

Plan otpusta palijativnog pacijenta s kirurškog odjela

Stipetić, Hrvojka

Master's thesis / Diplomski rad

2019

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:759467>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-29**



Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Hrvojka Stipetić

Plan otpusta palijativnog pacijenta s kirurškog odjela

Diplomski rad



Zagreb, 2019.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Hrvojka Stipetić

**Plan otpusta palijativnog pacijenta s kirurškog
odjela**

Diplomski rad

Zagreb, 2019.

Ovaj diplomski rad izrađen je na Katedri za socijalnu medicinu i organizaciju zdravstvene zaštite pod vodstvom doc. dr. sc. Aleksandra Džakule i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2018./2019.

SADRŽAJ

SAŽETAK	
1. UVOD.....	1
1.1. Palijativna skrb	1
1.2. Palijativna medicina.....	1
1.3. Razlike između kurativne i palijativne medicine.....	2
2. Povijesni razvoj palijativne skrbi.....	4
2.1. Razvoj palijativne skrbi u svijetu	4
2.2. Razvoj palijativne skrbi u Hrvatskoj	4
3. Razine palijativne skrbi	6
4. Procjena potreba za palijativnom skrbi u Karlovačkoj županiji	7
4.1. Model organizacije palijativne skrbi u Karlovačkoj županiji.....	7
5. Tko je palijativni pacijent?	9
5.1. Prepoznavanje pacijenta – kandidata za palijativnu skrb	10
6. Pravilnik o akreditacijskim standardima za bolničke zdravstvene ustanove.....	12
6.1. Planirani otpust.....	12
6.1. Procjena planiranja otpusta	13
6.2. Plan otpusta	14
6.3. Razvoj plana otpusta	15
7. Palijativna kirurgija / Palijativni kirurški zahvati	17
7.1. Specifični postupci nakon palijativnih kirurških zahvata.....	18
7.2. Kriterij za izbor pacijenta za palijativni zahvat	19
8. Bolnički palijativni tim	20
9. Plan otpusta palijativnog pacijenta s kirurškog odjela	21
9.1. Kriteriji za otpust palijativnog pacijenta s kirurškog odjela	22
9.2. Proces informiranog pristanka.....	23

9.3. Plan otpusta	24
Zaključak	29
ZAHVALA	31
LITERATURA	32
ŽIVOTOPIS	35

PLAN OTPUSTA PALIJATIVNOG PACIJENTA S KIRURŠKOG ODJELA

Hrvojka Stipetić

SAŽETAK

Jedan od indikatora kvalitete je plan otpusta palijativnog pacijenta iz zdravstvene ustanove. Zbog učestalih promjena u društvu i zdravstvenom sustavu sve više se pažnje posvećuje kvalitetnom planu otpusta, naročito palijativnih pacijenata. Pravovremenim prepoznavanjem pacijenta koji ima potrebu za palijativnom skrbi i upisom u registar palijativne skrbi pridajemo važnost kvaliteti života pacijenta. Palijativni timovi u zdravstvenim ustanovama procjenjuju stanje pacijenta i sukladno tome uključuju obitelj u plan otpusta. Otpust se počinje planirati već pri samom prijemu pacijenta u zdravstvenu ustanovu.

U kirurgiji palijativni zahvati imaju cilj smanjiti tegobe i patnje pacijenta te su u radu nabrojani palijativni zahvati. Na kirurškim odjelima kod otpusta palijativnog pacijenta veliku važnost pridajemo komunikaciji i edukaciji pacijenta i njegove obitelji / skrbnika. Procjenjuju se potrebe i želje pacijenta u planiranju otpusta.

Kod otpusta pacijentu se daje otpusna dokumentacija, koja mora biti kvalitetno, detaljno i cjelovito sastavljena kako bi se nastavio kontinuitet skrbi kakvu je pacijent imao u bolnici.

Kvalitetnim planom otpusta poboljšavamo kontinuitet i dostupnost skrbi za pacijenta.

KLJUČNE RIJEČI: palijativni pacijent, plan otpusta, kontinuitet skrbi, palijativni zahvat

PLANNED RELEASE OF A PALLIATIVE PATIENT FROM THE SURGICAL DEPARTMENT

Hrvojka Stipetić

SUMMARY

One of quality indicators is discharge planning for palliative patients. Significant and frequent changes in society and health systems require better quality of discharge summaries, especially for palliative patients. Recognizing the patient who needs palliative care, and adding them into register, we add value to quality of life for those patients. Palliative teams in health institutions assess condition of patient and include family into discharge plans. Discharge is planned from the moment patient is admitted to a hospital.

In surgical specialties, palliative procedures aim to reduce discomfort and suffering of patient, and this paper is describing them. On surgical wards we emphasize importance of communication and education of patient and family involved in care when we plan discharge. We always consider and embrace needs and wishes of our patient.

When discharged, patient has his discharge letters which need to be properly written in details and with all explanation needed so level of care remains the same, even not in hospital environment.

Proper discharge planning improves continuity and availability of patient nursing care.

KEY WORDS: palliative patient, discharge summary, continuity of care, palliative procedure

Popis i objašnjenja kratica

RH – Republika Hrvatska

HZJZ – Hrvatski zavod za javno zdravstvo

DOGMA – proces informiranog pristanka

PS – palijativna skrb

PEG – perkutana gastrostoma

NGS – nazogastrična sonda

HKMS – Hrvatska komora medicinskih sestara

1. UVOD

1.1. Palijativna skrb

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije, palijativna skrb je pristup koji poboljšava kvalitetu života pacijenta i njihovih obitelji suočenih s problemima povezanim sa smrtonosnom bolešću kroz prevenciju i olakšanje patnje putem ranog prepoznavanja te besprijekorne procjene i suzbijanja boli i drugih problema, fizičkih, psihosocijalnih i duhovnih (1). Palijativna skrb podrazumijeva holistički pristup pacijentu, pristup koji u središte stavlja pacijenta sa svim njegovim osobinama (tjelesnim, psihičkim, emocionalnim, socijalnim i duhovnim) (2). Palijativnu skrb pruža interdisciplinarni tim, a uključuje obitelj i prijatelje u djelokrug rada jer pružanje skrbi može postati vrlo težak teret i ona bi trebala biti usmjerena i dostupna gdje god da se za pacijenta skrbi, bilo kod kuće ili u ustanovi. Cilj je palijativne skrbi postizanje najbolje kvalitete života palijativnog pacijenta i njegove obitelji i ona traje od postavljanja dijagnoze neizlječive bolesti pa sve do razdoblja žalovanja nakon smrti. Palijativna skrb afirmira život, a smrt smatra sastavnim dijelom života, koja dolazi na kraju.

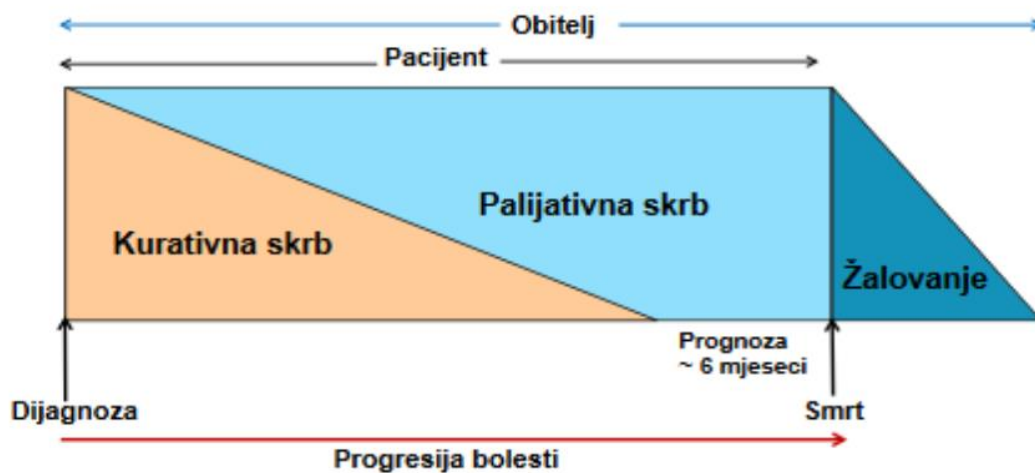
1.2. Palijativna medicina

Palijativna medicina je grana medicine koja proučava i liječi pacijente s uznapredovalom bolesti i aktivnom progresijom. Ona obuhvaća tri područja, a to su etiološki smirivanje simptoma (u prvom redu bol), psihosocijalna podršku pacijentu i njegovoj obitelji te etički problemi povezani s umiranjem (3). Organizacija palijativne medicine potrebna je na svim razinama zdravstvene zaštite, na primarnoj, sekundarnoj i tercijalnoj razini. Zahtijeva interdisciplinarni i multidisciplinarni pristup palijativnom pacijentu angažirajući stručnjake raznih specijalnosti i struka. Interdisciplinarni pristup podrazumijeva medicinske timove liječnika specijalista, fizioterapeuta i medicinskih sestra i on je temelj za potpunu palijativnu skrb. Pod multidisciplinarnim pristupom podrazumijeva se sudjelovanje psihologa, duhovnika, socijalnih radnika i volontera. Središnja komponenta palijativne skrbi je timski rad.

Svaki član tima ima svoju ulogu u životu pacijenta te on mora biti kvalitetno educiran jer jedino dobro osmišljen i formiran tim može pružiti kvalitetnu podršku pacijentu (2). Kvalitetna palijativna skrb ostvariva je jedino timskim radom članova različitih profesija koji međusobno surađuju i integriraju aktivnosti.

