



# Sestrinska dokumentacija kao važan dio medicinske dokumentacije

## Nursing documentation as important part of the medical documentation

Kristina Hanžek<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Klinika za neurologiju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Klinički bolnički centar Zagreb

### Deskriptori

SESTRINSKI ZAPISI – zakonodavstvo;  
DOKUMENTACIJA; BOLNIČKI INFORMACIJSKI SUSTAV;  
ELEKTRONIČKI MEDICINSKI ZAPISI;  
ULOGA MEDICINSKE SESTRE;  
OSIGURANJE KVALITETE ZDRAVSTVENE NJEGE;  
HRVATSKA

### Descriptors

NURSING RECORDS – legislation and jurisprudence;  
DOCUMENTATION; HOSPITAL INFORMATION SYSTEMS;  
ELECTRONIC HEALTH RECORDS; NURSE'S ROLE;  
QUALITY ASSURANCE, HEALTH CARE; CROATIA

**SAŽETAK.** Sestrinska dokumentacija je dio medicinske dokumentacije pacijenta i prema Zakonu o sestrinstvu u Republici Hrvatskoj obveza i profesionalna odgovornost medicinskih sestara jest vođenje sestrinske dokumentacije kojom se evidentiraju svi provedeni postupci kod pacijenta tijekom 24 sata. Dokumentiranje je važno zbog pravne zaštite (sestrinska dokumentacija je dokument kojim se potvrđuju činjenice i tvrdnje u slučaju mogućeg spora ili konflikta), praćenja troškova u zdravstvu (omogućuje praćenje troškova u odnosu na učinkovitost), izvor je informacija za istraživanja kojima se mogu dobiti značajni rezultati korisni za razvoj sestrinske prakse, standarde sestrinstva, unaprjeđenje kvalitete zdravstvene njege (dokumentacija je dokaz o provedenoj zdravstvenoj njezi i sestrinskim intervencijama), društvene promjene, unaprjeđenje komunikacije u timu. Pravilna i pravovremena sestrinska dokumentacija s točnim i relevantnim informacijama o pacijentu značajno utječe na uspješnu komunikaciju u multidisciplinarnom timu radi dostupnosti sestrinskih zapisa u bolničkom informacijskom sustavu i ostalim članovima u timu koji skrbe za pacijenta. Jedna od značajnijih sastavnica sestrinske dokumentacije jest trajno praćenje stanja pacijenta odnosno *decursus* u koji se dokumentiraju sve promjene kod pacijenta tijekom 24 sata (simptomi, znaci, opisi novonastalog stanja, mogući uzroci i dodatni podaci koji nisu navedeni u anamnezi). U dosadašnjim studijama utvđeni su i nedostaci poput nepravovremenosti u dokumentiranju, netočnih podataka, diskontinuiteta u dokumentiranju *decursusa*, nejasnih uputa. Svrha je ovog članka naglasiti važnost sestrinske dokumentacije kao zakonski reguliranog dokumenta u sestrinskoj profesiji u Republici Hrvatskoj i kao važnog dijela sveukupne medicinske dokumentacije.

**SUMMARY.** Nursing documentation is part of the patient's medical documentation and, according to the Nursing Act in the Republic of Croatia, nurses have the obligation and duty to maintain such documentation that records all procedures performed on the patient during a 24-hour period. Documentation is important due to: legal protection (nursing documentation is a document that verifies facts and claims in case of potential legal dispute or conflict), monitoring healthcare costs (it enables tracking costs in relation to effectiveness, is a source of information for research that can obtain significant results useful for the development of nursing practice, nursing standards, improvement of the quality of health care (documentation is proof of provided health care and nursing interventions), social changes, improvement of communication in the team. Correct and timely nursing documentation with accurate and relevant information about the patient significantly affects successful communication in the multidisciplinary team due to the availability of nursing records in the hospital information system, as well as other members of the team who are in charge of the patient. One of the most important components of nursing documentation is the permanent monitoring of the patient's condition, i.e., *decursus*, in which all changes in the patient during a 24-hour period are documented (symptoms, signs, descriptions of the new state of the patient, possible causes, and additional data that is not stated in the anamnesis). In previous studies deficiencies have been identified, such as untimeliness in documentation, incorrect data, discontinuity in the documentation of the *decursus*, unclear instructions. The purpose of this article is to emphasize the importance of nursing documentations a legally regulated document in nursing profession in Croatia and as important part of the overall medical documentation.

