

Sestrinska dokumentacija - prednosti i nedostaci

Spetič, Leona Sara

Undergraduate thesis / Završni rad

2019

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:176:280841>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-26**



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

Leona Sara Spetič

**SESTRINSKA DOKUMENTACIJA – PREDNOSTI I
NEDOSTATCI**

Završni rad

Split, 2019.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVO

Leona Sara Spetič

**SESTRINSKA DOKUMENTACIJA – PREDNOSTI I
NEDOSTATCI**

**NURSING DOCUMENTATION – ADVANTAGE AND
DISADVANTAGES**

Završni rad / Bachelor's Thesis

Mentor:

Ante Buljubašić, mag. med. techn.

Split, 2019.

ZAHVALA

Zahvaljujem svima bez kojih ovo školovanje i izrada rada ne bi bila moguća. Veliko hvala mojim roditeljima koji su mi bili podrška tijekom cijelog školovanja i što su vjerovali u mene i moj uspjeh kada i sama nisam. Oni su moja snaga. Hvala im na strpljenju i ljubavi.

Sadržaj

1. UVOD	1
1.1. Sestrinstvo.....	1
1.2. Sestrinska dokumentacija	2
1.3. Povijesni prikaz primjene sestrinske dokumentacije	6
1.4. Budućnost - Elektronički zapis sestrinske dokumentacije.....	6
1.5. Sestrinska dokumentacija danas	8
2. CILJ.....	15
3. RASPRAVA	16
3.1. Važnost primjene sestrinske dokumentacije.....	16
3.2. Pogreške pri primjeni sestrinske dokumentacije	16
3.3. Analiza sestrinske dokumentacije po obrascima	17
3.3.1. Obrazac 1 – Sestrinska lista	17
3.3.2. Obrazac 2 – Sestrinska lista.....	18
3.3.3. Obrazac 3 (3a) – Sažetak praćenja stanja pacijenta tijekom hospitalizacije i sažetak trajnog praćenja postupaka	19
3.3.4. Obrazac 4 – Medicinsko – tehnički i dijagnostički postupci	20
3.3.5. Obrazac 5 – Trajno praćenje stanja pacijenta (Decursus)	21
3.3.6. Obrazac 6 – Plan zdravstvene njege.....	22
3.3.7. Obrazac 6a – Lista provedenih sestrinskih postupaka	23
3.3.8. Obrazac 13 – Otpusno pismo zdravstvene njege	23
3.3.9. Obrazac 7 – Evidencija ordinirane i primijenjene terapije.....	25
3.3.10. Obrazac 8 – Unos i izlučivanje tekućina.....	26
3.3.11. Obrazac 9 – Procjena bola.....	27
3.3.12. Obrazac 10 – Lista za praćenje dekubitusa	27
3.3.13. Obrazac 11 – Nadzorna lista rizičnih postupaka u zdravstvenoj njezi.....	28
3.3.14. Obrazac 12 - Izvješće o incidentu	29
4. ZAKLJUČAK	31
5. SAŽETAK.....	32
6. SUMARRY	33
7. LITERATURA.....	34

8. ŽIVOTOPIS	36
--------------------	----

1. UVOD

1.1. Sestrinstvo

Definiranje sestrinstva nije jednostavno, tim više što danas u svijetu ne postoji jedna općeprihvaćena definicija sestrinstva, već čitav niz različitih definicija i teorija od strane različitih autora i organizacija. Sestrinstvo je profesija, danas prikazana kao 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). Sestrinstvo, primjenjiva zdravstvena disciplina koja procjenjuje pojedinca (zdravog ili bolesnog), obitelj i zajednicu kroz holistički pristup, u povijesno-teorijskoj srži sadrži načelo „pomaganja“ ili „pomoći“. Ono što povezuje sve postojeće definicije sestrinstva je sintagma zdravstvena njega.

Prvo objašnjenje zdravlja i zdravstvene njega dala je Florence Nightingale koja je zdravlje definirala kao „sposobnost iskorištavanja svih potencijala kojima čovjek raspolaze, a ne jednostavno stanje suprotno bolesti.“ Navodi kako je zdravlje pod utjecajem okoline koja može pozitivno i negativno utjecati na zdravstveno stanje zdravih i bolesnih. U skladu s tim, 1859. godine zdravstvenu njegu definira kao „stvaranje najpovoljnijih uvjeta za odvijanje prirodnih procesa (očuvanja zdravlja ili ozdravljenja).“ Prema modelu F. Nightingale zdravstvena njega obuhvaća 3 elementa, a to su: pacijent, zdravlje i okolina. Pritom, govoreći o okolini, uz fizikalne činitelje poput vode, hrane i zraka, ističe važnost komunikacije i aktivnosti pacijenta na njegovo zdravstveno stanje (2).

Definicija zdravstvene njega po Virginiji Henderson govori kako je „uloga medicinske sestre pomoć pojedincu, bolesnom ili zdravom, u obavljanju aktivnosti koje doprinose zdravlju ili oporavku (ili mirnoj smrti), a koje bi obavljao samostalno kada bi imao potrebnu snagu, volju i znanje.“ Time je stvorena definicija koja se i danas najčešće koristi u angloameričkoj literaturi te se općenito smatra jednom od klasičnih definicija sestrinstva uopće (3).

American Nurses Association (ANA) kao stručno udruženje medicinskih sestara Sjedinjenih Američkih Država definira zdravstvenu njegu kao „dijagnosticiranje i tretiranje reakcija na aktualni ili potencijalni zdravstveni problem (bolest)“.

ANA 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 (1).

Proces zdravstvene njege je sustavna, logična i racionalna osnova za utvrđivanje i rješavanje pacijentovih problema, a odvija se kroz četiri faze (1). Model procesa zdravstvene njege koji je prihvatila i Hrvatska komora medicinskih sestara (HKMS) je:

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

1.2. Sestrinska dokumentacija

Osnivanjem HKMS 2003. godine i donošenjem „Zakona o sestrinstvu“ uvedena je obaveza dokumentiranja. 2005. godine završena je izrada Sestrinske liste i Kategorizacije pacijenata.

Prema članku 16a navedenog zakona medicinska sestra s temeljnom izobrazbom „vodi sestrinsku dokumentaciju i dokumentaciju zdravstvene/sestrinske njege, izvješćuje članove zdravstvenog tima poštujući tajnost podataka, koristi suvremenu informacijsko- komunikacijsku tehnologiju u pisanom, govornom i električnom obliku“, dok medicinska sestra prvostupnica „utvrđuje potrebe pacijenta za zdravstvenom

njegovom, planira, organizira, provodi i procjenjuje kvalitetu zdravstvene njege, odgovorna je za evidentiranje svih provedenih postupaka i aktivnosti provođenja zdravstvene/sestrinske njege tijekom 24 sata” (4). Zakon o sestrinstvu prema pravilniku o sestrinskoj dokumentaciji u bolničkim ustanovama također definira da je sestrinska dokumentacija skup podataka koji služe kontroli kvalitetne planirane i provedene zdravstvene njege te je sastavni dio medicinske dokumentacije pacijenta.”

Prema Aniću dokumentacija pretpostavlja podupiranje neke tvrdnje dokumentima, dokazivanje pisanim svjedočanstvima (5). Dokumentiranje zdravstvene njege dobilo je poticaj i važnost 1947. godine kada je osnovano Vijeće za zdravstvenu njegu pri International Council of Nurses (ICN).

