

ULOGA SESTRINSKE DOKUMENTACIJE U ANALIZI RIZIKA ZA NASTANAK DEKUBITUSA

VEDRANA IVETA, ANTONIJA KREČAK, MARIJA KALOGJERA i ĐORĐE MILIĆ

Opća bolnica Dubrovnik, Dubrovnik, Hrvatska

Cilj rada bio je analizirati rizike za nastanak dekubitusa u Općoj bolnici Dubrovnik na temelju podataka iz sestrinske dokumentacije i evidencije o broju medicinskih sestara u službi. Specifično, namjera je bila pokazati važnost analize proteina u serumu pacijenata u kojih je primjenom Bradenove ljestvice evidentiran rizik za nastanak dekubitusa i ispitati učestalost dekubitusa registriranih tijekom blagdana/vikenda kada je broj medicinskih sestara u bolnici u pravilu manji. Ispitanici su pacijenti koji su bili primljeni u bolnicu tijekom 2012. godine, a podatci su uzeti iz sestrinske dokumentacije. Rizik za nastanak dekubitusa procijenjen je u 34 % bolesnika, a dekubitus je evidentiran u 185 (prvotno procijenjenih: vrlo visoki rizik u 32,3 %, prisutan rizik u 40 %, umjereni rizik u 7 %, bez rizika 20,7%). Analiza vrijednosti ukupnih proteina u serumu pokazala je znatno nižu vrijednost u bolesnika s evidentiranim dekubitusom. Za jednomjesečno razdoblje na Odjelu neurologije analiziran je broja evidentiranih dekubitusa u danima vikenda/blagdana i radnim danima. Pokazalo se je da su dani vikenda/blagdana rizičniji za nastanak dekubitusa (72 % prema 28 %). Istodobno, s obzirom na Pravilnik o minimalnim uvjetima, svakog dana nedostaje oko 33 % medicinskih sestara što je vikendima nenadoknadivo zbog često zahtjevnijih nepredviđenih hitnih prijmov. Stoga naši rezultati ukazuju na moguću preraspodjelu sati rada medicinskih sestara uvažavajući tjednu rutinu i potrebe za vikend.

Ključne riječi: sestrinska dokumentacija, indikatori, zdravstvena njega, dekubitus

Adresa za dopisivanje: Vedrana Iveta, dipl. med. techn.
Dr. Roka Mišetića 2
20000 Dubrovnik, Hrvatska
E-pošta: vedrana.iveta@gmail.com

VOĐENJE SESTRINSKE DOKUMENTACIJE

Vođenjem sestrinske dokumentacije medicinska sestra potvrđuje da je u svom radu primijenila znanje, vještine i stavove, primjenom kritičkog mišljenja sukladno standardima sestrinske prakse (1). Imperativ sestrinske djelatnosti je prikupljanje, tumačenje i pohranjivanje podataka u sestrinsku dokumentaciju, što daljnjom obradom daje informacije koje čine osnovu za unaprjeđenje kvalitete i razvoj zdravstvene njege (1).

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

Upravljanje ljudskim potencijalima u sestrinstvu moguće je procjenom potrebnih kadrova, proces procjene te kreiranje poticaja. Indikatori kvalitete su dobro odabrani alati pomoću kojih se nakon ispravne analize i interpretacije donose određene odluke za poboljšanje

šanje kvalitete provedene skrbi. Indikatori kvalitete omogućavaju praćenje, evaluaciju i poboljšanje pruženih usluga (3).

Pred sestrinstvo se postavlja uvjet povećanja učinkovitosti pružanja zdravstvenih usluga uz potpun nadzor nad radom te se u sestrinskome radu spontano nameće uporaba tehnologije. Uporaba različitih aparata za praćenje i negu bolesnika te administrativni zadatci u sestrinstvu zahtijevaju medicinsko-informatička znanja i vještine. Unos i razmjena medicinskih podataka, protokoli rada, sustav za potporu u odlučivanju čine okosnicu zdravstvene skrbi o pacijentu koja se ostvaruje sestrimskim radom (4).

