

Sestrinska dokumentacija: stavovi i percepcija medicinskih sestara

Gregov, Josipa

Master's thesis / Diplomski rad

2024

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:162:881603>

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

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



Sveučilište u Zadru
Universitas Studiorum
Jadertina | 1396 | 2002 |

Repository / Repozitorij:

[University of Zadar Institutional Repository](#)



Sveučilište u Zadru

Odjel za zdravstvene studije
Sveučilišni diplomski studij sestrinstva

Josipa Gregov, bacc. med. techn.

**Sestrinska dokumentacija: stavovi i percepcija
medicinskih sestara**

Diplomski rad

Zadar, 2024.

Sveučilište u Zadru
Odjel za zdravstvene studije
Sveučilišni diplomski studij sestrinstva

Sestrinska dokumentacija: stavovi i percepcija medicinskih sestara

Diplomski rad

Student/ica:

Josipa Gregov, bacc. med. techn.

Mentor/ica:

Doc. dr. sc. Ivana Gusar

Zadar, 2024.



Izjava o akademskoj čestitosti

Ja, **Josipa Gregov**, ovime izjavljujem da je moj **diplomski** rad pod naslovom **Sestrinska dokumentacija: stavovi i percepcija medicinskih sestara** rezultat mojega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na izvore i radove navedene u bilješkama i popisu literature. Ni jedan dio mojega rada nije napisan na nedopušten način, odnosno nije prepisan iz necitiranih radova i ne krši bilo čija autorska prava.

Izjavljujem da ni jedan dio ovoga rada nije iskorišten u kojem drugom radu pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj, obrazovnoj ili inoj ustanovi.

Sadržaj mojega rada u potpunosti odgovara sadržaju obranjenoga i nakon obrane uređenoga rada.

Zadar, 5. srpanj 2024.

SAŽETAK

UVOD: Sestrinska dokumentacija sastoji se od različitih zapisa koje medicinska sestra ispunjava ili bilježi informacije o svojim postupcima tijekom cijelog procesa skrbi za pacijenta, čime se osigurava povezivanje i kontinuitet svih faza zdravstvene njege.

CILJ: Ovaj rad ima za cilj ispitati stavove i mišljenja medicinskih sestara o vođenju medicinske dokumentacije i važnost sestrinske dokumentacije unutar bolničke zdravstvene skrbi.

MATERIJALI I METODE: Istraživanje je provedeno u Općoj bolnici Zadar u razdoblju od 15. svibnja 2024. godine do 03. lipnja 2024. godine. U svrhu prikupljanja podataka sa svim ispitanicima zasebno je proveden strukturirani intervju koji je sadržavao pitanja temeljena na dostupnoj literaturi.

REZULTATI: Kao glavna tema ovog istraživanja istaknula se kvaliteta sestrinske dokumentacije, unutar koje su sadržane tri glavne kategorije. Prva od njih je važnost sestrinske dokumentacije gdje ispitanici kroz potkategorije ističu sestrinsku dokumentaciju kao službeni dokument koji sadržava cjelovite podatke o pacijentu i dopuna je ostaloj medicinskoj dokumentaciji te služi kao pravna zaštita pacijenata i medicinskim sestrama. Druga glavna kategorija su prepreke kvaliteti sestrinske dokumentacije u kojima ispitanici kroz potkategorije ističu nedostatak vremena, osoblja i informatičke opreme, velik broj pacijenata, neprilagođenost IBIS-a pojedinim kategorijama pacijenata s potrebom kopiranja istih podataka na više mjesta. Treća glavna kategorija je doprinos kvalitete sestrinske dokumentacije sigurnosti pacijenta unutar koje kroz potkategorije ispitanici ističu holistički pristup pacijentu koji sprječava neželjene događaje i štiti pacijenta od nesigurne prakse te potiče profesionalnu odgovornost medicinskih sestara.

ZAKLJUČAK: Sestrinska dokumentacija sastavni je dio medicinske dokumentacije o pacijentu, čijim se kvalitetnim vođenjem poboljšava komunikacija u timu koji skrbi za pacijenta. Kroz ovaj rad ispitanici su prikazali pozitivno mišljenje medicinskih sestara u procesu rada o vođenju i važnosti sestrinske dokumentacije, a koja bi uz dodatne edukacije i manje modifikacije informacijskog bolničkog sustava po njihovom mišljenju bila još kvalitetnija i bolje napisana.

Ključne riječi: *sestrinska dokumentacija, kvalitativno istraživanje*

Nursing documentation: attitudes and perceptions of nurses

ABSTRACT

INTRODUCTION: Nursing documentation consists of various records that the nurse fills in or records information about her actions during the entire patient care process, which ensures the connection and continuity of all phases of health care.

OBJECTIVE: This paper aims to examine the attitudes and opinions of nurses regarding the management of medical records and the importance of nursing records within hospital healthcare.

MATERIAL AND METHODS: The research was conducted in the General Hospital in Zadar from May 15, 2024, to June 3, 2024. To collect data, a structured interview was conducted separately with all respondents, which contained questions based on the available literature.

RESULTS: The main topic of this research was the quality of nursing documentation, which contains three main categories. The first of them is the importance of nursing documentation, where respondents emphasize nursing documentation through subcategories as an official document that contains complete information about the patient and complements other medical documentation, and serves as legal protection for patients and nurses. The second main category is the obstacles to the quality of nursing documentation, in which respondents point out through subcategories the lack of time, staff, and IT equipment, a large number of patients, the lack of adaptation of IBIS to certain categories of patients with the need to copy the same data to several places. The third main category is the contribution of the quality of nursing documentation to patient safety, within which, through subcategories, respondents emphasize a holistic approach to the patient that prevents unwanted events protects the patient from unsafe practice, and encourages the professional responsibility of nurses.

CONCLUSION: Nursing documentation is an integral part of the patient's medical documentation, whose quality management improves communication in the team that cares for the patient. Through this paper, the respondents presented the positive opinion of nurses in the work process regarding the management and importance of nursing documentation, which in their opinion would be even better and better written with additional education and minor modifications of the hospital information system.

