

Primjena sestrinske dokumentacije u bolničkom zdravstvenom sustavu

Križić, Jure

Undergraduate thesis / Završni rad

2018

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Bjelovar University of Applied Sciences / Veleučilište u Bjelovaru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:144:998316>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-25**



Repository / Repozitorij:

[Repository of Bjelovar University of Applied Sciences - Institutional Repository](#)



VISOKA TEHNIČKA ŠKOLA U BJELOVARU
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

**PRIMJENA SESTRINSKE DOKUMENTACIJE U
BOLNIČKOM ZDRAVSTVENOM SUSTAVU**

ZAVRŠNI RAD BR. 03/SES/2018.

Jure Križić

Bjelovar, svibanj 2018.



Veleučilište u Bjelovaru

Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Križić Jure**

Datum: 24.01.2018.

Matični broj: 001209

JMBAG: 1022025624

Kolegij: **ORGANIZACIJA, UPRAVLJANJE I ADMINISTRACIJA U ZDRAVSTVENOJ
NJEZI**

Naslov rada (tema): **Primjena sestrinske dokumentacije u bolničkom
zdravstvenom sustavu**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo**

Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **Marina Friščić, dipl.med.techn.**

zvanje: **viši predavač**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. **Gordana Šantek-Zlatar, dipl.med.techn., predsjednik**
2. **Marina Friščić, dipl.med.techn., mentor**
3. **Ivana Jurković, mag. educ. philol. angl. et germ., član**

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 03/SES/2018

Zakonom o sestrinstvu jasno je propisano da je vođenje sestrinske dokumentacije zakonska obaveza medicinskih sestara/ tehničara u bolničkim zdravstvenim ustanovama. Medicinska sestra dužna je zabilježiti podatke o pacijentu kontinuirano tijekom 24 sata.

U radu će biti obrazložene sastavnice sestrinske dokumentacije te važnost sakupljanja podataka o pacijentu kao i kontrole kvalitete planirane i provedene zdravstvene njege. Također će biti prikazan plan zdravstvene njege pacijenta u bolničkom zdravstvenom sustavu.

Zadatak uručen: 24.01.2018.

Mentor: **Marina Friščić, dipl.med.techn.**



ZAHVALA

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
2. CILJ RADA.....	2
3. POVIJESNI OKVIRI SESTRINSKE DOKUMENTACIJE.....	3
4. PRAVNI OKVIRI SESTRINSKE DOKUMENTACIJE.....	4
5. SESTRINSKA ODKUMENTACIJA.....	5
5.1. Dijelovi sestrinske dokumentacije.....	5
5.2. Što i kako dokumentirati?.....	7
5.3. Upute za vođenje sestrinske dokumentacije.....	8
6. INFORMATIZACIJA SESTRINSKE DOKUMENTACIJE.....	25
6.1. Potrebitosti informatizacije sestrinske dokumentacije i prepreke za nju.....	25
6.2. Nužnost obrazovanja medicinskih sestara/tehničara u svrhu uspješne implementacije informatičkih znanja u sestrinsku praksu.....	26
6.3. Elektronički zdravstveni zapis – EZZ.....	27
6.4. Izgradnja sustava elektroničkih zdravstvenih zapisa.....	28
6.4.1. Sestrinska dokumentacija i EZZ.....	28
7. POVJERLJIVOST PODATAKA.....	30
8. ZAKLJUČAK.....	32
9. LITERATURA.....	33
10. SAŽETAK.....	35
11. SUMMARY.....	36

1.UVOD

Dokumentiranjem procesa liječenja ostvaruje se sistematičan pristup problemima pacijenta što je u sestrinskoj praksi od velike važnosti. Vođenjem sestrinske dokumentacije medicinska sestra potvrđuje da je u svom radu primijenila znanje, vještine i stavove, primjenom kritičkog mišljenja sukladno standardima sestrinske prakse. (1) Sestrinska dokumentacija je neizostavan dio u svakom koraku ka pacijentovu ozdravljenju. Već kod prijema u bolnicu vrši se upis pacijentovih podataka vezanih uz zdravstvenu njegu, praćenje se nastavlja tijekom boravka pacijenta na odjelu, a potom se njihovom obradom periodično i po potrebi sažima sestrinska dijagnoza. Ona predstavlja osnovu za odlučivanje o ciljevima i postupcima koji će se primjenjivati kod pacijenta. U diplomskom će se radu prikazati neophodnost vođenja sestrinske dokumentacije kako bi se postigla kvalitetna zdravstvena skrb.

U prvom dijelu diplomskoga rada iznijet će se povijesni i pravni okviri dokumentiranja u sestriinstvu, a zatim će se definirati i pobliže pojasniti pojam sestrinske dokumentacije te navesti dijelovi iste s uputama što i kako treba dokumentirati. U današnje vrijeme primjena informatizacije u različitim granama uvjetuje njihov rast i razvoj. Informatizacijom se nastoji poboljšati i vođenje sestrinske dokumentacije, omogućiti lakša dostupnost podataka, pospješiti organizacija rada, uštedjeti vrijeme koje se troši na vođenje papirnate dokumentacije i tako stvoriti više vremena samu skrb pacijenta. Iz navedenih se razloga ulažu napori kako bi se ostvario prelazak s papirnate sestrinske dokumentacije na elektroničku.

Iz tog će razloga u drugom dijelu diplomskoga rada informatizacija sestrinske dokumentacije imati primat. Prikazat će se na koji način vođenje sestrinske dokumentacije u informatiziranom obliku može doprinijeti razvoju kvalitete zdravstvene njege, ali će se prikazati i izazovi koje ona donosi. Definirat će se elektronički zdravstveni zapis kao osnova informatizacije sestrinske dokumentacije i planovi za njegov razvoj. Kao i uvijek spomenut će se neizostavna etika u sestriinstvu te važnost povjerljivosti pacijentovih podataka.

Rad će se pritom oslanjati na stručnu literaturu kao što su: *Pravilnik o sestrinskoj dokumentaciji u bolničkim zdravstvenim ustanovama*, *Zakon o sestriinstvu*, članak *Smjernice za unaprjeđenje elektroničkog zdravstvenog zapisa*, autorice Josipe Kern i suradnika i dr.

2. CILJ RADA

Vođenje sestrinske dokumentacije jedan je od najvažnijih preduvjeta za ostvarivanje kvalitetne zdravstvene njege. Ona je veza između utvrđivanja potreba za zdravstvenom njegom, planiranja i pružanja iste te evaluacije pružene zdravstvene njege. Osim što zdravstvenim djelatnicima omogućava uvid u pacijentovo stanje i tijekom zdravstvene njege, pacijentu cjelovitu upućenost u sve postupke tijekom liječenja, služi i za izradu normativa i nastavnih planova u obrazovanju.

Cilj rada je prikazati dijelove sestrinske dokumentacije zajedno s uputama za njihovo vođenje te ukazati na nužnost informatizacije sestrinske prakse koja podrazumijeva kvalitetniju zdravstvenu njegu. Pokazat će se i važnost pravilnog obrazovanja i usavršavanja medicinskih sestara/tehničara kao jednog od uvjeta za ostvarivanje informatizacije sestrinske prakse.

3. POVIJESNI OKVIRI SESTRINSKE DOKUMENTACIJE

Dokumentiranje svih važnih pacijentovih podataka danas je u sestrinskoj praksi uobičajena pojava. Ipak, svakodnevne radnje poput kupanja i hranjenja u povijesti se nisu smatrale važnima za evidentiranje. Za Florencea Nightingale, one su bili od iznimnog značaja. Prvi njen značajan uspjeh vezujemo uz smanjenje stope smrtnosti poboljšavanjem higijenskih uvjeta tijekom Krimskog rata. Na taj je način ukazala na ulogu zdravstvene njege u smanjenju mortaliteta. Ona je istaknula potrebu dokumentiranja pravilnog korištenja zraka, svjetla, topline, čistoće i pravilnog odabira prehrane s ciljem prikupljanja i ponovnog pronalaženja podataka kako bi bili od pomoći pri pravilnom vođenju pacijenta. (2) Prema Florence Nightingale zdravstvena njega je stvaranje najpovoljnijih uvjeta za odvijanje prirodnih procesa (očuvanja zdravlja ili ozdravljenja). (3) Smatrala je kako između pojmova žena i medicinska sestra ne mora biti znak jednakosti i kako je za stručno obavljanje te profesije potrebno više, a o tome svjedoči zalaganje za obrazovanje i usavršavanje te otvaranje prve škole za medicinske sestre u Londonu.