1.3. Razlike između kurativne i palijativne medicine

Promjena iz orijentacije liječenja (kurative) na orijentaciju pružanja skrbi i ugodnijoj atmosferi za pacijenta (palijative), ukoliko je ona moguća, za terminalno oboljelog pacijenta prvenstveno podrazumijeva ublažavanje bolnih simptoma (2). Sami prijelaz s kurativne na palijativnu skrb je postupan i nije vremenski razgraničen.



Slika 3. Postupnost uvođenja palijativne skrbi paralelno s kurativnim pristupom

Izvor: Hrvatski zavod za hitnu medicinu. Nacionalne smjernice za rad izvanbolničke i bolničke hitne medicinske službe s pacijentima kojima je potrebna palijativna skrb, Zagreb, 2015.

Ciljevi liječenja prebacuju se s produljenja života na očuvanje kvalitete života, s potrebom za pronalaženjem ravnoteže između tereta i koristi liječenja. U tabelarnom prikazu najbolje će se vidjeti razlika u pristupu bolesniku te doživljaju bolesti između kurativne i palijativne medicine.

Tablica 1. Razlika između kurativne i palijativne medicine

	KURATIVNA MEDICINA	PALIJATIVNA MEDICINA
Svrha	Količina života	Kvaliteta života
Pristup	Kurativan	Palijativan
Cilj	Kontrola bolesti	Kontrola simptoma
Fokus	Bolest	Osoba
Smrt viđena kao	Neuspjeh	Neizbježna, prirodna
Liječenje ovisi o	Kliničkim parametrima	Simptomima i željama pacijenta
Jedinica skrbi	Pacijent	Pacijent, obitelj, druge važne osobe
Rezultati mjereni kroz	Izliječenje, poboljšanje kliničkih parametara, otpust iz bolnice	Izostanak boli, plodna aktivnost pacijenta, spokojna smrt

Izvor: Brkljačić M, Šamija M, Belev B, Strnad M, Čengić T: Palijativna medicina

2. Povijesni razvoj palijativne skrbi

2.1. Razvoj palijativne skrbi u svijetu

Razvoj palijativne medicine počeo je 60-ih godina u Velikoj Britaniji te 70-ih u SAD-u i Kanadi kao reakcija na promjene u medicinskoj kulturi. Jedna od njegovih predstavnica je i Cicely Saunders, začetnica hospicijskog pokreta, koja je imala glavni međunarodni utjecaj u promicanju palijativne medicine i palijativne skrbi. Cicely Saunders radila je u St. Joseph's hospiciju od 1957. do 1967. te je proučavala kontrolu boli kod uznapredovalog raka, a dala je snažan poticaj za osnivanje St. Christopher hospicija u Londonu (1967.). Iako to nije bio prvi hospicij, bio je prva medicinska, akademska i moderna zdravstvena ustanova, s naglaskom na edukaciju i istraživanje uz klinički rad. Stoga se Saunders smatra začetnicom moderne palijativne skrbi.

U SAD-u je velik utjecaj psihijatrice Elisabeth Kubler-Ross, čije su knjige uzrokovale „revoluciju“ među stručnjacima i u javnosti u komunikaciji s umirućim bolesnikom i njegovim potrebama te odnosu liječnik-bolesnik-obitelj (3).

Uz hospicijsku palijativnu medicinu vrlo se brzo počela razvijati i hospitalna palijativna medicina. Urološki kirurg Balfour Mount 1974. godine osniva prvi bolnički odjel palijativne skrbi pri bolnici Royal Victoria Mc Gill Sveučilišta u Montrealu (Kanada) (3).

Pioniri moderne palijativne medicine i širenje hospicijskog pokreta po svijetu doveli su do znatnog razvoja te medicinske discipline, koja se sve više razvija i kao posebna specijalizacija i subspecijalizacija, uz znatnu povezanost sa sveučilištima (3).

2.2. Razvoj palijativne skrbi u Hrvatskoj

Razvoj palijativne medicine u Hrvatskoj se donedavno isključivo temeljio na hospicijskom pokretu unutar segmenta civilnog društva predvođenog pionirkom

palijativne medicine u Hrvatskoj Anicom Jušić. Godine 1994. organiziran je Prvi hrvatski simpozij o hospiciju i palijativnoj skrbi. Iste godine osnovano je Hrvatsko društvo za hospicij i palijativnu medicinu u Hrvatskom liječničkom zboru. Inicijativa za organizaciju palijativne skrbi na teritoriju Republike Hrvatske temelji se na demografskim podacima koji govore o sve većem udjelu osoba starije životne dobi u općoj populaciji stanovništva, sve većem udjelu samačkih domaćinstava, kao i na podacima koji sugeriraju porast oboljelih i umrlih od zloćudnih bolesti te drugih kroničnih bolesti (4).

U Republici Hrvatskoj zakonski okviri za organizaciju palijativne skrbi stvoreni su u srpnju 2003. godine stupanjem na snagu novoga Zakona o zdravstvenoj zaštiti. Tim je Zakonom palijativna skrb navedena kao jedna od mjera zdravstvene zaštite (članak 8.), a kao djelatnost pripada primarnoj razini zdravstvene zaštite (članak 25.). Također je uvrštena i u djelatnost domova zdravlja (članak 69.) te je utvrđeno da svaki dom zdravlja na teritoriju RH mora osigurati i ustanovu za palijativnu skrb (4).

Dana 21. 9. 2010. godine otvoren je i Centar za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine – CEPAMET. U veljači 2013. godine u Rijeci je otvoren prvi hospicij „Marija Krucifiksa Kozulić“ u Hrvatskoj, a osnivač je Caritas Riječke nadbiskupije, dok su suosnivači Grad Rijeka i Primorsko-goranska župnija (4).

Stalni angažman i rad stručnjaka doprinosi sve većem napretku i razvoju palijativne skrbi u Hrvatskoj (4).

3. Razine palijativne skrbi

Pružanje palijativne skrbi podijeljeno je na tri razine te bi svi zdravstveni djelatnici trebali biti educirani kako bi mogli pružiti odgovarajuću razinu palijativne skrbi. Tri razine pružanja palijativne skrbi i edukacije su: palijativni pristup, opća palijativna skrb i specijalistička palijativna skrb.

- *Palijativni pristup* – „je način integriranja palijativnih metoda i postupaka u okruženjima koja nisu specijalizirana za palijativnu skrb. To ne uključuje samo farmakološke i nefarmakološke mjere suzbijanja simptoma, već i komunikaciju s pacijentom i obitelji, kao i s drugim zdravstvenim radnicima, te odlučivanje i postavljanje ciljeva u skladu s načelima palijativne skrbi“ (1). Liječnici, medicinske sestre te drugi članovi zdravstvenih struka moraju se uključiti u nastavne planove i programe temeljne edukacije.
- *Opća palijativna skrb* – „to su stručnjaci koji su češće uključeni u palijativnu skrb, kao što su onkolozi i gerijatri, ali palijativna skrb nije glavni fokus njihovog rada, još uvijek mogu steći poseban trening i obrazovanje u palijativnoj skrbi te također mogu pružiti dodatna ekspertna znanja. Ovi stručnjaci mogu pružati opću palijativnu skrb“ (1). Na ovoj razini potrebna je dodatna razina kompetencija vezanih uz palijativnu skrb jer su stručnjaci ove razine iznimno važni u pružanju sveobuhvatne palijativne skrbi i koordiniranju na svim razinama zdravstvene zaštite.
- *Specijalistička palijativna skrb* – „pružaju specijalizirane službe pacijentima sa složenim problemima koje nije moguće adekvatno pokriti drugim načinima tretmana“ (1). One zahtijevaju timski pristup (multidisciplinarni i interdisciplinarni način rada). Članovi tima moraju biti visokokvalificirani iz specijalističke palijativne skrbi te imati klinička iskustva u rješavanju problema iz više domena.

4. Procjena potreba za palijativnom skrbi u Karlovačkoj županiji

Potrebe za palijativnom skrbi rastu kako u Hrvatskoj tako i u Karlovačkoj županiji zbog sve većeg udjela starijih osoba, a posljedično i sve veće prevalencije kroničnih nezaraznih bolesti. Ljudi danas žive duže, udio starijih osoba se povećao, a i dalje će se povećavati. S produljenjem očekivanog životnog vijeka raste prevalencija kroničnih nezaraznih bolesti (poglavito karcinoma, bolesti srca, cerebrovaskularne bolesti i bolesti dišnog sustava). Povećava se broj osoba koje žive, ali i pate zbog navedenih bolesti. Također zahvaljujući napretku medicine pacijenti će sve duže preživljavati s kroničnom onesposobljavajućom bolešću, a posljedično će im palijativna skrb trebati duže vremensko razdoblje, a ne samo u posljednjoj godini života. Zbog rastuće incidencije karcinoma, sve ranijeg postavljanja dijagnoze, poboljšanja liječenja i duljeg preživljenja povećat će se naročito broj onkoloških pacijenata koji trebaju palijativnu skrb. Potrebe za palijativnom skrbi često nisu prepoznate te su potrebe znatno veće od onih procijenjenih. Na rastuće potrebe za palijativnom skrbi ukazuju i podaci o porastu broja umrlih osoba od malignih i drugih kroničnih bolesti (5). Smatra se da je mjesto smrti jedan od indikatora učinkovitosti palijativne skrbi jer dobro organizirana i učinkovita palijativna skrb utječe na broj umrlih u vlastitom domu. Prema podacima HZJZ u Karlovačkoj je županiji 2013. godine u kući umrlo 545 osoba s nekom od palijativnih dijagnoza (35,16% umrlih od palijativnih dijagnoza), a u ustanovi za smještaj 127 osoba (8,20% umrlih od palijativnih dijagnoza). Podaci o umrlima u zdravstvenim ustanovama nisu dostavljeni, no može se pretpostaviti da su sve ostale osobe umrle u zdravstvenim ustanovama. Tako pretpostavljeni udio umrlih u zdravstvenim ustanovama s palijativnom dijagnozom iznosi 56,65% (5).

