



Bolnički red svetog Ivana od Boga – Milosrdna braća

SPECIJALNA BOLNICA ZA PSIHIJATRIJU I PALIJATIVNU SKRB

“SVETI RAFAEL“ STRMAC

Strmac Naselje 4, Šumetlica, 35404 Cernik

OIB: 4177692639 IBAN: HR6423400091110450906 Tel.: 035/386-700 Fax: 035/386-701

Šumetlica, 06.02.2018.

Stana Koščak, bacc.med.techn.

Ivana Mihić, bacc.med.techn.

Luca Marković, bacc.med.techn.

Antonija Pejaković Ličina, bacc.med.techn.

Maristela Šakić, dr.med.spec.psih.

Sanja Babić, bacc.med.techn.

Marijana Petrić, bacc.med.techn.

Ivana Robina, bacc.med.techn.

Marina Bošković, bacc.therap.occup.

Stojan Marinković, bacc.therap.occup.

Marija Delaš, bacc.physioth.

Olivera Grgić, dipl.soc.radnica

Ivana Tomić Pavlović, prof.psihologije

Rebeka Prpić, mag.psych.

Maja Marčević, bacc.admin.publ.

Ines Gelešić, mag.soc.ped.

Marija Babić, časna sestra

Robert Mackuljak, dipl.teolog

Fra Giovanni Gjemula, mag.pharm.

Fra Kristijan Sinković, Prior Bolnice

**TEMELJNI INTERNI STANDARDI ZA DJELATNIKE BOLNICE U SKLADU S
INTERDISCIPLINARNIM PRISTUPOM PREMA BOLESNIKU-GOSTU I
NJEGOVOJ OBITELJI.**

Poruka/misao vodilja za bolesnike – goste i obitelji:

Nisam sam/sama. Cijelo zdravstvo i društvo udružilo se da mi pomogne živjeti što kvalitetnije, upravo sada, ma gdje god se ja nalazio/nalazila.

Sadržaj:

1. IZ MISIJE REDA MILOSRDNE BRAĆE.....	1
2. IZVORI.....	5
3. OPIS POJMA TEMELJNI INTERNI STANDARDI ZA DJELATNIKE BOLNICE U SKLADU S INTERDISCIPLINARNIM PRISTUPOM PREMA BOLESNIKU-GOSTU I NJEGOVOJ OBITELJI.....	7
4. ZAPOŠLJAVANJE NOVIH DJELATNIKA TE OCJENJIVANJE PROBNOGA RADA I RADA TJEKOM UGOVORA O RADU NA ODREĐENO VRIJEME.....	11
5. INFORMATIVNO KOORDINACIJSKI CENTAR (u daljnjem tekstu Info centar).....	21
5.1. Umreženost bolničkog Info centra – sudjelovanje u istraživanjima.....	21
5.2. Bolnički informacijski sustav (BIS) u Info centru.....	23
5.3. Komunikacijsko-koordinacijska uloga Info centra.....	24
5.4. Prijem dokumentacije o bolesniku u Info centar	24
5.5. Planiranje prijema i procedura prijema bolesnikau Info centru.....	25
5.6. Registar palijativnih i kroničnih duševnih bolesnika u Info centru.....	26
5.7. Prepoznavanje rizika za infekciju kod bolesnika u Info centru	27
5.8. Opća psihijatrijska ambulanta	28
6. SESTRINSKA SKRB ZA BOLESNIKE-GOSTE U BOLNICI	29
6.1. VRIJEDNOSTI SESTRINSKE SKRBI U BOLNICI.....	32
6.2. STRUKTURIRANJE SESTRINSKE SKRBI U BOLNICI.....	34
6.2.1. Glavna sestra bolnice, Pomoćnik ravnatelja za sestrinstvo	34
6.2.2. Poželjne osobine, znanja i vještine:	35
6.3. STRUČNI KOLEGIJ MEDICINSKIH SESTARA I TEHNIČARA	37
6.3.1. Timovi za zdravstvenu njegu.....	38
6.3.2. Voditelj smjene u timu za zdravstvenu njegu.....	38
6.3.3. Medicinska sestra u Info centru Bolnice	39
6.3.4. Obiteljski sastanak pri prijemu palijativnog i kroničnog duševnog bolesnika u Bolnicu	39
6.3.5. organizira i usmjerava medicinska sestra	39
6.3.6. Sestrinska i ukupna medicinska dokumentacija pri skrbi palijativnog i kroničnog duševnog bolesnika u Bolnici	40
6.3.7. Individualna, dogovorna planirana skrb za bolesnika u Bolnici	41
6.3.8. Edukacija skrbnika	42
6.3.9. Planirani dogovoreni otpust iz Bolnice	43

6.3.10.	Pozitivno i pogodno iz redovnog zdravstvenog osiguranja, humanitarnih udruga i drugih organizacija	43
6.4.	EDUKACIJA MEDICINSKIH SESTARA.....	46
6.4.1.	Dnevne mini edukacije	47
6.4.2.	Tjedne evaluacije na Stručnom kolegiju	47
6.4.3.	Mjesečne bodovane edukacije	48
6.4.4.	Certficirani tečajevi i edukacije	50
6.4.5.	Aktivno i pasivno sudjelovanje na stručnim skupovima	50
6.5.	TEMELJNA VERTIKALNA KOMUNIKACIJA MEDICINSKIH SESTARA U BOLNICI, PREMA DIJAGRAMU ODGOVORNOSTI.....	51
7.	ODJEL ZA PALIJATIVNU SKRB I DUGOTRAJNO LIJEČENJE.....	54
7.1.	Palijativna skrb u Bolnici	55
7.2.	Tim u palijativnoj skrbi u Bolnici.....	55
7.3.	Prijem palijativnog bolesnika u Bolnicu	57
7.4.	Obiteljski sastanak pri prijemu palijativnog bolesnika u bolnicu.....	57
7.5.	Dogovorna zdravstvena njega palijativnih bolesnika u Bolnici	59
7.6.	Edukacija palijativnih bolesnika i suradnika u liječenju u Bolnici.....	60
7.7.	TIJEK SKRBI PALIJATIVNOG BOLESNIKA NA BOLNIČKOM ODJELU	61
7.8.	BAZIČNO FUNKCIONIRANJE I STRUKTURIRANJE TIMSKOG PRISTUPA NA ODJELU PALIJATIVNA SKRB I DUGOTRAJNO LIJEČENJE.....	61
7.8.1.	Dijagram DNEVNE SKRBI BOLESNIKA za Odjel palijative i dugotrajnog liječenja	66
7.8.2.	Dnevni sastanci palijativnog tima u Bolnici.....	67
7.8.3.	Tjedne timske sinteze palijativnog tima u Bolnici	68
7.8.4.	Velika vizita.....	68
7.8.5.	Dokumentacija skrbi za palijativnog bolesnika u Bolnici	69
7.9.	STANDARDIZIRANI POSTUPCI ČLANOVA TIMA NA ODJELU ZA PALIJATIVNU SKRB I DUGOTRAJNO LIJEČENJE.....	74
7.10.	PSIHOLOG U SKRBI PALIJATIVNOG BOLESNIKA.....	74
7.11.	FIZIOTERAPEUT U SKRBI PALIJATIVNOG BOLESNIKA.....	78
7.12.	SOCIJALNI RADNIK U SKRBI PALIJATIVNIH BOLESNIKA	82
7.13.	DUHOVNIK U SKRBI PALIJATIVNIH BOLESNIKA.....	85
7.13.1.	Otpust palijativnog bolesnika iz Bolnice-jedan od indikatora kvalitete.....	91
7.13.2.	Mobilni palijativni tim.....	93
7.13.3.	Podsjetnici u dnevnom zbrinjavanju bolesnika:	94