Ernestine Wiedenbach navodi da je osnova zdravstvene njege pomoć drugoj osobi. Prema njoj, djelatnost medicinske sestre odvija se u tri faze: prva je utvrđivanje pomoći pojedincu, druga pružanje pomoći, a treća provjera je li pružena pomoć bila djelotvorna i to je jedan od prvih procesa zdravstvene njege.

Virginia Henderson unaprijedila je korištenje dokumentiranja uvevši ideju korištenja planova njege kako bi se prenijela njega u 1930-im godinama. Ona u svojim bilješkama donosi 14 aktivnosti pri kojima medicinska sestra pomaže pacijentima u zadovoljavanju njihovih osnovnih ljudskih potreba. Nažalost, ne shvaćajući značaj dokumentiranja, dokumentacija njege se bacala nakon otpuštanja pacijenta. Iako su Florence Nightingale i Virginia Henderson naglašavale važnost dokumentiranja, primjeni sestrinske dokumentacije posvećuje se veća pažnja tek uvođenjem procesa zdravstvene njege koji stavlja imperativ na dokumentiranje. (2)

U smislu kvalitete u zdravstvu, za ovaj diplomski rad, značajna je formulacija A. Donabediana koji je smatrao kako kvalitetu zdravstvene skrbi predstavlja korelacija znanosti i tehnologije u suvremenoj medicini te primjene navedenih dostignuća u aktualnoj praksi. (4) 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.

4. PRAVNI OKVIRI SESTRINSKE DOKUMENTACIJE

Dokumentiranje njege važno je i s pravnog aspekta. Ono služi kao mehanizam pri određivanju novčane naknade zbog njege pružene pacijentima, izvor dokaza odgovornosti svakog pojedinog pružatelja zdravstvene skrbi pri pružanju skrbi i dokaz u sudskim procesima. Zbog toga je važan profesionalni pristup koji uključuje dokumentiranje skrbi pružene pacijentu u svim situacijama.

Osnivanjem Hrvatske komore medicinskih sestara 2003. godine i donošenjem *Zakona o sestriinstvu* pred medicinske sestre se stavlja obaveza dokumentiranja. Do tada usputna djelatnost, postaje obaveza definirana zakonom. Prema njemu, sestra je dužna evidentirati sve provedene postupke u sestriinsku dokumentaciju za svakog pojedinog pacijenta. Drugim riječima, dužnost medicinske sestre je vođenje sestriinske dokumentacije kojom se evidentiraju svi provedeni postupci tijekom 24 sata. Korisno načelo za sve zdravstvene radnike glasi –„ako nije zabilježeno, nije se ni dogodilo“. (5) Jedno od pacijentovih prava u ostvarivanju zdravstvene zaštite jest i pravo na pristup medicinskoj dokumentaciji, koje se temelji na pravu pacijenta na obavještenost o svom zdravstvenom stanju. Dokumentacija omogućava pacijentu da bude u potpunosti upućen u sve postupke tijekom liječenja

Medicinska sestra je u provođenju svoje djelatnosti dužna primjenjivati svoje najbolje stručno znanje, poštujući načela prava pacijenata, etička i stručna načela koja su u funkciji zaštite zdravlja stanovništva i svakog pacijenta osobno. (6) Isto tako, dužna je neprestano obnavljati stečena znanja kao i usvajati nova u skladu s najnovijim dostignućima i saznanjima iz područja sestriinstva. Usavršavanje se ostvaruje sudjelovanjem na stručnim seminarima, tečajevima i skupovima.

Sestriinska lista jest skup podataka koji služe kontroli kvalitete planirane i provedene zdravstvene njege, a sadržaj i obrazac sestriinske liste na prijedlog Hrvatske komore medicinskih sestara propisuje ministar nadležan za zdravstvo. (6) Sestriinska dokumentacija tako osim što štiti pacijente svodeći na minimum pogreške u radu, štiti i zdravstvene djelatnike koji svoj rad mogu potkrijepiti sestriinskom dokumentacijom u kojoj je zabilježen.

5. SESTRINSKA DOKUMENTACIJA

Sestrinska dokumentacija označava skup dokumenata koje medicinska sestra ispunjava ili u koje zapisuje podatke o svojim postupcima tijekom cjelokupnog procesa zdravstvene skrbi za pojedinca sa svrhom sustavnog praćenja stanja, planiranja, vrednovanja i kontrole učinjenoga.

(3) Ona zapravo odražava proces zdravstvene njege jer opisuje stanje pacijenata iz smjene u smjenu. Kako navodi autorica (3), sestrinska dokumentacija je veza između utvrđivanja potreba za zdravstvenom njegom, planiranja i pružanja iste te evaluacije pružene zdravstvene njege. Ona donosi tijek pacijentove bolesti i liječenja, a nastaje u zdravstvenoj ustanovi i potpisana je od strane ovlaštenog zdravstvenog radnika, najčešće liječnika. Cilj dokumentiranja je utvrđivanje i praćenje tijeka bolesti u postupku liječenja bolesnika.

Ona je kvalitetnija što je potpunija, pa osim pisane dokumentacije, postoje i zapisi druge vrste kao što su rendgenske slike, laboratorijski nalazi, EKG itd. Sestrinska dokumentacija treba biti takva da:

1. osigurava cjelovit skup podataka o pacijentovim potrebama, ciljevima sestrinske skrbi, intervencijama, postignutom napretku i rezultatima skrbi,
2. sadržava kronološki pregled skrbi kao i ostvarenih rezultata,
3. osigurava kontinuitet skrbi,
4. omogućava sestrama da udovolje sve većim očekivanjima i zahtjevima,
5. olakšava komunikaciju među članovima tima,
6. služi u obrazovne svrhe,
7. pruža pouzdane podatke za medicinsko-pravne analize,
8. osigurava pouzdane podatke koji se mogu rabiti u sestrinskim istraživanjima kao doprinos sveukupnom znanju iz sestrinstva. (2)

5.1. Dijelovi sestrinske dokumentacije

Pravilnikom se utvrđuju sadržaj i obrasci sestrinske dokumentacije u bolničkim zdravstvenim ustanovama, a prema članku br. 4 obavezni dio sestrinske dokumentacije čine sljedeći obrasci:

1. Sestrinska anamneza;
2. Nastavak s prethodne strane, sestrinske dijagnoze i osobitosti o pacijentu;

3. Praćenje stanja pacijenta tijekom hospitalizacije i trajno praćenje postupaka;
4. Medicinsko-tehnički i dijagnostički postupci;
5. Trajno praćenje stanja pacijenta (decursus);
6. Plan zdravstvene njege;
7. Lista provedenih sestrinskih postupaka i
13. Otpusno pismo zdravstvene njege. (8)

Obrasci sestrinske dokumentacije tiskani u Prilogu 3.a te prilogima 7. – 13. ovoga *Pravilnika* upotrebljavaju se ovisno o potrebama i to:

1. Prilog 3.a donosi Praćenje stanja pacijenta tijekom hospitalizacije i trajno praćenje postupaka za pacijenta koji je duže vrijeme u bolnici, te u drugim slučajevima nije potrebna.
2. Prilog 7. donosi Evidenciju ordinirane i primijenjene terapije,
3. Prilog 8. Podatke o unosu i izlučivanju tekućine,
4. Prilog 9. Procjenu bola,
5. Prilog 10. Listu za praćenje dekubitusa,
6. Prilog 11. Nadzornu listu rizičnih postupaka u zdravstvenoj njezi
7. Prilog 12. Izvješće o incidentu,
8. a Prilog 14. Obrazac primarne procjene pacijenta. Radi se o opservaciji u Objedinjenom hitnom bolničkom prijemu. (8)

Način vođenja primarnog, ali i sekundarnog dijela sestrinske dokumentacije pominje će se opisati u narednim poglavljima.

5.2. Što i kako dokumentirati?

Kao i u svim drugim poljima rada i u dokumentiranju sestrinske prakse važna su općeprihvaćena pravila kojih se treba pridržavati kako bi dokumentacija bila potpuna, jasna i samim time i korisna. Kod sestrinskog dokumentiranja važno je:

1. navesti sve važne podatke te uz njih staviti datum, vrijeme i potpis medicinske sestre;
2. od pacijentovih osobnih podataka, obavezno točno navesti ime i prezime, godinu rođenja i matični broj;
4. navesti sve uočeno;
5. precizno napisati informacije upućene liječniku i
6. citirati izjave pacijenata i njegove obitelji.