Sestrinska dokumentacija je skup dokumenata koje medicinska sestra ispunjava ili u koje zapisuje podatke o svojim postupcima tijekom cjelokupnog procesa zdravstvene skrbi za pojedinca te označava vezu između faza procesa zdravstvene njege (2). Ona zapravo odražava proces zdravstvene njege jer opisuje stanje pacijenata u kontinuitetu. Ne samo da je dokumentacija skladište znanja o pacijentu, već je i provjerljiv dokaz koji pokazuje kako se odluke donose i bilježi rezultate tih odluka.

Dokumentacija za medicinske sestre je alat koji pokazuje što medicinska sestra zapravo radi za bolesnike (6). Medicinska sestra mora dokumentirati što vidi ili što im pacijent kaže, a ne pretpostavke koje sestra čini o pacijentovom stanju ili njezi.

Sestrinska dokumentacija je neizostavan dio u svakom koraku prema pacijentovu ozdravljenju. Vođenjem sestrinske dokumentacije medicinska sestra potvrđuje da je u svom radu primijenila znanje, vještine i stavove, primjenom kritičkog mišljenja sukladno standardima sestrinske prakse. Već pri prijemu u bolnicu vrši se prikupljanje i zapisivanje pacijentovih podataka vezanih za zdravstvenu njegu koji su bitni za određivanje sestrinskih dijagnoza po kojima se određuju ciljevi i intervencije koji će se primjenjivati kod pacijenta tijekom hospitalizacije. Medicinska sestra prikuplja podatke: iz primarnog izvora (od samog pacijenta), iz sekundarnog izvora (članovi obitelji, prijatelji, susjedi, suradnici, nastavnici; patronažne sestre, fizioterapeuti, liječnici, socijalni radnici, psiholozi; drugi bolesnici u sobi) i iz tercijarnog izvora (medicinska

dokumentacija), te pomoću njih izrađuje plan zdravstvene njege, sudjeluje u postavljanju prioriteta te sudjeluje s bolesnikom u provođenju zdravstvene njege.

Medicinske sestre su obavezne dokumentirati prije svega zbog zakonske obveze te profesionalne odgovornosti. Dokumentiranje je bitno i zbog (7):

1. pravne zaštite,
2. unapređenja komunikacije,
3. standarda sestrinske prakse,
4. unapređenja kvalitete zdravstvene njege,
5. praćenja troškova u zdravstvu,
6. društvenih promjena.

Sestrinska lista je sastavljena tako da sestre mogu procijeniti pacijentovo stanje i na osnovi toga donijeti određene zaključke, dijagnosticirati problem i odrediti količinu sestrinske skrbi za određenog pacijenta te tako poboljšati kvalitetu zdravstvene njege. Sastavljena je prema Obrascima zdravstvenog funkcioniranja M. Gordon. Obuhvaćene su osnovne ljudske potrebe, koje su djelokrug rada medicinskih sestara, predviđena za upotrebu u svakodnevnoj praksi, na razini medicinska sestra - pacijent, na bolničkim odjelima, za pacijente koji borave na odjelima duže od 24 sata.

Dobiveni podaci se mogu koristiti u istraživačke i edukacijske svrhe, a pacijent na vlastiti zahtjev može dobiti uvid u dokumentaciju.

Ako se zdravstvena njega provodi u skladu s profesionalnim standardima ona osigurava stručnost, kontinuitet, učinkovitost, racionalnost, kvalitetu i primjerenost, kako u stručnom tako i u organizacijskom smislu, s namjerom poštivanja pacijenta kao cjelovite osobe i pomaganja u aktivnostima koje doprinose očuvanju i unapređenju zdravlja ili oporavku od bolesti. Područje zdravstvene njege također uključuje sudjelovanje u dijagnostičko i terapijskim postupcima koje određuje liječnik.

Sestrinska dokumentacija treba biti takva da (1):

- osigurava cjelovit skup podataka o pacijentovim potrebama, ciljevima sestrinske skrbi, intervencijama, postignutom napretku i rezultatima skrbi,
- sadržava kronološki pregled skrbi kao i ostvarenih rezultata,
- osigurava kontinuitet skrbi,
- omogućava sestrama da udovolje sve većim očekivanjima i zahtjevima,
- olakšava komunikaciju među članovima tima,
- služi u obrazovne svrhe,
- pruža pouzdane podatke za medicinsko - pravne analize,
- osigurava pouzdane podatke koji se mogu rabiti u sestrinskim istraživanjima kao doprinos sveukupnom znanju iz sestrinstva.

Dokumentacija se treba ispunjavati na jasan, sažet i nedvosmislen način, gramatički ispravno, pravopisno točno i cjelovitim rečenicama. Dokumentacija treba održavati kontinuitet zdravstvene njege, u njoj treba navesti sve značajne podatke te uz njih staviti datum upisa, vrijeme i potpis medicinske sestre. Važno je precizno dokumentirati sve podatke upućene liječniku, navesti objektivno sve točno, ne upisivati svoja mišljenja i interpretacije, treba biti specifičan i izbjegavati općenite i ne konkretne izjave, izbjegavati skraćenice osim općeprihvaćenih. Izjave pacijenta i obitelji treba citirati. Odmah nakon izvođenja intervencija dokumentirati provedeno.

Sve važne podatke osobno dokumentirati, ne smijemo dozvoliti da netko drugi upisuje podatke koje smo mi prikupili. Svaka sestrinska lista mora sadržavati ime i prezime pacijenta, godinu rođenja i matični broj. Pravilno označiti pogrešku (potpisati se kraj označene pogreške) i poštivati povjerljivost podataka.

U dokumentiranju je zabranjeno mijenjati zabilješke nakon otpusta pacijenta. Ne smiju se upisivati intervencije koje nismo sami proveli i podatke koje je netko drugi prikupio. Dokumentaciju je zabranjeno uništiti i zagubiti, također nije dozvoljeno koristiti sestrinsku dokumentaciju da bi kritizirali druge (rad osoblja, karakteristike pacijenta npr. navoditi da je pacijent dosadan, nesnošljiv, svadljiv problematičan). Ne smiju se ostavljati prazna mjesta u dokumentaciji, ako negdje nema podataka stavlja se kosa crta („/”).

1.3. Povijesni prikaz primjene sestrinske dokumentacije

Povijest dokumentiranja seže daleko u povijest, od Egipta gdje je pisano na papirusu hijeroglifima o povijesti Egipta, kirurškoj problematici te sestrinskim intervencijama do indijskih zapisa koji sadržavaju osobine sestara i vještine koje treba izvoditi (1). Ipak, podaci poput kupanja, pranja, redovitog hranjenja nisu se smatrale osobito važnima kao sastavnice liječenja, stoga nisu ni dokumentirane. No, dolaskom Florence Nightingale ti podaci su postali od iznimne važnosti. Tijekom Krimskog rata Nightingale je podatke prikupljene tijekom dana zapisivala tijekom noći te je inzistirala na tjednom izvješću iz kojeg je planirala i organizirala rad medicinskih sestara. Pam Brown naglašava kako Nightingelini „Zapisi o radu medicinskih sestara: Što bi se trebalo, a što se ne bi trebalo činiti” predstavljaju revolucionarno djelo, u smislu doprinosa prosperitetu sestrinstva kao profesije (8).

