

Uvod:

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

Sestrinska lista pedijatrijskog bolesnika predstavlja skup podataka koji služe kontroli kvalitete planirane i provedene zdravstvene njege pedijatrijskog bolesnika. Pri izradi sestrinske liste nastojali smo stručnu terminologiju uskladiti sa svjetskim i europskim standardima. Također, dokumentacija je formulirana na način da medicinskoj sestri omogući jednostavan i brz unos podataka, ali i da posluži za implementaciju u informatički sustav zdravstvene ustanove.

Preporuke za pisanje sestrinske dokumentacije:

- na svakom dokumentu napisati ime i prezime pacijenta, godinu rođenja, matični broj i odjel
- pisati jasno, sažeto, nedvosmisleno
- navesti sve značajne podatke
- održavati kontinuitet dokumentacije
- precizno dokumentirati sve informacije upućene liječniku
- navesti objektivno sve uočeno, ne davati svoja mišljenja i interpretacije
- podatke dokumentirati odmah po izvođenju intervencija, primjene lijekova
- poštivati povjerljivost podataka
- pravilno označiti pogrešku

Upute za vođenje sestrinske dokumentacije pedijatrijskoj bolesnika:

▪ Sestrinska lista –anamneza (obavezno):

Sestrinsku listu potrebno je ispuniti unutar 24 sata po prijemu bolesnika u bolnicu. Sadrži sestrinsku anamnezu koja obuhvaća demografske podatke bolesnika, fizikalni pregled djeteta, kongnitivno – perceptivne funkcije, kretanje, način prehrane, eliminacija, navike vezane uz spavanje, te osobitosti djeteta-bolesnika. Podaci se unose zaokruživanjem ponuđenih odgovora ili bilježenjem oznakom **X** uz ponuđeni odgovor. Isti moraju omogućiti: prepoznavanje problema, prepoznavanje uzroka, odabir pacijentu prilagođenih intervencija.

- **Procjena roditelja (nije obavezno) :**

Omogućuje uvid u demografske podatke o roditelju obuhvaća procjenu, društveni i socijalni status. Upis svih ponuđenih karakteristika odnosi se na majku, oca, skrbnika, ostale članove obitelji. Obrazac sadržava osnovne podatke, društveni status obitelji, upućenost u djetetovo zdravstveno stanje, faze prihvatanja djetetova zdravstvenog stanja, odnos roditelja/skrbnika/člana prema osoblju, nezdravstveno ponašanje roditelja/skrbnika/člana. Procjena dojenja obuhvaća aktivnosti vezane uz dojenje koje imaju utjecaj na dijete pacijenta ovisno o opisnoj varijabli, upisati: 1. da 2. ne 3. nije moguće saznati (nedostupan).

Ostale zapažanja i specifičnosti obuhvaćanja posebnih specifičnosti koje nisu spomenute u obrascu, specifične su za pacijenta ili članove obitelji.

- **Dnevno praćenje vitalnih funkcija (obavezno)**

Obazac sadrži po satu dnevno praćenje vitalnih funkcija, temperatura (R-rektalno, A-aksilarno, M.T.- ušno, K-na koži) krvni tlak (RR), puls(P), disanje (D), saturacija kisika (SPO2), i kisik (O2). Može se prema potrebi odabrati pojedinačno praćenje određenih funkcija. Obavezno ispuniti prilikom prijema u bolnicu, a dalje prema odluci liječnika.

- **Praćenje postupaka i stanja bolesnika tijekom hospitalizacije (obavezno)**

Obrazac sadrži dnevno smjensko praćenje medicinsko tehničkih postupaka po grupama obuhvaćano na jednom mjestu : njega tijela, prohodnost dišnih putova, prehrana, eliminacija, primjena terapije, prevoj, praćenje stanja svijesti, prevencija komplikacija, komunikacija, praćenje boli, uzimanje materijala za pretrage, rekreacija/odmor i edukacija bolesnikai/ili roditelja. Isti omogućuje kontinuirano provođenje osnovne i specifične zdravstvene njege u svrhu poboljšanja kvalitete sestrinske skrbi. Podaci se unose bilježenjem oznakom **X** uz ponuđeni odgovor.

