

Otpusno pismo zdravstvene njege kao oblik suradnje bolničkih i patronažnih medicinskih sestara

Hanžek, Kristina

Master's thesis / Diplomski rad

2015

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:128983>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-05**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Kristina Hanžek

**Otpusno pismo zdravstvene njege kao oblik suradnje bolničkih i
patronažnih medicinskih sestara**

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2015.

Ovaj je diplomski rad izrađen na Katedri za obiteljsku medicinu, Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu pod vodstvom dr. sc. Goranke Petriček, dr. med., i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2014./2015.

POPIS KRATICA

OPZNJ – otpusno pismo zdravstvene njege

ANA – American Nurses Assotiation

BIS – bolnički informacijski sustav

LOM – liječnik obiteljske medicine

PZZ – primarna zdravstvena zaštita

HKMS – Hrvatska komora medicinskih sestara

MKB – medicinska klasifikacija bolesti

RH – Republika Hrvatska

SADRŽAJ

1. SAŽETAK

2. SUMMARY

3. UVOD	1
3.1. ZDRAVSTVENA NJEGA	1
3.2. SESTRINSKA DOKUMENTACIJA	2
3.2.1. Informatizacija sestrinske dokumentacije	4
3.2.1.1. Dokumentiranje zdravstvene njege u bolničkom informacijskom sustavu	4
3.3. Uloga patronažne zdravstvene zaštite u provođenju zdravstvene njege bolesnika	5
3.4. OTPUSNO PISMO ZDRAVSTVENE NJEGE	6
4. HIPOTEZA	9
5. CILJEVI RADA	10
6. ISPITANICI I METODE	11
6.1. Ispitanici	11
6.2. Metodologija kvalitativnog istraživanja	11
6.3. Fokus-grupe	12
6.4. Analiza podataka	15
6.5. Kodiranje podataka	15
7. REZULTATI	17
8. RASPRAVA	31
9. ZAKLJUČCI	37
10. ZAHVALE	40
11. LITERATURA	41
12. ŽIVOTOPIS	44
13. PRILOZI	45

1. SAŽETAK

Otpusno pismo zdravstvene njege kao oblik suradnje bolničkih i patronažnih medicinskih sestara

Kristina Hanžek

Cilj: istražiti mišljenja i stajališta patronažnih sestara o otpusnom pismu zdravstvene njege (OPZNJ) kao obliku suradnje s medicinskim sestrama iz sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite u svrhu unapređenja njihove suradnje.

Ispitanici i metode: od siječnja do ožujka 2015. godine provedeno je kvalitativno istraživanje metodom fokus-grupa. Uzorak od 27 patronažnih sestara, zaposlenica domova zdravlja Zagreb Centar i Zagreb Zapad, regrutiran je za fokus-grupe. Pod vodstvom moderatora, uz neposrednu opservaciju istraživača, provedene su 4 fokus-grupe s patronažnim sestrama, koje su snimljene i transkribirane te je provedena kvalitativna analiza podataka bazirana na utemeljenoj teoriji. Proizašle su četiri glavne teme i eksplanatorna modela: susret s OPZNJ-em; obilježja postojećeg OPZNJ-a; elementi suradnje patronažnih sestara s bolničkim medicinskim sestrama putem postojećeg OPZNJ-a; preporuke za unapređenje OPZNJ-a.

Rezultati: iako se većina patronažnih sestara susrela s OPZNJ-em, iskustvo upućuje na to da njegovo pisanje nije rutinska procedura sestrinskog rada, nego je većinom pisano samo za određene skupine bolesnika određenih zdravstvenih ustanova, te kao dio zasebnoga projekta. Manjim dijelom OPZNJ su pisana rukom, nečitljiva i štura, a pokatkad je dio podataka netočan. Dio ih i ne dođe do patronažne sestre ili dođe prekasno, kad je zdravstvena njega već organizirana. Razlozi navedenom jesu: prekasno izdavanje OPZNJ-a u bolnici; potom zadržavanje OPZNJ-a u bolesnikovu zdravstvenom kartonu kod obiteljskog liječnika ili ga bolesnik zagubi. Sve su patronažne sestre istaknule potrebu za OPZNJ-em navodeći njegovu pozitivnu ulogu u organizaciji zdravstvene njege nakon otpusta bolesnika iz bolnice s aspekata olakšanja planiranja vrste postupaka te osiguranja kontinuiteta zdravstvene njege. U takvim je slučajevima OPZNJ pokazatelj dobre sestrinske prakse.

Zaključak: istaknuta je pozitivna uloga OPZNJ-a u organizaciji zdravstvene njege nakon otpusta bolesnika iz bolnice s gledišta olakšanja planiranja vrste postupaka te osiguranja kontinuiteta zdravstvene njege. Rutinsko izdavanje OPZNJ-a za svakog bolesnika u kojeg je indiciran nastavak provođenja zdravstvene njege nakon otpusta pridonosi profesionalizaciji sestrinstva, isticanjem važnosti i neupitnosti mjesta i uloge medicinske sestre kao uvjeta

racionalnog planiranja i organizacije, a, posljedično, i osiguranja racionalne, kontinuirane, holističke i kvalitetne zdravstvene njege svakoga pojedinog bolesnika.

Ključne riječi: patronažne sestre, otpusno pismo zdravstvene njege, zdravstvena njega

2. SUMMARY

Nursing discharge summary as a form of collaboration between hospital and community health nurses

Kristina Hanžek

Aim: To explore community health nurses' opinions on and attitudes toward a nursing discharge summary (NDS) as a means of improving their collaboration with nurses working in secondary and tertiary healthcare.

Subjects and methods: A qualitative study using focus groups was performed from January to March 2015. The study sample included 27 community health nurses working at „Zagreb Center“ and „Zagreb West“ Health Centers. The nurses were divided into four focus groups, which were guided by a moderator and directly observed by the researcher. The discussions during the focus groups were recorded and transcribed. A qualitative data analysis based on an established theory was performed. Four main topics and four explanatory models were identified including the encounter with NDS's, characteristics of the existing NDS's, elements of collaboration between community health nurses and hospital nurses via the existing NDS's, and recommendations for NDS improvement.

Results: The majority of community health nurses were familiar with NDS's; however, generating NDS's was not part of the routine nursing work. NDS's were written mostly for particular patient groups discharged from particular healthcare institutions within a separate project. Occasionally, NDS's were handwritten, illegible, and scanty on details, which were sometimes also partly incorrect. Some of NDS's never reached community health nurses or were delivered only after the patient care had already been organized, mostly because NDS's were not sent from hospitals in time, or were retained in patient files at their family physician's office, or were lost by the patients. All community health nurses emphasized the need for NDS and the positive role that NDS plays in the organization of patient's care after hospital discharge as an important aid in planning the types of procedures and ensuring the continuity of care. In these cases, an NDS was an indicator of good nursing practice.

Conclusion: NDS's were indicated to play an important role in organizing patient's care after discharge, especially in planning the types of procedures and ensuring the continuity of patient's care. Routine NDS writing for each patient with an indication for continued care after discharge may contribute to increased level of professionalism in nursing by highlighting

the importance and indispensability of nurses and the essential role they play in rational planning and organization of patient's care and, consequently, in ensuring the delivery of rational, continued, holistic and quality care to each individual patient.

Key words: nurses, community health; patient discharge summary; health care

2. UVOD

3.1. ZDRAVSTVENA NJEGA

American Nurses Association (ANA, 1980) definira zdravstvenu njegu kao dijagnosticiranje i tretiranje reakcija na aktualni ili potencijalni zdravstveni problem (bolest). Reakcije na aktualni ili potencijalni zdravstveni problem u bolesnika podijeljene su u devet skupina koje istodobno čine skupine dijagnoza (iz područja zdravstvene njege): razmjena (obuhvaća reakcije koje se odnose na fiziološka davanja i primanja kao što su prehrana, eliminacija, disanje, tjelesna temperatura, infekcije itd.), komunikacija (teškoće u vezi s priopćivanjem vlastitih želja, stajališta, poruka), odnosi s drugima (poteškoće iz područja međuljudskih odnosa, npr. socijalna izolacija i slično), vjerovanje (vrijednosti, vjerovanja, religija...), izbor (teškoće u sučeljavanju sa stresom npr. negiranje, povlačenje, otežano prilagođivanje), kretanje i aktivnosti (poteškoće u vezi sa smanjenim podnošenjem napora, održavanjem higijene, spavanjem), percepcija (teškoće u percepciji sebe i okoline, osjećaj bespomoćnosti), znanje (razina upućenosti bolesnika), emocije (postojanje boli, straha, tjeskobe). Dok prvi dio definicije (dijagnosticiranje i tretiranje) obuhvaća sam proces primjene zdravstvene njege, njezin drugi, ključni dio (reakcija) objašnjava specifični sadržaj zdravstvene njege, upozorava na neke razlike u djelatnosti medicinske sestre i liječnika. Liječnik se bavi dijagnosticiranjem i tretiranjem (liječenjem) zdravstvenoga problema (bolesti), a medicinska sestra dijagnosticiranjem i tretiranjem reakcija na zdravstveni problem (Fučkar, 1992).

Proces zdravstvene njege sastoji se od četiriju faza: utvrđivanja potreba za zdravstvenom njegom, planiranja, provođenja i evaluacije zdravstvene njege. Kao okvir rada sestrinske prakse, proces zdravstvene njege pretpostavlja sustavan pristup u rješavanju problema i dokumentiranje tijekom cijeloga procesa (Ljubičić, 2010).

Vođenjem sestrinske dokumentacije medicinska sestra potvrđuje da je u svojem radu upotrijebila znanje, vještine i stajališta, i to primjenom kritičkog mišljenja sukladno standardima sestrinske prakse. Imperativ sestrinske djelatnosti jest prikupljanje, tumačenje i pohranjivanje podataka u sestrinsku dokumentaciju, što daljnjom obradom daje informacije koje čine osnovu za unaprjeđenje kvalitete i razvoj zdravstvene njege (Čukljek, 2008). Stoga je uvođenje procesa zdravstvene njege i sestrinske dokumentacije u svakodnevni rad medicinskih sestara, uz skrb za bolesnika, temelj početka procesa kontinuirane evaluacije provedene skrbi i unaprjeđenja kvalitete pružene skrbi (Ilić, Čukljek, 2013)

Važnost sestrinske dokumentacije kao temelja osiguranja komunikacije medicinskih sestara primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite, posebno se ističe u slučaju potrebe provođenja zdravstvene njege kroz dulji period, a u svrhu osiguranja kontinuiteta pružanja zdravstvene njege na dobrobit samog bolesnika. To se podrazumijeva u slučaju potrebe nastavka zdravstvene njege bolesnika pri njegovu premještanju na drugi odjel, odnosno u drugu ustanovu, ili pri otpustu kući.

3.2. SESTRINSKA DOKUMENTACIJA

Proces implementacije sestrinske dokumentacije u Republici Hrvatskoj započeo je 2011. godine objavljivanjem Pravilnika o sestrinskoj dokumentaciji u bolničkim zdravstvenim ustanovama kojim su utvrđeni sadržaj i obrasci sestrinske dokumentacije u bolničkim zdravstvenim ustanovama. Sestrinska je dokumentacija skup podataka koji služe kontroli kvalitete planirane i provedene zdravstvene njege te je sastavni dio medicinske dokumentacije bolesnika (Pravilnik o sestrinskoj dokumentaciji u bolničkim zdravstvenim ustanovama, 2011). Sukladno Zakonu o sestriinstvu, jedna od dužnosti medicinskih sestara jest i vođenje sestrinske dokumentacije kojom se evidentiraju svi provedeni postupci tijekom 24 sata (Zakon o sestriinstvu, 2003).

Svrha je vođenja sestrinske dokumentacije višeznačna. Ona je izvor informacija na temelju kojih se kroz istraživanja mogu dobiti važni rezultati korisni za razvoj sestrinske prakse; potom osigurava pravnu zaštitu – dokument kojim se potvrđuju činjenice i tvrdnje u slučaju mogućeg spora ili konflikta; omogućuje praćenje troškova s obzirom na učinkovitost skrbi te čini jedan od standarda sestriinstva na međunarodnoj razini (Ilić, Čukljek, 2013).

Standardi u sestriinstvu čine kriterije koji određuju i opisuju sestrinsku praksu. Tako se svaki postupak iz područja zdravstvene njege treba dokumentirati te osigurati najbolji mogući ishod za bolesnika, odnosno medicinske sestre trebaju zdravstvenu njegu provoditi prema standardima sestrinske prakse.

Standardizirani postupci u zdravstvenoj njezi označuju pravila po kojima su medicinske sestre dužne postupati. Jedinstveni način provođenja postupka osigurava isti standard i sigurnost za svakog bolesnika. Standardizirani postupci u zdravstvenoj njezi još su jedan korak prema unaprjeđenju pružanja kvalitete zdravstvene njege i parametra koji omogućuje kontrolu kvalitete zdravstvene njege (Šepec, 2010).

S obzirom na zakonsku obvezu vođenja sestrinske dokumentacije, medicinska sestra ima profesionalnu odgovornost dokumentiranja svih postupaka iz područja zdravstvene njege u okviru svojih kompetencija.

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 sestrinskih postupaka
- otpusno pismo zdravstvene njege (Pravilnik o sestrinskoj dokumentaciji u bolničkim zdravstvenim ustanovama, 2011).

Utvrđivanje potreba za sestrinskom skrbi počinje uzimanjem sestrinske anamneze i statusa. Sestrinska anamneza i status obuhvaćaju niz podataka koji moraju omogućiti: prepoznavanje/dijagnosticiranje problema iz zdravstvene njege, prepoznavanje uzroka, odnosno čimbenika koji utječu na problem i prepoznavanje osobitosti koje omogućuju prilagodbu ciljeva i sestrinskih intervencija bolesnikovim navikama, očekivanjima, iskustvu i drugim osobitostima (Fučkar, 1996).

U sestrinskoj dokumentaciji korisno pomagalo za prikupljanje podataka jesu različite skale. Tako se u svrhu procjene rizika za nastanak dekubitusa u bolesnika upotrebljuje Braden 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 (OPZNJ).

Na temelju 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 (Ilić, Čukljek, 2013).