4.1. Model organizacije palijativne skrbi u Karlovačkoj županiji

Razvojna strategija palijativne skrbi predviđa uspostavu sustava palijativne skrbi koji uključuje nekoliko različitih organizacijskih oblika, od kojih su ključni

Županijski centar za koordinaciju palijativne skrbi, stacionarna skrb u županijama i dobro razvijena mreža palijativne skrbi na razini primarne zdravstvene zaštiti.

Sukladno Strategiji razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014.

– 2016. projektni tim odlučio je da minimalne standarde čine:

1. Županijski centar za koordinaciju palijativne skrbi
2. Izvanbolnički palijativni tim
3. Bolnički palijativni tim, palijativni bolnički kreveti, dnevna bolnica
4. Komunikacijski put za provođenje palijativne skrbi
5. Razvoj i dostupnost posudionice pomagala (5)

Cilj i svrha Centra bit će osnaživanje i povezivanje svih dionika pružatelja palijativne skrbi u županiji. Vodit će registar palijativnih bolesnika, kontinuirano održavati i obnavljati komunikacijski put dionika, koordinirati i organizirati rad posudionice ortopedskih i medicinskih pomagala Karlovačke županije i kontinuirano promicati važnosti palijativne skrbi u zajednici. Rad i djelovanje Centra za koordinaciju ustrojavat će se i strukturirati sukladno mogućnostima za poboljšanje kvalitete i dostupnosti palijativne skrbi pacijenta od strane uključenih dionika (5).



Slika 1. Županijski centar za koordinaciju palijativne skrbi

Dostupno na <http://www.kazup.hr> (Pristupljeno: 9. 5. 2019.)

5. Tko je palijativni pacijent?

Stručne postavke palijativne skrbi nalažu da se palijativna skrb primjenjuje paralelno s kurativnom skrbi od trenutka postavljanja dijagnoze potencijalno smrtonosne bolesti pacijentu. Palijativnu skrb potrebno je usmjeriti na one pacijente čije je aktivno liječenje završeno, to jest njihova bolest brzo napreduje usprkos svim pokušajima liječenja. Kod većine pacijenata radi se o posljednjih šest mjeseci života. Izraz „palijativni pacijent“ predstavlja potencijalni problem. Pacijenti nisu „palijativni“, već oni imaju potrebu za palijativnom skrbi (6).

U odnosu na populaciju ubrajaju se:

- Pacijenti koji boluju od metastatske onkološke bolesti
- Pacijenti koji umiru od zatajenja organa (srce, jetra, bubreg)
- Starije osobe krhkog zdravlja
- Djeca i punoljetne osobe koje pate od prirodnih bolesti i stanja koja dovode do ovisnosti o terapijama koje ih održavaju na životu i/ili dugoročne skrbi njihovih skrbnika s ciljem pružanja skrbi za obavljanje svakodnevnih aktivnosti
- Osobe bilo koje dobi koje pate od akutnih, ozbiljnih i po život opasnih bolesti (teške ozljede, leukemija ili moždani udar), kada je izlječenje, ako do njega dođe, vrlo dugotrajan i zahtjevan put ispunjen značajnim teškoćama.
- Osobe koje pate od progresivnih kroničnih stanja (maligniteta, kroničnih zatajenja bubrega, bolesti jetre, moždanog udara koji je uzrokovao značajno funkcionalno oštećenje, uznapredovale srčane ili plućne bolesti, krhkost, neurodegenerativne bolesti i demencije).
- Osobe koje pate od kroničnih i za život ograničavajućih ozljeda nastalih uslijed nesreća ili drugih oblika teških ozljeda (4).

Ozbiljno i terminalno oboljeli pacijenti koji se vjerojatno neće oporaviti ni stabilizirati te za koje je intenzivna palijativna skrb vodeći fokus i cilj skrbi za vrijeme koje im preostaje (4).

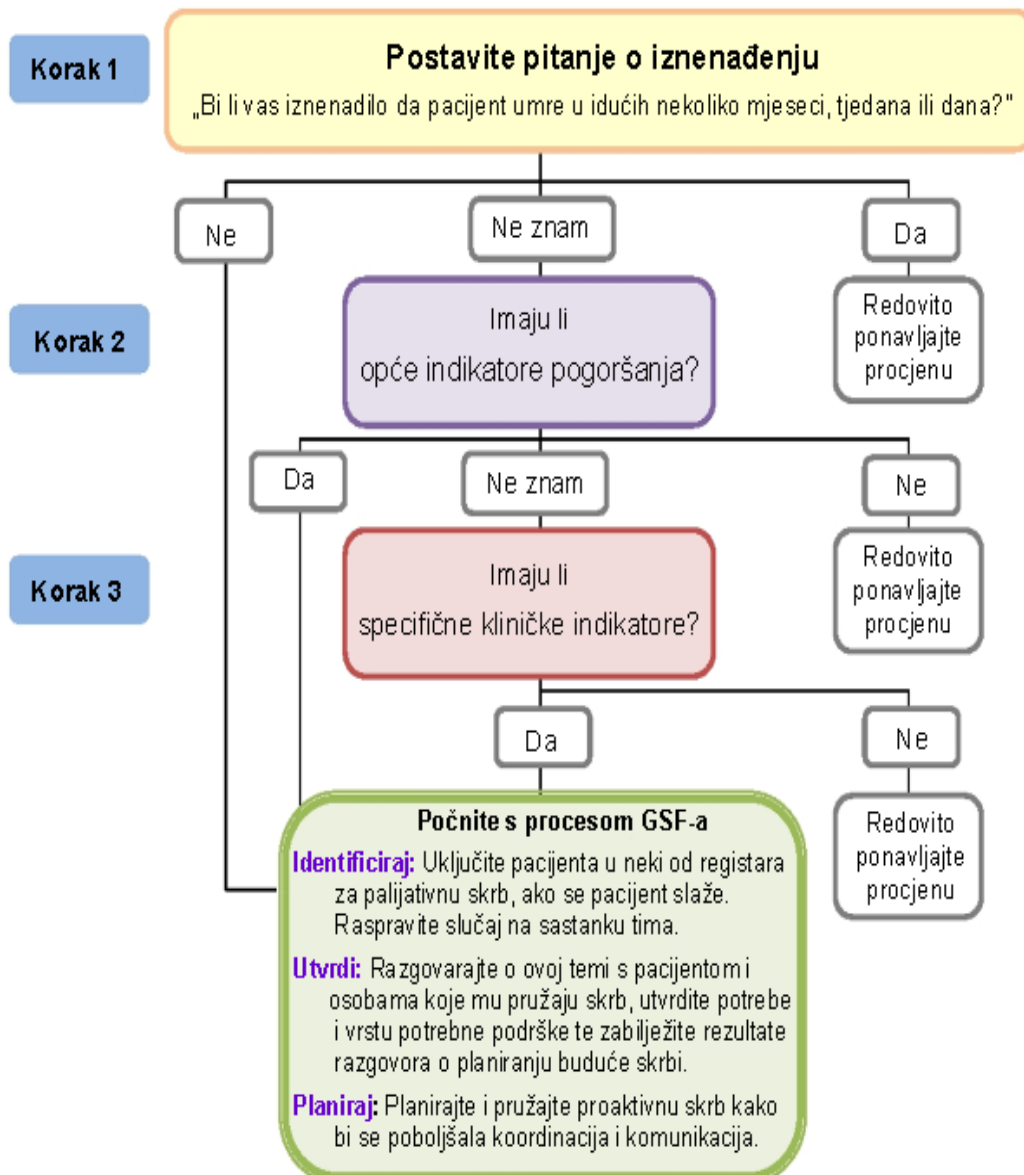
5.1. Prepoznavanje pacijenta – kandidata za palijativnu skrb

Važno je pravovremeno prepoznati pacijenta kao palijativnog pacijenta koji je u stanju aktivne, uznapredovale, progresivne i neizlječive bolesti s očekivanim smrtnim ishodom tijekom dvanaest mjeseci. Pacijent se identificira na osnovu najmanje jednog od ova triju elemenata:

1. *kliničkih indikatora* - opći indikatori akutne bolesti koja napreduje usprkos svakom liječenju te specifični indikatori za tri glavne skupine pacijenata kojima je potrebna palijativna skrb: malignom, zatajenje organa (tjelesni sustav), staračka krhkost / demencija (6)
2. *subjektivna klinička procjena* - intuitivan odgovor na pitanje iznenađenja koje integrira komorbiditet, socijalne i ostale faktore: „Bi li Vas iznenadilo da pacijent umre u idućih 6 - 12 mjeseci?“ (6)
3. *izbor / potreba* - pacijent s uznapredovalom bolešću odlučio se samo za simptomatsko liječenje, a ne u cilju izlječenja (6)

Prilikom identifikacije palijativnog pacijenta uz glavnu dijagnozu, a nakon ispunjenog alata za indikatore suportivne i palijativne skrbi - SPICT, pacijentu je potrebno dodijeliti preko MKB-a šifru Z51.5. Time je ovaj pacijent i u sadašnjoj organizaciji zdravstvenog sustava prepoznat, što mu omogućuje postupke vezane uz liječnika obiteljske medicine, patronažnu službu i zdravstvenu njegu u kući pacijenta (5). Primjena alata za prepoznavanje i zbrinjavanje pacijenata koji trebaju palijativnu skrb osigurat će da se pravovremeno i u što većem postotku prepoznaju pacijenti s potrebama za palijativnom skrbi. Za prepoznavanje pacijenata preporučaju se europske smjernice kao temeljni alat s prognostičkim indikatorima za prepoznavanje pacijenata koji se približavaju kraju života. SPICT se koristi kao pomoćni alat za brzo trijažiranje, CRISTAL kao pomoćni alat za brzo prepoznavanje u hitnoj službi, dok je QUICK GUIDE alat za vođenje registra pacijenata u palijativnoj skrbi (7). Time se može smanjiti trošenje resursa palijativne skrbi na pacijente kojima takva skrb nije neophodna. Kako bi se osigurao što bolji obuhvat ovih pacijenata, u sustavno prepoznavanje treba uključiti što širi krug profesionalaca koji se s njima susreću. Jednom kada su identificirani pacijenti koji imaju potrebu za palijativnom skrbi i uključeni u registar palijativne skrbi, kao što su registri na razini primarne zdravstvene

zaštite, regionalni registri, bolnički sustavi upozoravanja, možemo potaknuti specifičnu podršku prepoznavanja njihovih specifičnih potreba, ponuditi razgovor o planiranju skrbi, prevenirati rehospitalizacije, omogućiti podršku (8).