Povijest dokumentiranja u sestrinstvu seže daleko u povijest. Zapisi na papirusu u starom Egiptu pisani hijeroglifima koji svjedoče o povijesti Egipta, veterinarskoj znanosti i kirurškoj problematici sadržavali su i opisane sestrinske intervencije, koje su se odnosile na postavljanje zavoja i hranjenje pacijenta s tetanusom.<sup>1</sup>

Podatci poput kupanja i hranjenja bolesnika nisu se smatrali važnima te stoga nisu ni dokumentirani sve do dolaska Florence Nightingale, koja je navedene podatke smatrala izuzetno važnima.

Florence Nightingale, *dama sa svjetiljkom* (rođena 12. svibnja 1820. – umrla 13. kolovoza 1910.), britanska medicinska sestra, statističarka i socijalna reformatorica. Za vrijeme Krimskog rata (1854. – 1856.) u

### Adresa za dopisivanje:

Kristina Hanžek, mag. med. techn., <https://orcid.org/0000-0001-7358-9387>,  
Klinika za neurologiju, KBC Zagreb, Kišpatićeva 12, 10000 Zagreb,  
e-pošta: [kristina.hanzek@kbc-zagreb.hr](mailto:kristina.hanzek@kbc-zagreb.hr)

Primljeno 10. veljače 2023., prihvaćeno 16. studenoga 2023.

Konstantinopolu F. Nightingale bila je zadužena za poboljšanje medicinske njege u općoj bolnici. Ona se bavila i prikupljanjem podataka, te je izradila statističke dijagrame. Na njima je prikazala postotak smrtnosti od zaraznih bolesti britanskih vojnika. Istaknuvši potrebu za dokumentiranjem svakodnevnih stvari, počela se voditi evidencija o pravilnoj upotrebi zraka, topline, svjetla, čistoće i prehrane. Sve to je radila s ciljem poboljšanja, prikupljanja i zapisivanja podataka koji utječu na adekvatno vođenje pacijenta. Zahvaljujući njezinom naglašavanju važnosti obrazovanja i usavršavanja, u Londonu je otvorena prva škola za medicinske sestre.<sup>2</sup>

Do bitnijih promjena za sestrinsku dokumentaciju dolazi 1970-ih godina, primjenom procesa zdravstvene njege, te se od tada mijenja pogled na dokumentiranje podataka u sestinstvu.

Danas je sestrinska dokumentacija važan dio medicinske dokumentacije i primjenom sestrinske dokumentacije medicinske sestre potvrđuju da su u svom radu koristile svoja znanja i vještine sukladno standardima u sestrijskoj praksi. Stupanjem na snagu Pravilnika o sestrijskoj dokumentaciji u bolničkim zdravstvenim ustanovama 1. srpnja 2011. sestrinska dokumentacija u Republici Hrvatskoj postala je obvezna.

Svrha je ovog članka naglasiti važnost sestrinske dokumentacije kao zakonski reguliranog dokumenta u sestrijskoj profesiji u Republici Hrvatskoj i kao važnog dijela sveukupne medicinske dokumentacije.