7. 13. 4.	Podsjetnik pri edukaciji djelatnika za skrb palijativnih bolesnika	96
8.	ODJEL ZA KRONIČNE DUŠEVNE BOLESTI	101
8.1.	Skrb za kronične duševne bolesnike u Bolnici	102
8.2.	IZDVOJENA DJELOVANJA ČLANOVA TIMA U REDOVNOM SOCIOREHABILITACIJSKOM PROGRAMU PSIHIJATRIJSKIH BOLESNIKA U BOLNICI.....	105
8.3.	BAZIČNO FUNKCIONIRANJE I STRUKTURIRANJE TIMSKE REHABILITACIJE NA ODJELU ZA KRONIČNE DUŠEVNE BOLESTI	106
8. 3. 1.	Organizirano stanovanje psihički bolesnih osoba	109
8.4.	DIJAGRAM TIJEKA I SMJERA ODGOVORNOSTI PREMA BOLESNIKU ..	110
8. 4. 1.	Velika vizita.....	111
8. 4. 2.	Terapijska zajednica u Bolnici na Odjelu kroničnih duševnih bolesti	111
8. 4. 3.	Otpust bolesnika –gosta s odjela kroničnih duševnih bolesti	113
8.5.	SKRB ZA DEMENTNE BOLESNIKE U BOLNICI	114
8. 5. 1.	Komunikacija s dementnom osobom	114
8. 5. 2.	Tjelesne aktivnosti	115
8. 5. 3.	Edukacija njegovatelja koji skrbi za dementnog bolesnika.....	116
8. 5. 4.	Praktični savjeti za poboljšanje komunikacije.....	117
8. 5. 5.	Otpust dementnog bolesnika iz Bolnice	118
8.6.	STANDARDIZIRANI POSTUPCI ČLANOVA TIMA NA ODJELU ZA KRONIČNE DUŠEVNE BOLESTI	119
8.7.	PSIHOLOG U SKRBI KRONIČNIH DUŠEVNIH BOLESNIKA	119
8.8.	SOCIJALNI RADNIK U SKRBI KRONIČNIH DUŠEVNIH BOLESNIKA	120
8.9.	SOCIJALNI PEDAGOG U SKRBI KRONIČNIH DUŠEVNIH BOLESNIKA.....	123
8.10.	DUHOVNIK/BOLNIČKI KAPELAN U SKRBI KRONIČNIH DUŠEVNIH BOLESNIKA.....	124
8.11.	RADNA TERAPIJA U SKRBI KRONIČNIH DUŠEVNIH BOLESNIKA.....	129
9.	PROTOKOLI.....	132
9.1.	Hospitalizacija bolesnika	132
9.2.	Zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba-samozbrinjavanje	134
9.3.	Standardizirani postupak hranjenja na usta bolesnika oboljelog od demencije, ZNJ-SP-(1.4.).....	134
9.4.	Postupci mjerenja vitalnih funkcija	135
9.5.	Fizikalni pregled pacijenta u svrhu planiranja zdravstvene njege.....	136
9.6.	Primjena lijekova.....	136

9.7. Medicinsko-tehnički postupci.....	137
10. KONTROLA I SPRJEČAVANJE ŠIRENJA INFEKCIJA POVEZANIH SA ZDRAVSTVENOM SKRBI.....	139
10.1. Prevencija i kontrola infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi:	141
11. KOMUNIKACIJA U BOLNICI	147
12. KONTROLA KVALITETE.....	152
12.1. Indikatori kvalitete i kontrola kvalitete	152
12.2. Mjesečna evaluacija sestrinske skrbi	154
13. UKRATKO	155

Fra Kristijan Sinković, Prior Bolnice

Fra Giovanni Gjemula, mag.pharm.

Robert Mackuljak, dipl.teolog

Maristela Šakić, dr. med. spec. psihijatar.

1. IZ MISIJE REDA MILOSRDNE BRAĆE

Iz misije Reda Milosrdne Braće:

Danas su Milosrdna braća raširena na pet kontinenata te svakodnevno skrbe za oko 40.000 bolesnika, u svojim 350 ustanova. To su fizički ili psihički bolesne osobe, ovisnici o drogi, ljudi treće životne dobi i napušteni maloljetnici, ukupno godišnje u prosjeku 10 milijuna socijalno – zdravstvenih usluga. Misija Reda je usmjerena prema svim osobama koje pate od bolesti, siromaštva i žive na rubu egzistencije, bez obzira na raso, religijsko i vrijednosno opredjeljenje, odnosno bez ikakve diskriminacije, s naglaskom na najsiromašnije. Red svoja načela zasniva na pet stoljeća dugoj tradiciji u sebi svojstvenoj filozofiji koja se izražava otvaranjem prema socijalno-političkim promjenama u društvu.

Posebnost Karizme Reda svetog Ivana od Boga ostvaruje se zavjetom Gostoljubivosti, koji osim tri tradicionalna redovnička zavjeta (siromaštvo, čistoća i poslušnost), polažu Milosrdna braća kako bi na taj način nastavili poslanje sv. Ivana od Boga u Hrvatskoj.

GOSTOLJUBIVOST u stilu svetog Ivana od Boga izražava se u:

KVALITETA

Izvrsnost, profesionalnost, holistički pristup bolesniku, osjetljivost za nove potrebe, zajedništvo s našim Suradnicima, odnos prema bolesnicima po uzoru na svetog Ivana od Boga, skladna arhitektura i suvremena oprema, suradnja s trećim osobama...

POŠTOVANJE

Poštovanje osobnosti bližnjega (bolesnika, rodbine, suradnika), humanizacija, suodgovornost između Suradnika i Redovnika, međusobno razumijevanje, cjelovita vizija osobe, promidžba socijalne pravde, uključenost obitelji...

ODGOVORNOST

Vjernost idealima svetog Ivana od Boga i Redu, etika (bioetika, socijalna etika, upravljačka etika), očuvanje i zaštita okoliša, društvena odgovornost, održivi razvoj, pravedna raspodjela i odgovorno upravljanje sredstvima ...

DUHOVNOST

Pastoralna služba, evangelizacija, duhovna briga i za pripadnike drugih vjerskih zajednica, ekumenizam, suradnja sa župama, biskupijama ...

Njega, odnosno skrb za bolesnika kao cjelovite osobe, poštivanje njegovih osjećaja, utjeha i ohrabrenje, odgovor na pitanja smisla života koje proizlaze iz samoće u bolesti i osjećaja blizine smrti, predstavljaju probleme na koje naša kultura teško odgovara.

Neizmjerne su područja u medicini gdje se i nakon pet stoljeća može primijeniti geslo Utemeljitelja Reda: „Činite dobro braćo sebi, čineći dobro drugima.“

U Bolnici se odvija formacija djelatnika u duhu karizme bolničkog reda Milosrdne braće svetog Ivana od Boga.

Formaciju djelatnika kontinuirano provode predstavnici reda Milosrdne braće i drugi suradnici pastoralne djelatnosti. Formacija se odvija u tri povezane cjeline:

1. Upoznavanje sa životom, djelom i svetošću Ivana od Boga te povijesnim razvojem, tradicijom i karizmom Reda Milosrdne Braće.

Upoznavanje s Osobnom Kartom Reda s osvrtom na filozofsko-teološke, moralne i etičke principe višestoljetnog djelovanja u ustanovama čiji je osnivač Red. Upoznavanje s karizmom gostoljubivosti i načelima kvalitete, poštovanja, odgovornosti i duhovnosti kojima se ta gostoljubivost ostvaruju u današnje vrijeme u našoj bolnici.

2. Pristup bolesniku u duhu karizme Milosrdne braće te međusobna suradnja u duhu zajedništva svih djelatnika u bolnici s tri gledišta:

- a) Cjelovita pomoć bolesniku holističkom vizijom i timski rad.

Cjelovitost svake osobe koja traži sveobuhvatnu pomoć i poštovanje timskim pristupom rada i načelima otvorene i iskrene komunikacije.

b) Rad na osobnoj zrelosti djelatnika, volontera i suradnika

Upoznavati i produbiti vlastitu osobnost: tjelesnu, psihički i duhovnu razinu, kako vidimo sami sebe i kako nas drugi doživljavaju (odjeća, ponašanje, verbalna i neverbalna komunikacija, higijena okoliša, prehrana, sigurnost i prevencija).