- **Sestrinsko izvješće o djetetu –dekurzus (obavezno):**

U tektualnom obliku upisuju se sve promjene kod pacijenta tijekom 24 sata (simptomi, znaci, opisi novonastalog stanja, mogući uzroci itd.).

- **Plan procesa pedijatrijske zdravstvene njege (obavezno):**

Izrađuje medicinska sestra prvostupnik sukladno utvrđenim potrebama za zdravstvenom njegom. Sestrinske dijagnoze se evidentiraju prema PES modelu (P=problem, E=etiologija, S=simptom) za aktualne dijagnoze, te po PE modelu za visokorizične dijagnoze. Ciljevi i intervencije - sestrinski postupci, definiraju se u dogovoru s pacijentom ili roditeljem /skrbnikom djeteta. Evaluacija se upisuje prema zadanom cilju, a može biti trajna, dnevna, tjedna i završna.

- **Evidencija ordinirane i primjenjene terapije (obavezno) :**

Predviđena za upis ordinirane terapije od strane liječnika (lijek –doza-način davanja), te uz svaku primjenu lijeka medicinska sestra mora upisati datum, vrijeme davanja lijeka i potpisati se.

- **Lista unosa i izlučivanja (bilance) tekućina (nije obavezno)**

Omogućuje praćenje unosa i izlučivanja tekućina i hranekontinuirano po satima kroz 24 sata.

- **Lista planiranih medicinsko – tehničkih i dijagnostičkih postupaka (obavezno)**

Obrazac je namijenjen za evidentiranje svih medicinsko – tehnički i dijagnostičkih postupaka, s planiranim datumom, datumom izvršenja, te evidentiranje posebnih napomena vezanih uz određeni postupak.

- **Obrasci za procjenu boli (nije obavezno)**

Sadrže 2 obrasca:

Obrazac za procjenu boli djeteta iznad 4 godine života: "Skala lica" i crtež tijela koji se nalaze na poleđini, pomoći će djetetu da samo odredi jačinu i točno mjesto gdje se bol javlja. Na taj način medicinska sestra može predložiti djetetu da vodi "dnevnik boli" u nacrtanoj križaljci koja se nalazi na obrascu.

Obrazac za procjenu boli djece od 0 – 4 godine starosti, odnosno djece koja nisu u stanju verbalnim načinom iskazati jačinu boli (također obuhvaća neurološki oštećenu djecu,

gluhonijemu djecu) : primjena FLACC Skale osigurava jednostavan i konzistentan način za medicinske sestre da na temelju promatranja djetetova ponašanja (plakanje, izraz lica, aktivnost djeteta, pokreti itd.) prepoznaju, evidentiraju i vrednuju djetetovu bol. FLACC alat uključuje pet kategorija ponašanja djeteta koje osjeća bol . Svaka kategorija se boduje i na temelju zbroja rezultata se procjenjuje jačina boli.

- **Humpty – Dumpty skala za prevenciju padova hospitalizirane djece (obavezno)**

Humpty Dumpty Falls program je sveobuhvatan program usmjeren na identificiranje hospitaliziranih pedijatrijskih bolesnika kod kojih postoji rizik za pad, kao i sprečavanje padova i ozljeda. Ovaj program razvijen je od strane američke interdisciplinarnе skupine stručnjaka iz sestrinstva, istraživanja, rehabilitacije, poboljšanje kvalitete sigurnosti pedijatrijskih bolesnika, te upravljanju rizicima. Krajnji cilj programa je poboljšati kvalitetu skrbi i smanjiti ozljede u području pedijatrijskih odjela i bolnica. Ono što je najvažnije - ovaj program prevencije padova je proveden, testiran i znanstveno dokazan kao učinkovit alat u prevenciji padova i ozljeda kod hospitalizirane djece.

