

Dvosmjerna komunikacija između tercijarne i primarne zdravstvene zaštite prilikom planiranja otpusta bolesnika na kraju života

Joka, Ana

Master's thesis / Diplomski rad

2023

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:105:761335>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-08**



Repository / Repozitorij:

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



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU MEDICINSKI
FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA**

Ana Joka

**Dvosmjerna komunikacija između tercijarne i
primarne razine zdravstvene zaštite prilikom
planiranja otpusta bolesnika na kraju života**

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2023.

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU MEDICINSKI
FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA**

Ana Joka

**Dvosmjerna komunikacija između tercijarne i
primarne razine zdravstvene zaštite prilikom
planiranja otpusta bolesnika na kraju života**

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2023.

Ovaj diplomski rad izrađen je pod vodstvom prof. dr. sc. Ane Budimir, specijalistice iz medicinske mikrobiologije s parazitologijom i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2022/2023.

Zahvala

Ovim putem zahvaljujem se suprugu Dubravku Joki na podršci kroz cijelo moje obrazovanje. Zahvaljujem se obitelji i prijateljima.

Hvala mojoj mentorici prof.dr.sc. Ani Budimir koja me usmjeravala tijekom izrade diplomskog rada. Zahvaljujem joj od srca na stručnosti, kvalitetnim savjetima, pristupačnosti i pozitivnom duhu.

Zahvaljujem se koordinatorici palijativne skrbi Ružici Marinić na suradnji i velikoj podršci tijekom studija.

Sažetak

Dvosmjerna komunikacija između tercijarne i primarne razine zdravstvene zaštite prilikom planiranja otpusta bolesnika na kraju života

Ana Joka

Planiranje otpusta bolesnika primjenjuje se na sve bolničke pacijente. Interdisciplinarnim pristupom obuhvaćamo bolesnika, obitelj, zajednicu i skrb na kraju života, proces planiranja uključuje razumljivu komunikaciju i međusobnu suradnju različitih timova. Komunikacija uključuje stvaranje povjerljivog međusobnog odnosa u razmjeni informacija, razina informacija se mijenja tokom godina, a informatizacija bolničkog prijenosa podataka olakšava pružanje i nastavak potreba bolesnika na kraju života. Odnos između razina zdravstvene zaštite mora biti prilagođen bolesniku, njegovom tretmanu i potrebama, zbog čega je potrebno informacije prezentirati razumljivim jezikom i upotrebljavati metode koje omogućavaju elektronički zapis podataka. Dvosmjerna komunikacija omogućava bolju pripremu u prijenosu informacija, nastavku skrbi i sprječavanju rehospitalizacije, ako se planiranje otpusta provodi prema svim standardima kvalitete. Bolesnici na kraju života i njihove obitelji uključene su od početka zbrinjavanja simptoma do pružanja žalovanja na kraju života. Kontinuitet zdravstvene skrbi održava se pravilnom komunikacijom i razmjenom podataka po izlasku iz bolnice. Povezivanje primarne i tercijarne razine zdravstvene zaštite pokazalo se kao najbolje rješenje prilikom otpusta iz bolničkog sustava u kućne uvjete bolesnika. Najbolja rješenja najtežih izazova kod skrbi za bolesnike koji imaju potrebu za palijativnom skrbi proizlaze iz velike razine znanja, iskustva i promišljanja sudionika. Cilj ovog rada je prikazati promjene u planiranju otpusta bolesnika na kraju života, kvalitetu sigurnosti u upotrebljavanju dokumentacije te prikazati način pružanja potpore i organizacije kroz dvosmjernu komunikaciju. Medicus programsko rješenje predstavlja najbolje rješenje za planiranje otpusta bolesnika koji imaju potrebu za palijativnom skrbi.

Ključne riječi: planiranje otpusta, Medicus programsko rješenje, dvosmjerna komunikacija, palijativni bolesnik, palijativna skrb

Summary

Two-way communication between the tertiary and primary levels of health care when planning the discharge of patients at the end of life

Ana Joka

Patient discharge planning applies to all hospital patients. With an interdisciplinary approach, we include the patient, family and community and care at the end of life. The planning process includes understandable communication and mutual cooperation of different teams. Communication involves the creation of a confidential mutual relationship in terms of the exchange of information as the amount of information changes over the years. On the other hand, the computerization of hospital data transmission facilitates the provision and continuation of the patient's needs at the end of life. The relationship between different levels of health care must be adapted to the patient type, his treatment and needs, therefore it is necessary to present information in understandable language and use methods that enable electronic data recording. Two-way communication enables better preparation in the transfer of information, a continuation of care and prevention of re-hospitalization if discharge planning is carried out according to all quality standards. Patients at the end of life and their families are involved from the beginning of symptom management to the provision of bereavement at the end of life. Continuity of health care is maintained by proper communication and data exchange after leaving the hospital. Linking primary and tertiary levels of health care seems to be the best solution after discharge from the hospital to home care. The best solutions for the upcoming problems in the care of patients in need of palliative care arise from the high level of knowledge, experience and reflection of the caregivers. The aim of this paper is to show changes in the planning of discharge of patients at the end of life, quality and safety in the documentation use, and to show the way of providing support and organization through two-way communication. Medicus program solution presents the best solution for planning the discharge of patients in need of palliative care.

Keywords: discharge planning, Medicus program solution, two-way communication, palliative patient, palliative care

Sadržaj

1.	Uvod	1
1.1	Palijativna skrb ili skrb na kraju života	2
1.2	Povijest palijativne skrbi i razvoj	3
1.3	Ciljevi i norme palijativne skrbi	3
1.4	Profesionalci u palijativnoj skrbi	4
1.5	Edukacija medicinskih sestara u palijativnoj skrbi	5
2.	Palijativna skrb na primarnoj razini zdravstvene zaštite	8
2.1	Zdravstvena njega u kući	9
2.2	Patronažna služba	11
2.3	Koordinatori palijativne skrbi i mobilni palijativni timovi	13
3.	Sestra za planirani otpust i palijativnu skrb u bolničkoj ustanovi	15
4.	Dvosmjerna komunikacija između primarne i tercijarne razine zdravstvene zaštite	16
4.1	Uspostavljanje programskih rješenja	16
4.2	MCS programsko rješenje	17
5.	Zaključak	21
6.	Literatura	22
7.	Popis slika	25
8.	Životopis	26

1. Uvod

Planirani otpust bolesnika na kraju života dio je plana o nastavku skrbi na primarnoj razini zdravstvene zaštite, a provodi se u bolničkim ustanovama koje su obavezne provoditi promjene u svrhu unapređenja kvalitete, a kako bi se smanjio broj mogućih rehospitalizacija do kojih dovodi potreba za ponovnim zbrinjavanjem simptoma u bolesnika. U procesu aktivacije zakona o Zdravstvenoj zaštiti u Republici Hrvatskoj 2003. godine, palijativna skrb ili skrb na kraju života postaje jedna od mjera zdravstvene zaštite (NN 100/2018 - članak 8.), koja se implementira na primarnoj razini zdravstvene zaštite (NN 100/2018 - članak 25.). Domovi zdravlja preuzimaju bitnu ulogu i kvalitetno organiziraju timove i provode palijativnu skrb (NN 100/2018 – članak 9.) (1). Republika Hrvatska je uvođenjem legislative brzo reagirala na nove trendove, a definicija palijativne skrbi uvrštena je u Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske još 2003. godine. Zakonom je palijativna skrb jasno definirana kao mjera zdravstvene zaštite, smještena na primarnoj razini zdravstvene djelatnosti u sklopu institucije Doma zdravlja, gdje je iz plana izostavljena sekundarna i tercijarna razina zdravstvene zaštite (2). Zakonski okviri i potrebe bolesnika na kraju života nisu dovoljno usklađene i prilagođene. Pristup palijativnoj skrbi je zakonska obaveza prema konvenciji Ujedinjenih naroda u kojima je istaknuto da je palijativna skrb osnovno ljudsko pravo.

Na području Republike Hrvatske, prema demografskim podacima, imamo veliki broj osoba starije životne dobi, porast broja umrlih i oboljelih od onkoloških kao i od kroničnih bolesti. Zakon o zaštiti prava pacijenata stupio je na snagu 2004. godine u prosincu, a interpretiranjem je utvrđeno da prava koje može koristiti palijativni bolesnik nisu dovoljno jasno definirana. Bolesnicima je izuzetno važno pružiti kvalitetnu skrb prema njihovim potrebama, zahtjevima i simptomima (1).