Slika 2. Smjernice Nacionalnog centra GSF za kliničare

Izvor: <http://palijativna-skrb.hr>

6. Pravilnik o akreditacijskim standardima za bolničke zdravstvene ustanove

Sukladno Pravilniku o akreditacijskim standardima za bolničke zdravstvene ustanove (NN 31/11) akreditacijski standardi:

- sustav osiguranja i poboljšanja kvalitete zdravstvene zaštite
- uprava bolničke zdravstvene ustanove
- zaposlenici bolničke zdravstvene ustanove
- pregled korištenja zdravstvenih usluga
- prava pacijenata
- služba za medicinsku dokumentaciju
- zdravstvena njega
- planiranje otpusta
- kontrola infekcija
- sustav upravljanja sigurnošću (11)

Akreditacijski standardi dijelom su kontinuiranog poboljšanja kvalitete zdravstvene zaštite. Orijentirani su prema pacijentima kao krajnjim korisnicima zdravstvene zaštite. Indikatori su sastavni dio akreditacijskih standarda, a primjenjuju se za konkretno vrednovanje usuglašenosti sa standardima. Indikatori ukazuju na cilj u kontekstu razvoja kvalitete, što se konkretizira na razini institucije.

6.1. Planirani otpust

Planiranje otpusta iz bolničke skrbi proces je razvoja plana i programa za njegu pacijenta koji se iz jednog okruženja njege premješta u drugo te se primjenjuje na sve bolničke pacijente, ali ne primjenjuje se za pacijente u bolničkom hitnom ili ambulantnom prijemu. Cilj je planiranog otpusta poboljšati koordinaciju usluga nakon otpusta pacijenta te osigurati kvalitetu zdravstvene skrbi kod kuće ili u nekoj drugoj zdravstvenoj ustanovi. Samim time utječe se na zadovoljstvo i sigurnost bolesnika,

njegove obitelji te sprečava pojavu neželjenih događaja. Plan otpusta dio je zdravstvene skrbi i započinje samim prijemom pacijenta u bolnicu kako bi se otpust mogao kvalitetnije isplanirati, utjecati na duljinu boravka u bolnici i spriječiti rehospitalizacije bolesnika. Tu je uključena aktivna komunikacija i suradnja pacijenta, njegove obitelji i drugih sudionika koji sudjeluju u nastavku zdravstvene skrbi, procjena kognitivnih sposobnosti i funkcionalnog stanja pacijenta. Odgovornost za planiranje otpusta često je multidisciplinarna te nije ograničena na pojedinačne discipline (11). Tim koji sudjeluje i nadzire razvoj plana otpusta sačinjavaju liječnik, glavna sestra odjela i medicinska sestra za planirani otpust, socijalni radnik. Planiranje otpusta je multidisciplinarno i nije ograničeno na pojedinačne discipline. Najidealnije je interdisciplinarno planiranje otpusta koje uključuje specifičnu stručnost prema potrebama bolesnika.

6.1. Procjena planiranja otpusta

Bolnička zdravstvena ustanova mora imati učinkovit proces planiranja otpusta koji se primjenjuje za sve pacijente i mora imati pisanu politiku i postupke za planiranje otpusta. Pacijenti koji imaju visok rizik za posthospitalnu skrb moraju biti prepoznati putem odgovarajućeg postupka. Ustanova mora kontinuirano, kao i prije otpusta, procjenjivati potrebe pacijenata jer se stanje pojedinca može promijeniti ovisno o njegovu statusu. Te procjene trebaju sadržavati psihosocijalne potrebe, razumijevanje potrebe za otpustom kod pacijenta i onoga tko pruža skrb pacijentu te utvrđivanje resursa potrebnih za posthospitalnu skrb. Zaposlenici ustanove moraju završiti procjenu na vrijeme, tako da se posthospitalna skrb može organizirati prije otpusta kako bi se izbjeglo nepotrebno kašnjenje u otpustu pacijenta (11). Bolnička zdravstvena ustanova odgovorna je za razvoj plana otpusta pacijenta. Jedan od temelja otpusta je koordinacija procjene planiranja otpusta između različitih disciplina koje su odgovorne za pacijentovu skrb. Pacijent i/ili obitelj moraju dobiti informacije o izboru pružatelja posthospitalne skrbi. Pacijentove želje ne moraju se podudarati s mogućnošću samozbrinjavanja. Treba mu ponuditi realan opseg mogućnosti za posthospitalnu skrb, prema kojem on sam bira izvršitelja skrbi, a zaposlenici ne smiju

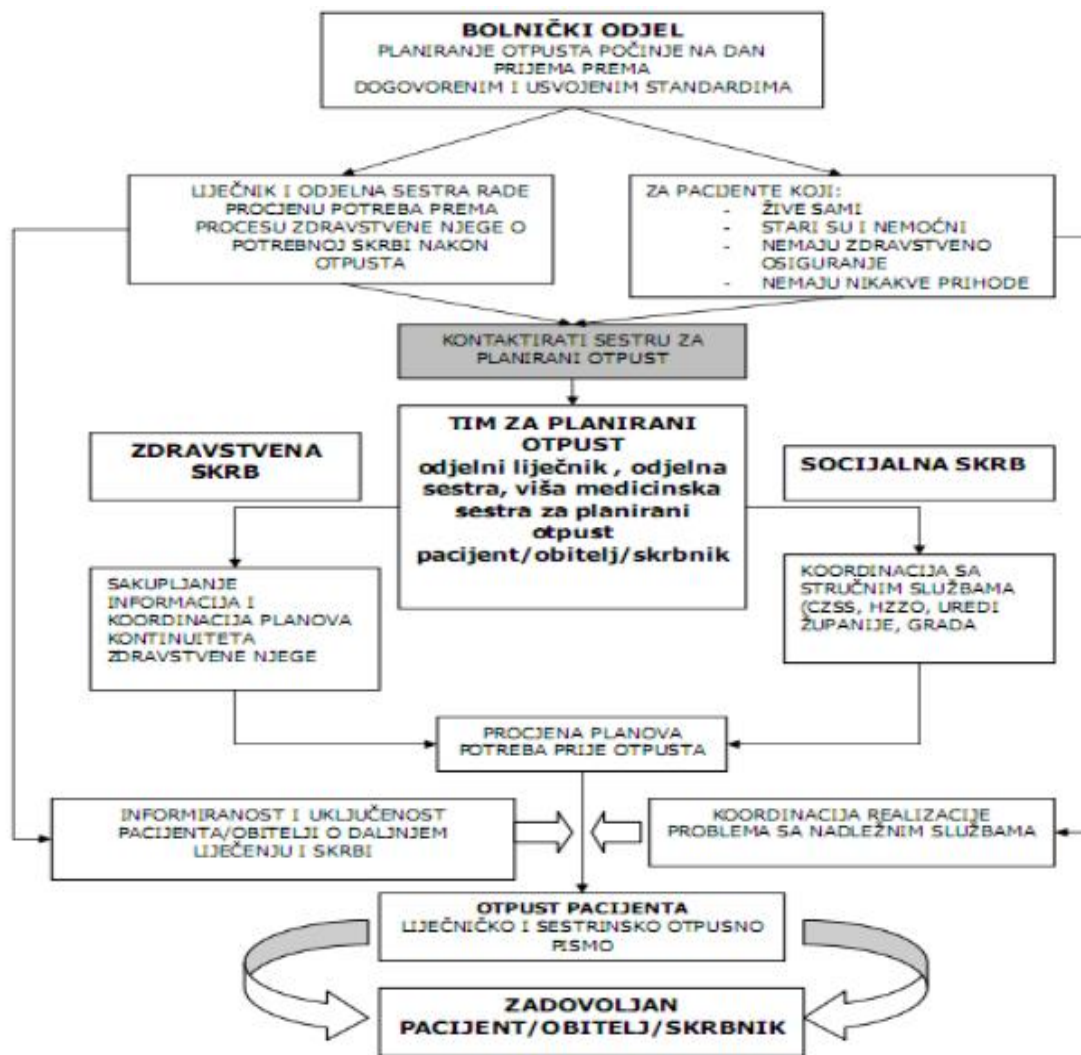
utjecati na njegov izbor. Plan otpusta treba biti vidljiv, odnosno moraju se dokumentirati aktivnosti kod planiranja otpusta.