### Implementacija sestrinske dokumentacije u Republici Hrvatskoj i zakonska regulativa

Sestrinska je dokumentacija skup podataka koji služe kontroli kvalitete planirane i provedene zdravstvene njege te je sastavni dio medicinske dokumentacije bolesnika. Proces implementacije sestrinske dokumentacije u Republici Hrvatskoj započeo je 2011. godine objavljivanjem Pravilnika o sestrijskoj dokumentaciji u bolničkim zdravstvenim ustanovama kojim su utvrđeni sadržaj i obrasci sestrinske dokumentacije u bolničkim zdravstvenim ustanovama (slika 1).<sup>3</sup>

Godine 2022. objavljen je Pravilnik o izmjenama i dopuni sestrinske dokumentacije u bolničkim zdravstvenim ustanovama koji je dopunjen dokumentacijom operacijskih sestara (instrumentarki) s uputama za primjenu u operacijskoj sali, sestrijskom dokumentacijom pedijatrijskog bolesnika i dokumentacijom zdravstvene njege u dnevnim bolnicama (slika 2).<sup>4</sup>

Sukladno Zakonu o sestinstvu, jedna od dužnosti medicinskih sestara jest i vođenje sestrinske dokumentacije kojom se evidentiraju svi provedeni postupci tijekom 24 sata.<sup>5</sup>

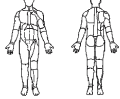
Dokumentiranje je bitno radi:

USTANOVA		SESTRINSKA LISTA	
Matični broj MBG	Datum i sat prijema	Način prijama Hitni <input type="checkbox"/> Restovni <input type="checkbox"/> Premješta <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 kječnik	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"/>	LJEEKOVI OSTALO .....		
Procjena samostalnosti	0 - nije ovisan <input type="checkbox"/> 1 - ovisan u manjem stupnju <input type="checkbox"/>	2 - ovisan u višem stupnju <input type="checkbox"/> 3 - ovisan u visokom stupnju <input type="checkbox"/>	4 - potpuno ovisan <input type="checkbox"/>
Samozbrinjavanje	higijena - 0, 1, 2, 3, 4 hranjenje - 0, 1, 2, 3, 4	eliminacija - 0, 1, 2, 3, 4 oblačenje - 0, 1, 2, 3, 4	ostalo
Fizičke aktivnosti	hodanje - 0, 1, 2, 3, 4 premještanje - 0, 1, 2, 3, 4	sjedenje - 0, 1, 2, 3, 4 stajanje - 0, 1, 2, 3, 4	okretanje - 0, 1, 2, 3, 4 ostalo
Oprema i pomagala	štike <input type="checkbox"/> štap <input type="checkbox"/> hodalice kolica <input type="checkbox"/> proteza <input type="checkbox"/> trapez <input type="checkbox"/>	ostala pomagala i osobitosti	
Podnošenje napora	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	osobitosti	
Prehrana	Dijeta	oralna prehrana <input type="checkbox"/> stomata <input type="checkbox"/> ostalo <input type="checkbox"/>	parenteralna prehrana <input type="checkbox"/> sonda <input type="checkbox"/>
Apetit	normalan <input type="checkbox"/> povećan <input type="checkbox"/> smanjen <input type="checkbox"/> povraćanje <input type="checkbox"/> uzrok <input type="checkbox"/>	mučnina <input type="checkbox"/>	Zvakanje bez teškoća <input type="checkbox"/> teško <input type="checkbox"/> uzrok <input type="checkbox"/>
Gutanje	bez teškoća <input type="checkbox"/> otežano <input type="checkbox"/> ostalo .....	teško <input type="checkbox"/>	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"/> urin, kateter <input type="checkbox"/> zadnja promjena .....	vrsta inkontinencije .....	osobitosti
Znojenje	normalno <input type="checkbox"/> povećano <input type="checkbox"/> smanjeno <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 <input type="checkbox"/> dobar <input type="checkbox"/> oštećen <input type="checkbox"/> sljep <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"/> gluhi <input type="checkbox"/> ostalo .....	Slušni aparat DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Drugo	osobitosti
Bol	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	opis bola (lokalizacija, jačina, vrsta,...) .....	
Govor	bez teškoća <input type="checkbox"/> afazija <input type="checkbox"/>		
Spavanje	Nesanica DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Hodanje u snu DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	osobitosti spavanja .....	