1947. osnovano je vijeće za zdravstvenu njegu, a 1958. odjel za sestrinstvo pri glavnom stožeru ICN, njihove aktivnosti su između ostalog bile usmjerene na vođenje posebne dokumentacije o izučavanju raznih vidova zdravstvene njege (9).

U svojoj knjizi „Osnovna načela zdravstvene njege” Virginia Henderson ističe da jednostavna aktivnost poput hranjenja za pacijenta može biti vrlo složene, također ističe da pisani plan prisiljava osobu koju ga sastavlja da razmišlja o potrebama pacijenta. Time je stavljala na naglasak bilježenje svih podataka tijekom 24 sata, modifikaciju planiranih intervencija te kontinuiranu evaluaciju uz holistički pristup pacijentu.

1.4. Budućnost - Elektronički zapis sestrinske dokumentacije

Potreba za povezanošću svih hijerarhijskih struktura i ostalih profesija prioritet je za implementaciju sestrinske dokumentacije u centralizirani informacijski sustav. Napredak informacijsko – komunikacijske tehnologije (ICN-a) otvara brojne mogućnosti, ali i produbljenje postojeće prepreke u primjeni sestrinske dokumentacije.

Posljednjih godina se ističe potreba za centralnim informacijskim sustavom, koji će objediniti sve strukture zdravstva. Tako se ističe potreba i elektroničkog programa za sestrinskom dokumentacijom. Usvajanjem novih znanja i vještina medicinske sestre unaprjeđuju svoj rad i doprinose poboljšanju zdravstvene njege, a jedan od izazova današnjice je i razvijanje vještina u informatičkom području. Takvim načinom postupak dokumentiranja je postao brži i jednostavniji, a više vremena ostaje za rad sa samim pacijentom. Također je moguć brzi uvid u stanje na odjelu i na klinici glede potreba za zdravstvenom njegom zahvaljujući programu koji automatski, prema unesenim podacima, izračunava kategorizaciju pacijenta, odnosno potrebnu količinu zdravstvene njege. Prema tome se organizira i raspodjela medicinskih sestara na organizacijskim jedinicama. Popunjavanje svih podataka osim planova zdravstvene njege i sestrinskog otpusnog pisma obavljaju medicinske sestre uključene u njegu pacijenta na organizacijskoj jedinici. Planove zdravstvene njege u skladu s utvrđenim potrebama za zdravstvenom njegom i sestrinsko otpusno pismo sastavljaju glavne sestre odnosno prvostupnice sestrinstva pojedinih odjela i zavoda te voditeljice timova zdravstvene njege(10).

Prednosti informatičkog programa su (10):

- brži i jednostavniji unos podataka u odnosu na papirnati zapis,
- upisani podatak je jasan i nedvosmislen,
- primopredaja službe je jasnija, konkretnija i sadržajnija,
- mogućnost identifikacije autora zapisa,
- jednostavniji uvid u provedenu zdravstvenu njegu,
- automatsko izračunavanje kategorije (brzi uvid u potrebnu količinu zdravstvene njege),
- bolja organizacija rada, mobilnost medicinskih sestara.

Nadalje, elektronski zapis olakšava protok, spremanje i pristup informacijama, omogućava donosiocima odluke da u potpunosti koriste dostupne informacije za planiranje, provođenje i evaluaciju, primjereno i pravovremeno pronalaženje ranije pohranjenih podataka utječe na uspješnost upravljanja u sestrinstvu, mjeri količinu rada na računala za svaku medicinsku sestru te omogućava uvid u vrijeme unosa podataka i vidljiv potpis medicinske sestre.

Prepreke ovakvog načina vođenja dokumentacije su (11):

- nedostatak znanja i vještina informatičkog programa,
- nedostatan broj računala,
- sporost računalnog procesa,
- gubitak momentalno ubačenih podataka,
- „pad sustava”.

1.5. Sestrinska dokumentacija danas

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

Sestrinska dokumentacija koja je trenutno u upotrebi sadržava trinaest obrazaca i to obavezni dio koji se obavezno koristi za svakog pacijenta i dodatni dio koji se koriste po potrebi ovisnom o stanju pacijenta.

Obavezni dio sestrinske dokumentacije koji moraju biti ispunjeni kod svakog pacijenta su sljedeći obrasci (12):

- obrazac 1. – Sestrinska anamneza,
- obrazac 2. – Sestrinska anamneza – drugi dio,
- obrazac 3. – Sažetak praćenja stanja pacijenta tijekom hospitalizacije i sažetak trajnog praćenja postupaka,
- obrazac 4. – Medicinsko - tehnički i dijagnostički postupci,
- obrazac 5. – Trajno praćenje stanja pacijenta (decursus),
- obrazac 6. – Plan zdravstvene njege,
- obrazac 6.a – Lista provedenih sestrinskih postupaka,
- obrazac 13. – Otpusno pismo zdravstvene njege.

Po potrebi odnosno ovisno o stanju pacijenta koriste se sljedeći obrasci (12):

- obrazac 3.a – Praćenje stanja pacijenta tijekom hospitalizacije i trajno praćenje postupaka za pacijenta koji je duže vrijeme u bolnici,
- obrazac 7. – Evidencija ordinirane i primijenjene terapije,
- obrazac 8. – Unos i izlučivanje tekućine,
- obrazac 9. – Procjena bola,
- obrazac 10. – Lista za praćenje dekubitusa,
- obrazac 11. – Nadzorna lista rizičnih postupaka u zdravstvenoj njezi,
- obrazac 12. – Izvješće o incidentu.

Osnivanjem komore, u sestrišnu dokumentaciju su se uvela i pomagala odnosno skale za procjenu stanja pacijenta (12):

- Braden skala za procjenu dekubitusa,
- Glasgow koma skala,
- Trauma score,
- Morseova ljestvica,
- Kategorizacija pacijenta.

Braden skala za procjenu rizika od nastanka dekubitusa, boduje se od 6 do 23 (6 označava vrlo visok rizik za nastanak dok 23 označava da nema rizika za nastanak dekubitusa). Sadrži 6 parametara: senzorna percepcija, vlažnost, aktivnost, pokretljivost, prehrana, trenje i razvlačenje. Osim Braden skale koje se službeno koristi u upotrebi, postoje i Knoll skala i Norton skala za procjenu dekubitusa (12).

Glasgow koma skala koristi se u svrhu procjene svijesti na osnovi otvaranja očiju, te verbalne i motorne reakcije. Mogući raspon bodova je od 3-15, a pri tom veći broj bodova ukazuje na veću razinu svijesti, manje od 8 bodova ukazuje na tešku ozljedu mozga (12).

Trauma score ljestvicu opisali su Champion i suradnici. Procjena uključuje brzinu disanja, respiracijsku ekspanziju, sistolički krvni tlak, kapilarno punjenje te se dodaje 1/3 dobivene vrijednosti na Glasgow koma skali (12).

Morseova ljestvica za procjenu rizika za pad sadrži raspon bodova od 0 do 125. 0 označava nizak rizik dok 45 i više visoki rizik za pad. Čimbenici su prethodni padovi, druge medicinske dijagnoze, prisutnost infuzije, pomagala pri kretanju, stav/premještanje, mentalni status (12).