Keywords: *nursing documentation, qualitative research*

Sadržaj

1. Uvod.....	1
1.1. Sestrinska dokumentacija.....	2
1.2. Važnost sestrinske dokumentacije	3
1.3. Integrirani bolnički informacijski sustav (IBIS).....	4
1.3.1. Prikaz programa i sestrinske dokumentacije	5
2. Cilj.....	7
3. Metode.....	8
3.1. Instrument istraživanja.....	8
3.2. Analiza podataka.....	8
3.3. Etičko odobrenje	8
4. Rezultati	9
4.1. Opće karakteristike ispitanika.....	9
4.2. Podatci prikupljeni intervjuom	10
5. Rasprava	17
6. Zaključak.....	19
7. Literatura	20
8. Životopis.....	22

1. Uvod

Sestrinstvo je profesija i znanstveno utemeljena disciplina koja omogućuje ljudima da postignu zdrav i produktivan život ili da se najbolje nose s bolestima i zdravstvenim poteškoćama, koristeći pritom vještine zasnovane na specifičnom stručnom znanju. Ne postoji jedinstvena definicija koja je opće prihvaćena na globalnoj razini. Umjesto toga, postoji širok spektar različitih definicija i teorija koje su predložili različiti autori i organizacije što jasno upućuje na kompleksnost definiranja sestriinstva (1). Premda nema univerzalno prihvaćene definicije sestriinstva, opis uloge medicinske sestre koji je formulirala Virginia Henderson često se ističe kao najprimjereniji i ujedno je i najprihvaćeniji. Navedeni opis je priznat i od strane Međunarodnog savjeta medicinskih sestara te glasi: „Jedinstvena je uloga medicinske sestre pomagati pojedincu, bolesnom ili zdravom, u obavljanju onih aktivnosti koje pridonose zdravlju, oporavku ili mirnoj smrti, a koje bi pojedinac obavljao samostalno kada bi imao potrebnu snagu, volju ili znanje“. To treba činiti tako da se osobi pomogne postati neovisnim što je moguće prije (1). Medicinske sestre su često nepravedno zanemarene iako su neizostavan dio zdravstvenog tima. Njihova uloga postaje evidentna u trenucima kada se pojavi potreba za zdravstvenom njegom, kad pacijenti postanu svjesni važnosti njihovog doprinosa u procesu skrbi i oporavka. U tim trenucima, medicinske sestre preuzimaju ključnu ulogu pružajući zdravstvenu njegu, podršku i osjećaj sigurnosti pacijentima u vrlo osjetljivim situacijama u kojima se osjećaju nemoćno i trebaju pomoć. Proces zdravstvene njege obuhvaća primjenu sestriinskih strategija i postupaka koji proizlaze iz pažljive procjene i analize potreba korisnika, uočenih izazova i problema te njihovih individualnih sposobnosti i mogućnosti. Ova praksa uključuje neprestanu evaluaciju i praćenje postignutih rezultata kako bi se osigurala adekvatna prilagodba zdravstvene njege prema potrebama korisnika i poboljšanje njihovog zdravstvenog stanja. Začeci strukturiranog procesa zdravstvene njege potječu iz Amerike pedesetih godina prošlog stoljeća, dok se u Europi počeo razvijati tek u sedamdesetima istog stoljeća. U Republici Hrvatskoj proces zdravstvene njege datira svoj početak osamdesetih godina prošlog stoljeća (2). Uvođenje procesa zdravstvene njege postalo je ključna smjernica u radu medicinskih sestara diljem Europe. Proces zdravstvene njege uči medicinske sestre kritičkom razmišljanju, što im pomaže u donošenju kliničkih procjena neophodnih za pružanje odgovarajuće zdravstvene skrbi. Istovremeno, osigurava adekvatno dokumentiranje pružene zdravstvene njege. Proces zdravstvene njege je sustavna, logična i

racionalna osnova za utvrđivanje i rješavanje pacijentovih problema, a odvija se kroz četiri faze:

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

Prikazani model procesa zdravstvene njege u svoju praksu uvrstila je i Hrvatska komora medicinskih sestara (HKMS). Osnovne osobine procesa zdravstvene njege su: sustavnost, dinamičnost i fleksibilnost (2). Sestrinska dokumentacija predstavlja ključnu vezu između prepoznavanja potreba za zdravstvenom njegom, planiranjem, pružanjem i evaluacijom pružene zdravstvene skrbi. Proces zdravstvene njege postavlja okvir za sestrinsku praksu koji zahtijeva dokumentiranje u svim njegovim fazama. Medicinske sestre su obvezne dokumentirati izvršene intervencije iz više razloga koji uključuju zakonske propise i zahtjeve kao i profesionalnu odgovornost medicinskih sestara. Nadalje, obveza dokumentiranja iznimno je važna zbog pravne zaštite medicinskih sestara, unaprjeđenja međusobne komunikacije i komunikacije s ostalim zdravstvenim profesionalcima, standarda sestrinske prakse, unaprjeđenja kvalitete zdravstvene njege, troškova u zdravstvu i društvenih promjena (2).

1.1. Sestrinska dokumentacija

Još 1800-ih godina, Florence Nightingale, začetnica sestrištva, zalagala se za cjelovitu i svrsishodnu sestrinsku dokumentaciju (3). Kroz svoja promatranja, prikupljala je podatke i informacije kako bi identificirala probleme u zdravstvenoj njezi i zagovarala nužne reforme bolnica. Njezin rad bio je presudan za unapređenje kvalitete zdravstvene skrbi i isticanje važnosti temeljite dokumentacije u sestrinskoj praksi. Sljedeći ključni iskorak u razvoju sestrinske dokumentacije napravila je Virginia Henderson 1930-ih godina, uvođenjem koncepta planova zdravstvene njege (1). Upravo ova inovacija omogućila je da zdravstvena njega postane kontinuirani proces, pružajući strukturiran, dosljedan i sveobuhvatan pristup skrbi za pacijente. Godine 1970. sestrinski decursus formalno postaje zakonski dokument, pružajući detaljan uvid u zdravstvenu skrb pacijenata (4). Nakon završetka skrbi, sestrinska dokumentacija se ne uništava, već ostaje kao sastavni dio zdravstvenog kartona pacijenta. U Republici Hrvatskoj, od 2011. godine, kada je stupio na snagu Pravilnik o sestrinskoj dokumentaciji u bolničkim zdravstvenim ustanovama, vođenje sestrinske dokumentacije

postalo je i zakonska obveza svih medicinskih sestara (5). Učestalost sestrinskog dokumentiranja varira ovisno o različitim čimbenicima, od kojih su najznačajniji zdravstveno stanje pacijenta i opseg potrebne zdravstvene njege. Sestrinsko dokumentiranje predstavlja važno sredstvo kritičke procjene, pružajući detaljan opis stanja pacijenta, bilježeći planirane i provedene intervencije medicinskih sestara te ocjenjujući rezultate pružene zdravstvene njege. Sestrinska dokumentacija može biti vođena u pisanoj ili elektroničkoj formi te mora sadržavati sve relevantne podatke i propisane obrasce, te je iznimno važno da je dokumentacija pravovremena, točna, precizna, potpuna i detaljna.