DEKUBITUS KAO JAVNOZDRAVSTVENI PROBLEM

Danas o dekubitusu govorimo kao o javnozdravstvenom i socio-medicinskom problemu koji čini velike poteškoće bolesniku, njegovoj obitelji i ustanovi u ko-

joj je smješten. Pojava dekubitusa povezuje se sa boli i socijalnom izolacijom te ekonomskim opterećenjem za pojedinca i okolinu (5).

Nastanku dekubitusa može doprinijeti nedostatak bjelancevina, cinka, vitamina A, E i C i niacina (6).

Dekubitus spada u najčešće komplikacije dugotrajnog ležanja, a posljedica je pritiska prilikom kojeg dolazi do smanjene cirkulacije i slabijeg dotoka kisika i hranjivih tvari u tkivo te do njegovog oštećenja. Čimbenici rizika koji utječu na pojavu dekubitusa mogu biti unutarnji (poremećaj metabolizma prehrane, poremećaj cirkulacije, gubitak elastičnosti kože, kronične i terminalne bolesti) i vanjski (nečista i vlažna koža, sredstva za imobilizaciju, neudoban krevet, nabori na posteljnom i osobnom rublju, mjesto pritiska proteze ili trajnog urinarnog katetera).

Najčešća mjesta lokalizacije dekubitusa, tzv. predilekcijska mjesta su: trtica, pete, zglob kuka, gležanj, lakat, predio skapule (7).

Preventivne mjere za dekubitus u Općoj bolnici Dubrovnik

Značajnu pomoć u prevenciji dekubitusa u OB Dubrovnik osigurava se korištenjem antidekubitalnih pomagala (antidekubitalni madraci, kolutovi od vate, jastuci, silikonski kolutovi i sl.), poboljšavanjem općeg stanja bolesnika liječenjem osnovne bolesti, hidracijom bolesnika, prilagođavanjem dijeta obogaćene proteinima i dodavanjem komplementarne terapije željeza, cinka, proteina, A, E i C vitamina, niacina. Najvažniji faktor u prevenciji dekubitusa je provođenje preventivnih mjera iz djelokruga zdravstvene njege odnosno mjerljiva količina sestrinskog rada. Na temelju sestrinske dokumentacije izdvajaju se evidentno najrizičniji bolesnici za koje se izrađuje poseban plan preventivnih mjera uz jasno definirane ciljeve i planirane sestrinske postupke. Ishodi postupaka se evaluiraju čime se validira uspješnost usmjerenih intervencija.

Zdravstvena njega se prilagođava svakom pojedinom pacijentu uzimajući u obzir sve raspoložive resurse sa strane i bolesnika i ustanove (detaljno prikupljanje podataka, analiziranje podataka, formiranje sestrinske dijagnoze, izrada plana zdravstvene njege, provođenje zadanih intervencija, te na kraju evaluacija zadanog cilja).

Procjena rizika za nastanak dekubitusa

Rizik bolesnika za dekubitus procjenjujemo na način da koristimo Bradenovu ljestvicu koja uključuje ana-

lizu senzorne percepcije, vlažnosti kože aktivnosti bolesnika, pokretljivosti, prehranu, trenje i razvlačenje čime se postiže procjena rizika koja je graduirana od nema rizika, prisutan rizik, umjeren rizik, visoki rizik i sastavni je dio kategorizacije bolesnika

Prilikom zaprimanja bolesnika u bolnicu intervencije su usmjerene na:

- uzimanje detaljne sestrinske anamneze koristeći sve raspoložive izvore podataka (primarne, sekundarne, tercijarne) uključujući postojeću medicinsku dokumentaciju i laboratorijske nalaze. Podatci se uzimaju u roku od 24 sata od zaprimanja bolesnika u bolnicu;
- žurni temeljiti fizikalni pregled bolesnika koji uključuje inspekciju integriteta kože, turgor kože, pojavu edema, stanje sluznica i prokrvljenost. Koristi se grafički prikaz koji je sastavni dio sestrinske liste. U okviru fizikalnog pregleda mjeri se vitalne znakove (temperaturu, puls, tlak, disanje) kako bi se uočile eventualne naznake potencijalnih rizičnih faktora, npr. hipertermija, dehidracija, oligurija, kaheksija;
- kategorizaciju bolesnika koja se radi svakodnevno počevši od dana prijma u bolnicu čiji je sastavni dio Bradenove ljestvice. Uz to se prati i ostale parametre (higijena, odijevanje, hranjenje, eliminacija, hodanje, sjedanje, premještanje, rizik pada, komunikacija, edukacija, stanje svijesti, vitalni znakovi, specifični postupci u zdravstvenoj njezi, dijagnostički postupci, terapijski postupci, okretanje, stajanje). Svrstavanjem bolesnika u kategorije (1-4) mjeri se vrijeme potrebno za rad oko svakog pojedinog bolesnika.

Nakon završene faze prikupljanja podataka donosi se odluka o postojanju sestrinske dijagnoze, tj. problema. Ako je sestrinska dijagnoza *Visoki rizik za dekubitus*, slijedi izrada plana zdravstvene njege sa zadanim ciljevima, postupcima i evaluacijom.

SESTRINSKA DOKUMENTACIJA U OPĆOJ BOLNICI DUBROVNIK

U Općoj bolnici Dubrovnik Sestrinsku dokumentaciju vodimo u elektroničkom obliku od 01.07.2008. Prednosti vođenja sestrinske dokumentacije u informativnom obliku su sljedeće:

- integracija svih računalnih programa u kojem rade sestre (BIS, kategorizacija, sestrinska dokumentacija, bolničke infekcije, kontrola kvalitete)
- dostupnost svim medicinskim sestrama
- čitljivost podataka

- mogućnost usporedbe vremena potrebnog za rad oko bolesnika i stvarno realiziranog rada oko bolesnika
- mogućnost sudjelovanja popunjavanja dijelova sestriinske liste svih medicinskih sestara ovisno o kompetencijama sukladno razini obrazovanja i radnom mjestu
- kompletan uvid u trenutno stanje bolesnika s izdvojenim odstupanjima koja su označena brojevima i bojama (jača boja i veći broj označava zahtjevnijeg bolesnika)
- mjerenje količine rada na računalo za svaku medicinsku sestru (administratora) na dnevnoj, tjednoj i godišnjoj razini
- uvid u vrijeme unosa podataka i vidljiv potpis medicinske sestre koja je podatak unijela odnosno odradila zadani postupak delegiran od medicinske sestre s većom kompetencijom
- uvid u laboratorijske nalaze koji su važni za bolesnika s dekubitalnom ranom (ukupni proteini, albumini, CRP, LE), patološki nalazi, tj. odstupanja označeni crvenom bojom
- prilikom otpusta bolesnika iz bolnice izdaje se Otpusno pismo zdravstvene njege (sl. 1) te se proces zdravstvene njege nastavlja bez prekida. Prema sestriinskim dijagnozama bolesnika nastavljaju tretirati medicinske sestre u izvanbolničkoj službi u kući bolesnika, ako se radi o otpustu kući, odnosno medicinske sestre druge ustanove ili klinike, ako se radi o premještanju u drugu ustanovu. Time je poboljšana komunikacija među sestrama na svim razinama

zdravstvene zaštite, a kvaliteta zdravstvene njege u interesu bolesnika podignuta je na značajno višu razinu od dosadašnje.

CILJ RADA

Cilj ovoga rada bio je procijeniti i analizirati rizike za nastanak dekubitusa u OB Dubrovnik na temelju podataka iz sestriinske dokumentacije i evidencije (po danima) o broju medicinskih sestara u službi. Specifično, namjera je bila pokazati važnost analize proteina u serumu pacijenata u kojih je primjenom Bradenove ljestvice evidentiran rizik za nastanak dekubitusa (prema citatu 6, neophodno je provođenje laboratorijskih dijagnostičkih testova, među njima i serumskih proteina) i ispitati učestalost dekubitusa registriranih tijekom blagdana i vikenda kada je broj medicinskih sestara u pravilu manji, što se može prepoznati kao organizacijski problem, odnosno problem nedovoljnog ljudskog potencijala u sestriinstvu.

