

## SLAUGOS PASLAUGŲ KOKYBĖS GARANTAS – PACIENTŲ SLAUGYMO STACIONARE ISTORIJA

Diana Virketienė, Jurgita Vaitiekienė

*Klaipėdos universitetinė ligoninė*

**Raktažodžiai:** slaugos procesas, slaugymo istorija, slaugos paslaugų kokybė.

### Santrauka

Straipsnyje aprašoma geroji patirtis pildant pacietų slaugymo stacionare istorijas Klaipėdos universitetinėje ligoninėje. Nagrinėjami ir lyginami su užsienio autoriais slaugymo istorijos pildymo pagrindiniai principai, kokius pokyčius ir patirtis teko išgyventi slaugos specialistams ir slaugos vadovams. Akcentuojama slaugytojų atsakomybė ir slaugymo istorijos vaidmuo, siekiant teikti kokybiškas slaugos paslaugas.

### Įvadas

Slaugos proceso dokumentavimas, paciento slaugymo plano sudarymas, paciento slaugymo veiksmų žymėjimas ir atliktų slaugymo veiksmų vertinimas, taip pat požiūris į slaugą, kaip į atskirą discipliną, skaičiuoja nelengvus kelerius metus. Su Lietuvos Nepriklausomybės atkūrimu pirmąkart Lietuvoje atėjo žinios ir patirtis, kad slaugos procesas apima daug daugiau nei gydytojo nurodymų vykdymas. Nuo to laiko, kad ir ne taip greit kaip norėtume, jau turime mokslinės literatūros apie slaugos mokslą, mokslinius tyrimus, slaugos magistrų, doktorantų, naują požiūrį į slaugymą, įstatymus, reglamentuojančius slaugos praktiką ir slaugos darbuotojų kompetencijos reikalavimus. Ir tame sąrašė turime patį svarbiausią dalyką - paciento slaugos dokumentą. Kiekviena sveikatos paslaugas teikianti įstaiga privalo dokumentuoti savo paslaugas, taip pat ir slaugos. Koku būdu, kokia forma ir apimtimi, ligoninė ar pirminis sveikatos priežiūros centras patvirtina slaugos dokumentą, Lietuvoje palikta kiekvienos įstaigos nuožiūrai ir, tenka tik apgailestauti, tai tampa galvos skausmu.

**Darbo tikslas** – atskleisti pacientų slaugymo stacionare istorijos pildymo ypatumus Klaipėdos universitetinėje ligoninėje.

### Darbo objektas ir metodologija

Darbo objektas yra pacientų slaugymo stacionare istorija,

kuri Klaipėdos universitetinėje ligoninėje pildoma daugiau nei 18 metų. Buvo įvertinta pacientų slaugymo stacionare istorijos pildymo patirtis, atsižvelgta į patvirtintus SAM reikalavimus dėl slaugos proceso dokumentavimo ir slaugymo veiksmų žymėjimo, ir įvertintos užsienio autorių rekomendacijos. Buvo pasinaudota sisteminės mokslinės literatūros analize, šių duomenų interpretacija ir slaugymo istorijų pildymo kokybės vertinimo anketa, kuri patvirtinta ligoninės vyriausiojo gydytojo (forma ruošta autorių). Pagal šią anketą kiekvienais metais ligoninėje atliekamas slaugymo istorijų pildymo kokybės auditas visuose skyriuose, kuriuose gydomi ir slaugomi pacientai. Slaugymo istorijos korekcijos buvo atliktos įvertinus gautus audito rezultatus. Šiame straipsnyje dalijamasi patirtimi kokius pokyčius reikėjo atlikti, ką tai davė slaugos specialistams užtikrinant pacientams kokybiškas slaugos paslaugas ir buvo sulyginta su užsienio autorių pateiktomis rekomendacijomis dėl slaugymo veiksmų dokumentavimo.