6.2. Plan otpusta

Bolnička zdravstvena ustanova mora osigurati da su ispunjeni zahtjevi plana otpusta. Medicinska sestra - prvostupnica sestrinstva, socijalni radnik ili drugi odgovarajuće kvalificirani zaposlenik mora razvijati i nadzirati razvoj plana otpusta ako procjena planiranja otpusta ukazuje na potrebu za istim. Doktor medicine koji skrbi o pacijentu može zatražiti izradu plana otpusta pacijenta. Ustanova mora dogovoriti početnu primjenu plana otpusta, ponovo procijeniti pacijentov plan otpusta i ako postoje čimbenici koji mogu utjecati na potrebe daljnje skrbi ili na prikladnost plana otpusta. Ako je potrebno, pacijent i članovi obitelji ili zainteresirane osobe moraju dobiti savjet kako bi ih se pripremilo za posthospitalnu skrb. Bolnička zdravstvena ustanova mora u plan otpusta uključiti popis patronažne skrbi ili kućne njege koji su dostupni pacijentu na geografskom području gdje pacijent živi ili za geografsko područje koje pacijent zahtijeva. Taj popis mora biti prezentiran pacijentu kojemu je indicirana daljnja zdravstvena skrb kao što je određeno u procjeni planiranja otpusta. Ustanova je obvezna upoznati pacijenta sa svim pravima i popisom mogućih institucija i stručnjaka koji su ovlašteni pružiti nastavak zdravstvene skrbi i evidentirati u medicinski karton. Pacijent, skrbnik ili obitelj moraju od strane ustanove biti upoznati da mogu samostalno odlučivati o daljnjoj skrbi. Trebaju se poštivati pacijentove želje ili želje obitelji kada ih izraze i ne smije se utjecati na pacijentov izbor pružatelja daljnje zdravstvene skrbi. Plan otpusta mora utvrditi koja ustanova može pružiti daljnju zdravstvenu skrb o pacijentu (11).

6.3. Razvoj plana otpusta

Prema akreditacijskim standardima, bolnička zdravstvena ustanova odgovorna je razvoj plana otpusta. Tijekom hospitalizacije potrebna je ponovna procjena i planiranje potreba za nastavak skrbi pacijenta. Ponovna procjena mora uključivati pregled planova otpusta sukladno utvrđenim potrebama pacijenata. Potrebna je fizička i psihološka priprema pacijenta/obitelji/skrbnika za otpust. Važno je provesti pravodobnu edukaciju i demonstraciju postupaka koji su potrebni u daljnjoj skrbi, te davanje pismenih i usmenih informacija pacijentu/obitelji/skrbniku. Pacijenta je potrebno poticati na samozbrinjavanje, odnosno promoviranje najveće moguće razine neovisnosti. Informiranje pacijenta/obitelji/skrbnika o zdravstvenim i socijalnim uslugama u zajednici te dogovaranje daljnjeg smještaja (trajno ili privremeno) učinkovitom profesionalnom komunikacijom. Plan otpusta mora utvrditi koja ustanova može pružiti daljnju zdravstvenu skrb o pacijentu te pomoći u premještanju u dogovorenu zdravstvenu ustanovu (11).



Slika 4. Dijagram tijeka planiranja otpusta

Izvor: Sertić V, Hojsak J. Medicinska sestra za planirani otpust u Jedinici za kvalitetu i unapređenje zdravstvene zaštite, 2012. Dostupno: <http://www.hums.hr/pdf/> (Posjećeno: 02.06.2019)

7. Palijativna kirurgija / Palijativni kirurški zahvati

Palijativni kirurški zahvati mogu se definirati kao zahvati kojima je glavni cilj oslobađanje pacijenta od simptoma bolova i patnje. Zahvati ne produljuju život pacijenta, a izvode se u osoba koje nemaju više izgleda za izlječenje. Palijativni zahvati obuhvaćaju široku lepezu zahvata. Svaki od tih zahvata mora biti individualiziran za svakog pacijenta(9).

Palijativni zahvati mogu biti dio plana liječenja, a odnose se na dobivanje uzoraka tkiva, osiguranje vaskularnog pristupa za postavljanje enteralne prehrane potpore. Zahvati ne smiju pogoršavati stanje pacijenta pa sam izbor zahvata mora biti takav da nosi što manje komplikacija. Za konačan izbor zahvata važno je poštivati pacijentove želje i doživljaj samog zahvata. Kako pacijent, tako i obitelj treba razumjeti narav i prognozu bolesti. Palijativni zahvat treba pružiti pacijentu kvalitetu života, a isto tako je važno da zahvat ima niski mortalitet. Palijativni kirurški zahvati u onkoloških pacijenata su oni kojima se otklanjaju komplikacije koje su posljedice maligne bolesti. Glavna svrha im je poboljšanje kvalitete života pacijenata s uznapredovalim inkurabilnom malignom bolešću kao što su:

- gastroenteroanastomoza kod inoperabilnog tumora želuca
- gastrostomija ili jejunostomija kod inoperabilnog tumora jednjaka
- mastektomija kao toaletna operacija krvarećeg egzulceriranog tumora dojke
- kolostomija ili ileostomija radi evakuacije crijevnog sadržaja kod inoperabilnog kolorektalnog karcinoma (9)
- drenaže izljeva (ascitesa, pleuralnog izljeva, perikardijalnog izljeva)
- oslobađanje opstrukcije šupljih organa (respiracijskih, gastrointestinalnih, bilijarnih, vaskularnih, uroloških)
- kontrola fistula
- kontrola krvarenja
- kontrola boli (10)

7.1. Specifični postupci nakon palijativnih kirurških zahvata

Palijativni zahvati u kirurgiji zahtijevaju kompleksnu prilagodbu na novonastalo zdravstveno stanje pacijenta te specifičnu skrb. Specifične potrebe palijativnih pacijenata su potrebe za prehranom i hidracijom, eliminacijom stolice i urina te zbrinjavanjem rana. Ovisno o potrebama i tegobama pacijenta, najčešće se izvode zahvati kako bi se zadovoljile te potrebe pacijenta i osigurala im se kvaliteta života. Tada nastaje novo stanje za pacijenta i obitelj koje zahtijeva specifičnu skrb, kako u bolnici, tako i u nastavku skrbi po otpustu iz bolnice. Najčešći specifični postupci nakon palijativnog zahvata su njega PEG-a, njega stoma (kolostoma, ileostoma, urostoma, zbrinjavanje rana (operativnih, dekubitalnih, malignih).

PEG – Perkutana endoskopska gastrostoma je postupak uvođenja posebnog katetera za umjetno hranjenje kroz trbušnu stijenku pod kontrolom gastroskopa u želudac. Namijenjena je onim pacijentima koji zbog nemogućnosti prolaska hrane i tekućine kroz gornji dio probavnog trakta privremeno ili trajno nisu u mogućnosti unositi dovoljne količine nutrijenata koji su neophodni za normalno funkcioniranje organizma.

Stome – Kada normalno funkcioniranje probavnog i mokraćnog sustava i pražnjenje stolice i urina nije moguće zbog veličine karcinoma, kompliciranih akutnih ili kroničnih stanja, operativnim se zahvatom učini otvor na trbušnoj stijenci kako bi se olakšalo izlučivanje otpadnih tvari iz organizma. Taj otvor zove se stoma. Ovisno o mjestu izvedbe, stoma dobiva svoj naziv. Tako su poznate ileostoma, kolostoma, cekostoma, urostoma.

Rane - Česta su pojava kod pacijenata u palijativnoj skrbi. Gotovo svaki palijativni pacijent na kirurškom odjelu ima neki oblik rane (operativna rana, dekubitus, maligna, venski ulkus) i svaka ima svoje karakteristike te potpuno zacjeljivanje rane kod takvih pacijenata nije moguće. Zbrinjavanje rana zahtijeva multidisciplinarni pristup kako bi se olakšale patnje pacijenta i obitelji, bez obzira na to je li rana u fazi cijeljenja ili nije.

7.2. Kriterij za izbor pacijenta za palijativni zahvat

Kod izbora pacijenta koji će imati koristi od palijativnog zahvata treba imati na umu da se radi o terminalnom pacijentu s neizlječivom bolesti. Kod pristupa pacijenta treba voditi brigu o:

- čimbenicima dijagnoze i naravi bolesti, uključujući očekivane predterminalne i terminalne simptome specifične za bolest
- čimbenicima prognoze bolesti i medicinskog statusa, također bolesnikove osobnosti, njegovih očekivanja i njegova socijalnog okruženja
- tehničkim čimbenicima koji uključuju poznavanje dostupnih kirurških i nekirurških metoda liječenja, njihovu invazivnost te potencijalni morbiditet
- socijalnim čimbenicima koji uključuju kulturalne, etičke, legalne i ekonomske prilike (10)

8. Bolnički palijativni tim

Akutne bolnice najčešće sudjeluju u palijativnom pristupu i općoj palijativnoj skrbi. Kako bi se skrb ljudi na kraju života poboljšala, ali i njihov odlazak u vlastiti dom ili neku drugu ustanovu, potrebno je unutar bolnica osmisliti plan palijativne skrbi i povezivanja s izvanbolničkim službama palijativne skrbi. Bolnički tim daje podršku u palijativnom zbrinjavanju pacijenta unutar bolnice, sudjeluje u utvrđivanju kriterija za šifru Z51.5 i svojim znanjem i vještinama doprinosi zbrinjavanju palijativnog bolesnika (12). Podrška se nudi za područja terapije protiv bolova, kontrolu simptoma, holističku skrb i psihosocijalnu podršku (13), a cilj je poboljšanje skrbi kako bi se potaklo otpuštanje iz akutne bolnice i olakšavanje transfera između stacionarne i ambulantne skrbi. Tim za potporu palijativne skrbi u Karlovačkoj županiji sastavljen je od multiprofesionalnog tima: liječnik (koordinator) koji vodi bolnički registar palijativnih pacijenata, medicinska sestra (sestra za planirani otpust) te oni moraju imati edukaciju iz palijativne skrbi. Tim surađuje s izvanbolničkim palijativnim timom i Županijskim centrom za koordinaciju palijativne skrbi kako bi se osigurala koordinacija, komunikacija te kontinuitet palijativne skrbi diljem svih lokacija institucionalne i kućne njege (13).

