

Majda Šlajmer-Japelj
viša medicinska sestra — dipl. sociolog
Višja šola za zdravstvene delavce Ljubljana

ZNAČAJ DOKUMENTACIJE ZA RAD MEDICINSKE SESTRE I NJENIH SARADNIKA

SAŽETAK. Određen je značaj dokumentacije u procesu nege bolesnika. Nakazani su značajniji zadaci dokumentacije za planiranje, izvođenje i ocenu individualne nege bolesnika, za interdisciplinarno povezivanje različitenih stručnjaka, kao i za razvoj i ocenu novih teoretskih i praktičnih znanja. Dodato je još nekoliko tehničkih uputstava za pravilno oblikovanje dokumentacije.

Stručnjaci futurolozi opominju nas da je informatika nauka, koja odlučuje o kvalitetu života današnjih i budućih generacija.

Nagomilani, neupotrebljivo sakupljeni podaci ili pak nedostatak istih, sve veća koncentracija ljudi na značajnim gledištima uz istovremenu usamljenost u sopstvenom interesnom ili stručnom krugu, zahvataju danas skoro sva područja čovekovog života.

U prošlosti su medicinske sestre verovala da je nega jedno, a dokumentacija rada sasvim suprotno te da bi ova možda mogla da utiče na kvalitet nege samo negativno. Ovakav odnos je nužna posledica činjenice da je prestava o radu medicinske sestre bila vezana pre svega na rutinski rad bez teoretskog razmišljanja i da je dokumentacija, koju je sakupljala po nalogu drugih radnika, služila u druge svrhe, a ne neposredno boljem stručnom radu nje same.

Dokumentacija, bilokakvu da imamo, tačno nam pokaže nivo našeg profesionalnog rada; može da bude ili površna, te da služi drugim radnicima u timu, samo finansijskim obračunima, ili je samo registracija bez ocene i razmišljanja . . .

Danas nam je već poznato da nam je potrebna i koliko je značajna pismena dokumentacija, te da je sastavni deo nege i omogućava ocenu njenog kvaliteta i njeno napredovanje.

Govoriti da je negde nega dobra, negde manje dobra neprofesionalno je i nemerljivo.

Činjenica današnjeg vremena je: evidentirani rad je obavljen, neevidentiran nije.

Svaka struka ima svoju teoretsku osnovu i načela, koja zahtevaju određenu količinu znanja i dokumentaciju u toj struci.

Dokumentacija je osnova kritičkom razmišljanju, napredovanju pojedine struke i promenama u smislu napretka.

Proces rada sestara poznaje standardnu metodu i to rešavanje određenog problema sledećim fazama:

- **registracija problema;**
- **definicija problema;**
- **predviđanje mogućih rešenja;**
- **sprovođenje rešenja;**
- **ocena uspešnosti naše intervencije.**

Za stručni rad medicinske sestre nema rešenja sa nalepkom »Ja sam ispravno«; ona mora biti sposobna da kritički presuđuje svaki primer iznova.

Proces rada omogućava medicinskoj sestri svojim metodama individualiziranu negu, koja ima stalno jednako visoki nivo i kontinuitet.

Kontinuitet ne postižemo bez organizovanih i dokumentovanih metoda nege. Realizacija procesa sestrinstva ne zahteva dakle samo reorganizaciju rada, već preokret u našem razmišljanju i našim aktivnostima.

Mc. Farlane (1978) utvrđuje da se sestrinstvo menja i da nije više struka, koja reaguje samo na činjenice, već razmišlja naučno i da to nije više institucija, već individualizovana, ne rutinska, već kreativna nauka.

Tradicionalno orijentirana medicinska sestra misli da je sestrinstvo (nega) izrazito praktična delatnost brojnih operacija, spretnosti i tehničkih postupaka, koje obavlja prema narudžbini, a bez sopstvenog presuđivanja; informacije prima pasivno, a svoj posao obavlja rutinski.

Savremena medicinska sestra razmišlja i to u okviru sopstvenih stručnih zadataka. Njen rad je razumska aktivnost, podvrgnut sopstvenoj kritičkoj oceni. Planira negu sistematski, u timu je saradnica s sopstvenim, nezavisnim stručnim zadacima, naravno u zavisnosti od koncepta rada celog zdravstvenog tima. Medicinska sestra, koja razmišlja, sakuplja informacije sama, te je zato njen rad dinamičan i plodan.

Sistematska nega, koju omogućava dokumentacija, daje mogućnost za kvalitetniji i sigurniji rad.

Osnovno je da pravilno prihvata i razume štićenika ili bolesnika pri čemu joj pomaže precizna metoda sakupljanja, procene, analiziranja i tumačenja dobijenih podataka.

Ako nešto ne znamo da opišemo konkretno već se nam samo »nešto čini« onda to zaista i ne znamo.

