

Knjiga sažetaka : tečaj III. kategorije za medicinske sestre i tehničare : Sestrinska dokumentacija - pravilna primjena i kontrola kvalitete

Edited book / Urednička knjiga

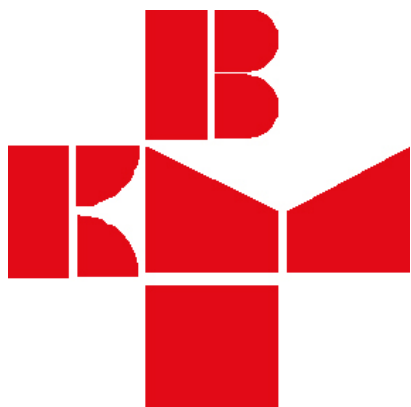
Publication status / Verzija rada: **Published version / Objavljena verzija rada (izdavačev PDF)**

Publication year / Godina izdavanja: **2017**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:264:704642>

Rights / Prava: [Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 Unported](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2021-09-18**



Repository / Repozitorij:

[Merkur University Hospital Repository](#)



KB Merkur
Jedinica za osiguranje i unapređenje kvalitete
zdravstvene zaštite

Sestrinska dokumentacija – pravilna primjena i kontrola kvalitete

KNJIGA SAŽETAKA

**Tečaj III. kategorije za medicinske
sestre i tehničare**

DATUM: 19.05.2017.

Vrijeme održavanja:

9:00-16:00

Mjesto: KB Merkur

Zagreb, Zajčeva 19.

Organizator:
Klinička bolnica Merkur
Jedinica za osiguranje i unapređenje kvalitete zdravstvene zaštite

Stručni odbor:

Smiljana Kolundžić, dipl.med.techn.
Jasna Krizmanić, bacc.med.techn.
Vesna Stuzić, bacc.med.techn.
Kristina Bačkov, mag.med.techn.
Suzana Lovrenčić, dipl.med.techn.
Slađana Režić, mag.med.techn.

Organizacijski odbor:

dr.sc. Marko Martinović, dr.med.
Smiljana Kolundžić, dipl.med.techn.
Jasna Krizmanić, bacc.med.techn.
Vesna Stuzić, bacc.med.techn.
Ivana Mihalić Aleksić, bacc.med.techn.
Suzana Špiček, bacc.med.techn.

Impressum

Nakladnik:

Klinička bolnica Merkur
Zagreb, Zajčeva 19.

Naklada: web izdanje na www.kb-merkur.hr

Objavljeni sažeci u ovoj Knjizi sažetaka nisu lektorirani i recenzirani te za jezičnu i sadržajnu ispravnost odgovaraju autori.

Urednica Knjige sažetaka:

Smiljana Kolundžić, dipl.med.techn.

VODITELJ TEČAJA:

Smiljana Kolundžić, dipl.med.techn.

POPIS PREDAVAČA:

K.B. „Merkur“:

Dr.sc.Marko Martinović, dr.med.
Smiljana Kolundžić, dipl.med.techn.
Vesna Stučić, bacc.med.techn.
Jasna Krizmanić, bacc.med.techn.
Ljiljana Pomper, dipl.med.techn.

Poliklinika Medikol:

Josipa Biščan, mag.med.techn.

KBC Zagreb:

Suzana Lovrenčić, dipl.med.techn.
Slađana Režić, mag.med.techn.

KBC Sestre milosrdnice

Željka Benceković, univ.mag.admin.sanit.

KBC Rijeka

Mirjana Lakić, dipl.med.techn.
Ivanka Budiselić Vidaić, dipl. med. techn.

OB Zadar

Kristina Bačkov, mag.med.techn.

OB „Dr Ivo Pedišić Sisak“

Marin Repustić, dipl.med.techn.

Neuropsihijatrijska bolnica Dr.Ivan Barbot Popovača

Tomislav Bočkor, dipl.med.techn.

Dječja bolnica Srebrnjak

Elizabeta Kralj Kovačić, bacc.med.techn.

Klinika za dječje bolesti Zagreb

Anita Mišković, dipl.med.techn.

Klinika za infektivne bolesti „Dr Fran Mihaljević“

Ana Tomić, dipl.med.techn.
Adelka Zoretić, mag.med.techn.

Uvodna riječ

Poštovani sudionici,

zajednička suradnja na putu izvrsnosti je put uspjeha, jer svjesni smo da međusobna razmjena znanja, vještina i iskustava može biti pokretač pozitivnih promjena na području kontinuiranog poboljšanja kvalitete zdravstvene zaštite i sigurnosti pacijenata. Brojni su izazovi i zahtjevi nad sestrinstvom današnjice u dostizanju zadovoljavajuće razine pravilnog i pravovremenog vođenja dokumentacije. Najveći od svih izazova je savladavanje otpora primjeni sestrinske dokumentacije u kliničkoj praksi, a put do uspješne pravilne primjene nalazi se u pametnijem, a ne u otežavajućem pristupu radu medicinskih sestara i tehničara. Tečaj pruža smjernice za pravilno dokumentiranje sastavnica sestrinske liste kroz analitički kritički pristup sestrinskoj dokumentaciji iz perspektive kontrole kvalitete. Pristup tečaju je interaktivan.

Cilj tečaja je unaprijediti znanje polaznika o pravilnom vođenju sestrinske dokumentacije i postupcima kontrole kvalitete koje će moći primijeniti u svom svakodnevnom radu. Proces zdravstvene njege obuhvaća dokumentiranje u svim fazama pravilnom primjenom propisanih obaveznih obrazaca sestrinske liste i onih koji se koriste sukladno potrebama pacijenata. Dijagnosticiranjem potreba i problema pacijenata na temelju sestrinske anamneze, planiranjem i poduzimanjem intervencija te evaluacijom stanja pacijenta ostvaruje se smislenost i kontinuitet sestrinske dokumentacije. Sestrinska dokumentacija je zakonska obaveza, a zainteresiranost za pravilnu primjenu sestrinske dokumentacije odraz je profesionalnosti i kontinuiranog ulaganja u sigurnost pacijenata i medicinskih sestara. Provođenjem unutarnje ocjene na području kontrole kvalitete sestrinske dokumentacije i procesa zdravstvene njege, medicinske sestre i tehničari u Jedinicama za kvalitetu utvrđuju prostor za poboljšanje u sestrinskoj stručnoj praksi koji je moguće realizirati sustavnom podrškom uprave bolnice i sestrinskog menadžmenta. Kvalitetni pristup sestrinskoj dokumentaciji podrazumijeva osviještenost medicinskih sestara o svrsi sestrinske dokumentacije s naglaskom na legalne aspekte te organizacijsku podršku za udovoljavanje propisanim zahtjevima.