Klaipėdos universitetinė ligoninė pirmąjį slaugos dokumentą patvirtino 2000 metų balandžio 3 d. vyriausiojo gydytojo įsakymu. Tuo metu Lietuvoje analogo dar nebuvo. Tai buvo iššūkiu reikalaujantis pokytis slaugytojų darbe, mąstyme, suvokime apie slaugos procesą. Pirmoji slaugymo istorija davė pradžią teikti slaugos mokslu pagrįstas slaugos paslaugas, įgalino slaugytojas prisiiinti didesnę atsakomybę paciento sveikimo procese ir drauge siekti kokybiškų slaugos paslaugų.

Pirmoji slaugymo istorija buvo daugiau nukreipta į pagrindinių funkcijų stebėjimą ir vertinimą, pagalbą sutrikus joms, daugiau dėmesio skirta paciento kritinei būklei vertinti ir pirmajai pagalbai suteikti bei tiems veiksams žymėti.

Tačiau pirmoji slaugymo istorija dar neatskleidė visos slaugos proceso eigos. Nebuvo įprastų kasdienių slaugymo veiksmų žymėjimo, nebuvo skiriamas dėmesys tokioms svarbioms slaugos problemoms kaip pragulos, paciento saugumas spręsti, įvairių komplikacijų prevenciniams veiksams, kasdieniam individualiam paciento režimui užtikrinti, stebėjimo duomenims fiksuoti ir vertinti, o svarbiausia - dokumentas

tik iš dalies atspindėjo slaugytojo atsakomybę už atliekamus veiksmus. Laikui bėgant ir įsisažmoninant slaugymo proceso svarbą, jo reikšmę slaugytojų darbui, siekiant glaudesnio bendradarbiavimo su pacientu ir kitais sveikatos priežiūros komandos nariais, kilo būtinybė slaugymo veiksmų žymėjimą tobulinti.

Nagrinėjant užsienio autorių (1-3) pateiktas rekomendacijas dėl slaugymo veiksmų dokumentavimo, galima išskirti šiuos pagrindinius dalykus:

1. Pirmiausia būtina įvertinti paciento fizinę būklę (klinikinis vertinimas), kokie buvo ankstesni nusiskundimai, įvertinti žodinį bendravimą su paciento artimaisiais, t. y. įvertinti, kokius pastebėjimus išsako paciento artimieji.

2. Surinkus visą reikalingą informaciją sudaromas slaugymo/ priežiūros planas, kuris turi būti suderintas su pacientais ar jų artimaisiais, siekiant užtikrinti labai aiškius įvairių sveikatos problemų, tyrimų atlikimo ir biudžeto patvirtinimo lūkesčius. Taip pat įtraukiamas klausimas dėl paciento parvykimo į namus.

3. Visi veiksmai, pokyčiai fiksuojami realiuoju laiku, o ne darbo pabaigoje. Įrašai turi būti labai aiškūs ir konkretūs, kokių būdu atlikta, kaip pasikeitė situacija, ko nepavyko padaryti, kokios rekomendacijos pačiam pacientui ar jo artimiesiems, kad ateityje būklė pagerėtų ir kt.

4. Rekomenduojama įrašų nedubliuoti, jei jie pasikartoja kituose medicininiuose dokumentuose, netinka neaiškūs, nesutarti trumpiniai ar veiksmai, kuris nesuteikia jokios informacijos (pvz., vykdoma, atlikta, sprendžiama).

5. Labai svarbu, kad būtų užtikrintas įrašų tęstinumas ir baigtumas, vengti dviprasmiškų įrašų, naudoti tik sutartus trumpinius, ir, svarbiausia, užtikrinti įrašų konfidencialumą.

Autoriai (4,5) išskiria apie 20 pagrindinių teisingo dokumentavimo principų. Tarp jų galima rasti, mūsų požiūriu, labai smulkmeniškų (rekomendacijos nepalikti tuščių vietų, išvengiant prirašymo, ar rašyti tik juodu ar mėlynu rašalu). Tačiau dauguma akcentuoja, kad slaugymo dokumentas yra puikus įrankis komunikuojant su pacientu ar jo artimaisiais, esminis dalykas užtikrinant slaugytojų atsakomybę, yra neatskiriama klinikinės priežiūros dalis, paremta teisiniais reikalavimais, daug dėmesio skiriama fiksuoti labai tikslius paciento simptomus, nusiskundimus, tikėtinus lūkesčius bei palaikyti nuolatinę paciento priežiūrą ir tą priežiūrą pastoviai vertinti. Tai labai tiksliai ataskaita, kas su pacientu įvyko ir kokią priežiūrą jis gavo.