Naglasak na palijativnu skrb i na to koliko je ona bitna tamo gdje su promjene žurne, prikazuje se u Javnozdravstvenom statističkom ljetopisu, Gradskom i Nacionalnom pravnom okviru u razdoblju do 2020. godine. Prema akreditacijskom standardu za bolničke zdravstvene ustanove (NN 92/12), svrha planiranja otpusta bolesnika je potreba za kontinuiranom skrbi i uslugama bolničkog liječenja, dostupnost tih usluga, te je dio plana skrbi o bolesniku koja se nastavlja i otpustom bolesnika iz bolnice (3).

Promjena u strukturama na razinama zdravstvene zaštite gdje se uvodi naziv koordinator palijativne skrbi doprinosi prevenciji propusta u komunikaciji i planiranju

otpusta.

Komunikacija je specifična vještina koja je karakteristična za kvalitetno pružanje informacija. Obavijesti o pojedinim postupcima sadrže informacije koje se trebaju tumačiti prema standardima, koristiti prema važećim propisima i biti usklađene i dostupne svima. Planiranje otpusta sadrži procjenu bolesnikovih potreba za uslugama nakon bolničkog liječenja i dostupnost tih usluga, što znači povezanost svih sudionika koji skrb provode, a za svrhu imaju zbrinjavanje bolesnikovih potreba i članova obitelji. Sve navedeno sastavni je dio medicinske dokumentacije bolesnika i usuglašeno je s bolesnikom, obitelji i zakonskim zastupnikom i/ili skrbnikom koji dobivaju savjet o izvanbolničkoj skrbi (4).

Skrb na kraju života podrazumijeva pristup koji poboljšava kvalitetu, obuhvaća sve osobe s uznapredovalom i neizlječivom bolesti, a sprječava i ublažava patnju, poštujući odluke bolesnika koji ima pravo na zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba. Poboljšanje kvalitete svih navedenih čimbenika koji su potrebni za pristup i provođenje skrbi na kraju života predstavlja izazov za sve sudionike i potreban je napredak u realizaciji onih dijelova koji još uvijek nedostaju, kako bi se sustavno obuhvatili svi standardi uključeni u planiranje (5).

Koordinator za provođenje planiranog otpusta treba biti u stanju opisati vlastitu motivaciju za uključenje u intervenciju koja podrazumijeva dvosmjernu komunikaciju između definiranih razina zdravstvene zaštite, što provodi pomoću određenih alata ili indikatora. Prilikom dokumentiranja i promatranja, potrebno je izabrati najbolju moguću metodu skrbi, izraditi potrebnu dokumentaciju i osigurati nastavak poboljšanja skrbi u kućnim uvjetima, što podrazumijeva uključivanje i drugih sudionika prije otpusta s tercijarne razine zdravstvene zaštite na primarnu razinu zdravstvene zaštite (6).

1.1 Palijativna skrb ili skrb na kraju života

Palijativna skrb je aktivna cjelovita skrb za bolesnike za čiju bolest ne postoje rješenja koja rezultiraju adekvatnom reakcijom na postupke liječenja. Prema zadnjim podacima Nacionalnog programa za razvoj palijativne skrbi, potrebu za palijativnom skrbi ima 26 do 46 tisuća bolesnika na kraju života. Bolesnicima na kraju života najvažnije je tretiranje boli ili drugih simptoma. Posebna pažnja je usredotočena na socijalne, psihološke i duhovne probleme. Palijativna skrb je interdisciplinarna u svom pristupu, te svojim

djelokrugom obuhvaća pacijenta, obitelj i zajednicu (7).

Palijativna skrb ili skrb na kraju života područje je koje se brzo razvija. Raspoloživost i dostupnost usluga, edukacija zdravstvenih radnika i prosvjeđivanje javnosti o bitnosti uspostavljanja dobre suradnje izrazito je naglašena, ali još uvijek nije svima dostupna. Palijativna skrb afirmira život, ona nudi najosnovniji koncept zaštite, zbrinjavanja bolesnikovih potreba gdje god da se za njega skrbi, ona smrt ne ubrzava niti je odgađa (7).

Skrb na kraju života koristi se kao sinonim za palijativnu skrb, a sve više zdravstvenih radnika educirano je za prepoznavanje potreba bolesnika na kraju života (7).

1.2 Povijest palijativne skrbi i razvoj

Razvoj palijativne skrbi počeo je 60-ih godina u Velikoj Britaniji, te 70-ih u SAD-u i Kanadi. Cicely Saunders od 1957. do 1967. godine proučavala je bol i njegovu kontrolu kod uznapredovalog karcinoma, snažno je utjecala na pokretanje i otvaranje prvog hospicija u Londonu. To nije bio samo hospicij nego akademska, moderna ustanova s naglaskom na edukaciju i istraživanje uz klinički rad. Cicely Saunders se smatra začetnicom moderne palijativne skrbi (8).

U Republici Hrvatskoj 20 godina se razvoj palijativne skrbi temeljio isključivo na hospicijskom pokretu kao dijelu civilnog društva. Godine 1994. dr. Anica Jušić organizira prvi simpozij u Zagrebu u Hrvatskom liječničkom zboru, a 2000. godine Anica Jušić osnovala je Centar kućnih posjeta. Dana 21.09.2010. otvoren je i Centar za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine – CEPAMET (13). Prvi hospicij u Republici Hrvatskoj otvoren je u Rijeci pod nazivom „Hospicij Marija Krucifikse Kozulić“ (8).

1.3 Ciljevi i norme palijativne skrbi

Među ciljeve i norme palijativne skrbi ubrajamo:

- Unaprjeđenje kvalitete i smanjivanje varijacije u novim i postojećim programima
- Razvijanje i poticanje kontinuiteta skrbi u raznim okruženjima
- Omogućavanje partnerske suradnje između programa palijativne skrbi
- Omogućavanje razvoja i kontinuiranog poboljšanja programa kliničke palijativne

skrbi

- Uspostava jedinstveno prihvaćenih definicija bitnih elemenata u palijativnoj skrbi koji unaprjeđuju kvalitetu, dosljednost i pouzdanost skrbi
- Uspostavljanje nacionalnih ciljeva za dostupnost kvalitetnoj palijativnoj skrbi
- Njegovanje inicijativa mjerenja i poboljšanja kvalitete (9).

Većina bolesnika na kraju života zahtjeva palijativnu skrb, a adekvatnim planiranjem otpusta bolesnika na kraju života provode se palijativne intervencije i radi se na očuvanju kvalitete i autonomije bolesnika, pronalazi se ravnoteža između najboljeg tretiranja simptoma i očekivanja (9).

Veliki broj odluka u palijativnoj skrbi što uključuje brojne moguće rizike i koristi, donose se kroz složene postupke pristupa informiranosti, a odluke se donose zajednički međusobnim konzultiranjem primarne zdravstvene zaštite i tercijarne razine zdravstvene zaštite. Budući da je otpust bolesnika na kraju života danas sve složeniji i kompleksniji mijenja se i pristup (10).

1.4 Profesionalci u palijativnoj skrbi

Prema Europskom društvu za palijativnu skrb (EAPC), deset ključnih kompetencija medicinskih sestara/tehničara u specijalističkoj palijativnoj skrbi su:

- Primjeniti ključne sastavnice palijativne skrbi u okruženju u kojem se nalaze obitelji i bolesnici
- Omogućiti bolesniku da se tijekom cijele bolesti osjeća što ugodnije, da je bez bolova i drugih simptoma bolesti, pružiti pomoć i podršku obitelji
- Udovoljiti bolesnikovim psihološkim potrebama
- Udovoljiti bolesnikovim socijalnim potrebama
- Udovoljiti bolesnikovim duhovnim potrebama
- Odgovoriti na potrebe članova obitelji u odnosu na kratkoročne, srednjoročne i dugoročne ciljeve skrbi o bolesniku te u odnosu na njihove osobne poteškoće i potrebe u skrbi i žalovanju
- Odgovoriti na izazove povezane s kliničkim i etičkim dvojabama u palijativnoj skrbi
- Provoditi interdisciplinarni timski rad i koordinaciju sveobuhvatno u svim okružjima

u kojima se pruža palijativna skrb

- Razvijati interpersonalne i komunikacijske vještine koje su potrebne u palijativnoj skrbi
- Razvijati samosvijest i kontinuirano se profesionalno usavršavati (11).