Kategorizacijom, pacijenti se razvrstavaju u četiri kategorije ovisno o potrebnoj pomoći za zadovoljenje osnovnih ljudskih potreba, te ovisno o dijagnostičkim i terapijskim postupcima koji se kod pacijenta provode o tome ovisi i količina zdravstvene njege koju medicinska sestra pruža, odnosno broj i kompleksnost intervencija koje ona pruža (13). Kategorizacija pacijenata u četiri kategorije koristi se i na razini primarne zdravstvene zaštite. Medicinska sestra svakodnevno, ili po potrebi, procjenjuje stanje pacijenta prema navedenim čimbenicima, te ga, ovisno o njegovim potrebama, svrstava u određenu kategoriju na skali od 1 do 4. Pri tome se svaka kategorija zasebno boduje (broj bodova za pojedini čimbenik jednak je kategoriji u koju je pacijent svrstan – svaki čimbenik kategorije 1 = 1 bod, svaki čimbenik kategorije 2 = 2 boda, itd.) i izračunava ukupan broj bodova (13). Ovisno o ukupnom broju bodova, određuje se kategorija u koju će pacijent biti svrstan. U kategoriju 1 spadaju pacijenti koji imaju od 16 – 26 bodova, u kategoriju 2 pacijenti koji imaju od 27 – 40 bodova, u kategoriju 3 pacijenti s 41 – 53 boda i u kategoriju 4 pacijenti s 54 – 64 boda.

Na temelju pilot istraživanja, može se preporučiti vrijeme potrebno za zbrinjavanje jednog pacijenta u pojedinoj kategoriji tijekom 24 sata (13):

- kategorija 1: samonjega 1-2 sata,
- kategorija 2: minimalna njega 3-5 sati,
- kategorija 3: intermedijalna njega 6-9 sati,
- kategorija 4: intenzivna njega 10 i više sati.

Kritični čimbenici su indikatori koji predstavljaju aktivnosti koje najviše utječu na vrijeme utrošeno na pružanje zdravstvene njege. Odabir kritičnih čimbenika potrebnih za kategorizaciju pacijenata zasniva se na definiciji zdravstvene njege V. Henderson, koja definira ulogu medicinske sestre kao pružanje pomoći pacijentu pri zadovoljavanju četrnaest osnovnih ljudskih potreba, te definiciji zdravstvene njege D. Orem, koja se temelji na ideji samozbrinjavanja.

Čimbenici kategorizacije su (13):

1. higijena
2. oblačenje
3. hranjenje
4. eliminacija
5. hodanje/stajanje
6. sjedenje
7. premještanje/okretanje
8. rizik za pad
9. stanje svijesti
10. rizik za nastanak dekubitusa
11. vitalni znakovi
12. komunikacija
13. specifični postupci u zdravstvenoj njezi
14. dijagnostički postupci
15. terapijski postupci
16. edukacija.

Za kategorizaciju bolesnika, kao kritični čimbenici, koriste se sljedeći parametri (13):

Kritični čimbenici pod rednim brojem 1-4:

- Procjena samostalnosti od 1-4: higijena, oblačenje, hranjenje, eliminacija
Svaka aktivnost se zasebno procjenjuje prema količini pomoći koju medicinska sestra pruža pacijentu, ovisno o potrebi korištenja pomagala. U kategoriju 1 smještaju se pacijenti koji su samostalni, odnosno koriste pomagalo. U kategoriju 2 smještaju se pacijenti koji su ovisni u višem stupnju i potrebna im je pomoć druge osobe. U kategoriju 3 smještaju se pacijenti koji su ovisni u visokom stupnju i potrebna im je pomoć druge osobe i pomagala, a u kategoriju 4 smještaju se pacijenti koji su potpuno ovisni o drugim osobama i pomagalima.

Kritični čimbenici pod rednim brojem 5-7:

- Fizička aktivnost: hodanje i stajanje, sjedenje, premještanje i okretanje. Aktivnosti se procjenjuju prema količini pomoći koju medicinska sestra pruža pacijentu, ovisno o potrebi korištenja pomagala. U kategoriju 1 smještaju se pacijenti koji su samostalni, odnosno koriste pomagalo. Kategorizacije je ista kao i kod čimbenika 1 – 4.

Kritični čimbenik pod rednim brojem 8:

- Rizik za pad: procjenjuje pomoću Morseove skale za procjenu rizika za pad. Ovisno o broju bodova, pacijenti se svrstavaju u kategorije: 1 nema rizika, 2 nizak rizik (0-24 boda), 3 umjeren rizik (25-44 boda), 4 visok rizik (45 i više bodova).

Kritični čimbenik pod rednim brojem 9:

- Stanje svijesti: ovisno o težini promjene stanja svijesti, pacijenti se svrstavaju u pojedine kategorije: pacijent koji je pri svijesti, orijentiran u vremenu i prostoru, svrstava se u prvu kategoriju, smeten pacijent u drugu, pacijent u stuporu u treću, dok pacijent u stanjima predkome i kome, u četvrtu kategoriju.

Kritični čimbenik pod rednim brojem 10:

- Rizik za nastanak dekubitusa: rizik za nastanak dekubitusa procjenjuje se pomoću Braden skale. Ovisno o broju bodova na skali, pacijenti se smještaju u 1., 2., 3. ili 4. kategoriju. Prema Braden skali: nema rizika (19-23 boda), prisutan rizik (15-18 bodova), umjeren rizik (13-14 bodova), visok rizik (10-12 bodova), te vrlo visok rizik (9 i manje bodova).

Kritični čimbenik pod rednim brojem 11:

- Vitalni znakovi: kategorija pacijenta ovisi o učestalosti kojom se procjenjuju vitalni znakovi kod pacijenta (veći broj mjerenja označava višu kategoriju pacijenta). U kategoriju 1 smještaju se pacijenti kojima se vitalni znakovi mjere 1 – 2x, u kategoriju 2 pacijenti kojima se vitalni znakovi mjere 3 – 4 x dnevno,

u kategoriju 3 pacijenti kojima se vitalni znakovi mjere 6 x dnevno, a u kategoriju 4 pacijenti koji su na stalnom monitoringu.

Kritični čimbenik pod rednim brojem 12:

- **Komunikacija:** pacijent je svrstan u pojedinu kategoriju, ovisno o njegovoj sposobnosti da primi i razumije usmene i pismene upute, te ovisno o komunikaciji sa zdravstvenim i drugim djelatnicima, komunikaciju pri zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba, kao i pri svim drugim postupcima (terapijskim i dijagnostičkim). Budući da je komunikacija obostrani (dvokanalni) proces, procjenjuje se komunikacija medicinska sestra - pacijent, odnosno pacijent – medicinska sestra, npr.: pacijent s afazijom (senzornom i motornom, smješta se u 4. kategoriju, pacijent s dislalijom (ili nerazumljivog govora) ovisno o intenzitetu dislalije/poteškoće, smješta se u odgovarajuću kategoriju.

Kritični čimbenik pod rednim brojem 13:

- **Specifični postupci u zdravstvenoj njezi:** ova kategorija odnosi se na specifične postupke u zdravstvenoj njezi – njega rana, njega centralnog venskog katetera, drenaže, specifičnosti pri eliminaciji – eliminacija putem stoma (nefrostoma, kolostoma, ileostoma), katetera, aspiracija bronhalnog stabla. Ako je pacijent samostalan pri ovim postupcima, svrstava se u kategoriju 1 (ili ako ovi postupci nisu potrebni), a u više kategorije svrstava se ovisno o količini pomoći medicinske sestre koja mu je potrebna.