Slijedom ispunjenih čimbenika na skali, dobiva se ukupan zbroj bodova koji određuje stupanj rizika za pad: nizak rizik za pad (7-11 bodova) ili visoki rizik za pad (12 i više bodova). Uz skalu nalazi se pisani protokol za sprječavanje rizika.

- **Glasgow koma skala u djece (nije obavezno)**

Rezultat Glasgow koma skale u djece jednak je zbroju bodova najboljih pokreta otvaranja očiju, motornog i verbalnog odgovora. Raspon bodova je od minimalnih 3 do maksimalnih 15. Uobičajeno kretanje bodova koje ukazuje na narušenu svijest i/ili ozljedu glave: teško narušena svijest ≤ 9 ; umjereno narušena svijest 9-12; blago narušena svijest 13-14; pri svijesti 15. Općenito gledano ocjena od 13 ili više povezuje se s blagom ozljedom mozga, 9 do 12 s umjerenom ozljedom, a 8 ili manje ukazuje na ozbiljne ozljede mozga. Bilo koji kombinirani rezultat manji od 8 predstavlja značajan rizik od smrtnosti.

- **Sestrinska lista za procjenu nastanka dekubitusa kod djece prema Braden Q skali (nije obavezno)**

Braden Q skala sastoji se od sedam subskala: pokretljivost, aktivnost, osjetilna percepcija, vlažnost, trenje, prehrana, perfuzija tkiva i oksigenacija. Prvih šest potječu izravno iz Braden skale. Svaka subskala je ocijenjena od jedan do četiri, s najmanjim brojem koji predstavlja najveći rizik. Detaljna pojašnjenja i naputci dostupni su u opširnom Obrascu o vođenju dokumentacije za dekubitus.

- **Nadzorna lista rizičnih postupaka u zdravstvenoj njezi (obavezno)**

Obuhvaća evidenciju primjene svih invazivnih i rizičnih postupaka, te mogućih komplikacija nakon medicinsko - tehničkih postupaka, npr. urinarni kateter, NG sonda, i.v kanila, art. kanila, CVK, traheotomija, lumbalna punkcija, biopsija jetre, torakodrenaža, dijaliza, intubacija, ekstubacija, promjena cijevi, respirator, renimacija itd.

- **Kategorizacija pedijatrijskog bolesnika (obavezno)**

Kategorizacija bolesnika u sestinstvu označava svrstavanje bolesnika u kategoriju prema njegovim individualnim potrebama za zdravstvenom njegom. Indikator je kvalitete zdravstvene njege i označava vrijeme koje medicinska sestra provede u zdravstvenoj njezi u odnosu na potrebno vrijeme prema potrebama bolesnika. U prilogu se nalazi opis čimbenika za kategorizaciju pedijatrijskog bolesnika.

- **Izvešće o povredi djeteta na odjelu –lista incidenta (nije obavezna)**

Evidentiraju se nastale povrede i incidenti za vrijeme boravka bolesnika na pedijatrijskom odjelu. Obuhvaća bilješke o mjestu, vrsti i uzroku povrede/incidenta, te pisano izvješće i potpis medicinske sestre o nastaloj povredi. Također, u obrascu je obavezano i roditeljsko izvješće i potpis ako je bio prisutan kod incidenta, te mišljenje i potpis liječnika.

- **Otpusno pismo zdravstvene njege pedijatrijskog bolesnika / Lista premještaja**
(**obavezno**)

Omogućuje planiranje i evaluaciju zdravstvene njege kod premještaja bolesnika unutar zdravstvene ustanove, iz jedne medicinske ustanove u drugu, institucije socijalnog tipa, ili u okviru njege u obitelji. Obuhvaća: identifikacijski podatke o pacijentu, opće podatke koji su utjecali na provođenje zdravstvene njege, prikaz problema koji su zbrinjavani, te preporuke za daljnje zbrinjavanje pedijatrijskog bolesnika.