

# Primjena sestrinske dokumentacije u bolničkom zdravstvenom sustavu

---

**Klarić, Monika**

**Undergraduate thesis / Završni rad**

**2022**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **Bjelovar University of Applied Sciences / Veleučilište u Bjelovaru**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:144:463273>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-12-25**



*Repository / Repozitorij:*

[Repository of Bjelovar University of Applied Sciences - Institutional Repository](#)



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU  
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

**PRIMJENA SESTRINSKE DOKUMENTACIJE U  
BOLNIČKOM ZDRAVSTVENOM SUSTAVU**

Završni rad br. 77/SES/2022

Monika Klarić

Bjelovar, listopad 2022.



Veleučilište u Bjelovaru  
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

### 1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Student: **Monika Klarić**

JMBAG: 0314012510

Naslov rada (tema): **Primjena sestrinske dokumentacije u bolničkom zdravstvenom sustavu**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo**

Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **Marina Friščić, mag.med.techn.**

zvanje: **viši predavač**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. **Gordana Šantek-Zlatar, mag. med. techn., predsjednik**
2. **Marina Friščić, mag.med.techn., mentor**
3. **Ivana Jurković, mag. educ. philol. angl. et germ., član**

### 2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 77/SES/2022

U sklopu završnog rada potrebno je:

1. Objasniti primjenu sestrinske dokumentacije u bolničkom zdravstvenom sustavu
2. Opisati sastavnice sestrinske dokumentacije u bolničkom zdravstvenom sustavu
3. Objasniti primjenu kategorizacije pacijenta u bolničkom zdravstvenom sustavu
4. Prikazati slučaj pacijenta kroz kategorizaciju pacijenta i proces zdravstvene njege u bolničkom zdravstvenom sustavu

Datum: 24.08.2022. godine

Mentor: **Marina Friščić, mag.med.techn.**



*Zahvaljujem mentorici Marini Frišćić mag. med. techn. na pomoći i stručnom usmjeravanju prilikom odabira teme i pisanja završnog rada.*

*Posebno hvala mojoj obitelji i prijateljima na podršci i strpljenju tijekom studiranja, te kolegama s posla koji su uvijek bili spremni za pomoć ili zamjenu smjene za potrebe studiranja.*

# SADRŽAJ

1. UVOD .....	1
1.1.  Sestrinska dokumentacija .....	2
1.2.  Načela sestrinske dokumentacije .....	3
1.3.  Sastavnice sestrinske dokumentacije u bolničkom sustavu.....	4
1.4.  Kategorizacija pacijenata ovisno o potrebama za zdravstvenom njegom .....	10
1.5.  Kritični indikatori zdravstvene njege .....	14
1.6.  Važnost primjene i implementacije planova zdravstvene njege.....	14
1.6.1.  Klasifikacija ishoda zdravstvene njege .....	15
1.7.  Kvaliteta sestrinske dokumentacije .....	16
1.8.  Sustavi evidencije medicinskih sestara za poboljšanje zdravstvene njege.....	17
2. CILJ RADA.....	19
3. PRIKAZ SLUČAJA .....	20
3.1.  Anamnestički podaci .....	20
3.2.  Klinička slika i tijek liječenja .....	20
3.3.  Proces zdravstvene njege.....	21
3.3.1.  Sestrinske dijagnoze tijekom hospitalizacije .....	22
4. RASPRAVA.....	27
5. ZAKLJUČAK .....	30
6. LITERATURA.....	31
7. OZNAKE I KRATICE.....	33
8. SAŽETAK.....	34
9. SUMMARY .....	35

## 1. UVOD

Medicinske sestre uključene su u mnoge aktivnosti u zdravstvenoj ustanovi od prijema bolesnika do otpusta. Pružaju kontinuiranu 24-satnu skrb o pacijentima, koja je organizacijski podijeljena kroz više smjena medicinskih sestara. Skrb za pacijenta uključuje provođenje procjena, postavljanje sestrinskih dijagnoza, razvoj planova intervencije, provedbu skrbi i izradu evaluacija za modificiranje ili prekid skrbi. Primjeri sestrinskih intervencija uključuju planiranje otpusta i edukaciju, pružanje emocionalne podrške, samozbrinjavanje i oralnu njegu, praćenje unosa i izlučivanja tekućine, kretanje, pružanje obroka i nadzor općeg stanja pacijenta. Pružanje sestrinske njege treba uključiti pacijenta. Medicinska sestra s poštovanjem komunicira, koordinira i integrira njegu, pruža edukaciju i informacije te vodi računa o sveobuhvatnoj i kontinuiranoj fizičkoj i emocionalnoj udobnosti pacijenta (1). Osim toga, medicinska sestra koristi odgovarajuću strategiju za uspostavljanje dobrog odnosa s pacijentom i sposobna je razumjeti stanje pacijenta na takav način da ga može motivirati da aktivno sudjeluje u svakoj sestrinskoj aktivnosti.

Svaka aktivnost medicinske sestre treba uzeti u obzir sigurnost pacijenta. Medicinske sestre odgovorne su za sprječavanje pacijenata od pada i razvoja dekubitusa, infekcija mokraćnog sustava i bolničkih infekcija. Medicinske sestre unaprijed pružaju edukaciju i informacije o postupcima uključenim u sestrinske intervencije i uključuju pacijente radi njihove vlastite sigurnosti. Učinkovita komunikacija je ključ sigurnosti pacijenata.

Sestrinska aktivnost koja je završena ili koja će se odvijati treba biti pravilno dokumentirana. Točna dokumentacija i izvješća imaju ključnu ulogu u zdravstvenim uslugama. Sestrinska dokumentacija je neophodna za identifikaciju sestrinskih intervencija koje su pružene pacijentima i za prikaz napretka pacijenta tijekom hospitalizacije. To je također pokazatelj rada medicinske sestre i kvalitete usluga medicinske sestre u zdravstvenoj ustanovi. Dokumentacija pruža pojedinosti o stanju pacijenta, pruženim medicinskim intervencijama i odgovoru pacijenta na sestrinske intervencije (2).

Obavezan dio sestrinske dokumentacije je sestrinska anamneza, sestrinske dijagnoze i osobitosti o pacijentu, praćenje stanja pacijenta tijekom hospitalizacije i trajno praćenje postupaka, medicinsko-tehnički i dijagnostički postupci, trajno praćenje stanja pacijenta, plan zdravstvene njege, lista provedenih sestrinskih postupaka i otpusno pismo zdravstvene njege.

Sestrinska dokumentacija također služi kao učinkovit alat inter-profesionalne komunikacije između medicinskih sestara i drugih zdravstvenih djelatnika za pružanje stalne

sestrinske skrbi, evaluaciju napretka i ishoda pacijenata i pružanje stalne zaštite pacijenata. Visokokvalitetna sestrinska dokumentacija može poboljšati učinkovitost komunikacije između zdravstvenih djelatnika u zdravstvenim ustanovama između radnih jedinica. Dokumentaciju treba čuvati odgovarajuće vrijeme i treba biti sažeta i jasna; potpuna, točna i ažurna dokumentacija zaštitit će medicinsku sestru na sudu (3). Ispravna dokumentacija može potaknuti medicinsku sestru da uspostavi kontinuitet između dijagnoze, intervencije, napretka i evaluacije ishoda zdravstvene njege.

## **1.1. Sestrinska dokumentacija**

Jasna, točna i dostupna sestrinska dokumentacija bitan je element sigurne, kvalitetne sestrinske prakse utemeljena na dokazima. Medicinske sestre rade u različitim okruženjima, na razinama položaja, od postelje kraj pacijenta do administrativnog posla te su odgovorne za sestrinsku dokumentaciju koja se koristi u cijeloj organizaciji. To može uključivati ili dokumentaciju o sestrinskoj njezi koju pružaju medicinske sestre ili medicinsku dokumentaciju koju mogu koristiti svi članovi multidisciplinarnog tima koje vodi medicinska sestra i koristi se u smjernicama organizacije (4).

Dokumentacija o radu medicinskih sestara također je ključna za učinkovitu komunikaciju međusobno i s drugim disciplinama. To je način na koji medicinske sestre stvaraju zapise njihovih intervencija izravno ili neizravno uključene u zdravstvenu skrb. Također pruža osnovu za demonstraciju i razumijevanje doprinosa sestrinstva ishodima skrbi za pacijente i na održivost i učinkovitost organizacija koje pružaju i podržavaju kvalitetnu njegu pacijenata. Dokumentacija se ponekad smatra opterećujućom, pa čak i kao odvratanje pažnje od njege pacijenta. Dokumentacija visoke kvalitete, međutim, nužan je i sastavni aspekt rada medicinskih sestara u svim ulogama i zdravstvenim sustavima (5). To zahtijeva da se medicinskim sestrama osigura dovoljno vremena i resursa za podršku dokumentacijskim aktivnostima. U trenutku pristupanja, generiranje i dijeljenje informacija u zdravstvu se brzo mijenja, te je osobito važno artikulirati i ojačati načela koja su osnovna učinkovitom dokumentiranju sestrinskih postupaka.

Brzina inovacija i usvajanje digitalne tehnologije takve sestrinske dokumentacije zahtijevaju točnost, povjerljivost i sigurnost dokumentacije pacijenata, u skladu s regulatornim smjernicama, jesu i ostatak će najvažniji aspekt skrbi bez obzira na tehnološku platformu.