1.2. Važnost sestrinske dokumentacije

Vođenje sestrinske dokumentacije nije samo dodatak zdravstvenoj skrbi, već je neodvojivi dio sestrinske prakse. Naime, vođenje sestrinske dokumentacije zakonski je regulirano ranije navedenim Pravilnikom o sestrinskoj dokumentaciji u bolničkim zdravstvenim ustanovama, koji istu definira u članku 2. (NN 131/12) na slijedeći način: „Sestrinska dokumentacija jest skup podataka koji služe kontroli kvalitete planirane i provedene zdravstvene njege te je sastavni dio medicinske dokumentacije pacijenta. Medicinska sestra obvezna je evidentirati sve provedene postupke tijekom 24 sata sukladno odredbama ovoga Pravilnika“ (5). Medicinske sestre uz pomoć sestrinske dokumentacije trajno i kontinuirano procjenjuju stanje pacijenta te na taj način izrađuju individualne planove zdravstvene njege i evaluiraju rezultate postignute pruženom zdravstvenom njegom. Sestrinska dokumentacija pruža neprekidan uvid u podatke o pacijentu od prijema u bolnicu do otpusta. Podatci koji su zapisani vidljivi su svim uključenim članovima tima koji sudjeluju u liječenju i skrbi pacijenta čime se automatski i neometano osigurava razmjena važnih podataka. Nadalje, sestrinska dokumentacija služi kao važan izvor informacija koje se mogu koristiti u daljnjim istraživanjima i unapređenju prakse u sestrinstvu. Osim toga, pruža i pravnu zaštitu jer predstavlja osnovu za potvrdu činjenica i tvrdnji u slučaju sporova ili konflikata. Osim navedenog, cjelovita sestrinska dokumentacija omogućuje praćenje troškova i učinkovitosti pružene zdravstvene njege te postavlja standarde za sestrišku praksu na međunarodnoj razini. Uz pomoć sestrinske dokumentacije moguće je vršiti edukaciju medicinskih sestara kroz programe za edukaciju čiji su temelji relevantni podatci zapisani u literaturi. Nadalje, smjernice u sestrinstvu postavljaju kriterije za pružanje zdravstvene skrbi. Prema navedenim smjernicama, svaki aspekt zdravstvene skrbi treba biti dokumentiran kako bi se osigurao najbolji mogući ishod za pacijenta. Medicinske sestre su obvezne u svom radu

pridržavati se važećih smjernica kako bi osigurale visoku razinu kvalitetne i sigurne skrbi za svoje pacijente. Standardizirani postupci su dio uspostave kvalitete koju je moguće kontrolirati (6). Imajući u vidu zakonsku obvezu vođenja sestrinske dokumentacije, medicinska sestra ima odgovornost evidentirati sve postupke iz domene zdravstvene njege u skladu sa svojim profesionalnim kompetencijama.

Pravilnikom o sestrinskoj dokumentaciji u bolničkim zdravstvenim ustanovama u članku 4. definira obvezni dio sestrinske dokumentacije koji čine:

- Sestrinska anamneza
- Sestrinske dijagnoze i osobitosti o pacijentu
- Praćenje stanja pacijenta tijekom hospitalizacije i trajno praćenje postupaka
- Medicinsko-tehnički i dijagnostički postupci
- Trajno praćenje stanja pacijenta (decursus)
- Plan zdravstvene njege
- Lista provedenih sestrinskih postupaka
- Otpusno pismo zdravstvene njege“ (6).

Stoga bi sestrinska dokumentacija od strane medicinskih sestara trebala biti shvaćena kao bitna komponenta cjelokupne sestrinske skrbi, koja je ključna za osiguravanje pružanja personalizirane i neprekidne skrbi.

1.3. Integrirani bolnički informacijski sustav (IBIS)

Bolnički informacijski sustav (BIS) je aplikacija koja pokriva sve aspekte bolničkog poslovanja: medicinski dio koji služi upravljanju medicinskom dokumentacijom, ekonomski segment koji služi kontroli troškova i fakturiranju zdravstvenih usluga, te knjigovodstveni dio koji služi vođenju poslovne evidencije (7). Implementacija bolničkog informacijskog sustava unapređuje rad ustanove, podiže kvalitetu zdravstvene skrbi, ubrzava oporavak pacijenata, smanjuje rizik od komplikacija te povećava zadovoljstvo i sigurnost i zdravstvenih djelatnika i pacijenta. Za efikasnu primjenu informatike u sestrinstvu, ključno je imati dobro educirano osoblje, prilagođenu tehničku opremu te pouzdanu programsku podršku. Primjena BIS-a moguća je u svim vrstama bolnica, bez obzira jesu li manje specijalizirane, opće županijske bolnice ili kliničke bolnice i klinički centri. Također, učinkovitost BIS-a ne ovisi o broju bolničkih postelja.

1.3.1. Prikaz programa i sestrinske dokumentacije

Bolnički informacijski sustav podijeljen je horizontalno u dva dijela. U lijevom dijelu se nalazi popis bolničkih odjela kojima medicinska sestra smije pristupiti, dok se u desnom dijelu nalaze podatci o odabranom bolničkom odjelu u vidu prikaza broja soba i kreveta te imena pacijenata koji se trenutno nalaze na izabranom bolničkom odjelu. Odabirom pacijenta otvara se daljnja mogućnost otpusta pacijenta ili premještaja pacijenta na drugi odjel. Nadalje, pritiskom na ikonu „Njega“ otvara se sestrinska dokumentacija. Sestrinska dokumentacija za svakog pacijenta sadržava podatke o pacijentu, anamnezu i fizikalni pregled, kategorizaciju, sestrinske dijagnoze, trajno praćenje postupaka, vitalne znakove, plan zdravstvene njege, provedene i MTD postupke, decursus, unos tekućina, procjena bola, unos dekubitusa ako ih ima, rizične postupke i izvješće o incidentu, terapiju, procjenu mentalnog statusa pacijenta, otpusno pismo zdravstvene njege, premještajnu listu, popis osobnih stvari i primopredajnu listu. Podatci o pacijentu uključuju ime i prezime, datum i godinu rođenja, MBO, datum hospitalizacije i medicinsku dijagnozu te kontakt broj obitelji. Anamnezu po prijemu na bolnički odjel ispunjava medicinska sestra, a ona sadržava skup svih osnovnih podataka o pacijentu. Fizikalni pregled označavaju osobitosti o pacijentu u koje ubrajamo izgled i promjene na koži pacijenta ili njegovim ekstremitetima, promjene na abdomenu ili toraksu. Također se upisuje i kronična terapija koju pacijent koristi. Nadalje, znanje o bolesti, terapiji i načinu života pacijenta, da li pacijent ima ugrađen elektrostimulator te ukoliko ima katetere u vidu centralnog venskog katetera ili intravenske kanile kada su postavljene, koje je mjesto plasiranja i tko je kateter plasirao. Prvostupnica sestrinstva u polju dijagnoze upisuje sestrinske dijagnoze na način da ima već ponuđene sestrinske dijagnoze, a odabirom na onu koja je za pacijenta relevantna otvaraju se već prethodno kompjuterski generirani potencijalni mogući kritični čimbenici i, vodeća obilježja, mogući ciljevi za postavljene dijagnoze, kao i intervencije kojima ćemo postići ostvarenje cilja i evaluacija. Medicinska sestra kategorizira svakog pacijenta po prijemu na bolnički odjel, a daljnje kategorizacije se izvršavaju ovisno o promjeni pacijentovog stanja. Pri kategorizaciji pacijenta koristi se bodovna ljestvica na skali od 1 do 4, gdje ukupan broj bodova može iznositi minimalno 16, što je ujedno i rezultat za potpuno samostalnog pacijenta ili maksimalno 64, što je rezultat za potpuno nepokretnog pacijenta. Procjenjujemo se pacijentova samostalnost (higijena, oblačenje, hranjenje, eliminacija), fizička aktivnost (hodanje, stajanje, sjedenje, premještanje, okretanje), rizik za pad, rizik za nastanak dekubitusa, stanje svijesti, komunikacija, mogućnost edukacije, vitalni znakovi i terapijski i dijagnostički postupci u vidu samostalnosti pacijenta u sudjelovanju

istih. U trajno praćenje postupaka medicinska sestra unosi primjerice kada je postavljen centralni venski kateter, koje je ubodno mjesto, koja je njegova svrha (primjerice terapijska ili primjena parenteralne prehrane) i tko je isti postavio. Nadalje, plan zdravstvene njege koji je utemeljen na potrebama pacijenta za zdravstvenom njegom izrađuje prvostupnica sestrinstva. On sadržava sestrinske dijagnoze, ciljeve postavljenih sestrinskih dijagnoza, planirane intervencije koje će medicinske sestre provesti te evaluaciju. U decursus se unose sve promjene koje su se dogodile kod pacijenta tijekom jednoga dana, a kod unosa tekućina svaki parenteralni i per os unos tekućine te eliminacija tekućina putem drenaže, urina i stolice.