Dėl slaugymo veiksmų žymėjimo rekomenduoja laikytis paprastų 3 principų (6,7):

1. Dokumentavimas paremtas gydymo įstaigos vykdoma politika ir laikantis patvirtintų slaugymo standartų ir rekomendacijų.

2. Duomenys pateikiami aiškūs, glausti, objektyvūs,

įskaitomi ir rašomi laiku, kurie atitinka visus teisinius ir klinikinius reikalavimus.

3. Vertinimas ir priežiūra atliekama profesionaliai, taikant mokslu pagrįstas žinias ir paremta kompetentingais įgūdžiais.

Lietuvoje rekomendacijos dėl slaugymo veiksmų įrašų remiasi keturiomis slaugymo proceso dalimis: vertinimu, planavimu, slaugos veiksmų atlikimu ir rezultatų įvertinimu. Įrašai turi būti aiškūs ir užtikrinti, kad visos slaugos proceso dalys atspindėtų slaugos dokumente. Tačiau kyla klausimas, ar vadovaujantis užsienio pateiktomis rekomendacijomis ir Lietuvoje patvirtintais reikalavimais galima užtikrinti teikiamų slaugos paslaugų kokybę? Patvirtinti ar paneigti šių rekomendacijų svarbą vienareikšmiškai nepavyktų. Todėl labai svarbu suprasti ir suvokti, kokie principai atskleidžia kokybę kaip pamatinį vienetą paslaugai teikti ar ją gauti.

Vienas iš svarbiausių dalykų yra profesionalo prisiimta atsakomybė už atliekamą darbą. Slaugytojų atsakomybę apibrėžia pareiginė instrukcija, darbo tvarkos taisyklės, įsakymai, slaugos procedūrų atlikimo reikalavimai, slaugytojų etikos kodeksas ir kt. Svarbiausi reikalavimai numatyti ir Sveikatos apsaugos ministerijos patvirtintame dokumente MN 28:2011 „Bendrosios praktikos slaugytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“.

– Slauga – asmens sveikatos priežiūros dalis, apimanti sveikatos ugdymą, stiprinimą ir išsaugojimą, ligų ir rizikos veiksnių profilaktiką, sveikų ir sergančių asmenų fizinę, psichinę ir socialinę priežiūrą.

– Slaugos rezultatai – paciento sveikatos būklė, įvertinta pagal pasirinktus kriterijus, nustatytus slaugos plane.

– Slaugos procesas – sisteminga asmens sveikatos priežiūra, apimanti sveikatos būklės įvertinimą, slaugos planavimą, įgyvendinimą ir slaugos rezultatų vertinimą.

Atitinkamai SAM 2009 m. liepos 14 d. Nr. XI-343 „Slaugos praktikos ir akušerijos praktikos“ patvirtintame įstatyme bendroji slaugos praktika įvardijama kaip šio įstatymo ir kitų teisės aktų reglamentuotos bendrosios praktikos slaugytojo, turinčio galiojančią bendrosios slaugos praktikos licenciją, teikiamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos. Įstatymo 13 straipsnyje nustatyta, kad teikiamos asmens sveikatos priežiūros paslaugos pacientams turi būti teikiamos pagal kompetenciją. 15 straipsnio 1 dalyje nurodyta, kad slaugytojo profesinę kompetenciją vertina ir slaugos praktikos klaidas nustato Profesinės kompetencijos vertinimo komisija, vadovaudamasi Sveikatos apsaugos ministro patvirtintu Sveikatos priežiūros specialistų profesinės kompetencijos patikrinimo tvarkos aprašu. Vadinas, įstatymu turime apibrėžtis, kas yra slauga, ko tikimasi iš slaugos proceso ir kokie turi būti slaugos rezultatai. Taip pat žinome, kad slaugos paslaugų teikimui reikalinga tikslinė slaugytojo kompetencija.