Kako bi dokumentirani podaci bili svima jasni, važan je i način na koji su evidentirani. Ispravno evidentirani podaci u sestrinskoj dokumentaciji su:

1. napisani odmah po izvođenju postupka, a zatim kontinuirano pisani ovisno o promjenama;
2. pisani jasno, sažeto i nedvosmisleno;
3. gramatički i pravopisno točno i
4. u cjelovitim rečenicama, bez skraćenica izuzev općeprihvaćenih skraćenica.

U slučaju da se dogodi pogreška, potrebno ju je precrtati, nikako brisati, a zatim pored nje staviti vlastite inicijale.

Ne smije se:

1. mijenjati zabilješke u sestrinskoj dokumentaciji po otpustu pacijenta (datum, vrijeme, podatke, provedene intervencije) bilo da zaštitite sebe ili nekog drugog;
2. upisivati intervencije koje je proveo netko drugi, podatke koje je netko drugi prikupio. Svaku intervenciju treba zabilježiti osoba koja ju je provela, sve promjene stanja treba navesti i opisati osoba koja ih je uočila;
3. uništiti sestrinsku dokumentaciju;
4. koristiti se sestrinskom dokumentacijom da bi se kritiziralo druge (isticanju nečijih pogrešaka, optuživanju, upućivanju na nekompetentnost nije mjesto u dokumentaciji);
5. navoditi da je pacijent dosadan, nesnosan, stalno se tuži, razmažen, svadljiv, problematičan, već je bolje opisati pacijentovo ponašanje bez interpretacija;

6. ostavljati prazna mjesta u dokumentaciji da se nešto nadoda jer ostaje dojam da je nešto preskočeno, a postoji opasnost da se naknadno unesu podaci, na takva mjesta treba povući ravnu liniju. (2)

Slijedeći pravila dokumentiranja u sestrinskoj praksi i izbjegavajući pisanje dvosmislenih i nejasnih podataka, postiže se organizacija u dokumentiranju. Na taj su način podaci u svakom trenutku dostupni svima koji su uključeni u pružanje zdravstvene skrbi pacijentu.

5.3. Upute za vođenje sestrinske dokumentacije

Sestrinska lista predviđena je za upotrebu na bolničkim odjelima, a namijenjena je pacijentima koji ondje borave duže od 24 sata. Sestrinska skrb dokumentira se na različite načine, ovisno o organizaciji sestrinske službe, kategoriji pacijenta, potrebama tih pacijenata, vrsti odjela, razini zdravstvene zaštite te o obrazovanosti medicinskih sestara. (9) Sestrinska lista medicinskim sestrama daje uvid u pacijentovo stanje, nakon čega se može dijagnosticirati problem te odrediti količina sestrinske skrbi. Time se postiže poboljšanje kvalitete zdravstvene njege.

Dijelovi koji čine sestrinsku dokumentaciju su:

1. SESTRINSKA ANAMNEZA (Prilog 1)

Na prvoj strani Sestrinske liste nalazi se Sestrinska anamneza (Slika 5.1.) koju popunjavaju sve medicinske sestre. Ona sadrži osnovne podatke o svakome pacijentu, te podatke o prijemu pacijenta na odjel.

Podaci kao što su procjena samostalnosti, fizičke aktivnosti, prehrana, apetit, gutanje, sluznica, eliminacija su rezultat fizikalnog pregleda. One podatke koji nisu zbog spriječenosti uzeti u času uzimanja anamneze, treba upisati naknado. Takvi su primjerice demografski podaci o pacijentu, izabrani liječnik i patronažna sestru, Dom zdravlja kojem prema mjestu stanovanja pripada, elementi servisnih institucija važnih za nastavak zdravstvene njege i otpust pacijenta.

Anamnestički podaci se prikupljaju prvenstveno od pacijenta, a ukoliko to nije moguće, potrebno je zatražiti pomoć od pratnje ili osobe koja brine o pacijentu, medicinskog osoblja ili iz medicinske dokumentacije. U rubriku – osobitosti o pacijentu – upisuje se podatak od koga su dobiveni anamnestički podaci. Sve rubrike sestrinske dokumentacije moraju biti popunjene.

Sestrinska anamneza se ispunjava tako da se uz odabran odgovor u kućicu stavi križić, zaokruži broj ili dopiše podatak u kućicu „osobitosti“. Sestrinska anamneza omogućuje dijagnosticiranje problema, prepoznavanje faktora koji utječu na problem, prepoznavanje osobitosti koje omogućuju prilagodbu ciljeva i sestrijskih intervencija pacijentovim navikama, očekivanjima, iskustvu, drugim osobitostima. (10)

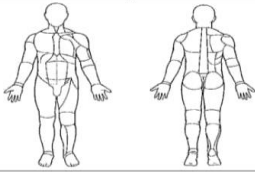
USTANOVA		SESTRINSKA DOKUMENTACIJA	
Matični broj	Datum i sat prijama	Način prijama Hitni <input type="checkbox"/> Redovni <input type="checkbox"/> Premještaj <input type="checkbox"/>	Odjel
Ime i prezime	Datum rođenja	Adresa i br. telefona	Zanimanje
	Spol M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>		Radni status
Med. dijagnoza		Osoba za kontakt (ime, prezime, adresa, br. telefona)	
		Osiguranje	
Izabrani liječnik	Patronažna sestra - D. Z.	Planirani otpust.....Stvarni..... 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	štaka <input type="checkbox"/> štap <input type="checkbox"/> hodalice <input type="checkbox"/> kolica <input type="checkbox"/> proteza <input type="checkbox"/> trapez <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"/>		

Slika 5.1. Sestrinska anamneza (8)

2. Nastavak s prethodne stranice, sestrinske dijagnoze i osobitosti o pacijentu (Prilog 2)

Prilog 2 (Slika 5.2.) je nastavak s prethodne strane. On također sadrži podatke o pacijentu kao što su svijest, seksualnost, vjerska uvjerenja itd. Sadrži i fizikalni pregled od glave do pete koji je potrebno ispuniti riječima i broječno. Potom slijede sestrinske dijagnoze i osobitosti u pacijentu. Sestrinske dijagnoze, ciljeve i intervencije određuje prvostupnik sestrinstva temeljem ispunjene dokumentacije, a osobitosti o pacijentu se upisuju kad nema u dokumentaciji mogućnosti upisa važnih podataka. (8) Važno je da ovi podaci budu prikupljeni tijekom 24 sata od prijama pacijenta.

Prilog 2

Svijest	očuvana <input type="checkbox"/> somnolencija <input type="checkbox"/> sopor <input type="checkbox"/> stupor <input type="checkbox"/> koma <input type="checkbox"/>	Procjena na Glasgow koma skali.....	
	ostalo..... 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.....	
Prihvatanje zdravstvenog stanja	neprihvatanje <input type="checkbox"/> prilagođivanje <input type="checkbox"/> prihvatanje <input type="checkbox"/> ostali oblici ponašanja.....	droge..... ostalo.....	
Vjerska uvjerenja	ograničenja..... potrebe.....	Samopercepcija sigurnost, strah...	
Doživljavanje hospitalizacije			
FIZIKALNI PREGLED 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			
Donji ekstremiteti			
Terapija koju uzima:		Kateteri CVK-mjesto:..... Dat. uvođenja:..... Tko je uveo:	
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		Elektrostimulator: DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Nazogastrična sonda: DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
terapiji	stečeno <input type="checkbox"/> nije stečeno <input type="checkbox"/> djelomično stečeno <input type="checkbox"/>		Tabus
načinu života	stečeno <input type="checkbox"/> nije stečeno <input type="checkbox"/> djelomično stečeno <input type="checkbox"/>		
Sestrinske dijagnoze			
Osobitosti o pacijentu:			
			Potpis med. sestre, broj registra

Legenda: 1-samostalan/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

Slika 5.2. nastavak s prve stranice koji sadrži sestrinske dijagnoze i osobitosti o pacijentu (8)

3. PRAĆENJE STANJA PACIJENTA TIJEKOM HOSPITALIZACIJE I TRAJNO PRAĆENJE POSTUPAKA (Prilog 3)

U dijelu koji se odnosi na sažetak praćenja stanja pacijenta tijekom hospitalizacije (Slika 5.3.) svaki dan se upisuju paralelno s datumom stupnjevi „Samozbrinjavanja“ i „Fizičkih aktivnosti“ tijekom hospitalizacije. U rubriku podnošenje napora upisuje se DA ili NE, te bodovi za skale (Braden, Glasgow/trauma skor, Morse). Rubrika kategorizacije se popunjava nakon kategorizacije pacijenta. U dijelu koji se odnosi na trajno praćenje postupka važno je držati se odredaba Plana zdravstvene njege. Osim navedenih postupaka (datum, I.V. kanila, urinarni kateter, centralni venski kateter, drenaža, stoma), mogu se upisati i drugi postupci. Taj način omogućava brz uvid u opće stanje pacijenta. Prilog 3a istovjetan je prilogu 3, a može se umetnuti kao dodatak ako pacijent boravi dulje vremena u bolnici.