Tečaj je namijenjen medicinskim sestrama i tehničarima koji sudjeluju u procesu zdravstvene njege, glavnim sestrama i tehničarima odgovornim za uspostavljanje i nadzor vođenja dokumentacije iz područja zdravstvene njege, te medicinskim sestrama na poslovima osiguranja i unapređenja kvalitete zdravstvene zaštite. Pozivani su svi koji svoj interes pronalaze u temama tečaja da svojim sudjelovanjem daju doprinos kvaliteti tečaja.

*Voditelj tečaja:
Smiljana Kolundžić, dipl.med.techn.*

PROGRAM TEČAJA

VRIJEME	NAZIV TEME	PREDAVAČ
08:00-09:00	REGISTRACIJA SUDIONIKA	
<i>Moderatori: Smiljana Kolundžić, Suzana Lovrenčić, Ivana Mihalić</i>		
09:00-09:15	Otvaranje tečaja - Važnost sestrinske dokumentacije kao sastavnog dijela medicinske dokumentacije	dr.sc.Marko Martinović, dr.med. Smiljana Kolundžić, dipl.med.techn.,QSM.
09:15-09:30	Svrha sestrinske dokumentacije i analitički pristup u kontroli kvalitete zdravstvene njege	Smiljana Kolundžić,dipl.med.techn., QSM
09:30-09:45	Sestrinska dokumentacija - jedan od indikatora kvalitete zdravstvene njege	Josipa Biščan, mag.med.techn., EOQ QSM.
09:45-10:00	Planiranje zdravstvene njege	Slađana Režić, mag.med.techn.
10:00-10:15	Kategorizacija i trajno praćenje stanja pacijenata	Vesna Stuzić, bacc.med.techn.
10:15-10:30	Dokumentiranje incidenata u primjeni terapije	Suzana Lovrenčić, dipl.med.techn., EOQ QSM.
10:30-10:45	RASPRAVA	
10:45-11:15	PAUZA	
<i>Moderatori: Smiljana Kolundžić, Jasna Krizmanić, Slađana Režić</i>		
11:15-11:30	Dokumentiranje ograničavanja pacijenata	Tomislav Bočkor, dipl.med.techn.
11:30-11:45	Procjena rizika za pad u pedijatrijskoj skrbi	Elizabeta Kralj Kovačić, bacc.med.techn., QA.
11:45-12:00	Izješćivanje o padovima pacijenata i kontrola postupaka	Anita Mišković, dipl.med.techn.
12:00-12:15	Aktivno praćenje pacijenata s dekubitusom na temelju sestrinske dokumentacije	Jasna Krizmanić, bacc.med.techn.
12:15-12:30	Dokumentiranje boli	Ljiljana Pomper, dipl.med.techn.
12:30-12:45	Sestrinsko otpusno pismo i planirani otpust	Željka Benceković, univ.mag.admin.sanit.
12:45-13:00	RASPRAVA	
13:00-14:00	PAUZA	
<i>Moderatori: Smiljana Kolundžić, Kristina Bačkov, Suzana Špiček</i>		
14:00-14:15	Primjena sestrinske dokumentacije u elektronskom obliku	Mirjana Lakić, dipl.med.techn.
14:15-14:30	Uvođenje sestrinske dokumentacije u Objedinjenom hitnom bolničkom prijemu i integracija u bolnički informatički sustav	Kristina Bačkov, mag.med.techn.
14:30-14:45	Unificirana dokumentacija operacijskih sestara	Marin Repustić, dipl.med.techn. Ivanka Budiselić Vidaić, dipl. med. techn.
14:45-15:00	Kontrola postupaka u infektologiji na temelju sestrinske dokumentacije	Ana Tomić, dipl.med.techn., Adelka Zoretić, mag.med.techn.
15:00-15:30	RASPRAVA	
15:30-15:45	ZAKLJUČCI I EVALUACIJA TEČAJA	
15:45-16:00	ZATVARANJE TEČAJA I PODJELA POTVRDNICA	

SADRŽAJ

Važnost sestrinske dokumentacije kao sastavnog dijela medicinske dokumentacije	6
Dr.sc. Marko Martinović, dr.med.....	6
Smiljana Kolundžić, dipl.med.techn.....	6
Svrha sestrinske dokumentacije i analitički pristup u kontroli kvalitete zdravstvene njege	7
Smiljana Kolundžić, dipl.med.techn.....	7
Sestrinska dokumentacija - jedan od indikatora kvalitete zdravstvene njege	8
Josipa Biščan, mag. med.techn.....	8
Planiranje zdravstvene njege	9
Slađana Režić, mag.med.techn.....	9
Kategorizacija i trajno praćenje stanja pacijenta	10
Vesna Stučić, bacc.med.techn.	10
Dokumentiranje incidenata u primjeni terapije	11
Suzana Lovrenčić, dipl.med.techn.	11
Dokumentiranje ograničavanja pacijenata	12
Tomislav Bočkor, dipl.med.techn.....	12
Procjena rizika za pad u pedijatrijskoj skrbi.....	13
Elizabeta Kralj Kovačić, bacc.med.techn.,	13
Izveščivanje o padovima pacijenata i kontrola postupaka.....	14
Anita Mišković, dipl.med.techn.	14
Aktivno praćenje pacijenata s dekubitusom na temelju sestrinske dokumentacije	15
Jasna Krizmanić, bacc.med.techn.	15
Dokumentiranje boli	16
Ljiljana Pomper, dipl. med. techn.,	16
Sestrinsko otpusno i planirani otpust bolesnika	17
Željka Benceković, univ.mag.admin.sanit.	17
Primjena sestrinske dokumentacije u elektronskom obliku	18
Mirjana Lakić, dipl.med.techn.	18
Uvođenje sestrinske dokumentacije u Objedinjenom hitnom bolničkom prijemu i integracija u bolnički informatički sustav	19
Kristina Bačkov, mag. med. techn.....	19
Unificirana dokumentacija operacijskih sestara	20
Marin Repustić, dipl.med.techn.	20
Ivanka Budiselić Vidaić, dipl.med.sestra	20
Kontrola postupaka u infektologiji na temelju sestrinske dokumentacije	21
Ana Tomić, dipl. med. techn.,	21
Adelka Zoretić, mag. med. techn.....	21

SAŽECI PREDAVANJA

VAŽNOST SESTRINSKE DOKUMENTACIJE KAO SASTAVNOG DIJELA MEDICINSKE DOKUMENTACIJE

Dr.sc. Marko Martinović, dr.med.