Za bolesnike koji imaju potrebu za kompleksnom palijativnom skrbi, profesionalci na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite provode edukaciju za složene i zahtjevne potrebe, te stoga takvi profesionalci zahtijevaju i visoku razinu obrazovanja. Dobra komunikacija između timova temelj je dobrog ishoda za unaprjeđenje i bolju suradnju multidisciplinarnog tima. U rujnu 2010. godine otvoren je i već spomenuti Centar za palijativnu medicinu medicinsku etiku i komunikacijske vještine – CEPAMET (12).

Centar za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu (CEPAMET), osnovan je Odlukom Fakultetskog vijeća 2010. godine kao znanstveno-nastavna i stručna organizacijska jedinica Fakulteta u kojoj se obavljaju djelatnosti iz područja palijativne medicine, medicinske etike, komunikacijskih vještina te daju stručno-konzilijarna mišljenja i vještačenja iz tog područja rada. Centar ima razgranatu međunarodnu suradnju u područjima palijativne skrbi i poučavanja komunikacijskih vještina (13). U proaktivnom pristupu razvoja sustava organizirane palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj, centar okuplja stručnjake raznih profila. Centar kontinuirano provodi edukaciju profesionalaca koji rade s bolesnicima s teškim i neizlječivim bolestima ili rade na projektima osnivanja različitih jedinica palijativne skrbi u Hrvatskoj (12).

Fakultet provodi poslijediplomski tečaj I. kategorije iz Osnove palijativne medicine i drugi dio poslijediplomskog tečaja pod nazivom Komunikacijske vještine u palijativnoj medicini, koji nosi ukupan broj ECTS bodova 1.30, a kojim se stječu znanja i vještine o palijativnoj medicini.

1.5 Edukacija medicinskih sestara u palijativnoj skrbi

Na temelju članka 10. stavka 2. Zakona o sestrinstvu (»Narodne novine«, br. 121/03, 117/08 i 57/11) i članka 19. točke 1. Statuta Hrvatske komore medicinskih sestara, Vijeće Hrvatske komore medicinskih sestara uz suglasnost ministra zdravstva donosi Pravilnik o dodatnom usavršavanju medicinskih sestara. Ovim Pravilnikom o dodatnom usavršavanju

utvrđuju se potrebe, sadržaj i duljina trajanja programa dodatnog usavršavanja medicinskih sestara u području zdravstvene njege u kući i palijativne skrbi (13).

Medicinska sestra će, prema Pravilniku o dodatnom usavršavanju, nakon završetka biti sposobna djelovati u skladu s profesionalnim, zakonodavnim i etičkim propisima u sestrinskoj praksi; znat će prepoznati i primjereno postupati kod rješavanja moralnih dilema uz obvezu očuvanja autonomije, privatnosti, identiteta, integriteta i dostojanstva bolesnika (14).

Sestrinska dokumentacija potiče na profesionalnu odgovornost, pruža pravnu zaštitu, omogućava praćenje troškova u odnosu na učinkovitost, predstavlja standarde sestrinske prakse, koristi se za razne istraživačke radove te pomaže pri izradi edukacijskih materijala (15).

Prilikom obavljanja posla i edukacije, sukladno Zakonu o sestrinstvu, jedna od dužnosti medicinskih sestara jest dokumentiranje sestrinskih postupaka, odnosno, evidencija svih provedenih postupaka tijekom 24 sata (Zakon o sestrinstvu, 2003).

Sestrinska dokumentacija je izvor informacija na temelju kojih se kroz istraživanja mogu dobiti važni rezultati, korisni za razvoj sestrinske prakse. Sestrinska dokumentacija osigurava pravnu zaštitu, dokument je kojim se potvrđuju činjenice i tvrdnje u slučaju mogućeg spora ili konflikta, omogućuje praćenje troškova s obzirom na učinkovitost skrbi te čini jedan od standarda sestrinstva na međunarodnoj razini (16).

Potrebno je sudjelovanje u trajnom usavršavanju kroz radionice, kongrese, pružanje podrške udrugama te volonterima koji doprinose boljoj kvaliteti palijativne skrbi i pomažu obitelji u teškim životnim situacijama. Vrednovanje rada volontera i uočavanje da njihov rad dobiva smisao u punini tek nakon otpusta bolesnika na primarnu razinu zdravstvene zaštite iz bolničkog sustava, jer upravo su volonteri ti koji nesebično pomažu obiteljima. Suradnja i komunikacija sa ministarstvima, bolnicama za produženo liječenje, Centrom za socijalni rad, gradskim poglavarstvima jednako je važna, kao i objavljivanje i sudjelovanje u istraživanjima, pisanje radova, sudjelovanje u radnim skupinama te timska podrška na svim razinama zdravstvene zaštite (10).

Informatička pismenost i povezanost sa ostalim sudionicima koji pružaju palijativnu skrb neophodna je s obzirom na to da su jednostavna programska rješenja i informacijski sustavi bitni za djelotvorno i ključno poslovanje bolničkih zdravstvenih ustanova koje su povezane sa svim ostalim razinama zdravstvene zaštite. Odgovornost ljudi zaposlenih u informatičkom i zdravstvenom sustavu i upotrebljavanje podataka o životu i skrb za bolesnika predstavlja veliki izazov. Povezivanje primarne i tercijarne zdravstvene zaštite

direktno omogućava kontinuiranu skrb i razmjenu informacija. Veliki zadatak i odgovornost je uvođenje tehnologija koja će objediniti potrebe za sve sudionike u zdravstvenom sustavu u svrhu poboljšanja skrbi za palijativne bolesnike. Trenutno je nezamislivo da bolnički sustavi, kao i mobilne telekomunikacije, nisu dostupne u sestrinskoj praksi, s obzirom da prijava planiranog otpusta bolesnika iz bolničkog sustava putem MCS programskog rješenja predstavlja priliku za razvoj novih funkcija i aktivnosti za dobrobit zdravstvenog sustava (15).

Sestrinsko otpusno pismo zdravstvene njege za palijativne bolesnike primarni je ključ u povezivanju primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite. Medicinska dokumentacija u bolničkom sustavu u suradnji s drugim ustanovama omogućava napredovanje i razvijanje zajedničkih dokumentacija koje će doprinijeti jednostavnijim provođenjem intervencija i omogućavati bolju pripremu u prijenosu informacija. Unutar bolničkog sustava medicinske sestre, magistre sestrinstva/diplomirane medicinske sestre unaprijedile su planiranje otpusta za palijativnu skrb kroz izradu dokumentacije i informatičku povezanost kroz tehnološke benefite programskih rješenja. Edukacija se provodi putem online tečaja, osobno prema potrebama klinika, zavoda, odjela, a povezane su sa 24 doma zdravlja u Republici Hrvatskoj (17).

Komunikacija je osnovna vještina u palijativnoj skrbi, komunikacijom obuhvaćamo rad s bolesnikom, njegovom obitelji. Razlog loše komunikacije s teško oboljelima ili neizlječivim bolesnicima svakako treba vidjeti u nedovoljnoj educiranosti zdravstvenog osoblja. Upravo nam edukacija pomaže u koordiniranju aktivnosti, kao i razni tečajevi na kojima se educira o komunikacijskim i drugim tehnikama a osobito su bitne jer palijativna skrb završava žalovanjem. U palijativnoj skrbi zdravstveni djelatnici moraju biti educirani o važnosti i načinima verbalne ali i neverbalne komunikacije, jer upravo komunikacija ima važno mjesto u radu s bolesnicima na kraju života.

Opće kompetencije koje provodi magistra sestrinstva, diplomirana medicinska sestra uz dodatno usavršavanje razvija i specifične kompetencije :

- Primjenjuje stečena znanja za istraživanja u području palijativne zdravstvene skrbi
- Primjenjuje i znanstvene dokaze u kliničku praksu, uz kritičku kliničku prosudbu i aktivnu ulogu bolesnika
- Vodi sestrinsku dokumentaciju prema poznatim standardima palijativne skrbi
- Kontinuirano se educira tijekom rada

- Izrađuje svoj plan skrbi
- Izrađuje, prema potrebama bolesnika, otpusno pismo zdravstvene njege za palijativnog bolesnika (16).