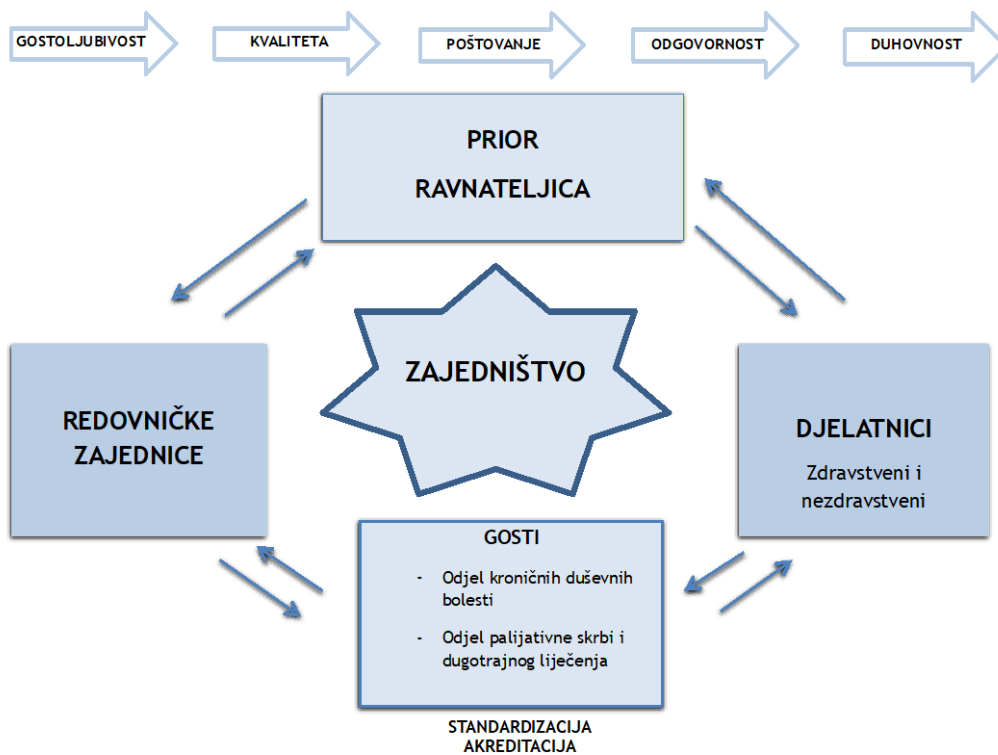
c) Suodgovornost u organizaciji rada bolnice povjerenjem, davanjem i preuzimanjem odgovornosti

Periodično svakodnevno planiranje aktivnosti, vlastita ljudska i profesionalna uloga u životu bolnice, pripadnost bolničkoj zajednici, točne informacije i ispravna te nadasve konstruktivna komunikacija, administrativna i informacijska povezanost, ponavljanje i vrednovanje naučenog te otvorenost za učenje i nove spoznaje, prihvaćanje novog/drugačijeg, spremnost za osobne promjene i svakodnevna stručna i timska formacija.

3. Spoznati kako djelovanjem karizme Reda ostvariti osjećaj osobne pripadnosti obitelji Milosrdne braće.

Osvijestiti si poziv da je svaka naša aktivnost i odnos kao djelatnika drugačije bolnicesvjedočanstvo vjere i humanosti te pastoralnim radom svakodnevno prepoznavati i osjetiti želju, potrebu bolesnika, njegove rodbine i drugih djelatnika za duhovnim ili religioznim te neposredno ili posredno (preko pastoralnih članova) sudjelovati u njenom ispunjavanju.

Na kraju završene formacije djelatnici dobivaju pisani materijal s izabranim poglavljima iz cjelokupnog programa formacije.



Stana Koščak, bacc.med.techn.

Ivana Mihić, bacc. med.techn.

Luca Marković, bacc. med.techn.

Antonija Pejaković Ličina, bacc.med.techn.

Maristela Šakić, dr.med.spec.psih.

2. IZVORI

Pri izradi Temeljnih internih standarda korišteni su izvori:

1. Osobna karta Bolničkog reda Milosrdne Braće
2. Specijalna bolnica za psihijatriju i palijativnu skrb, Bolnički red
<http://www.bolnicavetirafael.eu/i2.php?d=2>, preuzeto 10.1.2017.
3. Strateški plan razvoja palijativne skrbi u RH za razdoblje 2013. – 2015.
4. Strateški plan razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014. -2016.
Model integrirane skrbi za palijativnog bolesnika <https://zdravlje.gov.hr/pristup-informacijama/strategije-planovi-i-izvjescia/strateski-planovi/2672>, preuzeto 5.1.2017.
5. Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi 1. dio
6. Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi 2. dio
<http://palijativna-skrb.hr/index.php/popis-dokumenata>, preuzeto 15.12.2016.
- 7.Ček-liste, popisi, norme i standard <http://palijativna-skrb.hr/index.php/popis-dokumenata>, preuzeto 15. 12.2016.
8. Kliničke smjernice <http://palijativna-skrb.hr/index.php/popis-dokumenata>, preuzeto 15.12.2016.
9. Popis usluga u palijativnoj skrbi <http://palijativna-skrb.hr/index.php/popis-dokumenata>, preuzeto 15.12.2016.
10. Obrasci za procjenu i praćenje palijativnog pacijenta <http://palijativna-skrb.hr/index.php/popis-dokumenata>, preuzeto 5.12.2016.

11. Edukativni materijali <http://palijativna-skrb.hr/index.php/popis-dokumenata>, preuzeto 15.12.2016.
12. Osnovne kompetencije u palijativnoj skrbi: Bijela knjiga o obrazovanju u području palijativne skrbi – 1. Dio <http://palijativna-skrb.hr/index.php/publikacije>, preuzeto 5.1.2017.)
13. Osnovne kompetencije u palijativnoj skrbi: Bijela knjiga EAPC o obrazovanju za palijativnu skrb 2.dio <http://palijativna-skrb.hr/index.php/publikacije>, link preuzet 15.12.2016.
14. Ček lista za palijativu u stacionarnim ustanovama, Opća bolnica “Dr. Josip Benčević”, Slavonski Brod, preuzeto 2015.
15. Postupnik za palijativnu skrb. Opća bolnica “Dr. Josip Benčević”, Slavonski Brod, preuzeto 2015.
16. Šepec, S., Kompetencije medicinskih sestara opće zdravstvene njege. Zagreb, Hrvatska komora medicinskih sestara; 2011.
17. Proces zdravstvene njege / Gordana Fučkar. Autor, Fučkar, Gordana. Nakladnik, Zagreb : Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1992.
18. Zakon o sestринstvu “Narodne novine” broj: 121/03, 117/08, 57/11
19. Hrvatsko društvo za palijativu, HLZ, Palijativna skrb 19. hrvatske smjernice za prehranu osoba starije dobi, dio II – klinička prehrana* <http://lijecnicki-vjesnik.hlz.hr/lijecnicki-vjesnik/hrvatske-smjernice-za-prehranu-osoba-starije-dobi-dio-ii-klinicka-prehrana/>, preuzeto 6.1. 2017.
20. Smjernice hrvatskog društva za liječenje boli
<http://www.hdlb.org/publikacije/publikacije-za-zdravstvene-djelatnike/smjernice-hrvatskog-drustva-za-lijecenje-boli/>, preuzeto 6.1. 2017.
21. SPICT™ - Alat za indikatore suportivne i palijativne skrbi <http://www.hzhm.hr/wp-content/uploads/2013/07/Nacionalne-smjernice-za-rad-izvanbolnicke-i-bolnicke.pdf>, preuzeto 6.1. 2017.
22. Biserka Sedić, Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika
<http://knjizara.zvu.hr/index.php/catalog/product/view/id/8/s/zdravstvena-njega-psihijatrijskih>
preuzeto 10. 1.2017.