ISPITANICI I METODE

Ispitanici su pacijenti koji su bili primljeni u OB Dubrovnik u razdoblju od 1.siječnja do 31. prosinca 2012. godine. Podatci uključeni u istraživanje su podatci iz sestriinske dokumentacije koja se vodi u elektroničkom

OPĆA BOLNICA DUBROVNIK Dr. Roška Nrišetića 2 20000 Dubrovnik						
OTPUŠNO PISMO ZDRAVSTVENE NJEGE						
Pacijent:	Datum rođenja:	Adresa:	Telefon:			
Zakonski odgođen skrbnik:	Srodstvo:	Adresa skrbnika:	Telefon:			
Datum prijema: 21.03.2013	Vrijeme otpusta (datum, sat): 05.04.2013 0:0	Klinika (odjel): Pulmološki i imunološki odjel				
Medicinska dijagnoza kod otpusta: I50.9 - Insuficijencija srca, neoznačena		Izabrani obiteljski liječnik: Olga Šepić, dr.med. (7768715)				
SOČIJALNI STATUS						
Zivi sam: Ne	Socijalno stanje	Tko mu može pružiti pomoć po otpustu iz bolnice	U akrib su do prijema u bolnicu bili uključeni			
Zivi sa: Zivi sa svojom obitelji.	Korisnik socijalne pomoći Ne	Suprug-a Djeca	Članovi obitelji			
U kojem segmentu njege, značajne osobe ne mogu pomoći: Kod kupanja, tuširanja potrebna pomoć druge osobe ili članova obitelji kod kupanja presvlačenja, te pri hodanju.						
PROVEDENA ZDRAVSTVENA NJEGA U BOLNICI/POSTUPCI						
-Rizik za dekubitus. Visok rizik za ožljeđe. Visok rizik za infekcije. -Tijekom boravka na Pulmološkom odjelu: -postavljen urinarni kateter zbog praćenja diureze te po otpustu kateter izvađen -provedena adekvatna zdravstvena nega (kupanja, presvlačenja) -provedene vježbe disanja -nadoknada tekućine -fizikalna terapija -preventivno njene sprječavanja dekubitusa.						
Koliko je pacijent informiran i educiran u bolnici o svom novonastalom zdravstvenom stanju Informiran: _____ Educiran: _____		Nakon novonastalog zdravstvenog stanja, po otpustu iz bolnice, što pacijent zna i može uraditi sam u procesu samozbrinjavanja: SABE SV -Pacijentica nije u mogućnosti da se sama brine o sebi potrebna pomoć druge osobe ili članova obitelji kod: -uzimanja propisane terapije -kupanja, presvlačenja				
UTVRĐIVANJE POTREBA ZA KONTINUIRANOM ZDRAVSTVENOM NJEGOM U KUĆI						
Pacijent treba, po izlasku iz bolnice, zdravstvenu negu u kući			Vremensko razdoblje - nužnost prvih postupaka ZNJ u kući			
			Drugi dan po otpustu			
Fizičko stanje	Mentalno stanje	Aktivnost	Pokretljivost	Inkontinencija	Prehrana	Tekućina
Slabo	Pri svijesti	Hoda uz pomoć	Ograničena	Povremeno	Slabo	Dobro
Dekubitus:						
Procjena rizika po Braden skali: Prisutan rizik za dekubitus.						