9. Plan otpusta palijativnog pacijenta s kirurškog odjela

Palijativna skrb treba integrirati sredstva za unaprijedno planiranje skrbi, tako da ti pacijenti mogu dobivati palijativnu skrb u skladu s njihovim potrebama (14). Kontinuitet skrbi osnovni je zahtjev palijativne skrbi, a pomoći će u izbjegavanju pogrešaka i nepotrebne patnje pacijenata, može spriječiti da se pacijent i obitelj osjećaju napuštenima te da se poštuju izbor i potrebe pacijenta.

S obzirom na mjesto prepoznavanja bolesnika s potrebom za palijativnom skrbi, u nastavku slijedi prikaz komunikacijskog puta palijativnog pacijenta koji je prepoznat unutar bolničkog zdravstvenog sustava, na odjelu kirurgije u našoj županiji.

Procjena potreba pacijenta za palijativnom skrbi na kirurškom odjelu:

- Dobna struktura pacijenta
- Simptomi koji prevladavaju kod pacijenta
- Osim zdravstvene skrbi, koje su druge njihove potrebe (npr. psihosocijalne, duhovne, pravna pomoć)
- Procjena potrebe za palijativnom skrbi po organizacijskim jedinicama na osnovu mortalitetne statistike i prosudbe osoblja odnosno jedinice (npr. udio očekivanih smrti) (14)

Procjenu planiranja otpusta, razvoj i nadzor, provodi glavna sestra odjela. Prilikom prepoznavanja pacijenta kojemu je potrebna palijativna skrb i kojemu je potreban plan otpusta važno je uzeti u obzir funkcionalno stanje i kognitivne sposobnosti pacijenta te podršku obitelji. Za svakog pacijenta kojem je utvrđena potreba za posthospitnom skrbi glavna sestra odjela svakodnevno procjenjuje potrebu plana i razvoja otpusta i sve dokumentira u sestrinsku dokumentaciju. Uobičajena je procedura da se obitelji/skrbniku najavi otpust pacijenta kako bi se oni mogli pravovremeno pripremiti za nastavak pružanja zdravstvene skrbi.

Svaka promjena statusa pacijenta zahtijeva ponovnu procjenu, a evidentiranje promjene plana otpusta u ovlasti je medicinske sestre koja je za to vrijeme odgovorna za pacijenta. Planirani otpust nije uvijek točno najavljen u dan jer se može

promijeniti, a to ovisi o stanju pacijenta te organizaciji daljnje skrbi. Ako zdravstveno stanje palijativnog pacijenta zahtijeva uključivanje drugih zdravstvenih suradnika, glavna sestra u dogovoru s liječnikom koordinira potrebne aktivnosti i evidentira ih u sestrinskoj dokumentaciji. Svi članovi tima koji sudjeluju u zdravstvenoj skrbi za pacijenta dužni su izvijestiti glavnu sestru o svakoj promjeni kod pacijenta i na vrijeme završiti procjenu kako bi se izbjeglo neopravdano produljenje boravka pacijenta u bolnici. Pacijenta, obitelj pacijenta, skrbnika ili drugu osobu koju pacijent ovlasti, potrebno je uključiti u planiranje posthospitalne skrbi, procijeniti mogućnosti skrbi o pacijentu u sredini iz koje dolazi, predočiti jasne informacije i mogućnosti odlaska u drugu odgovarajuću ustanovu. Ako obitelj pacijenta nije u mogućnosti skrbiti ni organizirati adekvatno zbrinjavanje u kućnim uvjetima, potrebno je razmišljati o nastavku daljnje skrbi u nekoj drugoj ustanovi koja je specijalizirana za skrb o palijativnim pacijentima. S napredovanjem bolesti i pogoršanjem kognitivnih i fizičkih funkcija, sposobnost odlučivanja kod nekih će se pacijenata smanjiti, pa oni više neće moći sudjelovati u donošenju odluka (13). Tijekom svakodnevne procjene planiranog otpusta glavna sestra uočava potrebu za edukacijom pacijenta do razine samozbrinjavanja i koordinira aktivnosti za provedbu.

Ako pacijent nije u mogućnosti sam provoditi postupke koji su neophodni za poboljšanje njegova zdravstvenog statusa i kvalitete života, potrebno je u edukaciju uključiti obitelj/skrbnika/socijalnog radnika.

Za svakog pacijenta kojem je potrebna posthospitalna skrb, glavna sestra ispunjava obrazac sestrinskog otpusnog pisma, u kojem navodi sve potrebne podatke koji će osigurati kvalitetnu zdravstvenu skrb za pacijenta, bilo da odlazi kući ili u drugu ustanovu. Sprječavanje krize i nepotrebnih transfera važan je rezultat palijativne skrbi (13).

9.1. Kriteriji za otpust palijativnog pacijenta s kirurškog odjela

S obzirom na specifične potrebe pacijenta nakon kirurškog zahvata, moraju biti zadovoljeni kriteriji i preduvjeti za otpust pacijenta. Kada su simptomi i tegobe koji prate pacijenta i onemogućuju mu kvalitetniji život otklonjeni, pacijent može napustiti

bolničku skrb. Uz zbrinjavanje osnovnih problema i simptoma koji prate palijativnog pacijenta kao što su bol, mučnina, nesаница, komplikacije dugotrajnog ležanja, od izuzetne je važnosti adekvatno zbrinjavanje specifičnih potreba. Ako su zadovoljeni kriteriji i uvjeti za otpust pacijenta, kao što su dovoljan unos hrane i tekućine, ako mu je rana adekvatno zbrinuta i nema curenja sadržaja, stoma ima normalnu funkciju te su osigurana ostomijska pomagala, tada može započeti realizacija plana otpusta.

9.2. Proces informiranog pristanka

Proces informiranog pristanka sastoji se od četiri osnovna elementa:

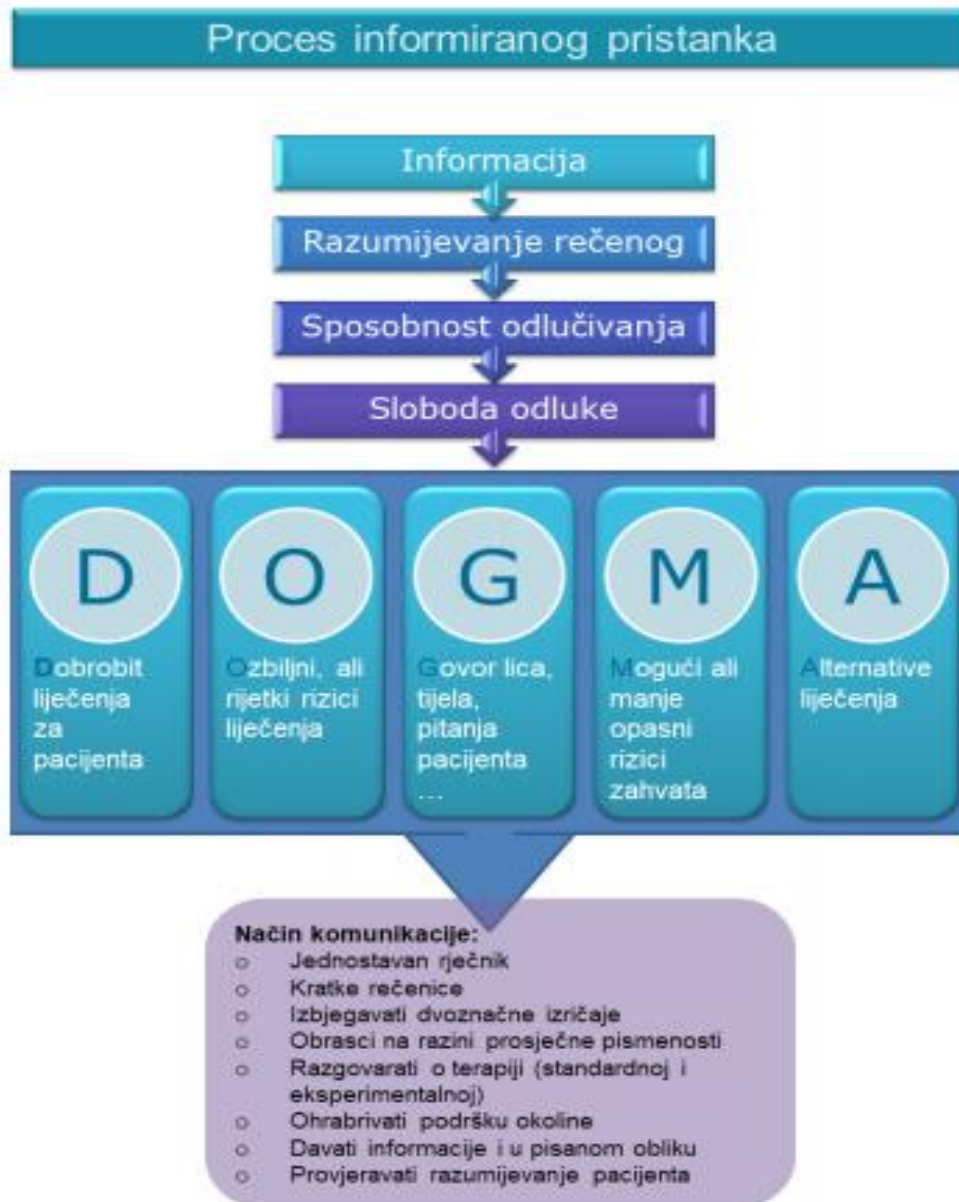
1. Informacija koja treba biti istinita
2. Pacijentovo razumijevanje rečenog
3. Pacijentova sposobnost odlučivanja (mentalne, psihičke)
4. Pacijentova slobodna odluka prihvatanja ili odbijanja interventnog/terapijskog postupka odnosno odsustva prisile drugih ljudi

Sve temeljne elemente informiranog pristanka obuhvaća mnemotehnički akronim DOGMA, odnosno obuhvaća najvažnije informacije i način komuniciranja s pacijentom te pokazuje da se tek nakon osobnog razgovora s pacijentom dolazi do pisanog dokumenta odnosno informiranog pristanka (15).