SLIKA 1. SESTRINSKA DOKUMENTACIJA  
FIGURE 1. NURSING DOCUMENTATION

1. pravne zaštite – sestrinska dokumentacija je dokument kojim se potvrđuju činjenice i tvrdnje u slučaju mogućeg spora ili konflikta;
2. praćenja troškova u zdravstvu – omogućuje praćenje troškova u odnosu na učinkovitost;
3. izvora informacija – za istraživanja kojima se mogu dobiti značajni rezultati korisni za razvoj sestrinske prakse;
4. standarda sestinstva<sup>6</sup>;
5. unaprjeđenja komunikacije u timu – dostupnost podataka o pacijentima u bolničkom informacijskom sustavu i drugim članovima multidisciplinarnog tima poštujući Zakon o zaštiti osobnih podataka;
6. unaprjeđenja kvalitete zdravstvene njege – dokumentacija je dokaz o provedenoj zdravstvenoj njezi i sestrijskim intervencijama;
7. društvenih promjena.

Obvezni dio sestrinske dokumentacije čine sljedeći obrasci: sestrinska anamneza; sestrinske dijagnoze i osobitosti o pacijentu; praćenje stanja bolesnika tijekom hospitalizacije i trajno praćenje postupka; medicinsko-tehnički i dijagnostički postupci; trajno praćenje bolesnikova stanja (*decursus*); plan zdravstvene njege; lista provedenih sestrijskih postupaka; otpusno pismo zdravstvene njege.<sup>3</sup>

USTANOVA		DOKUMENTACIJA ZDRAVSTVENE NJEGE – DNEVNA BOLNICA			
Matični broj:		Datum i sat prijema:		ODJEL/ODSJEK:	
Ime i prezime:		Datum rođenja:		Adresa i broj telefona:	
Medicinska dijagnoza:		Osoba za kontakt / br. telefona:			
Alergije: DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>		Osiguranje:			
Izabrani liječnik:		Patronažna sestra D.Z.:		Planirani broj dana Dnevne bolnice	
Procjena samostalnosti		1 – samostalan		2 – ovisan u višem stupnju 3 – ovisan u visokom stupnju 4 – potpuno ovisan	
Svijest		Očuvana		GKS	
Podnošenje napora:		DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>		Morseova skala:	
Osobitosti:		Somnolencija		Oprema i pomagala:	
Bol		DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>		VAS	
Unos hrane i tekućine		Dijeta		Osobitosti:	
Eliminacija		Stolica		Znojenje	
Perceptivne sposobnosti		Vid		Iskašljavanje	
Osobitosti vezane uz spol		Sluh		Govor	
Aktivnosti koje utječu na zdravlje		Pušenje		Droge	
Vjerska uvjerenja / ograničenja		Alkohol		Ostalo	
Samopercepcija		DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>		NE <input type="checkbox"/>	
<b>FIZIKALNI PREGLED</b>				Osobitosti o pacijentu	
Krvni tlak		Puls/min		Disanje/min	
D.R.		L.R.		Sp O <sub>2</sub>	
Temp (način mjerenja)		Koža – sluznice		Torax	
Abdomen		Extremiteti		Braden skala	
Mišićno – koštani sustav		Visina / Težina / BMI		Datum / tko je uveo	
		<b>LEGENDA</b>		Katerter	
		D – dekubitus		I.V. kateter	
		H – hematom		CVK kateter	
		E – edem		Nazogastrična sonda	
		R – ošt. tkiva		Ostalo	
		F – fraktura		Terapija koju uzima:	
Procjena specifičnog znanja:		Stećeno <input type="checkbox"/>		Djelomično stećeno <input type="checkbox"/>	
Sestrinske dijagnoze		Nije stećeno <input type="checkbox"/>		Potpis med. sestre:	

SLIKA 2. SESTRINSKA DOKUMENTACIJA U DNEVNIM BOLNICAMA  
FIGURE 2. NURSING DOCUMENTATION IN DAILY HOSPITALS

Utvrđivanje potreba za sestrinskom skrbi počinje uzimanjem sestrinske anamneze i statusa (slika 1). Subjektivni i objektivni podatci koji se prikupljaju radi određivanja potreba prikupljaju se iz raznih izvora (od bolesnika, njegove obitelji, bližnjih, iz medicinske dokumentacije) tehnikom intervjua, fizikalnim pregledom, mjerenjem i uvidom u medicinsku dokumentaciju. Procjena općega stanja bolesnika uključuje:

- prikupljanje podataka temeljem sestrinske anamneze kojom se subjektivni podatci upotrebljavaju za uvid u tjelesne, psihološke i socijalne aspekte prošloga i sadašnjega zdravstvenog stanja i ponašanja;
- sveobuhvatan fizikalni pregled od glave do pete i prema tjelesnim sustavima, čime se prikupljaju objektivni podatci o stanju tih sustava i aktualnim potrebama bolesnika; tehnike fizikalnog pregleda su promatranje, palpacija, perkusija i auskultacija;
- procjenu bolesnika kod hitnih stanja i prilikom promjena u njegovu zdravstvenom stanju;
- ciljanu procjenu koja se provodi kod prisutnosti određenoga zdravstvenog problema te je potrebna daljnja procjena pojedinoga tjelesnog sustava.<sup>7</sup>

U sestrinskoj dokumentaciji korisno pomagalo za prikupljanje podataka jesu različite skale (ljestvice). Tako se u svrhu procjene rizika za nastanak dekubitusa u bolesnika uporabljuje Bradenova skala. Osim navedene skale, primjenjuju se još skala za procjenu stanja svijesti ili Glasgow koma skala te Morseova skala za procjenu rizika za pad.

Sestrinska dokumentacija osigurava kronološko praćenje stanja bolesnika te je sredstvo komunikacije između medicinskih sestara i drugih članova tima koji se skrbe o bolesniku, ne samo unutar bolnice, nego i nakon otpusta iz bolnice u obliku otpusnog pisma zdravstvene njege. Temeljem navedenog sestrinska je dokumentacija važan čimbenik osiguranja kvalitete pružanja zdravstvene skrbi za bolesnika, ne samo u bolničkom okruženju, nego i u osiguranju zdravstvene skrbi nakon bolesnikova otpusta iz bolnice. Osim prikupljanja podataka, ističe se potreba za njihovim bržim i jednostavnijim pristupom, potom mogućnošću analize prikupljenih podataka, kao i olakšavanjem komunikacije unutar zdravstvenog tima, za što je nužna informatizacija sestrinske dokumentacije.<sup>6</sup>

### Sestrinska dokumentacija u bolničkom informacijskom sustavu

U Republici Hrvatskoj proces informatizacije cjelokupnog sustava zdravstvene zaštite započelo je Ministarstvo zdravlja 2003. godine projektom e-Zdravstvo kroz uspostavu Centralnoga informacijskog sustava Republike Hrvatske. Propisana su prava, obveze i odgovornosti pravnih i fizičkih osoba zdravstvenog sustava Republike Hrvatske u području upravljanja podacima i informacijama u zdravstvu.<sup>8</sup>

Cilj je informatizacije smanjenje papirnatih zapisa i brža dostupnost podataka. Tako je svrha informatizacije sestrinske dokumentacije brže i sigurnije pohranjivanje podataka iz područja zdravstvene njege, kao i njihova dostupnost ne samo medicinskim sestrama, već i ostalim zdravstvenim djelatnicima koji se skrbe za bolesnika, uz poštovanje visokih standarda zaštite osobnih podataka.

Prava i razine pristupa određenim kategorijama elektroničkoga zdravstvenog zapisa bolesnika dodijeljene su odgovarajućim kategorijama korisnika (liječnici specijalisti, liječnici specijalizanti, medicinske sestre/tehničari, administrativno osoblje) koji se u sustavu identificiraju pomoću odgovarajućega korisničkog imena i lozinke. Svaka medicinska sestra za pristup bolničkom informacijskom sustavu posjeduje korisničko ime i lozinku te je odgovorna za točnost i potpunost upisanih podataka.<sup>9</sup>