Prilog 3

SAŽETAK PRAĆENJA STANJA PACIJENTA TIJEKOM HOSPITALIZACIJE																
DATUM	HIGIJENA	HRANJENJE	ELIMINACIJA	OBLAČENJE	HODANJE	PREMIJESTANJE	SJEDANJE	STAJANJE	OKRETANJE	PREHRANA -DJETA	PODNOŠENJE NAPORA	BOL	GLASGOW KOMU/TRAUMA SKOR SKALA	BRADEN SKALA	RIZIK ZA PAD	KATEGORIZACIJA
1. dan																
UPISATI STUPNJEVE I BODOVE																

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.

Slika 5.3. Sažetak praćenja stanja pacijenta tijekom hospitalizacije i trajno praćenje postupaka (8)

4. MEDICINSKO-TEHNIČKI I DIJAGNOSTIČKI POSTUPCI (Prilog 4)

Prilog 4 (Slika 5.4.) obuhvaća medicinsko-tehničke i dijagnostičke postupke koji su ordinirani, planirani i obavljeni tijekom hospitalizacije. (11) Potrebno je upisati datum kad je ordiniran postupak, kada je planiran i kada je izvršen, a potom medicinska sestra stavlja svoj potpis kojim to potvrđuje. U rubriku – primjedbe – potrebno je upisati eventualne promjene i zbivanja vezana uz postupak kao što su krvarenje tijekom kateterizacije ili odgoda postupka.

Prilog 4

MEDICINSKO - TEHNIČKI I DIJAGNOSTIČKI POSTUPCI							
Datum ordin.	Postupci	Plan. datum	Datum izvrš.	Potpis M.S.	Primjedbe	Datum	Potpis M.S.

Slika 5.4. Medicinsko-tehnički i dijagnostički postupci (8)

Prilog 5

5. TRAJNO PRAĆENJE STANJA PACIJENTA – DECURS (Prilog 5)

U tablicu Trajno praćenje pacijenta (Slika 5.5.) potrebno je upisati sve promjene kod pacijenta tijekom 24 sata. To se odnosi na simptome, znakove, opis novonastalog stanja, moguće uzroke i dodatne podatke kojih nema u anamnezi. Oni su nužni u izradi Plana zdravstvene njege za stanja koja su nastala nakon prijema pacijenta.

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

Slika 5.5. Trajno praćenje stanja pacijenta (decurs) (8)

6. PLAN ZDRAVSTVENE NJEGE (Prilog 6)

Plan zdravstvene njege (Slika 5.6.) izrađuje prvostupnik sestrinstva na temelju utvrđenih potreba za zdravstvenom njegom. On sadrži četiri osnovne skupine informacija: sestrinske dijagnoze po prioritetu, ciljeve po prioritetu, planirane intervencije, odnosno sestrinske postupke i evaluaciju. Uz pojedinu intervenciju obavezan je potpis medicinske sestre te oznaka vremena kada je provedena. Sestrinske dijagnoze se evidentiraju prema PES modelu (P=problem, E=etiologija, S=simptom) za aktualne dijagnoze, te po PE modelu za visokorizične dijagnoze. (11) U dogovoru s pacijentom određuju se postupci koji će se vršiti u svrhu primjene zdravstvene njege, a bilježe se na Listi provedenih sestrinskih postupaka. Evaluacija može biti trajna, dnevna, tjedna i završna te se i za nju navodi datum i potpis medicinske sestre koja ju je izvršila.

Daljnjom obradom dobivenih podataka razvija se organizacija rada medicinskih sestara i utvrđuje se prostor za napredak i njihovu trajnu edukaciju. Na taj se način pospješuje rad medicinskih sestara te dobiva na kvaliteti zdravstvene njege. Podaci služe i za izradu nastavnih planova u obrazovanju te izradu normativa.

Grafičko rješenje plana treba osigurati preglednost unesenih informacija i održavati povezanost pojedinih faza procesa zdravstvene njege, treba omogućavati unos dodatnih intervencija, izmjena i prilagodbi. (2)

Prilog 6

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

Potpis VMS, broj registra:

Slika 5.6. Plan zdravstvene njege (8)

7. OTPUSNO PISMO (Prilog 13)

Ukoliko je pacijentu potreban nastavak zdravstvene njege po izlasku iz zdravstvene ustanove, izdaje se otpusno pismo (Slika 5.7.). U trenutku otpusta iz bolnice, pacijent dobiva dva otpusna pisma. Jedno otpusno pismo piše liječnik, a drugo medicinska sestra i ono sadrži:

- identifikacijske podatke o bolesniku (ime, prezime, dob ...),
- opće podatke koji su utjecali na opseg i vrstu potrebne zdravstvene njege (medicinska dijagnoza, sljepoća, obrazovanje, invalidnost,
- popis svih problema (dijagnoza) iz područja zdravstvene njege otkrivenih tijekom hospitalizacije,

- prikaz svakog problema koji sadrži: opis postupaka dijagnosticiranja, prikaz provedenih načela i postupaka usmjerenih rješavanju problema, ocjenu uspješnosti zdravstvene njege, preporuke za nastavak intervencija ako problem nije potpuno riješen ili postoji mogućnost recidiva. (3)

U otpusnom se pismu, dakle, treba sažeto prikazati zdravstvena njega pacijenta tijekom hospitalizacije te navesti preporuke za nastavak njege izvan bolnice. Propusti mogu dovesti do ugrožavanja pacijenta i učestalih ponovnih hospitalizacija, tako da otpust bolesnika uvjetuje razina liječenja i potrebe pacijenta za zdravstvenom njegom.

USTANOVA

OTPUSNO PISMO ZDRAVSTVENE NJEGE

Pacijent	Datum rođenja	Adresa Tel.:	Grad/gradsko područje
Zakonski određen skrbnik	Srodstvo	Adresa skrbnika Tel.:	
Datum prijama	Vrijeme otpusta (datum, sat)	Klinika/Odjel	
Medicinska dijagnoza kod otpusta			Izabrani obiteljski liječnik Šifra:

SOCIJALNI STATUS

Živi sam DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Socijalno stanje	Tko mu može pružiti pomoć po otpustu iz bolnice	U skrb su do prijama u bolnicu bili uključeni
Živi sa:	Korisnik socijalne pomoći <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Suprug-a <input type="checkbox"/> Roditelj <input type="checkbox"/> Djeca <input type="checkbox"/> Brat-sestra <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 plaća <input type="checkbox"/> Kućna pomoćnica <input type="checkbox"/> Nitko, nije trebalo
U kojem segmentu njega, značajne osobe ne mogu pomoći: <input type="checkbox"/> Kod specijalnih postupaka (stoma, nazogastrična sonda, peritonealna dijaliza...)..... <input type="checkbox"/> U opskrbi rane..... <input type="checkbox"/> Kod prevencija komplikacija dugotrajnog ležanja <input type="checkbox"/> Kod osobne higijene inkontinentnog pacijenta <input type="checkbox"/> Kod kupanja, tuširanja <input type="checkbox"/> Drugo:			

PROVEDENA ZDRAVSTVENA NJEGA U BOLNICI/POSTUPCI

Koliko je pacijent informiran i educiran u bolnici o svom novonastalom zdravstvenom stanju		Nakon novonastalog zdravstvenog stanja, po otpustu iz bolnice, što pacijent zna i može uraditi sam u procesu samozbrinjavanja
Informiran:	Educiran:	
<input type="checkbox"/> Potpuno <input type="checkbox"/> Djelomično <input type="checkbox"/> Nikako <input type="checkbox"/> Značajne osobe P Pacijentu date pisane upute o:	<input type="checkbox"/> Potpuno <input type="checkbox"/> Djelomično <input type="checkbox"/> Nikako <input type="checkbox"/> Značajne osobe P	