Medicinske sestre dokumentiraju svoj rad i rezultate iz više razloga, a najvažniji je za komunikaciju unutar zdravstvenog tima i pružanje informacija za druge stručnjake, prvenstveno za pojedince i skupine uključene u akreditaciju, izdavanje vjerodajnica, pravne, regulatorne te aktivnosti zakonodavstva, naknade, istraživanja i kvalitete (6).

## **1.2. Načela sestrinske dokumentacije**

Politika American Nurses Association (ANA) kao i državni zakoni o radu medicinske sestre, vladini propisi i organizacijske politike i procedure, uključuju dokumentaciju kao bitnu komponentu sestrinske prakse. Sukladno tome, američka Udruga medicinskih sestara predstavlja sljedeća načela (7):

- Načelo 1. Karakteristike dokumentacije
- Načelo 2. Obrazovanje i obuka
- Načelo 3. Politike i postupci
- Načelo 4. Sustavi zaštite
- Načelo 5. Unosi dokumentacije
- Načelo 6. Standardizirana terminologija
- Načelo 7. Karakteristike dokumentacije.

Kvalitetna dokumentacija je (8):

- Dostupna
- Točna, relevantna i dosljedna
- Revizijska
- Jasna, sažeta i potpuna
- Čitljiva (osobito u smislu rezolucije i povezane kvalitete sadržaja dok se prikazuje na zaslonima raznih uređaja)
- Promišljena
- Pravovremena, istovremena i sekvencijalna
- Odras procesa zdravstvene njege



- Daje mogućnost trajnog preuzimanja na način specifičan za zdravstvenu njegu.

Medicinske sestre moraju biti osigurane u svim okruženjima i na svim razinama usluga sveobuhvatnim obrazovanjem i edukacijom u tehničkim elementima dokumentacije i organizacije te procedure koje se odnose na dokumentaciju. Ovo obrazovanje i obuka trebaju uključivati kadrovska pitanja koja uzimaju u obzir vrijeme potrebno za rad na dokumentaciji kako bi se osiguralo da je svaka medicinska sestra sposobna za (9):

- Funkcionalno i vješto korištenje globalnog dokumentacijskog sustava
- Osposobljenost za korištenje računala
- Stručnost u korištenju softverskih sustava u kojima dokumentaciju ili drugu relevantnu njegu pacijenata, njegu i zdravstvenu skrb bilježe izvješća, dokumenti i podaci.

Budući da standardizirana terminologija dopušta agregiranje podataka i analizira, ta bi terminologija trebala uključivati pojmove koji opisuju planiranje, pružanje i evaluaciju sestrinske skrbi pacijenta u različitim okruženjima.

### **1.3. Sastavnice sestrinske dokumentacije u bolničkom sustavu**

Sestrinska dokumentacija u bolničkom sustavu uglavnom se sastoji od podataka o pacijentovom stanju ili povijesti njege koja se naziva obrazac za prijem, brojni obrasci za procjenu, plan zdravstvene njege i bilješke o napretku (evaluacija) (10). Ovi dokumenti bilježe pacijentove podatke prikupljene u relevantnim fazama procesa zdravstvene njege. Sljedeći odjeljci opisuju koncept, cilj, moguću strukturu i sadržaj ovih dokumenata za njegu koristeći primjer dokumentacije za njegu koja je prilagođena svim radilištima.

Prijamni list temeljni je zapis u sestrinskoj dokumentaciji. Dokumentira status pacijenta, razloge zbog kojih je pacijent primljen i početne upute za skrb tog pacijenta. Obrazac popunjava medicinska sestra prilikom prijema pacijenta u zdravstvenu ustanovu. Obrazac za prijem daje osnovne podatke za postavljanje temelja za daljnju procjenu sestrinske skrbi. Obično sadrži opće podatke o pacijentu, kao što su ime, spol, dob, datum rođenja, adresa, kontakt, identifikacijske informacije i neke opise situacije o braku, poslu ili vjerskih ograničenja za vrijeme liječenja (11). Na temelju različitih zahtjeva, ovaj obrazac također može bilježiti obiteljsku povijest bolesti, prošlu medicinsku povijest, povijest sadašnje bolesti i alergije.







Plan zdravstvene njege je klinički dokument kojim se bilježi proces sestrinske skrbi, a to je sustavna metoda planiranja i pružanja skrbi pacijentima. Izvorno je razvijen u bolnicama za usmjeravanje studenata sestrinstva ili mlađih medicinskih sestara u pružanju skrbi pacijentu; međutim, format je bio usmjeren na zadatke, a ne na procese zdravstvene njege. Danas se plan zdravstvene njege naširoko koristi u sestrinstvu u raznim kliničkim i obrazovnim okruženjima kao alat za usmjeravanje individualizirane sestrinske skrbi za pacijente.

USTANOVA		PLAN ZDRAVSTVENE NJEGE	
Ime i prezime:		Datum rođenja:	Odjel:
Matični broj:		Sestrinska dijagnoza po prioritetu:	
Cij po prioritetu:			
DATUM	SESTRINSKI POSTUPCI	EVALUACIJA	

Potpis VMS, broj registra:

Slika 4. Plan zdravstvene njege

Izvor: <https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/dodatni/416205.pdf>

Medicinske sestre izrađuju planove zdravstvene njege na temelju procjena koje su prethodno obavile s pacijentom. Postoji mnogo načina strukturiranja planova zdravstvene njege u skladu s različitim potrebama sestrinske skrbi u različitim sestrinskim specijalnostima. Na primjer, proces zdravstvene njege u domu za starije i nemoćne osobe može biti strukturiran s nekoliko odjeljaka pod svakom domenom skrbi kao što su bol, pokretljivost, stil života, prehrana i kontinencija. Podaci se bilježe u stilu slobodnog teksta, a različiti pojmovi se koriste pojedinačno ili u kombinaciji za imenovanje svakog od četiri odjeljka u formatima koje koristi objekt tijekom određenog razdoblja. U bolničkom sustavu svaki segment procesa zdravstvene njege formiran je prema obrascima od anamneze, podataka o pacijentu, kategorizacije, sestrinskih dijagnoza, decursusa i evaluacije (13). Uz spomenute obrasce nalazi se i sestrinsko otpusno pismo gdje medicinska sestra zapisuje informacije važne za nastavak liječenja u kućnom okruženju ili nastavku liječenja u drugoj zdravstvenoj ustanovi.

USTANOVA		OTPUŠNO PISMO ZDRAVSTVENE NJEGE					
Pacijent	Datum rođenja	Adresa Tel.:	Grad/građevinsko područje				
Zakazni odobreni odjel	Smjesto	Adresa odjel Tel.:	Klinika/Odjel				
Datum prijema	Vrijeme otpusta (datum, sat)						
Medicinska dijagnoza kod otpusta					Istovani odjel/odjel		
					Šta:		
<b>SOCIJALNI STATUS</b>							
Zivi sam	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Socijalno stanje	Ima li neko prilikom pomoći pri obavljanju kućnih poslova	U slučaju da je prijema u bolnicu bili uključeni			
Zivi sa:		Komunikacijski partneri	<input type="checkbox"/> Suprug-a <input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> Dijete <input type="checkbox"/> Brat/sestra <input type="checkbox"/> Prijatelj <input type="checkbox"/> Susjed-a <input type="checkbox"/> Neko	<input type="checkbox"/> Članovi obitelji <input type="checkbox"/> Zdravstvena njega u kući <input type="checkbox"/> Nepridržna organizacija <input type="checkbox"/> Ostava brata ili sestre <input type="checkbox"/> Zdravstvena njega kroz sam plaću <input type="checkbox"/> Kutna pomoćnica <input type="checkbox"/> Neko, nije istovani			
U kojem segmentu njega, značajna osoba ne mogu pomoći: <input type="checkbox"/> Kod specifičnih postupaka (npr. rasplućivanje, peritonealna dijaliza...) <input type="checkbox"/> U općim rane <input type="checkbox"/> Kod prevoznika komplikacija dugotrajnog liječenja <input type="checkbox"/> Kod osobne njegene intermedijarnog pacijenta <input type="checkbox"/> Kod kupanja, šetnje <input type="checkbox"/> Drugo:							
<b>PROVEDENA ZDRAVSTVENA NJEGA U BOLNICI/POSTUPCI</b>							
Koliko je pacijent informisan i uključivan u bolnicu o svojoj rehabilitaciji zdravstvenom stanju: Informisan: <input type="checkbox"/> Potpuno <input type="checkbox"/> Delimično <input type="checkbox"/> Nimalo Uključivan: <input type="checkbox"/> Potpuno <input type="checkbox"/> Delimično <input type="checkbox"/> Nimalo Pacijentu date pisane upute o:							
Nakon istovanih zdravstvenih stanja, po otpustu iz bolnice, što pacijent zna i može učiniti sam u procesu samozbrinjavanja							
<b>UTVRĐIVANJE POTREBA ZA KONTINUIRANOM ZDRAVSTVENOM NJEGOM U KUĆI</b>							
<input type="checkbox"/> Pacijent bolna, po otpustu iz bolnice, zdravstvena njega u kući <input type="checkbox"/> Informacije potrebne za njegu u kući <input type="checkbox"/> Informacije o drugim zdravstvenim potrebama ili dodatnim potrebama							
Vremenska razdoblja: nužnost prilikom postavljanja ZN u kući <input type="checkbox"/> 15-30 dana po otpustu <input type="checkbox"/> 30-60 dana po otpustu <input type="checkbox"/> Više od 60 dana po otpustu <input type="checkbox"/> Trajno (dugo) po otpustu							
<b>OPŠIRNIJI STATUS</b>							
Fizičko stanje		Mentalno stanje	Autonomnost	Prijateljstvo	Iskustvenost	Prehrana	Talacitna
<input type="checkbox"/> Dobro <input type="checkbox"/> Dobar <input type="checkbox"/> Srednje <input type="checkbox"/> Loše	<input type="checkbox"/> Pri svjetlosti <input type="checkbox"/> Kvalitativno pozitivan <input type="checkbox"/> Konfuzan <input type="checkbox"/> Depresivan	<input type="checkbox"/> Potpuno <input type="checkbox"/> Delimično <input type="checkbox"/> Nimalo	<input type="checkbox"/> Potpuno <input type="checkbox"/> Delimično <input type="checkbox"/> Nimalo	<input type="checkbox"/> Potpuno <input type="checkbox"/> Delimično <input type="checkbox"/> Nimalo	<input type="checkbox"/> Potpuno <input type="checkbox"/> Delimično <input type="checkbox"/> Nimalo	<input type="checkbox"/> Potpuno <input type="checkbox"/> Delimično <input type="checkbox"/> Nimalo	<input type="checkbox"/> Potpuno <input type="checkbox"/> Delimično <input type="checkbox"/> Nimalo
Detaljno: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>		Drugi stanje: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>		Nepredviđeni događaji			
Lokalizacija		Tip rane		Nepredviđeni događaji			
Bijeljenje		Lokalizacija		<input type="checkbox"/> Slom <input type="checkbox"/> Rana <input type="checkbox"/> Nepravilna njega			
Vrednost		Vrednost		<input type="checkbox"/> Peritonealna dijaliza <input type="checkbox"/> Kontinuirana hemodijaliza			
Sadržaj		Sadržaj		<input type="checkbox"/> Teška epistemična energija <input type="checkbox"/> Unovani katester <input type="checkbox"/> CVK <input type="checkbox"/> Drugo			
Prognoza rizika po životni status		Kvalitet njega					