3.2.1. Informatizacija sestrinske dokumentacije

Elektronički zdravstveni zapis označuje trajan skup svih važnih podataka prikupljenih tijekom prolaska bolesnika kroz zdravstveni sustav, od njihova rođenja do smrti, i može se čuvati u lako dostupnom obliku tijekom duljeg perioda. Elektronički oblik zapisa omogućuje združivanje te povezanost između svih umreženih dijelova zdravstvenog sustava, što uvelike olakšava razmjenu zajedničkih podataka među liječnicima i ustanovama (Mavrinac i sur., /n.d./). 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.

Iako je proces informatizacije zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj pokrenut devedesetih godina prošloga stoljeća, informatizacija sestrinske dokumentacije započela je tek prije nekoliko godina i još uvijek nije uvedena u sve zdravstvene ustanove na svim razinama zdravstvene zaštite. Nadalje, u područjima gdje je informatizacija sestrinske dokumentacije provedena, manjkava je povezanost informacijskih sustava na svim razinama (primarna, sekundarna i tercijarna razina). U slučaju njihove povezanosti postojala bi mogućnost da primjerice patronažne sestre imaju uvid u sve podatke o bolesniku iz područja zdravstvene njege prije otpusta iz bolnice. Takva bi komunikacija, zasigurno, unaprijedila suradnju bolničkih i patronažnih medicinskih sestara, ali i drugih pružatelja zdravstvene skrbi.

Iskazani problem nepovezanosti informacijskog sustava primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite nije samo posebnost Hrvatske. Tako su u Norveškoj Hellesø i suradnici uočili teškoće u komunikaciji zdravstvenih djelatnika, specifično zbog različitih informacijskih sustava te je stoga, unatoč provedenoj informatizaciji, dio bolničkih sestara i dalje uručivao otpusna pisma na ruke bolesnika pri njihovom otpustu (Hellesø i sur., 2005).

3.2.1.1. Dokumentiranje zdravstvene njege u bolničkom informacijskom sustavu

Bolnički informacijski sustav (BIS) povezuje sve dijelove bolnice u jedinstveni sustav sa standardiziranim informacijskim tokovima s osnovnim ciljem oblikovanja i uporabe elektroničkoga zdravstvenog zapisa bolesnika (Brumini, 2007).

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 s pomoću odgovarajućega korisničkog imena i lozinke. Svaka medicinska sestra za pristup rada BIS-u posjeduje korisničko ime i lozinku te je odgovorna za točnost i potpunost upisanih podataka (Vižintin, 2014).

Medicinska sestra sukladno svojim kompetencijama ovlaštena je dokumentirati određene postupke iz područja zdravstvene njege u BIS-u putem korisničkog imena i lozinke te je tako osigurana kvaliteta unesenih podataka. Dokumentirani postupci iz područja zdravstvene njege u BIS-u ostaju trajno sačuvani te tako osiguravaju dostupnost u svakome trenutku pa i nakon bolesnikova otpusta iz bolnice.

Integrirani bolnički informacijski sustav ubraja se među najkompleksnije informacijske sustave. Sjedinjuje sve dijelove bolnice u jedan jedinstven sustav kojim se integriraju informacijski tjekovi, što zdravstvenim djelatnicima omogućuje pristup potrebnim (medicinskim, zdravstvenim) podacima u svakom trenutku i na svakom mjestu gdje je to potrebno, uz poštovanje visokih normi zaštite podataka (Mateljić, 2014).

3.2. Uloga patronažne zdravstvene zaštite u provođenju zdravstvene njege bolesnika

Osnovni cilj patronažne djelatnosti jest pružiti skrb korisnicima izvan zdravstvenih ustanova (domovi, vrtići, škola, radno mjesto te šira zajednica), poticati na očuvanje i unaprjeđenje zdravlja, prevencija bolesti te održavanje zdravlja (Hrvatska komora medicinskih sestara, 2013). Patronažna sestra surađuje s liječnicima obiteljske medicine i drugim timovima na razini PZZ-a. Svrha te suradnje jest timska konzultacija radi prikupljanja i razmjene potrebnih informacija važnih za procjenu stanja korisnika i obitelji, potom razmjena medicinske i sestrinske dokumentacije te timska konzultacija za planiranje i zbrinjavanje. Osim toga, patronažna sestra surađuje i s centrima za socijalnu skrb, gerontološkim centrima, dječjim vrtićima i školama, vjerskim institucijama, ustanovama za provođenje zdravstvene njege u kući, humanitarnim organizacijama, djelatnostima kliničkih i bolničkih zdravstvenih ustanova, centrima za palijativnu skrb, medijima.

Patronažna zdravstvena zaštita jest medicinsko-socijalna djelatnost koja provodi i mjere specifične zdravstvene njege u svrhu promicanja i očuvanja zdravlja pojedinca, obitelji i zajednice. Patronažna sestra po nalogu liječnika obiteljske medicine (LOM) odlazi u bolesnikovu kuću nakon njegova otpusta iz bolnice te utvrđuje stanje bolesnika, potrebu za zdravstvenom njegom i njezinom vrstom te o navedenom pismeno i usmeno izvještava LOM-a. LOM također na temelju nalaza kućnog posjeta utvrđuje bolesnikovo stanje, potrebu za zdravstvenom njegom i njezinu vrstu te, uz dostavljeno izvješće patronažne sestre, propisuje potrebne postupke zdravstvene njege. Postupak same zdravstvene njege provode ustanove za zdravstvenu njegu u kući bolesnika, po nalogu izabranog LOM-a svakoga pojedinog bolesnika. Potom jedanput mjesečno, a u slučaju dodatne potrebe, i češće, patronažna sestra i LOM provode evaluaciju zdravstvene njege.

Prema Smjernicama za provođenje zdravstvene njege u patronažnoj djelatnosti Hrvatske komore medicinskih sestara, za potrebe rješavanja različitih problema, patronažne sestre redovito surađuju sa službama zdravstvenog i nezdravstvenog sektora, kao i s drugim ovlaštenim stručnjacima, službama, građanima i slično.

Prema tome, patronažna djelatnost uključuje timsku suradnju svih zdravstvenih djelatnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (PZZ), kao i u široj zajednici i nuždan je timski rad. I istraživanje u Irskoj o razumijevanju patronažnih sestara o interdisciplinarnome timskom pristupu u PZZ-u pokazuje da se učinkovit timski rad vrti oko komunikacije, redovitih sastanaka, poštovanja te jasnoća oko pojedinih uloga u timu (O'Neill & Cowman, 2007).

S obzirom na širok djelokrug rada patronažne sestre, kao i sve veće zahtjeve te radne i administrativne zadatke koji se pred nju svakim danom postavljaju, ističe se potreba olakšanja njezina rada. Jedan od mogućih načina jest i adekvatna informiranost o bolesniku i učinjenim postupcima u bolnici i preporukama za daljnju zdravstvenu njegu putem OPZNJ-a.

3.2. OTPUSNO PISMO ZDRAVSTVENE NJEJE

Postojeći obrazac otpusnog pisma zdravstvene njege, kao službeni dokument i sastavni dio sestrinske dokumentacije, koji je izdala Hrvatska komora medicinskih sestara (HKMS), sadržava podatke o socijalnom statusu, provedenoj zdravstvenoj njezi / postupcima u bolnici, podatke o educiranosti bolesnika o svojem novonastalom zdravstvenom stanju, utvrđivanje potreba za kontinuiranom zdravstvenom njegom, aktualne sestrinske dijagnoze pri otpustu

bolesnika iz bolnice, preporuke zdravstvene njege, potrebni materijali za zdravstvenu njegu, terapija, drugi zdravstveni radnici koji su uz liječnika uključeni u liječenje u bolnici te pacijentovo doživljavanje otpusta (Prilog).

Prema uputama za primjenu sestrinske dokumentacije u bolničkim zdravstvenim ustanovama Hrvatske komore medicinskih sestara, otpusno pismo zdravstvene njege potrebno je: izdati za bolesnike u kojih je potreban nastavak zdravstvene njege; pisati ga u dva primjerka, jedan primjerak uručiti osobi, instituciji, patronažnoj sestri ili nekoj drugoj strani koja nastavlja zdravstvenu njegu bolesnika, a jedan primjerak obvezno ostaje u sestrinskoj dokumentaciji (Hrvatska komora medicinskih sestara, 2011).

Osim uloge osiguranja i olakšanja komunikacije između medicinskih sestara, OPZNJ bi trebao sadržavati podatke koji su prijeko potrebni za daljnje planiranje zdravstvene njege kod bolesnika kojemu je potrebna daljnja zdravstvena njega nakon otpusta iz bolničkog okruženja.

Patronažna sestra prema podacima iz OPZNJ-a dalje organizira i planira zdravstvenu njegu te obavlja evaluaciju provedene zdravstvene njege. Tako je osiguran kontinuitet pružanja sestrinske skrbi. Kad spominjemo sestrinsku skrb, ne misli se samo na skrb u smislu zdravstvene njege nego i na skrb u smislu edukacije za koju je kompetentna patronažna sestra. OPZNJ je važan dio sestrinske dokumentacije i trebao bi osigurati veću informiranost patronažne sestre u pružanju daljnje skrbi ne samo za bolesnike koji se otpuštaju iz bolnice nego i za zdravu populaciju korisnika patronažne zaštite, na primjer roditelje, kojima je potrebna edukacija oko dojenja ili za bolesnike koji trebaju neki oblik zdravstvene edukacije.

Navedeno upućuje na važnost ovog dokumenta koji ne samo da je sredstvo komunikacije između medicinskih sestara na razini primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite već je OPZNJ i važan posrednik (medijator) osiguranja adekvatne zdravstvene njege u svakog korisnika kojemu je potreban nastavak sestrinske skrbi nakon boravka u bolnici.

Unatoč navedenim prednostima rada uz OPZNJ, rezultati dosadašnjih istraživanja ističu i potrebu za poboljšanjem suradnje između bolničkih i patronažnih medicinskih sestara putem OPZNJ-a. Tako su Bjuresäter i suradnici u kvalitativnom istraživanju iskustava patronažnih sestara u Švedskoj utvrdili postojanje potrebe za poboljšanjem suradnje i komunikacije između sestara u bolnicama i u patronaži (Bjuresäter et al, 2008). I Hesselink i suradnici svojim su istraživanjem u Nizozemskoj potvrdili neke nedostatke suradnje između bolničkih i

patronažnih sestara putem OPZNJ-a isticanjem patronažnih sestara da su važne informacije pri otpustu bolesnika često izostajale, odnosno bile nepotpune, nejasne te kasnile (Hesselink et al, 2012).

Dosadašnja iskustva s OPZNJ-em u nas upućuju na to da je taj oblik komunikacije i suradnje medicinskih sestara na razini primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite još uvijek nedostatan razvijen te, unatoč preporukama, nije uvriježeni oblik njihove suradnje. Kako su istraživanja iz ovog područja u nas rijetka, proveli smo kvalitativno istraživanje kako bismo saznali mišljenja i stajališta patronažnih sestara o postojećem otpusnom pismu zdravstvene njege, kao i njihove prijedloge za njegovo unaprjeđenje.

3. HIPOTEZA

Suradnja medicinskih sestara iz sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite s patronažnim medicinskim sestrama preko otpusnog pisma zdravstvene njege nije dostatna.

4. CILJEVI RADA

Opći cilj istraživanja

Istražiti mišljenja i stajališta patronažnih sestara o otpusnom pismu zdravstvene njege kao obliku suradnje s medicinskim sestrama iz sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite u svrhu unaprjeđenja njihove suradnje

Specifični ciljevi istraživanja

1. Opisati dosadašnja iskustva patronažnih sestara s otpusnim pismom zdravstvene njege.
2. Identificirati pozitivne i negativne elemente suradnje patronažnih sestara s medicinskim sestrama iz sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite putem postojećeg otpusnog pisma zdravstvene njege.
3. Identificirati preporuke za unaprjeđenje obrasca otpusnog pisma zdravstvene njege.

5. ISPITANICI I METODE

6.1. Ispitanici

Nakon dobivanja odobrenja za provedbu istraživanja od etičkih povjerenstava Doma zdravlja Zagreb Centar i Doma zdravlja Zagreb Zapad, kontaktirane su glavne sestre ovih zdravstvenih ustanova radi regrutiranja patronažnih sestara za fokus-grupe. Uključni su kriteriji bili ovi: sve patronažne sestre zaposlene unutar spomenutih dviju ustanova koje su se u svojem radu susrele s otpusnim pismom zdravstvene njege.

Patronažnim sestrama bilo je upućeno pozivno pismo, koje je uključivalo informacije o istraživanju, te su kontaktirane telefonom. Patronažne sestre koje su bile voljne sudjelovati u istraživanju podijeljene su u četiri fokus-grupe s maksimalnim brojem od 8 sudionika u svakoj. Svaka se fokus-grupa susrela samo jedanput. Dvije glavne sestre odabrale su 29 patronažnih sestara, od kojih se 27 odazvalo pozivu na intervju (*response rate* 93,1 %). Od odazvanih 27 patronažnih sestara sve su bile ženskoga spola, u rasponu od 23 do 64 godine. Duljina radnog staža u 16 od 27 patronažnih sestara bila do 10 godina, dok je njih 11 navelo radni staž dulji od 10 godina. Karakteristike patronažnih sestara prikazane su u tablici 1.

6.2. Metodologija kvalitativnog istraživanja

Kvalitativna istraživanja nalaze svoju primjenu u širokome spektru društvenih znanosti od tridesetih godina dvadesetog stoljeća. Kvalitativna je metodologija po svojoj logici i prirodi otvorena i svrha joj je dublji uvid i razumijevanje istraživana problema. Za provedbu kvalitativne metodologije potrebno je imati na umu sljedeće: (1) istraživač je primarno zainteresiran za proces, a manje za rezultate ili zaključke, (2) naglasak je u istraživanju na značenju, (3) istraživač je osnovni instrument za prikupljanje i interpretaciju rezultata, (4) istraživanja podrazumijevaju terenski rad i odlazak u stvarno okruženje, (5) istraživanja su opisna jer je istraživač primarno zainteresiran za proces, značenje i razumijevanje riječi sudionika i (6) proces zaključivanja je induktivan (od detalja do zaključka) (Verčić i sur., 2010).