Pomoćnik ravnatelja za kvalitetu zdravstvene zaštite i nadzor, KB Merkur

Smiljana Kolundžić, dipl.med.techn., QSM.

voditeljica Jedinice za osiguranje i unapređenje kvalitete zdravstvene zaštite

KB Merkur

Sažetak:

Pravilna i pravovremena sestrinska dokumentacija je sustavna podrška dobroj komunikaciji u multidisciplinarnom timu, jer odražava procjenu i promjene stanja pacijenta tijekom hospitalizacije te ishode pružene skrbi. Dokumentacija pruža dokaz provedene skrbi i važan je profesionalni i medicinsko legalni zahtjev sestrinske prakse. Strukturirana i standardizirana dokumentacija ima osobit značaj iz perspektive osiguranja i unapređenja kvalitete skrbi, jer pacijent ima pravo na izdavanje kompletne medicinske dokumentacije, a koja uključuje i sestrinsku dokumentaciju. Kontinuiranim poboljšanjem elektroničke medicinske dokumentacije omogućeno je povezivanje zapisa sestrinske i medicinske dokumentacije te liječnik u modulu „Pregled“ ima uvid procjenu samostalnosti pacijenta, evidentirane vrijednosti vitalnih znakova uključujući i broj bodova na VAS skali te drugo. Osobito je korisno pravovremeno dokumentiranje relevantnih zapisa o promjeni stanja pacijenata u decursusu odnosno obrascu trajnog praćenja stanja pacijenta u stvarnom vremenu tijekom smjenskog rada medicinskih sestara budući da i ostali članovi multidisciplinarnog tima imaju uvid zapise u bolničkom informatičkom sustavu što pridonosi odgovarajućoj komunikaciji.

Ključne riječi: : *Medicinska dokumentacija, sestrinska dokumentacija, važnost*

SVRHA SESTRINSKE DOKUMENTACIJE I ANALITIČKI PRISTUP U KONTROLI KVALITETE ZDRAVSTVENE NJEGE

Smiljana Kolundžić, dipl.med.techn., QSM

voditeljica Jedinice za osiguranje i unapređenje kvalitete zdravstvene zaštite

KB Merkur

e-mail: smiljana.kolundzic@kb-merkur.hr

Sažetak:

Sestrinska dokumentacija osigurava kontinuitet skrbi i propisana je, a ne opcionalna aktivnost medicinskih sestara i tehničara. Sukladno Zakonu o sestrinstvu, dokumentacija omogućava evaluaciju kvalitete zdravstvene njege, jer predstavlja skup podataka koji služe kontroli kvalitete planirane i provedene zdravstvene njege. Važne karakteristike pravilnog dokumentiranja su činjenično, istinito, pravovremeno, potpuno, organizirano i dokumentiranje sukladno standardima zdravstvene njege. Osnovna svrha dokumentiranja je osiguranje odgovarajuće komunikacije, kronološkog pregleda skrbi za pacijenta iz perspektive legalnih aspekata te profesionalna odgovornost pružanju skrbi sukladno znanju, vještinama i etičkom kodeksu. Dodana vrijednost sestrinske dokumentacije obuhvaća razvoj profesije kroz istraživački rad, analizu sestrinskih teorija i primjenu u praksi te razvoj smjernica i standardnih operativnih postupaka. Prema Zakonu o sestrinstvu, kontrola kvalitete rada medicinskih sestara naročito obuhvaća: plan zdravstvene njege, provođenje postupaka zdravstvene njege, rezultate zdravstvene njege i utjecaj zdravstvene njege na zdravstveni status bolesnika. Analitički pristup može se razmatrati na osobnoj i institucionalnoj razini. Na osobnoj razini svaka odgovorna medicinska sestra provodi introspekciju vlastitih stavova u odnosu na razumijevanje vlastite legalne i profesionalne uloge u točnom dokumentiranju sukladno opisu poslova i hijerarhijskoj razini. Na institucionalnoj razini medicinske sestre u kontroli kvalitete analitički promišljaju je su li sestre u kliničkoj praksi svjesne svrhe dokumentiranja procesa zdravstvene njege i posljedica nepravilnog i nedostatnog dokumentiranja te sukladno rezultatima unutarnje ocjene organiziraju edukativne stručne sastanke. Na sastancima predstavnika za kvalitetu prezentiraju se rezultati unutarnje ocjene i provedbe preventivnih i korektivnih radnji.

Ključne riječi: *Sestrinska dokumentacija, analitički pristup, kontrola kvalitete*

SESTRINSKA DOKUMENTACIJA - JEDAN OD INDIKATORA KVALITETE ZDRAVSTVENE NJEGE

Josipa Bišćan, mag. med.techn., EOQ QSM,

pomoćnica ravnatelja za sestrinstvo
Poliklinika Medikol, Voćarska 106, Zagreb
predsjednica Društva za kvalitetu HUMS-a
e-mail: gl.sestra@medkol.hr

Sažetak:

Cilj: Prikaz Sestrinske dokumentacije kao jednog od najvažnijih indikatora kvalitete zdravstvene njege iz kojeg se procjenjuje kvaliteta rada medicinskih sestara.

Uvod: Sve veći broj je zdravstvenih ustanova koje imaju Jedinice za osiguranje i unapređenje kvalitete zdravstvene usluge u kojima je i obavezni član s punim radnim vremenom medicinska sestra za kontrolu kvalitete zdravstvene njege. Pod indikatore kvalitete zdravstvene skrbi pripadaju i indikatori kvalitete zdravstvene njege od kojih je jedan i Sestrinska dokumentacija. Sestrinska dokumentacija je obvezatna i provodi se u svim bolničkim zdravstvenim ustanovama u papirnatom ili e-obliku. Indikatori kvalitete su mjerljive činjenice unutar procesa pružanja zdravstvene usluge.

Metode: Medicinska sestra za kontrolu kvalitete zdravstvene njege provodi kontrolu kvalitete rada medicinskih sestara iz Sestrinske dokumentacije što obuhvaća: plan zdravstvene njege, provođenje postupaka zdravstvene njege, rezultate zdravstvene njege i utjecaj zdravstvene njege na zdravstveni status bolesnika. Kvaliteta Sestrinske dokumentacije promatra se i kvantitativno (postotak popunjenosti pojedinog dijela Sestrinske dokumentacije) i kvalitativno (ujednačenost i način pisanja, pravilna terminologija...). Sve navedeno promatra se kroz redovni ili izvanredni nadzor (unutarnja ocjena) unutar same ustanove kao i od strane Hrvatske komore medicinskih sestara (vanjski nadzor), certifikacijske ustanove...

Zaključak: Nedostatan broj medicinskih sestara, neujednačena terminologija, med. sestre s nedovoljno iskustva u pisanju Sestrinske dokumentacije, opterećenost poslom i kratkoća vremena, manjak ili nepostojanje računala... izravno utječe na kvalitetu vođenja Sestrinske dokumentacije. Provođenjem unutarnje ocjene Sestrinske dokumentacije od strane med. sestre za kontrolu kvalitete zdravstvene njege pronalaženje nesukladnosti, njihovo rješavanje te podizanje korektivnih radnji postiže se ujednačenost kvalitete popunjavanja Sestrinske dokumentacije, kao i bolja komunikacija među sestrama i ujedno bolje razumijevanje samog procesa i veća briga za sigurnost pacijenata. Ujedno kvalitetno vođena Sestrinska dokumentacija trebala bi u budućnosti poslužiti med. sestrama kao izvor pisanja stručnih i istraživačkih radova, a sve manje bi trebala bila predmet sudskih sporova.