2. Palijativna skrb na primarnoj razini zdravstvene zaštite

Temeljni dio primarne zdravstvene zaštite je opća/obiteljska medicina koja osigurava kontinuitet i sveobuhvatnost zdravstvene zaštite pojedinca i obitelji. Liječnici obiteljske medicine ključni su za postupke koji se trebaju provoditi u kontinuitetu zdravstvene skrbi prilikom otpusta iz bolničkog sustava. Ovisno o medicinskoj indikaciji, zbrinjavaju bolesnike izvan zdravstvenih ustanova, odlaze u kućne posjete i surađuju sa patronažnom službom, zdravstvenom negom u kući i mobilnim palijativnim timom. Prema broju timova (ordinacija) opće obiteljske medicine Dom zdravlja Zagreb - Centar ima najveći broj timova liječnika obiteljske medicine (17).

Liječnik obiteljske medicine je glavni sudionik u planiranju i organizaciji palijativne skrbi za svoga bolesnika, uvažavajući njegove socijalne, psihološke i duhovne potrebe. Liječnik obiteljske medicine je u položaju da može rano prepoznati pogoršanje zdravstvenog stanja bolesnika kojemu je potrebna palijativna skrb te sukladno tome predvidjeti i njegove moguće potrebe, što kroz interaktivni pristup s drugim službama i sudionicima u toj skrbi omogućuje pravovremeno planiranje i organizaciju sveukupne (holističke) palijativne skrbi. Pri tome liječnik obiteljske medicine surađuje sa službama specijalističke palijativne skrbi i mobilnim palijativnim timovima, ali i s ostalim zdravstvenim stručnjacima, kao i psiholozima, socijalnim radnicima, duhovnicima, volonterima i udrugama građana.

Prema bazi podataka UpToDate, palijativnu skrb mogu pružati i kliničari koji nisu specijalisti palijativne skrbi, internisti, liječnici obiteljske medicine, kardiolozi, onkolozi i mnogi drugi kliničari koji skrbe za teško bolesne. Palijativna skrb koju pružaju kliničari koji nisu specijalisti palijativne skrbi ponekad se naziva "primarnom" ili "osnovnom" palijativnom skrbi (18).

Definicija opće i specijalističke palijativne skrbi označava palijativnu skrb koju mogu obavljati specijalisti palijativne skrbi koji rade pored primarnih liječnika (oni liječnici koji skrbe za pacijentovu vodeću bolest). Bolesnika s uznapređovalom malignom bolesti može liječiti i specijalist palijativne skrbi pored njegovog onkologa. Taj tip palijativne skrbi naziva se specijalistička palijativna skrb. Primarna zdravstvena zaštita povezana je s tri entiteta - patronažnom službom, zdravstvenom negom u kući i mobilnim palijativnim timom - koji usko surađuju i povezani su postupcima koji su bitni za daljnju skrb bolesnika. Na primarnoj razini zdravstvene zaštite liječnik obiteljske medicine je alfa i omega cijeloga sustava i odlučuje o svim daljnjim postupcima i zahtjevima za bolesnika na kraju života. No s obzirom

da danas informatizacija i integracija olakšavaju bržu dvosmjernu komunikaciju, liječnik obiteljske medicine brže dolazi do podataka i otpusnog liječničkog pisma s tercijarne razine zdravstvene zaštite u odnosu na vremenski period prije informatizacije i povezanosti. Dovoljno je da u sustavu na tercijarnoj razini zdravstvene zaštite bolesnik bude prepoznat, a da se njegov osobni liječnik obiteljske medicine obavijesti putem platforme i time liječnik obiteljske medicine automatski ima uvid u dokumentaciju. Suradnja je lakša, jednostavnija i brža, a dokumentacija zaštićena. Preporuke i upute za palijativnog bolesnika su jasno napisane, a liječnik obiteljske medicine šalje zahtjeve putem iste platforme drugim timovima.

S obzirom da u Republici Hrvatskoj svi domovi zdravlja nisu uključeni u MEDICUS programsko rješenje za palijativnu skrb, jedan dio dokumentacije prema određenim liječnicima obiteljske medicine šalje se na službene stranice putem e-mail adrese, a ostali članovi timova obavještavaju se telefonski. Taj vid dvosmjerne komunikacije sve više stvara opterećenje drugim timovima kojima bi MEDICUS programsko rješenje olakšalo rad na terenu.

2.1 Zdravstvena njega u kući

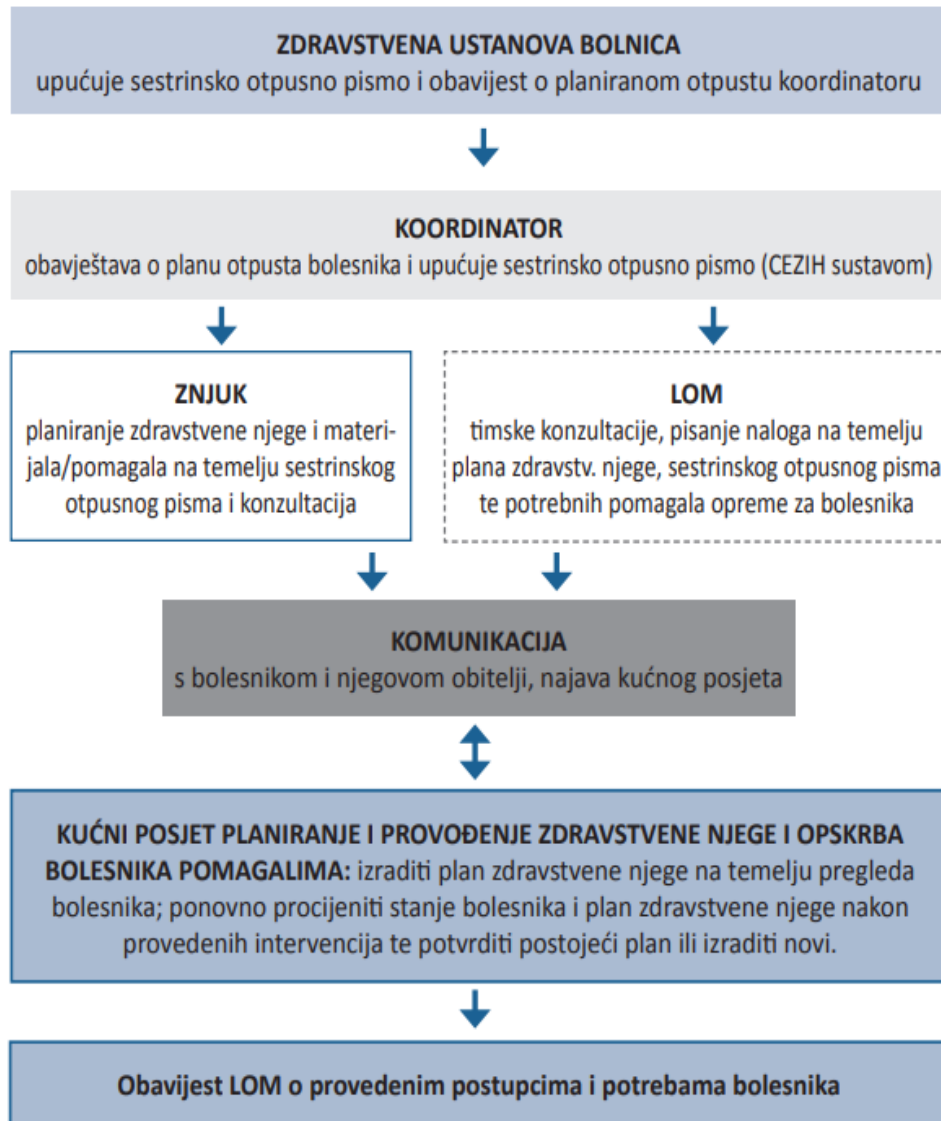
Zdravstvena njega u kući je djelatnost u sustavu primarne zdravstvene zaštite, a u Republici Hrvatskoj se od 1991. provodi u okviru obveznog zdravstvenog osiguranja. Pravilnikom o načinu ostvarivanja prava na zdravstvenu njegu u kući definirani su uvjeti i načini ostvarivanja prava te vrsta i količina zdravstvene njege koju je moguće propisati bolesniku u kući. Liječnik obiteljske medicine u suradnji s patronažnom sestrom, uvidom u stanje bolesnika određuje stupanj zahtjevnosti zdravstvene njege, kao i frekvenciju dolazaka medicinske sestre. Većini korisnika zdravstvene njege u kući potrebna je palijativna skrb koja se može ostvariti propisivanjem postupka DTP 4 – zdravstvena njega izrazito teškog ili umirućeg bolesnika (palijativna skrb). Navedeni postupak uključuje sve intervencije zdravstvene njege koje je medicinska sestra ovlaštena provoditi u kući, samostalno ili u suradnji s liječnikom. Trajanje postupka je 120 minuta najviše sedam puta tjedno (19).