U ovom je istraživanju primijenjena kvalitativna metoda fokus-grupa. Fokus-grupa je polustrukturirani razgovor između sudionika izabranih po nekim relevantnim karakteristikama (npr. dob, spol i dr.) te u kojoj unaprijed pripremljeni moderator potiče smislenu raspravu o unaprijed pripremljenom nizu pitanja (Fern, 2001). Fokus-grupa obično ne zahtijeva postizanje kon-

senzusa ili dogovora, nego je zadatak moderatora da svakoga člana potakne na iznošenje najboljih i najinovativnijih ideja vezanih za zadani problem. Pitanja koja moderator postavlja u okviru određene teme otvorenog su tipa kako bi se ispitanicima omogućila maksimalna fleksibilnost pri davanju odgovora. Fokus-grupe su forma grupnog intervjua, koja se oslanja na interakciju unutar grupe koja se osniva na temi što ju je zadano istraživač. Glavna svrha fokus-grupe jest utvrditi stajališta, osjećaje, vjerovanja, iskustva i reakcije sudionika na način koji nije ostvariv upotrebom drugih metoda, npr. opažanjem, intervjuima ili upitnicima. Iako navedena stajališta, osjećaji i vjerovanja mogu biti djelomično neovisni o grupi ili socijalnom kontekstu, s pomoću grupne interakcije i socijalnog konteksta bit će najvjerojatnije otkriveni.

6.3. Fokus-grupe

Prije početka fokus-grupa patronažne sestre bile su zamoljene da potpišu suglasnost da se rasprava u fokus-grupama snima, transkribira, analizira i objavi. Anonimnost je zajamčena. Nakon završetka fokus-grupa patronažne su sestre bile upitane žele li da se dijelovi konverzacije izbace ukoliko ne žele da se dijelovi konverzacije objave. Trajanje svake rasprave u fokus-grupi bilo je ograničeno na dva sata.

Održane su četiri rasprave u fokus-grupi, uz vodstvo moderatora, te opservaciju istraživača. Pred sudionike su bile iznesene izjave i pitanja otvorenog tipa, na koja su bili potpuno slobodni izraziti svoje osobne poglede, misli, stajališta i brige (tablica 2.). Uz četiri fokus-grupe (27 sudionika) zasigurno je postignuta zasićenost sadržaja.

Tablica 1. Karakteristike patronažnih sestara – sudionica fokus-grupa

Dob (godine)	Broj (ukupno)
20 – 30	5
31 – 40	5
41 – 50	5
51 – 60	8
> 60	4
Duljina staža u patronažnoj službi (godine)	Broj (ukupno)
< 5	10
5 – 9	6
10 – 14	2
15 – 20	4
> 20	5

Tablica 2. Strukturirana pitanja postavljena patronažnim sestrama tijekom fokus-grupa

<p>1. Jeste li se u svojem radu susreli s otpusnim pismom zdravstvene njege i koje je Vaše iskustvo?</p> <p><i>Potpitanja</i></p> <p>Tko ga piše?</p> <p>Sadržava li sve bitne podatke o bolesniku i o nastavku zdravstvene njege nakon otpusta iz bolnice?</p> <p>Za koje bolesnike dobivate OPZNJ?</p> <p>Dobivate li OPZNJ za svakog bolesnika/babinjaču koji je otpušten iz bolnice, a kojemu je potreban nastavak zdravstvene njege?</p> <p>2. Koje je Vaše mišljenje o postojećem otpusnom pismu zdravstvene njege?</p> <p><i>Potpitanja</i></p> <p>Je li OPZNJ obavezan dio sestrinske dokumentacije?</p> <p>Koji su vam najvažniji podatci u otpusnom pismu zdravstvene njege? Molimo obrazložite.</p> <p>Dobijete li putem OPZNJ-a važne informacije za njegu bolesnika i koje su to? Kada se njime koristite?</p> <p>Utječe li OPZNJ na daljnje planiranje zdravstvene njege? Što ako ga nema, a informacije su nepotpune – zovete li ustanovu iz koje je bolesnik otpušten kući ili...?</p> <p>Koristite li se njime u neke druge svrhe – npr. statističke svrhe...?</p> <p>3. Smatrate li da postoje pozitivne strane suradnje putem postojećega otpusnog pisma zdravstvene njege i, ako smatrate, navedite koje su to pozitivnosti?</p> <p><i>Potpitanja</i></p> <p>Jesu li podatci potpuni/nepotpuni?</p> <p>Kakva je organizacija zdravstvene njege putem OPZNJ-a u usporedbi s onom bez OPZNJ-a?</p> <p>Ima li OPZNJ jednaku važnost kao i liječničko otpusno pismo?</p> <p>4. Smatrate li da postoje negativne strane suradnje putem postojećega otpusnog pisma zdravstvene njege i, ako smatrate, navedite koje su to negativnosti?</p> <p><i>Potpitanja</i></p> <p>Jesu li podatci potpuni/nepotpuni?</p> <p>Mogu li nepotpuni, nejasni, netočni podatci utjecati na kvalitetu daljnje zdravstvene njege?</p> <p>Ima li potrebe za OPZNJ-em s obzirom na to da postoji liječničko otpusno pismo?</p>

Je li komunikacija medicinskih sestara putem OPZNJ-a nedostatna?

Što tada činite i kontaktirate li koga?

5. Smatrate li da se postojeće otpusno pismo zdravstvene njege može poboljšati i, ako smatrate da može, navedite kako biste ga poboljšali?

Potpitanja

Koji biste oblik uručivanja OPZNJ-a preferirali: slati *e-mailom* / dati na ruke bolesniku na dan otpusta / biti obvezno za sve bolesnike / biti obvezno samo za babinjače?

Bi li obrazac OPZNJ-a trebao biti prilagođen svakoj dobnoj skupini zdravih ili bolesnih koji se otpuštaju iz bolnice, a kojima je potreban nastavak zdravstvene njege?

6.4. Analiza podataka

Rasprave u fokus-grupama snimljene su diktafonom te je potom načinjen njihov transkript. Podatci su analizirani kvalitativnom analizom podataka na principima utemeljene teorije, jedne od najutjecajnijih modela kvalitativne analize podataka, autora Glasera i Straussa (Strauss, 1998). Utemeljena teorija obuhvaća niz induktivno-deduktivnih strategija za analizu podataka suprotstavljajući se tradicionalnom logičko-deduktivnom dizajnu istraživanja (Kvale, 1996). Osnovna premisa utemeljene teorije jest da omogući da ključne teme proizađu iz prikupljenih podataka, a ne da se podatci smjeste u već određene kategorije. To znači da se polazi od individualnoga slučaja, incidenta, ili događaja, te se postupno razvijaju i sintetiziraju apstraktne konceptualne kategorije radi objašnjenja podataka i identificiranja obrazaca ponašanja među njima. Konačna teorija uključuje set dobro razvijenih koncepata, povezanih definiranim relacijama, koji zajedno tvore okvir za opis ili predviđanje fenomena.

6.5. Kodiranje podataka

U svrhu pravilnog i potpunog razumijevanja sadržaja teksta (i konteksta) provedena je minuciozna analiza podataka: riječ po riječ (engl. *word by word*) te redak po redak (engl. *line by line*) u svrhu ostvarenja vjerodostojnosti te izbjegavanja zauzimanja istraživačeva stajališta ili kritike prema podacima (Strauss, 1998). Provedena su tri glavna tipa kodnih postupaka: otvoreno, aksijalno i selektivno kodiranje. Između ovih triju vrsta postupaka nije postavljena jasna demarkacijska linija, nego su oni kontinuirano kombinirani. Konačnom analizom ove su analitičke procedure postavljene u referentni okvir kondicionalne matrice.

Analizu podataka provela su dva istraživača, prvo samostalno, a potom su ostvarili zajednički konsenzus u vezi s proizlazećim kodovima, kategorijama, koncepcijama i proizlazećim

teorijama. U analizu je uključen i *feedback* promatrača s obzirom na njegovu prisustnost svakoj raspravi, uz slušanje i promatranje punom pozornošću. Kvalitativna analiza podataka rezultirala je u četiri glavne teme i eksplanatorna modela.

6. REZULTATI

Kvalitativnom analizom podataka prikupljenih metodom fokus-grupa proizašle su četiri glavne teme i eksplanatorna modela: 1. Susret s OPZNJ-em; 2. Obilježja postojećeg OPZNJ-a; 3. Elementi suradnje patronažnih sestara s bolničkim medicinskim sestrama putem postojećeg OPZNJ-a; 4. Preporuke za unaprjeđenje OPZNJ-a (tablica 3.).

Tablica 3. Sažetak rezultata kvalitativne analize podataka prikupljenih metodom fokus-grupa

Teme	Kategorije
1. Susret s OPZNJ-em	i. Nije uvriježeno pravilo
	ii. Pojedina skupina bolesnika
	iii. Pojedini odjeli nekih zdravstvenih ustanova
	iv. U okviru pojedinih projekata
	v. Korisno pomagalo
2. Obilježja postojećeg OPZNJ-a	i. Neujednačenost izgleda obrasca (engl. <i>layout</i>)
	ii. Primjerenost/neprijemerenost sadržaja
	iii. Čitljivost/nečitljivost podataka
	iv. Točnost/netočnost podataka
3. Elementi suradnje patronažnih sestara s bolničkim medicinskim sestrama putem postojećeg OPZNJ-a	Pozitivni elementi suradnje
	i. Povećanje informiranosti patronažne sestre za rad
	ii. Poboljšanje komunikacije patronažnih i bolničkih sestara
	iii. Racionalnije planiranje i organizacija zdravstvene njege nakon otpusta
iv. Veće zadovoljstvo bolesnika s aspekta korisnika	

	skrbi
	v. Profesionalizacija sestrinstva
	vi. Poboljšanje kvalitete zdravstvene njege nakon otpusta
	<i>Negativni elementi suradnje</i>
	i. Nije rutinska praksa
	ii. Neadekvatnost podataka (nepotpuni, netočni, neaktualni)
	iii. Prepreke u dostupnosti OPZNJ-a
<i>4. Preporuke za unapređenje OPZNJ-a</i>	i. OPZNJ kao pokazatelj dobre sestrinske prakse
	ii. Potreba za poboljšanjem postojećeg obrasca OPZNJ-a
	iii. Osiguranje dostupnosti OPZNJ-a

Tema 1. Susret s OPZNJ-em

Iako se većina patronažnih sestara u svojem radu susrela s OPZNJ-em, iskustvo upućuje na to da je ono pisano, u većini slučajeva, samo za određene skupine bolesnika: bolesnici od šećerne bolesti, bolesnici s kroničnom ranom te roditelji i novorođenčad.

Nadalje, OPZNJ je pisan je pri otpustu bolesnika samo s nekih odjela određenih zdravstvenih ustanova. Tako je primjerice gotovo pravilo pisanje OPZNJ-a pri otpustu bolesnika od šećerne bolesti iz KB-a Merkur; potom babinjača i novorođenčadi iz KB-a „Sveti Duh“ te sporadično babinjača i novorođenčadi iz KB-a „Sestre Milosrdnice“, kao i kroničnih bolesnika iz Specijalne bolnice za plućne bolesti.

Također, navedeni OPZNJ većinom je dio projekta, a ne standardna procedura rada u navedenim zdravstvenim ustanovama.

Sukladno navedenom, u gradu Zagrebu, još uvijek nije rutinski uvriježeno pisanje OPZNJ-a za sve bolesnike u kojih je indicirano daljnje provođenje zdravstvene njege. Unatoč navedenom, sve patronažne sestre bile su suglasne u isticanju potrebe za postojanjem OPZNJ-a navodeći njegovu pozitivnu ulogu u osiguranju zdravstvene njege u bolesnika nakon otpusta iz bolnice, bilo s gledišta olakšanja planiranja vrste postupaka zdravstvene njege bilo s aspekta osiguranja kontinuiteta zdravstvene njege.

Tablica 4. Reprezentativni ekstrakti teme 1. Susret s OPZNJ-em, proizašli iz kvalitativne analize podataka prikupljenih u fokus-grupama

<i>Tema 1. Susret s OPZNJ-em</i>	
Nije uvriježeno pravilo	<p>„Ne dobijemo ih, oskudna su, može se dogoditi da su netočni podatci, najgore je to što ga ne dobimo...“ (patronažna sestra 8 FG 2).</p> <p>„To dolazi s Rebra, ali nema ga svaki... nema ga svaki, nije to još uobičajeno, ali mislim da je to velika pomoć i doktoru koji treba tek otvoriti njegu i, osim toga, ti vidiš što se tamo događalo, što se traži tak da“ (patronažna sestra 9, FG 2)</p>
Pojedina skupina bolesnika	<p>„U zadnje vrijeme jedino s Vuka Vrhovca dobijemo pravo otpusno pismo, znači novootkriveni dijabetičari na inzulinu, za njih dobivamo redovito. I to je pravo otpusno pismo s adresom, samo što ne dobijemo broj telefona“ (patronažna sestra 3, FG 1).</p> <p>„Dobivamo otpusno pismo vezano za novorođenče i babinjaču, ... zapravo ne dobivamo iz svih rodilišta, nego samo iz jednog..., samo iz bolnice Sv. Duh...“ (patronažna sestra 19, FG 3).</p> <p>„Isto tako smo dobili jedno, doduše rijetko dobivamo otpusna pisma baš za zdravstvenu njegu kod odraslih... (patronažna sestra 14, FG 3).</p>
Pojedini odjeli nekih zdravstvenih ustanova	<p>„Dobro je, ali nemamo to često, trebalo bi što više toga, ne samo za ljude koji su prešli na inzuline nego općenito.“ (Patronažna sestra 6, FG 1)</p> <p>„...ne dobivam ni za svaku rodilju otpusno pismo. Samo sa Sv Duha, drugi dio bolnica ne!...“ (patronažna sestra 15, FG 3).</p>
U sklopu pojedinih projekata	<p>„Ja sam se isto susrela s tim otpusnim pismima sa Vuk Vrhovca, ali to je projekt, to nije rutinski kao da je praksa da se....znači radi se o dijabetičarima“ (patronažna sestra 12, FG 2).</p>

<p>Korisno pomagalo</p>	<p>„Dobivamo iz Zavoda za dijabetes... Vuka Vrhovca. To smo obvezni i pratiti i dati povratnu informaciju u nekoliko navrata i u principu to je vrlo korisno. Šteta da toga nema i više“ (patronažna sestra 27, FG 4).</p> <p>„Mislim da je to dobro i da je to potpuna suradnja između bolničkih sestara i patronažnih, odnosno i kućne njege. Jer mi, kad dođemo izvid, prvi put u kućni posjet, mi isto tako sve pregledamo, znači ima li dekubitus, u kakvom je stanju, koji stupanj, što treba od obloga, moramo dakle napraviti inspekciju napraviti samom mjestu. To dobro dođe, kako je bilo u bolnici, kako se postupalo...“ (patronažna sestra 2, FG 1).</p> <p>„Ja sam imala dva otpusna pisma, isto tako bilo je iscrpno sve napisano zbog čega je bolesnik došao, kako je, koje bolesti ima... što se događalo, koji su napatci sestre i svih ostalih zdravstvenih djelatnika i sve je bilo OK. Uglavnom..., puno mi je pomoglo, približila sam se bolesniku...to smo kod njega u kući prošli i bolje se upoznali....mislim da je korisno...“ (patronažna sestra 8, FG 2).</p> <p>„...mislim da je to jedan od najbitnijih segmenata sestrinske dokumentacije... iznimno bitno dalje za nastavak (njege)“ (Patronažna sestra 19, FG 3).</p>
--------------------------------	--

Tema 2. Obilježja postojećeg OPZNJ-a

Većina patronažnih sestara istaknula je neujednačenost zaprimljenih OPZNJ-a s obzirom na izgled samog obrasca, primjerenost sadržaja, čitljivost i točnost podataka.