Sl. 1. Otpusno pismo zdravstvene njege u OB Dubrovnik

REZULTATI

U razdoblju od 1. siječnja 2012. do 31. prosinca 2012. godine u OB Dubrovnik bio je primljen 14.581 pacijent. U 34 % bolesnika procijenjen je rizik nastanka dekubitusa prema Bradenovoj ljestvici, a dekubitus je evidentiran u 185 pacijenata koji su prema Bradenovoj ljestvici procijenjeni kao rizični, a prilikom hospitalizacije dekubitus nije bio prisutan. U razdoblju od 1. do 31. prosinca 2012. u bolnicu je primljeno 135 pacijenata. Ukupan broj onih kod kojih je evidentiran dekubitus u tom je razdoblju 66.

Važnost analize proteina u serumu

Analizirajući podatke na Odjelu jedinice intenzivnog liječenja u jednogodišnjem razdoblju utvrđeno je da od ukupno 66 bolesnika kod kojih je evidentiran dekubitus putem Bradenove ljestvice kod 24 (36 %) bolesnika, venepunkcijom je uzeta krv za analizu ukupnih proteina u serumu. Od 24 mjerenja samo se jedno nalazi u granicama referentnih vrijednosti, dok su kod 23 pacijenata (95,8 %) kojima su ispitani ukupni proteini nalazi dobiveni laboratorijskom analizom ispod referentnih vrijednosti. Analiza vrijednosti ukupnih proteina u serumu se pratila od evidencije dekubitusa tijekom hospitalizacije u jedinici intenzivnog liječenja sve do odlaska na drugi odjel ili drugu zdravstvenu ustanovu. U usporedbi ukupnih proteina u serumu mjerenih u 24 pacijenata s dekubitusom i 65 pacijenata bez dekubitusa razina ukupnih proteina u serumu bila je zamjetno niža u bolesnika s evidentiranim dekubitusom nego u onih bez dekubitusa. Prosječne vrijednosti proteina u pacijenata s dekubitusom iznosila je 40g/L.

Povezanost procjene rizika prema Bradenovoj ljestvici i razvoja dekubitusa

Od 185 pacijenata s evidentiranim dekubitusom tijekom boravka u bolnici u razdoblju od 01.01.2012. do 31.01.2012. uvidom u sestrinsku dokumentaciju pokazalo se da je pri prijemu u bolnicu za 97 (32,3 %) bole-

snika procijenjen vrlo visoki rizik za nastanak dekubitusa, za 75 (40 %) prisutan rizik, dok je umjeren rizik za nastanak dekubitusa procijenjen za 13 (7 %) bolesnika. Za 20,7 % pacijenata prema toj metodi procjene nije bilo rizika za nastanak dekubitusa.

Vrlo visok rizik za nastanak dekubitusa procijenjen u 97 bolesnika znači da se radi o bolesnicima koji su kategorizirani u treću i četvrtu kategoriju. Takva kategorizacija znači povećanu zahtjevnost u broju sati za zdravstvenom njegoj. Uglavnom se radi o bolesnicima starije životne dobi, lošeg općeg stanja, najčešće febrilnim, dehidriranim, s povišenim parametrima upale, tahikardičnim, suhe kože i sluznice, oliguričnim ili hipotenzivnim. Takav anamnestički status povećava zahtjevnost za zdravstvenom njegoj i ujedno je veći rizik za nastanak dekubitusa. Za bolesnike u kojih je procijenjen umjeren rizik ili čak nepostojanje rizika za nastanak dekubitusa, a dekubitus se ipak pojavio, može se zaključiti da ili procjena nije valjana ili preventivne mjere nisu bile dobre pa su dovele do pojavnosti dekubitusa.

Povezanost nastanka dekubitusa i broja medicinskih sestara u službi

Za jednomjesečno razdoblje (01.12.2013. do 31.12.2013.) na Odjelu neurologije u Općoj bolnici Dubrovnik učinjena je analiza broja evidentiranih dekubitusa u odnosu na kategorizaciju pacijenata prema kojoj se procjenjuje potreban broj sati zdravstvene njege, odnosno potreban broj medicinskih sestara. Komparacija evidentiranih dekubitusa u danima vikenda i blagdana i onih izvan tih dana pokazuje da su dani vikenda i blagdana rizičniji za nastanak dekubitusa (8 prema 3, odnosno 72 % u danima vikenda/blagdana prema 28 % u ostalim danima). Istodobno, svakog dana, kako vikendom/praznikom tako i ostalim danima, nedostaje oko 33 % medicinskih sestara. Ostaje otvoreno pitanje zašto je u dane vikenda/blagdana broj evidentiranih dekubitusa znatno veći nego u ostale dane.