2002 m. Sausio 28 d. SAM patvirtintame įstatyme Nr. 58 “Dėl sveikatos priežiūros specialistų profesinės kompetencijos patikrinimo tvarkos teigiama:

1. Sveikatos priežiūros specialistų profesinės kompetencijos patikrinimo tvarka (toliau – tvarka) skirta įvertinti sveikatos priežiūros specialisto profesinę kompetenciją: ar ji atitinka (neatitinka) įgytos ir/ar licencijoje nurodytos specialybės reikalavimus, ar specialisto profesinės veiklos trūkumai negali būti (gali būti) vertinami kaip praktikos klaida arba dažnai pasikartojančios praktikos klaidos, ar specialistas dėl sveikatos būklės negali (gali) atlikti savo pareigų, jei tyrimo metu buvo nustatyta:

1.1. specialisto veiklos trūkumų ar veikslių, galėjusių lemti ar lėmusių žalą ar pavojų pacientų sveikatai arba klaidingas (netinkamas) išvadas,

1.2. kad specialistas dėl sveikatos būklės negali atlikti savo pareigų.

Taigi slaugytojas teikia sistemingas asmens sveikatos priežiūros paslaugas, apimančias sveikatos būklės įvertinimą, slaugos planavimą, įgyvendinimą ir slaugos rezultatų vertinimą pagal profesinę kompetenciją atitinkančius reikalavimus, kurie numatyti pagal licencijoje nurodytus reikalavimus ar trūkumus, galinčius nulėmti žalą ar pavojų pacientų sveikatai dėl netinkamai atliktų pareigų ar negalėjimo atlikti pareigų dėl savo blogos sveikatos būklės.

Tačiau ar šie išvardinti reikalavimai apibrėžia teikiamų slaugos paslaugų kokybę? Norint atsakyti į klausimą, reikėtų suprasti, kokiais kriterijais remiantis apibūdiname paslaugos kokybę: gal tai pacientų lūkesčiai? Darbdavio ar SAM nustatyti reikalavimai? Susitarimas tarp visuomenės, kaip paslaugų gavėjo ir darbuotojo (įstaigos), kaip paslaugų teikėjo? Geri ir blogi pavyzdžiai?

Asmens sveikatos priežiūros įstaigos veikloje centrinis asmuo yra pacientas. Jis pats svarbiausias sveikatos priežiūros proceso dalyvis. O įstaigos misija – teikti pacientams mokslu ir pažangiausiomis technologijomis pagrįstas, saugias, kokybiškas, atitinkančias pacientų poreikius ir interesus, viršijančias jų lūkesčius asmens sveikatos priežiūros paslaugas, ...užtikrinti pacientų privatumą, žmogiškąją pagarbą ir orumą; ...prisiimti pilną atsakomybę už teikiamas sveikatos priežiūros paslaugas žmonėms. Kokybės apibrėžčių yra įvairių, tačiau visų jų esmė ta pati: paslaugos kokybė yra laipsnis, kuriuo vartotojo patirta paslaugos kokybė sutampa ar viršija jo lūkesčius.

Vadinasi, slaugos paslaugų kokybę nusako tam tikri išsiskirti tikslai, kurie turėtų virsti kontraktu tarp slaugytojo ir paciento, kai slaugytojai turi savo įsivaizduojamą kokybę ir paciento lūkesčius.

Pacientų slaugymo stacionare istorija ir tampa tuo kontraktu įvykdyti ir užtikrinti slaugos paslaugų kokybę. Iš in-

tensyvaus stebėjimo duomenų žymėjimo ji virsta įrankiu bendrauti su pacientu, t.y. būdu išklausti pacientą, sužinoti jo lūkesčius, padėti juos pasiekti ir galbūt net viršyti. Šis susitarimas nėra vien žodinis pasikalbėjimas, tai tampa rašytine sutartimi tarp slaugos specialisto ir paciento ar jo artimojo.

Slaugytojas tampa atsakingas už slaugos veiksmus, kuriuos pasižada atlikti pacientui kuo aukščiausiu lygiu, o pacientas turi galimybę juos pareikšti, tikėdamasis aukščiausio lygio paslaugų. Šis susitarimas patvirtinamas pasirašytinai, jis labai svarbus abiem pusėm. Tokio supratimo link Klaidėdos universitetinės ligoninės slaugytojai nuėjo nelengvą 18 metų patirties kelią. Slaugymo istorija buvo ne vieną kartą tobulinta ir koreguota, ieškant optimaliausio varianto.