Kritični čimbenik pod rednim brojem 14:

- **Dijagnostički postupci:** kategorija pacijenta ovisi o dijagnostičkom postupku koji će se provoditi kod pacijenta – ovisi o vrsti pripreme koja je potrebna (fizička/psihička), potrebnoj pratnji medicinske sestre, asistiranju pri zahvatu, te intenzitetu nadzora koji je potreban po završetku pretrage.

Kritični čimbenik pod rednim brojem 15:

- Terapijski postupci: pacijenti su kategorizirani ovisno o vrsti i učestalosti terapije koja se kod njih primjenjuje.

Kritični čimbenik pod rednim brojem 16:

- Edukacija: kategorija pacijenta ovisi o intenzitetu edukacije koja se provodi, te vrsti znanja koju je potrebno usvojiti – teorijska, praktična, a ovisi i o uključenosti članova obitelji u edukaciju.

2. CILJ

Cilj ovog završnog rada je analizirati sestrinsku dokumentaciju i kritičkim pristupom utvrditi prednosti i nedostatke aktualne sestrinske dokumentacije.

3. RASPRAVA

3.1. Važnost primjene sestrinske dokumentacije

Vođenje sestrinske dokumentacije doprinosi opisu i evidentiranju sestrinske prakse, olakšava analizu podataka, koristi se ujednačena terminologija i pristup rješavanju problema, omogućava kronološki pregled skrbi i postignutih rezultata - evaluacija učinkovitosti zdravstvene njege.

Nadalje, analizira zdravstvenu skrb te potrebe institucije, prati troškove u odnosu na učinkovitost. Služi kao izvor podataka, omogućava uvid u rezultate statističkih podataka korisnih za razvoj sestrinske prakse, te služi kao materijal za edukaciju sestara kroz istraživanja u sestrinstvu što doprinosi sveukupnom znanju iz sestrinstva, omogućava kontinuirano praćenje pacijenta, pokazatelj je vrednovanja kvalitete i efikasnosti zdravstvene njege, pridonosi bolju komunikaciju i protok informacija među djelatnicima, bolja je suradnja i koordinacije među djelatnicima, a efikasnije koordinacija doprinosi i smanjenju mogućnosti nastanka pogreške, može poslužiti kao pravni dokaz kod konflikta ili spora te doprinosi individualizaciji zdravstvene njege (14).

3.2. Pogreške pri primjeni sestrinske dokumentacije

Medicinske sestre susreću se s velikim preprekama u dokumentiranju, uključujući vremensko ograničenje, manjak osoblja (medicinskih sestara), neusklađenost između financijskih resursa i radnog opterećenja, nedostatak jasnih smjernica za primjenu dokumentacije. Popunjavanje dokumentacije često ostaje za kraj radnog vremena, što dovodi do upisivanja podataka koji su nepotpuni, pogrešni, riskira se gubitak važnih podataka i potencijalno vodi do loših rezultata zdravstvene njege i skrbi. Istraživanje ukazuje da medicinske sestre potroše do 25-50 % svog radnog vremena na dokumentaciju, što može rezultirati manjim vremenom provedenim s pacijentima ili prekovremenim satima da bi dovršili ispunjavanje dokumentacije (15).

Uzrok poteškoća i prepreka u dokumentiranju možemo tražiti i u slabom prihvaćanju procesa zdravstvene njege koji sam po sebi preferira sestrinsku dokumentaciju kao poveznicu među svojim fazama. Nepostojanje simetričnog standarda primjene sestrinskog dokumentiranja, značajni su uzroci spomenutog (16). Potrebno je naglasiti da nekoherentnost i slaba upućenost medicinskih sestara u važnost dokumentiranja ima poneku presudnu ulogu pred ranije spomenutim uzrocima.

Dokumentiranje u različitim ustanovama u Republici Hrvatskoj je različito. Loša je kvaliteta dokumentiranja, dokumentacija je nedostatna, nekompletna i ne omogućava kronologiju zbivanja o stanju pacijenta, ima mnogo grešaka u sestrinskim dijagnozama zbog nedostatka znanja medicinskih sestara, ne pišu se svi potrebni podaci te se neki pišu rutinski. Podaci se dupliciraju.

3.3. Analiza sestrinske dokumentacije po obrascima

Autori Sestrinske liste navode da su klasifikacijski podaci u Sestrinskoj listi prilagođeni potrebama za zdravstvenom njegom u Republici Hrvatskoj te usklađeni s edukacijskim programom sestrinstva u Republici Hrvatskoj. Po autorima na osnovi traženih podataka iz Sestrinske liste može se procijeniti pacijentovo stanje i na osnovi toga donijeti zaključke, utvrditi problem i odrediti intervencije. Ovako strukturirana Sestrinska lista predviđena je za upotrebu na bolničkim odjelima, za pacijente koji borave na odjelima duže od 24 sata (12).

3.3.1. Obrazac 1 – Sestrinska lista

Sadrži identifikacijske podatke o pacijentu, opće podatke o pacijentu i specifične podatke o pacijentu koji su dio sestrinske anamneze koja je strukturirana po modelu M. Gordon. Na ovom obrascu procjenjujemo samozbrinjavanje, fizičku aktivnost, prehranu, eliminaciju kognitivne sposobnosti i spavanje.

Upute za popunjavanje dokumentacije – obrazac 1 (17):

- popunjavaju je sve medicinske sestre,
- anamnestički podaci se prikupljaju primarno od pacijenta, od pratnje, osoba koje brinu o pacijentu, medicinskog i drugog osoblja, te iz medicinske dokumentacije,
- ako nije moguće dobiti podatke od pacijenta, tada se oni dobivaju od pratnje,
- podaci se prikupljaju i temeljem fizikalnog pregleda,
- u rubriku – „osobitosti o pacijentu”- upisati podatak od koga su dobiveni anamnestički podaci,
- sve rubrike sestrinske dokumentacije moraju biti popunjene,
- 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),
- uz pripadajući odgovor u kućicu staviti križić, zaokružiti broj ili dopisati podatak u kućicu „osobitosti“,
- podaci moraju biti prikupljeni tijekom 24 sata od prijema pacijenta.

3.3.2. Obrazac 2 – Sestrinska lista

Obrazac sadrži podatke o očuvanosti svijesti, seksualnosti, vjerska uvjerenja, prihvaćanje zdravstvenog stanja, fizikalni pregled, sestrinske dijagnoze i rubriku osobitosti o pacijentu. Sadrži i potpis medicinske sestre i broj registra.

Upute Komore za popunjavanje dokumentacije – obrazac 2 (17):

- fizikalni pregled od glave do pete- ispuniti opisno i brojčano,
- sestrinske dijagnoze definira prvostupnica sestrinstva temeljem ispunjene dokumentacije,
- osobitosti o pacijentu se upisuju kad nema u dokumentaciji mogućnosti upisa važnih podataka.

Kritički osvrt na obrazac:

Prednosti obrasca 1 i 2:

- obrazac je strukturiran što olakšava uzimanje anamneze medicinskim sestrama s manje iskustva,
- ne treba previše vremena za ispunjavanje.