SESTRINSKE DIJAGNOZE PRI OTPUSTU IZ BOLNICE	
Opis pacijentovih problema, uzroka, simptoma	Kategorija pacijenta
Preporučeni plan postupaka u ZN/Kućni put u tjednu	
<b>POTREBNI MATERIJALI/POMAGALA ZA ZDRAVSTVENU NJEGU</b>	
<input type="checkbox"/> Prevoz, bolna rana <input type="checkbox"/> Informacija <input type="checkbox"/> Referencija uzina <input type="checkbox"/> Kijev <input type="checkbox"/> Njega stoma <input type="checkbox"/> Njega karda <input type="checkbox"/> Njega na stolu <input type="checkbox"/> Tostila CVK <input type="checkbox"/> Njega na stolu Drugo:	Opis preporučene materijala/pomagala
<b>POTREBNA TERAPIJA/LJEKOVITOSTI KOD KUĆE</b>	
Pisani propisani lijekovi, dnevna doza, način uzimanja	
Mogućnost uzimanja/uzimanja lijekova <input type="checkbox"/> Pacijent može sam redovito uzimati lijekove <input type="checkbox"/> Potrebna kontrola kod uzimanja lijekova <input type="checkbox"/> Pacijentu treba druga osoba da uzima lijekove <input type="checkbox"/> Potrebna promjena preventivne terapije	
<b>DRUGI ZDRAVSTVENI RADNICI KOJI SU, IZ LJEČNIKA, UKLJUČENI U LJEČENJE U BOLNICI</b>	
<input type="checkbox"/> Fizioterapeut <input type="checkbox"/> Dišni aparat <input type="checkbox"/> Pulsozni <input type="checkbox"/> Logoped <input type="checkbox"/> Drugi:	Daljnji imenari: <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NE Kontakt: Kontakt: Kontakt:
<b>PACIJENTOVO DOŽIVLJAVANJE OTPUSTA (i njegovih značajnih osoba)</b>	
Datum:.....	
Potpis VMS odjela:.....	
Telefon:.....	

Slika 5. Prikaz otpusnog pisma zdravstvene njega

Izvor: <https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/dodatni/416205.pdf>

Bilješka o napretku je zapis sestrinskih intervencija i opažanja u procesu sestrinske skrbi. Pomaže medicinskim sestrama u praćenju i kontroli tijeka zdravstvene njega. Općenito, medicinske sestre bilježe informacije u zajedničkom formatu. Medicinske sestre će zabilježiti pojedinosti o pacijentovom kliničkom statusu ili postignućima tijekom zdravstvene njega.

## **1.4. Kategorizacija pacijenata ovisno o potrebama za zdravstvenom njegom**

Jedna od najkritičnijih i stalnih zabrinutosti s kojom se suočava administriranje sustava pružanja zdravstvene zaštite jest upravljanje i učinkovita primjena realnog osoblja u medicinskim sestrama temeljenog na razini oštine pacijenta. Zajedničko bolničko povjerenstvo, Uprava za financiranje zdravstvene njege, komore za izdavanje dozvola i udruženja medicinskih sestara postavljaju standarde za njegu na temelju načela svojstvenih ovoj kategorizaciji pacijenata i sustavu zapošljavanja medicinskih sestara. Sestrinsko osoblje potrebno u sestrinskoj jedinici može se pravilno odrediti samo učinkovitim sustavom koji procjenjuje potrebe pacijenata istovremeno s individualnim mogućnostima sestrinskog osoblja dodijeljenog jedinici. Isto tako, imperativ je da se dosljedno vode evidencije i izvještaji o obrascima zapošljavanja i potrebama pacijenta, redovito pregledavaju i revidiraju po potrebi (14). Sustav kategorizacije pacijenata nudi alate potrebne za pružanje i opravdanje adekvatnog sestrinskog osoblja koje udovoljava standardima za kvalitetu i primjerenost njege.

Na temelju podataka o kategorizaciji pacijenta i procjene spomenutih fizičkih čimbenika postavlja se pacijent u određenoj kategoriji ovisno o njegovim /njezinim potrebama. Na taj se način dobiva preporučeno vrijeme za njegu pacijenta u određenoj kategoriji tijekom 24 sata, kako slijedi (15):

- kategorija 1 – samostalan/a, 1-2 sata
- kategorija 2 - minimalna njega 3-5 h
- kategorija 3 - srednja skrb 6-9 h
- kategorija 4 - intenzivna njega 10 i više sati (4).

Uz to, primjenom ovog postupka osigurat će se zadovoljstvo pacijenta pravilnom raspodjelom i odgovarajućom količinom pružene zdravstvene njege. Primijećeno je da nedostatak klasifikacije pacijenata prema njihovim potrebama za zdravstvenom skrbi rezultira brojnim poteškoćama u vrednovanju sestrinskog rada i usluga, procjena većeg broj sestara i neadekvatno financiranje usluge njege (16). Nedostatak kategorizacije pacijenta dovodi do neodgovarajuće dugog boravka u bolnici na intenzivnoj njezi, pretvarajući jedinicu standardne njege u palijativnu skrb, neadekvatna preraspodjela medicinskih sestara i povećanje u administrativnom poslu.

Klinika: \_\_\_\_\_

Odjel: \_\_\_\_\_

### KATEGORIZACIJA BOLESNIKA

Ime i prezime: \_\_\_\_\_ Datum rođenja: \_\_\_\_\_

Datum hospitalizacije: \_\_\_\_\_

Dan hospitalizacije: \_\_\_\_\_

ČIMBENIK KATEGORIZACIJE	1	2	3	4
1. higijena				
2. odijevanje				
3. hranjenje				
4. eliminacija				
5. hodanje, stajanje				
6. sjedenje				
7. premještanje, okretanje				
8. rizik za pad				
9. stanje svijesti				
10. rizik za nastanak dekubitusa				
11. vitalni znaci				
12. komunikacija				
13. specifični postupci u zdravstvenoj njezi				
14. dijagnostički postupci				
15. terapijski postupci				
16. edukacija				
<b>BODOVI PO KATEGORIJAMA</b>				
<b>BODOVI UKUPNO</b>				
<b>KATEGORIJA</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

KATEGORIJA	BROJ BODOVA	
1	16 – 26	1 – 2 SATA
2	27 – 40	3 – 5 SATI
3	41 – 53	6 – 9 SATI
4	54 – 64	10 I VIŠE SATI

Slika 6. Prikaz kategorizacije pacijenta u bolničkom sustavu

Izvor: [https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2022\\_02\\_22\\_273.html](https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2022_02_22_273.html)



**BRADEN SKALA ZA PROCJENU SKLONOSTI NASTANKA DEKUBITUSA**

**1. SENZORNA PERCEPCIJA**

<b>1. KOMPLETNO OGRANIČENA</b>	<b>2. VRLO OGRANIČENA</b>	<b>3. LAGANO OGRANIČENA</b>	<b>4. BEZ OŠTEĆENJA</b>
Ne reagira na bolne podražaje uslijed poremećaja stanja svijesti ili je ograničena sposobnost osjeta boli na većem dijelu tijela.	Reagira samo na bolne podražaje. Bol iskazuje jaukanjem i nemirom. Ili je prisutno senzorno oštećenje koje smanjuje pacijentovu sposobnost osjeta bola ili nelagodu u većem dijelu tijela.	Reagira na verbalne podražaje, ali ne može uvijek iskazati nelagodu ili potrebu da ga se okrene. Ili je prisutno senzorno oštećenje koje smanjuje pacijentovu sposobnost osjeta bola ili nelagodu u jednom ili dva ekstremiteta.	Reagira na verbalne podražaje. Nisu prisutna senzorna oštećenja, može iskazati bol i nelagodu.