Ključne riječi: *Sestrinska dokumentacija, indikator kvalitete, zdravstvena njega*

PLANIRANJE ZDRAVSTVENE NJEGE

Sladjana Režić, mag.med.techn.

Odjel za osiguranje i unapređenje kvalitete zdravstvene zaštite KBC Zagreb

e-mail: sladjana.rezic@gmail.com

Sažetak:

Za izradu plana zdravstvene njege ovlaštena je i odgovorna prvostupnica sestrinstva, magistra sestrinstva ili diplomirana medicinska sestra dok je za provođenje plana zdravstvene njege ovlaštena medicinska sestra opće njege, prvostupnica sestrinstva, magistra sestrinstva ili diplomirana medicinska sestra.

Preduvjet planiranju zdravstvene njege je kvalitetno uzeta anamneza koja treba sadržavati sve relevantne podatke. Na osnovi tih podataka odgovorna medicinska sestra planira prioritete dijagnoze koje mogu biti: aktualne, visokorizične, povoljne ili sestrinsko medicinski problemi. Svaki plan zdravstvene njege mora sadržavati osim sestrinske dijagnoze cilj, planirane postupke te evaluaciju/ishode.

Planiranje zdravstvene njege povezuje obrasce sestrinske dokumentacije: anamneza nam je potrebna za izradu plana, procjena u kategorizaciji i zapisi u dekurzusu povezani su uz evaluaciju planova, a obrasci za praćenje boli ili dekubitusa povezani su uz planirane postupke.

Neusklađenost planiranja zdravstvene njege očituje se u procjenama po skalama (Braden, Morse), neadekvatnim dekurzusima, te izostanku praćenja obrazaca za bol ili dekubitus.

Ključne riječi: *Plan zdravstvene njege, nesukladnosti planiranja, provođenje planiranih postupaka*

KATEGORIZACIJA I TRAJNO PRAĆENJE STANJA PACIJENTA

Vesna Stučić, bacc.med.techn.

v.d.pomoćnica ravnateljica za sestrištvo-glavna sestra bolnice

K.B. „Merkur“

e-mail: vesna.stuzic@kb-merkur.hr

Sažetak:

Kategorizacija nam omogućava brzi uvid u težinu stanja pacijenata po odjelima, omogućava uvid u mijenjanje stanja pacijenata tijekom dana ili iz dana u dan, omogućava pravednu preraspodjelu medicinskih sestara unutar bolnice, odjela, svakom pacijentu omogućuje najbolju skrb zdravstvene njege prema potrebama, omogućava argumentirano ugovaranje potreba za medicinskim sestrama. Svrha kategorizacije pacijenata je ovisno o potrebama osigurati dovoljan broj medicinskih sestara i tako osigurati kvalitetnu zdravstvenu njegu, te olakšati organizaciju rada. Koristeći se Kategorizacijom pacijenata i analizom rezultata nameću se pitanja: znaju li naše med. sestre čemu služi kategorizacija, tko je najkompetentniji kategorizirati bolesnike, može li se glavna sestra pouzdati u rezultate kategorizacije, može li kategorizacija biti dobar alat u procjenjivanju potreba za medicinskim sestrama?.

Suvremena sestrinska dokumentacija je pravno valjan dokument, odražava proces zdravstvene njege, opisuje bolesnikovo stanje iz smjene u smjenu. U listu br. 5 Trajno praćenje stanja pacijenta (dekursus) upisuju se sve promjene kod pacijenta, svi provedeni postupci tijekom 24 sata. Često zbog nedostatka vremena, te neupućenosti, ta izvješća ne opisuju adekvatno probleme iz zdravstvene njege, planirane i provedene intervencije, te njihovu uspješnost. Najidealniji model za dokumentiranje kroz 24 sata je SOAPIE model, sistematičan, detaljan, cilju orijentiran plan zdravstvene njege.

Ključne riječi: *Medicinska sestra, kategorizacija, dekursus*

DOKUMENTIRANJE INCIDENATA U PRIMJENI TERAPIJE

Suzana Lovrenčić, dipl.med.techn.

glavna sestra Odjela za osiguranje i unapređenje kvalitete zdravstvene zaštite KBC-a Zagreb
menadžer kvalitete, lead auditor za normu ISO 9000:2000, HACCP

e-mail: suzana.lovrencic@kbc-zagreb.hr

Sažetak:

Posljednjih desetak godina u većini zapadnoeurposkih zemalja nastoji se uvesti sustav upravljanja neželjenim događajima kao integralni dio sustava upravljanja kvalitetom zdravstvene skrbi. Sigurnost pacijenata nova je zdravstvena disciplina koja se bavi izvješćivanjem, analizom i prevencijom medicinskih pogrešaka koje često mogu prouzročiti neželjene događaje. Svjetska zdravstvena organizacija definira neželjeni događaj kao „događaj kojim se nanosi šteta pacijentu vezano za aktivnosti poduzete tijekom pružanja zdravstvene skrbi, a ne kao posljedica oboljenja i osnovnog zdravstvenog stanja“. Neželjeni događaji mogu imati ozbiljne posljedice na pacijente, zaposlenike i na samu zdravstvenu ustanovu, a rezultat su aktivnih i latentnih pogrešaka. Rizik je vjerojatnost ili mogućnost da se dogodi nešto štetno, da dođe do gubitka, ozljede ili nekih drugih neželjenih posljedica. Upravljanje rizikom je sustav identifikacije, analize i kontrole rizika te procjene hitnosti otklanjanja rizika i poduzimanje potrebnih mjera za smanjenje neželjenih događaja na najmanju moguću mjeru, ovisno o raspoloživim sredstvima. Ciljevi upravljanje rizicima u Kliničkom bolničkom centru Zagreb su sljedeći:

1. Uočiti, definirati i mjeriti svaki rizik koji nastaje pri pružanju zdravstvenih usluga pacijentima i tijekom provedbe drugih aktivnosti u bolnici
2. Pravodobno poduzeti sve potrebne mjere kako bi se uočeni rizici smanjili ili otklonili
3. Unaprjeđivati kulturu prepoznavanja i otklanjanja rizika unutar bolnice
4. Razvijati sustav dokumentiranja, praćenja, ocjenjivanja i poboljšanja svih radnih procesa u bolnici kako bi se rizici smanjili i omogućilo njihovo uočavanje i otklanjanje

Rizici u KBC-u Zagreb se identificiraju putem sustavnog praćenja i prijavljivanja incidenata, pogrešaka i neželjenih događaja putem obrazaca Izvješće o incidentu, Izvješće o incidentu (spriječenom ili nastalom) ili OZ-SUK/4-2 Prijava neželjenog događaja. Klinički bolnički centar Zagreb uspostavio je integraciju sustava za prijavu incidenata u bolnički informatički sustav, kako bi se zaposlenicima olakšala prijava incidenata, razvila svijest zaposlenika za prijavu te uspostavilo prikladno radno okruženje u kojem će svi zaposlenici učiti iz pogrešaka i biti poticani da prijavljuju incidente. Krajni cilj je pružanje kvalitetne zdravstvene usluge s najvišim mogućim povoljnim ishodom liječenja uz smanjenje rizika za nastanak neželjenih događaja. Prikupljene informacije i stečena iskustva, kako na lokalnoj tako i na nacionalnoj razini, se mogu iskoristiti za prepoznavanje trendova i obrazaca te određivanje prioriteta za poboljšanje sigurnosti pacijenata.

