/> na lupkanje		<input type="checkbox"/> u mirovanju		<input type="checkbox"/> plakanje		<input type="checkbox"/> kronično	
<input type="checkbox"/> pulsirajuća bol		<input type="checkbox"/> na dodir		<input type="checkbox"/> u kretanju		<input type="checkbox"/> bljedilo kože		<input type="checkbox"/> učestalost		<input type="checkbox"/> grčevita bol - kolike		<input type="checkbox"/> spontano		<input type="checkbox"/> kratko poslije jela		<input type="checkbox"/> znojenje		<input type="checkbox"/> kontinuirano	
<input type="checkbox"/> sijevajuća bol		<input type="checkbox"/> .....		<input type="checkbox"/> danju		<input type="checkbox"/> mučnina/povraćanje		<input type="checkbox"/> često		<input type="checkbox"/> šetajuća bol		<input type="checkbox"/> .....		<input type="checkbox"/> noću		<input type="checkbox"/> širenje zjenica		<input type="checkbox"/> povremeno	
<input type="checkbox"/> .....		<input type="checkbox"/> .....		<input type="checkbox"/> .....		<input type="checkbox"/> .....		<input type="checkbox"/> .....		<input type="checkbox"/> .....		<input type="checkbox"/> .....		<input type="checkbox"/> .....		<input type="checkbox"/> .....		<input type="checkbox"/> .....	
<b>Postupci sestre:</b>																			
Primjena analgetika:				Ostali postupci:				Evaluacija:											
												Potpis med. sestre:							
Datum:		Sat:		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lokacija				
Primjena analgetika:				Ostali postupci:				Evaluacija:											
												Potpis med. sestre:							
Datum:		Sat:		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lokacija				
Primjena analgetika:				Ostali postupci:				Evaluacija:											
												Potpis med. sestre:							
Datum:		Sat:		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lokacija				
Primjena analgetika:				Ostali postupci:				Evaluacija:											
												Potpis med. sestre:							
Datum:		Sat:		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lokacija				
Primjena analgetika:				Ostali postupci:				Evaluacija:											
												Potpis med. sestre:							

Prilog 14. Lista za praćenje dekubitusa

LISTA ZA PRAĆENJE DEKUBITUSA

IME I PREZIME:		DOB:		MB:		OG/EL:																											
DATUM:																																	
 <p>Opis rane<sup>1)</sup> I<sup>o</sup>, II<sup>o</sup>, III<sup>o</sup>, IV<sup>o</sup>, N, INF, K</p>	Sac	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
	Leđa																																
	L. b. ok																																
	D. bok																																
VELIČINA RANE (širina, dubina, dužina)																																	
ORODNO TKIVO (mekotkivo, u pijesni)																																	
REBROV RANE (crvenilo, čipovi, granulacija)																																	
INDIČNA SEKRECIJE (mleč, smek(a), jelo)																																	
POSTUPAK S RANOM																																	
ANTIDEBITALNA POMOĆ																																	
UČESTALOST PRUŽENJA																																	
BRADEN SKALA																																	
EVALUACIJA																																	
POTPIS MEDICINSKE SESTRICE																																	

<sup>1)</sup> I<sup>o</sup> - CRVENILO - ne povlači se; II<sup>o</sup> - OŠTEĆENJE EPIDERMA; III<sup>o</sup> - OŠTEĆENJE POTKOŽNOG TKIVA; IV<sup>o</sup> - ZAHVAĆEN MEĐIĆ (kost, mišić);  
N - NEKROZA; INF - POSTOJI INFEKCIJA; B - INTAKTNI MEHUR ISPUNJEN TEKUĆOM (BULA); E - ESKARA

## Prilog 15. Nadzorna lista rizičnih postupaka u zdravstvenoj njezi

### 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.

**Prilog 16.** Izvješće o incidentu

USTANOVA

**IZVJEŠĆE O INCIDENTU  
(SPRIJEČENOM ILI NASTALOM)**

Ime i prezime	Matični broj	Odjel
Datum izvješća	Datum incidenta	Vrijeme incidenta
<b>MJESTO INCIDENTA:</b>		
Opis incidenta (spriječenog ili nastalog):	<input type="checkbox"/> bolnička soba <input type="checkbox"/> kupaonica <input type="checkbox"/> hodnik <input type="checkbox"/> operacijska soba <input type="checkbox"/> drugo mjesto:	
	Uzrok incidenta:	<b>Vrsta incidenta:</b> <input type="checkbox"/> pad <input type="checkbox"/> terapija <input type="checkbox"/> opekotina <input type="checkbox"/> drugo:
Izvješće medicinske sestre		
Izvješće bolesnika		
Izvješće 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 .....