**Paciento slaugymo stacionare istorijos dalys.** Praktika ir didėjantys darbo krūviai parodė, kad dokumentas turi padėti atlikti slaugytojams savo darbą. Tai turi būti patogus įrankis, nereikalaujantis didelių pastangų pildant, aiškus ir visiems lengvai suprantamas. Drauge tiek optimizuotas, kad nė viena paciento slaugos problema nebūtų užmiršta. Šiai dienai sukurtos 7 slaugymo istorijos dalys:

1. Titulinis lapas (paciento būklės vertinimas).
2. Slaugymo planas/akušerinės pagalbos ir priežiūros planas.
3. Slaugymo veikslių protokolai/akušerinės pagalbos ir priežiūros veikslių protokolai.
4. Operacinio pjūvio, žaizdų ir drenų priežiūros protokolai.
5. Nenumatytų įvykių registravimo forma
6. Rizikos veiksnių įvertinimo anketa.
7. Iškeliamo paciento (gimdyvės/naujagimio) būklės įvertinimas.

Stacionarizavus pacientą, pirmiausia įvertinama, kokios būklės pacientas atvyko. Tai labai svarbu atlikti laiku ir objektyviai, nes yra kaip atsvaros taškas tolimesniems slaugos veiksliams vykdyti ir rezultatams vertinti. Pagrindinis reikalavimas: aiškiai, tiksliai užrašyti fizinės būklės pakitimus, įvertinti psichoemocinę būklę, išmatuoti pagrindinių gyvybinių veiklų parametrus ir papildomai užfiksuoti subjektyvius duomenis/nusiskundimus. Planine tvarka atvykusiam pacientui duomenys renkami ir slaugymo planas sudaromas per 2 val, skubos tvarka- per 30 min. Slaugymo veiksmai planuojami ir derinami kartu su pacientu ir/ar jo artimaisiais. Įvertinama: paskirtas individualus paciento režimas, gydytojo rekomendacijos ir paskyrimai, paciento nusiskundimai ir objektyvūs duomenys, paciento artimųjų pastebėjimai, slaugymo ir duomenų vertinimo algoritmai, gydymo ir slaugos procedūros, metodinės rekomendacijos ir programos.

Slaugymo veiksmai žymimi slaugymo veikslių protokole. Slaugymo veikslių protokolai – tai bene viena atsakingiausių dokumento formų, kurioje slaugos specialistai

žymi atliktus slaugymo veiksmus ir vertina jų rezultatus. Dokumentas standartizuotas, pritaikytas žymėti atliktus veiksmus. Reikia vengti ilgo ir sudėtingo rašymo, mažinant klaidų tikimybę, naudoti sutartus vieningus ženklus, simbolius, žodžius, reikšmes ir pan. Kiekvieną atliktą veiksmą ar rezultato įvertinimą lengva identifikuoti, nes slaugytojas už tai pasirašo.

Kitos formos taip pat ne mažiau svarbios. Žaizdų, pragulų, drenų, tvarsčių priežiūra reikalauja papildomo slaugos specialisto atidumo, todėl šiems pokyčiams stebėti, vertinti priežiūros efektyvumą yra išskirta atskira forma. Tai palengvina slaugos veiksmų dokumentavimo eigą, leidžia užtikrinti tęstinumą, atsekamumą bei komandinę ir individualią atsakomybę. Kartais slaugymo procese įvyksta nenumatyti ar neplanuoti įvykiai, kurie pareikalauja papildomų slaugymo veiksmų. Tam atvejui yra forma „Nenumatytų įvykių registravimo forma“. Šioje formoje pažymimos neatitiktys slaugoje, nepageidaujami įvykiai, neplanuota gydymo ar slaugos procedūra ar pan., dėl ko slaugos specialistas turėjo atlikti neplanuotus slaugymo veiksmus.