Ključne riječi: *Neželjeni događaj, rizik, primjena terapije*

DOKUMENTIRANJE OGRANIČAVANJA PACIJENATA

Tomislav Bočkor, dipl.med.techn.

rukovoditelj Jedinice za osiguranje i unapređenje kvalitete
Neuropsihijatrijska bolnica Dr Ivan Barbot Popovača
e-mail: tomislav.bockor@bolnicapopovaca.hr

Sažetak

Ograničavanje (sputavanje) i odvajanje pacijenata su vrste mjera prisile i koriste se kao krajnja terapijska i sigurnosna mjera. Ovi postupci predstavljaju jedan od najrizičnijih sestrinskih postupaka u psihijatriji i najčešće su vezani uz hitna stanja u psihijatriji. Ograničavanje i odvajanje regulirano je Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama odnosno Pravilnikom o vrstama i načinu primjene mjera prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama. Svrha i cilj primjene mjera prisile je zaštita privatnosti i dostojanstva pacijenata. Nadzorna lista sputavanja i odvajanja vodi se za svakog pacijenta prema kojem su primijenjene mjere prisile. Svrha vođenja takvih listi je intenzivno praćenje stanja pacijenta. U listi se navodi točno vrijeme početka i završetka određenog postupka, razlog primjene, produljenja ili prekida postupka, sredstva koja su korištena, zamjenske metode prije primjene mjera prisile te imobilizirana mjesta. U svrhu praćenja psihofizičkog stanja mjeri se tlak, puls, temperatura, prati se stanje svijesti, unos i iznos tekućine, stolica, mokrenje, stanje kože, mjesta sputavanja kao i prisutnost boli. Važno je osigurati pacijentu vrijeme za razgibavanje i obavljanje higijenskih potreba. U nadzornoj listi postoji prostor u kojem se upisuje svako zapažanje medicinskih sestara. Prema intervalu praćenja stanja pacijenta, koje je odredio liječnik, medicinska sestra upisuje stanje i ponašanje pacijenta tijekom cijelog vremena primjene mjera prisile. Svako odstupanje od odredbi protokola mora biti dokumentirano i obrazloženo, posebno kada se radi o nesuradljivosti pacijenta. Ispravno i točno dokumentiranje ovakvih postupaka izuzetno je bitno posebno u situacijama nekakvih komplikacija koje se mogu dogoditi u tijekom cijelog procesa rada, a posebno u slučaju sudskog procesa. Pridržavanjem pravila struke i kontinuiranim nadzorom pacijenta u ovakvim situacijama, mogućnost neželjenih događaja se svodi na minimum i svakako je važno shvaćanje ozbiljnosti dokumentiranja ovakvih postupaka.

Ključne riječi: *Ograničavanje, sputavanje, nadzorna lista, sestrinska dokumentacija*

PROCJENA RIZIKA ZA PAD U PEDIJATRIJSKOJ SKRBI

Elizabeta Kralj Kovačić, bacc.med.techn.,

Quality Assistant (HR EN ISO 9001)

glavna sestra Jedinice za kvalitetu

Dječja bolnica Srebrnjak, Srebrnjak 100, Zagreb

e-mail: ekkovacic@yahoo.com

Sažetak:

Indikatori kvalitete su mjerljive činjenice unutar procesa liječenja i zdravstvene njege. Praćenje produktivnosti i uspješnosti kroz indikatore rezultira konačnim zadovoljstvom pacijenta i roditelja/zakonskog skrbnika, te značajnim smanjenjem troškova liječenja. Uspostavljanjem sustava samokontrole kroz provođenje evidencija i nadzora, pronalaženje nesukladnosti, analiziranje neželjenih događaja, te propisivanje preventivnih i korektivnih radnji postiže se bolja komunikacija i razumijevanje cjelokupnog procesa zdravstvene zaštite. Mjere za unaprijeđenje sestrinske prakse uz sustavnu kontrolu kvalitete između ostalog uključuju praćenje programa prevencije pada kod djece, procjenu rizika, analizu trendova, edukaciju osoblja, pacijenta i uključivanje obitelji, prikupljanje podataka i izvještavanje Jedinice za kvalitetu. Pad se definira kao neželjeni događaj sa ili bez ozljede djeteta, prijavljen, medicinski zabilježen i dokumentiran sa ili bez svjedoka. Stopa pada mjeri se kao ukupan broj djece kod kojih je zabilježen neželjeni događaj koji se pomnoži sa 1000, te se podijeli sa ukupnim brojem ležanja. Razvojna pokretljivost djeteta do 3 godine starosti bitno se razlikuje od pokretljivosti odraslog čovjeka. Vrste ozljeda od padova kod djece su različite od ozljeda odraslih. Djeca prilikom pada najčešće udare glavom, a kod odraslih su ozljede najčešće vezane za zdjelicu, bokove i leđa. Za procjenu rizika za pad kod djece koristimo skalu Humpty Dumpty. Ovisno o rezultatu procjene propisujemo protokole za sprečavanje padova. Protokoli prevencije su individualni, a izrađuje ih medicinska sestra/tehničar iz procesa rada u suradnji sa glavnom sestrom odjela. Svaki neželjeni događaj pada kod djeteta dokumentacijski se prati sukladno dokumentima upravljanja neželjenim događajem.

Ključne riječi: *Indikator kvalitete, pad, djeca, Humpty Dumpty skala*

IZVJEŠĆIVANJE O PADOVIMA PACIJENATA I KONTROLA POSTUPAKA

Anita Mišković, dipl.med.techn.

Odjel za unaprjeđenje i kontrolu kvalitete zdravstvene zaštite
Klinika za dječje bolesti Zagreb

e-mail: anita.miskovic@kdb.hr

Sažetak:

Pad pacijenta u bolničkoj zdravstvenoj ustanovi je značajan indikator zdravstvene njege. Postoje određene razlike vezane uz pedijatrijsku populaciju u odnosu na odrasle i najčešće su vezane uz mehanizam nastanka pada kao i na težinu nastale ozljede. Za medicinske sestre bitno je znati za razlike u procjeni rizika za pad, kao i za razlike u interpretaciji prikupljenih podataka nakon nastalog pada.