DOGMA uključuje:

- Razgovor o dobrobiti liječenja
- Rizike liječenja
- Alternative liječenja

Središnji dio DOGMA-e je individualni pristup pacijentu u kojemu liječnik, dajući informacije, prati govor lica, tijela i pitanja pacijenta u komunikaciji koja je primjerena pacijentovu razumijevanju (15). Najvažnije je da komunikacija ne bude dvoznačna, već jednostavna, na razini prosječne pismenosti, te dostupna pacijentu i u pisanom obliku kako bi imao vremena vratiti se na rečeno i donijeti najbolju moguću odluku za sebe u konkretnoj situaciji (15).



Slika 5. Proces informiranog pristanka

Izvor: Carti M, Lončarek K. Proces informiranog pristanka

Dostupno: http://palijativna-skrb.hr/files/PUB_HUB/DOGMA (Pristupljeno 03.06.2019)

9.3. Plan otpusta

Plan otpusta počinje se planirati prilikom prijema pacijenta na odjel i može se mijenjati tijekom skrbi o pacijentu ovisno procjeni stanja, njegovim potrebama i

željama. Otpust se najavljuje sestri za planirani otpust te na taj način započinje kontinuirana i koordinirana skrb o palijativnom pacijentu. Dogovoreni plan poštuje se u cijelosti, a posebna pažnja pridaje se sigurnosti otpusta pacijenta.

Korak 1 - Prepoznavanje palijativnog pacijenta na kirurškom odjelu

- Procjena za uključivanje pacijenata u palijativnu skrb (odgovorni liječnik na odjelu, glavna sestra)
- Uključivanje koordinatora i sestre za planirani otpust (razgovor s pacijentom i obitelji, pismena informacija o PS)
- Ispunjavanje medicinske dokumentacije za registraciju palijativnog pacijenta (odgovorni liječnik na odjelu, supotpisnik koordinator)

Kirurški odjeli iskazali su potrebu za službenim smjernicama za prepoznavanje pacijenata koji potencijalno trebaju neki oblik palijativne skrbi. Važno je pravovremeno prepoznati pacijenta koji zahtijeva potrebu za palijativnom skrbi. Prelazak pacijenta s kurativnog na pretežno palijativni način skrbi znači nešto posve drugo odnosno prestanak s postupcima u svrhu izlječenja koje dokazano više nije moguće te usmjeravanje na postupke koji ublažavaju simptome i poboljšavaju kvalitetu života. Dijagnozu postavlja liječnik te pacijenta i obitelj upoznaje s terminom palijativne skrbi. Radi se o odluci koju je liječnicima teško donijeti i zato je važno osnažiti ih dokumentima koji su doneseni na razini bolnice i koji standardiziraju postupke u vezi te teške odluke. Važna je pravovremena informiranost pacijenta i njegove obitelji te stručno znanje zdravstvenih djelatnika kako bi proglašenje i registracija palijativnih bolesnika bila pravovremena u svrhu podizanja kvalitete pružanja zdravstvene skrbi.

Korak 2 – Komunikacija i planiranje otpusta

- holistička procjena pacijenta uključujući kontrolu simptoma, psihološke, emocionalne i duhovne potrebe
- razgovor s pacijentom, obitelji i skrbnikom o potrebama i daljnjoj skrbi

- koordinacija s drugim članovima palijativnog tima (sestra za planirani otpust, ambulanta za bol te ostali specijalisti ovisno o potrebama pacijenta)
- procjena plana otpusta te utvrđivanje predviđenog dana otpusta

Komunikacija se odnosi na interakciju između pacijenta i zdravstvenih radnika, pacijenta i njegove obitelji, obitelji i zdravstvenih djelatnika, zdravstvenih djelatnika i službi koje su uključene u skrb. Zdravstveni radnici koji su uključeni u plan otpusta pacijenta imaju zahtjevan zadatak jer je komunikacija u palijativnoj skrbi mnogo više od same razmijene informacija. Treba prenijeti poštenu, iskrenu i potpunu informaciju, a s druge strane treba poštivati nadu pacijenta i obitelji u preživljavanje unatoč primicanju smrti. Način na koji se priopćavaju informacije o daljnjoj skrbi utjecat će na brojne odluke koje će donijeti pacijent i njegova obitelj/skrbnik.

Cilj zajedničkog dogovora o odlukama vezanima uz daljnju skrb jest osigurati da pacijent i obitelj/skrbnik dobro razumiju sve informacije o dostupnim terapijskim opcijama, koristima, rizicima. Potencijalan dan otpusta određuje liječnik. Palijativni bolesnik neće se otpuštati petkom, vikendom i blagdanom zbog jednostavnijeg nastavka skrbi nakon otpusta, a izrada plana uz pomoć stručne osobe omogućava članovima obitelji i skrbnicima da kvalitetno organiziraju prihvat oboljelog.

Korak 3 – Edukacija

- educirati pacijenta/obitelj/skrbnika o kontroli boli, simptomima (mučnina, nesanica, dispneja), previjanju kronične rane (dekubitus), operativne rane, zbrinjavanje stome, gastrostome, PEG-a, načinima prehrane (enteralna, parenteralna, putem NGS)
- informirati kako postupiti kod promjene stanja pacijenta

Prije otpusta iz bolnice potrebno je provesti edukaciju pacijenta i obitelji o pacijentovu stanju, njegovoj bolesti. Potrebno je osigurati pisane materijale i upute o novonastaloj situaciji jer će im dati mogućnost da se podsjetite na dobivene informacije.

Edukacija/savjetovanje bolesnika i obitelji je proces tijekom kojeg medicinska sestra organizirano pomaže pacijentu/obitelji da što bolje upoznaju promjene koje su nastale uslijed bolesti, što uspješnije savladaju nastale poteškoće, spriječe moguće

komplikacije, a poticanjem samostalnosti pacijenta očuvaju zadovoljavajuću kvalitetu života. U procesu edukacije sudjeluju pacijent, obitelj/skrbnik, liječnik i medicinska sestra (16). Dobro educirana obitelj moći će se adekvatnije brinuti o palijativnom pacijentu.

Korak 4 – **Otpusna dokumentacija**

- liječničko otpusno pismo
- otpusno pismo zdravstvene njege

Otpusna dokumentacija priprema se ranije kako bi na dan otpusta bila završena dekursoriranjem i spremna prije dogovorenog vremena za otpust pacijenta. Ona sadrži izvješće o cjelokupnoj skrbi u zdravstvenoj ustanovi kako bi se kao nastavak skrbi na postignuto mogao nastaviti na drugom mjestu skrbi palijativnog pacijenta, a uključuje liječničko otpusno pismo i sestrinsko otpusno pismo. U liječničko otpusno pismo treba upisati šifru palijativne skrbi Z51,5 i šifru osnovne bolesti, procjenu boli prema vizualnoanalognoj skali za bol (VAS) i terapiju za suzbijanje boli, opće fizičko i mentalno stanje pacijenta, preporuku za nastavak palijativne skrbi, napisati je li aktivno liječenje završilo, raniju farmakoterapiju ukoliko se nastavlja i novouvedenu terapiju, šifre za fizioterapiju kod kuće (ako je potrebna), šifre za pomagala u skrbi pacijenta (npr. šifre za ortopedska pomagala, ostomijska pomagala, pelene, materijale za skrb rane, urinarnih katetera, enteralnu i parenteralnu prehranu), datum posljednjeg postavljanja ili iduće promjene pomagala (kanile, ostomijsko pomagalo, opioidnog naljepka, opis i način zbrinjavanja rane...), a ako pacijent ima urinski kateter, treba upisati razlog postavljanja.

Otpusno pismo zdravstvene njege treba sadržavati podatke o socijalnom statusu, provednoj zdravstvenoj njezi i postupcima u bolnici, podatke o educiranosti pacijenta i obitelji o novonastalom stanju, utvrđivanje potreba za kontinuiranom zdravstvenom njegom, aktualne sestrinske dijagnoze pri otpustu bolesnika iz bolnice, daljnje preporuke zdravstvene njege i potrebni pribor za zdravstvenu njegu, terapiju koju pacijent uzima te vrijeme i način uzimanja terapije. Potrebno je upisati druge zdravstvene djelatnike koji su bili uključeni u skrb pacijenta u bolnici i kako je pacijentovo doživljavanje otpusta iz bolnice.

Otpusno pismo zdravstvene njege piše se prilikom otpusta palijativnog pacijenta, a preporuke su primjerene individualnim potrebama pacijenta uz objašnjenje kako bi se osigurao kontinuitet zdravstvene njege. Otpusna dokumentacija predaje se obitelji/skrbniku prilikom otpusta.

Korak 5 – Ponovna procjena planiranog otpusta

Prije otpusta pacijenta potrebno je provesti ponovnu procjenu plana otpusta, što uključuje pregled plana otpusta sukladno utvrđenim potrebama pacijenta. Svaka promjena stanja pacijenta zahtijeva ponovnu procjenu, a evidentiranje promjene plana otpusta u ovlasti je medicinske sestre koja je za to vrijeme odgovorna za pacijenta. Pravovremenom procjenom prevenirat ćemo neželjene događaje kod skrbi palijativnog pacijenta.