2. Cilj

S obzirom na važnost dokumentiranja svih provedenih postupaka tijekom cjelokupnog procesa zdravstvene njege te u svrhu sustavnog i kontinuiranog praćenja stanja bolesnika, planiranja i vrednovanja zdravstvene njege ovaj rad ima za cilj ispitati:

- stavove i mišljenja medicinskih sestara o vođenju sestrinske dokumentacije, te
- percepciju važnosti sestrinske dokumentacije unutar bolničke zdravstvene skrbi.

3. Metode

Istraživanje je provedeno u Općoj bolnici Zadar u razdoblju od 15. svibnja 2024. godine do 03. lipnja 2024. godine, uživo provedenim intervjuom sa ispitanicima. Nakon što su ispitanici upoznati s ciljem i svrhom istraživanja te nakon pristanka ispitanika na intervju, isti je proveden na bolničkim odjelima ispitanika. Istraživanje je bilo dobrovoljno, a intervju je proveden na 14 bolničkih odjela s ukupno 12 prvostupnika/ca i 2 magistara/ca sestrištva koji sudjeluju u procesu rada.

3.1. Instrument istraživanja

Istraživanje je provedeno metodom intervjuja koji je sadržavao unaprijed definirana pitanja za sudionike istraživanja. Prvi dio intervjuja bio je usmjeren na sociodemografska obilježja ispitanika koja su obuhvaćala podatke o životnoj dobi, spolu, stručnoj spremi, te duljini radnog iskustva. Drugi dio intervjuja sadržavao je specifična pitanja vezana za sestrišnu dokumentaciju koja su unaprijed definirana temeljem analize dostupne literature.

3.2. Analiza podataka

Podatci koji su od sudionika prikupljeni metodom intervjuja zapisani su nakon čega se provela tematska analiza intervjuom prikupljenih podataka.

U prvom koraku istraživač se detaljno upoznao s prikupljenim podacima nakon čega je učinjena redukcija prikupljenih podataka, te pregledno dokumentiranje podataka odnosno kodiranje podataka i na kraju izvođenje zaključaka. Zaključci su kategorizirani u određene kategorije/teme iz kojih su izvedene glavne kategorije i potkategorije. U svrhu provjere učinjeno je ponovno vraćanje s teme na kodove a potom i na zabilježene podatke.

3.3. Etičko odobrenje

Provođenje ovog istraživanja odobreno je od strane Etičkog povjerenstva Opće bolnice Zadar na 11. Sjednici održanoj 29. ožujka 2024. godine (ur. broj 01-2658/24-9/24).

4. Rezultati

4.1. Opće karakteristike ispitanika

U provedenom istraživanju sudjelovalo je ukupno 12 prvostupnika/ca i dvoje magistara/ca sestriinstva koji sudjeluju u procesu rada s prosječnom životnom dobi od 35 godina i prosječnom duljinom radnog staža od 12 godina, a koji su zaposleni u Općoj bolnici Zadar. Ispitanici rade na odjelima kardiologije, traumatologije, urologije, opće i dječje kirurgije, intenzivne internističke skrbi, pulmologije, koronarne jedinice, pedijatrije, nefrologije, hemodijalize, jedinice intenzivnog liječenja, gastroenterologije, neurokirurgije i neurologije. Sa svakog od navedenog odjela u istraživanju je sudjelovao po jedan ispitanik. Demografski podatci ispitanika prikazani su u Tablici 1.

Tablica 1. Prikaz demografskih podataka ispitanika

Varijable	N
Spol	
Muško	2
Žensko	12
Dob	
24-29	7
30-40	5
>41	2
Radni staž (godine)	
2-9	10
10-20	2
>21	2
Stručna sprema	
Prvostupnik/ca sestriinstva	12
Magistra sestriinstva	2

Na pitanje kada su imali posljednju edukaciju koja je povezana s vođenjem sestriinske dokumentacije, osam ispitanika navodi kako je edukaciju pohađalo prošle godine, a pet ispitanika navodi kako je edukaciju pohađalo prije više od dvije godine.

4.2. Podatci prikupljeni intervjuom

Kao glavna tema ovog istraživanja istaknula se kvaliteta sestrinske dokumentacije, unutar koje su sadržane tri glavne kategorije koje se odnose na važnost sestrinske dokumentacije, prepreke kvaliteti sestrinske dokumentacije i doprinos kvalitete sestrinske dokumentacije sigurnosti pacijenta. Unutar prve kategorije nalazi se ukupno pet potkategorija, unutar druge sedam potkategorija kao i unutar treće kategorije (tablica 2).

Tablica 2. Prikaz teme, glavnih kategorija i potkategorija istraživanja

TEMA	GLAVNE KATEGORIJE	POTKATEGORIJE
Kvaliteta sestrinske dokumentacije	Važnost kvalitete sestrinske dokumentacije	Službeni dokument Cjeloviti podaci Kontrola i praćenje zdravstvene njege Dopuna ostaloj medicinskoj dokumentaciji Pravna zaštita pacijenata i medicinskih sestara
	Prepreke kvaliteti sestrinske dokumentacije	Nedostatak vremena Nedostatak osoblja Nedostatak informatičke opreme Veliki broj pacijenata Neprikladnost IBIS-a pojedinim kategorijama pacijenata Nedostatni podaci Kopiranje ranijih podataka
	Doprinos kvalitete sestrinske dokumentacije sigurnosti pacijenata	Trajno praćenje stanja pacijenta Jednostavan prijenos informacija Potiče profesionalnu odgovornost Detaljan uvid u stanje pacijenta Holistički pristup Sprječava neželjene događaje Štiti pacijenta od nesigurne prakse

Prva kategorija koja govori o važnosti kvalitetne sestrinske dokumentacije i sadržava ukupno pet potkategorija ističe prepoznavanje sestrinske dokumentacije kao službenog dokumenta. Ispitanici navode važnost kvalitetnog vođenja sestrinske dokumentacije jer im nadalje pruža

pravni dokaz o pruženoj zdravstvenoj njezi i svim provedenim sestrinskim i medicinsko tehničkim postupcima. Pojedini ispitanici navode:

Ispitanik broj 6 navodi: „*Sestrinska dokumentacija podrazumijeva sve podatke o učinjenoj zdravstvenoj njezi te je službeni dokument koji ima svoju pravnu osnovu, odnosno zaštitu i pacijenata i medicinskih sestara*“.