Tako je dio dostavljenih OPZNJ-a pisan računalom, dostatno sadržajan za daljnje planiranje zdravstvene njege te čitljiv. U njima su detaljno navedene sestrinske dijagnoze, postupci zdravstvene njege provedeni u bolnici te preporuka za nastavak zdravstvene njege za svakoga pojedinog bolesnika.

Nasuprot navedenom, dio OPZNJ-a obilježen je nedostatnom primjerenosti sadržaja za daljnje planiranje zdravstvene njege u znatnom dijelu OPZNJ-a.

Nadalje, manjim dijelom OPZNJ-i su pisani rukom (nečitljivi su), šturi su, a pokatkad je dio podataka netočan. Tako su, na primjer, uočena OPZNJ za babinjače i novorođenče u kojima je navedeno da majka doji dijete, a u njihovoj kući ustanovljeno je da proces dojenja uopće nije ni uspostavljen tijekom boravka u rodilištu. Također su uočeni slučajevi OPZNJ-a u kojima

nije zabilježeno postojanje dekubitusa u bolesnika koji su otpušteni kući s već postavljenim oblogom za ranu.

I, naposljetku, iskustvo patronažnih sestara upućuje na to da upotrijebljeni obrazac OPZNJ-a većinom nije jednoobrazan, sukladno preporukama Hrvatske komore medicinskih sestara (HKMS), već je svaki od odjela zdravstvenih ustanova prilagodio obrazac OPZNJ-a svojem kontekstu rada i potrebama zdravstvene njege bolesnika. Međutim, ključnim za organizaciju i planiranje zdravstvene njege patronažne su sestre istaknule određene elemente obrasca, a ne njegov izgled, kao npr. koja je njega provedena u bolnici, kako je bolesnik reagirao, kada je promijenjen oblog za ranu, kada je promijenjen kateter... Stoga sam izgled i forma obrasca, sukladno mišljenju patronažnih sestara u raspravama u fokus-grupama, nije ključna za planiranje zdravstvene njege, nego svakako njegov sadržaj.

Tablica 5. Reprezentativni ekstrakti teme 2. Obilježja postojećeg OPZNJ-a, proizašli iz kvalitativne analize podataka prikupljenih u fokus-grupama

Tema 2. Obilježja postojećeg OPZNJ-a	
Neujednačenost izgleda obrasca (engl. layout)	<p><i>„Trebalo samo dodati da je to unificirano otpusno pismo, to se ne radi ponaosob, odnosno o problemu svake majke i djeteta, dakle ne ističu se njihovi problemi nego eto tako na jednom obrascu koji je već unaprijed pripremljen“ (patronažna sestra 17, FG 3).</i></p> <p><i>„Vuk Vrhovac, pa to je jedini koji nam vrlo detaljno opisuje zašto... možda su prilagodili zato što ovdje ne mogu sve ni staviti, premalo je pa su zato prilagodili, oni ne odstupaju od sestrinskih problema znači, ali su detaljnije navedeni i opširnije opisani“ (patronažna sestra 5, FG 1).</i></p> <p><i>„Nije isto otpusno pismo za novorođenče i ovo koje je unificirano, možda bi ga trebalo prilagoditi...“ (patronažna sestra 5, FG 1).</i></p>
Primjerenost/neprimjerenost sadržaja	<p><i>„Iz Rockefellerove...da l' su bila od tretiranja rane, kad je zamijenjen urinarni kateter, sonda, koja sva terapija je išla, baš ono sve, dobilo se sve i moglo se nastaviti doma i mi smo onda kad se pacijent vratio ponovno u tu ustanovu slali naša otpusna pisma povratno njima“ (patronažna sestra 24, FG 4).</i></p> <p><i>„...naša su iskustva...drugačija...najčešće nema opisa dekubitusa... niti čim je tretiran, niti kad je nastao, starost rane je isto tako bitna, je li došao u bolnicu s dekubitusom,</i></p>

	<p><i>je li ga dobio u bolnici, koji su faktori pridonijeli stvaranju i tako“ (patronažna sestra 5, FG 1).</i></p> <p><i>„zapravo novorođenačka otpusna pisma su vrlo štura, uglavnom je to, imam osjećaj, pisano onako više na brzinu. Vrlo često se dogodi da kaže educirana majka... i vrlo su štura..., a drugi dekubitusi – nula bodova. Ništa! Ni kako je tretirano, ni koja prehrana, ni kako je reagirao čovjek, ni bilo što... ništa“ (patronažna sestra 16, FG 3).</i></p> <p><i>„Točnost podataka, svih, broj za komunikaciju, za najavu, neki imaju psa. Ja sam neki dan ušla, četiri su me ovakva... skoro su me pojeli... a nema čuvaj se psa, a nema telefona... pa oni zakonski trebaju odgovarati za to. Pa veli: Kog Vi trebate? Gospodina tu trebam kak pitaš koga trebam, imaš u kući nepokretnog čovjeka, pita kog trebam“ (patronažna sestra 8, FG 2).</i></p> <p><i>„Evo, ovo sam vam htjela pokazati - otpusno pismo majke koja je socijalni problem, a niti jedne riječi. Samo vam je tu navedeno da je dijete nadohranjivano Hipom, majki je krenulo dojenje, nakon podoja potrebno je nadohranjivati adaptiranim mlijekom, znači nijedna druga riječ, da je tu zapravo bilo problema s odbijanjem djeteta, da je tu bilo problema s njenim emocionalnim stanjem, da je tu bilo reakcija ne znam da je ona uzela dijete i da je trčala po odjelu, znači bilo što. ...Znači ja iz ovoga apsolutno ne mogu ništa... mislim i vidjeti osim da je dijete manje porođajne težine i da ga je potrebno češće dojiti, iz tog ne možete ništa vidjeti da je ona teški socijalni problem, da je ona samohrana majka, bilo što, neka evidencija da nema tate, da vi onda možete dalje planirati nešto drugo kad vi znate da je ona sama s djetetom. I tek su onda nastali problemi kad je ona došla doma...“ (patronažna sestra 19, FG 3).</i></p> <p><i>„Iz Vinogradske bolnice, a pacijentica je operirala kuk, dobila sam to otpusno pismo. Pisalo je što su radili, koliko su radili, terapija, preporuke...“ (patronažna sestra 25, FG 4).</i></p>
<p>Čitljivost/nečitljivost podataka</p>	<p><i>„Jedina mi je primjedba da tamo gdje ide rukom kad je fotokopija onda se ne vidi pročitati.“ (patronažna sestra 13, FG 2)</i></p>

<p>Točnost/netočnost podataka</p>	<p><i>„Imala sam jedno takvo, dobivamo otpusna pisma za novorođenčad.... E sad tu su mi mišljenja onak podvojena, nekad sam znala naći situacije koje se uopće ne podudaraju s otpusnim pismom koje je pisala medicinska sestra. Jer tamo nađem milijun problema oko dojenja, a piše dojenje funkcionira dobro ili piše dijete je na prsima, a dijete ni jedan dan nije bilo na prsima, a ponekad piše točno onako kako je. Tako da... u biti sve ovisi o bolnici... i onome tko je pisao otpusno pismo“ (patronažna sestra 12, FG 2).</i></p> <p><i>„Bilo bi dobro, bilo bi lijepo, ovo sa Svetog Duha je minimalno... nekad zna biti točno, nekad ne, baš minimalno“ (patronažna sestra broj 10, FG 2).</i></p> <p><i>„Znači oni napišu na primjer dijete je skroz na prsima. Mi dođemo, a djetetu se daje potpora ili na primjer često zna biti da... eto da nije onako kako je napisano. Isto tako smo dobili otpusno pismo baš za zdravstvenu njegu kod odraslih... pacijent je imao dekubitus, a oni su napisali da ima bule i to je sve. Ništa o tome koji stupanj, ništa, ništa - i to je bilo otpusno pismo, samo bule, eto. Čak ni da se radi o dekubitusu, a ne o bulama“ (patronažna sestra 14, FG 3).</i></p>
--	--

Tema 3. Suradnja patronažnih sestara s bolničkim medicinskim sestrama putem postojećeg OPZNJ-a

Patronažne su sestre istaknule većinom pozitivne te dijelom negativne elemente suradnje s bolničkim medicinskim sestrama putem postojećeg OPZNJ-a.

Pozitivni elementi suradnje

Sve patronažne sestre neupitno su istaknule pozitivnu ulogu OPZNJ-a u planiranju i organizaciji zdravstvene njege. Tako je posebno istaknuta dobrobit poboljšanja komunikacije bolničkih i patronažnih medicinskih sestara putem OPZNJ-a, koje se odlikuje većom dostupnošću i uvidom u podatke o bolesniku, pravodobnošću dobivanja tih podataka te, posljedično, većoj informiranosti patronažne sestre. Sljedeći podatci dobiveni postojećim OPZNJ-ima posebno su istaknuti kao korisni u daljnjoj organizaciji i planiranju zdravstvene njege: opći osobni podatci o bolesniku (mjesto stanovanja, telefonski broj, karakteristike obitelji, funkcionalni i socijalni status), provedena zdravstvena njega / postupci u bolnici, bolesnikovo trenutačno zdravstveno stanje, aktualne sestrinske dijagnoze pri otpustu

bolesnika iz bolnice te preporuke za nastavak i potrebne materijale za zdravstvenu njegu za svakoga pojedinog bolesnika.

Važnost pravodobnog dobivanja podataka putem OPZNJ-a više puta je istaknuta kao važan čimbenik adekvatnog korištenja vremenom u odabiru najprikladnijeg postupka zdravstvene njege po otpustu te osiguranju kontinuiteta procesa zdravstvene njege bolesnika. Tako je naglašena korist od upućivanja OPZNJ-a putem *e-maila* glavnoj sestri doma zdravlja koja ga je onda prosljedila područnim patronažnim sestrama, sukladno bolesnikovu mjestu stanovanja.

Sukladno navodima patronažnih sestara, izdavanje OPZNJ-a pridonosi poboljšanju kvalitete zdravstvene njege i s aspekta bolesnika jer umanjuje vjerojatnost duljeg prekida zdravstvene njege nakon otpusta iz bolnice (odnosno bolesnik kraće čeka nastavak zdravstvene njege), što uz veću informiranost patronažne sestre koju pruža OPZNJ (o bolesniku i provedenim / planiranim postupcima zdravstvene njege), pridonosi većem zadovoljstvu bolesnika i manjem osjećaju izgubljenosti u zdravstvenom sustavu s aspekta korisnika skrbi.

Rutinsko izdavanje OPZNJ-a za svakog bolesnika koji zahtijeva daljnje provođenje zdravstvene njege nakon otpusta svakako pridonosi profesionalizaciji sestrištva, isticanjem važnosti i neupitnosti mjesta i uloge medicinske sestre kao uvjeta racionalnog planiranja i organizacije, a posljedično i osiguranja, racionalne, kontinuirane, holističke i kvalitetne zdravstvene njege svakoga pojedinog bolesnika.

Negativni elementi suradnje

Već sama činjenica da izdavanje OPZNJ-a pri otpustu bolesnika koji zahtijevaju daljnju zdravstvenu njegu još uvijek nije rutinska praksa, negativno utječe na njegovu implementaciju. U takvim su situacijama vrijeme utrošeno na informiranje patronažne sestre o bolesnikovu stanju i o do tada provedenim postupcima zdravstvene njege u bolnici te planiranje i organizacija zdravstvene njege, zasigurno, produljeni. Također su u nekim slučajevima i veći troškovi skrbi (npr. pri odabiru obloga za ranu).

U dijelu primljenih OPZNJ-a uočeni su neadekvatni podatci, bilo da su nepotpuni, netočni ili pak neaktualni. Tako, primjerice, nije navedeno postojanje kronične rane, a ona je bila prisutna u bolesnika pri otpustu, ili je navedeno da majka doji, a postupak dojenja nije niti uspostavljen. Pokatkad su navedeni i netočni bolesnikovi osobni podatci.

Dio OPZNJ-a nikada i ne dođe do krajnjeg korisnika – patronažne sestre ili dođe prekasno, kad je zdravstvena njega već organizirana. Razlozi navedenom jesu prekasno izdavanje OPZNJ-a u bolnici, potom zadržavanje OPZNJ-a u bolesnikovu zdravstvenom kartonu kod obiteljskog liječnika ili ga pak bolesnik osobno zagubi.