Već 1860 godine napisala je Florence Nightingale: »... samo pomoću tačnih, konkretnih podataka o individualnom bolesniku dobijemo važne informacije za negu i o njoj, te njen kvalitet možemo da upoređujemo od odeljenja do odeljenja...«

Kakvi su zadaci dokumentacije:

— **je sredstvo komunikacije:** daje značajne informacije u jasnim oblicima, što je nužno kod današnje podele rada i prisustvo brojnih radnika uz bolesnika;

— **je sredstvo sigurnosti rada tima za negu;**

— **je sredstvo sakupljanja podataka:** vremenskog redosleda, metoda zapažanja, retrospektivnih analiza, opominje na nepredviđena događanja u procesu nege; daje sigurne podatke o bolesnikovom oporavljanju; ukazuje na određene trende;

— **pruža znanje o sestrinstvu,** pošto daje tačne podatke o rezultatima nege i omogućava istraživački rad u sestrinstvu;

— **garantuje kontinuitet nege** i pravilnu smer negovanja;

— **omogućava planiranje nege** na osnovu utvrđivanja bolesnikovih potreba, kojeg se pridržava ceo radni tim;

— **omogućava individualnu negu,** kada možemo da uzmemo u obzir takode i potrebe nege nekog pojedinca, a ne samo dijagnoze, ako poznajemo njegov odziv na negu.

Tu smo u nas još uvek veoma vezani na opšta načela i negiramo individualnost određenih potreba, dok istovremeno na prozorima veoma individualno negujemo cveće, neke više zalivamo, druge manje, neke nosimo na sunce, druge u senku...;

— **omogućava ocenjivanje nege,** jer možemo da proučimo sve faze rada i njihove rezultate;

— **je sredstvo usavršavanja:** omogućava kliničko učenje, studije pojedinih primera nege i pregled obavljenog rada učenika odnosno studenata u celini;

— **daje osnovu za interdisciplinarno saradivanje** sa mogućnošću zajedničkog planiranja rada;

— **je izvor pravne zaštite:** imamo podatke kako je nega proticala, kakvo je znanje tima koji je provodio negu, dali je bio svestan opasnosti itd.;

— **povećava učinak nege bolesnika.**

Doživiceмо takođe i prigovore npr.:

— dokumentacija oduzima vreme — stručnjaci pišu umesto da bi radili.

Istina je da kad počinjemo da uvodimo nove metode, potrošimo više vremena, no ubrzo nama se to vraća stručnijim radom, boljom organizacijom, kao i racionalnijom upotrebom radnog vremena.

— Ako sestra piše nije uz bolesnika.

Kada planiramo negu — šticenik — bolesnik saraduje sa nama; dakle već ovo planiranje je deo nege, jer omogućava bolju saradnju u procesu lečenja.

— Nije nam potrebno da pišemo, pošto mi to i onako radimo. Da li zaista sve to radimo i kako to obavimo? I ako bi zaista sve tako konkretno predvideli, obavili i znali zašto šta radimo i zašto na određeni način, ne bi nailazili na svakodnevne teškoće kada bi želeli da prestavimo svoj stručni rad?

Pravno,etički i stručno-neevidentirani zadaci, odnosno postupci nisu obavljeni. Koliko ustanova u našoj državi ima u otpusnici i list nege? Šta znamo o problemima nege od ranije, u toku ponovnih hospitalizacija ili kod predaje bolesnika na kućnu negu?

— Nema podataka, koji bi dokazivali, da je dokumentovana nega uspešnija.

Postoje ispitivanja, koja potvrđuju veću uspešnost sistematske nege od intuicije tradicije od metode opita i grešaka. Takođe ni upoređivanje nije moguće bez dokumentacije.

— Dali nije to dupliranje podataka, koje već sakuplja lekar?

Samo dokumentacija omogućava da informacije posređujemo i drugim članovima zdravstvenog tima i međusobne informacije smanjuju duplo sakupljanje jednakih podataka, a podižu znanje o pojedinom bolesniku i njegovim problemima.

Još nešto o osnovnim načelima, koje moramo poštovati kod dokumentacije

— Budimo precizni, jasni i potpuni u opisivanju određenih problema.

— Uvek pišemo čitko i to mestilom, koje ne može da se izbriše.

— Podatke ponovno proveravamo, pre nego što jih zapišemo.

— Razlikujemo objektivni opis od sopstvenog objašnjenja.

— Kod posmatranja uvek opišemo: promenu stanja; odsutnost očekivanih promena; bolesnikovo reagovanje na intervenciju; bolesnikovo reagovanje na zdravstveno — vaspitne upute.

— Rođaka, koji je dao određene podatke indentificiramo.

— Uvek pročitamo raport, odnosno izveštaj, koji je bio napisan ranije.

— Uvek se potpišemo.

— Nikad ne menjamo izveštaja da bi prikriili eventuelne greške ili zabune.

— U izveštajima ne upotrebljavamo ustaljene fraze i profesionalni žargon.

— Zapisujemo uvek u dogovorenim vremenskim intervalima.

— Ne uopštavamo; ne mogu dva problema da budu potpuno jednaka, jer ni ljudi nisu jednaki.

Literatura:

1. Farmer E. S.: Personal communication. WHO, Bern 1980.
 2. Hall D. C.: A position paper on nursing. WHO/EURO 1979.
 3. Proffit P.: The reason for records. WHO, Bern 1980.
-



*Medicinska sestra na od-
deljenju bolnice: potrebne
su takođe i spretno-
ruke ... (Onkološki inštitut
Ljubljana)*