Pacientas, kaip vieną iš kokybės kriterijų, visada įvardija saugumą. Gydydamasis ligoninėje jis nori jausti, kad procedūros bus atliktos kvalifikuotai, jam neteks pratęsti gydymosi laiko dėl griuvimų, kad bus užtikrintas jo asmens tapatumas, asmens duomenų saugumas ir kt. Tam tikslui slaugos specialistas pasitelkia į pagalbą rizikos veiksnių įvertinimo anketą. Ji ir padeda užbėgti už akių nepageidaujamiems įvykiams. Sudarytas pacientų saugumo užtikrinimo planas mažina ar pašalina rizikos veiksnius, leidžia net ir sunkiai sergančiam pacientui, jo artimiesiems jaustis saugiais ligoninėje. Jei pacientui kartais tenka gydytis keliuose skyriuose, siekiama, kad būtų užtikrinamas slaugos proceso tęstinumas. Iškeliamo paciento būklės įvertinimo forma leidžia užtikrinti stebėjimo duomenų nuoseklumą ir tęstinumą. Ši forma svarbi ir operacinėje gydomam pacientui, ir gimdymo skyriuje gimdyvei, pagimdžius naujagimį, ir slaugos ar reabilitacijos skyriuose.

**Atsakomybė.** Slaugos specialistui tenka didžiulė atsakomybė. Ji atsispindi visose slaugos proceso dalyse:

– Slaugos specialistas, sudaręs slaugymo planą, supažindina pacientą ar jo artimuosius pasirašytinai, pats pasirašo ir slaugymo planą patvirtina skyriaus vyresnioji slaugos administratorė.

– Sudarytas slaugymo planas nėra statiškas ir nekintantis. Kaip ir pats slaugos procesas, jis dinamiškas. Slaugymo planas koreguojamas įvykus paciento būklės pokyčiams ar pakitus gydytojo paskyrimams, ir šie pakeitimai visada derinami su pacientu pasirašytinai.

– Slaugymo rezultatai vertinami visą laiką, ne rečiau nei kas 48 val., jei reikia, koreguojamas slaugymo planas, kad būtų pasiekti numatyti tikslai.

– Slaugytojams tenka atlikti ir įvairias manipuliacijas, procedūras, priežiūros veiksmus. Visada yra palengvinimas, jei artimieji noriai dalyvauja slaugos procese, jie apmokomi nesudėtingų priežiūros veiksmų. Šis mokymo procesas yra sudėtinė slaugymo dalis, todėl būtina aprašyti slaugos dokumentuose.

Informacinių technologijų skverbimasis į slaugos procesą tradicinei slaugai kelia naujus reikalavimus ir iššūkius. Jų įgyvendinimas – atsakinga užduotis tiek slaugos vadovams, tiek slaugos specialistams. Tai daro įtaką sveikatos priežiūros kokybei ir pacientų sveikatos rezultatams. Todėl 2015 m. vasario 5 d. vyriausiojo gydytojo patvirtinta pacientų slaugymo stacionare istorija buvo koreguota atsižvelgiant į e. sveikatos projekto reikalavimus, įvertinant būtinumą pritaikyti nesudėtingą perkėlimo procesą į IT kontekstą.

### Išvados

1. Slaugymo istorijos sudedamosios dalys (jų pildymas) leidžia užtikrinti nepertraukiamą slaugymo procesą, aktyviai dalyvauti pačiam pacientui ar jo artimiesiems, būti komunikavimo įrankiu sveikatos priežiūros komandoje, parodyti slaugytojo prisiimtos atsakomybės svarbą.

2. Slaugymo istorija savo apimtimi, požiūriu ir slaugymo veiksmų tęstinumu ir atsekamumu leidžia pacientams išsakyti lūkesčius, o slaugytojams juos užrašyti ir įvykdyti. Tai vienas iš pagrindinių kokybės principų įvykdymo, teikiant bet kokias paslaugas.

3. Slaugymo istorija išsamiai standartizuota, ir tai leidžia taupyti slaugos specialistams laiką, užtikrinti aktyvų paciento / jo artimųjų dalyvavimą slaugos procese, gerina bendradarbiavimą sveikatos priežiūros specialistų komandoje. Tuo pačiu ji parengta elektroninei versijai.