### Važnost sestrinske dokumentacije u kliničkoj praksi

Određeni dijelovi sestrinske dokumentacije imaju značajan utjecaj na proces odlučivanja u skrbi za bolesnike. Među značajnijim ističe se trajno praćenje stanja pacijenta ili *decursus* u koji se upisuje svaka promjena kod pacijenta tijekom 24 sata (simptomi, znaci, opisi novonastalog stanja, mogući uzroci i dodatni podatci koji nisu navedeni u anamnezi) (slika 3).<sup>10</sup>

Praćenje stanja pacijenta (DEKURZUS)			
Datum / vrijeme	Lijek – doza – način davanja – učestalost	Ordinirao	Potpis med. sestre

SLIKA 3. DECURSUS  
FIGURE 3. DECURSUS

Od neupitne je važnosti za sigurnost i kvalitetu pružanja zdravstvene skrbi bolesnicima postojanje kontinuiteta u *decursusu*, odnosno ne smije se dogoditi da kroz određeno vrijeme nema niti jednog zapisa. Ovaj dio sestrinske dokumentacije ima značajnu ulogu i u postupcima sudskog vještačenja u slučaju mogućega sudskog spora.

Točna dokumentacija i izvješća imaju ključnu ulogu u zdravstvenim uslugama. Sestrinska dokumentacija je neophodna za identifikaciju sestrinskih intervencija koje su pružene pacijentima i za prikaz napretka pacijenta tijekom hospitalizacije. To je također pokazatelj rada medicinske sestre i kvalitete usluga medicinske sestre u bolnici.<sup>11</sup>

Kontinuirano praćenje, dokumentiranje i evaluacija sestrinskog 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.<sup>11,12</sup>

### Prednosti i nedostaci sestrinske dokumentacije

#### Prednosti

Gossen i suradnici u studiji o usporedbi o minimalnom setu podataka za zdravstvenu njegu navode

mnoge prednosti sestrinske dokumentacije: vrijedan instrument za izradu profila pacijenta po sestrinskim dijagnostičkim skupinama, alat za uspostavu retrospektivne validacije karakteristika sestrinskih dijagnoza, koristan alat za uvid u troškove zdravstvene njege.<sup>13</sup>

Osim ranije spomenutih prednosti sestrinske dokumentacije u kliničkoj praksi, otpusno pismo zdravstvene njege koje se piše za bolesnika pri otpustu iz bolnice vrlo je važan, nezaobilazan i obvezan dio sestrinske dokumentacije koji utječe na sigurnost i kvalitetu organizacije i kvalitetu zdravstvene njege bolesnika nakon otpusta iz bolnice, a namijenjeno je patronažnim medicinskim sestrama. Pozitivni elementi suradnje bolničkih i patronažnih medicinskih sestara putem ovog obrasca sestrinske dokumentacije jesu: povećanje informiranosti patronažne sestre za nastavak organizacije zdravstvene njege, poboljšanje komunikacije patronažnih i bolničkih medicinskih sestara, racionalnije planiranje zdravstvene njege nakon otpusta, veće zadovoljstvo bolesnika s aspekta korisnika skrbi, profesionalizacija sestrinstva, poboljšanje kvalitete zdravstvene njege nakon otpusta.<sup>14</sup>

#### Nedostatci

Mnoge studije ukazuju na nedostatke u primjeni sestrinske dokumentacije u elektroničkom obliku poput nedostatnog broja računala, sporosti u radu računala, nedostatka motivacije osoblja za nove izazove i saznanja u području informatike, manjka vremena za dokumentiranje postupaka u zdravstvenoj njezi radi velikog opsega posla, niske razine temeljnih vještina i znanja o informacijskom sustavu.<sup>15</sup>

Nedostatci u sestrinskoj dokumentaciji identificirani u drugim kliničkim specijalnostima odnose se i na kliničko polje psihijatrije. Kvalitetu elektroničke pisane sestrinske dokumentacije u psihijatrijskoj skrbi treba poboljšati kako bi se osigurao kontinuitet i sigurnost pacijenata.<sup>16</sup>