UTVRĐIVANJE POTREBA ZA KONTINUIRANOM ZDRAVSTVENOM NJEGOM U KUĆI

<input type="checkbox"/> Pacijent treba, po otpustu iz bolnice, zdravstvenu njegu u kući		Vremensko razdoblje - nužnost prvih postupaka ZNJ u kući				
<input type="checkbox"/> Informacije patронаžnoj MS <input type="checkbox"/> Informacije MS druge klinike/odjela ili stacionarne ustanove		<input type="checkbox"/> VRLO HITNO-na dan otpusta <input type="checkbox"/> HITNO-prvi dan po otpustu <input type="checkbox"/> Drugi dan po otpustu	<input type="checkbox"/> Treći dan po otpustu <input type="checkbox"/> Tjedan dana po otpustu			
Fizičko stanje	Mentalno stanje	Aktivnost	Pokretljivost	Inkontinencija	Prehrana	Tekućina
<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"/> Vežan na kolica <input type="checkbox"/> Vežan na krevet	<input type="checkbox"/> Puna <input type="checkbox"/> Ograničena <input type="checkbox"/> Vrlo ograničena <input type="checkbox"/> Nepokretan	<input type="checkbox"/> Nije <input type="checkbox"/> Povremeno <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Kompletno	<input type="checkbox"/> Dobro <input type="checkbox"/> Osrednje <input type="checkbox"/> Slabo <input type="checkbox"/> Ne jede	<input type="checkbox"/> Dobro <input type="checkbox"/> Osrednje <input type="checkbox"/> Slabo <input type="checkbox"/> Ne pije
Dekubitusi DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>		Druge rane DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>		Specijalne potrebe		
Lokalizacija: Stupanj: Veličina: Sekrecija: Procjena rizika po Braden skali:		Tip rane: Lokalizacija: Veličina: Starost rane: Sekrecija: Kratak opis:		<input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Kanila <input type="checkbox"/> Nazogastrična sonda <input type="checkbox"/> Peritonejska dijaliza <input type="checkbox"/> Kronična hemodijaliza <input type="checkbox"/> Trajna epiduralna analgezija <input type="checkbox"/> Urinarni kateter <input type="checkbox"/> CVK <input type="checkbox"/> Drugo		

Slika 5.7. Otpusno pismo (8)

Osim obavezne sestrinske dokumentacije, prethodno navedene i opisane, obrasci sestrinske dokumentacije tiskani u prilogima 7. – 12. upotrebljavaju se ovisno o potrebama, odnosno nisu potrebni u svakom slučaju.

1. Evidencija ordinirane i primijenjene terapije (Prilog 7)

U slučaju da je, primjerice, pacijent hospitaliziran radi pregleda i ne prima nikakvu terapiju, ovaj dio dokumentacije je nepotreban. Kada pacijent koji je hospitaliziran prima terapiju, nužno je zabilježiti svaku primjenu lijeka, vrijeme davanja te pored staviti potpis kako bi se znalo tko je za postupak odgovoran. U postupku primjene lijeka treba zabilježiti naziv lijeka, dozu, način davanja i učestalost davanja.

EVIDENCIJA ORDINIRANE I PRIMIJENJENE TERAPIJE															
USTANOVA		IME I PREZIMEMATIČNI 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.	Sat

Slika 5.8. Evidencija ordinirane i primijenjene terapije (8)

2. Unos i izlučivanje tekućina (Prilog 8)

Procesom disanja i znojenja ljudi svakodnevno gube tekućinu koju je zbog toga vrlo važno pravovremeno nadoknaditi. Novija istraživanja upućuju na moguću povezanost između male količine unošenja tekućine i karcinoma mjehura, debelog crijeva, dojki, prostate, bubrega i testisa. Tablica (Slika 5.9.) evidentira unos i izlučivanje tekućina kod pacijenata kod kojih je to potrebno. Motri se unos tekućina u mililitrima, peroralno ili intravenozno, a za svaki postupak nužan je potpis medicinske sestre. Kod izlučivanja tekućina motri se na urin, stolicu, drenažu i ostalo, a kao i kod unosa važan je potpis medicinske sestre uz vrijeme događanja.

Prilog 8

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 ^{*)}	Potpis M.S.	UKUPNO

^{*)} znojenje, povraćanje, vlaženje...

Slika 5.9. Unos i izlučivanje tekućina (8)

3. Procjena bola (Prilog 9)

Bol je subjektivni doživljaj, pa njen intenzitet može procjenjivati samo onaj tko ju osjeća (bolesnik, a ne vanjski promatrač). (3) Kod pacijenta koji je na upit boli li ga nešto odgovorio potvrdno, potrebno je pratiti bol u tablici Procjena bola (Slika 5.10.). Vremenski razmak između mjerenja određen je Planom zdravstvene njege, a primjenjuje se kod pacijenata kod kojih se javlja učestala ili trajna bol. Na vrhu stranice nalazi se raspon brojeva od 1 do 10, u kojem 1 – 3 označava podnošljivu bol, 4 – 6 jaku bol, 7 – 9 vrlo jaku bol, a 10 nepodnošljivu bol. Potom se ispunjavaju rubrike koje pomažu opisati bol, vrijeme javljanja, reakciju na bol i trajanje bola. U

drugom dijelu tablice uz određeno vrijeme evidentira se jačina boli, primijenjeni analgetici ili dr. postupci te dobiven učinak.

PROCJENA BOLA

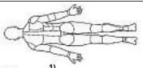
Ime i prezime:				Odjel:				Matični broj:							
LEGENDA															
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10					
bez bola	podnošljiva bol		jaka bol			vrlo jaka bol			nepodnošljiva bol						
Početak bola:															
Datum:		Sat:		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Lokacija:
Opis bola:				Vrijeme javljanja:				Reakcija na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

Slika 5.10. Procjena bola (8)

4. Lista za praćenje dekubitusa (Prilog 10)

Dekubitus je oštećenje kože nastalo zbog nedostatka krvnog protoka i zbog nadražaja kože iznad kosti gdje je koža bila duže vrijeme pod pritiskom. Listu za praćenje dekubitusa (Slika 5.11.) potrebno je voditi kod pacijenata koji imaju dekubitus. Medicinska sestra mora zapisati svaku promjenu položaja (leđa, lijevi bok, desni bok) jer promjene položaja tijela poboljšavaju cirkulaciju i sprječavaju nastanak dekubitusa, a postupak potvrđuje svojim inicijalima. U tablicu se upisuju podaci o rani kao što su veličina, opis okolnog tkiva, rubova rane i količina sekrecije. Potom se opisuje postupak s ranom, antidekubitalna pomagala, učestalost prijevaja, stupnjevi Braden skale te evaluacija.

LISTA ZA PRAĆENJE DEKUBITUSA

IME I PREZIME:		DOB:		MB:		ODJEL:																															
DATUM:																																					
 <p>Opis rane ¹⁾ I.^o, II.^o, III.^o, IV.^o, N, INF, K</p>	Sat	2	6	10	14	18	22	2	6	10	14	18	22	2	6	10	14	18	22	2	6	10	14	18	22	2	6	10	14	18	22	2	6	10	14	18	22
	Leda																																				
	L bok																																				
	D bok																																				
VELIČINA RANE (širina, dubina, dužina)																																					
OKOLNO TKIVO (macerirano, upaljeno)																																					
RUBOVI RANE (crvenilo, džepovi, granulacija)																																					
KOLIČINA SEKRECIJE (mala, srednja, jaka)																																					
POSTUPAK S RANOM																																					
ANTIDEKUBITALNA POMAGALA																																					
UČESTALOST PRIJEVOJA																																					
BRADEN SKALA																																					
EVALUACIJA																																					
POTPIS MEDICINSKE SESTRE																																					

¹⁾ I.^o - CRVENILO - ne povlači se; II.^o - OŠTEĆENJE EPIDERMA; III.^o - OŠTEĆENJE POTKOŽNOG TKIVA; IV.^o - ZAHVAĆEN MIŠIĆ (kost, tetiva); N - NEKROZA; INF - POSTOJI INFEKCIJA; B - INTAKTNI MJEHUR ISPUNJEN TEKUĆINOM (BULA); E - ESKARA

Slika 5.11. Lista za praćenje dekubitusa (8)

5. Nadzorna lista rizičnih postupaka u zdravstvenoj njezi (Prilog 11)

Kod nekih je pacijenata prisutan veći rizik za pojavu komplikacija tijekom ili nakon medicinsko-tehničkih postupaka, a moguće komplikacije se upisuju u Nadzornu listu rizičnih postupaka u zdravstvenoj njezi (Slika 5.12.). Postupci kod koji se mogu pojaviti komplikacije su uvođenje NG sonde ili lavaža unutarnjih organa kod hipotermije, bronhoaspiracija kod pacijenata s trombocitopenijom, kateterizacija urina kod pacijenata s trombocitopenijom ili pancitopenijom i dr. S postupkom mora biti suglasan liječnik, a suglasnost potvrđuje svojim potpisom.