Tablica 6. Reprezentativni ekstrakti teme 3. Elementi suradnje patronažnih sestara s bolničkim medicinskim sestrama putem postojećeg OPZNJ-a, proizašli iz kvalitativne analize podataka prikupljenih u fokus-grupama

<i>Tema 3. Elementi suradnje patronažnih sestara s bolničkim medicinskim sestrama putem postojećeg OPZNJ-a</i>	
Pozitivno	
Povećanje informiranosti patronažne sestre za rad	<p>„Odlično iskustvo, ja sam dobila za jednu pacijenticu, sad ću vam reći točno dvadeset sestrinskih dijagnoza...Da, prije prvog izvida ja sam zapravo vidjela sve, kompletnu situaciju i doista sam to i našla na terenu“ (patronažna sestra 7, FG 2).</p> <p>„Evo, kolegice, ovo je jedno lijepo otpusno pismo iz Vuka Vrhovca, iz Merkura... o znanju koje pacijent ima, o vještinama koje su oni procijenili da je stekao koje bi mi morali poticati dalje i tako...“ (patronažna sestra 5, FG 1).</p> <p>„I pravovremena informacija, jer ti, kad ideš da znaš s čim se susrećeš, mislim nismo ni mi sveznadari, i ti se trebaš informirati neki put o nečemu“ (Patronažna sestra 9, FG 2).</p> <p>„Pa da znamo što je bilo prije, da znamo nekakav napredak, problematiku, možda, koja se dogodila u bolnici s dotičnom osobom ili pacijenticom, da mi budemo upoznate s tim kad dolazimo... to je za nas, recimo, važno“ (Patronažna sestra 16, FG 3).</p>
Poboljšanje komunikacije patronažnih i bolničkih sestara	<p>„To smo već razgovarali o tome, komunikacija između sestara u bolnici i nas mora postojati, mora postojati neki model gdje će se sestrinsko otpusno pismo prosljeđivati“ (patronažna sestra 17, FG 3).</p> <p>„...nije čak bilo zapisano kojeg datuma je Durogesic flaster zamijenjen, tako da sam ja u principu potrošila dodatnih sat vremena u kućnoj posjeti jer sam bila uporna zivkajući bolnicu gdje su me preusmjerivali s jednog odjela na drugi, s drugog odjela na treći, jer se, ne znam, dren postavljao na jednom odjelu, ali je pacijent poslije ležao na drugom i tako dalje. Tu sam izgubila puno vremena i nisam nakraju dobila nikakve konkretne informacije jer nisam razgovarala s osobom koja je kompetentna za to, koja je vidjela uopće pacijenta ...“ (patronažna sestra 12, FG 2).</p>

<p>Racionalnije planiranje organizacija zdravstvene njege nakon otpusta</p>	<p>„Ja sam nedavno dobila u otpusnom pismu, to mi je bilo super, točno je napisano što je stavljeno i to smo nastavili, na to je dobro reagiralo i to je... recimo, tu su smanjeni troškovi. A sad, da sam ja možda došla u kuću i... liječnik bez brige napisao neke druge obloge možda bismo tu lutali i trošili“ (patronažna sestra 27, FG 4).</p> <p>„Ali što se tiče samih otpusnih pisama, mislim da bi nama to puno značilo, zapravo za naše daljnje planiranje zdravstvene njege i, naravno, kvalitetnije planiranje zdravstvene njege, koje bismo mi trebali provesti u kući kad bismo dobili nekakve opširnije podatke o pacijentu, mi bismo možda bili spremniji, drugačije bismo se ponijeli. Vi nikad ne znate što vas u jednoj obitelji može očekivati, što vi možete naći kad otvorite vrata i uđete u taj dom“ (patronažna sestra 16, FG 3).</p> <p>„Ovako kad taj čovjek ili ta gospođa izlazi van, mi već dobimo informacije što, na koji način se tretiralo u bolnici. Nama to odmah olakšava posao u smislu da možemo lakše organizirati ako je potrebno nešto organizirati“ (patronažna sestra 16, FG 3).</p> <p>„Imaš nešto u ruci čega se možeš otprilike držati, a vidjet ćeš na terenu kakva će tamo biti situacija, kakva je cjelokupna njihova situacija u kući, socijalni status i tako dalje, neki put se to iz tog jednog otpusnog pisma ne može vidjeti, tamo može biti da ih je posjećivalo, ne znam, pet ili deset ljudi, a on zapravo živi sam“ (patronažna sestra 9, FG 2).</p>
<p>Veće zadovoljstvo bolesnika s aspekta korisnika skrbi</p>	<p>„...to je iznimno važno, znači mi, ako dođemo u kuću pacijenta, a ne znamo kako je bilo u bolnici, onda anamnestički pitamo što se je događalo i kako je to proveo i ovoga... mislim da onda imamo obuhvatniju anamnezu jer moramo neke detalje pitati u bolnici što se je provodilo. Mislim da je kvalitetnije i za pacijenta korisnika da to dobijemo napisano“ (patronažna sestra 5, FG 1).</p>
<p>Profesionalizacija sestrištva</p>	<p>„U svakom slučaju, otpusno pismo je nešto što će nas dovesti prema pravoj profesiji da budemo respektabilni, da postoje sestrištva dijagnoze koje smo mi ovlašteni tretirati... Sada postoji veliki entuzijazam kolegica i u bolnici i nas, ali nije to još u pravom smislu zaživjelo. Naravno da se svi trudimo i ovo što vi radite jedan je doprinos tome...“ (patronažna sestra 5, FG 1).</p> <p>„Konačno ćemo imati onda nekakav profesionalni posao, ovo rekla-kazala je kô s babama s placa“ (patronažna sestra 20, FG 4).</p>
<p>Poboljšanje kvalitete zdravstvene njege nakon otpusta</p>	<p>„Evo moj otac imao je inzult, ležao je gore na kardiologiji na Rebru, pustili su ga doma, nažalost, imao je bulu na desnoj peti, imao je zalijepljen Granuflex extra thin i to sam vidjela kad sam mu mijenjala pelenu. mislim si kaj je to i vidim oblog. Recimo, ni mene nisu kao obitelj upozorili ili da su kod otpusta dali njegovu obiteljskom liječniku; ovako sve ja znam kao zdravstveni radnik, ali što s pacijentom koji je laik... Ja bih imala već pola riješenog posla</p>

	<p><i>da su mi rekli i dalje bih nastavila doma, a ne ovak moraš sve sam istraživati (patronažna sestra 24, FG 4).</i></p> <p><i>„... nisu svi dekubitusi isti, znači je li došao s dekubitusom, veličina dekubitusa bila bi bitna i dalje ne znam, tretirano – jer najčešće su to malo dulje pacijenti u bolnici bili i zadnje s čim je tretirano, ako su oblozi koji se stavljaju svakih nekoliko dana bilo bi korisno znati kad su stavljeni zadnji oblozi, kad se trebaju mijenjati i tako“ (patronažna sestra 5, FG 1).</i></p>
Negativno	
Nije rutinska praksa	<p><i>„Ako se dobije otpusnica, pa ne vidim razloga da se ne bi moglo dobiti i to sestrinsko otpusno pismo pa taman da je napisano i rukom u ove odjeljke tu, bilo bi od velike pomoći“ (patronažna sestra 9, FG 2).</i></p> <p><i>„Dobro tu nema potrebe, ako nema komplikacija. Ali kad je dijete na neonatologiji, znači ako ne ide otpusno pismo direktno iz rodilišta, nego dijete završi na neonatologiji, to bi trebalo biti puno važnije. Ono što bi nama bilo važno - imala sam slučaj djeteta sa sondom koje je provelo mjesec dana u bolnici, a nema nikakvih podataka, niti izvještaj, ništa, a mama sama, psihoza, mora sondu mijenjati, mora bužirati dijete, a ja nemam ništa...“ (patronažna sestra 20, FG 4).</i></p>
Neadekvatnost podataka (nepotpuni, netočni, neaktualni)	<p><i>„Dosta često piše krivo, da nema dekubitusa, pacijenta nam šalju kao zdravu osobu. Imam jedan slučaj kad je... pacijent iz jedne bolnice išao u drugu, iz druge se vratio. Na kraju je pisalo da čovjek nema ništa, a bio je sav u ranama“ (patronažna sestra 20, FG 4).</i></p> <p><i>„Znači da sam bar dobila više podataka... bilo je riječi o dekubitusu, znači koji je stupanj, sve zapravo više o tom dekubitusu, čime su ga liječili i to, znači isto ... da se iz tog otpusnog pisma dalo nešto iščitati o pacijentu, a na temelju tog otpusnog pisma ništa nije bilo tako...“ (patronažna sestra 12, FG 2).</i></p>

<p>Prepreke u dostupnosti OPZNJ-a</p>	<p><i>„Dolaze otpusna pisma, šalju se otpusna pisma, samo se pogube po putu. Evo ja imam ovdje iz 2014. Godine iz KBC-a Zagreb vrlo opširno otpusno pismo, nije sigurno pisano samo za jednu pacijenticu, pišu kolegice za sve, ali što se dogodi? Ili pacijent ostavi kod sebe doma među dokumentacijom ili to završi u kartonu kod liječnika. Tako da mi u biti dobivamo vrlo malo otpusnih pisama koja bi trebala biti namijenjena nama“ (patronažna sestra 20, FG 4).</i></p> <p><i>„Zna kasniti, znači mi već te bebe obavimo, već je pet dana prošlo otkad smo ih obavili dok ga mi dobijemo“ (Patronažna sestra 6, FG 1).</i></p> <p><i>„Pišu ga kolegice koje vode pacijenta i koje su odgovorne za planiranje zdravstvene njege u bolnici, ali onda oni to proslijede liječniku, umjesto da se proslijedi nama. Mi puno puta, recimo, nemamo liječnika koji je tu u blizini da nam ga da. Pacijent to odnese liječniku, zapravo bi trebalo pronaći mogućnost da mi to dobivamo. Direktno bez posrednika“ (patronažna sestra 5, FG 1).</i></p> <p><i>„Jer najčešće završi, kak je to novina, završi kod liječnika, on nema spoznaje da bi to nama trebao proslijediti, mi, možda, nemamo pojma da je ono došlo, saznamo naknadno, ne onda kad je baš došlo“ (patronažna sestra 5, FG1).</i></p>
--	---

Tema 4. Preporuke za unapređenje OPZNJ-a

Sve su patronažne sestre istaknule dobrobiti od uporabe OPZNJ-a i naglasile da bi takvo pismo trebalo biti popratno pismo kod svakog bolesnika koji zahtijeva provođenje zdravstvene njege. Stoga bi u takvim slučajevima ono bilo pokazatelj dobre sestrinske prakse.

S obzirom na različite obrasce OPZNJ-a koji su u primjeni, upozorava se na potreba za usvajanjem obrasca OPZNJ-a koji bi se nužno morao sastojati od sljedećih elemenata: osobni podatci i socijalni status bolesnika, potom anamneza, opis provedenih sestrinskih postupaka, dijagnoza po MKB-u (X. revizija) i preporučena medikamentna terapija, provedeni postupci zdravstvene njege, aktualne sestrinske dijagnoze nakon otpusta te preporuka zdravstvene njege po otpustu.

S obzirom na uočene prepreke u dostupnosti OPZNJ-a patronažnim sestrama, pokazala se potreba za povećanjem njegove dostupnosti. Tako bi bilo korisno bolesniku naglasiti i naznačiti u zaglavlju OPZNJ-a da je takvo pismo namijenjeno patronažnoj sestri („na ruke patronažnoj sestri“). Nadalje, radi brže distribucije OPZNJ-a, patronažne sestre preferirale su

njegovo slanje putem *e-maila*, i to glavnoj sestri doma zdravlja, koja će ga potom pravodobno proslijediti područnim patronažnim sestrama, ovisno o mjestu bolesnikova stanovanja.

Tablica 7. Reprezentativni ekstrakti teme 4. Preporuke za unapređenje OPZNJ-a, proizašli iz kvalitativne analize podataka prikupljenih u fokus-grupama

Tema 4. Preporuke za unapređenje OPZNJ-a	
OPZNJ kao pokazatelj dobre sestrinske prakse	<i>„Evo, kolegice, to bi bilo to, bilo bi korisno pismo u svakom slučaju... može se sastati da se malo modificira, ali možemo reći bolje je bilo što, pisani trag nego ništa... može se i skratiti ono recimo. Nama je znači cilj i da uštedi zdravstvo, a da pacijent dobije ono što treba, u svakom slučaju ga pohvalite, nešto što bi trebalo“ (patronažna sestra 5, FG 1).</i>
Unapređenje postojećeg obrasca OPZNJ-a	<p><i>„Bez obzira na to radi li se ovdje o kroničnom bolesniku, nekom hitnom stanju, novorođenčetu, babinjači i slično, neka se pismo piše zaista ciljano, znači da se problem ispisuje ovisno o tome s čim se susreće posebno svaka osoba, a ne da podatci budu unificirani pa da se eventualno samo promijeni težina i visina djeteta, to nama nije korisno. Ciljano, holistički pristup tom problemu s kojim se ta osoba susrela i da iz te pozicije govori o tome u ovim nekim kroničnim slučajevima, tu je jako bitno spomenuti je li obitelj uključena ili nije, onda je to nama jako bitno“ (patronažna sestra 17, FG 3).</i></p> <p><i>„Znači bilo bi najvažnije da ima nekakav status pacijenta, opis problema, intervencije, dijagnoze“ (patronažna sestra 15, FG3).</i></p> <p><i>„I navesti adresu gdje pacijent stvarno živi, nama nije bitno gdje je prebivalište, nego gdje stvarno boravi kad se vrati doma“ (patronažna sestra 5, FG 1).</i></p> <p><i>„Znači funkcionalni status, kad se procijeni, on zahtijeva pojačanu skrb, ne skrb u pravnom smislu, nego skrb kao kategoriju koja označuje pojačanu brigu, to bi nam bilo korisno... A mi onda procjenjujemo stanje u kući“ (patronažna sestra 5, FG 1).</i></p> <p><i>„Pokretljivost, sve nam je važno, prehrana, stanje svijesti, tko je u skrbi, koliko ih ima koji se brinu ili su samo zabrinuti, koga možemo uključiti, koje su potrebe, što od postupaka“ (patronažna sestra 7, FG 2).</i></p> <p><i>„Zapravo, nama je jako važna obitelj, okolina u koju on dolazi, koliko je educirana, koliko zna o čemu se radi. Ja ću vrlo kratko navesti samo jedan primjer koji sad imam. Gospodin ima kolostomu, on uopće nije educiran, gospođa je educirana, međutim sva je zbjunjola, sirota, on je iz Trogira došao u Zagreb, more materijala je</i></p>