Zaključak

Problemi s kojom se susreću palijativni pacijenti i njihove obitelji su veoma kompleksni. Zato je važna informiranost pacijenta i obitelji kako bi proglašenje i registracija palijativnih pacijenta bila pravovremena u svrhu podizanja kvalitete skrbi o takvom pacijentu. Suočeni s novonastalom situacijom, pacijent i obitelj su zbunjeni i nedovoljno informirani te pokušavaju saznati kako na najbolji način osigurati kvalitetniju skrb o oboljelom, gdje potražiti pomoć, od koga dobiti odgovore na mnogobrojna pitanja koja im se nameću. Plan otpusta palijativnog pacijenta važno je razviti kako bi se smanjio broj bolničkih dana, naročito kod pacijenata s kompleksnim potrebama, kako bi se smanjio broj rehospitalizacija, poboljšala komunikacija i koordinacija s ostalim dionicima u sustavu palijativne skrbi i ono najvažnije, nastavio kontinuitet skrbi o pacijentu. Vrlo je važna suradnja pacijenta i obitelji sa zdravstvenim djelatnicima na odjelu i bolničkim palijativnim timom kako bi plan otpusta bio kvalitetnije razrađen. Kvalitetna komunikacija pacijent – obitelj – palijativni tim vrlo je bitan korak u razvoju plana otpusta. Edukacija o novonatalom stanju nakon palijativnog zahvata od izuzetne je važnosti za obitelj i pacijenta te zahtijeva specifičnu skrb za oboljelog. Zato se provodi detaljna edukacija o pacijentovu stanju i specifičnim potrebama nastalim uslijed zahvata, što će olakšati skrb nakon otpusta pacijenta. Nedovoljna educiranost, loša komunikacija i nekoordiniranost u razvoju plana otpusta rezultiraju postupcima koji su za pacijente iscrpljujući i komplicirani te se njegova skrb stavlja u drugi plan. Neadekvatna skrb palijativnog pacijenta dovodi do pogoršanja osnovne bolesti. S obzirom na specifičnost skrbi pacijenta, treba osigurati adekvatnu skrb cijeloga dana, omogućiti im dostupnost informacija ukoliko dođe do komplikacija i problema u skrbi. Otpusna dokumentacija treba biti cjelovita i kvalitetno napisana s detaljnim opisom stanja pacijenta prilikom otpusta i njegovih potreba za daljnjom skrbi kako bi se nastavilo uspješno zbrinjavanje kod kuće ili u drugoj zdravstvenoj ustanovi.

Kao zaključak ovoga diplomskog rada navest ću poruku pape Ivana Pavla II. koja se odnosi na stručne zdravstvene djelatnike:

Čuvajte se ravnodušnosti koja može proizaći iz navike, svakodnevno obnavljajte odluku da svima budete braća i sestre, bez ikakve diskriminacije, ničim se ne može

nadomjestiti vaša stručnost i prikladna organizacija posla, ali im morate dati srce, koje ih je jedino kadro humanizirati.

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentoru doc. dr. sc. Aleksandru Džakuli na pomoći i stručnim savjetima kod izrade diplomskog rada.

Želim se zahvaliti svojoj obitelji (posebno suprugu, kćeri i sinu) na strpljenu, razumijevanju i velikoj podršci tokom studiranja.

Također se želim zahvatiti prijateljima, kolegicama i kolegama koji su me svojim entuzijazmom i pozitivnom energijom cijelo vrijeme gurali naprijed.

LITERATURA

1. Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi.
Dostupno na:
http://www.kbcrijeka.hr/docs/Bijela_knjiga_o_standardima_i_normativima_za_hospicijsku_i_palijativnu_skrb_u_Europi.pdf (Pristupljeno: 03.03.2019.)
2. Brajković L, Pavić J, Ozimec Vulinec Š, Grahovac I, Grgić O, Kraljević N, Nikić M. Multidisciplinarni tim u palijativnoj skrbi, Medix 2016; 119/120:83-89
3. Braš M, Đorđević V, Kandić Splavski B, Vučevac V. Osnovni pojmovi u palijativnoj medicini i palijativnoj skrbi. Medix 2016; 22(119/120): 69-75
4. Brkljačić M, Šamija M, Belev B, Strnad M, Čengić T: Palijativna medicina, Markulin d.o.o., Sveučilište u Rijeci, Rijeka, 2013.
5. Strategija razvoja palijativne skrbi u Karlovačkoj županiji za razdoblje 2015. – 2018. godine. Dostupno na <http://www.kazup.hr> (Pristupljeno: 09.05.2019)
6. Hrvatski zavod za hitnu medicinu. Nacionalne smjernice za rad izvanbolničke i bolničke hitne medicinske službe s pacijentima kojima je potrebna palijativna skrb, Zagreb, 2015.
7. Evačić R. Upravljanje znakovima i simptomima kod kardiološkog pacijenta s potrebama za palijativnom skrbi koristeći pomoćne alate i smjernice Dostupno na <http://www.kardio.hr> (Posjećeno: 09.06.2019)
8. Smjernice Nacionalnog centra GSF za kliničare. Dostupno na <http://palijativna-skrb.hr> (Pristupljeno: 03.06.2019)
9. Lovasić F, Bila A, Trčak D. Onkološka kirurgija; principi liječenja i komplikacije. Medicina Fluminensis. 2015;51(3):340-346. Dostupno na:
<https://hrcak.srce.hr/144019> (Pristupljeno 03.06.2019)
10. Šamija M, Nemet D. i suradnici. Potporno i palijativno liječenje onkoloških bolesnika. Medicinska naklada, Zagreb, 2010.
11. Pravilnik o akreditacijskim standardima za bolničke zdravstvene ustanove, NN 31/2011 Dostupno na <https://narodnenovine.nn.hr> (Pristupljeno: 01.06.2019)
12. Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017. – 2020. Dostupno na <https://zdravlje.gov.hr> (Pristupljeno: 09.06.2019)

13. Sertić V, Hojsak J. Medicinska sestra za planirani otpust u Jedinici za kvalitetu i unapređenje zdravstvene zaštite, 2012. Dostupno: <http://www.hums.hr/pdf/> (Posjećeno: 02.06.2019)
14. Đorđević V, Braš M, Brajković L. Palijativna skrb: mostovi nade i čovječnosti, Roketa, Zagreb, 2012.
15. Carti M, Lončarek K. Proces informiranog pristanka, 2018. Dostupno: http://palijativna-skrb.hr/files/PUB_HUB/DOGMA (Pristupljeno 03.06.2019)
16. Hrastinski N, Salopek M. Edukacija bolesnika i obitelji Dostupno: <file:///C:/Users/Korisnik/AppData/Local/Temp/1048-3877-1-PB-2.pdf> (Pristupljeno, 04.06.2019)
17. Waring J, Marshall F, Bishop S, et al. An ethnographic study of knowledge sharing across the boundaries between care processes, services and organisations: the contributions to 'safe' hospital discharge. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2014 Sep. (Health Services and Delivery Research, No. 2.29.) Chapter 4, Discharge planning and care transition. Dostupno: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK259993/> (Pristupljeno 20.07.2019)
18. Good P, Richard R, Syrmis W, Jenkins-Marsh S, Stephens J. Medically assisted hydration for adult palliative care patients. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 4. Art. No.: CD006273. DOI: 10.1002/14651858.CD006273.pub3 Dostupno: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006273.pub3> (Pristupljeno 22.07.2019)
19. Jansma F.F.I., Schure L.M., Meyboom de Jong B. Patient Education and Counseling support requirements for caregivers of patients with palliative cancer. Volume 58, Issue 2, August 2005, Pages 182-186 Dostupno: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399104002666> (Pristupljeno 04.06.2019)
20. HKMS. Kompetencije medicinske sestre u specijalističkoj palijativnoj skrbi. Zagreb, 2018. Dostupno: <http://www.hkms.hr/wp-content/uploads/2019/01/Kompetencije-medicinske-sestre-u-specijalisti%C4%8Dkoj-palijativnoj-skrbi.pdf> (Pristupljeno 04.06.2019)
21. Acreman S, Nutrition in palliative care. Br J Community Nurs. 2009 Oct;14(10):427-6, 430-1 Dostupno: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/199666> (Pristupljeno: 22.08.2019)

22. Naylor WA. A guide to wound management in palliative care. *Int J Palliat Nurs.* 2005;11 (11):572-579. Dostupno: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/pubmed/1647> (Pristupljeno: 22.08.2019)

ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODATCI

Ime i prezime: Hrvojka Stipetić
Datum i mjesto rođenja: 10.11.1977.g., Karlovac
Adresa: Bašćinska cesta 41, Karlovac
Telefon: 047 / 432 – 642
Mobitel: 099 / 826 – 0021
E – mail: hstipetic77@gmail.com

OBRAZOVANJE

1992. – 1996. godine: Srednja medicinska škola, Karlovac
2010. – 2013. godine: Stručni studij sestrinstva, Karlovac
2017. – do danas: Sveučilišni diplomski studij sestrinstva, Zagreb

RADNO ISKUSTVO

1996. – 1997. godine: Dom zdravlja, Karlovac (pripravnički staž)
1998. – do danas: Opća bolnica Karlovac, Služba za kirurgiju,
Odjel abdominalne kirurgije – glavna sestra

DODATNE VJEŠTINE

Rad na računalu: Aktivno i svakodnevno korištenje MS office paketa
Engleski jezik – aktivno u govoru i pismu

OSTALO

Vozačka dozvola B kategorije
Bračni status – udana, dvoje djece