Ispitanik broj 1 navodi: „*Kao što sam već spomenula, sestrinska dokumentacija je službeni dokument te imamo kao djelatnici zakonsku obvezu vođenja istog. Na taj način sve što unosimo stojimo svojim imenom iza toga. Također za pacijenta je važno jer imamo daljnji uvid u podatke koji su vezani za sve važno što se tiče njegove skrbi te se na vrijeme mogu uočiti i kontrolirati bilo kakve nepravilnosti*“.

Prema izjavama sudionika cjelovitost sestrinske dokumentacije također je od iznimne važnosti za kvalitetu sestrinske dokumentacije što je prepoznato u izjavama sudionika.

Ispitanik broj 1: „*Sestrinska dokumentacija obuhvaća sve informacije koje su evidentirane od trenutka prijema u bolnicu do otpusta pacijenta*“.

Ispitanik broj 12: „*Sestrinska dokumentacija je za mene skup podataka koje medicinske sestre zapisuju kronološki i kontinuirano, a u svrhu nadopune pisane primopredaje*“.

Ispitanici također u svojim odgovorima ističu važnost sestrinske dokumentacije u smislu provođenja kontinuirane kontrole i praćenja zdravstvene njege jer im sestrinska dokumentacija pomaže i olakšava kontinuirano praćenje stanja pacijenta te u ovom aspektu navode sestrinsku dokumentaciju kao jedan od važnih alata međusobne komunikacije pri premještanju pacijenta na drugi odjel ili ustanovu.

Ispitanik broj 4: „*Sestrinska dokumentacija nam omogućuje lakše kontinuirano praćenje stanja pacijenta, služi nam kao pomoć pri premještanju na drugi odjel ili pri otpustu*“.

Ispitanik broj 3: „*Kontinuirano praćenje stanja pacijenta i olakšan prijenos informacija o pacijentu su za mene najveće prednosti vođenja sestrinske dokumentacije*“.

Ispitanik broj 11 kao najveću prednost vođenja sestrinske dokumentacije navodi: „*Sustavno praćenje stanja pacijenta koje olakšava komunikaciju u timu*“.

Dio sudionika sestrinsku dokumentaciju promatra kao dopunu ostaloj medicinskoj dokumentaciji, gdje sestrinska dokumentacija pruža detaljne i iscrpne podatke o stanju

pacijenta. Nadalje, sestrinska dokumentacija pruža uvid u promjene stanja pacijenta, a sve s ciljem poboljšanja kvalitete komunikacije, zdravstvene skrbi i komunikacije unutar tima.

Ispitanik broj 4: *„Sestrinska dokumentacija za mene označava evidenciju općeg stanja pacijenta kao i vitalnih parametara, kronološko kontinuirano bilježenje rada oko pacijenta za vrijeme boravka na odjelu, a nadopuna je primopredaji“.*

Peta potkategorija koja se odnosi na pravnu zaštitu pacijenata i medicinskih sestara u ovom istraživanju procjenjujući temeljem izjava sudionika najviše pridonosi motiviranosti ispitanika za pisanjem kvalitetne sestrinske dokumentacije. Ispitanici se trude održati vođenje sestrinske dokumentacije na visokom nivou, iscrpno, kronološki i kontinuirano bilježeći sve potrebne podatke. Sudionici smatraju kada bi došlo do pravnog spora upravo sestrinska dokumentacija bi pružila adekvatnu zaštitu i pacijenata i medicinskih sestara.

Ispitanik broj 1: *„Na vođenje sestrinske dokumentacije najviše pozitivno utječe za mene pravna zaštita i olakšan pristup podacima o pacijentu.“*, nadalje,

ispitanik broj 10: *„Pravna zaštita kao najveća prednost vođenja sestrinske dokumentacije, gdje kroz istu potvrđujemo da smo pružile odgovarajuću zdravstvenu njegu.“*, dok

ispitanik 7: *„Pozitivno na mene utječe motivacija od strane glavne medicinske sestre, a uz to i vlastita zaštita koju radim pri dokumentiranju svega što je učinjeno“.*

Temeljem odgovora sudionika kao druga glavna kategorija prepoznate su prepreke kvaliteti sestrinske dokumentacije koje se pojavljuju u svakodnevnoj praksi. Kategorija sadržava ukupno sedam potkategorija u kojima ispitanici navode postojeće nedostatke kao i potencijalna moguća rješenja za navedene nedostatke.

Prva potkategorija je nedostatak vremena, koju svi ispitanici navode kao jedan od vodećih razloga za nedovoljno dobro ili nepravodobno napisanu sestrinsku dokumentaciju. Uz prvu potkategoriju, usko je povezana i druga potkategorija nedostatak osoblja. Upravo nedostatak osoblja navode kao uzročno posljedičnu vezu nedostatka vremena.

Ispitanik broj 7 navodi: *„Na vođenje sestrinske dokumentacije negativno utječe nedostatak ili manjak vremena uslijed nedostatka osoblja i prevelikog obujma posla za jednu medicinsku sestru. Za prevladati izazove potrebno je zaposliti dodatno osoblje, ali obzirom na trenutnu situaciju s medicinskim sestrama na tržištu znam da je to nemoguće, pa nemam konkretno kvalitetno rješenje na ovo pitanje“.*

Ispitanik broj 2 navodi: *„Mislim da manjak vremena na koji utječe manjak kadra uzrokuje velik problem u našem poslu. Trebamo omogućiti dovoljan broj osoblja i preraspodijeliti*

posao tako da jedna medicinska sestra može neometano pisati sestrinsku dokumentaciju i da je sigurna pri tome da su joj za to vrijeme pacijenti zbrinuti“.

Ispitanik broj 9 izjavljuje: *„Izazovi postoje, smatram da je najveći (ili jedan od najvećih) pronalazak vremena za pisanje kvalitetne sestrinske dokumentacije uz manjak osoblja, a samim time i veći radni obujam“*, dok ispitanik broj 3 ističe: *„Izazovi postoje, treba naći vrijeme za napisati kvalitetnu sestrinsku dokumentaciju. Za prevladati izazove potrebno je bolje organizirati i raspodijeliti posao u smjeni sa svojim radnim kolegama“.*

Kao treća potkategorija, navodi se nedostatak informatičke opreme. Specifično, brojčani manjak kompjutera na odjelima što povremeno dovodi do nemogućnosti pravovremenog vođenja sestrinske dokumentacije u trenucima kada ispitanici imaju vremena.