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 unis mogućih komplikacija nakon medicinsko-tehničkih postupaka kod pacijenata kod kojih je prisutan veći rizik za nastavu komplikacija

Slika 5.12. Nadzorna lista rizičnih postupaka u zdravstvenoj njezi (8)

6. Izvješće o incidentu spriječenom ili nastalom (Prilog 12)

Izvješće o incidentu (Slika 5.13.) spriječenom ili nastalom može se pisati u više primjeraka, sukladno pravilima ustanove, a jedan primjerak obavezno ostaje u Sestrinskoj dokumentaciji. (9) Upisuje se vrijeme incidenta, mjesto, uzrok i vrsta te ga se opisuje. Osim medicinske sestre, izvješće daje pacijent i druga osoba. Potom liječnik i medicinska sestra zasebno upisuju odredbe i postupke po incidentu, a na dnu tablice se upisuje eventualna materijalna šteta. Incident može biti ozljeda pacijenta prilikom pada s kreveta, primjena krivog lijeka ili bilo koja neplanirana situacija koja ima negativne posljedice.

USTANOVA

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

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

Potpis med. sestre Radno mjesto Datum

Slika 5.13. Izvješće o incidentu (8)

7. Obrazac primarne procjena pacijenta – opservacija u Objedinjenom hitnom bolničkom prijemu (Prilog 14)

Nakon primarne trijaže, kada pacijent ostaje na opservaciju u hitnom bolničkom prijemu, medicinska sestra popunjava 4 stranice dokumentacije. Primarni ciljevi su upozoravanje na novonastale promjene tijekom opservacije, uočavanje stanja koja ugrožavaju život i zbrinjavanje pacijenta.

Na prvoj stranici navode se podaci o pacijentu nakon primarne procjene, na drugoj i trećoj stranici se prate vitalne funkcije, upisuju se medicinsko-tehnički postupci i dijagnostički postupci, a na četvrtoj stranici evidentiraju se osobne stvari i vrijednosti pacijenta te otpust

pacijenta. U slučaju odbijanja potrebne hospitalizacije potreban je potpis pacijenta i navesti popis dokumentacije koja je predana pacijentu. (8)

6. INFORMATIZACIJA SESTRINSKE DOKUMENTACIJE

Devedesetih godina prošlog stoljeća započela je informatizacija zdravstvenog sustava u Hrvatskoj u svrhu pojednostavlivanja korištenja i smanjivanja broja papirnatih zapisa. Javila se i potreba za povezivanjem zdravstvene zaštite na razini države, pa je tako informatička tehnologija u sestriinstvu postala neizostavan dio. U informacijskom sustavu sestriinstva (engl. Nursing Informatics System), podsustavu bolničkog informacijskog sustava, sestre bi trebale raditi s elektroničkim zdravstvenim zapisom pacijenta koji podrazumijeva kolekciju računalno pohranjenih zdravstvenih informacija o jednoj osobi.

6.1. Potrebitost informatizacije sestriinske dokumentacije i prepreke za nju

Istraživanja California Health Care Foundation-a su pokazala kako medicinske sestre na samu skrb bolesnika utroše 31% radnog vremena, dok se ostatak vremena posvećuju između ostalog i administrativnim obavezama. Ista fondacija navodi rezultate istraživanja provedene u Sjedinjenim Američkim Državama o potrebnim dodatnim koracima. Statistike pokazuju kako je prosječno 4 – 8 koraka vezano uz narudžbe iz ljekarne, kontaktiranje ljekarnika, kontaktiranje laboratorija i kontaktiranje nekog drugog odjela. Nije potrebno naglasiti zašto je problematično da medicinska sestra potroši prosječno sat vremena u radom danu samo na odgovaranje telefonskih poziva. Podaci su to koji govore u korist nužnosti informatizacije sestriinske prakse i zdravstvenog sustava uopće.

Korištenjem informatičke i komunikacijske tehnologije postiže se:

- bolji protok informacija,
- brža i veća dostupnost podataka,
- integracija svih računalnih programa u kojima rade sestre,
- lakša evaluacija,
- jednostavan pristup i dostupnost svim medicinskim sestrama,
- kvalitetnija komunikacija među članovima tima,
- automatski pristup standardima,
- kontinuitet i kronološki pregled podataka,
- razmjena iskustava i dr. (12)

Navedeno pozitivno utječe na kvalitetu skrbi, brži oporavak, sprečavanje komplikacija te zadovoljstvo i sigurnost bolesnika.

Za uspješnu i učinkovitu primjenu informatike u sestrinstvu potrebno je osigurati:

1. osoblje (medicinske sestre/tehničare s potrebnim obrazovanjem),
2. tehničku opremljenost (računala, pisači i umreženost),
3. programsku potporu (program s rješenjima koja su prilagođena potrebama rada) i
4. sustav postupaka (radnih uputa koje se primjenjuju u svakodnevnom radu).

Nažalost, postoje nedostaci zbog kojih ideja informatizacije zdravstvenog sustava nije u potpunosti zaživjela, kao što su:

1. nedostatak znanja i vještina medicinskog osoblja u tehnološko području,
2. nedostatan broj računala i
3. sporost računalnog procesa. (13)

6.2. Nužnost obrazovanja medicinskih sestara/tehničara u svrhu uspješne provedbe implementacije informacijskih znanja u sestrinsku praksu

Kako bi mogle pratiti razvoj tehnologije u zdravstvenom sustavu, medicinske sestre imaju pravo i obavezu stručnog usavršavanja. Jedno od polja za koje je potrebno usavršavanje medicinskog osoblja je i informatizacija zdravstvene njege, odnosno vođenja sestrinske dokumentacije. Za to je potrebno razvijanje informatičkih vještina i obogaćivanje znanje rada s elektroničkim podacima, bilo da se radi o prikupljanju podataka, unosu i pohrani podataka u elektronički zdravstveni zapis ili njihovoj razmjeni.

U istraživanju koje su proveli Boris Ilić i Snježana Čukljek o iskustvima medicinskih sestara pri vođenju sestrinske dokumentacije pokazano kako je prije informatizacije sestrinske dokumentacije provedena određena edukacija, no većina se dokumentacije i dalje piše ručno što u konačnici povećava vrijeme potrebno za dokumentiranje. Smatra se kako postoje četiri kategorije rizika koje utječu na pozitivan stav, a to su : ljudska, tehnička, uporabljivost i upravljanje. (14) Ljude karakterizira otpor prema promjenama kakva je informatizacija sustava

pa iz njega proizlazi informatičko neznanje, nerealna očekivanja i negativan stav prema informatizaciji. Medicinske sestre bez informatičkih vještina i znanja ne znaju raditi na računalima i pokazuju otpor prema uporabi informatičke tehnologije što dovodi do neuspjeha u provedbi informatizacije sestrinske dokumentacije.

Programska rješenja trebala bi biti prilagođena načinima rada s papirnatom dokumentacijom te istovremeno jednostavna i lako uporabljiva, a od tehničke opremljenosti, vrlo je važno osigurati brzu i pouzdanu mrežu koja omogućuje brz pristup traženim podacima i brzu razmjenu podataka. (14)

6.3. Elektronički zdravstveni zapis – EZZ

Bolnički je sustav podijeljen u podsustave koji imaju mogućnost međusobnog povezivanja s drugim podsustavima. Takav je i modul (podsustav) sestrinske dokumentacije koji uključuje obrasce sestrinskog sustava: sestrinsku anamnezu, fizikalni pregled, podatke o osnovnim ljudskim potrebama, klasificiranje pacijenata u kategorije, evidenciju vitalnih znakova, procjenu i evidenciju stanja svijesti, raspoređivanje po sobama, određivanje dijetalne prehrane, plan zdravstvene njege, primopredaju službe i sl. (15) Iz spomenutog se obrasca moguće povezati s drugim podsustavima kao što su naručivanje i pretraga, lijekova, materijala itd. Svi su podaci trajno pohranjeni i u svakom trenutku spremni za uporabu.

Sadržaj elektroničkog oblika sestrinske dokumentacije mora biti usklađen s odredbama stručnih sestrinskih povjerenstava, kao što je Komora medicinskih sestara. Informatička tehnologija omogućuje, osim već gore navedenog, evidenciju svih pacijentovih podataka u obliku elektronskog kartona. Elektronički zapis u sestrinstvu je skup svih elektronički pohranjenih podataka o nekoj osobi iz područja zdravstvene njege. (16) Na taj način povezani podaci čine bazu podataka.

Kao što je to slučaj i s papirnatom dokumentacijom, upis podataka provodi se odmah po prijemu na odjel. Ti se podaci potom obrađuju periodično. Potpun elektronički zapis povezuje se sa zapisima drugih bolnica i zdravstvenih ustanova. To omogućuje svim zdravstvenim djelatnicima pristup pacijentovim podacima u trenutku kada je potrebno.