**2. VLAŽNOST**

<b>1. KOŽA STALNO VLAŽNA</b>	<b>2. KOŽA VRLO VLAŽNA</b>	<b>3. KOŽA POVREMENO VLAŽNA</b>	<b>4. KOŽA JE RIJETKO VLAŽNA</b>
Koža je gotovo stalno vlažna (znoj, urin). Vlažnost se zamjećuje pri svakom okretanju pacijenta.	Koža je često, ali ne uvijek vlažna. Posteljnu je potrebno promijeniti barem jednom tijekom smjene.	Koža je povremeno vlažna. Posteljnu je potrebno dodatno promijeniti jednom tijekom dana.	Koža je obično suha, posteljina se rutinski mijenja.

**3. AKTIVNOST**

<b>1. U POSTELJI</b>	<b>2. U STOLICI</b>	<b>3. POVREMENO ŠEĆE</b>	<b>4. ČESTO ŠEĆE</b>
Pacijent je stalno u postelji.	Sposobnost hodanja je vrlo ograničena ili ne može hodati. Potrebna je pomoć za premještanje na stolicu ili u kolica.	Povremeno šeće tijekom dana, ali na vrlo kratkim udaljenostima sa ili bez pomoći. Provodi veći dio smjene u postelji ili stolici.	Barem dva puta tijekom smjene šeće izvan sobe; te po sobi barem jednom svakih 2 sata tijekom dana.

Slika 7. Prikaz Branden skale za procjenu nastanka dekubitusa

Izvor: [https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2022\\_02\\_22\\_273.html](https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2022_02_22_273.html)

	0	1	2	3	BODOVI
<b>Opće stanje</b>	dobro	osrednje	loše	jako loše	
<b>Mentalno stanje</b>	pri svijesti	stupor	predkoma	koma	
			<b>BODUJ DVOSTRUKO</b>		
<b>Aktivnost</b>	aktivan	treba pomoć	sjedi	leži	
<b>Pokretljivost</b>	pokretan	ograničena	jako ograničena	nepokretan	
<b>Inkontinencija</b>	ne	povremeno	urin	urin i stolica	
<b>Peroralna prehrana</b>	dobra	osrednja	slaba	ništa	
<b>Peroralna tekućina</b>	dobro	osrednja	slabo	ništa	
<b>Predisponirajuće bolesti (šećerna bolest, anemija)</b>	ne	blaga	slabo	ozbiljna	
				<b>UKUPNO:</b>	

Slika 8. Prikaz Knoll skale za procijeu sklonosti dekubitusa

Izvor: [http://neuron.mefst.hr/docs/katedre/znanstvena\\_metodologija/OZS/Sestrinska\\_lista.pdf](http://neuron.mefst.hr/docs/katedre/znanstvena_metodologija/OZS/Sestrinska_lista.pdf)

REAKCIJA	OPIS	BODOVI
<b>OTVARANJE OČJU</b>	spontano	4
	na govor	3
	na bolni podražaj	2
	ne otvara oči	1
<b>NAJBOLJA VERBALNA REAKCIJA</b>	orijentiran i razgovara	5
	smeten	4
	neprikladno	3
	nerazumljivo	2
	ne odgovara	1
<b>NAJBOLJA MOTORNA REAKCIJA</b>	izvršava naloge	6
	lokalizira bol	5
	fleksija na bolni podražaj	4
	abnormalna fleksija na bolni podražaj	3
	ekstenzija na bolni podražaj	2
	ne otvara oči	1
<b>UKUPNO</b>		

Slika 9. Prikaz Glasgow koma skale

Izvor: [http://neuron.mefst.hr/docs/katedre/znanstvena\\_metodologija/OZS/Sestrinska\\_lista.pdf](http://neuron.mefst.hr/docs/katedre/znanstvena_metodologija/OZS/Sestrinska_lista.pdf)

## **1.5. Kritični indikatori zdravstvene njege**

Kako bi zdravstveni pokazatelji imali značenje za zdravlje, oni se temelje na konceptualnim modelima onoga što utječe na zdravlje, a koji su pak ukorijenjeni u znanstvenim istraživanjima. Takvi su se modeli s vremenom razvili kao i definicije zdravlja, ali prate se povijesna poboljšanja u zdravlju, na primjer, povećanje očekivanog života i pad smrtnosti zbog zaraznih bolesti; kontekst je zaista važan. Primjerice, 1900. godine vodeći uzroci smrti bili su upala pluća, tuberkuloza, proljev i enteritis u usporedbi s bolestima srca, rakom i moždanim udarom u novije vrijeme (17).

Kao što je važno da se zdravstveni pokazatelji ukorijene u znanosti, važno je i da su relevantni za hitne probleme današnjice. Primjer trenutne zabrinutosti je neodrživa stopa potrošnje na zdravstvenu zaštitu, a nadalje da naša razina potrošnje nije u skladu s razinom zdravlja, kvalitetom života i učinkom našeg zdravstvenog sustava - niti je zdravlje uvijek jednako raspoređeno. To znači da postoji mnogo mogućnosti za prevenciju i povećanje stope povrata ulaganja u zdravstvo. Dakle, trenutni okviri za zdravstvene pokazatelje bave se teretom kroničnih bolesti, na primjer, preranom smrtnošću i troškovima zdravstvene zaštite, rješavaju složene zdravstvene probleme kao što su nasilje, pretilost, prijenos HIV-a, kao i zdravstvena ponašanja poput prehrane, tjelesne aktivnosti i seksualne prakse (5). Uz to, trenutni se okviri bave rastućom literaturom o snažnim utjecajima socijalnih i okolišnih uvjeta na zdravstvene ishode, a to su ili izravni utjecaji, na primjer, djeca u siromašnim četvrtima vjerojatnije će živjeti u loše održavanim zgradama i tako biti izložena olovu ili to mogu biti neizravni utjecaji, na primjer, županije s nižom socioekonomskom razinom smanjile su prosječni životni vijek u usporedbi s bogatijim županijama.

## **1.6. Važnost primjene i implementacije planova zdravstvene njege**

Dio pacijentove dokumentacije jest i sam plan zdravstvene njege te kao takav je i pravno valjani dokument. U današnje informatičko doba još uvijek vrijedi izreka što nije zapisano, nije se ni napravilo. Kada bi to primijenili na zdravstvenu skrb to bi značilo da sve informacije vezane za pacijentovo stanje, vitalni parametri, uspješnost i način rješavanja pacijentovih

problema bila zaboravljena i nedostupna, i svrsishodno tome ne bi se moglo upotrijebiti niti za trenutno niti za iduće liječenje. Informatizacijom sestrinstvo je dobilo mogućnost unaprijediti svoje znanje i vještine te pravilno ispunjenom sestrinskom dokumentacijom i obradom unesenih podataka dobivaju se informacije koje mogu biti baza za buduće unaprjeđenje kvalitete rada i razvoj zdravstvene njege (4). Kroz plan zdravstvene njege prikazuje se i sustavno bilježi potreba za sestrinskom njegom i podacima o pruženoj individualnoj skrbi pacijenta.

### **1.6.1. Klasifikacija ishoda zdravstvene njege**

Klasifikacija ishoda njege sveobuhvatna je, standardizirana klasifikacija ishoda pacijenta, obitelji i zajednice razvijena za procjenu učinka intervencija koje pružaju medicinske sestre ili drugi zdravstveni radnici. Standardizirani ishodi ključni su za dokumentiranje u elektroničkim evidencijama, za uporabu u kliničkim informacijskim sustavima, za razvoj sestrinskih znanja i obrazovanje profesionalnih medicinskih sestara i studenata. Ishod se definira kao mjerljivo stanje pojedinca, obitelji ili zajednice, ponašanje ili percepcija koja se mjeri duž kontinuuma kao odgovor na sestrinske intervencije (6). Ishodi su razvijeni za upotrebu u svim kliničkim uvjetima i za sve populacije pacijenata. Ishodi klasifikacije mogu se koristiti u kontinuitetu njege kako bi se pratili ishodi pacijenta tijekom epizode bolesti ili tijekom duljeg vremenskog razdoblja. Medicinske sestre u tercijskim bolnicama, bolnice u zajednici, agencije u zajednici, starački centri i starački domovi procijenili su upotrebu ishoda klasifikacije u svojoj praksi kao dio koja se financira iz države. Budući da ishodi opisuju status pacijenta, obitelji ili zajednice, druge discipline mogu ih smatrati korisnima za procjenu intervencija koje pružaju pacijentima.