Tablica 1.

Evidentiranost dekubitusa

	Broj dana	Broj evidentiranih dekubitusa	Broj dekubitusa po danu (%)	Prosječni broj sestara/dan (stvarno)	Prosječni broj sestara/dan (potrebno)
Blagdani/vikend	9	8	72	4	6
Ostalo	22	3	28	6	9
Ukupno	31	11	100	10	15

RASPRAVA

Rezultati pokazuju da još uvijek sestrištvo kao profesija ne može biti u potpunosti zadovoljno. Ovom analizom smo htjeli pokazati da je vrijednost proteina u serumu važan pokazatelj. On ukazuje na potrebu nadoknade proteina u slučaju smanjenih vrijednosti i na taj način smanjivanje nastanka dekubitusa ili njegove progresije. Iz ekonomskih razloga nismo u mogućnosti svim bolesnicima koji su procijenjeni kao rizični mjeriti koncentraciju ukupnih proteina u serumu, ali bi sigurno bilo preporučljivo uraditi mjerenje kod onih bolesnika u kojih postoji oštećenje tkiva te na osnovi toga gubitak proteina nadoknaditi *per os* ili parenteralnim putem. Preporuča se procijeniti uhranjenost svih rizičnih bolesnika te slijediti nutritivne smjernice. Za hidrataciju dodati 1mL/kcal tekućine/dan i kalorija 30-35 kcal/kg/dan te proteina 1,25-1,5 g/kg/dan (8). Intervencije povezane s procjenom prema Bradenovoj ljestvici od 15 do 18 bodova uključuju učestalo okretanje bolesnika, korištenje pisanih planova, zaštita peta, korištenje raznih načina smanjenja pritiska, smanjenje vlažnosti i trenja (9). Pitanje, zašto su pacijenti s umjerenim ili neevidentiranim rizikom procijenjenim Bradenovom ljestvicom razvili dekubitus očito da zahtijeva detaljnije preispitivanje uvjeta u kojima se je to dogodilo i traženje razloga za to. Ako se radi o starijim osobama treba znati da je koža osobe starije životne dobi manje elastična i manje vlažna. Nadalje, inkontinencija stolice i urina nagriza kožu (10). Bradenova ljestvica nije uvijek objektivna i ovisi o znanju i kliničkom iskustvu ispitivača kao i o trenutku procjene. Rizik procjenjujemo jednom dnevno u jutarnjim satima, a rizik se tijekom 24 sata može mijenjati, posebice ako se radi o pogoršanju stanja bolesnika u popodnevnim i noćnim smjenama, a ta mjerenja u pravilu ne radimo. Pitanje je jesu li se svi zabilježeni postupci uistinu proveli (što ovisi o savjesti, sposobnosti i vještinama sestre) i je li nam plan zdravstvene njege bio dobro napisan. Tek nakon evaluacije možemo zaključiti moramo li mijenjati plan zdravstvene njege (11). Na kraju, na utjecaj endogenih faktora ipak nekad ne možemo utjecati iako smo rehidrirali bolesnika, prilagodili nutritivne potrebe i proveli preventivne mjere za sprječavanje dekubitusa (12). Kategorizacija bolesnika je bazični instrument za izračun odgovarajućeg broja medicinskih sestara u bolničkoj skrbi. Potreban broj medicinskih sestara određuje se s obzirom na količinu potrebne njege/24 sata, pri čemu se utvrđuje težina stanja bolesnika i odgovarajuća zdravstvena njega koju je potrebno pružiti (12). Uvođenjem informatizacije taj se broj više ne ocjenjuje paušalno već iz dokumentiranih činjenica.