U Klinici za dječje bolesti Zagreb prijava pada djeteta vrši se na dva načina: ispunjavanjem obrasca ali i kroz bolnički informacijski sustav, odnosno kroz modul njege. Analiza podataka također se vrši kroz oba načina prijavljivanja. Postoje određena nepodudaranja između ta dva načina izvješćivanja što je također prikazano u ovom radu. Tijekom 2015. godine imali smo zabilježenih 13 padova od čega je čak 11 bilo u sličnom periodu dana tj. od 17 do 19 sati te uz prisutnost roditelja. U 2016. godini zaprimljeno je 11 prijava pada dok ih je u bolničkom informatičkom sustvu bilo evidentirano 16. Većina svih padova u 2016. godini također se dogodila uz prisustvo roditelja uz dijete.

Važnost kvalitetnog prijavljivanja je višestruka a dobar izvještaj i temeljita analiza podataka omogućavaju nam učinkovitu prevenciju pada na bolničkom odjelu.

Ključne riječi: *Pad, procjena rizika, izvješćivanje, kontrola postupaka*

AKTIVNO PRAĆENJE PACIJENATA S DEKUBITUSOM NA TEMELJU SESTRINSKE DOKUMENTACIJE

Jasna Krizmanić, bacc.med.techn.

Jedinica za osiguranje i unapređenje kvalitete zdravstvene zaštite
K.B. „Merkur“

e-mail: jasna.krizmanic@kb-merkur.hr

Sažetak:

Pravilna primjena sestrinske dokumentacije omogućava zadovoljavanje određenih zahtjeva akreditacijskih standarda kvalitete: „Zdravstvena njega“ i „Služba za medicinsku dokumentaciju“. Dokumentacija osigurava cjelovit skup podataka o pacijentovim potrebama, ciljevima sestrinske skrbi, intervencijama, napretku i evaluaciji skrbi. Pravilno i pravovremeno dokumentirani podaci osiguravaju trajno praćenje stanja pacijenta, omogućavaju medicinskim sestrama zadovoljavanje ispunjavanja zahtjeva standarda kvalitete u okviru svog djelokruga rada te olakšavaju komunikaciju među članovima tima. Važno je da postoji kronološki pregled skrbi i postignutih rezultata kako u obaveznim sastavnicama sestrinske liste, tako i u listi za praćenje dekubitusa za koju je propisano da se koristi kada je utvrđena prisutnost dekubitalne rane. Dokumentiranje zapisa o stanju pacijenta nije opcionalna mogućnost, nego zakonska obaveza i u odnosu na neobavezne sastavnice sestrinske dokumentacije ukoliko postoji potreba za primjenom istih sukladno stanju pacijenta. Dekubitus je jedan od indikatora kvalitete zdravstvene njege i pokazatelja bolesnikove sigurnosti. U procjeni bolesnikove sigurnosti sve se više upotrebljava kvalitativna metodologija temeljena na pojedinom slučaju kroz sustav izvještavanja i analizu određenog slučaja, što potiče uspostavljanje kulture sigurnosti pacijenta tj. prevenciju nastanka dekubitusa. U Jedinici za kvalitetu K.B. „Merkur“ provodi se aktivno praćenje dekubitusa na temelju zapisa u sestrinskoj dokumentaciji. Aktivnim praćenjem pacijenata sa dekubitusom prikupljaju se i analiziraju podaci o određivanju stupnjeva i zbrinjavanju dekubitusa prema protokolu, stanju pacijenta, primjeni preventivnih mjera i evaluaciji ishoda skrbi. Na temelju uočenih nesukladnosti u nadzoru vrši se edukacija med.sestara i tehničara na odjelima vezano za pravilno dokumentiranje procjene rizika za nastanak dekubitusa, zapisa o stanju rane i zbrinjavanju pacijenta. Ulaganjem u edukaciju sestara i tehničara moguće je smanjiti incidenciju nastanka dekubitusa kod hospitaliziranih pacijenata te spriječiti progresiju dekubitusa u veći stupanj od početnog.

Ključne riječi: *Sestrinska dokumentacija, bolesnikova sigurnost, aktivno praćenje dekubitusa, edukacija*

DOKUMENTIRANJE BOLI

Ljiljana Pomper, dipl. med. techn.,
glavna sestra Zavoda za hematologiju K.B. „Merkur“

e-mail: ljiljana.pomper@gmail.com

Sažetak:

Cilj liječenja boli je smanjiti intenzitet boli (VAS ≤ 3) uz minimum nuspojava i poboljšanje kvalitete života. Na učinkovitost liječenja značajno utječu prepoznavanje i procjenjivanje boli. Bol može procijeniti samo bolesnik, a medicinska sestra prikuplja podatke intervjuom i promatranjem, te ih zapisuje u sestrinsku dokumentaciju. Za olakšavanje procjene boli koriste se standardizirani upitnici: jednodimenzionalni (procjena jačine boli); višedimenzionalni (procjena jačine i kvalitete boli, djelotvornosti terapije, kvalitete života bolesnika); praćenje indikatora ponašanja (bolesnici smanjenih kognitivnih sposobnosti). Dokumentiranje boli medicinska sestra provodi u obrascima sestrinske dokumentacije: sestrinska lista, kategorizacija, sestrinska opažanja, plan zdravstvene njege, lista za procjenu boli i lista primijenjene terapije; u papirnatom obliku ili u bolničkom informatičkom sustavu (BIS-u). Prvi zapis o boli je ispunjavanje sestrinske anamneze i kategorizacije bolesnika. Potom, sestra otvara listu za procjenu boli i prilikom inicijalne procjene zapisuje podatke o: jačini i početku boli, karakteristikama, pojavnosti, trajanju i učestalosti, mjestu javljanja i reakciji na bol, te primijenjenoj analgeziji i drugim postupcima za ublažavanje boli. Prva evaluacija boli treba sadržavati podatke o trenutnoj, maksimalnoj i minimalnoj boli u zadnja 24 sata, primijenjenim lijekovima i postupcima za ublažavanje boli i njihovom učinku, te utjecaju boli na kvalitetu života bolesnika. Svaka daljnja procjena boli provodi se prema planu zdravstvene njege, a obavezna je prije primjene analgetika i nakon primjene analgetika (evaluacija) i treba sadržavati osnovne podatke: jačina i lokalizacija boli, postupci sestre, analgezija, drugi postupci; u evaluaciji navesti i učinak poduzetih mjera, te eventualne nuspojave liječenja. Sustavno i detaljno dokumentiranje boli omogućuje praćenje pojave i jačine boli, kao i učinka provedenih mjera, a samim time i izbor najboljeg tretmana; olakšava prijenos informacija među smjenama i prilikom otpusta i premještaja bolesnika. Za veći uspjeh u ublažavanju boli, važna je edukacija medicinskih sestara, ali i drugog medicinskog osoblja i samog bolesnika, te timski pristup i pozitivan stav o procjeni i kontroli boli.