Svaki ishod ima definiciju, popis pokazatelja koji se mogu koristiti za procjenu statusa pacijenta u odnosu na ishod, ciljanu ocjenu ishoda, mjerne skale za mjerenje statusa pacijenta i kratki popis referenci korištenih u razvoju i usavršavanje ishoda. Likertova skala od pet stupnjeva koristi se sa svim ishodima i pokazateljima. Ocjena '5' uvijek je najbolji mogući rezultat, a '1' je uvijek najlošiji mogući rezultat. Primjeri mjernih ljestvica koje se koriste s ishodima su: 1 = krajnje ugroženo do 5 = nije ugroženo i 1 = nikada nije demonstrirano do 5 = dosljedno se pokazuje (7). Ishodi klasifikacije grupirani su u šifriranu taksonomiju koja organizira ishode u konceptualni okvir kako bi medicinskim sestrama olakšala identificiranje ishoda za upotrebu s pacijentom, obitelji ili zajednicom.

Ishodi su povezani s dijagnozama NANDA International, s Gordonovim funkcionalnim obrascima, s taksonomijom sestrinske prakse, s problemima sustava Omaha, s protokolima za stacionarni prijem (RAP) koji se koriste u domovima za starije i nemoćne, sa sustavom OASIS koji se koristi u kućnoj njezi.

## **1.7. Kvaliteta sestrinske dokumentacije**

Sestrinska dokumentacija sistematizira kliničku evaluaciju, dokazuje kliničko razmišljanje, donošenje odluka i kliničku prosudbu o odgovorima pacijenata na životne probleme i procese. To je metodološki alat za planiranje pomoći i dokumentiranje plana sestrinske skrbi. Osim toga, integrira i organizira informacije, olakšava komunikaciju među članovima interdisciplinarnog tima te pridonosi kvaliteti skrbi i sigurnosti pacijenata.

Međutim, dokumentiranje faza sestrinske dokumentacije još uvijek predstavlja izazov za zdravstvene ustanove. Istraživanje o prevalenciji dokumentacije u bolničkom zdravstvenom sustavu, klinikama i ambulantama koje je provedeno pokazalo je da je od 416 proučavanih sektora samo 288 (69,3%) zabilježilo četiri faze sestrinske dokumentacije (18).

Sestrinska dokumentacija zahtijeva od medicinskih sestara da posjeduju znanje o standardiziranim konceptima, ukorijenjenim u znanstvenim osnovama klasifikacije medicinskih sestara, također poznatih kao standardizirani sustavi. Ovi sustavi pružaju okvir za organiziranje važnih koncepata o dijagnozama, intervencijama i ishodima. Čak služi i kao vodič za dokumentiranje nedvosmislenim jezikom, pomaže u kliničkom rasuđivanju, upravlja skrbi, međuprofesionalnom komunikacijom i donošenjem odluka (19). Preduvjet za izgradnju elektroničkih zdravstvenih zapisa, čiji je cilj dohvatiti informacije za istraživačke studije, statističke analize, usporedne analize, velike podatke, interoperabilnost podataka između različitih zdravstvenih sustava i, iznad svega, osigurati kontinuitet i kvalitetu skrbi.

Međutim, pronalaženje bitnih podataka o pacijentu iz perspektive sestrinstva u bolničkom sustavu ili u tiskanoj medicinskoj dokumentaciji veliki je izazov. Istraživanja pokazuju da kvaliteta sestrinske dokumentacije varira od umjerene do loše. To uključuje nedostatak informacija, ograničenja u dijagnostičkoj točnosti, netočnu i suvišnu dokumentaciju. Sestrinstvo može imati koristi od razvoja i implementacije elektroničke dokumentacije i sustavima za

podršku kliničkog odlučivanja. Potpora pri odlučivanju resurs je koji omogućuje pristup kliničkim smjernicama i protokolima temeljenim na znanstvenim dokazima. Osim toga, može pomoći medicinskim sestrama u dokumentiranju i formuliranju točnih sestrinskih dijagnoza i učinkovitih intervencija, što može doprinijeti visoko značajnim i klinički relevantnim ishodima za pacijenta.

## **1.8. Sustavi evidencije medicinskih sestara za poboljšanje zdravstvene njege**

Kako zdravstvena skrb postaje sve složenija, a granice između profesija i različitih sektora postaju sve nejasnije, sposobnost učinkovite komunikacije o skrbi za pacijente važnija je nego ikada. Pružanje dobre medicinske njege uvijek je ovisilo o kvaliteti informacija dostupnih medicinskim sestrama, a medicinske sestre su odavno prepoznate kao „sakupljači“ informacija, generatori i korisnici informacija o pacijentima ili klijentima. Štoviše, uloga medicinske sestre u pružanju 24-satne skrbi i koordinaciji skrbi koju pružaju drugi znači da je razmjena i prijenos informacija značajna sestrinska aktivnost (20).

Sustav evidencije medicinskih sestara je evidencija o skrbi koju planiraju ili pružaju pojedinačnim pacijentima kvalificirane medicinske sestre. Format ovih zapisa varirao je tijekom vremena, u različitim specijalnostima i u različitim zemljama. Razvoj sestrinske dokumentacije odnosio se na njihovu upotrebu kao sredstva za pohranu i razmjenu informacija. Također su korišteni kao podrška različitim filozofijama sestrinske prakse. Tijekom posljednjih 30 godina sestrinstvo u Velikoj Britaniji i Sjevernoj Americi razvili su teoretičari sestrinstva kao planiranu aktivnost koja rješava probleme. Iako su eminentni istraživači medicinskih sestara sugerirali da postoji više od rješavanja problema u sestrinstvu, što je dalo fokus za raspravu o pružanju sestrinske skrbi i bilježenju informacija o njezi pacijenata (21). Potencijalni učinci bilježenja sestrinskih informacija u krutim okvirima koji se temelje na ovom pristupu su značajni. Koristi koje se mogu očekivati od dosljednog i usmjerenog bilježenja informacija o njezi pacijenata su jasne i uključuju, na primjer, sigurnost pacijenata i kontinuitet njege. Mogući štetni učinci bilježenja informacija o pacijentu u strukturama koje mogu biti neadekvatne ili neprikladne za tu svrhu na negu pacijenata, praksu medicinske sestre i razvoj znanja o sestrinstvu mogli bi biti vrlo značajni.



## **2. CILJ RADA**

- Objasniti primjenu sestrinske dokumentacije u bolničkom zdravstvenom sustavu
- Opisati sastavnice sestrinske dokumentacije u bolničkom zdravstvenom sustavu
- Objasniti primjenu kategorizacije pacijenta u bolničkom zdravstvenom sustavu
- Prikazati prikaz slučaja pacijenta kroz kategorizaciju pacijenta i proces zdravstvene njege u bolničkom zdravstvenom sustavu.



### **3. PRIKAZ SLUČAJA**

#### **3.1. Anamnestički podaci**

Pacijentica Y.X. u dobi od 69 godina dovezena u pratnji Hitne medicinske službe na objedinjeni hitni prijem zbog bolova u prsima. Pacijentica iznosi da unazad 2 tjedna ima prisutnu bol u lijevoj ruci i u području prsnog koša te bol dominira na lijevoj strani. Bolovi su različitog intenziteta, traju po nekoliko sati, te nakon nekog vremena spontano popuste. Noć prije poziva Hitnoj službi, bolovi su bili prisutni od 22 h te kroz cijelu noć do jutra, a po dolasku na Objedinjeni hitni prijem bolovi su trajali cijeli dan. Bolovi nisu povezani s naporom te su se javljali i u mirovanju. Nisu se povezivali s disanjem, kašljanjem ili pokretima tijela. U trenutku pregleda bol u prsima i dalje je prisutna, intenziteta prema Vizualno-analognoj skali (VAS) 6/10. Uz bolove pacijentica navodi kočenje prstiju lijeve ruke te da je bol prije dana zaprimanja u bolnicu kontinuirana. Pacijentica nije povraćala, nije bila prisutna mučnina ni zaduha.

Od dosadašnjih bolesti navodi šećernu bolest TIP ovisan o inzulinu s vaskularnim i neuropatskim komplikacijama, kronično srčano zatajenje i koronarnu bolest, sa zadnjom kontrolom kod kardiologa u 01 mjesecu 2022. godine. Nadalje, boluje od kronične renalne insuficijencije, dislipidemije i hipertireoze. Negira alergije na lijekove. Od lijekova uzima Trulicity a 1,5 mg s.c. jedanput dnevno, Siofor a 850 mg, Humulin M3 dva puta dnevni s.c., Edemid a 500 mg, Apleriu a 25 mg, Artas a 80 mg, Andol Pro, Exphorge 10/320/25 mg, Kventiapin a 25 mg, Concor Cor a 5 mg, Preductal MR te Physiotens a 0,4 mg. Appetit je održan, stabilne je tjelesne težine, mokrenje je uredno bez dizurije, stolica uredna.

#### **3.2. Klinička slika i tijek liječenja**

Pacijentica na prvom pregledu kod kardiologa navodi da je 2016. godine učinjen Color Doppler krvnih žila na kojem se verificiralo 30 % stenoza desne arterije te 35 % lijeve arterije. Pacijentica je za vrijeme pregleda urednog kontakta, pri svijesti, afebrilna, eupnoična u mirovanju, samostalno pokretna uz pomoć, srednje osteomuskulturne građe, uredno prokrvljene i hidrirane kože i vidljivih sluznica. Pregledom srca kardiolog zaključuje da je akcija srca ritmična, tonovi su jasni, šumova nema. Prilikom askultacije pluća obostrano se čuju bazalno inspiratorne krepitacije. Abdomen je u visini prsnog koša, mekan, askultorno čujne peristaltike,

bezbolan na duboku palpaciju bez palpabilne organomegalije. Ekstremiteti su obostrano simetrični, bez prisutnog edema, obostrano palpabilnih perifernih srčanih pulzacija.