Analiza broja medicinskih sestara (stvarnog broja i broja procijenjenog na temelju kategorizacije bolesnika za određeni dan) pokazuje trajni nedostatak osoblja od 33 %. Međutim, analiza povezanosti broja me-

dicinskih sestara i evidentiranih dekubitusa s obzirom na dane vikenda i praznika i ostale dane ne daje jasan odgovor zašto je u dane vikenda i praznika više evidentiranih dekubitusa. Jedno od mogućih objašnjenja bi moglo biti sljedeće: s obzirom na uobičajenu dnevnu dinamiku poslova prilikom raspoređivanja medicinskih sestara, tijekom tjedna je planirano pojačan u jutarnjim satima s obzirom na svakodnevni standardizirani proces zdravstvene njege bolesnika (pomoć u održavanju osobne higijene, hranjenje, preventivne mjere radi sprječavanja komplikacija dugotrajnog ležanja, dijeljenje propisane terapije i slično). Medicinske sestre veliki dio vremena potroše i u pripremi, pratnji pacijenta kao i u i asistiranju za medicinsko-tehničke i dijagnostičke zahvate koje delegiraju i izvode liječnici. Svi planirani medicinsko-tehnički zahvati se izvode u jutarnjoj smjeni u radnom tjednu uz zaprimanje dogovorenih, tzv. elektivnih prijema bolesnika što također ukazuje planski na potreban veći broj sestara tijekom radnog tjedna. Međutim, za vrijeme vikenda, kada je broj planiranih medicinsko-tehničkih zahvata manji, planira se i manji broj medicinskih sestara (13). No, vrlo često vikendom odnosno blagdanom dolazi do neplaniranih prijema hitnih bolesnika koji su samim dolaskom najzahtjevniji te postaju "kradljivci" vremena za uobičajenu dnevnu dinamiku rada medicinske sestre. Prioritet brige za hitno primljenog bolesnika odgađa rutinske zadatke u smislu prevencije po ustaljenom ritmu iz plana zdravstvene njege iz čega proizlazi pojavnost učestalijih dekubitusa. Analizirajući potrebe za medicinskim sestrama s obzirom na Pravilnik o minimalnim uvjetima evidentan je nedostatak i u tjednim potrebama, ali je manje problematičan i nadoknativ u odnosu na vikend koji je često neočekivano zahtjevniji nepredviđenim hitnim primjovima. Stoga naši rezultati ukazuju na moguću preraspodjelu sati rada medicinskih sestara uvažavajući tjednu rutinu i potrebe za vikend. Analizom kategorizacije bolesnika koja ukazuje na težinu i zahtjevnost pacijenta kao i potreban broj sati za zdravstvenom njegom bi se racionalnije napravila raspodjela potreba za medicinskim sestrama. Takvom analizom i raspodjelom rada bi se očekivano umanjili nedostaci preventivnih mjera za nastanak dekubitusa tijekom vikenda i izjednačile tjedne potrebe rada s potrebama tijekom vikenda.

ZAKLJUČAK

Kontinuirano praćenje, dokumentiranje i evaluacija sestriškog rada kroz dokumentaciju stvorila je dobar preduvjet za profesionalniju komunikaciju koja pridonosi boljim rezultatima i prepoznatljivosti profesije. Dobrom organizacijom provođenja zdravstvene njege može se bitno utjecati na uspješnost sveukupnog liječenja koje ima stručne i financijske učinke zdravstvene zaštite.