23. Biserka Sedić, Zdravstvena njega dementnih bolesnika

<http://sestra.zvu.hr/~biserkas/nastavni%20materijal.htm>, preuzeto 10.1.2017.

24. VAŽNOST KOMUNIKACIJE U FUNKCIONIRANJU ORGANIZACIJE, Zvonimir

Jurković, mag. oec. Osijek, Ekonomski vjesnik 2012-2-14(3)

<http://www.efos.unios.hr/arhiva/ekonomskivjesnik>

25. Vlastita stručna iskustva kroz pet godina djelovanja u bolnici

3. OPIS POJMA TEMELJNI INTERNI STANDARDI ZA DJELATNIKE BOLNICE U SKLADU S INTERDISCIPLINARNIM PRISTUPOM PREMA BOLESNIKU- GOSTU I NJEGOVOJ OBITELJI

Cilj prikaza temeljnih internih standarda

Definiranje

- načina i sadržaja postupaka najbolje prakse temeljene na dokazima u zbrinjavanju naših bolesnika-gostiju

- baze za neprestanu nadogradnju i poboljšanje kvalitete usluge

- baze za razvoj Bolnice kao centra izvrsnosti.

Poticanje angažiranosti i potpune uključenosti zaposlenika u život Bolnice koju "smatraju svojom kućom" i rade na izgradnji i dobrobiti Bolnice.

Svrha prikaza temeljnih internih standarda

Bolnica će dostići i zadržati izvrsnost:

- trajnim ulaganjem u osobni i profesionalni razvoj svakog djelatnika sa svrhom podizanja kvalitete specijalističke skrbi

- interdisciplinarnom i integriranom skrbi za bolesnike osigurati specijalističku skrb u raznim okruženjima

- višerazinskim pristupom uključujući ambulantnu i stacionarnu skrb, kućnu skrb i konzilijarne službe

- pružanje akademske baze za istraživanje, obrazovanje

- razvoj standarda i novih metoda skrbi.

Temeljni interni standardi uključuju:

Poštovanje života - temelj moderne etike.

Kvaliteta = izvrsnost kao strateška orijentacija Bolnice.

Zadovoljavanje potreba i specifičnosti očekivanja bolesnika–gosta te poznavanje njegovih običajnih i kulturnih navika. Nužno je odaslati poruku potpune posvećenosti bolesniku. Potrebu bolesnika-gosta treba prepoznati i na nju pravilno odgovoriti u trenutku kada za njom postoji potreba.

Posvećenost prvom dojmu koji je presudan za određivanje kvalitete Bolnice. Prvi dojam ne može se ostaviti dva puta!

Osmijehom kao trajnim obilježjem svake komunikacije.

Pristupu usmjerenom na poboljšanje kvalitete života bolesnika-gosta i njegove obitelji.

Timskom radu različitih profesija (liječnici, medicinske sestre, negovatelji, socijalni radnik, duhovnik, fizioterapeut, psiholog, radni terapeut) koji međusobno surađuju, dopunjuju se i integriraju aktivnosti. Član tima je i bolesnik i njegova obitelj. Šire članove tima čini i primarna zdravstvena zaštita koja skrbi za bolesnika nakon otpusta iz Bolnice, kao i educirani volonteri koji se uključuju u skrb bolesnika. Vanjski suradnici su dijetetičar, logoped, ljekarnik i druge profesije po potrebi.

Iskrenoj ljubavi prema bolesniku-gostu, njegovoj obitelji te među zaposlenicima što je temelj za prepoznavanje potreba bolesnika–gosta, njegove obitelji i pojedinačnih potreba zaposleni.

Pružanju informacija koji potiču angažiranosti i potpunu uključenost zaposlenika u život Bolnice koju smatraju svojom kućom i rade na izgradnji i dobrobiti Bolnice.

Trajnom obrazovanju i razvijanju vještina svih zaposlenih.

Bolnici – organizaciji koja uči te na istraživanjima, raspoloživim dokazima, znanosti i potrebama korisnika temelji razvoj i kontinuirano poboljšanje kliničke palijativne skrbi i skrbi kroničnih duševnih bolesnika.

Zaposlenici – nositelji kvalitete.

Zajedničkim ciljevima tima i pronalasku najboljih rješenja.

Preventivnom kvalitetnom djelovanju.

Rad u skladu sa standardima osigurava uspjeh u pružanju kvalitetne usluge bolesniku–gostu i dobrom osjećanju zaposlenih kao kreatora uspjeha:

Kaži što radiš.

Radi što si rekao.

Dokaži i pokaži.

Usavrši i poboljšaj.

Primjeni proces.

Korištenje standarda- prikupljanju podataka, vrednovanju i povratnoj vezi pomoću koje se uspostavljaju programi poboljšanja.

Programi poboljšanja kvalitete i mjerilo kvalitete oslanja se i na analizu anketnih upitnika korisnika usluga i zadovoljstva zaposlenika.

Temeljni interni standardi izrađeni su poštujući poznate naputke u Potpuno upravljanje kvalitetom, (TQM) prilagođeno postojećim resursima u našoj Bolnici.

Obuhvaćaju:

-Informativno koordinacijski centar (u daljnjem tekstu Info centar)

-Odjel palijative i dugotrajnog liječenja

-Odjel kroničnih duševnih bolesnika

-Kontrola i sprečavanje širenja bolničkih infekcija

-Edukacija

-Komunikacije

-Kontrola kvalitete

Temeljni interni standardi su baza za neprestanu nadogradnju i poboljšanje kvalitete. Pri izradi i nadogradnji standarda nastoji se objediniti preporučenu dokumentaciju i obrasce u svakodnevno nužne, propisane i korisne dokumente. Ovakvim pristupom zadovoljavamo propisano, izbjegavamo nepotrebna ponavljanja ponovnim upisivanjem već upisanih podataka s jedne strane, a s druge strane oslobađamo vrijeme djelatnika za neposrednu komunikaciju s bolesnikom.

Standardi obuhvaćaju i dio naputaka djelatnicima radi usklađivanja djelovanja s vizijom i misijom Bolnice te kao podsjetnik usmjerenja k izvrsnosti pružanja bolničkih usluga.

Izrađeno je nekoliko grafičkih prikaza skrbi i komunikacije:

Printana dnevna radna lista

Elektronska dnevna radna lista

Dijagram palijativne skrbi

Dijagram odgovornosti prema bolesniku na odsjeku kroničnih duševnih bolesnika

Komunikacijski grafikon

Grafički prikazi izrađeni su kao pomoć kako bi postupak bio razumljiviji i pregledniji te zbog:

-lakšeg obavljanja svakodnevnih aktivnosti

-jednostavnijeg uvida svih u stanje bolesnika sada

-koordinacije u timu

-smanjenja nesporazuma

-bržeg protoka informacija

-jednoobraznog pristupa zadacima

-pojednostavljenja kontrole kvalitete i prikupljanja podataka.

Maja Marčević, bacc.admin.publ.

4. ZAPOŠLJAVANJE NOVIH DJELATNIKA TE OCJENJIVANJE PROBNOGA RADA I RADA TJEKOM UGOVORA O RADU NA ODREĐENO VRIJEME

Upravno vijeće bolnice u siječnju svake godine donosi Plan izvršitelja poslova i radnih zadataka za tekuću godinu u kojemu se utvrđuje broj izvršitelja po radnim mjestima i planirani broj novih izvršitelja na neodređeno i određeno vrijeme. Plan je u tijeku godine podložan izmjenama u slučaju potrebe zapošljavanja kadra koji nije bio predviđen Planom. U izradi plana sudjeluje Ravnatelj.

Sukladno usvojenom Planu, kada se pojavi potreba, Ravnatelj donosi Odluku o potrebi zapošljavanja određenog broja izvršitelja za određeno radno mjesto te kada je to potrebno prikuplja dokumentaciju potrebnu za ishodište suglasnosti za zapošljavanje od strane Ministarstva zdravlja i pokreće postupak za ishodište suglasnosti u pravilu prije popunjavanja radnog mjesta.