Krakau i suradnici u studiji o validaciji sestrinske dokumentacije u vezi s padovima u bolnici ukazuju na propuste u sestrinskim zapisima kao primjerice: u otpusnoj dokumentaciji je navedeno da je pacijent tijekom hospitalizacije pao, ali niti jedan dokumentirani dokaz o padu nije postojao tijekom hospitalizacije.<sup>17</sup>

Mnoge studije ukazuju na nedostatke u prijenosu informacija iz bolnice prema zajednici putem dokumentacije, navode neadekvatne, netočne, nejasne te nepotpune podatke.<sup>14,18–24</sup>

#### Zaključak

Sestrinska dokumentacija je vrijedan instrument za izradu profila pacijenta po sestrinskim dijagnostičkim skupinama, alat za uspostavu retrospektivne validacije karakteristika sestrinskih dijagnoza, koristan alat za uvid u troškove zdravstvene njege, ali i sredstvo komunikacije u multidisciplinarnom timu.



U kliničkoj praksi medicinskih sestara uočeni su prednosti i nedostaci u primjeni sestrinske dokumentacije te postoji potreba za dodatnim edukacijama o pravilnoj primjeni, ali i upoznavanjem ostalih članova multidisciplinarnog tima o postojanju određenih sastavnica sestrinske dokumentacije u bolničkom informacijskom sustavu.

Dokumentiranje zdravstvene njege ne bi trebala biti usputna aktivnost medicinskih sestara, već je Zakonom regulirana i obvezna u sestrinskoj profesiji u Republici Hrvatskoj. Proces implementacije sestrinske dokumentacije u bolnički informacijski sustav započeo je u Republici Hrvatskoj 2011. godine, međutim u određenim kliničkim specijalnostima poput pedijatrijskih odjela, operacijskih sala i dnevnih bolnica nije implementirana do 2022. godine, kada je objavljen Pravilnik o izmjenama i dopuni sestrinske dokumentacije u bolničkim zdravstvenim ustanovama.

Sukladno dosadašnjim studijama o kvaliteti sestrinske dokumentacije utvrđeni su brojni nedostaci poput nepravovremenosti u dokumentiranju, netočnih podataka, diskontinuiteta u dokumentiranju *decursusa*, nejasnih uputa. Navedeni nedostaci ukazuju na potrebu za dodatnim edukacijama medicinskih sestara o važnosti pravovremene i pravilne primjene sestrinske dokumentacije. Nisu pronađena publicirana istraživanja o poznavanju postojanja određenih obrazaca u sestrinskoj dokumentaciji u bolničkom informacijskom sustavu u Republici Hrvatskoj od strane drugih članova multidisciplinarnog tima te navedena tema nije značajnije obrađena kod nas.

Kao važan i obvezan dio medicinske dokumentacije pacijenta, sestrinska dokumentacija trebala bi biti prepoznatljiva i drugim zdravstvenim profesijama koje skrbe za pacijenta jer se uvidom u sestrinske zapise poboljšava komunikacija u multidisciplinarnom timu te posljedično pozitivno utječe na ishode zdravstvene skrbi.