L I T E R A T U R A

1. Čukljek S. Teorija i organizacija u zdravstvenoj njezi – nastavni tekstovi. Zagreb: Zdravstveno veleučilište, 2008.
2. Zakon o sestriinstvu. Narodne novine 2003; 121;4517 – 4520.
3. Kalauz S. Osnove menadžmenta – nastavni tekstovi. Zagreb: Zdravstveno veleučilište, 2007.
4. Kern J, Petrovečki M, ur. Medicinska informatika. Zagreb: Medicinska naklada, 2009.
5. Hančević J, Mitić C. Kronična rana. U: Duraković Z. i sur. Gerijatrija - medicina starije dobi. Zagreb: C.T. - Poslovne informacije, 2007.
6. Hančević J, i sur. Dekubitus, etiologija, profilaksa i liječenje. Zagreb: Medicinska naklada, 2003.
7. Frketić Ž. Njega bolesnika - važan faktor u prevenciji i liječenju dekubitusa. Acta Med Croatica 2008; 62 (Supl.2): 25-8.
8. Smrke D. Klinične smernice za zdravljenje akutnih in kroničnih ran. U: Repše S, Tršinar B, ur. Kirurgija. Ljubljana: Sledi, 2003, 132-6.
9. Ayello EA. Nursing Standard of Practice Protocol: Pressure Ulcer Prevention & Skin Tear Prevention. Available at: http://consultgerirn.org/topics/pressure_ulcers_and_skin_tears/want_to_know_more.
10. Hope I. Nursing Care Plan of Pressure Ulcers - Impaired Skin Integrity. Available at : <http://rnspeak.com/nursing-care-plan/nursing-care-plan-of-pressure-ulcers-impaired-skin-integrity/>.
11. Milić C. Primjena preventivnih zdravstvenih mjera za starije ljude – prevencija dekubitusa. Sestrinski glasnik 2000; 5: 20-1.
12. Švrakić S, Vuković S, Bajramović E, Peševski Z. Vodič za prevenciju i liječenje dekubitusa. Sarajevo: Ministarstvo zdravstva Kantona Sarajevo, Institut za naučno istraživački rad i razvoj Kliničkog centra Univerziteta Sarajevo, 2009.
13. Pavković Lj, Paik D, Knežević Kraml N, Stokić J. Kategorizacija bolesnika u SB Lipik prema projektu HKMS. Dostupno na: http://www.hkms.hr/plavi_fokus/fokus_web_6_3.pdf

S U M M A R Y

THE ROLE OF NURSING DOCUMENTATION IN THE ANALYSIS OF THE RISK OF PRESSURE ULCERS

V. IVETA, A. KREČAK, M. KALOGJERA and Đ. MILIĆ

Dubrovnik General Hospital, Dubrovnik, Croatia

The aim of the study was to analyze the risk of pressure ulcers in Dubrovnik General Hospital based on data from nursing documentation and records on the number of nurses on duty. Specifically, the intent was to show the importance of analyzing serum proteins in patients with a documented risk (Braden's scale) of pressure ulcers and to assess the incidence of pressure ulcers recorded during holidays/weekends when the number of nurses on duty is, generally, lower. The study included patients admitted to the hospital during the year 2012. Nursing documentation was the source of patient data. The risk of pressure ulcers was assessed in 34% of patients. Pressure ulcers were recorded in 185 patients, initially estimated as very high risk (32.3%), high risk (40%), moderate risk (7%) and no risk (20.7%). Analysis of total serum protein showed a significantly lower value in patients with ulcers in comparison with patients without pressure ulcer. During a one-month period (December 2012), the number of recorded pressure ulcers was analyzed at Department of Neurology according to weekends/holidays and other weekdays. Results showed the weekends/holidays to be more risky for the development of pressure ulcers (72% vs. 28%). At the same time, given the regulations on minimum requirements, about 33% of nurses are missing every day. However, over the weekend, this disadvantage can hardly compensate for the often demanding emergency admission patients. Therefore, our results suggest a possible reallocation of working hours for nurses respecting week routine and the need for the weekend. Continuous monitoring, documentation and evaluation of nursing work through documentation have created a prerequisite for professional communication that leads to good results and recognition of the profession. Good health care organization can significantly influence the overall treatment, which has professional and financial effects on the health care in general.

Key words: nursing documentation, indicators, health care, pressure ulcer