Nedostatci obrasca 1 i 2:

- ne daje mogućnost uzimanja potpune sestrinsku anamnezu, već se usredotočuje na određene obrasce, a uz to dio obrazaca ne analiziraju se u potpunosti. Ovime su narušena načela procesa zdravstvene njege, posebno načelo holističkog pristupa, a zatim i načela usmjerenosti na pacijenta te načelo pacijent kao subjekt u zdravstvenoj njezi. Obrazac ostavlja malo prostora za upisivanje osobitosti o pacijentu time limitira količinu podataka koji se mogu upisati ili prisiljava medicinsku sestru na korištenje dodatnog obrasca odnosno improvizaciju budući da dodatni obrazac u okviru Sestrinske liste nije predviđen.

3.3.3. Obrazac 3 (3a) – Sažetak praćenja stanja pacijenta tijekom hospitalizacije i sažetak trajnog praćenja postupaka

Obrazac 3 sadrži identifikacijske podatke o pacijentu, tablicu koja je sažetak praćenja stanja pacijenta tijekom hospitalizacije koji uključuje procjenu samozbrinjavanja, fizičke aktivnosti, prehrane, podnošenje napora, bol, procjenu stanja svijesti rizika za dekubitus, rizika za pad i kategorizaciju te sažetak trajnog praćenja postupaka (obrazac 3a) koji se može umetnuti kao dodatak ako pacijent boravi duže vremena u bolnici, a uključuje podatke (datum i mjesto postavljanja, izgled mjesta insercije (promjene), uzimanje mikrobioloških uzoraka) o intravenskoj kanili, urinarnom kateteru, centralnom venskom kateteru, drenaži, stomi i rubriku za upisivanje nekog drugog podatka.

Upute Komore za popunjavanje dokumentacije – obrazac 3 (3a) (17):

- svakodnevno upisati stupnjeve samozbrinjavanja i fizičkih aktivnosti tijekom hospitalizacije,
- rubrika kategorizacije se popunjava nakon kategorizacije pacijenta,
- sažetak - trajno praćenje postupaka,
- provoditi prema odredbi plana zdravstvene njege,
- osim navedenih postupaka u obrascu mogu se upisivati i drugi postupci.

Kritički osvrt na obrazac:

Prednosti obrasca:

- strukturiranost obrasca olakšava uzimanje podataka medicinskim sestrama s manje iskustva.

Nedostatci obrasca:

- obrazac sadrži dvije tablice, tablicu kategorizacije pacijenta i tablicu trajnog praćenja postupaka što otežava preglednost. Ako je jedna tablica ispunjena potrebno je mijenjati obrazac bez obzira na ispunjenost druge tablice. Tablice ne ostavljaju dovoljno prostora za potpis i broj registra medicinske sestre.

3.3.4. Obrazac 4 – Medicinsko – tehnički i dijagnostički postupci

Sadrži podatke o medicinsko – tehničkim i dijagostičkim postupcima (vrijeme ordniracije, vrijeme kad je planiran i vrijeme kad je izvršen postupak).

Upute Komore za popunjavanje dokumentacije – obrazac 4 (17):

- upisati datum kad je ordiniran postupak,
- upisati kad je planiran postupak,
- upisati kad je izvršen postupak,

- u primjedbe upisati eventualne promjene i zbivanja vezana uz postupak (npr. krvario tijekom kateterizacije, ili postupak odgođen).

Kritički osvrt na obrazac:

Prednosti obrasca:

- strukturiranost obrasca olakšava uzimanje podataka medicinskim sestrama s manje iskustva.

Nedostatci obrasca:

- obrazac strukturno ne ostavlja dovoljno prostora za upisivanje potrebnih podataka što na kraju daje izgled pretrpanosti i nepreglednosti,
- obrazac ne ostavlja dovoljno prostora za potpis medicinske sestre i broj registra.

3.3.5. Obrazac 5 – Trajno praćenje stanja pacijenta (Decursus)

Sadrži identifikacijske podatke o pacijentu, datum i sat upisivanja promjena te potpis medicinske sestre.

Upute Komore za popunjavanje dokumentacije – obrazac 5 (17):

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

Kritički osvrt na obrazac:

Prednosti obrasca:

- brz uvid u stanje pacijenta i promjene koje su dovele do novog stanja pacijenta.

Nedostatci obrasca:

- ponekad se koristi za pisanje dodatnih podataka za koji nisu predviđeni prostori u ostalim obrascima što daje dojam konfuznosti,
- jedan prostor je predviđen za upisivanje datuma i sata. Odvajanje prostora bi rezultiralo boljoj preglednosti,
- prostor za potpis je nedovoljan, a nije naglašeno upisivanje broja registra.

3.3.6. Obrazac 6 – Plan zdravstvene njege

Sadrži identifikacijske podatke pacijenta, sestrinsku dijagnozu, cilj, intervencije i evaluaciju te potpis prvostupnice sestrinstva.

Upute Komore za popunjavanje dokumentacije – obrazac 6 (17):

- sestrinske dijagnoze, ciljeve i intervencije 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.

Kritički osvrt na obrazac:

Prednosti obrasca:

- individualiziran plan daje mogućnost maksimalne prilagodbe pacijentu.

Nedostatci obrasca:

- plan treba sadržavati potpis i broj registra medicinske sestre koja ga je izradila i potpis i broj registra medicinske sestre koja ga je evaluirala što sada nije slučaj.

3.3.7. Obrazac 6a – Lista provedenih sestrinskih postupaka

Sadrži identifikacijske podatke pacijenta, datum i sat provedenog sestrinskog postupka, provedeni postupak te potpis medicinske sestre koja je provela taj postupak.

Upute Komore za popunjavanje dokumentacije – obrazac 6a (17):

- upisati provedene postupke ordinirane u planu zdravstvene njege.

Kritički osvrt na obrazac:

Prednosti obrasca:

- jednostavan pregled provedenih postupaka zdravstvene njege,
- odvojen prostor za datum i sat provedbe što rezultira boljom preglednosti.

Nedostatci obrasca:

- nedostatak prostora za potpis i broj registra medicinske sestre.

3.3.8. Obrazac 13 – Otpusno pismo zdravstvene njege

Sadrži identifikacijske podatke pacijenta, podatke o socijalnom statusu pacijenta, podatke i postupke o provedenoj zdravstvenoj njezi u bolnici, utvrđivanje potreba za kontinuiranom zdravstvenom njegom u kući, sestrinske dijagnoze pri otpustu iz bolnice, preporučeni plan postupaka u zdravstvenoj njezi/koliko puta u tjednu, potrebne materijale i pomagala za zdravstvenu njegu, podatke o potrebnoj terapiji kod kuće,

podatke o drugim zdravstvenim djelatnicima koji su uz liječnika bili uključeni u liječenje u bolnici i podatke o pacijentovom doživljaju hospitalizacije. Na kraju obrasca potreban je potpis prvostupnice sestrinstva (više medicinske sestre, podatak u obrascu) i datum.

Upute Komore za popunjavanje dokumentacije – obrazac 13 (17):

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

Kritički osvrt na obrazac:

Prednosti obrasca:

- struktura obrasca olakšava ispunjavanje medicinskim sestrama s manje znanja i iskustva.

