
CONCEPTUAL FRAMEWORK FOR ELECTRONIC NURSING RECORD

Vasilka Guyrova-Kancheva

Medical University – Plovdiv, Bulgaria, vasilka.kancheva@mu-plovdiv.bg

Angelina Kirkova-Bogdanova

Medical University – Plovdiv, Bulgaria, angelina.kirkova@mu-plovdiv.bg

Diana Paskaleva

Medical University – Plovdiv, Bulgaria, diana.paskaleva@mu-plovdiv.bg

Yovka Zlatanova

Medical University – Plovdiv, Bulgaria, yovka.zlatanova@mu-plovdiv.bg

Daniela Taneva

Medical University – Plovdiv, Bulgaria, daniela.taneva@mu-plovdiv.bg

Abstract: Nurses are healthcare professionals with a clearly defined job description in most countries worldwide. The fact is that over the years, the essence of their functions has changed dynamically in parallel with the evolving healthcare systems and the healthcare needs of modern societies. Several political, socio-economic, and cultural factors influence the nursing profession. In Bulgaria, one of the problems in modern nursing is the outdated nature of these functions and the lack of symbols related to the profession's autonomy, one of which is nursing documentation. The Regulation No. H-5 of October 17, 2025, adopted recently by the Ministry of Health, for the approval of the medical standard "Healthcare," marks the beginning of significant guidelines for Bulgarian nursing, affirming the profession's status and emphasizing its importance and role in healthcare systems. On the one hand, the standard is the result of a long-term dialogue between professional organizations, universities, medical institutions, and the government. On the other hand, the relevant requirements are set for medical institutions to comply with European directives and to guarantee the quality of healthcare. Thirdly, although not in importance, the standard requires the development of new, uniform protocols, technical sheets, and algorithms to standardize the didactic and clinical work of all interested structures. An important aspect of these standards is the patient's healthcare record, which will be prepared in the appropriate version, depending on the type of healthcare specialist (nurse, midwife, physician assistant, etc.). Up to now, a limited number of institutions in Bulgaria use the term "nursing record", and it has remained in the sphere of hypotheses and plans for improving nursing theory and practice. The latter is evidenced by numerous sources in the scientific literature, linking the presence of a nursing record to increased care efficiency and quality. At the same time, the development of information technologies and the introduction of the National Health Information System (NHIS) create a prerequisite for the electronic nursing record from the very beginning. Regardless of the carrier of its functionality, timely and reliable framing of its content is necessary, consistent with European standards, Bulgarian legislation, and the specifics of healthcare. The possibility of framing the record is provided through an international project, Contract No. BG-RRP-2.004-0007-C01/3.4.16 "Digitalization of nursing care through the implementation of an electronic nursing record" and the international cooperation that arose in its course. This report aims to outline the content of the nursing record, regardless of the carrier, and in accordance with the Medical Standard "Health Care".