Učinjen je elektrokardiogram (EKG) koji je pokazao sinus ritam, frekvencija otkucaja je bila 77/minuti, negativan T-val u aVL-u. uz to učini se kompletna krvna obrada gdje se dobiva patološki nalaz srčanih enzima uz povišenje bijelih krvnih zrnaca. Na rendgen nalazu nije nađeno sigurnih znakova formiranih infiltrativnih promjena u plućnom parenhimu. Radiolog navodi da je srce primjerenog položaja i granične veličine.

Pacijentica za vrijeme opservacije dobiva Asku pro a 100 mg, Actrapid 14 i.j. zbog povišenih vrijednosti šećera u krvi te je monitorirana. Liječnik kardiolog zaprima pacijenticu u koronarnu jedinicu na nastavak liječenja.

Pacijentici po dolasku na odjel učinjen monitoring vitalnih funkcija te u dogovoru s odjelnim kardiologom pacijentica se uključuje u daljnje liječenje srčanog zatajenja. S obzirom da se radi o pacijentici sa kroničnim srčanim zatajenjem učinjena je korekcija kronične terapije te se pacijentica prati kroz tjedan dana kako bi se titirali propisani lijekovi i sanirale visoke vrijednosti srčanih enzima. Pacijentica je dobro podnijela korekciju terapije te se u boljem općem stanju otpušta na kućnu njegu. Pacijentica educirana o važnosti redovitog praćenja krvnog tlaka, pravilnog uzimanja propisane terapije te se upućuje na redovite kontrole po nadležnom kardiologu i liječniku obiteljske medicine.

### **3.3. Proces zdravstvene njege**

Pacijentica Y.X. dolazi u Hitnu službu Kliničke bolnice Dubrava radi bolova u prsima. Kod dolaska pacijentica se smješta u opservacijsku prostoriju te medicinska sestra započinje s procjenom fizičkog stanja. Pacijentica urednog izgleda, njegovana, bez oštećenja integriteta kože, slabije pokretna. Izmjerene su vitalne funkcije te evidentiran fizički izgleda pacijentice. Medicinska sestra pomoću VAS skale procjenjuje intenzitet boli te sve evidentira kroz sestrinsku dokumentaciju. Kroz procjenu stanja pacijentice medicinska sestra po nalogu liječnika postavlja elektrode za elektrokardiogram (EKG), otvara venski put, vađena krv i uzet uzorak urina radi detaljnije laboratorijske obrade te bilježi sve promijene tijekom opservacije. Pacijentica se tijekom pregleda žali na prisutnost boli u prsištu, iznosi da osjeća jaki pritisak, a kako se radi o pacijentici koja boluje od kroničnih srčanih bolesti u dogovoru s dežurnim liječnikom dogovara

direktan premještaj na Odjel kardiologije kako bi se započelo liječenje i detaljnija obrada. Za vrijeme hospitalizacije i procijene stanja pacijentice medicinska sestra izrađuje plan zdravstvene njege te postavlja sestrinske dijagnoze u dogovoru s pacijenticom radi individualnog pristupa i izrade sestrinskih intervencija.

### **3.3.1. Sestrinske dijagnoze tijekom hospitalizacije**

**Smanjena tolerancija na aktivnost u/s poremećajem srčanog ritma š/o izjavom pacijentice da ostaje bez zraka prilikom bilo kakve aktivnosti**

**Cilj:** Pacijentica će znati prepoznati aktivnosti koje joj ne predstavljaju opterećenje tijekom hospitalizacije.

#### **Sestrinske intervencije:**

1. Provjerite vitalne znakove prije i neposredno nakon aktivnosti, osobito ako pacijent prima vazodilatatore, diuretike ili beta-blokatore
2. Dokumentirati kardiopulmonalni odgovor na aktivnost
3. Procijeniti druge uzroke umora (liječenje, bol, lijekovi)
4. Pratiti i procijeniti pacijentičin odgovor na aktivnosti
5. Procijeniti intoleranciju na ubrzanu aktivnost
6. Organizirati aktivnosti njege kako bi se omogućila razdoblja odmora
7. Pomoći pacijentici tijekom hodanja, ako je potrebno
8. Uputiti ili pokazati fizičke aktivnosti koje pacijentici možda nisu poznate
9. Prije izvođenja tjelesne aktivnosti pričekati 2 sata nakon obroka
10. Pružiti psihološku podršku pacijentici

**Evalvacija:** Pacijentica zna prepoznati koji intenzitet aktivnosti odgovara njezinom fizičkom stanju (21).

**Akutna bol (lijeva ruka, lijeva strana prsišta, 6/10) u/s nepoznatim uzrokom što se očituje pacijentičinom izjavom „Boli me od deset sati navečer do sada, molim Vas pomognite mi“**

**Cilj:** Pacijentičin intenzitet boli biti će manji tijekom hospitalizacije

**Sestrinske intervencije:**

1. Procijeniti intenzitet boli kod pacijentice pomoću ljestvice za ocjenjivanje boli, mjesta i čimbenika koji izazivaju bol
2. Pratiti vitalne znakove, osobito puls i krvni tlak, svakih 5 minuta dok bol ne prestane
3. Procijeniti odgovor na lijekove svakih 5 minuta
4. Osigurati ugodno okruženje
5. Podignuti uzglavlje kreveta ako nije kontraindicirano
6. Educirati pacijenticu kako razlikovati bol u prsima od simptoma akutnog infarkta miokarda
7. Primijeniti propisani analgetik po odredbi liječnika
8. Pratiti i evidentirati sve promijene vezane uz disanje

**Evalvacija:** Pacijentica je za vrijeme hospitalizacije imala manji intenzitet boli (22).

## **Povećan volumen tekućine u/s smanjenom brzinom glomerularne filtracije š/o edemom u ekstremitetima**

**Cilj:** Pacijentica će pokazati stabilan volumen tekućine kroz uravnoteženi unos i izlaz tekućina, normalnu početnu težinu i odsustvo perifernog edema

### **Sestrinske intervencije:**

1. Procijeniti periferni edem, anasarku i distenziju jugularne vene
2. Pratiti disanje i srčane tonove
3. Pratiti izlučivanje urina
4. Postaviti pacijenticu u Fowlerov položaj
5. Primijeniti diuretike prema odredbi liječnika
6. Educirati pacijenticu o ograničenom unosu natrija i tekućine
7. Educirati pacijenticu kako pratiti preopterećenje volumenom tekućine
8. Educirati pacijenticu o znakovima retencije
9. Educirati pacijenticu o pravilnoj prehrani

**Evaluacija:** Pacijentica je znala primijeniti naučene obrasce tijekom hospitalizacije o važnosti ograničenog unosa tekućina i prepoznavanjem pojave perifernih edema (23).

**Neupućenost u zdravstveno stanje u/s poteškoćama u praćenju preporučenog plana liječenja 2' nedostatak znanja i specifičnog iskustva što se očituje pitanjem pacijentice „Što mi to sad radite i zašto?“**

**Cilj:** Pacijentica će tražiti informacije kako bi spriječila pogoršanje zatajenja srca

**Sestrinske intervencije:**

1. Procijeniti razinu razumijevanja procesa bolesti
2. Procijeniti sustav podrške od strane članova obitelji
3. Educirati pacijenticu o normalnoj funkciji rada srca s usporedbom trenutnog stanja
4. Educirati o važnosti i prednostima tjelesne aktivnosti u mogućnostima pacijentice
5. Educirati pacijenticu o redovnom i pravilnom uzimanju propisanih lijekova
6. Pratiti vrijednosti vitalnih funkcija
7. Primijeniti propisane lijekove po odredbi liječnika
8. Pružiti psihološku podršku pacijentici
9. Educirati članove obitelji o simptomima i stanju koji zahtijevaju hitno zbrinjavanje
10. Uključiti patronažnu službu u skrb pacijentice prilikom otpusta

**Evaluacija:** Pacijentica zna primijeniti dobivene upute i zna prepoznati stanja koja zahtijevaju posjet liječniku (21).

## **Visok rizik za pad (Morse, 45) u/s slabošću i malaksalošću 2' bol**

**Cilj:** Pacijentica za vrijeme hospitalizacije neće pasti

### **Sestrinske intervencije:**

1. Procijeniti psihofizičko stanje pacijentice
2. Osigurati sigurnu okolinu
3. Osigurati pacijentici pomagala s kojima se osjeća sigurnije
4. Osigurati dobru vidljivost u prostoriji
5. Maknuti sve predmete koji mogu otežati pacijentici kretanje
6. Osigurati zvono nadohvat ruke
7. Osigurati pacijentici udobnu i sigurnu obuću
8. U dogovoru s pacijenticom izraditi plan signalizacije kada pacijentica treba ići u toalet
9. Pružiti podršku pacijentici
10. Educirati članove obitelji o osiguranju sigurne okoline kod kuće

**Evaluacija:** Pacijentica nije pala za vrijeme hospitalizacije (22).

## 4. RASPRAVA

Pacijentica dolazi u Hitnu službu zbog bolova u prsima te se nakon opservacije zaprima na Odjel kardiologije gdje se započinje detaljnija obrada i liječenje. Pacijentica boluje od kroničnih kardioloških bolesti, ali uz redovito uzimanje propisane terapije stanje se pogoršavalo. Tijekom hospitalizacije pacijentica je kardiološki obrađena, korigirana je njezina kronična terapija te se dobrog općeg stanja otpušta na kućnu njegu. Pacijentica je za vrijeme hospitalizacije dobro reagirala na propisane lijekove te se i članovi obitelji uključuju u edukaciju o važnosti redovitih kontrolnih pregleda i simptoma koji mogu ukazivati na ponovno pogoršanje kako bi mogli promptno reagirati s obzirom da se radi o pacijentici starije životne dobi.