Tako ispitanik broj 1 ističe: *„Najveći izazovi s kojima se susrećem su nedostatak vremena za kvalitetno pisanje sestrinske dokumentacije, potom nedostatak osoblja, prevelik obujam posla i rekla bih manjak kompjutera po odjelima jer su najčešće svi zauzeti, a imamo dva. Kako bi prevladali izazove trebamo povećati broj osoblja, usko specijalizirati medicinske sestre za obavljanje određenih poslova (npr. da slijedimo koliko možemo uređenost sustava u državama Europe) i dodati još minimalno jedan kompjuter na odjel“.*

Ispitanik broj 6 navodi: *„Izazovi za pisanje sestrinske dokumentacije su nedostatak osoblja, vremena i kompjutera koji su najčešće zauzeti liječnicima. Za početak mogu se nabaviti dva tableta kao npr. u pandemiji Covida-19 preko kojih bi mogli pisati sestrinsku dokumentaciju. Mislim da je to izvedivije od povećanja osoblja“.*

Ispitanik broj 10: *„Vođenje sestrinske dokumentacije nije zahtjevno samo po sebi, ono je dio naše svakodnevne rutine. Zahtjevan je onaj dio kada sjednem za kompjuter i započnem unositi podatke, a u tom trenu zazvoni alarm na koji se ustanem, a dok se vratim za taj isti kompjuter već je nekome bio potreban i upisani podatci su obrisani“.*

Iznimno veliki broj pacijenata o kojima sudionici skrbe prepoznat je temeljem izjava sudionika kao četvrta potkategorija.

Tako primjerice ispitanik broj 12 navodi: *„Izazov je svakako napisati kvalitetnu sestrinsku dokumentaciju s obzirom na prevelik broj pacijenata na odjelu. Primjerice pokretni kompjuter bi olakšao vođenje sestrinske dokumentacije“.*

Slijedeće dvije potkategorije također su usko povezane a odnose se na neprilagođenost IBIS-a pojedinim kategorijama pacijenata i kopiranje ranijih podataka što su sudionici prepoznali kao demotivirajuće i otežavajuće pri vođenju sestrinske dokumentacije. Sudionici pri tome naglašavaju dodatni gubitak vremena, a samim time i manje vremena uz pacijenta.

Ispitanik broj 8 navodi: „*Na vođenje sestrinske dokumentacije negativno utječe manjak vremena, osoblja i neprilagođenost pedijatrijskog populaciji kada mi više vremena oduzme razmišljanje gdje da nešto upišem, a ne samo upisivanje podataka*“, ispitanik broj 9 izjavljuje: „*Mislim da je od strane svih medicinskih sestara na ovom odjelu, tako i s moje strane uložena maksimum, a od strane informatičara mislim da bi trebali (ukoliko je to moguće) prilagoditi sustav odjelima u nekim segmentima*“,

ispitanik broj 5 navodi: „*Moj izazov je nedovoljna specifičnost IBIS-a i nemogućnost unošenja podataka npr. određena je donja granica za vrijednosti krvnog tlaka i ne mogu tada unijeti točan podatak pri zapisivanju vitalnih znakova nego samo u decursus*“,

ispitanik broj 2 kaže: „*Nedostatak pri vođenju sestrinske dokumentacije je nedovoljno dobar IBIS (obrasci se ponavljaju tj. na više mjesta je potrebno navoditi iste podatke)*“, ispitanik broj 3: „*Nedovoljan broj medicinskih sestara otežava vođenje kvalitetne sestrinske dokumentacije i postojeći IBIS kojim se služimo nije praktičan i na nekim mjestima trebamo unositi iste podatke dva puta što nam oduzima vrijeme, zahtijeva dosta pisanja*“, ispitanik broj 4: „*Dupliciranje podataka (na više mjesta se trebaju unositi isti podatci), nedovoljno specifičan IBIS za određene odjele, odnosno preopširna za druge odjele. Manualno se trebaju unositi skoro svi podatci što medicinskim sestrama skraćuje vrijeme uz pacijenta.*“.

Sedma potkategorija govori o nedostatnim podacima koji se upisuju, gdje ispitanik broj 6 navodi: „*Mislim da je trenutna kvaliteta osrednja i sa nedostacima pri vođenju, npr. vodi se po istom modelu za sve pacijente gdje mi se nekada čini da su podatci copy-paste. Ali isto tako mislim da je to posljedica nedostatka osoblja i manjka vremena*“,

a ispitanik broj 2: „*Smatram da je trenutna sestrinska dokumentacija bolja u novom programu nego li je bila u starom, a kao sestrinsku dokumentaciju koju vodimo na odjelu smatram da je naše vođenje sestrinske dokumentacije kvalitetno, ali da se može i treba poboljšati primjerice kod pisanja decursusa, da oni ne sadržavaju samo po jednu riječ "spava" ili "obilazak", nego da su sadržajno smisleni*“.

Treća glavna kategorija odnosila se na doprinos kvalitete sestrinske dokumentacije sigurnosti pacijenta. Unutar ove kategorije temeljem izjava sudionika prepoznato je sedam potkategorija. Naime, uvidom u odgovore sudionika prepoznato je kako sudionici ističu utjecaj sestrinske dokumentacije na sigurnost pacijenata. Prva potkategorija je opisivala trajno praćenje stanja pacijenata gdje se kroz decursus upisuje svaka promjena nastala kod pacijenta

tijekom 24 sata. Nadalje, sudionici prepoznaju i ističu važnost napisanog sadržaja sestrinske dokumentacije za sigurnost pacijenta i kvalitetu provedene zdravstvene skrbi.

Ispitanik broj 3 navodi: „*Kroz sestrinsku dokumentaciju omogućeno je kontinuirano praćenje stanja pacijenta i olakšan je prijenos informacija o pacijentu*“, nadalje,

ispitanik broj 6: „*Kontinuirano praćenje stanja pacijenta i pravna zaštita najveća je prednost vođenja sestrinske dokumentacije*“.

Slijedeća potkategorija je jednostavan prijenos informacija, koji ispitanicima olakšava komunikaciju u timu i dopunjuje usmenu primopredaju. Tako primjerice ispitanik broj 9 navodi: „*Sestrinska dokumentacija osigurava medicinskim sestrama pravnu zaštitu, kontinuirano praćenje stanja pacijenta i olakšan pristup podacima, trajno je pohranjena.*“,

dok ispitanik broj 10 kaže: „*Sustavno praćenje stanja pacijenta čime se olakšava komunikacija u timu*“.

Kroz treću potkategoriju koja se odnosi na profesionalnu odgovornost, ispitanici ističu da se kroz vođenje sestrinske dokumentacije potiče profesionalna odgovornost medicinskih sestara, te da je sestrinska dokumentacija dio medicinske dokumentacije pacijenta i prema prethodno navedenom Zakonu o sestriinstvu kao takva obvezna.

Ispitanik broj 4 govori: „*Moje je mišljenje o važnosti vođenja sestrinske dokumentacije da nam ona pruža pravnu zaštitu i potiče profesionalnu odgovornost medicinskih sestara*“.

Četvrta potkategorija obuhvaća detaljan uvid u stanje pacijenta, a na koji se usko nadovezuje peta potkategorija koja predstavlja holistički pristup bolesniku. Sudionici istraživanja ističu kako im upravo pravilno vođena sestrinska dokumentacija pruža najiscrpniji pregled stanja pacijenta i promjena koje su se tijekom boravka u bolnici dogodile.