## LITERATURA

- Čukljek S. Osnove zdravstvene njege. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2005, str. 17–18.
- Domika E. Sestrinska dokumentacija u pedijatriji [završni rad]. Rijeka: Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci; 2019.
- Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi. Pravilnik o sestrinskoj dokumentaciji u bolničkim zdravstvenim ustanovama. NN 79/2011 (11. srpnja 2011.)
- Ministarstvo zdravstva. Pravilnik o izmjenama i dopuni Pravilnika o sestrinskoj dokumentaciji u bolničkim zdravstvenim ustanovama. NN 22/2022 (23. veljače 2022.)
- Zakon o sestinstvu. NN 121/03, 117/08, 57/11 (13. svibnja 2011.)
- Ilić B, Čukljek S. Iskustva medicinskih sestara pri vođenju sestrinske dokumentacije. U: Ilakovac V, Hercigonja-Szekeres M, ur. Zbornik radova 11. simpozija Hrvatskog društva za medicinsku informatiku. Zagreb: Hrvatsko društvo za medicinsku informatiku; 2013, str. 33–36.
- Benceković Ž, Benko I, Bukvić M, Kalauz S, Konjevoda V, Milić M. Standardni operativni postupci u zdravstvenoj njezi. U: Gazić M, ur. Utvrđivanje potreba za zdravstvenom njegom, planiranje i provedba zdravstvene njege. Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara; 2022, str. 22.
- Balenović A, Lazić V, Mesarić J. Elektronički zdravstveni zapis – prednosti i prepreke u uspostavljanju i korištenju. Zbornik sveučilišta Libertas [Internet]. 2022. Dostupno na: <https://doi.org/10.46672/zsl.7.7.2>. [pristupljeno 16. svibnja 2023.];7(7):19–30.
- Vižintin K. Uloga bolničkog povjerenstva u stvaranju pravila za upravljanje elektroničkom medicinskom i sestrinskom dokumentacijom. Acta Med Croat. 2014;68(1):61–4.
- Hrvatska komora medicinskih sestara. Upute o primjeni sestrinske dokumentacije u bolničkim zdravstvenim ustanovama. NN 79/2011, str. 2.
- Asmirajanti M, Hamid AYS, Hariyati RTS. Nursing care activities based on documentation. BMC Nurs. 2019;18 (Suppl 1):32.
- Iveta V, Krečak A, Kalogjera M, Milić D. The role of nursing documentation in the analysis of the risk of pressure ulcers. Acta Med Croat. 2014;68(1):21–7.
- Goossen WT, Epping PJ, Feuth T, Dassen TW, Hasman A, van den Heuvel WJ. A comparison of nursing minimal data sets. J Am Med Inform Assoc. 1998;5(2):152–63.
- Hanžek K. Attitudes and Opinions of Community Health Nurses on Nursing Discharge Summaries and Cooperation with Hospital Nurses. Croat Nurs J. 2017;1(1):51–9.
- Poje I, Braović M. Bolnički informacijski sustav – prednosti i nedostaci u radu. Bilten Hrvatskog društva za medicinsku informatiku (Online) [Internet]. 2019 Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/222611>. [pristupljeno 15. svibnja 2023.];25(1):20–28.
- Instefjord MH, Aasekjaer K, Espehaug B, Graverholt B. Assessment of quality in psychiatric nursing documentation – a clinical audit. BMC Nurs. 2014;13–32.
- Krakau K, Andersson H, Dahlin, ÅF, Egberg L, Sterner E, Unbeck M. Validation of nursing documentation regarding in-hospital falls: a cohort study. BMC Nurs. 2021;20(1):58.
- Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. JAMA. 2007;297(8):831–41.
- Törnvall E, Wilhelmsson S. Nursing documentation for communicating and evaluating care. J Clin Nurs. 2008;17(16):2116–24.
- Hesselink G, Schoonhoven L, Plas M, Wollersheim H, Vernooij-Dassen M. Quality and safety of hospital discharge: a study on experiences and perceptions of patients, relatives and care providers. Int J Qual Health Care. 2013;25(1):66–74.
- Kuusisto A, Asikainen P, Saranto K. Medication Documentation in Nursing Discharge Summaries at Patient Discharge from Special Care to Primary Care. J Nurs Care. 2014;3(147):2167–8.
- Jasemi M, Zamanzadeh V, Rahmani A, Mohajjel A, Alsadathoseini F. Nurses' Knowledge and Practice Regarding Nursing Documentation at Tabriz Teaching Hospitals in 2011. Thrita J Med Sci. 2013;1(4):133–8. doi: 10.5812/thrita.8023.
- Azevedo OA, Guedes ÉS, Araújo SAN, Maia MM, Cruz DALMD. Documentation of the nursing process in public health institutions. Rev Esc Enferm USP. 2019;19:53.
- Olsson M, Friman, A. Quality of life of patients with hard-to-heal leg ulcers: a review of nursing documentation. Br J Community Nurs. 2020;25(Suppl 12):13–19.