Keywords: healthcare, medical standard, nursing record

КОНЦЕПТУАЛНА РАМКА НА ЕЛЕКТРОННОТО СЕСТРИНСКО ДОСИЕ

Василка Гюрова-Кънчева

Медицински университет – Пловдив, България, vasilka.kancheva@mu-plovdiv.bg

Ангелина Киркова-Богданова

Медицински университет – Пловдив, България, angelina.kirkova@mu-plovdiv.bg

Диана Паскалева

Медицински университет – Пловдив, България, diana.paskaleva@mu-plovdiv.bg

Йовка Златанова

Медицински университет – Пловдив, България, yovka.zlatanova@mu-plovdiv.bg

Даниела Танева

Медицински университет – Пловдив, България, daniela.taneva@mu-plovdiv.bg

Резюме: Медицинските сестри са професионалисти по здравни грижи с ясно диференцирана длъжностна характеристика в повечето държави по света. Факт е, че през годините същността на техните функции се променя в динамика успоредно с еволюиращите здравни системи и здравните потребности на съвременните общества. Влияние върху сестринската длъжност оказват редица политически и социално-икономически фактори, традициите и културното възприятие. В България един от проблемите на съвременното сестринство е дезактуализацията на тези функции и липсата на символи свързани с автономността на професията, един от които е сестринската документация. С новоприетата от Министерство на здравеопазването Наредба № Н-5 от 17 октомври 2025г. за утвърждаване на медицински стандарт „Здравни грижи“ се поставя началото на някои значими за българското сестринство насоки, които утвърждават статута на професията и подчертават нейното значение и роля в здравните системи. От една страна стандартът се явява резултат от дълготраен диалог между съсловните организации, университетите, лечебните заведения и правителството. От друга страна се задават съответните изисквания към лечебните заведения, които да отговарят на европейските директиви и които да гарантират качество на здравните грижи. На трето място, но не и по значение, стандартът изисква изработването на нови и единни протоколи, технически фишове и алгоритми, които да стандартизират дидактическата и клиничната работа на всички заинтересовани структури. Важна точка от тези стандарти е досието на пациента по здравни грижи, което ще се подготви в съответния вариант, в зависимост от типа на специалистите по здравни грижи - медицинска сестра, акушерка, лекарски асистент и др. До този момент в България ограничен брой институции боравят с термина „сестринско досие“ и то е останало в сферата на хипотезите и плановете за подобряване на сестринската теория и практика. За последното свидетелстват многобройни източници в научната литература, свързващи наличието на сестринско досие с повишаване ефективността на грижата и нейното качество. В същото време, развитието на информационните технологии и въвеждането на Национална здравна информационна система (НЗИС) създават предпоставка за развитието на сестринското досие в неговия електронен вариант още от самото начало. Независимо от носителя на неговата функционалност е необходимо своевременно и надеждно рамкиране на съдържанието му, което да е съобразено едновременно с европейските стандарти, българското законодателство и особеностите на здравеопазването. Възможността за рамкиране на досието е предоставена чрез международен проект Договор № BG-RRP-2.004-0007-C01/3.4.16 „Дигитализация на сестринските грижи чрез внедряване на електронно сестринско досие“ и породилото се в хода му международно сътрудничество. Настоящият доклад цели да очертае съдържанието на сестринското досие, независимо от носителя и отговаряйки на заложеното в Медицински стандарт „Здравни грижи“.

Ключови думи: здравни грижи, медицински стандарт, сестринско досие

1. ВЪВЕДЕНИЕ

Съвременните здравни системи се характеризират с висока динамика, фрагментация на данните и необходимост от повишена координация на грижите. В този контекст електронното сестринско досие (ЕСД) се превръща в ключов инструмент за обединяване на клиничната информация, осигуряване на проследимост и подпомагане на клиничното вземане на решения. Наредба № Н-5 (Министерство на здравеопазването, 2025) поставя основата за стандартизиране на сестринската документация в България, като предвижда създаване на единна структура на досието, адаптирана към различните специалисти по здравни грижи. Множество международни източници (ICN, 2018; ICN, 2021; WHO, 2020; Directive 2005/36/EC; Directive 2011/24/EU) (ICN, WHO, EU directives) подчертават значението на дигиталната документация като инструмент за подобряване на безопасността, намаляване на грешките и осигуряване на прозрачност на процесите. Въвеждането на ЕСД е важно и в контекста на НЗИС, която поставя основата за интероперативност и цифрова интеграция.

2. МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

Използван е комбиниран методологичен подход, включващ анализ на нормативни документи, международни стандарти (ICN, WHO, EU), както и функционален анализ на реални болнични информационни системи. Използван е процесно-ориентиран модел за структуриране на функционалностите на ЕСД. Чрез сравнение между международни рамки и български изисквания, е разработена подробна концептуална структура, която може да бъде интегрирана както в НЗИС, така и в локалните болнични системи. Процесът на изготвянето на досието е проследим чрез отчетните документи по проект № BG-RRP-2.004-0007-C01/3.4.16 „Дигитализация на сестринските грижи чрез внедряване на електронно сестринско досие“.

3. РЕЗУЛТАТИ

Резултатите очертават пълната рамка на ЕСД, организирана в 17 ключови модула, които съответстват на международните стандарти за сестринска документация и на Медицински стандарт „Здравни грижи“ (Таблица 1). Тази структура осигурява пълно покритие на сестринския процес и позволява проследяване на основните сестрински и интердисциплинарни дейности.