Zdravstvena njega bolesnika u kući pripada u obveznu zdravstvenu zaštitu i na nju imaju pravo svi osiguranici Hrvatskoga zavoda za zdravstveno osiguranje, s kojima ustanova ima potpisan ugovor. Može se ostvariti uz odobrenje izabranoga liječnika primarne zdravstvene zaštite a obavlja se prema strogo definiranim uputama i pod stručnim nadzorom izabranoga liječnika primarne zdravstvene zaštite, i u suradnji s medicinskom i patronažnom sestrom.

Zdravstvena njega u kući je sastavni dio primarne zdravstvene zaštite i obavljaju je medicinske sestre s položenim stručnim ispitom pod nadzorom izabranog liječnika, glavne sestre zdravstvene ustanove i patronažne sestre. Usluga zdravstvene njege u kući može se ostvariti putem uputnice HZZO-a ili privatno neposrednim plaćanjem.

Određivanje potreba za zdravstvenom njegom provodi se temeljem procjene stanja bolesnika. Medicinska sestra prikuplja podatke o stanju bolesnika te utvrđuje aktualne i potencijalne probleme i potrebe u području zdravstvene njege. U djelatnostima na razini primarne zdravstvene zaštite (patronaža, ustanove za zdravstvenu njegu/palijativnu skrb), procjena potrebe za zdravstvenom njegom provodi se na početku zbrinjavanja i tijekom cjelokupne skrbi. Ona ovisi o stanju bolesnika i promjenama njegova zdravstvenoga stanja. Subjektivni i objektivni podatci koji se prikupljaju radi određivanja potreba, prikupljaju se iz raznih izvora (od bolesnika, njegove obitelji, bližnjih, iz medicinske dokumentacije), tehnikom intervjua, fizikalnim pregledom, mjerenjem i uvidom u medicinsku dokumentaciju. Procjena općega stanja bolesnika uključuje:

- prikupljanje podataka temeljem sestrinske anamneze kojom se subjektivni podatci upotrebljavaju za uvid u tjelesne, psihološke i socijalne aspekte prošloga i sadašnjeg zdravstvenog stanja i ponašanja;
- sveobuhvatan fizikalni pregled od glave do pete i prema tjelesnim sustavima čime se prikupljaju objektivni podatci o stanju tih sustava i aktualnim potrebama bolesnika;
- procjenu bolesnika kod hitnih stanja i prilikom promjena u njegovu zdravstvenom stanju;
- ciljanu procjenu koja se provodi kod prisutnosti određenoga zdravstvenog problema;
- daljnju procjenu pojedinoga tjelesnog sustava (20).



Slika 1. Dijagram postupaka kontinuiranog provođenja skrbi zdravstvene njege u najboljem interesu bolesnika
Preuzeto: <https://znjuk.hr/wp-content/uploads/2018/11/Smjernice-za-postupke.pdf>

2.2 Patronažna služba

Patronažne medicinske sestre provode patronažnu skrb u skladu Plana i programa mjera djelatnosti patronažne zdravstvene zaštite (NN 126/06). U sklopu rada, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje pokriva sve troškove pruženih usluga patronažne zdravstvene zaštite. Djelokrug rada namijenjen je svim stanovnicima Republike Hrvatske bez obzira bili bolesni ili zdravi članovi zajednice uz holistički pristup. Patronažne sestre pružaju patronažnu

skrb u određenoj životnoj dobi, osobama specifičnih stanja i onima u teškim životnim okolnostima. Raspoređene su kako bi pokrivale prosječno 5100 stanovnika na točno određenom geografskom području. Intervencije su usredotočene na osobe u raznim institucijama i kućnim uvjetima, uključene su u plan palijativne skrbi. Sustav zdravstvene njege u kući limitira se u broju usluga i postavlja se pod nadzor patronažne službe. Patronažna djelatnost danas je primarno preventivno-edukativna i informativna djelatnost, sa zadaćom prikupljanja potrebnih podataka, otkrivanja i zbrinjavanja bolesnih, nemoćnih i socijalno ugroženih stanovnika te očuvanja, unapređenja i zaštite zdravlja ostalih. Patronažna služba ima edukativnu ulogu u stanovništvu, održava tečajeve, rad u malim grupama, zbog čega je jasno da patronažna sestra ima jako širok spektar vještina i stručnog znanja. Za rad u patronažnoj službi potrebne su određene vještine komunikacije, kompetencije za pružanje podrške, savjeta i jako dobro poznavanje i poštivanje etičkih načela (21).

Sestrinska skrb u patronažnoj djelatnosti odvija se izvan ustanove, a sestrinske aktivnosti provode se na tri razine:

- primarna prevencija (provodi se u zdravoj populaciji s ciljem promicanja zdravlja i postizanja pozitivnog zdravstvenog ponašanja, odnosno shvaćanje zdravlja kao istinske vrijednosti koju treba unapređivati tijekom života)
- sekundarna prevencija (nastoji pravodobno prepoznati i otkriti rizike koji dovode do neravnoteže i oštećenja zdravlja, te već nastala oštećenja koja nisu kod pojedinca dovela do trajnih promjena)
- tercijarna prevencija (medicinska sestra pomaže u ponovnom uspostavljanju ravnoteže, sprječavanju fizičke i psihičke dekompenzacije korisnika nakon nastalog oštećenja i komplikacija nastalih nakon njega, odnosno pomaže uspostaviti obrazac funkcioniranja kod pojedinaca koji imaju trajna i nepopravljiva oštećenja funkcija organizma) (22).

U okviru svoje odgovornosti medicinska sestra u patronažnoj djelatnosti provodi sljedeće aktivnosti:

- Neposredno surađuje s obiteljskim liječnikom, izvješćuje ga i predlaže postupke zdravstvene njege i palijativne skrbi u kući bolesnika
- Educira i motivira pojedince i obitelj na promjene životnih navika u svrhu sprječavanja bolesti i unaprjeđivanja zdravlja
- Provodi individualni i grupni zdravstveni odgoj
- Provodi aktivnosti iz svojih kompetencija na području primarne, sekundarne i

tercijarne prevencije cjelokupne populacije

- Koordinira rad medicinskih sestara na području za koje je zadužena, osim medicinskih sestara u timovima izabраниh doktora
- Suraduje s lokalnim bolničkim ustanovama u svrhu kontinuirane zdravstvene njege bolesnika u kući, sukladno utvrđenim potrebama
- Suraduje s drugim službama i javnim djelatnostima u svrhu poboljšanja i unaprjeđenja zdravlja u zajednici
- Vodi evidenciju svih provedenih postupaka
- Kontrolira zakonitost rada medicinskih sestara u zajednici
- Provodi postupke samo iz okvira svog djelokruga rada
- Djeluje uvijek u korist bolesnika
- Sudjeluje u projektima koji promoviraju (23).

2.3 Koordinator palijativne skrbi i mobilni palijativni timovi

Uloga koordinatora za palijativnu skrb u razvoju je poticanje razvoja i međusobne suradnje na svom području, odnosno povezivanje suradnje svih sudionika koji sudjeluju u pružanju palijativne skrbi. Koordinator vodi bazu podataka korisnika palijativne skrbi u županiji, koordinira rad i uključivanje volontera.

U Ministarstvu zdravstva održan je sastanak „Na dan 28. veljače 2019. godine ugovoreno je s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje, 30 koordinatora za palijativnu skrb i 22 mobilna palijativna tima na primarnoj razini zdravstvene zaštite, odnosno u 18 županija pokrenut je postupak uspostave sustava palijativne skrbi i izdana su rješenja za obavljanje djelatnosti palijativne skrbi u 26 domova zdravlja“ (24).