Kao primjer iz svakodnevnog rada medicinske sestre s elektroničkom sestrinskom dokumentacijom autori (16) navode sljedeće:

- nakon redovnog prijama pacijenta na odjel, medicinska sestra mu prilazi s tablet-računalom kako bi zajedno ispunili sestrinsku dokumentaciju,
- a potom slijedi ispunjavanje sestrinske anamneze, odnosno izrada plana zdravstvene njege te prikupljanje podataka koji su potrebni za odabir adekvatnog cilja i intervencija.

6.4. Izgradnja sustava elektroničkih zdravstvenih zapisa

Josipa Kern i suradnici u radu *Smjernice za unaprjeđenje elektroničkog zdravstvenog zapisa* opisuju pravac djelovanja u izgradnji sustava elektroničkih zdravstvenih zapisa. S obzirom na činjenicu da u Hrvatskoj još uvijek nemamo cjelovito rješenje za EZZ, da se u postojećim dokumentima i komunikaciji upotrebljavaju različiti nazivi (npr. e-karton u Pravilniku o načinu vođenja osobnog zdravstvenog kartona u elektroničkom obliku), a da istovremeno postoji više fragmenata potencijalnog rješenja za EZZ, Odbor za e-zdravlje smatra da je potrebno jasno definirati pojmove i izraditi Smjernice za unaprjeđenje EZZ-a. (17)

Svaki korisnik zdravstvene zaštite trebao bi imati svoj jedinstveni EZZ. U njega se upisuju podaci ovisno o potrebi, prvenstveno ju popunjava liječnik primarne zdravstvene zaštite, a potom bilo koja druga zdravstvena ustanova potrebna pacijentu. Najvažnije je da u trenutku kada je to potrebno, pacijentovi podaci budu dostupni svim osobama koje sudjeluju u pružanju zdravstvene skrbi.

6.4.1. Sestrinska dokumentacija i EZZ

Sestrinska dokumentacija sadrži podatke koji služe kontroli kvalitete planirane i provedene zdravstvene njege te je sastavni dio medicinske dokumentacije pacijenta, tj. EZZ-a. Za obavezni dio sestrinske dokumentacije, koja je obrađena u prvome dijelu diplomskoga rada, autori (17) navode da pokazatelji izvedeni iz tih podataka, tj. sekundarne informacije, mogu biti:

1. Udio sestrinskih zapisa koji sadrže sve obavezne dijelove, odnosno onih kojima neki od dijelova nedostaju (npr. anamneza, dijagnoza, sestrinski postupci i sl.) – radi osiguravanja kontinuiteta skrbi,

2. Udio pacijenata prema kategorizaciji – radi bolje organizacije rada medicinskih sestara, odnosno osiguravanja dovoljnog broja medicinskih sestara za kvalitetnu skrb za pacijenta, i argumentiranu potrebu za sestrijskim kadrovima,
3. Broj postupaka odnosno intervencija prema vrstama i u odnosu na plan,
4. Uspješnost provedenih intervencija,
5. Povezanost ishoda s pružateljem skrbi,
6. Zabilježeni incidenti. (17)

Na taj način, trajno praćenje stanja pacijenta omogućava uviđanje pogrešaka i mjesta za napredak.

7. POVJERLJIVOST PODATAKA

Podaci o zdravstvenom stanju pacijenta nesumnjivo spadaju u osobne podatke, ne smiju se, u pravilu, otkrivati trećim osobama, a pravila o njihovoj zaštiti moraju poštivati svi subjekti. (7) Posebno treba biti oprezan kod upisivanja podataka u elektronički zapis pa se zbog toga za zaštitu dokumentacije u elektroničkom obliku, uz etičku i zakonsku zaštitu podataka, rabi tehnička zaštita u smislu kriptografije, tj šifriranja i dešifriranja uz pomoć određenog ključa. Na taj su način podaci dostupni medicinskom osoblju u svakom trenutku, a s druge strane su zaštićeni od osoba kojima oni nisu potrebni u svrhu liječenja.

Svaka medicinska sestra/tehničar imaju svoju zaporku te se na taj način sprječava neovlašteno korištenje podataka. U Sveučilišnoj klinici Vuk Vrhovec koristi se program CroDiab NET za vođenje dokumentacije o oboljelima od primjerice šećerne bolesti, a pristup imaju samo korisnici što je prikazano na Slici 7.1.



Slika 7.1. Prikaz sučelja Crodiab NET- zaporka (18)

Kod praćenja zdravstvenog stanja bolesnika i upisivanja podataka u elektronički zapis osobito je važno poštivanje načela zaštite i povjerljivosti podataka, pa je sigurnost podataka vrlo važno

pitanje kada je riječ o informatizaciji zdravstvene njege. Posebno se vodi računa o podacima vezanima za zdravstveno stanje, a svaka se zloupotreba kažnjava.

8. ZAKLJUČAK

Vođenje sestrinske dokumentacije zakonska je obaveza medicinskih sestara, a podrazumijeva praćenje stanja pacijenta od trenutka prijema u bolnicu, nastavlja se praćenjem stanja tijekom boravka na odjelu, a potom se njihovom obradom periodično i po potrebi sažima sestrinska dijagnoza koja je osnova za odlučivanje o postupcima i ciljevima u zdravstvenoj njezi. U prvom dijelu diplomskoga rada prikazani su povijesni i pravni okviri sestrinske dokumentacije kojima je potvrđena neophodnost razvoja sestrinske dokumentacije kako bi se postigla kvalitetnija zdravstvena skrb. Potom je definiran pojam sestrinske dokumentacije te su prikazani njezini sastavni dijelovi zajedno s uputama za vođenje istih.

U današnje vrijeme kada se obujam posla uvelike povećao u odnosu na pružatelje usluga, odnosno zdravstvene djelatnike, od iznimne je važnosti pronaći što kvalitetniji, pouzdaniji i brži način unošenja i analiziranja podataka vezanih uz pacijenta i zdravstvenu njegu koju prima. Imajući na umu kako je za razvoj svih područja informatizacija postala neophodna, ne čudi da se implementacija informacijskih znanja u sestrinsku praksu pokušava podići na viši nivo u Republici Hrvatskoj. U drugom su dijelu diplomskoga rada, stoga, prikazane osobitosti i prednosti informatizacije sestrinske dokumentacije, kao što su trenutna dostupnost podacima, elektroničko arhiviranje podataka, brza razmjena podataka i jednostavna komunikacija. Takav pristup znatno olakšava sestrinski način rada te se iz tog razloga nastoji koristiti u svakodnevnoj praksi. Vođenje dokumentacije s pomoću računala olakšava rad medicinskim sestrama i znatno poboljšava kvalitetu zdravstvene njege pacijenata. S obzirom da elektronička dokumentacija oduzima manje vremena od papirne, medicinska sestra se može više posvetiti njezi pacijenta.

Postoje prepreke zbog kojih ideja informatizacije nije u potpunosti zaživjela, a to su: nedostatan broj računala, sporost računalnog procesa i nedostatak znanja i vještina medicinskog osoblja u tehnološkom području. Prikazana je zbog toga nužnost obrazovanja medicinskih sestara kao preduvjeta za ostvarivanje informatizacije sestrinske dokumentacije. Usvajanjem znanja i vještina, medicinska sestra razvija pozitivan odnos prema implementaciji informatičkih znanja i samim time ju pospješuje. Može se zaključiti kako korištenje računala ne bi trebala biti opcija, nego potreba kako bi se ostvarili ciljevi u zdravstvenoj njezi jer razvoj tehnologije pospješuje profesionalni razvoj medicinskih sestara.