Nedostatci obrasca:

- prostor za upisivanje izabranog obiteljskog liječnika je nedostatan,
- podatci za socijalni status nejasno koncipirani,
- podatak o korištenju socijalne pomoći teško objašnjiv s pozicije planiranja zdravstvene njege u postojećoj korelaciji strukture sestrinstva u sustavu zdravstvene zaštite,
- nejasna povezanost rubrike „U kojem segmentu njege značajne osobe ne mogu pomoći“ s osnovnom rubrikom socijalni status,
- u naslovu rubrike piše „segmentu njege“ što upućuje na rad njegovateljice, a ne medicinske sestre,
- rubrika za upisivanje provedene zdravstvene njege u bolnici i upisivanje postupaka je nedostatna,

- u rubrici utvrđivanja potreba za kontinuiranom zdravstvenom njegu u kući traži se upisivanje podatka o informiranju medicinske sestre druge klinike ili odjela ili stacionarne ustanove što ne predstavlja zdravstvenu njegu u kući,
- u rubrici koja zahtjeva upisivanje vremenskog razdoblja za nužnost prvih postupaka zdravstvene njege u kući postoji mogućnost izbora vrlo hitno – na dan otpusta i hitno – prvi dan po otpustu, treći dan po otpustu i tjedan dana po otpustu. Rubrika je potpuno u neskladu s organizacijom sustava zdravstvene zaštite i kompetencijama medicinskih sestara na razinama sustava zdravstva,
- rubrika u kojoj se traži upisivanje potrebne terapije i lijekova kod kuće je nepotrebna jer isti podatci su već upisani u otpusno pismo liječnika te se ovdje samo ponavljaju odnosno prepisuju budući da nisu u okviru naših kompetencija,
- rubrika o drugim zdravstvenim radnicima koji su uz liječnika uključeni u liječenje u bolnici sadrži i nezdravstvene djelatnosti odnosno radnike,
- nejasno je postojanje rubrike koji su bili liječeni, korisno bi bilo napisati koji trebaju biti uključeni u okviru skrbi pacijenta van bolničke ustanove,
- rubrika pacijentovo doživljavanje otpusta je nepotrebna,
- obrazac traži potpis VMS odjela što je pogrešno. Budući da još egzistiraju i VMS i prvostupnice sestrinstva trebalo bi napisati odgovorna sestra (mislimo na zdravstvenu njegu).

3.3.9. Obrazac 7 – Evidencija ordinirane i primijenjene terapije

Sadrži identifikacijske podatke o pacijentu, podatke o lijeku (doza, način davanja, učestalost davanja), ime liječnika koji je lijek ordinirao, sat primjene lijeka i potpis medicinske sestre.

Upute Komore za popunjavanje dokumentacije – obrazac 7 (17):

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

Kritički osvrt na obrazac:

Prednosti obrasca:

- strukturiranost.

Nedostatci obrasca:

- uz potpis nemogućnost upisivanja broja registra.

3.3.10. Obrazac 8 – Unos i izlučivanje tekućina

Sadrži identifikacijske podatke o pacijentu, podatke o unosu (peroralno, intravenozno), potpis medicinske sestre i izlučivanju tekućine (urin, stolica, drenaža, ostalo (znojenje, povraćanje, vlaženje), potpis medicinske sestre i u oba područja rubriku za zbroj unosa ili izlučivanja tekućine radi lakšeg očitavanja u danom trenutku.

Upute Komore za popunjavanje dokumentacije – obrazac 8 (17):

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

Kritički osvrt na obrazac:

Prednosti obrasca:

- strukturiranost,
- preglednost.

Nedostatci obrasca:

- nejasno kako izmjeriti gubitak tekućine znojenjem.

3.3.11. Obrazac 9 – Procjena bola

Sadrži identifikacijske podatke o pacijentu, podatke o boli (jačini, vrsti, trajanju...), podatke o postupcima medicinske sestre, evaluaciju i potpis medicinske sestre.

Upute Komore za popunjavanje dokumentacije - obrazac 9 (17):

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

Kritički osvrt na obrazac:

Prednosti obrasca:

- preglednost,
- strukturiranost.

Nedostatci obrasca:

- nema.

3.3.12. Obrazac 10 – Lista za praćenje dekubitusa

Sadrži identifikacijske podatke pacijenta, podatke o rani, okolnom tkivu, postupcima s ranom, pomagalicama, bodove Braden skale, evaluaciju i potpis medicinske sestre. Na dnu obrasca sadrži upute o označavanju stupnjeva dekubitusa.

Upute Komore za popunjavanje dokumentacije – obrazac 10 (17):

- voditi je za pacijente kod kojih je prisutan 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 (obrazac br. 6.).

Kritički osvrt na obrazac:

Prednosti obrasca:

- strukturiranost.

Nedostatci obrasca:

- preporuka o vođenju liste kod pacijenata kod kojih postoji dekubitus je pogrešna jer se mora voditi i kod pacijenata kod kojih postoji mogućnost nastanka dekubitusa,
- postupak s ranom treba odvojiti od postupaka koje provodimo u svrhu prevencije dekubitusa,
- navedene sate okretanja pacijenta bi sestra trebala sama upisivati jer su individualni za svakog pacijenta.

3.3.13. Obrazac 11 – Nadzorna lista rizičnih postupaka u zdravstvenoj njezi

Obrazac služi za upis mogućih komplikacija nakon medicinsko-tehničkih postupaka kod kojih je prisutan veći rizik za pojavu komplikacija. Sadrži identifikacijske podatke pacijenta, datum i vrijeme procjene rizičnosti postupka, rubriku za upisati moguće komplikacije postupka i provedene postupke medicinske sestre te potpis liječnika i medicinske sestre te datum i vrijeme provedenih postupaka medicinske sestre.

Upute Komore za popunjavanje dokumentacije – obrazac 11 (17):

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

Kritički osvrt na obrazac:

Prednost obrasca:

- preglednost,
- strukturiranost.

Nedostatci obrasca:

- nema.

3.3.14. Obrazac 12 - Izvješće o incidentu

Sadrži identifikacijske podatke o pacijentu, podatke o incidentu (vrijeme, opis, uzrok, mjesto i vrstu incidenta), podatke o postupcima medicinske sestre i potpis medicinske sestre.

Upute Komore za popunjavanje dokumentacije – obrazac 12 (17):

- može se pisati u više primjeraka, sukladno pravilima ustanove, a jedan primjerak obavezno ostaje u Sestrinskoj dokumentaciji.

Kritički osvrt na obrazac:

Prednosti obrasca:

- preglednost,
- strukturiranost.

Nedostatci obrasca:

- preporuka treba biti da se mora pisati barem u dva primjerka, jedan služi za evaluaciju i unapređenje postupaka, time i sestriinske skrbi odnosno zdravstvene njege.