Ispitanik broj 10 kaže: „*Najveće prednosti vođenja sestrinske dokumentacije su sustavno praćenje stanja pacijenta, holistički pristup i ona nam olakšava komunikaciju u timu*“, dok

ispitanik broj 2 navodi: „*Prednosti vođenja sestrinske dokumentacije su kompletan uvid kako o stanju pacijenta, tako i o provedenim medicinsko tehničkim postupcima.*“,

Iskaz sudionika broj 7 glasi: „*Sestrinska dokumentacija omogućuje nam kontinuirano praćenje stanja bolesnika, lakši pronalazak i grupiranje podataka o bolesniku*“.

Evidentiranjem provedenih medicinsko-tehničkih postupaka sprječavamo neželjene događaje, a po principu dokumentirano-učinjeno, što se navodi kao šesta potkategorija. Ovaj navod

podupire ispitanik broj 10, svojom izjavom: „*Evidencija sadržana u sestrinskoj dokumentaciji olakšava sprječavanje neželjenih događaja i štiti pacijente samim tim od nesigurne prakse*“.

Sedma potkategorija upućuje kako sestrinska dokumentacija štiti pacijenta od nesigurne prakse i usko je povezana s prethodnom potkategorijom gdje ispitanik broj 9 navodi: „*Evidencija sadržana u sestrinskoj dokumentaciji olakšava sprječavanje neželjenih događaja i štiti pacijente samim tim od nesigurne prakse*“.

Ispitanik broj 8 kaže: „*Mislím da na sigurnost naših malih pacijenta utječe uvelike sestrinska dokumentacije. Primjerice u pedijatrijskom hitnom prijemu gdje uvijek (posebice ljeti) vlada opći kaos mi odmah u decursus upisujemo sve provedene postupke i terapiju koju smo dali što ne ostavlja prostora da neka kolegica ponovno primijeni npr. ponovno neki antipiretik.*“,

a ispitanik broj 3: „*Vođenje sestrinske dokumentacije povećava sigurnost bolesnika jer osigurava prikupljanje podataka o bolesniku i kontinuitet praćenja, lako su dostupne informacije i samim time nam je olakšano planiranje daljnjeg provođenja zdravstvene njege.*“,

ispitanik broj 6: „*Sestrinska dokumentacija utječe na sigurnost pacijenta tako što ju povećava u vidu što medicinske sestre sa svim napisanim podacima imaju bolji uvid u cjelokupni proces skrbi za bolesnika (od OHBP-a i tamo provedenih postupaka do odjela i daljnjeg zbrinjavanja pacijenta)*“.

5. Rasprava

U ovom istraživanju koje je imalo za cilj ispitati stavove i mišljenja medicinskih sestara o vođenju sestrinske dokumentacije, kao i važnost sestrinske dokumentacije unutar bolničke zdravstvene skrbi dobrovoljno je sudjelovalo ukupno 14 ispitanika koji su zaposlenici u Općoj bolnici Zadar. Samo dvoje ispitanika bili su muškog spola dok je 12 bilo ženskog spola. Slični rezultati spolne raspodjele prikazani su i u ranijim istraživanjima na području Republike Hrvatske (8,9). Prosječna je životna dob ispitanika bila 35 godina s prosječnim trajanjem radnog staža od 12 godina. Slični demografski podatci sudionika pronađeni su prilikom usporedbe rezultata ovog istraživanja s istraživanjem autorice Bjerkan J., i sur. pod nazivom „Patient safety through nursing documentation: barriers identified by healthcare professionals and students“, gdje je sudjelovalo ukupno 12 medicinskih sestara prosječne životne dobi 40,5 godina. Nadalje, u istraživanju koje je provedeno u Norveškoj, ispitanici su intervjuirani u grupama, dok su u ovom istraživanju ispitanici intervjuirani zasebno odnosno individualno (10). Navedeni članak „Patient safety through nursing documentation: barriers identified by healthcare professionals and students“ istražuje prepreke u kvaliteti sestrinske dokumentacije te kako prepreke mogu utjecati na sigurnost pacijenta. Glavne prepreke identificirane u istraživanju su kompleksnost dokumentacije, nedostatak standardizacije informatičkog sustava, nedostatak vremena i osoblja (10), što dijelom odgovara i rezultatima ovoga istraživanja. U članku se navodi kako je jedan od ključnih problema koji utječe na kvalitetu sestrinske dokumentacije upravo nedostatak vremena, a pri čemu nedostatak osoblja dodatno pogoršava problem što je temeljem analiziranja odgovora sudionika uočeno i u ovom istraživanju. Nadalje autori spomenutog istraživanja također navode kako nedostatak vremena rezultira nekompletnom ili neadekvatnom dokumentacijom, a kada su medicinske sestre pod pritiskom također može doći do niza različitih propusta u unosu bitnih informacija o pacijentima. Navedeno kao posljedica može utjecati na kontinuitet zdravstvene skrbi i sigurnost pacijenta. Kako je to prepoznato i u ovom istraživanju, ova kvalitativna analiza naglašava da neadekvatna dokumentacija povećava rizik od medicinskih pogrešaka i neželjenih događaja (10). Rezultati istraživanja koje je provedeno u Norveškoj, također su sukladni s rezultatima ovog istraživanja. Naime autor Vafei S.M., i sur. u studiji s temom „Nurses’ perception of nursing services documentation barriers: a qualitative approach“, koja se provodila u Iranu također koristeći kvalitativnu metodu uz primjenu polustrukturiranih intervjua, kao glavne prepreke u vođenju sestrinske dokumentacije definira nedostatak vremena, nedostatak osoblja, tehničke poteškoće i nedovoljnu edukaciju medicinskih sestara

(11). Obje ranije navedene studije kao potencijalna rješenja za navedene prepreke navode poboljšanje radnih uvjeta, unaprjeđenje informatičkog sustava u vidu prilagodbe zahtjevima medicinskih sestara te dodatnu edukaciju i osposobljavanje medicinskih sestara za prilagodbu potrebnim promjenama. Autori također ističu i potrebu za određenim organizacijskim promjenama unutar kliničkih radilišta odnosno bolničkih odjela. Ovakvi rezultati također su gotovo u cijelosti sukladni sa rezultatima ovog istraživanja u kojem medicinske sestre također navode potrebu za poboljšanjem radnih uvjeta u smislu osiguravanja većeg broja osoblja što će posljedično osigurati više vremena za vođenje sestrinske dokumentacije ali i za kvalitetniju skrb o bolesnicima. Osim ranije navedenog istraživanja u Norveškoj u još jednom norveškom istraživanju s temom „Improving the quality of nursing documentation at a residential care home: a clinical audit“, autora Preben Søvik M., i sur., kao glavne poteškoće ističu se također nepotpuno vođenje sestrinske dokumentacije, nedosljednost u vođenju sestrinske dokumentacije, te nepreciznost u zapisima, što se također dijelom podudara s rezultatima ovog istraživanja (12). Ranije provedeno istraživanje koje je također provedeno na uzorku medicinskih sestara s područja Republike Hrvatske odnosno također uključujući medicinske sestre i tehničare zaposlene u Općoj bolnici Zadar navodi kako se medicinske sestre i tehničari prilikom vođenja sestrinske dokumentacije suočavaju sa brojnim poteškoćama uzrokovanim nedostatkom vremena, odnosno nedostatkom medicinskih sestara (13). Nadalje, istraživanje koje su proveli Dall'Orta C., i sur., „What is the nursing time and workload involved in taking and recording patients' vital signs?“, ističe se kako bi korištenje tableta zasigurno smanjilo vrijeme koje medicinske sestre provode dokumentirajući skrb o pacijentu, te da bi uz primjenu tableta osigurali više vremena uz pacijente (12), što također odgovara rezultatima ovog istraživanja jer sudionici navode potrebu za prilagodbom sustava vođenja sestrinske dokumentacije. U svim ranije navedenim istraživanjima ističe se važnost kvalitete sestrinske dokumentacije kroz koju se postiže značajno viša razina pravne zaštite i pacijenta i medicinskih sestara. Također se ističe važnost dokumentiranja cjelovitih podataka pacijenata kako bi se spriječile moguće neželjene posljedice i nesigurna praksa, a sve s ciljem doprinosa sigurnosti pacijenta i kvaliteti pružanja ukupne zdravstvene skrbi uz pomoću kvalitetnog vođenja sestrinske dokumentacije.