	<p><i>potrošeno, more energije je potrošeno, svaki čas je natrag, a na mjestu gdje je bio dren, gdje je bila rana, užasno je puno sekreta i naravno da će ga pustiti doma, da nema potrebe i zapravo je problem obitelj u koju on dolazi, procjena okoline u koju dolazi, mi je moramo dodatno educirati, ali je oni gore educiraju. I to je problem samo tko pruža pomoć, da li je educirana, koliko je educirana znači na što obratiti pažnju, možda je to jer oni gore s njima zapravo isto puno rade u bolnici. Evo čini mi se da bi to bilo“ (patronažna sestra 16, FG 3).</i></p> <p><i>„Ali neka je tu napisano ono što je najbitnije, u svakom slučaju gdje je rana i kolika je rana i kad je postavljen kateter, kad je imao stolicu, mokri li spontano, zbog čega je osipan negdje. To je ono što se može i rukom napisati, nije problem“ (patronažna sestra 9, FG 2).</i></p>
<p>Osiguranje dostupnosti OPZNJ-a</p>	<p><i>„... striktno napisati...molim uručiti patronažnoj sestri ili patronažnoj službi ... većim slovima tako da i liječnik..., kad vidi, da to onda dođe u naše ruke ...obavezno ili molimo predati patronažnoj sestri ili tako, dok se to ne bi uhodalo da postane praksa“ (patronažna sestra 5, FG 1).</i></p> <p><i>„Ali oni vam to znaju onda zamesti, ovisno o starosti pacijenta i onda opet ne dođeš do toga ja se slažem da je mailom najpametnije jer ti ga otvoriš, isprintaš i gotovo (patronažna sestra 4, FG 1).</i></p> <p><i>„Ono što je važno bi bilo da nama dođe, da se nama javi dan-dva prije nego što je pacijent otpušten. Znači da mi možemo sebi pripremiti, jer ako pacijent dolazi u petak popodne ili četvrtak popodne, nije bitno, njemu se događa da liječnik isto tako ne radi. Znači bilo bi dobro da nas se dan-dva prije obavijesti. Nećeš obavijestiti za svakog, ali u specifičnim situacijama nama je jako važno da se obavijesti da možemo i mi isplanirati, napraviti, dogovoriti s liječnikom, pripremiti zapravo cijelu priču, e onda im može doći navrijeme i zdravstvena njega i sve ako bismo mi to navrijeme znali“ (patronažna sestra 20, FG 4).</i></p>

7. RASPRAVA

Rezultati ovog istraživanja upućuju na još uvijek nedostatnu suradnju bolničkih i patronažnih medicinskih sestara putem OPZNJ-a, što potvrđuje hipotezu ovog istraživanja. Uzimajući u obzir činjenicu da je OPZNJ obvezni dio sestrinske dokumentacije i da u Republici Hrvatskoj (RH) postoji zakonska obveza sestrinskog dokumentiranja, kao što je prije navedeno, neupitna je njegova važnost. S obzirom na to da, prema ovom istraživanju, OPZNJ nije, u većini slučajeva, rutinski dio sestrinske prakse u RH, nego se izdaje samo za pojedinu skupinu bolesnika, a ne za sve bolesnike kojima je potreban nastavak zdravstvene njege, te da ga izdaju samo pojedine zdravstvene ustanove, postavlja se pitanje upućenosti medicinskih sestara u zakonsku regulativu vezanu za sestrinsku dokumentaciju u RH. I Marija Ljubičić je pri istraživanju implementacije sestrinske dokumentacije u informacijski zdravstveni sustav i utjecaj na kvalitetu zdravstvene njege utvrdila visok postotak (43 % od ukupno 217 ispitanika) neupućenosti medicinskih sestara u zakonsku regulativu vezanu za sestrinsku dokumentaciju u RH (Ljubičić, 2010).

S obzirom na samo djelomično provedenu informatizaciju sestrinske dokumentacije u RH na svim razinama zdravstvene zaštite, postoje slučajevi kada su izdani OPZNJ pisan rukom, nečitljiv je, a dio je podataka netočan. OPZNJ pisan računalom ima prednost zbog bolje čitljivosti i dostupnosti (uz mogućnost slanja i *e-mailom*), a takav oblik ovog dokumenta omogućuje jednostavnije arhiviranje s ostalom dokumentacijom bolesnika nakon otpusta iz bolnice. I Kergoat i suradnici upozoravaju na navedene prednosti informatizacije u zdravstvenoj zaštiti (Kergoat et al, 2010). Prema ovom istraživanju, dio dostavljenih OPZNJ-a pisan je računalom, dostatno sadržajan za daljnje planiranje zdravstvene njege, detaljan te čitljiv. U njima su detaljno navedene sestrinske dijagnoze, postupci zdravstvene njege provedeni u bolnici te preporuka za nastavak zdravstvene njege za svakoga pojedinog bolesnika. Navedeno upućuje ne samo na prednost pisanja dokumentacije računalom zbog bolje čitljivosti nego i prednost pri ispunjavanju OPZNJ-a u smislu postojanja jedinstvenog obrasca takvog pisma u bolničkome informacijskom sustavu, koji je preporučio HKMS. Na takav se način omogućuje jednoobraznost u dokumentiranju na razini određene ustanove.

Rezultati dobiveni ovim istraživanjem pokazuju da je u upotrebi nekoliko obrazaca OPZNJ-a, koji su prilagođeni ustanovama koje ih izdaju te potrebama bolesnika za zdravstvenom

njegom nakon otpusta iz bolničkog okruženja. Međutim, s obzirom na nedostatnost izdavanja OPZNJ-a ključnog za organizaciju i planiranje zdravstvene njege, patronažne su sestre istaknule da su važniji pojedini elementi samog obrasca, a ne njegov izgled. Tako su navele važnost da se navede npr. koja je njega provedena u bolnici, kako je bolesnik reagirao, kada je promijenjen oblog za ranu i koji oblog i sl. Mnoga su istraživanja bila provedena u svrhu poboljšanja otpusnih pisama. Tako Kergoat i suradnici u svojem istraživanju provedenom u Kanadi smatraju da je bolje prilagoditi otpusna pisma kako bi se poboljšala kvaliteta prijenosa informacija od bolnice do zajednice, osobito u slučaju starijih bolesnika (Kergoat et al, 2010). S obzirom na to da u RH postoji službena sestrinska dokumentacija koju je izdao HKMS sa svim svojim sastavnim obrascima, pa tako i obrascem OPZNJ-a, te uzimajući u obzir nedostatnost izdavanja ovog dokumenta, sve ispitane patronažne sestre istaknule su potrebu za postojanjem bilo kakvog obrasca OPZNJ-a. Stoga sam izgled i forma obrasca, sukladno mišljenju patronažnih sestara u raspravama u fokus-grupama, nisu ključni za planiranje zdravstvene njege, nego njegov sadržaj. S obzirom na različite obrasce OPZNJ-a koji su u primjeni, iskazuje se potreba za usvajanjem obrasca OPZNJ-a koji bi se nužno morao sastojati od sljedećih elemenata: osobni podaci i socijalni status bolesnika, potom anamneza, opis provedenih sestrinskih postupaka, dijagnoza po MKB-u (X. revizija) i preporučena medikamentna terapija, provedeni postupci zdravstvene njege, aktualne sestrinske dijagnoze nakon otpustu te preporuka zdravstvene njege po otpustu.

OPZNJ je važan dio sestrinske dokumentacije koji bi trebao sadržavati ne samo točne i jasne informacije o bolesniku nakon otpusta iz bolnice nego bi ta informacija do krajnjeg korisnika trebala doći pravodobno. Rezultati ovog istraživanja pokazuju da dio OPZNJ-a koji se šalju ne dođu navrijeme do krajnjeg korisnika (patronažne sestre) ili dođu prekasno kad je već zdravstvena njega organizirana. I druge studije upućuju na važnost pravodobnog prijenosa ovog dokumenta. Tako Graham u svojem radu o stajalištima, ponašanju i preprekama medicinskih sestara pri planiranju otpusta ističe da se primopredaja sestrinske dokumentacije iz bolnice često ne obavlja navrijeme da bi se organizirala daljnja njega bolesnika (Graham, 2010).

Suprotno navedenom između pojedinih ustanova u RH postoji dobra suradnja medicinskih sestara putem OPZNJ-a, odnosno informacija stigne pravodobno do krajnjeg korisnika (u ovom slučaju patronažne sestre). Navedeno je slučaj kada se OPZNJ-i šalju *e-mailom* glavnim sestrama domova zdravlja, koje ih potom prosljeđuju područnim patronažnim medicinskim

sestrama prema mjestu stanovanja bolesnika. Važnost pravodobnog dobivanja podataka putem OPZNJ-a više puta je istaknuta kao važan čimbenik adekvatnog korištenja vremenom u odabiru najprikladnijeg postupka zdravstvene njege nakon otpusta te osiguranju kontinuiteta u procesu pružanja zdravstvene njege bolesniku. I Wilson i suradnici u svojem istraživanju o pouzdanosti, učinkovitosti, točnosti i pravodobnosti prijenosa informacija između bolnice i zajednice navode kako *e-mail* može osigurati pravodobnu, sigurnu i učinkovitu komunikaciju i prijenos važnih podataka (Wilson et al, 2001). U RH je ovakva dobra suradnja putem OPZNJ-a ustanovljena za sve novootkrivene bolesnike oboljele od šećerne bolesti i kojima je potrebna dodatna edukacija u smislu primjene inzulina, kontrole šećera u krvi, dijabetičke prehrane, tjelesne aktivnosti i sl. Takvi OPZNJ-i obično su pisani računalom, čitljivi su, dolaze pravodobno, sadržavaju sestrinske dijagnoze. Takva komunikacija između medicinskih sestara na različitim razinama zdravstvene zaštite trebala bi biti prioritet u osiguranju kontinuiteta zdravstvene njege za svakog bolesnika kojemu je potreban nastavak zdravstvene njege. Navedeni oblik suradnje primjer je dobre sestrinske prakse koji bi se trebao primijeniti i u ostalim zdravstvenim ustanovama RH.

Kada spominjemo elektroničku komunikaciju i prijenos OPZNJ-a tim putem, važna je i njezina pravovaljanost. Budući da sestrinska dokumentacija u BIS-u nema obilježja elektroničke isprave prema Zakonu o elektroničkoj ispravi i Zakonu o elektroničkom potpisu, sve dokumente mora ispisati i potpisati odgovorna medicinska sestre te moraju biti odloženi u povijest bolesti (Vižintin, 2014). Kao što je prije navedeno, pristup sestrinskoj dokumentaciji u BIS-u, pa tako i ispisu dokumenta iz BIS-a, imaju samo ovlaštene osobe putem svojega korisničkog imena i lozinke. Kada bi se dokument slao elektroničkom poštom, kao što Wilson i suradnici preporučuju u svom radu, bilo bi potrebno razmotriti pravovaljanost poslanih dokumentacije, u ovom slučaju OPZNJ-a (Wilson et al, 2001).

Prema rezultatima ovog istraživanja, u dijelu OPZNJ-a uočeni su neadekvatni podatci u smislu njihove točnosti, jasnoće i potpunosti. Patronažne sestre ističu primjer za roditelje kod kojih je naveden podatak da majka doji, a zatečeno stanje pokazuje da proces dojenja nije niti uspostavljen za vrijeme roditeljina boravka u bolnici. Drugi primjeri navode bolesnike u kojih postoji dekubitus i već pri otpustu iz bolnice imaju postavljeni oblog za ranu, a podatak o postojanju dekubitusa nije nigdje evidentiran u OPZNJ-u. Navedeno upućuje da bi bilo nužno razmotriti ranije spomenutu visoku neupućenost medicinskih sestara u zakonsku regulativu sestrinskog dokumentiranja kad govorimo o netočnosti podataka u OPZNJ-u. Dokumentiranje

postupaka iz područja zdravstvene njege ne bi trebalo biti usputna aktivnost medicinskih sestara, nego obveza kojoj se pristupa odgovorno i savjesno. I druga istraživanja govore o nedostatnom prijenosu informacija iz bolnice prema zajednici putem dokumentacije, navode neadekvatne, netočne, nejasne te nepotpune podatke (Kripalani et al. 2007; Törnvall & Wilhelmsson, 2008; Hesselink et al., 2012; Kuusisto et al. & Alper et al., 2014).

Sve su patronažne sestre nedvojbeno istaknule blagodati uporabe OPZNJ-a u planiranju i organizaciji zdravstvene njege. Tako je posebno istaknuta dobrobit poboljšanja komunikacije bolničkih i patronažnih medicinskih sestara putem OPZNJ-a, koje se odlikuje većom dostupnošću i uvidom u podatke o bolesniku, pravodobnošću dobivanja tih podataka te posljedično većoj informiranosti patronažne sestre. I Iveta i suradnici istaknuli su neupitnost OPZNJ-a u poboljšanju komunikacije (Iveta i sur., 2014).

Pri otpustu bolesnika iz bolnice izdaje se otpusno pismo zdravstvene njege te se proces zdravstvene njege nastavlja bez prekida. Prema sestričkim dijagnozama, bolesnika nastavljaju tretirati medicinske sestre u izvanbolničkoj službi u bolesnikovoj kući ako je riječ o otpustu kući, odnosno medicinske sestre druge ustanove ili klinike, ako je posrijedi premještanje u drugu ustanovu. Time je poboljšana komunikacija među sestrama na svim razinama zdravstvene zaštite, a kvaliteta zdravstvene njege u interesu bolesnika podignuta je na mnogo višu razinu od dosadašnje (Iveta i sur., 2014).

Sukladno navodima patronažnih sestara, izdavanje OPZNJ-a pridonosi poboljšanju kvalitete zdravstvene njege i s aspekta bolesnika jer umanjuje vjerojatnost duljeg prekida zdravstvene njege nakon otpusta iz bolnice (odnosno bolesnik kraće čeka na organizaciju zdravstvene njege), što uz veću informiranost patronažne sestre putem OPZNJ-a (o bolesniku i provedenim / planiranim postupcima zdravstvene njege), pridonosi većem zadovoljstvu bolesnika i manjem osjećaju izgubljenosti u zdravstvenom sustavu s aspekta korisnika skrbi. Istraživanje u Švedskoj o suradnji bolničkih i patronažnih sestara u skrbi za bolesnike koji se hrane nazogastričnom sondom navode da patronažne sestre ističu nedostatak vremena da se pripreme za otpust takvog bolesnika. Tako kao primjer navode nedostatak vremena za educiranje drugog osoblja o hranjenju putem nazogastrične sonde te ističu da je to čest problem i da može utjecati na kvalitetu skrbi (Bjuresater et al, 2007).