Temelj integrirane skrbi za palijativnog bolesnika u primarnoj razini zdravstvene zaštite su koordinatori i mobilni palijativni timovi među kojima koordinator uspostavlja vezu sa svim članovima multidisciplinarnog tima i s bolničkim palijativnim timom. Koordinator nije dio mobilnog tima, već djeluje samostalno u svom radu i predstavlja samostalnu organizacijsku jedinicu u županiji, upravo zbog uloge i zadataka predvodi predstavljanje standarda razvoja palijativne skrbi u županiji. Koordinator za palijativnu skrb povezuje sve sudionike koji su uključeni u pružanje palijativne skrbi, osigurava prijenos podataka i bitan je za kontinuitet provođenja skrbi.

Povećanjem broja bolesnika s teškim i neizlječivim bolestima i iscrpljenjem mogućnosti za nastavak života najčešće se na primarnoj razini zdravstvene zaštite pruža kućna palijativna skrb. Pružanje palijativne skrbi u kućnim uvjetima onemogućeno je kad je novonastalo stanje iznenadno, a pojava simptoma teško kontrolirana. Koordinator za palijativnu skrb suočavaju se s raznim izazovima, a metodom procjene definiraju ciljeve i standard kvalitete.

Prema Vodiču za palijativnu skrb u županijama koordinator palijativne skrbi provodi postupke:

- koordiniranja i osnaživanja postojećeg sustava zdravstvene socijalne i duhovne skrbi
- koordiniranja i povezivanja djelovanja svih razina u sustavu zdravstvene zaštite i socijalne skrbi
- koordiniranja i osnaživanja specijalističke službe palijativne skrbi
- koordiniranja i vođenja registra korisnika palijativne skrbi u županiji
- koordiniranja rada i uključivanja volontera i organizacija civilnog društva u sustav palijativne skrbi
- koordiniranja ili organiziranja posudionice pomagala
- koordiniranja programa edukacija iz područja palijativne skrbi
- surađivanja s predstavnicima lokalne samouprave
- surađivanja s ostalim važnim sudionicima palijativne skrbi (srodnim organizacijama civilnog društva, medijima, donatorima, stručnim društvima i komorama, institucijama i organizacijama na nacionalnoj razini i dr.)
- informiranja građana i promicanja palijativne skrbi
- praćenja provedbe palijativne skrbi u županiji (24).

3. Sestra za planirani otpust i palijativnu skrb u bolničkoj ustanovi

Medicinska sestra za planiranje otpusta ima ključnu ulogu u planiranju otpusta bolesnika. Unutar bolničkog sustava medicinske sestre uz vodeće liječnike od ponedjeljka od petka planiraju otpust bolesnika, ali nažalost u sustavu nije moguće ne otpuštati bolesnike kod kojih su iscrpljene mogućnosti liječenja i one koji su na kraju života petkom ili vikendom. Glavni čimbenik koji može ubrzati ili usporiti planiranje otpusta iz bolnice je komunikacija. Dvosmjerna komunikacija koja se odvija između bolničkih timova za palijativnu skrb i koordinatora za palijativnu skrb od izrazite je važnosti za dugotrajno rješenje za pacijenta i obitelj.

Radno mjesto bolničkog tima za planiranje otpusta i palijativnu skrb podrazumijeva:

- pružanje podrške zdravstvenim djelatnicima u bolničkoj ustanovi
- planiranje otpusta bolesnika iz bolnice na kućnu adresu
- sudjelovanje u koordinaciji premještaja bolesnika u bolnice za produženo liječenje
- pružanje savjetovanja i edukacije članovima multidisciplinarnog tima
- surađivanje s brojim stručnjacima izvan bolničkog sustava
- informiranje i savjetovanje obitelji o raznim mogućnostima na primarnoj razini zdravstvene zaštite
- komuniciranje s koordinatorima palijativne skrbi na primarnoj razini zdravstvene zaštite
- izrađivanje plana za prijenos podataka preko platforme za otpust bolesnika
- surađivanje sa patronažnom djelatnosti.

4. Dvosmjerna komunikacija između primarne i tercijarne razine zdravstvene zaštite

Prilikom utvrđivanja potreba treba obratiti pozornost na to da su zadovoljeni svi oni simptomi koji će spriječiti opetovani prijem i da nema propusta prilikom planiranja u provođenju skrbi, a komunikacija mora biti jasna i potpuna. Prije informatizacije i elektroničkog planiranog otpusta, medicinske sestre u bolničkom sustavu iscrpno su provodile sate i dane na uspostavljanju komunikacije s određenim županijskim centrima i liječnicima obiteljske medicine. Dokumentacija se slala na službene e-mail adrese, kontaktirali su se timovi na primarnoj razini zdravstvene zaštite, patronažna djelatnost, koordinatori palijativne skrbi i prijenos informacija verbalnim putem smatra se nezabilježenim postupkom i nije pravna zaštita za prijenos informacija.

Važnost informatičke pismenosti i poznavanja komunikacijskih tehnologija bitna je za sve sudionike u pružanju usluga u zdravstvu. Nositelji palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj su koordinatori palijativne skrbi ili magistre sestrinstva. Projekti informatizacije središnjeg zdravstvenog sustava predstavljaju najbitnije sustave koje je u zdravstvu potrebno implementirati kako bi sustav postao efikasniji, transparentniji i sigurniji za pacijente. Informatizacija najviše utječe na uspješnost integracije u sestrinstvu, kao i volja i želja za informatičkom pismenosti koja omogućava pravilno donošenje odluka i upotrebljavanje podataka. Informatizacija zdravstvenog sustava počinje sudjelovanjem medicinske sestre, odnosno magistre sestrinstva u radnoj skupini gdje su svi zajedno izradili specifikacije za kvalitetan prijenos podataka i siguran rad. Bitno je napomenuti da je informatizacija zahtijevala raspoloživa sredstva koja su sa svrhom primijenjena kroz edukacije i osposobljavanje medicinskih sestara i tehničara da u potpunosti koriste osnovni oblik spomenute informatizacije. Implementacijska razina obuhvaća rad i ponašanje koje obavlja uloga (medicinska sestra, informatičar) gotovo uvijek u kombinaciji s drugim ulogama, a uključuje interakciju čovjek – računalo, usvajanje tehnologije ili novu metodologiju rada.

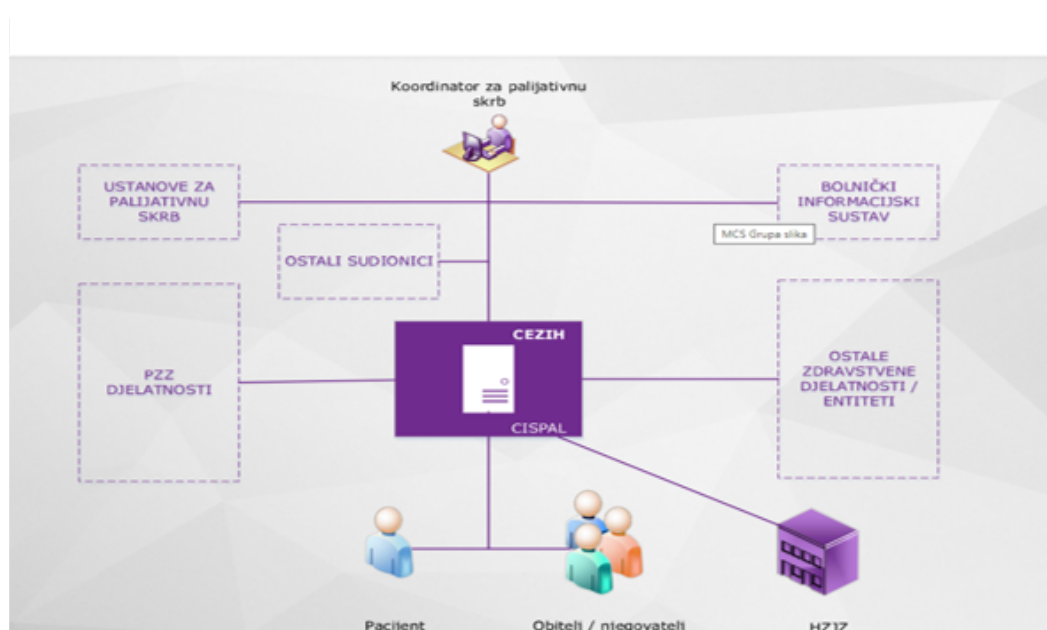
4.1 Uspostavljanje programskih rješenja

Jednostavna programska rješenja i informatički sustavi bitni su za djelotvorno i ključno poslovanje bolničkih zdravstvenih ustanova koje su povezane sa svim ostalim razinama zdravstvene zaštite. Odgovornost ljudi zaposlenih u informatičkom i zdravstvenom