### Literatūra

1. Björvell C, Thorell-Ekstrand I & Wredling R. The preparation of the audit of nursing plans on the patient record. *Quality in Health Care* 2000; 9(1): 6-13.  
<https://doi.org/10.1136/qhc.9.1.6>
2. Blairas W & Smith B. *Care Papers: Basics and obstacles.* *Modern Nurse* 2012; 41(2): 160-168.
3. Cheevakasemsook A, Chapman Y, Francis K, Davies C. Analysis of the complexity of nursing documents. *International Nursing Practice Magazine* 2006; 12(3): 366-374.  
<https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2006.00596.x>
4. Collins SA, Cato AK, Albers D, Scott K, Stetson PD, Bakken S & Vawrey DK. Care and patient mortality. *American Journal of Critical Care* 2013; 22(4): 306-313.  
<https://doi.org/10.4037/ajcc2013426>
5. De Marinis MG, Piredda M, Pascarella MC, Vincenzi B, Spiga F, Tartaglioni D, Alvaro R & Matarese M. "If this is not saved,



it has not been done!"? The consistency of nursing records and nursing care in Italian hospitals. *Clinical Nursing Journal* 2010; 19(5): 1544-1552.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03012.x6>.

6. Newell R, & Burnard P. *Vital notes for nurses: research for evidence-based practice*. Oxford; Malden, MA Blackwell 2006.
7. Janušonis V. Sveikatos priežiūra: vadyba ir kokybė. *Klaipėda*, 2010; 13-20, 37-59, 71-76.
8. <https://www.nursingworld.org/~4af4f2/globalassets/docs/ana/ethics/principles-of-nursing-documentation.pdf> (peržiūros data 2018-11-27).
9. [https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Documentation\\_and\\_Nursing.pdf](https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Documentation_and_Nursing.pdf) (Peržiūrėta 2018-11-27)

#### QUARANTOR QUALITY OF NURSING SERVICES – PATIENT NURSING HISTORY (GOOD PRACTICE)

**D.Virkietienė, J.Vaitiekienė**

Key words: nursing process, nursing history, quality of nursing services.

##### Summary

The article describes good practices in application form of patient care history in Klaipėda University Hospital. Examined and compared with foreign authors. What changes and experiences had to be survived by nursing professionals and nursing executives. Emphasis is placed on the responsibility of nurses and nursing history in order to provide quality nursing services.

The aim of the work is to reveal the peculiarities of filling the nursing history of patients in Klaipėda University Hospital. The subject of the work is the nursing history of the patient's, which is carried out more than 18 years at Klaipėda University Hospital. The experience of filling the nursing history of patients has been evaluated, taking into account the requirements of Ministry of Health for filling documentation of nursing process and marking of nursing actions, also the recommendations of foreign authors

have been evaluated. A systematic analysis of the scientific literature, interpretation of these data and a questionnaire on the quality assessment of nursing histories, approved by the head doctor of the hospital (form prepared by the author), was used. According to this questionnaire, a quality audit of the filling of nursing histories is performed each year. The results help to correct the nursing history fill form.

The recommendations made by foreign authors include a large number of principles for filling the nursing documentation. However, identified the 3 main rules reveal the essence of documented nursing actions:

1. Documentation is based on policy implemented by a medical institution and in accordance with approved standards and recommendations for nursing.

2. The data is presented in a clear, concise, objective, legible and timely manner that meets all legal and clinical requirements.

3. Assessment and supervision are carried out professionally, using science-based knowledge and based on competent skills.

The first form of nursing history in the Klaipėda University Hospital was approved in 2000 and was more focused on monitoring and evaluating essential vital functions, helping them with disruption, assessing the patient's critical condition, giving first aid and marking these activities. Last updated in 2015 the current nursing history provides initial assessment of the patient's condition, wound care, bed sore care, security plan, optimized marking of all nursing actions, ensuring prevention of possible complications, ensuring nursing continuity, and ensuring nursing responsibility. Nursing history has become standardized, saving nurses' working time, a tool for communication with the patient and hearing about his expectations and seeking quality nursing services.

Correspondence to: [j.vaitiekiene@kul.lt](mailto:j.vaitiekiene@kul.lt)

Gauta 2018-12-13