U ovom istraživanju sve su patronažne sestre istaknule potrebu postojanja OPZNJ-a te bi trebao biti popratno pismo u svakog bolesnika koji zahtijeva provođenje zdravstvene njege. Stoga bi u ovakvim slučajevima bio pokazatelj dobre sestrinske prakse.

Sljedeći podatci dobiveni postojećim OPZNJ-em posebno su istaknuti kao korisni u daljnjoj organizaciji i planiranju zdravstvene njege: opći osobni podatci bolesnika (mjesto stanovanja, telefonski broj, karakteristike obitelji, funkcionalni i socijalni status), anamneza, provedena zdravstvena njega / postupci u bolnici, bolesnikovo trenutno zdravstveno stanje, aktualne sestrinske dijagnoze pri otpustu pacijenta iz bolnice te preporuke za nastavak i potrebne materijale za zdravstvenu njegu za svakoga pojedinog bolesnika. Hellesø i suradnici u svojem istraživanju nakon provedbe informatizacije sestrinske dokumentacije upozorili su na prednost uporabe predloška koji nudi informacijski program u sestrinskim bilješkama za otpust te naglašavaju važnost navođenja pojedinosti o prijmu bolesnika, funkcionalni status pri otpustu i preporuke za daljnju njegu, dok potrebu za formalnim planom zdravstvene njege otklanjaju (Hellesø et al, 2005).

S obzirom na uočene prepreke u dostupnosti OPZNJ-a patronažnim sestrama, pokazala se potreba za povećanjem njegove dostupnosti. Tako bi bilo korisno bolesniku naglasiti i naznačiti u zaglavlju OPZNJ-a da je namijenjen patronažnoj sestri („na ruke patronažnoj sestri“). Osim navedenog, potrebno je razmotriti, već prije spomenuto slanje ovakvog dokumenta *e-mailom* radi bržega prijenosa važnih informacija o bolesniku, osobito ako se bolesnik otpušta dan prije vikenda ili blagdana, kad je otežana organizacija daljnje zdravstvene njege.

Već sama činjenica da izdavanje OPZNJ-a pri otpustu bolesnika koji zahtijevaju daljnju zdravstvenu njegu još uvijek nije rutinska praksa negativno utječe na njegovu implementaciju. Sukladno izjavama patronažnih sestara u ovom istraživanju, u takvim je situacijama vrijeme utrošeno na informiranje patronažne sestre o bolesnikovu stanju, provedenim postupcima zdravstvene njege te o planiranju i organizaciji zdravstvene njege, zasigurno, produljeno. Također su u nekim slučajevima i veći troškovi skrbi (npr. pri odabiru obloga za ranu).

Rutinsko izdavanje OPZNJ-a za svakog bolesnika koji zahtijeva daljnje provođenje zdravstvene njege nakon otpusta svakako pridonosi profesionalizaciji sestrinstva, isticanjem važnosti i neupitnosti mjesta i uloge medicinske sestre kao uvjeta racionalnog planiranja i organizacije, a posljedično i osiguranja racionalne, kontinuirane, holističke i kvalitetne

zdravstvene njege svakoga pojedinog bolesnika. Kalauz ističe da neki teoretičari smatraju da je za jednu profesiju vrlo važno da ima jasno artikuliran identitet ili razumljivu ulogu koja je prihvatljiva i društveno prihvaćena. Unatoč navedenom, u zdravstvenim organizacijama opis poslova medicinskih sestara prilično je konfuzan, ne podupire razvoj identiteta te profesije, a poslovodne strukture ne vode posebnu brigu o tome da se identitet sestriinstva ugradi u identitet radne organizacije (Kalauz, 2012). Široko je prepoznato da su sestriinska dokumentacija i dokumentiranje zdravstvene njege jedinstveno područje djelatnosti medicinske sestre. Stoga bi i OPZNJ trebalo biti standard sestriinske prakse, pripadati rutini svakodnevnog posla medicinske sestre, potom biti prihvaćen kao jedinstveni dokument koji može izdati samo medicinska sestra, i kao takav biti prepoznatljiv u društvu kao dokument jedne profesije, profesije sestriinstva.

8. ZAKLJUČCI

1. U RH još uvijek nije rutinski uvriježeno pisanje OPZNJ-a za sve bolesnike u kojih je indicirana daljnja provedba zdravstvene njege, već je većinom, pisano samo: za određene skupine bolesnika (većinom bolesnici od šećerne bolesti, bolesnici s kroničnom ranom te roditelje i novorođenčad); kao praksa samo nekih odjela određenih zdravstvenih ustanova te kao dio zasebnoga projekta, a ne standardna procedura rada u navedenim zdravstvenim ustanovama.

2. Većina je patronažnih sestara istaknula neujednačenost zaprimljenih OPZNJ-a s obzirom na izgled samog obrasca, primjerenost sadržaja, čitljivost i točnost podataka.

a) Dio dostavljenih OPZNJ-a pisanih računalom dovoljno je sadržajan za daljnje planiranje zdravstvene njege te čitljiv. Nasuprot tomu, dio se OPZNJ-a odlikuje nedostatnom primjerenošću sadržaja za daljnje planiranje zdravstvene njege.

b) Manjim su dijelom OPZNJ-i pisani rukom (nečitljivi), šturi, a pokatkad je dio podataka netočan.

c) Obrazac OPZNJ-a većinom nije jednoobrazan, ni sukladan preporukama HKMS-a, već je svaki od odjela zdravstvenih ustanova obrazac OPZNJ-a prilagodio svojem kontekstu rada i potrebama njege bolesnika. Međutim, mišljenje je patronažnih sestara da izgled i forma obrasca OPZNJ-a nisu ključni za osiguranje kontinuiteta i organizaciju zdravstvene njege, nego je to njegov sadržaj.

3. Pozitivni elementi suradnje patronažnih sestara s bolničkim medicinskim sestrama putem postojećeg OPZNJ-a.

OPZNJ obuhvaćaju sljedeće.

a) Poboljšanje komunikacije bolničkih i patronažnih medicinskih sestara putem OPZNJ-a, koje se odlikuje većom dostupnošću i uvidom u podatke o bolesniku, pravodobnošću dobivanja tih podataka te, posljedično, većom informiranosti patronažne sestre. Sljedeći podatci dobiveni postojećim OPZNJ-em posebno su istaknuti kao korisni u daljnjoj organizaciji i planiranju zdravstvene njege: opći osobni podatci o bolesniku (mjesto stanovanja, telefonski broj, karakteristike

obitelji i socijalni status), provedena zdravstvena njega / postupci u bolnici, trenutačno zdravstveno stanje bolesnika, aktualne sestrinske dijagnoze pri otpustu pacijenta iz bolnice te preporuke za nastavak i potrebne materijale za zdravstvenu njegu za svakoga pojedinog bolesnika.

a) Istaknuto je poboljšanje kvalitete zdravstvene njege i s aspekta bolesnika jer umanjuje vjerojatnost duljega prekida zdravstvene njege nakon otpusta iz bolnice (odnosno bolesnik kraće čeka nastavak zdravstvene njege), što uz veću informiranost patronažne sestre omogućenu OPZNJ-em (o bolesniku i provedenim / planiranim postupcima zdravstvene njege), pridonosi većem zadovoljstvu bolesnika i manjem osjećaju izgubljenosti u zdravstvenom sustavu s gledišta korisnika skrbi.

b) Rutinsko izdavanje OPZNJ-a za svakog bolesnika koji zahtijeva daljnju provedbu zdravstvene njege nakon otpusta, svakako pridonosi profesionalizaciji sestinstva, isticanjem važnosti i neupitnosti mjesta i uloge medicinske sestre kao uvjeta racionalnog planiranja i organizacije, a posljedično i osiguranja racionalne, kontinuirane, holističke i kvalitetne zdravstvene njege svakoga pojedinog bolesnika.

4. Negativni elementi suradnje patronažnih sestara s bolničkim medicinskim sestrama putem postojećeg OPZNJ-a obuhvaćaju sljedeće.

a) Već sama činjenica da izdavanje OPZNJ-a pri otpustu bolesnika koji zahtijevaju daljnju zdravstvenu njegu još uvijek nije rutinska praksa negativno utječe na njegovu implementaciju. U takvim su situacijama vrijeme utrošeno na informiranje patronažne sestre o bolesnikovu stanju, o do tada provedenim postupcima zdravstvene njege u bolnici te planiranje i organizacija zdravstvene njege, zasigurno, produljeni. Također su u nekim slučajevima i veći troškovi skrbi (npr. pri odabiru obloga za ranu).

b) U dijelu primljenih OPZNJ-a uočeni su neadekvatni podatci, bilo da su nepotpuni, netočni ili neaktuelni.

c) Dio OPZNJ-a nikada i ne dođe do krajnjeg korisnika – patronažne sestre ili pak dođe prekasno, kad je zdravstvena njega već organizirana. Razlozi navedenom

jesu: prekasno izdavanje OPZNJ-a u bolnici, potom njegovo zadržavanje OPZNJ u bolesnikovu zdravstvenom kartonu kod obiteljskog liječnika ili ih pak bolesnik osobno zagubi.

5. Preporuke za unapređenje OPZNJ-a

a) Pokazuje se potreba za usvajanjem jednoobraznog obrasca OPZNJ-a koji bi se nužno morao sastojati od sljedećih elemenata: opći osobni podatci o bolesniku (mjesto stanovanja, telefonski broj, karakteristike obitelji, funkcionalni i socijalni status), anamneza, provedena zdravstvena njega / postupci u bolnici, bolesnikovo trenutno zdravstveno stanje, aktualne sestrinske dijagnoze pri otpustu bolesnika iz bolnice, te preporuke za nastavak i potrebne materijale za zdravstvenu njegu za svakoga pojedinog bolesnika.

b) U svrhu povećanja dostupnosti OPZNJ-a bilo bi korisno bolesniku naglasiti i pismeno naznačiti u zaglavlju OPZNJ-a da je namijenjeno patronažnoj sestri („na ruke patronažnoj sestri“).

c) Radi brže distribucije OPZNJ-a preporučuje se njegova distribucija putem *e-maila*, i to glavnoj sestri doma zdravlja, koja će ga potom pravodobno proslijediti područnim patronažnim sestrama, ovisno o mjestu bolesnikova stanovanja.

6. Postignuta je suglasnost svih patronažnih sestara u isticanju potrebe za postojanjem OPZNJ-a. One navode njegovu pozitivnu ulogu u osiguranju zdravstvene njege u bolesnika nakon otpusta iz bolnice, bilo s aspekta olakšanja planiranja vrste postupaka zdravstvene njege bilo s aspekta osiguranja kontinuiteta zdravstvene njege. Stoga bi OPZNJ trebalo biti popratno pismo u svakog bolesnika koji zahtijeva nastavak provođenja zdravstvene njege. U ovakvim je slučajevima OPZNJ pokazatelj dobre sestrinske prakse.

9. ZAHVALE

Zahvaljujem svojoj mentorici dr. sc. Goranki Petriček na stručnoj pomoći, strpljenju i razumijevanju pri izradi ovoga diplomskog rada.

Zahvaljujem pomoćnici ravnatelja za sestrinstvo DZ-a Zagreb Centar Draženki Tenšek i pomoćnici ravnatelja za sestrinstvo DZ-a Zagreb Zapad Boženi Vrabcu za pomoć u organizaciji fokus-grupa za potrebe ovog istraživanja.

Zahvaljujem svim patronažnim sestrama DZ-a Zagreb Centar i DZ-a Zagreb Zapad koje su dobrovoljno sudjelovale u ovom istraživanju.

Zahvaljujem također svojoj majci te svojoj obitelji, suprugu, sinu i kćeri, na potpori i pomoći tijekom mojeg studiranja.

Ovaj rad posvećujem svojoj obitelji.

10. LITERATURA

1. Alper E, O'Malley T A, Greenwald J, Aronson M D, Sokol H N (2013) Hospital discharge. *Up To Date*.
2. Bjuresäter K, Larsson M, Nordström G, Athlin E (2008) Cooperation in the care for patients with home enteral tube feeding throughout the care trajectory: nurses' perspectives. *Journal of clinical nursing*, 17(22): 3021-3029.
3. Brumini Marić G (2007) Stav zdravstvenih djelatnika prema postupku informatizacije bolničkih ustanova. Dostupno na: http://mi.medri.hr/assets/Brumini_disertacija.pdf
Pristupljeno: 10. 04 2015.
4. Čukljek S (2008) Teorija i organizacija u zdravstvenoj njezi – nastavni tekstovi. Zagreb: Zdravstveno veleučilište.
5. Fern E. F. (2001) Advanced Focus Group Research. Sage publications. London. New Delhi.
6. Fučkar G (1992) Proces zdravstvene njege. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
7. Fučkar G (1996) Uvod u sestrinske dijagnoze. Zagreb: Hrvatska udruga za sestrinsku edukaciju.
8. Graham, J. E. (2010) Acute care nurses' attitudes, behaviours and perceived barriers towards discharge risk screening and discharge planning., Masters Theses, University of Technology, Sydney.
9. Hellesø R, Sorensen, L, Lorensen M (2005) Nurses' information management at patients' discharge from hospital to home care. *International journal of integrated care*, 5.
10. Hesselink G, Schoonhoven L, Plas M, Wollersheim H, Vernooij-Dassen M (2013) Quality and safety of hospital discharge: a study on experiences and perceptions of patients, relatives and care providers. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(1): 66-74.