sustavu i upotrebljavanje podataka gdje se direktno dotiče život i skrb za bolesnika, predstavlja veliki izazov. Povezivanje primarne i tercijarne zdravstvene razine od velike je uloge, a samo povezivanje pokazalo se kao najbolje programsko rješenje prilikom otpuštanja pacijenata i planiranja nastavka skrbi na primarnoj razini zdravstvene zaštite. Najbolji izazovi i rješenja kod skrbi za bolesnike koji imaju potrebu za palijativnom skrbi proizlaze iz velike razine znanja, iskustva i promišljanja sudionika. Veliki zadatak i odgovornost uvođenja tehnologija koje će objediniti potrebe za sve sudionike u zdravstvenom sustavu, a u svrhu poboljšanja skrbi za palijativne bolesnike, nije bio jednostavan. U svijetu je nezamislivo da se bolnički informatički sustavi, kao i mobilne telekomunikacije neupotrebljavaju, s obzirom na to da je informatizacija u sestrinsku praksu idealna prilika za razvoj novih funkcija i aktivnosti za dobrobit zdravstvenog sustava. Suvremeni individualizirani pristup korisniku zdravstvenog sustava sastoji se od pravovremene detekcije čimbenika rizika i redovitog praćenja stupnjeva rizika ukoliko su čimbenici promijenjeni (25).

4.2 MCS programsko rješenje

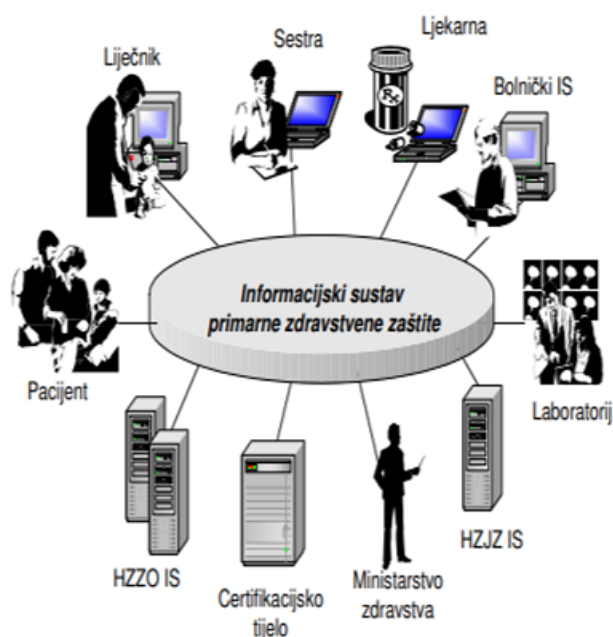
MCS program za palijativnu skrb povezuje sve razine zdravstvene skrbi i nezdravstvene entitete. Svi korisnici pristupaju programskom rješenju i njegovom centralnom informatičkom sustavu za palijativu (CISPAL) (26). Sustav prikuplja i distribuira podatke te omogućuje nadzor i upravljanje nad palijativnom skrbi na razini doma zdravlja ili županije. CISPAL je platforma na kojoj svi uključeni sudionici mogu međusobno komunicirati i razmjenjivati informacije o pacijentima u realnom vremenu.



Slika 1. Prikazuje CISPAL platformu za koordinaciju palijativne skrbi

Preuzeto: <https://mcs.hr/rjesenja-i-usluge/medicus-net/palijativna-skrb/>

Klinički bolnički centar Zagreb 2022. godine pristupa MCS programskom rješenju kao jedina ustanova u Republici Hrvatskoj povezana s 20 Domova zdravlja. Putem programskog rješenja olakšana je komunikacija između sestara za planirani otpust bolesnika i koordinatora za palijativnu skrb pri primarnoj razini zdravstvene zaštite. Primarna zdravstvena zaštita ima središnju ulogu u cjelokupnoj koordinaciji i kontinuiranosti zdravstvene skrbi za pacijente. Da bi isporučila kvalitetnu prijeko potrebnu primarnu skrb, promjene kojima se teži moraju biti provedene u malim i dobro definiranim koracima, imati odgovarajuću strategiju za određeno okruženje, ali i osiguranje za provedbu smjernica (26).



Slika 2. Najvažniji poslovni entiteti u Republici Hrvatskoj

Preuzeto: http://www.cezih.hr/pzz/dokumenti_pzz/HR_PHCIS_BusinessProcess.pdf

Primjena pametne CEZIH kartice povećava učinkovitost informatičkog sustava i funkcionalnost kod dohвата podataka. CEZIH kartica koja se nalazi na radnoj površini

olakšava prijenos informacija i unaprjeđuje obavljanje sestrinskih zadataka u prijenosu informacija iz bolničkog sustava na primarnu razinu zdravstvene zaštite. Temelj integracije u hrvatsku sestrinsku praksu kroz palijativnu skrb u bolnički sustav omogućio je razvijanje kompetencija i razvoj koordinacije između planiranja otpusta i pripreme planiranja za nastavak skrbi za bolesnika na kraju života. Procesi informatizacije i specifičan pristup određenim kliničkim vještinama razvili su tehničku učinkovitost i razmjenu podataka koji su bitni za procese. U početku se prije same integracije MCS aplikacije i CISPAL platforme, najviše vremena izgubilo na traženje podataka putem kojih se može pristupiti liječniku obiteljske medicine, e-mail adresama, telefonskim brojevima. Svi smo svjesni da je povjerljivost i zaštita podataka jedan od ključnih elementa kada se govori od dvosmjernoj komunikaciji između primarne i tercijarne razine zdravstvene zaštite. Povjerljivost i pisanje dokumentacije predstavlja motivaciju koja se odnosi na stvaranje novih metoda u rješavanju problema. U praksi opisujući pristupe zdravstvenim procesima elektroničkim trajnim zapisom, razvijamo specijalistički utemeljeno i dokazno proučavanje koje je povezano ne samo s bolesnikom nego i s članovima obitelji. Planiranje otpusta bolesnika na kraju života zahtijeva iznimno dobru komunikaciju i koordinaciju između svih sudionika pružanja zdravstvene skrbi, na svim razinama zdravstvene zaštite. Komunikacija uključuje stvaranje povjerljivog međusobnog odnosa u razmjeni informacija. Odgovarajuća razina informiranosti mijenja se godinama, a informatizacija bolničkog prijenosa podataka olakšava nastavak pružanja skrbi prema potrebama bolesnika na kraju života. Odnos između razina zdravstvene zaštite mora biti prilagođen bolesniku, njegovom tretmanu i potrebama, zbog toga je potrebno informacije prezentirati razumljivim jezikom i upotrebljavati metode koje omogućavaju elektronički zapis podataka. Dvosmjerna komunikacija omogućava bolju pripremu u prijepisu informacija, nastavku skrbi i sprječavanju rehospitalizacije ako se planiranje otpusta provodi prema svim potrebama bolesnika. Bolesnici na kraju života - palijativni bolesnici i njihove obitelji uključeni su u komunikaciju od samog početka zbrinjavanja simptoma, do pružanja žalovanja na kraju života. Kontinuitet zdravstvene skrbi održava se pravilnom komunikacijom i razmjenom podataka po izlasku iz bolnice.