9. LITERATURA

1. Čukljek, S. Teorija i organizacija u zdravstvenoj njezi – nastavni tekstovi. Zagreb: Zdravstveno veleučilište u Zagrebu; 2008.
2. Čukljek, S. Osnove zdravstvene njege. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2005.
3. Fučkar, G. Proces zdravstvene njege. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 1995.
4. Ilić, B. i Snježana Čukljek. Iskustva medicinskih sestara pri vođenju sestrinske dokumentacije. Dostupno na: https://www.researchgate.net/profile/Boris_Ilic/publication/261402787_Iskustva_medicinskih_sestara_pri_vodenju_sestrinske_dokumentacije/links/0a85e5343161663087000000/Iskustva-medicinskih-sestara-pri-vodenju-sestrinske-dokumentacije.pdf. (02.02.2018.)
5. Nursing in practice. Bird, A. A guide to case notes and record keeping. 2012. Dostupno na: <http://www.nursinginpractice.com/article/guide-case-notes-and-record-keeping>. (07.02.2018.)
6. ZAKON HR. Zakon o sestrinstvu. 2018. Dostupno na: <https://www.zakon.hr/z/407/Zakon-o-sestrinstvu>. (22.01.2018.)
7. Čizmić, J. Pravo na pristup podacima u medicinskoj dokumentaciji. U: Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci. Rijeka: Pravni fakultet Sveučilišta u Rijeci; 2009. str. 91-134. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=80376. (11.02.2018.)
8. Narodne novine. Pravilnik o sestrinskoj dokumentaciji u bolničkim zdravstvenim ustanovama. 2011. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2011_07_79_1692.html. (22.01.2018.)
9. HKMS. Upute za primjenu sestrinske dokumentacije. 2011. Dostupno na: <http://www.kbmerkur.hr/userfiles/pdfs/Za%20djelatnike/Sestrinstvo/Dokumenti/HKMS%20Upute%20za%20primjenu%20sestrinske%20dokumentacije%20u%20bolnic%20i%20zdravstvenim%20ustanovama.pdf>. (01.02.2018.)
10. Jahić. M. et. al. Utvrđivanje potreba za zdravstvenom njegom, sestrinska anamneza i analiza dokumentacije. Javna zdravstvena ustanova Univerzitetski klinički centar Tuzla Bosna i Hercegovina. 2014. Dostupno na: <http://www.ubn.rs.ba/download/2014/SeminarNuPZNj/Bijeljina-Mirza.pdf>. (04.02.2018.)

11. MEFST. Sestrinska lista. 2005. Dostupno na: http://neuron.mefst.hr/docs/katedre/znanstvena_metodologija/OZS/Sestrinska_lista.pdf. (01.02.2018.)
12. Ozimec Vulinec, Š. Zdravstvena njega i tehnološki progres. U: Čukljuk, S. i Vesna Turk, ur. Znanjem do izvrsnosti. Opatija: Zdravstveno veleučilište Zagreb; 2010. str. 53-59. Dostupno na: <http://www.zvu.hr/arhiva/opatija/arhiva/2010/zbornik/zbornik.pdf>. (05.02.2018.)
13. Radman, I. Važnost vođenja sestrinske dokumentacije. 2014. Dostupno na: <https://prezi.com/g4rhuhm9u7hc/vaznost-voenja-sestrinske-dokumentacije/>. (02.02.2018.)
14. Burmini, G. Uvođenje informatičke tehnologije u sestriinstvo. U: Čukljuk, S. i Vesna Turk, ur. Znanjem do izvrsnosti. Opatija: Zdravstveno veleučilište Zagreb; 2010. str. 59-63. Dostupno na: <http://www.zvu.hr/arhiva/opatija/arhiva/2010/zbornik/zbornik.pdf>. (05.02.2018.)
15. Ljubičić, M. Implementacija sestrinske dokumentacije u informacijski zdravstveni sustav i utjecaj na kvalitetu zdravstvene nje. Zagreb: Zdravstveno veleučilište Zagreb; 2010. Dostupno na: https://bib.irb.hr/datoteka/446821.MARIJA_LJUBII_-_diplomski_rad_2010pdf. (06.02.2018.)
16. Kurtović, B., Cecilija Grgas-Bile i Danijela Kundrata. Informatizacija zdravstvene njege. Acta Medica Croatica. 2014. Vol. 68. str. 55-59. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=174222. (10.02.2018.)
17. Kern, J. et. al. Smjernice za unaprjeđenje elektroničkog zdravstvenog zapisa. Acta Medica Ctoatica. 2017. Vol 71. str. 79-93. Dostupno na: http://www.amzh.hr/pdf/79_93.pdf. (08.02.2018.)
18. Svetić Čišić., R, Kolarić, V., et. al. Elektronička sestrinska dokumentacija u Sveučilišnoj klinici Vuk Vrhovec. U: Čukljuk, S. i Vesna Turk, ur. Znanjem do izvrsnosti. Opatija: Zdravstveno veleučilište Zagreb; 2010. str. 79-83. Dostupno na: <http://www.zvu.hr/arhiva/opatija/arhiva/2010/zbornik/zbornik.pdf>. (12.02.2018.)
19. Urquhart C, Currell R, Grant MJ, Hardiker NR. Sestrinska dokumentacija za poboljšanje prakse medicinskih sestara i zdravstvene zaštite. 2009. Dostupno na: <http://www.cochrane.org/hr/CD002099/sestrinska-dokumentacija-za-poboljsanje-prakse-medicinskih-sestara-i-zdravstvene-zastite>. (04.02.2018.)
20. Kern, J. Informacijske i komunikacijske tehnologije u sestriinstvu. Acta Medica Ctoatica. 2014. Vol 68. str. 3-5. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/117918>. (07.02.2018.)

10. SAŽETAK

Vođenje sestrinske dokumentacije je zakonska obaveza medicinskih sestara, pa je tako sestrinska dokumentacija neizostavan dio u svakom koraku ka pacijentovu ozdravljenju. Prvi dio diplomskoga rada donosi povijesne i pravne okvire sestrinske dokumentacije kako bi se prikazala konstanta u njenom razvoju. Potom su navedeni dijelovi sestrinske dokumentacije i detaljne upute o vođenju istih. S obzirom da u današnje vrijeme informatizacija uvjetuje razvoj i rast svih područja, pa tako i sestrinske prakse, prikazana je informatizacije sestrinske dokumentacije, njene osobitosti i prednosti te izazovi koji predstoje kako bi se unaprijedila. Kako je povjerljivost pacijentovih podataka izrazito važna kako u pisanoj, tako i u elektroničkoj dokumentaciji, prikazan je način zaštite istih. Implementacija informatičkih znanja u dokumentiranje sestrinske prakse omogućava trenutnu dostupnost podacima, njihovo elektroničko arhiviranje i brzu razmjenu te jednostavnu komunikaciju. Na taj se način pospješuje provođenje zdravstvene njege.

KLJUČNE RIJEČI: sestrinska dokumentacija, primjena sestrinske dokumentacije, dijelovi sestrinske dokumentacije, informatizacija sestrinske prakse, povjerljivost podataka


11.SUMMARY

Conducting nursing documentation is legal obligation of nurses, so nursing documentation is an inevitable part of every step towards patient healing. The first part of the graduate thesis brings the historical and legal frameworks of the nursing documentation to show the constant in the development of nursing documentation. Subsequently are listed the parts of the nursing documentation and detailed instructions for running them. As today's computerization requires the development and growth of all areas, including nursing practice, the computerization of nursing documentation, its features and advantages, and the challenges ahead to improve it. As the confidentiality of patient data is extremely important both in the written and electronic documentation, the way of protecting them is presented. The implementation of IT knowledge in documenting nursing practice enables instant access to data, their electronic archiving and rapid exchange, and easy communication, and thus facilitates the performance of health care.

KEY WORDS: nursing documentation, nursing documentation, nursing documentation, nursing practice computerization, confidentiality of data

IZJAVA O AUTORSTVU ZAVRŠNOG RADA

Pod punom odgovornošću izjavljujem da sam ovaj rad izradio/la samostalno, poštujući načela akademske čestitosti, pravila struke te pravila i norme standardnog hrvatskog jezika. Rad je moje autorsko djelo i svi su preuzeti citati i parafraze u njemu primjerenom označeni.

Mjesto i datum	Ime i prezime studenta/ice	Potpis studenta/ice
U Bjelovaru, <u>16. 05. 2018.</u>	Jure Križić	

Prema Odluci Veleučilišta u Bjelovaru, a u skladu sa Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, elektroničke inačice završnih radova studenata Veleučilišta u Bjelovaru bit će pohranjene i javno dostupne u internetskoj bazi Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu. Ukoliko ste suglasni da tekst Vašeg završnog rada u cijelosti bude javno objavljen, molimo Vas da to potvrdite potpisom.

Suglasnost za objavljivanje elektroničke inačice završnog rada u javno dostupnom nacionalnom repozitoriju

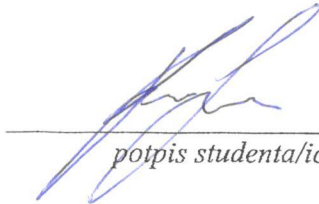
Jure Kržić

ime i prezime studenta/ice

Dajem suglasnost da se radi promicanja otvorenog i slobodnog pristupa znanju i informacijama cjeloviti tekst mojeg završnog rada pohrani u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu i time učini javno dostupnim.

Svojem potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 16.05.2018


potpis studenta/ice