Zatim Ravnatelj raspisuje natječaj za zapošljavanje putem Hrvatskog zavoda za zapošljavanje i web stranice bolnice te ukoliko ocjeni potrebnim, putem drugih javnih medija.

Ukoliko Ravnatelj procjeni da se radno mjesto može popuniti izborom između već zaposlenih djelatnika može raspisati interni natječaj za popunu radnog mjesta koji će se objaviti na oglasnoj ploči i e-oglasnoj ploči bolnice.

Po zaključenju natječaja Ravnatelj donosi Odluku o imenovanju Povjerenstva za provođenje natječajnog postupka čiji su obvezni članovi minimalno psiholog i voditelj jedinice ili djelatnik jedinice u koju se bira djelatnik te predstavnik uprave bolnice, u pravilu poslovna tajnica bolnice. Povjerenstvo provodi natječajni postupak obvezno kroz tri modusa: pregled natječajne dokumentacije, psihologijsko testiranje i intervju sa kandidatima; a prema potrebi i ovisno o radnom mjestu koje se popunjava i putem pisanog testa znanja. Po provedenom natječajnom postupku povjerenstvo sastavlja Izvješće o svom radu sa rezultatima koje su kandidati postigli i užim izborom kandidata te ga dostavlja Ravnatelju.

Uži izbor kandidata poziva se na razgovor sa Ravnateljem i Priorom, nakon čega Ravnatelj donosi Odluku o prijmu kandidata u radni odnos.

Prema uputama Ravnatelja poslovna tajnica obavještava kandidate o rezultatima natječaja telefonski ili putem pisanih obavijesti. U pisanim obavijestima kandidatima koji nisu

primljeni ne navodi se ime primljenog kandidata, ali se daje svim kandidatima mogućnost osobnog uvida u natječaju dokumentaciju i donesene odluke.

Poslovna tajnica telefonski stupa u kontakt sa odabranim kandidatom, obavještava ga o prijmu i dogovara termin dolaska u bolnicu radi uručjenja Odluke o prijmu i potpisivanja ugovora o radu. Datum dolaska u bolnicu poslovna tajnica koordinira sa glavnom sestrom bolnice i Ravnateljem, a u pravilu je to najkasnije dan prije početka rada.

Prilikom potpisivanja ugovora poslovna tajnica pojašnjava djelatniku odredbe ugovora i ukratko opće akte bolnice i upućuje djelatnika gdje iste može pronaći; upoznaje djelatnika da će njegov rad biti praćen i ocjenjivan za vrijeme probnog rada, kao i za vrijeme trajanja ugovora o radu na određeno vrijeme sa mogućnošću produženja te mu daje pitanja iz obrasca za praćenje probnog rada kako bi djelatnik znao što se tijekom probnog rada ocjenjuje.

Na dan potpisivanja ugovora novoga djelatnika primaju na razgovor Ravnatelj i Prior, upoznaju ga sa specifičnostima bolnice i njenog osnivača te zažele dobrodošlicu i uručuju letak „Dobrodošao u kuću sv. Ivana od Boga“.

Djelatnik se isti dan susreće sa Voditeljem jedinice u kojoj će obavljati rad ili sa glavnom sestrom bolnice ukoliko se radi o zdravstvenim djelatnicima te ga voditelj upoznaje sa procesima rada, mjestom rada, suradnicima i osobom koja mu je nadređena ili će ga nadzirati u tijeku probnoga rada.

Ukoliko je novi djelatnik zdravstvene struke glavna sestra bolnice mu prilikom prvoga susreta daje osnovne informacije (letak) i obrasce za prijavu u HKMS, te ga vodi u obilazak bolnice, upoznaje sa odjelima i osobljem, pokazuje garderobu i odvodi u jedinicu za bolničko rublje po uniformu.

Ispunjava se Potvrda o zaduženju i razduženju radnika.

Prije dolaska novog djelatnika na potpisivanje ugovora o radu, voditelj jedinice ili glavna sestra bolnice obavještava voditelja Jedinice za tehničke poslove o dolasku navedenoga i zatraži ID karticu i lozinke za BIS program i program prehrane ukoliko će ih djelatnik u radu koristiti, a poslovna tajnica stavlja obavijest o novom djelatniku na e-oglasnu ploču.

Sa djelatnicom u jedinici za bolničko rublje glavna sestra osigurava garderobni ormarić za zdravstvene djelatnike.

Prvi radni dan novog zdravstvenog djelatnika dočekuje odjelna prvostupnica sestrištva, djelatnik preuzima ID karticu na porti i u pratnji prvostupnice odlazi na odjel. Ostale nove djelatnike prvi radni dan dočekuje voditelj jedinice u kojoj će obavljati rad te u njegovoj pratnji odlaze na mjesto rada.

Rad svakoga djelatnika tijekom probnog rada i tijekom trajanja ugovora o radu na određeno vrijeme prati se i ocjenjuje na način određen Odlukom o načinu evaluacije rada zaposlenika pred istek probnog rada i ugovora o radu na određeno vrijeme od 02.06.2015. godine.

Poslovna tajnica obavještava osobe koje ocjenjuju probni rad o djelatnicima kojima probni rad ističe te oni zatim ocjenjuju probni rad djelatnika popunjavanjem obrasca „Obrazac za procjenu zaposlenika na probnom radu“, koji se nalazi u privitku. Popunjeni obrazac dostavljaju Ravnatelju koji donosi Odluku o evaluaciji rada za vrijeme trajanja probnog rada, u kojoj se utvrđuje je li djelatnik zadovoljio na probnom radu.

Ako djelatnik na probnom radu zadovolji radni odnos se nastavlja sukladno važećem ugovoru o radu. Ako djelatnik nije zadovoljio na probnom radu Ravnatelj će donijeti Odluku o otkazu ugovora o radu radi nezadovoljavanja na probnom radu, a sukladno važećim propisima i općim aktima bolnice.

Poslovna tajnica obavještava i osobe koje prate rad djelatnika temeljem ugovora o radu na određeno vrijeme o datumima isteka ugovora te se Ravnatelju dostavlja evaluacija rada djelatnika putem obrasca „Obrazac za procjenu zaposlenika pred istek ugovora o radu na određeno vrijeme“, koji se nalazi u privitku.

Ako djelatnik postigne zadovoljavajuće ocjene svoga rada, ovisno o potrebama bolnice, ostvariti će prednost prilikom popunjavanja radnih mjesta u bolnici na određeno ili neodređeno vrijeme.

Ako djelatnik ne postigne zadovoljavajuće ocjene svoga rada ili ako bolnica nema potrebe za popunjavanjem radnih mjesta, uručit će mu se Obavijest o isteku ugovora o radu te se radni odnos neće nastaviti.

U oba slučaja procjenjivanja kvalitete rada djelatnika voditelji nezdravstvenih jedinica će za svoje djelatnike uz popunjen obrazac dostaviti i kratko pisano izvješće o radu djelatnika.