5. Zaključak

Kada govorimo o integraciji u određeni sustav moramo jasno definirati koja su očekivanja i što zapravo pojedina promjena doprinosi u svakodnevnom radu. Razvoj sestrinstva i unapređenje izrade dokumentacije imali su je za cilj lakše prikupljanje podataka, evidenciju i provođenje intervencija. Implementacija dokumentacije u elektronički oblik omogućila je jednostavnije praćenje potreba bolesnika kroz planiranje zdravstvene njege. Prikupljanje zdravstvenih podataka omogućilo je izradu stručnih radova i praćenje kvalitete rada na pojedinom radnom mjestu, s obzirom da se sve može dokumentirati i označiti na jednom mjestu. Procesi povezivanja protoka informacija u bolničkom sustavu objedinili su razine zdravstvene zaštite i ekonomski doveli do poboljšanja vođenja administracije i smanjili prekomjernu upotrebu potrošnog materijala i vremena utrošenog na traženje pojedinih informacija. Integracija informatičkih programskih rješenja s praksom temeljenom na dokazima omogućila je jednakost u utvrđivanju stvarnih potreba u hrvatskoj sestrinskoj praksi. Integracija za cilj ima lakšu povezanost, razmjenu podataka i razvijanje centara izvrsnosti.

Sestrinsko otpusno pismo zdravstvene njege danas se za bolesnike na kraju života elektronički može proslijediti kroz MCS programsko rješenje, i na taj način omogućuje unaprjeđenje sestrinske prakse te djeluje kao pravni dokument dokumentiranog i evaluiranog rada medicinske sestre, koji za cilj ima bilježenje i nastavak ostvarenja svih onih potreba na primarnoj razini zdravstvene zaštite za bolesnika na kraju života. Otpusno pismo zdravstvene njege danas se prosljeđuje putem aplikacije i vidljivo je liječniku obiteljske medicine, koordinatoru palijativne skrbi te patronažnoj djelatnosti. Procesi koji su se provodili prije informatizacije imali su manji broj prijava upravo zbog težeg pristupa i dugotrajnog procesa pripreme dokumentacije. Dvosmjerna komunikacija omogućila je distribuciju podataka između razina zdravstvene zaštite, povećala je povezanost sestrinskih službi i omogućila kontinuirano praćenje i učinkovitost zajedničkog rada.

6. Literatura

1. R. Marinić, Znanje medicinskih sestara/tehničara o palijativnoj skrbi na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite pristupljeno: <https://hrcak.srce.hr/clanak/380385>, preuzeto: 10.01.2023.
2. Palliative care in Croatia on the threshold of entering the European Union: medical-legal and medical-ethical review pristupljeno: <https://hrcak.srce.hr/file/125307>, preuzeto: 10.01.2023.
3. M. Brkljačić: Aktualno stanje palijativne skrbi u Hrvatskoj; Služba Božja 53(2013) br. ¾, 367. – 376.
4. R. Valent, K. Knezić, Planiranje otpusta pacijenta iz bolnice, pristupljeno: <https://hrcak.srce.hr/file/407665>, preuzeto: 11.01.2023.
5. M. Brkljačić, "Medicinska etika u palijativnoj skrbi", *Obnovljeni Život*, vol.74., br. 4., str. 513-526, 2019. [Online]. <https://doi.org/10.31337/oz.74.4.5>
6. Zdravstvena prava za starije osobe u Republici Hrvatskoj, pristupljeno: <https://hrcak.srce.hr/file/29417>, preuzeto: 11.01.2023.
7. Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017- 2022, pristupljeno: <https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2018%20Programi%20i%20projekti/NP%20RAZVOJA%20PALIJATIVNE%20SKRBI%20RH%202017-2020-%20usvojen%2018.10.2017..pdf>, preuzeto: 11.01.2023.
8. Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi, 2009; str. 6
9. R. Marinić, A. Joka, Komunikacija s bolesnicima koji imaju potrebu za palijativnom skrbi, pristupljeno: http://www.hkms.hr/wp-content/uploads/2019/11/PlaviFOKUS-3-19_WEB.pdf, preuzeto: 11.03.2023.
10. European Association for Palliative Care. Definition of Palliative Care, 1998. Pristupljeno <http://www.eapcnet.org/about/definition.html>, preuzeto: 02.01.2023.
11. HKMS – Hrvatska komora medicinskih sestara: Zakoni o usavršavanju medicinskih sestara u palijativnoj skrbi, Zagreb 2019
12. Centar za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine, pristupljeno:

- <https://mef.unizg.hr/o-nama/ustroj/centri/centar-za-palijativnu-medicinu-medicinsku-e-tiku-i-komunikacijske-vjestine/>, preuzeto: 11.01.2023.
13. Zakon o zdravstvenoj zaštiti, pristupljeno: <https://www.zakon.hr/z/190/Zakon-o-zdravstvenoj-za%C5%A1titi>, preuzeto: 10.01.2023.
 14. Zakon o sestrinstvu, Hrvatski sabor 2003. pristupljeno: https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2003_07_121_1710.html, preuzeto: 02.01.2023.
 15. Čukljek S., Informatika i profesionalni razvoj medicinskih sestara, Dubrovnik: Medicinska naklada, 2013. str. 3-4
 16. K. Hanžek, Otpusno pismo zdravstvene njege kao oblik suradnje bolničkih i patronažnih medicinskih sestara, pristupljeno: <https://repozitorij.mef.unizg.hr/islandora/object/mef%3A719/datastream/PDF/view> preuzeto: 12.01.2023.
 17. Primarna zdravstvena zaštita Dom zdravlja Centar; pristupljeno: <https://dzz-centar.hr/primarna-zdravstvena-zastita/>, preuzeto: 07.02.2023.
 18. D.Šarić, Uloga obiteljskog liječnika u sustavu palijativne skrbi: pristupljeno: <https://repozitorij.mef.unizg.hr/islandora/object/mef%3A2308/datastream/PDF/view>, preuzeto: 07.02.2023.
 19. S. Roksandić, T .Babić, Zdravstvena prava za starije osobe u Republici Hrvatskoj: pristupljeno: <https://hrcak.srce.hr/file/29417>, preuzeto: 07.02.2023.
 20. Standardni operativni postupci u zdravstvenoj njezi, pristupljeno: <http://www.hkms.hr/wp-content/uploads/2023./01/Standardni-operativni-postupci-u-zdravstvenoj-njezi-1.pdf>, preuzeto: 07.02.2023.
 21. Županić M., Turk V. “Izazovi suvremenog sestrinstva” . Zbornik radova, konferencija 29. – 31. ožujka 2012. Opatija, Zdravstveno veleučilište Zagreb, Hrvatska, pristupljeno: <https://www.zvu.hr/arhiva/opatija/arhiva/2012/zbornik/zbornik.pdf>, preuzeto: 07.02.2023.
 22. Mojsović Z. i sur. Sestrinstvo u zajednici. Zagreb. Visoka zdravstvena škola; Zageb 2004.
 23. I. Leskur, Specifičnosti rada medicinske sestre u patronažnoj djelatnosti, Sveučilište u Splitu, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija 2020, pristupljeno: <https://zir.nsk.hr/islandora/object/ozs%3A235/datastream/PDF/view>, preuzeto: 07.03.2023.

24. R. Mrđetko, N. Dumbović, Centar za palijativnu skrb u županiji, Vodič, Ministarstvo zdravstva, 2019.
25. Čukljek S., Informatika i profesionalni razvoj medicinskih sestara. Dubrovnik: Medicinska naklada, 2013. str. 3-4
26. MCS programsko rješenje, pristupljeno: <https://mcs.hr/rjesenja-i-usluge/medicus-net/palijativna-skrb/> , preuzeto: 13.02.2023.

7. Popis slika

Slika 1. Prikazuje CISPAL platformu za koordinaciju palijativne skrbi

Slika 2. Najvažniji poslovni entiteti u Republici Hrvatskoj

8. Životopis

Ana Joka, rođena 21.01.1986 u Doboju. Srednju medicinsku školu pohađam u Slavonskom Brodu u periodu od 2001. do 2005. godine.

Godine 2013. upisujem preddiplomski studij Sestrinstva na Zdravstvenom veleučilištu u Zagrebu koji završavam 2016. godine.

Od 2017. do 2018. godine pohađam Hrvatsko katoličko Sveučilište; Program za stjecanje kompetencija, smjer - nastavnik.

U periodu od 2021. do 2023. godine upisujem Sveučilišni diplomski studij sestrinstva na Medicinskom fakultetu u Zagrebu.

Godine 2007. zapošljam se u Kliničkom bolničkom centru Zagreb gdje radim do danas.

Autor sam i koautor stručnih i znanstvenih članaka i istraživanja objavljenih u Plavom fokusu, Shocku, CROSBi-u, Croatian Nursing Journal-u.