4. ZAKLJUČAK

1. Sestrinska dokumentacija je od 2011. godine zakonska obaveza sestrinske profesije. Zakon o sestrinstvu u članku 16 traži kontinuirano vođenje sestrinske dokumentacije u kojoj se moraju evidentirati svi postupci iz područja zdravstvene njege tijekom 24 sata.
2. Sestrinska dokumentacija donosi brojne prednosti za sestrinsku profesiju, omogućava kvalitetniju zdravstvenu njegu, omogućava istraživanja u sestrinstvu, pokazatelj je kvalitete i kvantitete zdravstvene njege, potiče i olakšava komunikaciju unutar profesije, ima pravnu snagu, služi edukaciji medicinskih sestara itd.
3. Kvalitetno dokumentiranje sestrinskog rada ima prepreke u okviru sustava zdravstvene zaštite i sestrinske profesije. Tu se prvenstveno misli na lošu povezanost unutar sustava zdravstvene zaštite, nepostojanje jasnih protokola izmjene informacija unutar profesije sestrinstva, nedostatak vremena za dokumentiranje uzrokovan nedostatkom medicinskih sestara i velikom kvantitetom radnih aktivnosti itd.
4. Aktualna sestrinska dokumentacija koja se uglavnom vodi u pisanom obliku ili u obliku informatički loših rješenja sastoji se od obrazaca koji u osnovi ne odražavaju holistički pristup pacijentu što se posebno odnosi na sestrinsku anamnezu, obrazaca koji su nepregledno strukturirani kao obrazac medicinsko tehničkih postupaka te nejasni kao obrazac otpusnog pisma.
5. Navedeni nedostaci unutar sustava zdravstvene zaštite, profesije sestrinstva i aktualne dokumentacije trebaju se što prije korigirati da bi vođenje sestrinske dokumentacije postiglo razinu kvalitete koja osigurava zadovoljavanje svih prednosti koje ona načelno ima.

5. SAŽETAK

U ovom radu prikazani su prednosti i nedostaci sestrinske dokumentacije. Sestrinska dokumentacija je skup dokumenata koje medicinska sestra ispunjava ili u koje zapisuje podatke o svojim postupcima tijekom cjelokupnog procesa zdravstvene skrbi za pojedinca te označava vezu između faza procesa zdravstvene njege. Sestrinska profesija regulirana je zakonom o sestinstvu prema kojem je dužnost medicinske sestre vođenje sestrinske dokumentacije kojom se evidentiraju svi provedeni postupci tijekom 24 sata za svakog pojedinog pacijenta na svim razinama zdravstvene zaštite. Usvajanjem novih znanja i vještina medicinske sestre unaprjeđuju svoj rad i doprinose poboljšanju zdravstvene njege, a jedan od izazova današnjice je i razvijanje vještina u vođenju kvalitetne sestrinske dokumentacije.

Cilj ovog završnog rada je analizirati sestrinsku dokumentaciju i kritičkim pristupom utvrditi prednosti i nedostatke aktualne sestrinske dokumentacije.

Vođenje dokumentacije doprinosi opisu i evidentiranju sestrinske prakse, olakšava analizu podataka, omogućava kronološki pregled skrbi i postignutih rezultata - evaluacija učinkovitosti zdravstvene njege. Medicinske sestre susreću se s brojnim nedostacima i preprekama u dokumentiranju, uključujući vremensko ograničenje, manjak osoblja (medicinskih sestara), neusklađenost između financijskih resursa i radnog opterećenja, nedostatak jasnih smjernica za primjenu dokumentacije.

Ključne riječi: sestrinska dokumentacija, prednosti, nedostaci

6. SUMARRY

This final paper will outline the advantages and disadvantages of nursing documentation. Nursing documentation is a set of documents that the nurse completes or records information about his or her actions throughout the individual health care process and indicates the link between the stages of the health care process. The nursing profession is governed by the law on nursing, according to which it is the duty of the nurse to maintain nursing records that record all procedures performed during 24 hours for each individual patient at all levels of health care. By adopting new knowledge and skills, nurses are improving their work and contributing to the improvement of health care, and one of the challenges today is developing skills nursing documentation.

The aim of this final paper is to analyze the nursing documentation and to identify with the critical approach the advantages and disadvantages of the current nursing documentation.

Documentation management contributes to the description and recording of nursing practice, facilitates data analysis, provides a chronological overview of care and results achieved - evaluation of health care effectiveness. Nurses encounter major barriers to documentation, including time constraints, staff shortages (nurses), mismatch between financial resources and workload, lack of clear guidelines for the application of documentation.

Keywords: nursing documentation, advantages, disadvantages

7. LITERATURA

1. Čukljek S. Osnove zdravstvene njege. 1. izd. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2005.
2. Fučkar G. Proces zdravstvene njege. 2. izd. Zagreb: Medicinski fakultet; 1995.
3. Šegota I. Etika sestrištva. Časopis za opća društvena pitanja. 1995 Siječanj 15; 4 (15): 101-24.
4. Zakon o sestrištvu, Narodne novine, br. 57/2011
5. Anić V. Rječnik hrvatskog jezika. 2. izd. Zagreb: Novi Liber; 2000.
6. Jefferies D, Johnson M, Griffiths R. A meta study of the essentials of quality nursing documentation. International journal of nursing practice; 2010, 16(2), 112-124. DOI: 10.1111/j.1440-172X.2009.01815.x
7. Stučić V. Sestrinska dokumentacija. Sestrinski list KB Merkur. 2006 Listopad; 6.
8. Brown P, Dragović D, prevoditelj. Florence Nightingale. Zagreb: Illyricum; 1995.
9. Henderson V, Fučkar G, prevoditelj. Osnovna načela zdravstvene njege. Zagreb: Hrvatska udruga za sestrištvu edukaciju; 1994.
10. Kbc sestre milosrdnice. Sestrinska dokumentacija klinike za neurokirurgiju [Internet]. Sestrištvo KBCSM. 2019 [cited 10 September 2019]. Dostupno na: <http://sestrinstvo.kbcm.hr/sestrinska-dokumentacija-klinike-za-neurokirurgiju/>
11. Hafernick D. Charting the Course for Nursing: Who benefits when documentation is complete?. American Journal of Nursing and Trinity Healthforce Learning. 2007 Jul 14; 136(3): 43-7.
12. HKMS. Sestrinska lista. [Internet]. Neuron.mefst.hr. 2005 [cited 10 September 2019]. Dostupno na: http://neuron.mefst.hr/docs/katedre/znanstvena_metodologija/OZS/Sestrinska_lista.pdf
13. HKMS. Razvrstavanje pacijenata u kategorije ovisno o potrebama za zdravstvenom njegom. [Internet]. Hkms.hr. 2006 [cited 10 September 2019]. Dostupno na: http://www.hkms.hr/data/1321863892_120_mala_Kategorizacija-bolesnika%5B1%5D.pdf
14. Fučkar G. Uvod u sestrištvu dijagnoze. Zagreb: Hrvatska udruga za sestrištvu edukaciju; 1996.

15. Blair W, Smith B. Nursing documentation: Frameworks and barriers. *Contemporary Nurse*. 2012; 41(2), 160-168
16. Kalauz S, Orlić-Šumić M, Šimunec D. Nursing in Croatia: past, present and future. *Croat Med J*. 2008; 49: 298-306
17. Pravilnik o sestrijskoj dokumentaciji u bolničkim zdravstvenim ustanovama. *Narodne novine*, br. 71/2016.

8. ŽIVOTOPIS

Osobni podatci

Ime: Leona Sara

Prezime: Spetič

Datum rođenja: 19.12.1996.g

Mjesto rođenja: Split

Prebivalište: Stepinčeva 34, Split

E-mail: sara.leona.spetic@gmail.com

Obrazovanje

2003 – 2011 Osnovna škola; Gripe; Split

2011 – 2016 Srednja škola; Zdravstvena škola Split, Medicinska sestra opće njege

2016 – 2019 Sveučilište u Splitu; Sveučilišni odjel zdravstvenih studija; Sestrinstvo

Radno iskustvo:

2019. - Medicinska sestra; Poliklinka Lukšić; Kaštel Lukšić.

Osobitosti:

Strani jezici: Engleski