Obrazac za procjenu zaposlenika na probnom radu

Ime i prezime zaposlenika:

Datum rođenja zaposlenika:

Radno mjesto:

Radni staž prije zapošljavanja u Specijalnoj bolnici Sveti Rafael Strmac:

U Specijalnoj bolnici Sveti Rafael Strmac zaposlen od:

Ime i prezime ocjenjivača:

Radno mjesto/funkcija ocjenjivača:

Period procjenjivanja:

1. Znanje o poslu Demonstracija tehničkih, administrativnih, medicinskih, supervizorskih ili drugih stručnih znanja koja su potrebna za rad. Uzeti u obzir stupanj stručnosti u radu u odnosu na vrijeme provedeno na trenutnom radnom mjestu.	<input type="checkbox"/> Izuzetno <input type="checkbox"/> Iznad očekivanja <input type="checkbox"/> Prosječno <input type="checkbox"/> Zadovoljavajuće <input type="checkbox"/> Nezadovoljavajuće	Komentari:
2. Spremnost za učenje Uzeti u razmatranje individualne napore da se nauče nova znanja i steknu sposobnosti potrebne za obavljanje posla.	<input type="checkbox"/> Izuzetno <input type="checkbox"/> Iznad očekivanja <input type="checkbox"/> Prosječno <input type="checkbox"/> Zadovoljavajuće <input type="checkbox"/> Nezadovoljavajuće	Komentari:
3. Kvaliteta rada Demonstracija točnosti, volje za radom, organizacijskih vještina, prezentacije rada, kompetencija i vidljivosti rada te poštivanje zadanih rokova.	<input type="checkbox"/> Izuzetno <input type="checkbox"/> Iznad očekivanja <input type="checkbox"/> Prosječno <input type="checkbox"/> Zadovoljavajuće <input type="checkbox"/> Nezadovoljavajuće	Komentari:
4. Inicijativa i kreativnost Koliko je zaposlenik kreativan u rješavanju radnih zaduženja te koliko je spreman za usvajanje novih ideja u sklopu ciljeva svoga posla. Koliko dobro zaposlenik u svome radu razvija nove metode i načine za poboljšanje	<input type="checkbox"/> Izuzetno <input type="checkbox"/> Iznad očekivanja <input type="checkbox"/> Prosječno <input type="checkbox"/> Zadovoljavajuće <input type="checkbox"/> Nezadovoljavajuće	Komentari:

učinkovitosti rada.		
<p>5. Kooperacija i komunikacija sa suradnicima i nadređenima</p> <p>Razina na kojoj zaposlenik prenosi i prima ideje, informacije i radna zaduženja. Kako zaposlenik gradi i održava radne odnose i kontakte sa suradnicima i nadređenima te koliko je aktivan u rješavanju konflikata na radnom mjestu.</p>	<input type="checkbox"/> Izuzetno <input type="checkbox"/> Iznad očekivanja <input type="checkbox"/> Prosječno <input type="checkbox"/> Zadovoljavajuće <input type="checkbox"/> Nezadovoljavajuće	Komentari:
<p>6. Radna etika i čuvanje poslovne, profesionalne i medicinske tajne</p> <p>Koliko je zaposlenik sposoban prepoznati podatke koji se trebaju smatrati poslovnim, profesionalnom ili medicinskom tajnom te takve podatke čuvati i zaštititi od javnosti.</p>	<input type="checkbox"/> Izuzetno <input type="checkbox"/> Iznad očekivanja <input type="checkbox"/> Prosječno <input type="checkbox"/> Zadovoljavajuće <input type="checkbox"/> Nezadovoljavajuće	Komentari:
<p>7. Odnos prema pacijentima</p> <p>Koja je razina i kvaliteta komunikacije, profesionalnosti i ljubaznosti u svakodnevnom odnosu prema pacijentima. Koliko zaposlenik misli na dobrobit pacijenata u svakodnevnom radu s njima.</p>	<input type="checkbox"/> Izuzetno <input type="checkbox"/> Iznad očekivanja <input type="checkbox"/> Prosječno <input type="checkbox"/> Zadovoljavajuće <input type="checkbox"/> Nezadovoljavajuće	Komentari:
<p>8. Odnos prema obitelji pacijenata</p> <p>Navesti kako se zaposlenik ophodi prema obiteljima ili skrbnicima pacijenata, s kojom razinom poštovanja, profesionalnosti i ljubaznosti zaposlenik stupa u komunikaciju sa obiteljima pacijenata.</p>	<input type="checkbox"/> Izuzetno <input type="checkbox"/> Iznad očekivanja <input type="checkbox"/> Prosječno <input type="checkbox"/> Zadovoljavajuće <input type="checkbox"/> Nezadovoljavajuće	Komentari:
<p>9. Odnos prema imovini Bolnice</p> <p>Koliko zaposlenik čuva imovinu i inventar Bolnice u svom svakodnevnom radu. Koja je razina štedljivosti energenata te sredstava za rad.</p>	<input type="checkbox"/> Izuzetno <input type="checkbox"/> Iznad očekivanja <input type="checkbox"/> Prosječno <input type="checkbox"/> Zadovoljavajuće <input type="checkbox"/> Nezadovoljavajuće	Komentari:
<p>10. Pripadnost instituciji</p> <p>Koliko zaposlenik prihvaća stavove i ciljeve institucije kao svoje vlastite stavove i ciljeve u obavljanju rada.</p>	<input type="checkbox"/> Izuzetno <input type="checkbox"/> Iznad očekivanja <input type="checkbox"/> Prosječno <input type="checkbox"/> Zadovoljavajuće <input type="checkbox"/> Nezadovoljavajuće	Komentari:

<p>11. Pripadnost zajednici U kojoj mjeri zaposlenik prihvaća i iskazuje pripadnost zajednici Bolnice. U kojoj se mjeri zaposlenik uklapa u okružje suradnika i pacijenata u Bolnici. Koja je njegova razina simpatičnosti i koliko je prihvaćen od strane ostalih suradnika, nadređenih te pacijenata i njihovih obitelji.</p>	<input type="checkbox"/> Izuzetno <input type="checkbox"/> Iznad očekivanja <input type="checkbox"/> Prosječno <input type="checkbox"/> Zadovoljavajuće <input type="checkbox"/> Nezadovoljavajuće	Komentari:
<p>12. Osobna higijena zaposlenika Ocijenite prikladnost odijevanja, uređivanja i izgleda zaposlenika na radnom mjestu te razinu urednosti i čistoće zaposlenika.</p>	<input type="checkbox"/> Izuzetno <input type="checkbox"/> Iznad očekivanja <input type="checkbox"/> Prosječno <input type="checkbox"/> Zadovoljavajuće <input type="checkbox"/> Nezadovoljavajuće	Komentari:
<p>13. Posebni dodatni kriteriji (navesti koji)</p>	<input type="checkbox"/> Izuzetno <input type="checkbox"/> Iznad očekivanja <input type="checkbox"/> Prosječno <input type="checkbox"/> Zadovoljavajuće <input type="checkbox"/> Nezadovoljavajuće	Komentari:
<p>UKUPNA OCJENA NA KRAJU PROBNOGA RADA: Razmatrajući ukupnost svih ocjena te cjelokupnost ponašanja zaposlenika u njegovome radu i radnom okruženju navedite ukupnu ocjenu na kraju probnoga rada zaposlenika.</p>	<input type="checkbox"/> Izuzetno <input type="checkbox"/> Iznad očekivanja <input type="checkbox"/> Prosječno <input type="checkbox"/> Zadovoljavajuće <input type="checkbox"/> Nezadovoljavajuće	Komentari:

U Šumetlici, _____ 201__godine

Vlastoručni potpis ocjenjivača

Obrazac za procjenu zaposlenika pred istek ugovora o radu na određeno vrijeme

Ime i prezime zaposlenika:

Datum rođenja zaposlenika:

Radno mjesto:

Radni staž prije zapošljavanja u Specijalnoj bolnici Sveti Rafael Strmac:

U Specijalnoj bolnici Sveti Rafael Strmac zaposlen od:

Ime i prezime ocjenjivača:

Radno mjesto/funkcija ocjenjivača:

Period procjenjivanja:

1. Znanje o poslu Demonstracija tehničkih, administrativnih, medicinskih, supervizorskih ili drugih stručnih znanja koja su potrebna za rad. Uzeti u obzir stupanj stručnosti u radu u odnosu na vrijeme provedeno na trenutnom radnom mjestu.	<input type="checkbox"/> Izuzetno <input type="checkbox"/> Iznad očekivanja <input type="checkbox"/> Prosječno <input type="checkbox"/> Zadovoljavajuće <input type="checkbox"/> Nezadovoljavajuće	Komentari:
2. Spremnost za učenje Uzeti u razmatranje individualne napore da se nauče nova znanja i steknu sposobnosti potrebne za obavljanje posla.	<input type="checkbox"/> Izuzetno <input type="checkbox"/> Iznad očekivanja <input type="checkbox"/> Prosječno <input type="checkbox"/> Zadovoljavajuće <input type="checkbox"/> Nezadovoljavajuće	Komentari:
3. Kvaliteta rada Demonstracija točnosti, volje za radom, organizacijskih vještina, prezentacije rada, kompetencija i vidljivosti rada te poštivanje zadanih rokova.	<input type="checkbox"/> Izuzetno <input type="checkbox"/> Iznad očekivanja <input type="checkbox"/> Prosječno <input type="checkbox"/> Zadovoljavajuće <input type="checkbox"/> Nezadovoljavajuće	Komentari:

<p>4. Inicijativa i kreativnost Koliko je zaposlenik kreativan u rješavanju radnih zaduženja te koliko je spreman za usvajanje novih ideja u sklopu ciljeva svoga posla. Koliko dobro zaposlenik u svome radu razvija nove metode i načine za poboljšanje učinkovitosti rada.</p>	<input type="checkbox"/> Izuzetno <input type="checkbox"/> Iznad očekivanja <input type="checkbox"/> Prosječno <input type="checkbox"/> Zadovoljavajuće <input type="checkbox"/> Nezadovoljavajuće	Komentari:
<p>5. Kooperacija i komunikacija sa suradnicima i nadređenima Razina na kojoj zaposlenik prenosi i prima ideje, informacije i radna zaduženja. Kako zaposlenik gradi i održava radne odnose i kontakte sa suradnicima i nadređenima te koliko je aktivan u rješavanju konflikata na radnom mjestu.</p>	<input type="checkbox"/> Izuzetno <input type="checkbox"/> Iznad očekivanja <input type="checkbox"/> Prosječno <input type="checkbox"/> Zadovoljavajuće <input type="checkbox"/> Nezadovoljavajuće	Komentari:
<p>6. Radna etika i čuvanje poslovne, profesionalne i medicinske tajne Koliko je zaposlenik sposoban prepoznati podatke koji se trebaju smatrati poslovnom, profesionalnom ili medicinskom tajnom te takve podatke čuvati i zaštititi od javnosti.</p>	<input type="checkbox"/> Izuzetno <input type="checkbox"/> Iznad očekivanja <input type="checkbox"/> Prosječno <input type="checkbox"/> Zadovoljavajuće <input type="checkbox"/> Nezadovoljavajuće	Komentari:
<p>7. Odnos prema pacijentima Koja je razina i kvaliteta komunikacije, profesionalnosti i ljubaznosti u svakodnevnom odnosu prema pacijentima. Koliko zaposlenik misli na dobrobit pacijenata u svakodnevnom radu s njima.</p>	<input type="checkbox"/> Izuzetno <input type="checkbox"/> Iznad očekivanja <input type="checkbox"/> Prosječno <input type="checkbox"/> Zadovoljavajuće <input type="checkbox"/> Nezadovoljavajuće	Komentari:
<p>8. Odnos prema obitelji pacijenata Navesti kako se zaposlenik ophodi prema obiteljima ili skrbnicima pacijenata, s kojom razinom poštovanja, profesionalnosti i ljubaznosti zaposlenik stupa u komunikaciju sa obiteljima pacijenata.</p>	<input type="checkbox"/> Izuzetno <input type="checkbox"/> Iznad očekivanja <input type="checkbox"/> Prosječno <input type="checkbox"/> Zadovoljavajuće <input type="checkbox"/> Nezadovoljavajuće	Komentari:
<p>9. Odnos prema imovini Bolnice Koliko zaposlenik čuva imovinu i inventar Bolnice u svom svakodnevnom radu. Koja je razina štedljivosti energenata te sredstava za rad.</p>	<input type="checkbox"/> Izuzetno <input type="checkbox"/> Iznad očekivanja <input type="checkbox"/> Prosječno <input type="checkbox"/> Zadovoljavajuće <input type="checkbox"/> Nezadovoljavajuće	Komentari:
<p>10. Pripadnost instituciji Koliko zaposlenik prihvaća stavove i ciljeve institucije kao svoje vlastite stavove i ciljeve u obavljanju rada.</p>	<input type="checkbox"/> Izuzetno <input type="checkbox"/> Iznad očekivanja <input type="checkbox"/> Prosječno <input type="checkbox"/> Zadovoljavajuće <input type="checkbox"/> Nezadovoljavajuće	Komentari:

<p>11. Pripadnost zajednici U kojoj mjeri zaposlenik prihvaća i iskazuje pripadnost zajednici Bolnice. U kojoj se mjeri zaposlenik uklapa u okruženje suradnika i pacijenata u Bolnici. Koja je njegova razina simpatičnosti i koliko je prihvaćen od strane ostalih suradnika, nadređenih te pacijenata i njihovih obitelji.</p>	<input type="checkbox"/> Izuzetno <input type="checkbox"/> Iznad očekivanja <input type="checkbox"/> Prosječno <input type="checkbox"/> Zadovoljavajuće <input type="checkbox"/> Nezadovoljavajuće	Komentari:
<p>12. Osobna higijena zaposlenika Ocijenite prikladnost odijevanja, uređivanja i izgleda zaposlenika na radnom mjestu te razinu urednosti i čistoće zaposlenika.</p>	<input type="checkbox"/> Izuzetno <input type="checkbox"/> Iznad očekivanja <input type="checkbox"/> Prosječno <input type="checkbox"/> Zadovoljavajuće <input type="checkbox"/> Nezadovoljavajuće	Komentari:
<p>13. Posebni dodatni kriteriji (navesti koji)</p>	<input type="checkbox"/> Izuzetno <input type="checkbox"/> Iznad očekivanja <input type="checkbox"/> Prosječno <input type="checkbox"/> Zadovoljavajuće <input type="checkbox"/> Nezadovoljavajuće	Komentari:
<p>UKUPNA OCJENA NA KRAJU UGOVORA O RADU: Razmatrajući ukupnost svih ocjena te cjelokupnost ponašanja zaposlenika u njegovome radu i radnom okruženju navedite ukupnu ocjenu na kraju ugovora o radu na određeno vrijeme zaposlenika.</p>	<input type="checkbox"/> Izuzetno <input type="checkbox"/> Iznad očekivanja <input type="checkbox"/> Prosječno <input type="checkbox"/> Zadovoljavajuće <input type="checkbox"/> Nezadovoljavajuće	Komentari:

U Šumetlici, _____ 201__godine

Vlastoručni potpis ocjenjivača

Letci dobrodošlice za novoprimitljene djelatnike u Bolnicu

Red na području Hrvatske

Osniva 1742. u Zadru bolnicu "Sveta Marija od Milosti", a 1804. osniva u Zagrebu bolnicu "Ranjenog Isusa" koja djeluje sve do 1918. godine.

Milosrdna braća se vraćaju u Hrvatsku 2006. godine i u Sumetlici otvaraju kuću kao administrativno sjedište Reda te započinju projekt obnove bivšeg ljekičnog kompleksa Strmac.

Specijalna bolnica Sv. Rafael Strmac u kojoj započinjete svoj rad nakon obnove zaprimila je prve bolesnike početkom kolovoza 2011. godine. Bolnica ima dvije osnovne djelatnosti: Odjel za kronične duševne bolesti i Odjel za dugotrajno liječenje i palijativnu skrb. Također ima dnevnu bolnicu za psihičke bolesnike i psihijatrijsku ambulantu.

U našoj Ustanovi djeluje Pastoralna služba čija je prvotno poslanje skrb o duhovnim potrebama bolesnika, njihovih obitelji te djelatnika.

Svi djelatnici su pozvani i sudjeluju u pastoralnim aktivnostima čiji je cilj nastojati otkriti i njegovati duhovne potrebe osobe, poštujući slobodan izbor i vrijednost svakog čovjeka. Prisutnost svećenika, redovnika i redovnica te ostalih članova pastoralne službe pomaže bolesniku u proživljavanju iskustva bolesti i osjećaju zajedništva kroz duhovnost.

U bolnici su prisutne također, služba uprave (ravnateljstvo, tajništvo, administrativni poslovi, računovodstvo), informativni centar, jedinica radne terapije, bolnička ljekarna, tehnička služba, jedinica za prehranu.