6. Zaključak

Sestrinska dokumentacija sastavni je dio medicinske dokumentacije o pacijentu, čijim se kvalitetnim vođenjem poboljšava komunikacija u timu koji skrbi za pacijenta. Pisanje sestrinske dokumentacije obveza je svake medicinske sestre u procesu rada, a sve s ciljem osiguranih cjelovitih podataka o pacijentu, sustavnog praćenja zdravstvenog stanja pacijenta, planiranja i provođenja zdravstvene njege te evidentiranja svake novonastale promjene. Ovo istraživanje, čija je glavna tema kvaliteta sestrinske dokumentacije, kroz svoje glavne kategorije i njihove potkategorije potvrđuje važnost kvalitetnog vođenja sestrinske dokumentacije, kao i postojanje svakodnevnih prepreka kvaliteti sestrinske dokumentacije. Rezultati dobiveni istraživanjem potvrđuju motiviranost i osviještenost medicinskih sestara u procesu rada za vođenjem kvalitetne i iscrpne sestrinske dokumentacije, ali i koje su ključne prepreke za kvalitetno vođenje sestrinske dokumentacije. Kao ključne prepreke ispitanici navode nedostatak vremena, osoblja i informatičke opreme te neprilagođenost informatičkog bolničkog sustava, gdje za rješenja navode reorganizaciju posla na svojim odjelima i modifikacije u IBIS-u. Ispitanici imaju pozitivno mišljenje o doprinosu kvalitete sestrinske dokumentacije sigurnosti pacijenta, kada potpuna i pravovremena sestrinska dokumentacija štiti pacijente od nesigurne prakse i sprječava neželjene događaje. Kroz ovaj rad ispitanici su prikazali pozitivno mišljenje medicinskih sestara u procesu rada o vođenju i važnosti sestrinske dokumentacije, a koja bi uz dodatne edukacije i manje modifikacije informacijskog bolničkog sustava po njihovom mišljenju bila još kvalitetnija i bolje napisana.

7. Literatura

1. Čukljek S. Osnove zdravstvene njege, Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2005.
2. Fučkar G. Proces zdravstvene njege, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 1992.
3. Webster MR. Documentation in the land of perfect charts. How to turn your frogs into princes. *J Nurses Staff Dev.* 1998;14(6):283-285. doi:10.1097/00124645-199811000-00005
4. Chelagat D, Sum T, Obel M, Chebor A, Kiptoo R and Bundotich B. Documentation: Historical Perspectives, Purposes, Benefits and Challenges as Faced by Nurses. *International Journal of Humanities and Social Science.* 2013;3(16):236-240.
5. Zakon o sestriinstvu, Narodne novine 121/2003. Dostupno na: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2003_07_121_1710.html
6. Pravilnik o sestriinskoj dokumentaciji u bolničkim zdravstvenim ustanovama, Narodne novine 79/11, 131/12, 71/16, 22/22. Dostupno na: <https://www.zakon.hr/cms.htm?id=29297>
7. Poje I, Braović M. Bolnički informacijski sustav - prednosti i nedostaci u radu. *Bilten Hrvatskog društva za medicinsku informatiku.* 2019;25(1):20-28. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/222611>
8. Gusar I, Peroš E, Šare S, & Ljubičić M. (2023). Transition Shock of Newly Employed Nurses: a cross-sectional study. *Open access Macedonian journal of medical sciences,* 2023(11), 82-88. doi:10.3889/oamjms.2023.11658
9. Gusar I, Konjevoda S, Babić G, Hnatešen D, Čebihin M, Orlandini R, Dželalija B. Pre-Vaccination COVID-19 Vaccine Literacy in a Croatian Adult Population: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2021; 18(13):7073. doi:10.3390/ijerph18137073
10. Bjerkan J, Valderaune V, Olsen R. Patient safety through nursing documentation: barriers identified by healthcare professionals and students. *Frontiers* 2021. 411-428 doi:10.3389/fcomp.2021.624555
11. Vafaei SM, Manzari ZS, Heydari A, Froutan R, Farahani LA. Nurses' perception of nursing services documentation barriers: a qualitative approach. *Electron J Gen Med.* 2018;15(3).em28. doi:10.29333/ejgm/86184
12. Dall'Ora C, Griffiths P, Hope J, Barker H, Smith GB. What is the nursing time and workload involved in taking and recording patients' vital signs? A systematic review. *J Clin Nurs.* 2020;29(13-14):2053-2068. doi:10.1111/jocn.15202

13. Gusar I, Lazinica A, Klarin M. Work motivation, job satisfaction, and nursing record-keeping: do they differ in surgery and internal disease departments? *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 2020;11(4):163-170. doi: 10.15452/cejnm.2020.11.0028.

8. Životopis

OSOBNI PODATCI:

Ime i prezime: Josipa Gregov

Datum i mjesto rođenja: 04.07.2000.u Zadru

Adresa: Ulica Vladana Desnice 2

Mob.: 095/853-7310

E-pošta: josipagregov8@gmail.com

OBRAZOVANJE:

2014.-2019. Medicinska škola Ante Kuzmanića Zadar

2019.-2022. Sveučilište u Zadru, preddiplomski studij sestrinstva

2022.-2024. Sveučilište u Zadru, diplomski studij sestrinstva

RADNO ISKUSTVO:

ožujak 2020.- travanj 2022. Obiteljski dom Domus Solis

travanj - listopad 2022. Poliklinika Marin Med

listopad 2022. - Prvostupnica sestrinstva u Jedinici intenzivnog liječenja u OB Zadar

ČLANSTVA U UDRUGAMA I STRUČNIM DRUŠTVIMA:

Hrvatska komora medicinskih sestara, Hrvatsko društvo medicinskih sestara anestezije, reanimacije, intenzivne skrbi i transfuzije