Više od četiri desetljeća medicinske sestre preuzimaju ključne uloge u upravljanju pojedinačnim i višestrukim čimbenicima rizika od kardiovaskularnih bolesti. To je učinjeno kroz specijalizirane klinike i programe u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, kardiološkim odjelima i kardiološkim rehabilitacijskim centrima. Pružanje edukacije o složenom liječenju kardiovaskularnim bolestima savjetovanje o prehrani i načinu života za modificiranje čimbenika rizika i promicanje vještina rehabilitacije srca su među važnim ulogama medicinskih sestara koje pružaju skrb kroz bolnički sustav. Sustavni pregled randomiziranih kontroliranih ispitivanja otkrio je da sestrinske intervencije za pacijente s kardiovaskularnim bolestima imaju povoljan učinak na krvni tlak, lipide, tjelesnu aktivnost, unos hrane, pušenje cigareta, gubitak težine, korištenje zdravstvene skrbi, smrtnost, kvalitetu života i psihosocijalne ishode. Međutim, više od polovice intervencija (65%) odnosilo se na obrazovanje i bihevioralno savjetovanje (24). Još uvijek je nedosljedna činjenica da mnoge studije nisu mogle otkriti koja je značajka intervencije odgovorna za promjene u ishodu.

Još jedan pregled randomiziranih kontroliranih ispitivanja provedenih u domovima za starije i nemoćne osobe i izvanbolničkim okruženjima utvrdio je statistički značajan utjecaj koordinirane kardiovaskularne medicinske njege na smanjenje krvnog tlaka kod pacijenata s kardiovaskularnim bolestima (25).

Najnoviji sustavni pregled i meta-analiza o učinkovitim komponentama skrbi koju koordiniraju medicinske sestre za sprječavanje ponovljenih koronarnih događaja također su otkrili heterogenost podataka. Međutim, autori su koristili deskriptivni pristup kako bi saželi komponente sestrinskih intervencija i njihov učinak na ishode. Na temelju svog konsenzusa, razlikovali su tri strategije intervencije: upravljanje čimbenicima rizika, na primjer, propisivanje i/ili titracija terapije, edukacija o čimbenicima rizika, savjetovanje o modificiranju prehrane i



stila života, praćenje vitalnih znakova poput krvnog tlaka i kontrola lipida i otkrivanje stresa/depresivnog raspoloženja i savjetovanje; multidisciplinarno savjetovanje, na primjer, savjetovanje i upućivanje i zajedničko donošenje odluka, na primjer, postavljanje ciljeva za individualizirani plan zdravstvene njege i podrške članova obitelji (26).

Nadalje, vezano za sestrinsku dokumentaciju u bolničkom zdravstvenom sustavu velik naglaska se stavlja na pomno praćenje i evidentiranje svih promjena koje se događaju kod pacijenta za vrijeme hospitalizacije, ovim prikazom slučaja jasno se vidi da je sestrinska dokumentacija pridonijela unapređenju zdravlja kod pacijentice kojoj je kvaliteta života ionako narušena kroničnim srčanim zatajenjem.

Sustavi elektroničke sestrinske dokumentacije mogu proizvesti podatke nešto bolje kvalitete u usporedbi sa sustavima koji se temelje na papiru, u određenim aspektima ovisno o karakteristikama sustava i praksi različitih postavki studija. Zajedničke prednosti sustava elektroničke dokumentacije uključuju poboljšanje sveobuhvatnosti u dokumentiranju sestrinskog procesa, korištenje standardiziranog jezika i bilježenje specifičnih stavki o određenim problemima pacijenta i relevantnosti poruke (27). Osim toga, elektronički sustavi mogu poboljšati čitljivost, datiranje i potpisivanje u medicinskim dokumentima.

Za dokumentiranje sestrinske procjene, elektronički sustavi značajno su povećali količinu i sveobuhvatnost dokumentiranih obrazaca procjene u svakom zapisu. Što se tiče procesa zdravstvene njege elektronički standardizirani planovi ocijenjeni su s višom ukupnom ocjenom kvalitete u odnosu na papirnati oblik. Osim toga, u usporedbi sa dokumentacijskim sustavima koji se temelje na papiru, elektronički sustavi su zahvaljujući svojim automatskim funkcijama mogli poboljšati format, strukturu i značajke procesa kvalitete dokumentacije kao što su čitljivost, potpisivanje, datiranje, pogreške u križanju i prostor s jednim redom i identifikacijom pojedinca/pacijenta na svakoj stranici.

Sustavi bolničke sestrinske dokumentacije imaju potencijal poboljšati kvalitetu strukture i formata dokumentacije, procesa i sadržaja u usporedbi s papirnatom dokumentacijom, kao što je pokazano u komparativnoj studiji elektroničkih i papirnatih obrazaca za prijem pacijenta. Međutim, poboljšanje kvalitete dokumentacije ne mora se nužno postići uvođenjem sustava elektroničke sestrinske dokumentacije koji bi zamijenio papirnatu dokumentaciju (28).

Uspoređujući bolnički zdravstveni sustav u odnosu na primarnu zdravstvenu zaštitu, on je detaljniji, sigurniji i transparentniji što zahtjeva i sama bolnička skrb. Primjenom sestrinske dokumentacije u bolničkom zdravstvenom sustavu dobili smo reprezentativan pregled svih parametara pacijenta u svakom trenutku. Ispravno ispunjenom sestrinskom dokumentacijom

možemo prevenirati određena stanja ili situacije koje mogu ugroziti pacijente tijekom hospitalizacije.

Procjena i kategorizacija pacijenata omogućuju nam utvrđivanje broja sati potrebnih za njihovo liječenje, izračunavanje broja potrebnog sestrinskog osoblja, praćenje i procjenu rezultata i utvrđivanje financiranja usluga. Standardizirani obrasci koriste se za odgovarajuću procjenu stanja pacijenta i potrebe za medicinskom skrbi. Važno je naglasiti i da trajna edukacija i obrazovanje medicinskih sestara može doprinijeti razvrstavanju pacijenata u odgovarajuće kategorije jer time unaprjeđujemo i samu izradu planova zdravstvene njege i standarde. Pravilno razvrstavanje nam daje uvid u kvalitetu sestrinske skrbi, ali isto tako nam može ukazati i na moguće pogreške koje kroz kategorizaciju i klasifikaciju možemo ispraviti i unaprijediti bez većih posljedica ili komplikacija za naše pacijente.

## 5. ZAKLJUČAK

Sestrinska dokumentacija smatra se važnim pokazateljem razvoja sestrinske skrbi. Prema zakonu o sigurnosti pacijenata, medicinske sestre moraju dokumentirati sestrinske intervencije kako bi prevenirale neželjene događaje i unaprijedile sestrinsku skrb na višu razinu. Na globalnoj razini, priroda sestrinske skrbi uključuje da medicinske sestre obavljaju radnje koje uključuju dokumentaciju o skrbi za pacijente, procjene te sam ishod skrbi. Smatra se da važnost sestrinske dokumentacije u bolničkom zdravstvenom sustavu ne može biti prenaplašen. Sestrinska dokumentacija smatra se načinom komunikacije, te predstavlja pokazatelj kvalitete skrbi. Sestrinska dokumentacija smatra se ključnom fazom u prirodi sestrištva kao profesionalnog razvoja sa svrhom određivanja čimbenika koji pomažu sestrinskom procesu i koji čine temelje sestrištva i donošenju odluka.

Vrijedno je spomenuti da je percepcija medicinskih sestara prema sestrinskoj dokumentaciji podrazumijeva značajan korak u njihovoj svakodnevnoj praksi kao i naglašavanje sigurnosti pacijenata. Sestrinska dokumentacija nudi razne mogućnosti za omogućavanje izrade individualnih planova zdravstvene njege i izbora u vezi s donošenjem odluka za optimalnu skrb.

Sestrinska dokumentacija vrlo je važna u zdravstvenim ustanovama i odražava različite aspekte uključujući razinu svijesti medicinskih sestara o njihovim ulogama u pružanju kvalitetnih zdravstvenih usluga. Sestrinska dokumentacija ima dva glavna oblika: papirnata dokumentacija i elektronička dokumentacija. Papirnata dokumentacija ima određene nedostatke kao što su nedostatak sveobuhvatnosti i jasnoće. Sukladno tome, snažan trend da se došlo do pomaka papirne dokumentacije prema elektroničkoj dokumentaciji svjedoči izrada dokumentacije koja se prilagođava svim radilištima gdje medicinske sestre pružaju sestrinsku skrb kroz bolničke zdravstvene sustave koji su ujednačeni na nivou Republike Hrvatske.