11. Hrvatska komora medicinskih sestara (2011) Upute za primjenu sestrinske dokumentacije u bolničkim zdravstvenim ustanovama. Dostupno na na: http://www.hkms.hr/novost_clanak.php?id=339 Pristupljeno 30.01 2015.
12. Hrvatska komora medicinskih sestara (2013). Smjernice za provođenje zdravstvene njege u patronažnoj djelatnosti. Hrvatska komora medicinskih sestara, Zagreb
13. Ilić B, Čukljek S (2013) Iskustva medicinskih sestara pri vođenju sestrinske dokumentacije. Dostupno na: http://www.researchgate.net/publication/261402787_Iskustva_medicinskih_sestara_pri_voenju_sestrinske_dokumentacije Pristupljeno: 9.04 2015.
14. Iveta V, Krečak A, Kalogjera M, Milić Đ, (2014) Uloga sestrinske dokumentacije u analizi ritika za nastanak dekubitusa. *Acta Medica Croatica*, 68, 21-27.
15. Kalauz S (2012) *Etika u sestriinstvu*. Zagreb: Medicinska naklada
16. Kergoat M J, Latour J, Julien I, Plante M A, Lebel P, Mainville D, Buckland J A. (2010) A discharge summary adapted to the frail elderly to ensure transfer of relevant information from the hospital to community settings: a model. *BMC geriatrics*, 10(1), 69.
17. Kuusisto A, Asikainen P, & Saranto K (2014) Medication Documentation in Nursing Discharge Summaries at Patient Discharge from Special Care to Primary Care. *J Nurs Care*, 3(147), 2167-1168.
18. Kripalani S, LeFevre F, Phillips C O, Williams M V, Basaviah P, Baker D W (2007) Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *Jama*, 297(8), 831-841.
19. Kvale S (1996) *Interviews: An introduction to Qualitative Research Interviewing*. Newbury Park, CA: Sage
20. Ljubičić M. (2010) Implementacija sestrinske dokumentacije u informacijski zdravstveni sustav i utjecaj na kvalitetu zdravstvene njege. Diplomski rad, Zdravstveno veleučilište, Zagreb.

21. Mavrinc M, Mrkuš S, Baždarić K, Bilić-Zulle L, Galijašević G, Petrovečki M.
Elektronički zdravstveni zapis - središnji dio medicinskog informacijskog sustava.
Dostupno na:
<http://www.medri.uniri.hr/katedre/Medicinska%20informatika/assets/EZZ.pdf>
Pristupljeno 10.02 2015.
22. O'Neill M, Cowman S (2008) Partners in care: investigating community nurses' understanding of an interdisciplinary team-based approach to primary care. *Journal of clinical nursing*, 17(22), 3004-3011.
23. Pravilnik o sestrijskoj dokumentaciji u bolničkim zdravstvenim ustanovama (2011)
Narodne novine 79, Zagreb
24. Strauss A, Corbin J (1998) Basic of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory. London 2nd edition Sage publications
25. Tkalac Verčić A, Sinčić Ćorić D, Pološki Vokić N (2010) Priručnik za metodologiju istraživačkog rada, Zagreb: M.E.P.
26. Törnvall E, Wilhelmsson S (2008) Nursing documentation for communicating and evaluating care. *Journal of clinical nursing*, 17(16), 2116-2124.
27. Vižintin K (2014) Uloga bolničkog povjerenstva u stvaranju pravila za upravljanje elektroničkom medicinskom i sestrijskom dokumentacijom. *Acta Medica Croatica*, 68, 61-64.
28. Zakon o sestrijsstvu (2003) Narodne novine 121, Zagreb
29. Wilson S, Ruscoe W, Chapman M, & Miller R (2001) General practitioner-hospital communications: a review of discharge summaries. *Journal of quality in clinical practice*, 21(4), 104-108.

11. ŽIVOTOPIS

Kristina Hanžek, stručna prvostupnica sestrinstva, rođena je 1978. godine u Zagrebu. Srednju školu za medicinske sestre završila 1997. godine u Zagrebu, a pripravnički staž odradila na Klinici za neurologiju KBC-a Zagreb.

Izvanredni preddiplomski studij sestrinstva završila je 2011. godine u Zagrebu, a tema završnog rada bila je „Zdravstvena njega bolesnika s kognitivnim poremećajima“.

Od srpnja 1997. godine radim na Klinici za neurologiju KBC-a Zagreb, a uspješno sam završila nekoliko tečajeva trajne edukacije za medicinske sestre u KBC-u Zagreb.

Diplomski studij sestrinstva pri Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu upisala sam 2013. godine.

12. PRILOZI

Prilog 1. OTPUSNO PISMO ZDRAVSTVENE NJEGE

13

USTANOVA

OTPUSNO PISMO ZDRAVSTVENE NJEGE

Pacijent	Datum rođenja	Adresa Tel.:	Grad/gradsko područje
Zakonski određen skrbnik	Srodstvo	Adresa skrbnika Tel.:	
Datum prijama	Vrijeme otpusta (datum, sat)	Klinika/Odjel	
Medicinska dijagnoza kod otpusta			Izabrani obiteljski liječnik Šifra:

SOCIJALNI STATUS

Živi sam DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Živi sa: <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	Socijalno stanje Korisnik socijalne pomoći <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	Tko mu može pružati pomoć po otpustu iz bolnice <input type="checkbox"/> Suprug-a <input type="checkbox"/> Roditelj <input type="checkbox"/> Djeca <input type="checkbox"/> Brat-sestra <input type="checkbox"/> Prijatelj <input type="checkbox"/> Susjed-a <input type="checkbox"/> Nitko	U skrb su do prijama u bolnicu bili uključeni <input type="checkbox"/> Članovi obitelji <input type="checkbox"/> Zdravstvena njega u kući..... <input type="checkbox"/> Neprofitna organizacija <input type="checkbox"/> Dostava hrane iz.... <input type="checkbox"/> Zdravstvena njega koju sam plaća <input type="checkbox"/> Kućna pomoćnica <input type="checkbox"/> Nitko, nije trebalo
U kojem segmentu njega, značajne osobe ne mogu pomoći: <input type="checkbox"/> Kod specijalnih postupaka (stoma, nazogastrična sonda, peritonealna dijaliza.....) <input type="checkbox"/> U opskrbi rane..... <input type="checkbox"/> Kod prevencija komplikacija dugotrajnog ležanja <input type="checkbox"/> Kod osobne higijene inkontinentnog pacijenta <input type="checkbox"/> Kod kupanja, tuširanja <input type="checkbox"/> Drugo:			

PROVEDENA ZDRAVSTVENA NJEGA U BOLNICI/POSTUPCI

Koliko je pacijent informiran i educiran u bolnici o svom novonastalom zdravstvenom stanju Informiran: <input type="checkbox"/> Potpuno <input type="checkbox"/> Djelomično <input type="checkbox"/> Nikako <input type="checkbox"/> Značajne osobe P	Educiran: <input type="checkbox"/> Potpuno <input type="checkbox"/> Djelomično <input type="checkbox"/> Nikako <input type="checkbox"/> Značajne osobe P	Nakon novonastalog zdravstvenog stanja, po otpustu iz bolnice, što pacijent zna i može uraditi sam u procesu samozbrinjavanja
Pacijentu date pisane upute o:		

UTVRĐIVANJE POTREBA ZA KONTINUIRANOM ZDRAVSTVENOM NJEGOM U KUĆI

<input type="checkbox"/> Pacijent treba, po otpustu iz bolnice, zdravstvenu njegu u kući <input type="checkbox"/> Informacije patronažnoj MS <input type="checkbox"/> Informacije MS druge klinike/odjela ili stacionarne ustanove	Vremensko razdoblje - nužnost prvih postupaka ZNJ u kući <input type="checkbox"/> VRLO HITNO-na dan otpusta <input type="checkbox"/> Treći dan po otpustu <input type="checkbox"/> HITNO-prvi dan po otpustu <input type="checkbox"/> Tjedan dana po otpustu <input type="checkbox"/> Drugi dan po otpustu					
Fizičko stanje <input type="checkbox"/> Dobro <input type="checkbox"/> Srednje <input type="checkbox"/> Slabo <input type="checkbox"/> Vrlo loše	Mentalno stanje <input type="checkbox"/> Pri svijesti <input type="checkbox"/> Apatičan, pasivan <input type="checkbox"/> Konfuzan <input type="checkbox"/> Stuporozan	Aktivnost <input type="checkbox"/> Pokretan <input type="checkbox"/> Hoda uz pomoć <input type="checkbox"/> Vežan na kolica <input type="checkbox"/> Vežan na krevet	Pokretljivost <input type="checkbox"/> Puna <input type="checkbox"/> Ograničena <input type="checkbox"/> Vrlo ograničena <input type="checkbox"/> Nepokretan	Inkontinencija <input type="checkbox"/> Nije <input type="checkbox"/> Povremeno <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Kompletno	Prehrana <input type="checkbox"/> Dobro <input type="checkbox"/> Osrednje <input type="checkbox"/> Slabo <input type="checkbox"/> Ne jede	Teućina <input type="checkbox"/> Dobro <input type="checkbox"/> Osrednje <input type="checkbox"/> Slabo <input type="checkbox"/> Ne pije
Dekubitus DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Lokalizacija: Stupanj: Veličina: Sekrecija: Procjena rizika po Braden skali:	Druge rane DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Tip rane: Lokalizacija: Veličina: Starost rane: Sekrecija: Kratak opis:	Specijalne potrebe <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Kanila <input type="checkbox"/> Nazogastrična sonda <input type="checkbox"/> Peritonejska dijaliza <input type="checkbox"/> Kronična hemodijaliza <input type="checkbox"/> Trajna epiduralna analgezija <input type="checkbox"/> Urinarni kateter <input type="checkbox"/> CVK <input type="checkbox"/> Drugo				

45

SESTRINSKE DIJAGNOZE PRI OTPUSTU IZ BOLNICE

Opis pacijentovih problema, uzroka, simptoma

Kategorija pacijenta

I.	II.	III.	IV.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PREPORUKE ZDRAVSTVENE NJEGE

Preporučeni plan postupaka u ZNJ/Koliko puta u tjednu

POTREBNI MATERIJALI/POMAGALA ZA ZDRAVSTVENU NJEGU

- Prevoj, toaleta rane
- Inkontinencija
- Retencija urina
- Klizma
- Njega stome
- Njega kanile
- Hranjenje na sondu
- Toaleta CVK
- Hranjenje na sondu
- Drugo:

Opis preporučenog materijala/opreme

POTREBNA TERAPIJA/LIJEKOVI KOD KUĆE

Popis propisanih lijekova, dnevna doza, način uzimanja

Mogućnost uzimanja/primjene lijekova

- Pacijent može sam redovito uzimati lijekove
- Potrebna kontrola kod uzimanja lijekova
- Pacijentu treba druga osoba davati lijekove
- Potrebna primjena parenteralne terapije

DRUGI ZDRAVSTVENI RADNICI KOJI SU, UZ LIJEČNIKA, UKLJUČENI U LIJEČENJE U BOLNICI

- Fizioterapeut
- Dijetetičar
- Psiholog
- Logoped
- Drugi:

Daljnji tretman

- DA
- NE

Kada.....

Kome.....

PACIJENTOVO DOŽIVLJAVANJE OTPUSTA (i njegovih značajnih osoba)

Datum:.....

Potpis VMS odjela.....

Telefon:.....

Prilog 2. ODOBRENJE ETIČKOG POVJERENSTVA DOMA ZDRAVLJA ZAGREB – CENTAR



DOM ZDRAVLJA ZAGREB –CENTAR

Runjaninova 4, 10000 Zagreb

mail: ravnateljstvo@dzz-centar.hr

web: www.dzz-centar.hr

centrala: 01/4897-666, fax:01/4843-456

OIB: 00053084642

MB: 01674056

ETIČKO POVJERENSTVO

Broj: 01-160/2-2015

Zagreb, 13. siječnja 2015.

Etičko povjerenstvo Doma zdravlja Zagreb – Centar u sastavu: Marica Bilić Radaković, dr. med., spec. obiteljske medicine, Anica Math, mag. logoped., dipl. med. techn., Gordan Rački, dr. med., spec. ginekologije i opstetricije, Nenad Mojsović dipl. iur. i prof. Tomislav Jelić, povodom zamolbe Kristine Hanžek, bacc. med. techn., za odobrenjem istraživanja "Otpusno pismo zdravstvene njege kao oblik suradnje bolničkih i patronažnih medicinskih sestara" na 8. redovitoj sjednici održanoj 13. siječnja 2015. godine, telefonskim putem, donijelo je slijedeću

ODLUKU

Odobrava se u Domu zdravlja Zagreb – Centar, provođenje istraživanja "Otpusno pismo zdravstvene njege kao oblik suradnje bolničkih i patronažnih medicinskih sestara", istraživač: Kristina Hanžek, bacc. med. techn., mentor dr. sc. Goranka Petriček, spec. obiteljske medicine.

Predsjednica Etičkog povjerenstva



Marica Bilić Radaković, dr. med.,
spec. obit. medicine

Prilog 3. ODOBRENJE ETIČKOG POVJERENSTVA DOMA ZDRAVLJA ZAGREB
ZAPAD

U Zagrebu, 11. veljače 2015. godine

DOM ZDRAVLJA ZAGREB-ZAPAD

n/p ravnatelja
dr.sc. Miroslav Hanževački, dr.med.spec.

Prilaz baruna Filipovića 11
10000 ZAGREB

Predmet: Zamolba Kristine Hanžek, bacc.med.tech.
- mišljenje, daje se –

Poštovani,

nakon što sam, kao predsjednik Etičkog povjerenstva Doma zdravlja Zagreb-Zapad, proučio materijale priložene od strane podnositelja zamolbe, Kristine Hanžek, bacc.med.tech., za provođenja istraživanja u okviru završnoga rada: „Otpusno pismo zdravstvene njege kao oblik suradnje bolničkih i patronažnih medicinskih sestara“, i uz pristigla usuglašena mišljenja ostalih članova Etičkog povjerenstva, predlažem donošenje konačne odluke:

„Daje se suglasnost Kristini Hanžek, bacc.med.tech. za provođenje ispitivanja za potrebe izrade završnoga rada na sveučilišnom diplomskom studiju: „Otpusno pismo zdravstvene njege kao oblik suradnje bolničkih i patronažnih medicinskih sestara“.

Obrazloženje:

Kristina Hanžek, bacc.med.tech. podnijela je Etičkom povjerenstvu Doma zdravlja Zagreb-Zapad zamolbu da joj se odobri provođenje istraživanje mišljenja i stavova patronažnih sestara o „otpusnom pismu zdravstvene njege“ kao obliku suradnje s medicinskim sestrama iz sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite u cilju unaprijeđenja njihove suradnje.

Etičko povjerenstvo Doma zdravlja Zagreb-Zapad jednoglasno je pojedinačnim pismenim izražavanjem mišljenja svakog od članova Povjerenstva donijelo odluku da nema zapreke da Kristina Hanžek, bacc.med.tech. sudjeluje u provođenju navedenog ispitivanja.

S poštovanjem,

Predsjednik Etičkog povjerenstva
Prof.dr.sc. Dubravko Božičević, dr.med.,spec.neurolog