Ključne riječi: *Procjena boli, dokumentiranje boli, sestrinska dokumentacija, lista za procjenu boli*

SESTRINSKO OTPUSNO I PLANIRANI OTPUST BOLESNIKA

Željka Benceković, univ.mag.admin.sanit.

viši stručni savjetnik za osiguranje i unaprjeđenje kvalitete zdravstvene zaštite

KBC Sestre milosrdnice, Zagreb

e-mail: zeljka,bencekovic@kbcsm.hr

Sažetak:

Sestrinsko otpusno pismo je sastavni dio sestrinske dokumentacije, te između ostalog pridonosi unaprjeđenju kvalitete zdravstvene njege, jer osigurava nastavak sestrinske skrbi nakon otpusta bolesnika iz zdravstvene ustanove. Temeljem njega organizira se zdravstvena njega nakon hospitalizacije. Otpusno pismo zdravstvene njege izrađuje prvostupnica sestrinstva za bolesnike kojima je potreban nastavak zdravstvene njege nakon otpusta iz zdravstvene ustanove. U njemu je navedena provedena zdravstvena njega, te utvrđene potrebe u kontinuiranoj zdravstvenoj njezi.

Planiranje otpusta je jedan od standarda kvalitete kojemu je cilj osigurati zdravlje i sigurnost prevenirajući neželjene događaje i ponovne hospitalizacije nakon otpusta. Pri tome je važno da se prepoznaju potrebe bolesnika za post hospitalnim uslugama te njihova dostupnost već pri njegovu dolasku u zdravstvenu ustanovu. Osoba koja koordinira plan otpusta usklađuje sve potrebne aktivnosti u skladu s potrebama pojedinog bolesnika. U planiranju otpusta veliku važnost ima kontinuirana zdravstvena njega kao važan segment kontinuirane zdravstvene skrbi, a u sestrinskom otpusnom pismu su dokumentirane najvažnije činjenice vezane uz zdravstvenu njegu. Pri otpustu bolesnika značajnu ulogu imaju i upute koje su nužne bolesniku/ članovima njegove obitelji ili zainteresiranim osobama kako bi ih se pripremio za skrb nakon otpusta iz bolnice. U procesu edukacije i informiranja bolesnika intervencije medicinske sestre imaju veliku važnost, a sestrinsko otpusno pismo je mjesto na kojem se navode preporuke i upute za njegovo daljnje zbrinjavanje.

Ključne riječi: *Zdravstvena njega, kontinuirana skrb, sestrinsko otpusno pismo*

PRIMJENA SESTRINSKE DOKUMENTACIJE U ELEKTRONSKOM OBLIKU

Mirjana Lakić, dipl.med.techn.

Odjel za kvalitetu zdravstvene njege
KBC Rijeka

e-mail: mirjana.lakic@gmail.com; zdr.njega-kvaliteta@kbc-rijeka.hr

Sažetak:

Osnivanjem regulatornog tijela u sestrinstvu (*HKMS* 2003.) godine i donošenjem *Zakona o sestrinstvu* pred medicinske sestre postavlja se obaveza dokumentiranja svih provedenih postupaka tijekom 24 sata, na svim razinama zdravstvene zaštite. *Zakonom* se definira *Sestrinska lista* kao skup podataka koji služi kontroli kvalitete planirane i provedene zdravstvene njege. Moderno doba razvoja informatičke tehnologije dotaklo je na razne načine sva područja u zdravstvu pa tako i sestrinstvo. Potreba za bržim lakšim pronalaženjem podataka iz područja zdravstvene njege pred sestrinstvo predstavlja veliki izazov u smislu primjene digitaliziranog oblika sestrinskog-dokumentiranja.

Uspješnost funkcioniranja informatičkog rješenja, između ostalog, procjenjuje se na osnovu zadovoljstva korisnika u smislu rasterećenja i veće brzine u radu (brz, jednostavan i siguran unos podataka), protoku informacija, pohranjivanju i dostupnosti informacija uvijek kada je to potrebno. Sve navedeno direktno utječe na poboljšanje kvalitete zdravstvenih usluga.

Primjena jedinstvene sestrinske dokumentacije na svim razinama zdravstvene zaštite, kroz informacijski sustav zdravstvene njege, predstavlja prioritet koji zahtijeva suradnju svih hijerarhijskih struktura u sestrinstvu, medicinskih informatičara, ugovorenih pružatelja usluga i medicinskih sestara u procesu rada, uz kvalitetnu strategiju na nivou RH koja još uvijek nije u potpunosti razrađena. Postojeći oblik digitaliziranog sestrinskog dokumentiranja početna je platforma koja zahtijeva kontinuirani proces usavršavanja i nadogradnje započetog kako bi došli do uspješnog rješenja i zadovoljstva korisnika.

Cilj ovog rada je prezentirati iskustva u primjeni sestrinske dokumentacije u elektronskom obliku tj. modula sestrinske dokumentacije koji je implementiran u većini zdravstvenih ustanova u RH. Istaknuti prednosti i nedostatke, te prikazati prijedloge za unapređenje funkcionalnosti modula po svim sastavnicama *Sestrinske liste* s aspekta kontrole kvalitete zdravstvene njege i sustava izvještavanja.

Ključne riječi: *Informatizacija, funkcionalnost, unapređenje kvalitete*

UVOĐENJE SESTRINSKE DOKUMENTACIJE U OBJEDINJENOM HITNOM BOLNIČKOM PRIJEMU I INTEGRACIJA U BOLNIČKI INFORMATIČKI SUSTAV

Kristina Bačkov, mag. med. techn.,

medicinska sestra za kontrolu kvalitete u zdravstvenoj njezi,

OB Zadar,

Bože Peričića 5, Zadar 23 000

e-mail: kristina.backov@gmail.com

Sažetak

Cilj rada je prikazati izazove i prepreke tijekom procesa uvođenja sestrinske dokumentacije u Objedinjenom hitnom bolničkom prijemu, te integraciju istog u bolnički informatički sustav (BIS). Sestrinska dokumentacija je ključna za sigurnu i učinkovitu sestrinsku praksu bez obzira na okruženje u kojem se odvija, te oblik u kojem se vodi. Sastavni je dio medicinske dokumentacije, zakonom propisana, te predstavlja akreditacijski standard. Broj zahtjeva u hitnoj službi, kao i kompleksnost stanja pacijenta u stalnom su porastu. Medicinske sestre i liječnici u hitnoj službi, kao pružatelji zdravstvenih usluga pred izazovom su kako zadržati visoku razinu timskog rada i kvalitetu zdravstvene skrbi. U brzom okruženju kao što su hitne službe, jasna, potpuna, točna i jezgrovita dokumentacija je imperativ i ključ za dobru kliničku komunikaciju.

Elektronski vođena sestrinska dokumentacija čini sestrinsku skrb dostupnijom, učinkovitijom, vidljivijom, olakšava pohranu i prikupljanje podataka, te naknadna pretraživanja i usporedbu podataka, odnosno istraživanja. Jednako tako omogućuje aktivnosti usmjerene na poboljšanje kvalitete zdravstvene skrbi, analizu i upravljanje rizicima kako za pacijente, tako i za osoblje i ustanovu.