## 6. LITERATURA

1. Needleman J, Hassmiller S. The role of nurses in improving hospital quality and efficiency: real world result. *Health Aff.* 2009;4(4):1-10.
2. Blackman I, Henderson J, Willis E, Hamilton P, Toffoli L, Verrall C, Abery E, Harvey C. Factors influencing why nursing care is missed. *J Clin Nurs.* 2014:1-10.
3. Kitson A, Marshall A, Bassett K, Zeitz K. What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the. *J. Adv. Nurs.* 2012;3-15.
4. Larsson IE, Sahlsten MJM, Segesten K, Plos KAE. "Patients' Perceptions of Nurses' behaviour that influence patient participation in nursing care: a critical incident study," *Nurs. Res. Pract.* 2011
5. Boltz M, Capezuti E, Wagner L, Rosenberg M, Secic M. "Patient safety in medical-surgical units : can nurse certification make a difference ?," *J Acad Medical-Surgical Nurses*, 2013.
6. Brock D, Abu-Rish E, Chiu C-R, Hammer D, Wilson S, Vorvick L, et al. Interprofessional education in team communication: working together to improve patient safety. *Postgrad Med J.* 2013;89(1057):642–51.
7. Hariyati R, Delimayanti M. Widyatuti. Developing Prototype of The Nursing Management Information System in Puskesmas and Hospital, Depok Indonesia. *Bus Manag.* 2011;5(22):9051–8.
8. Jefferies D, Johnson M, Griffiths R. A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. *Int J Nurs Practice.* 2010;16:112–24.
9. Wang N, Hailey D, Yu P. Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. *J Adv Nurs.* 2011:1–18.
10. Wong FWH. Chart audit strategies to improve quality of nursing documentation. *J Nurses Staff Dev.* 2009;25(2):1–6.
11. Siswanto LMH, Hariyati RTS, Sukihananto. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan. *J Keperawatan Indones.* 2013;16(2):77–84.
12. Wirawan EA, Novitasari D, Wijayanti F. Hubungan antara supervisi kepala ruang dengan pendokumentasian asuhan keperawatan di rumah sakit umum daerah ambarawa. *J Manag Keperawatan.* 2013;1(1):1–6.

13. Urquhart C, Currell R, Grant MJ, Hardiker NR. Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes. *Cochrane Data Base Syst Rev.* 2009;1:1–66.
14. Daskein R, Moyle W, Creedy D. Aged-care nurses' knowledge of nursing documentation: an Australian perspective. *J Clin Nurs.* 2009;18:2087–2095.
15. Ente C, Oyewumi A, Mpora OB. Healthcare professionals' understanding and awareness of patient safety and quality of care in Africa: a survey study. *Int J Risk Saf Med.* 2010;22(2):103–110.
16. Collins SA, et al. Relationship between nursing documentation and patients' mortality. *Am J Crit Care.* 2013;22(4):306–313.
17. Lindo J, et al. An audit of nursing documentation at three public hospitals in Jamaica. *J Nurs Scholarsh.* 2016;48(5):499–507.
18. Broderick MC, Coffey A. Person centred care in nursing documentation. *Int J Older People Nurs.* 2013;8(4):309–318.
19. Jasemi M, et al. Knowledge and practice of Tabriz teaching hospitals' nurses regarding nursing documentation. *Thrita.* 2012;2(2):133–138.
20. Gomes DC, et al. Terms used by nurses in the documentation of patient progress. *Revista Gaúcha de Enfermagem.* 2016;37(1):53927.
21. Considine J, Trotter C, Currey J. Nurses' documentation of physiological observations in three acute care settings. *J Clin Nurs.* 2016;25(1–2):134–143.
22. Kadovic M, Abou Aldan D, Babić D, Kurtovic B, Piškorjanac S, Vico M. *Sestrinske dijagnoze 2.* Zagreb: Hrvatska komora medicinskih sestara; 2013.
23. Šepec S, Kurtović B, Munko T, Vico M, Abou Aldan D, Babić D, Turina A. *Zagreb: Sestrinske dijagnoze Hrvatska komora medicinskih sestara;* 2011.
24. Sum MT, Chebor MA. Documentation: historical perspectives, purposes, benefits and challenges as faced by nurses. *Int J Hum Soc Sci.* 2013;3(16):236–240.
25. Kebede M, Endris Y, Zegeye DT. Nursing care documentation practice: the unfinished task of nursing care in the University of Gondar Hospital. *Inform Health Soc Care.* 2016;42:1–13.
26. Taiye BH. Knowledge and practice of documentation among nurses in Ahmadu Bello University Teaching Hospital. *IOSR J Nurs Health Sci (IOSR-JNHS)* 2015;4(6):1–6.
27. Hameed RY, Allo RR. Assessment of nurses' knowledge about nursing documentation. *Kufa J Nurs Sci.* 2014;4(1):137–144.

## **7. OZNAKE I KRATICE**

ANA – American Nurses Association (Američka sestrinska organizacija)

EKG – elektrokardiogram

HIV – Virus humane imunodeficijencije

NANDA – The North American Nursing Diagnosis Association (Sjevernoameričko udruženje za sestrinske dijagnoze)

OASIS – Obstetric anal spincter injuries (Opstetričke ozljede analnog sfinktera)

RAP – stacionarni prijem

VAS – vizualno analogna skala

## 8. SAŽETAK

Jasna, točna i dostupna sestrinska dokumentacija bitan je element sigurne, kvalitetne sestrinske prakse utemeljena na dokazima. Medicinske sestre rade u različitim okruženjima, na razinama položaja, od postelje kraj pacijenta do administrativnog posla te su odgovorne za sestrinsku dokumentaciju koja se koristi u cijeloj organizaciji. To može uključivati ili dokumentaciju o sestrinskoj njezi koju pružaju medicinske sestre ili medicinsku dokumentaciju koju mogu koristiti svi članovi multidisciplinarnog tima koje vodi medicinska sestra i koristi se u smjernicama organizacije. Medicinske sestre sudjeluju u raznim aktivnostima od trenutka prijema pacijenta do njegovog ili njezinog otpusta iz bolnice, pomažući pacijentima da zadovolje svoje potrebe. Svaka od aktivnosti treba biti propisno dokumentirana kao autentičan i presudan dokaz. Sestrinske aktivnosti su vrlo važne unutar bolničkog sustava i moraju rješavati tegobe pacijenta putem sestrinskih intervencija. Svaka sestrinska aktivnost trebala bi proizvesti dokumentaciju s kritičkim razmišljanjem. Ako sestrinski dokumenti nisu jasni i točni, međuprofesionalna komunikacija i evaluacija sestrinske skrbi ne mogu biti optimalni. Sestrinske aktivnosti i dokumentaciju trebaju kontinuirano usmjeravati, kontrolirati i procjenjivati. Kvaliteta sestrinskih aktivnosti uvijek bi trebala biti dobra kako bi se povećalo zadovoljstvo pacijenata, sigurnost pacijenata i isplativost. Kroz prikaz slučaja prikazan je plan zdravstvene njege koji je proizašao iz individualne procjene pacijentice.

Ključne riječi: bolnički sustav, medicinska sestra, sestrinska dokumentacija, zdravstvena njega

## **9. SUMMARY**

Clear, accurate, and accessible nursing documentation is an essential element of safe, quality, evidence-based nursing practice. Nurses work in a variety of settings, at different levels, from bedside to administrative work, and are responsible for nursing documentation used throughout the organization. This may include either documentation of nursing care provided by nurses or medical documentation that can be used by all members of a nurse-led multidisciplinary team and used in organizational guidelines. Nurses participate in a variety of activities from the time a patient is admitted to his or her discharge from the hospital, helping patients meet their needs. Each of the activities should be properly documented as authentic and decisive evidence. Nursing activities are very important within the hospital system and must solve the patient's complaints through nursing interventions. Any nursing activity should produce documentation with critical thinking. If nursing documents are not clear and accurate, interprofessional communication and evaluation of nursing care cannot be optimal. Nursing activities and documentation should be continuously directed, controlled and evaluated. The quality of nursing activities should always be good to increase patient satisfaction, patient safety and cost effectiveness. Through the presentation of the case, the health care plan is presented, which resulted from the individual assessment of the patient.

Keywords: hospital system, nurse, nursing documentation, health care



## IZJAVA O AUTORSTVU ZAVRŠNOG RADA

Pod punom odgovornošću izjavljujem da sam ovaj rad izradio/la samostalno, poštujući načela akademske čestitosti, pravila struke te pravila i norme standardnog hrvatskog jezika. Rad je moje autorsko djelo i svi su preuzeti citati i parafraze u njemu primjereno označeni.

Mjesto i datum	Ime i prezime studenta/ice	Potpis studenta/ice
U Bjelovaru, <u>17.10.2022.</u>	MONIKA KLARIĆ	Monika Klarić

Prema Odluci Veleučilišta u Bjelovaru, a u skladu sa Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i višokom obrazovanju, elektroničke inačice završnih radova studenata Veleučilišta u Bjelovaru bit će pohranjene i javno dostupne u internetskoj bazi Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu. Ukoliko ste suglasni da tekst Vašeg završnog rada u cijelosti bude javno objavljen, molimo Vas da to potvrdite potpisom.

Suglasnost za objavljivanje elektroničke inačice završnog rada u javno dostupnom nacionalnom repozitoriju

MONIKA KLARIĆ

*ime i prezime studenta/ice*

Dajem suglasnost da se radi promicanja otvorenog i slobodnog pristupa znanju i informacijama cjeloviti tekst mojeg završnog rada pohrani u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu i time učini javno dostupnim.

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 17. 10. 2022.

Monika Klarić  
*potpis studenta/ice*