Таблица 1. Основна рамка на електронното сестринско досие

	Модул	Описание
1	Болнични стаи	Отчита леглова база, разпределение и заетост. Показва лични данни и сигнализира за ЛОР, алергии, инфекции, кръвна група и резус фактор, инциденти.
2	Болнично легло/пациент	Показва име и придружаващи заболявания. Позволява прием, настаняване, преместване, изписване, превеждане.
3	Соматични показатели	Позволява регистриране/планиране за измерване на кръвно налягане, пулс, дишане, температура, централно венозно налягане, диуреза, сатурация, поставяне на периферен венозен източник, дефекация.
4	Изследвания	Позволява добавяне на резултати от изследвания чрез регистрация, качване на файл или правене на снимка. Изследването може и да се планира, както и да се добавят данни за подготовката на пациента. Възможност за свързка с основната болнична информационна система за избягване дублирането на информацията.
5	Терапия	Отчитане на направената терапия чрез изпълнение/ планиране. Индикира назначението, мерната му единица и начина на приложение. Възможност за свързка с основната болнична информационна система за избягване дублирането на информацията. Възможност за интегриране на лекарствен калкулатор.
6	Сестрински диагнози	Позволява въвеждане на сестринска анамнеза, избор на сестринска диагноза със съответния свързващ фактор/и (NANDA 2024-2026). Избор на сестринска интервенция за съответната диагноза.
7	Планирано	Позволява управление на предстоящите или просрочените дейности, които символично се известяват. Има опция за коментари и не позволява изтриване без обяснение.
8	Манипулации	Могат да се извършват или планират: уретрален катетър, назогастрална сонда, превръзка, пункция, скарификационна проба, електрокардиограма, антропометрия, почистване на храносмилателен тракт, физиолечебни процедури, хигиенни грижи и други.
9	Хранене	Освен диетата (по Певзнер) позволява отчитане на самото хранене (вид прием, проблеми, количество).
10	Инциденти	Свободен текст относно събития извън нормалността.
11	Визитация	Позволява дигитализирането на различни форми на визитация, избор на визитиращ екип, с опция за принтиране.
12	Работен график	Позволява изготвяне на работен план-график за персонала.
13	Сестрински рапорт	Сменни рапорти и предаване на информация. Автоматизиране на процеса за предаване на част от информацията чрез вече въведени в други модули данни.
14	Отчети/справки	Позволява проследяване и контрол на извършените дейности.
15	Здравна просвета	Наличните файлове са с дидактическо-практическа насоченост за поддържане на здравето и превенция на усложнения. Могат да се принтират, сканират с QR код или да се изпращат по имейл.
16	Складова база	Позволява управление на консумативи при предварително зададен минимум. Позволява лесно въвеждане на нови артикули.
17	Дезинфекционен график	Позволява изготвяне, редактиране и принтиране на дезинфекционен план в реално време.

Източник: Авторите

Източник: Авторите

4. ДИСКУСИЯ

Внедряването на електронното сестринско досие (ЕСД) засяга няколко ключови измерения: клинични, организационни, технологични и социални. ЕСД не е само инструмент за регистриране на извършените

дейности, а централен елемент на клиничната логика на сестринството, който позволява структурирано, последователно и научно обосновано документиране на грижата. На клинично ниво ЕСД подобрява качеството и безопасността чрез намаляване на грешки, повишаване на проследимостта и осигуряване на добра комуникация между членовете на мултидисциплинарния екип. Международните изследвания показват, че структурираното документиране подкрепя ефективното клинично вземане на решения, включително оценка на риска, ранно откриване на влошаване и подобро планиране на грижата (Topaz & Bowles, 2016). От организационна гледна точка дигитализацията на сестринската документация представлява трансформация, която изисква адаптиране на процесите, обучение на персонала (Kidayi et al., 2025), (Reiersen et al., 2025) и осигуряване на нови форми на управление на качеството. ЕСД позволява проследяване на ключови индикатори на качеството, автоматизирани справки, анализ на времето за изпълнение на дейностите и управление на натоварването на персонала. Това се подкрепя от международни анализи на резултатите от сестринската практика (Moorhead et al., 2018; WHO, 2020). Електронното сестринско досие обаче трябва да се разработва спрямо индивидуалните нужди на пациента с участието на медицинските сестри като крайни потребители (Hynnekleiv et al., 2025).