Ključne riječi: *Sestrinska dokumentacija, hitna služba, medicinska dokumentacija pacijenta, kvaliteta*

UNIFICIRANA DOKUMENTACIJA OPERACIJSKIH SESTARA

Marin Repustić, dipl.med.techn.

pomoćnik ravnatelja za kvalitetu zdravstvene zaštite i nadzor
Opća bolnica „Dr. Ivo Pedišić“ Sisak

e-mail: marin.repustic@sk.t-com.hr

Ivanka Budiselić Vidaić, dipl.med.sestra

glavna sestra operacijskih sala za kardio kirurgiju KBC Rijeka
predsjednica Hrvatskog društva operacijskih sestara

Sažetak:

Cilj rada: Ovim radom želimo prikazati proces formiranja i primjene unificirane dokumentacije operacijskih sestara, kao i njen utjecaj na sigurnost operacijskog postupka. U radu će biti prikazan proces formiranja jedinstvene dokumentacije operacijskih sestara kroz analitiku postojeće dokumentacije, do stvaranja dokumenata koji su primjenjivi u svim operacijskim salama, neovisno o operacijskoj djelatnosti. Dokumentacija operacijskih sestara nužan je alat u radu operacijskih sestara i obavezan je sastavni dio dokumentacije pacijenta. Cilj uspostave jedinstvene dokumentacije operacijskih sestara prvenstveno se odnosi na evidentiranje svih procedura i aktivnosti koje operacijske sestre poduzimaju u svom radu, također je time omogućeno praćenje i evaluacija rada. Osim sustavnog praćenja stanja pacijenta, planiranja, vrednovanja i kontrole rada, ujedno se izbjegava dupliciranje podataka i podiže se razina sigurnosti pacijenta u operacijskim salama, tijekom perioperacijske skrbi. Nadalje, jedinstvena dokumentacija operacijskih sestara, formirana je na obrascima koji su jednaki za sve operacijske sale na nacionalnom nivou, te se i na taj način omogućuje usporedivost između bolničkih ustanova, ujedno i praćenje kvalitete rada i skrbi za pacijente. Uspostavom jedinstvene dokumentacije operacijskih sestara stvoren je jedinstveni set podataka koji omogućuje spremanje i pristup informacijama i koji je odobren od nadležnih institucija zdravstvenog sustava, i provodljiv u praksi. Pravilna i potpuna dokumentacija, omogućuje dobru pravnu zaštitu, praćenje dinamike u izmjenama procesa rada operacijskih sestara, adekvatan prikaz upotrebljenog materijala i korištenih aparata i na taj način stvorena je dimenzija slijedivosti postupaka operacijskih sestara. Uzimajući u obzir sve navedeno, stvorena je platforma za izradu jedinstvenog seta podataka koji upućuju na rad osoblja u operacijskoj sali, neposredno pred početak operacijskog zahvata, tijekom operacijskog zahvata, neposredno nakon završetka i premještanja bolesnika na poslijeoperacijski dio skrbi. Vođenje dokumentacije operacijskih sestara u kojoj su evidentirani svi provedeni postupci obavezno je u smislu i zakonske i profesionalne odgovornosti i potrebno je radi osiguravanja dokaza da je operacijska sestra primjenila znanje, vještine i procedure sukladno profesionalnim standardima u svim fazama skrbi za pacijenta. Uspostavljanje jedinstvene dokumentacije, osigurava dobru kliničku odgovornost, odgovorno upravljanje radom operacijskih sestara, sigurnost i učinkovitost, što su ujedno sastavnice osiguravanja visokokvalitetne skrbi za pacijenta. Dokumenti uspostavljeni od strane operacijskih sestara također su podloga za podjelu znanja, zapažanja i vještina i u skladu s tim podloga su za daljnji razvoj odgovorne profesije.

Ključne riječi: *Dokumentacija, operacijske sestre, sigurnost pacijenata, perioperacijska skrb*

KONTROLA POSTUPAKA U INFEKTOLOGIJI NA TEMELJU SESTRINSKE DOKUMENTACIJE

Ana Tomić, dipl. med. techn.,

sestra za kontrolu kvalitete i edukaciju
Klinika za infektivne bolesti “Dr. Fran Mihaljević“
Mirogojska 8, 10 000 Zagreb

e-mail: atomic@bfm.hr

Adelka Zoretić, mag. med. techn.

pomoćnica ravnatelja za sestrinstvo
Klinika za infektivne bolesti “Dr. Fran Mihaljević“

e-mail: azoretic@bfm.hr

Sažetak:

UVOD: Nepredvidivost infektoloških zbivanja kao i velike promjene u zdravstvenoj strukturi stanovništva predstavljaju velik izazov za svaku medicinsku sestru koja radi u području infektologije.

RASPRAVA: Produžavanje životne dobi općenito, pa tako i u bolesnika s kroničnim bolestima, te sve veći broj onih sa stečenom imunodeficijencijom, dovodi do nastanka novih infektivnih bolesti. Tehnološki napredak i suvremena medicina značajno su unaprijedili dijagnostiku i terapiju infektivnih bolesti, ali i otvorili nove mogućnosti za nastanak rizika od pogreške ili nepravilnosti. Zato je potrebno provoditi stalnu sistemsku analizu, zastupati kulturu otvorenosti, definirati jasne odgovornosti, provoditi kontrolu i procjenu rizika te uspostaviti metode za poboljšanje kvalitete. U Klinici za infektivne bolesti "Dr. Fran Mihaljević" na temelju sestrinske dokumentacije provodi se kontrola postupaka. Na sestrinskoj listi, u dijelu koji se odnosi na sažetak trajnog praćenja postupaka, kontrolira se popunjenost i kvaliteta unesenih podataka za svaki postupak koji je bio primijenjen bolesniku (intravenska kanila, urinarni kateter, centralni venski kateter, drenaža, stoma, ostalo). Kontrolira se je li upisan datum postavljanja, mjesto postavljanja, izgled insercije, uzimanje mikrobioloških uzoraka te da li se uz svaku bilješku nalazi obavezan potpis medicinske sestre. U cilju prevencije širenja mikroorganizama često je neophodno izvršiti izolaciju bolesnika, te se kontrolira je li vrsta uzročnika i vrsta izolacije zabilježena u sestrinsku listu, jer su to izrazito značajni podaci i podrazumijevaju posebnu metodiku rada.

ZAKLJUČAK: Kontrola postupaka u infektologiji i zdravstvenoj njezi, te prema potrebi planirano i sustavno uvođenje promjena u proces rada osiguravaju sigurnu i efikasnu zdravstvenu uslugu i značajno smanjuju mogućnost nastanka neželjenog događaja.

Ključne riječi: *Kontrola postupaka, sestrinska dokumentacija*