Технологичните аспекти включват интероперативност, стандартизация на данните, използване на кодирани терминологии (например NANDA, NIC, NOC), както и интеграция с НЗИС. Наличието на единен стандартен формат позволява обмен на данни (Collins et al., 2018) между лечебните заведения, което е особено важно при мобилността на пациенти и персонал. Социалното измерение на ЕСД се изразява в повишена прозрачност, достъпност на информацията и подкрепа за правата на пациента. Електронната документация позволява изграждане на доверие, като осигурява проследим и разбираем запис на грижите. По-широката перспектива включва възможността за анализ на данни в голям мащаб (big data), машинно обучение и изкуствен интелект за прогнозиране на рискове, моделиране на интервенции и оптимизация на процесите. В този контекст ЕСД се превръща в основа на модерното управление на здравни системи, изследвания и иновации. Систематичен обзор от 2025 г. (Shi et al., 2025) показва, че системите, поддържащи електронен запис за пациента подобряват както скрининга, така и предоставянето на грижи, като намаляват разходите чрез превенция на нежелани събития. Концепциите за интероперативност и дигитални компетентности са в съответствие с ICN стандартите (ICN, 2021) и добрите практики в обмена на данни (Collins et al., 2018).

5. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Предложената разширена рамка на ЕСД е не само инструмент за документиране, но и стратегически ресурс за повишаване на качеството на сестринските грижи, оптимизиране на процесите и интегриране на българската здравна система в европейската цифрова среда. Освен това, предложената концептуална рамка позволява структуриране на досие в различен от електронния формат за целите на образованието, законодателството или клиничната практика.

6. ФИНАНСИРАНЕ

Това изследване е финансирано от Европейския съюз – NextGenerationEU, чрез Националния план за възстановяване и устойчивост на Република България, проект с договор № BG-RRP-2.004-0007-C01/.

ЛИТЕРАТУРА

- Collins, S. A., Bakken, S., Vawdrey, D. K., Coiera, E., & Currie, L. (2018). Health information exchange and nursing. *Nursing Outlook*, 66(2), 130–138. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2018.05.007>
- Darvish, A., Bahramnezhad, F., Keyhanian, S., & Navidhamidi, M. (2014). The role of nursing informatics. *Nursing and Midwifery Studies*, 3(4), e25789. <https://doi.org/10.17795/nmsjournal25789>
- Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council. (2005). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex:32005L0036>
- Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council. (2011). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:32011L0024>
- Hebda, T., Hunter, K., & Czar, P. (2018). *Handbook of Informatics for Nurses and Healthcare Professionals* (6th ed.). Pearson.
- Hynnekleiv, I.I., Giske, T., & Heggdal, K. (2025). How is individualized nursing care documented in nursing records of cancer patients: A qualitative content analysis. *BMC Nursing*, 24(1), 583.
- International Council of Nurses. (2018). ICN Code of Ethics for Nurses. <https://www.icn.ch/our-professional-practice/nursing-ethics>
- International Council of Nurses. (2018). ICN Code of Ethics for Nurses. <https://www.icn.ch/our-professional-practice/nursing-ethics>

- Kidayi, M.A., Stephano, E.E., Sellah, Z.J., Mtoro, M.J., & Min, Y. (2025). Nursing informatics competence and its associated factors among nurses in Tanzania: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, 24(1), 1077.
- McBride, S., Tietze, M., Robichaux, C., & Saban, K. (2019). *Nursing informatics for the advanced practice nurse*. Springer.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2018). *Nursing Outcomes Classification (NOC) (6th ed.)*. Elsevier.
- Reiersen, I.Å., Mofossbakke, R.G., & Solli, H. (2025). Nursing students' perspectives on learning electronic health record documentation in an academic setting and during clinical placement: a qualitative study. *BMC Nursing*, 24(1), 764.
- Shi, Q., Wotherspoon, R., & Morphet, J. (2025). Nursing informatics and patient safety outcomes in critical care settings: a systematic review. *BMC Nursing*, 24(1), 546.
- Topaz, M., & Bowles, K. (2016). Data quality in electronic health records. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(2), 205–213. <https://doi.org/10.1111/jnu.12296>
- World Health Organization. (2020). *State of the world's nursing 2020*. WHO Press. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>
- Министерство на здравеопазването. (2025). Наредба № Н-5. <https://www.mh.government.bg>