Poštovani/a

svojim dolaskom postali ste članom velike obitelji svih bolnica diljem svijeta u kojima se živi karižna gostoljubivost. Želimo da radom i životom u našoj Bolnici gradite duh zajedništva i ustrajete prije svega u stručnom, a potom i osobnom rastu u svakodnevnom susretu s našim bolesnicima koji su u središtu pozornosti. Također vam želimo da to isto živite i svjedočite u konstruktivnoj suradnji sa svojim kolegama, redovnicima, časnim sestrama, volonterima i svim ljudima dobre volje koji će vam biti stavljeni na put ovoga jedinstvenog putovanja u drugačijoj Bolnici u kojoj se trudimo živjeti, ono što je govorio Sveti Ivan od Boga "Činimo dobro sebi, čineći dobro drugima."

Poštovani

DOBRODOŠAO U KUĆU SV. IVANA OD BOGA



Poštovani/a, želimo Vam dobrodošlicu u našu Ustanovu!

Ovim putem Vas upoznajemo s osnovnim podatcima o bolnici u kojoj započinjete svoje profesionalno djelovanje.

Specijalnu bolnicu Sveti Rafael Strmac utemeljili su Milosrdna braća sv. Ivana od Boga, a započela je s radom 2011. godine.

UTEMELJITELJ REDA SVETI IVAN OD BOGA (1495-1550)

Šipak (nar) je simbol Reda Milosrdne Braće i antički grb Granade, španjolskog grada u jugoistočnoj Andaluziji, gdje je živio i djelovao sve do smrti Sveti Ivan od Boga, utemeljitelj Bolničkog Reda Milosrdne Braće.

Njegov život je bio avanturistički, proveden između Portugala, Španjolske, Austrije i Afrike. Prvo kao čuvar jednog stada, a zatim kao vojničar u postrojbama Karla V., i na koncu kao fizički radnik i knjižar. Nakon jedne propovijedi svetog Ivana Avilskog 1538., koju je slušao u pustinjačkoj crkvi Mučenika u Granadi sveti Ivan od Boga doživljava duboko nutarnje obraćenje.

Od toga dana se bacio s velikim žarom u javno ispovijedanje vlastitih grijeha, no po presudbi njegovih suvremenika na neprimjeren način. Smatrali su kako mu se um pomutio i zarvorili ga u Kraljevsku Bolnicu u Granadi na odjel duševnih bolesnika. Tu je postao svjestan neizdržljivih uvjeta psihičkih bolesnika i okrutnih metoda liječenja koje su im bile pružane u to vrijeme. Sve ga je to tako duboko dirnulo da se odlučio posvetiti do kraja svog života službenju bolesnima, siromašnima i nepokretnima.

Prvo je počeo sakupljati siromašne i napuštene u predvorju jednog plemićkog dvorca, zatim je otvorio vlastitu malu bolnicu/prihvatilište u ulici Lucena u Granadi, uzetu u najam uz pomoć nekih velikodušnih dobročinitelja.

Početkom 1547. Ivan je uspio premjestiti bolnicu u jednu prostraniju građevinu koja se nalazila na usponu Comelez, cesti koja vodi prema Al-Hambri, gdje je mogao unaprijed pripremiti odvojene prostore za stare napuštene ljude, za osobe koje su u prolazu i za razne vrste bolesnih: to je bila uistinu prava novost u ono vrijeme, **toliko** da ga je Lombroso (talijanski publicist) tim povodom proglasio "utemeljiteljem moderne Bolnice".

S velikim žarom i potpunom izloženosti je pristupao bolesnicima. U svom radu je susretao dobre ljude koji su ga podržavali svojim darovima za bolnicu. Za njega u toj potpunoj predanosti, mnoge anegdote potvrđuju kako su mu u vremenu njegovog izbijanja iz bolnice pomagali nebeski pomagači. Od tada su mnoge njegove bolnice kao i naša posvećene Svetom Rafaelu arkanđelu koji izvodi nesretna i bolesna čovjeka na pravi i zdravi put.

Između raznih događaja u njegovom životu, glasovit je onaj s požarom koji je zahvatio Kraljevsku Bolnicu u Granadi (3. srpnja 1549.), i kojega nisu uspjeli ugasiti. Ivan od Boga je pritekao u pomoć, bacio se usred plamena i sam je iznio na sigurno do zadnjeg bolesnika ostajući pri tom nepovrijeđen. U spomen ovog događaja vatrogasci diljem svijeta su ga proglasili svojim nebeskim zaštitnikom u Firenci, Madridu i u raznim drugim gradovima u Portugalu.

Umro je na koljenima, u zoru, u subotu 8. ožujka 1550., nakon što je primio svete sakramente od nadbiskupa Granade, moleći: "Isuse, Isuse, u tvoje ruke predajem svoju dušu".

Danas su Milosrdna Braća prisutna na svih pet kontinenata, gdje svaki dan u njihovih preko četiri stotine ustanova prode oko 60 000 bolesnika, i to fizičkih, psihičkih, maloljetnika, ovisnika, ljudi treće životne dobi te napuštenih maloljetnika, što godišnje nadmaši preko 20 milijuna usluga.

Uloga bolničkih redovnika ostaje ona kojom je kročio sveti Ivan od Boga: ostvariti Božje kraljevstvo služenjem ljudima i humanizacijom zdravstvenog sustava, koji unatoč trajne primjene suvremenih znanstvenih dostignuća, ima tendenciju bolesnika depersonalizirati i svesti na klinički slučaj.

Poslanje Reda počiva na:

- temelju duhovnosti Utemeljitelja odnosno na njegovom karizmatičnom nadahnuću;
 - na načelima kršćanske ljubavi;
 - na smjernicama Katoličke Crkve: posebno onima koje se odnose na moral, bioetiku i Društveni nauk Crkve;
 - i na koncu na zakonskim odredbama o zdravstvenoj i socijalnoj skrbi zemlje u kojoj Red djeluje i to u onom slučaju kada nisu u suprotnosti s načelima i temeljnim pravima osobe da se rodi, živi na dostojan način, bude brižno njegovana u bolesti i umire na dostojan način.
- Poslanje Milosrdne Braće je usmjereno k onima koji trpe zbog bolesti, društvene isključenosti ili siromaštva, i to bez ikakve rasne, vjerske, ideološke i društveno-klasne diskriminacije, dajući prednost najsiromašnijima.

Gostoljubivost kao četvrti zavjet Milosrdne braće izražava se kroz temeljne vrijednosti:

- ❖ Kvaliteta
- ❖ Poštovanje
- ❖ Odgovornost
- ❖ Duhovnost

Ivana Mihić, bacc. med.techn.

Maristela Šakić, dr. med. spec.psih.

Stana Koščak, bacc. med.techn.

Luca Marković, bacc.med.techn.

5. INFORMATIVNO KOORDINACIJSKI CENTAR (u daljnjem tekstu Info centar)

5.1.Umreženost bolničkog Info centra – sudjelovanje u istraživanjima

Cilj i svrha Info centra je:

- Objedinjavanje kriterija prijema i uvođenje standarda dolaska na liječenje uz suradnju obitelji.
- Definiranje odgovora/potvrda na upit o liječenju u našoj Bolnici.
- Osiguranje kontinuirane skrbi za naše bolesnike nakon otpusta iz Bolnice.
- Sustavnim pristupom pri prijemu, pružanju usluga u Bolnici te nakon otpusta iz Bolnice osigurati najveću moguću zdravstvenu i socijalnu skrb palijativnih i psihijatrijskih bolesnika nakon otpusta iz bolnice, a sve u okviru važećih propisa o zdravstvenoj i socijalnoj zaštiti osiguranika.

U Info centru radi prvostupnik sestrinstva od 8 do 16 sati. Prvostupnik kroz stručnost, odmjerenost, jasnoću u davanju informacija i susretljivosti uvijek šalje poruku otvorenih vrata korisniku, štiti ugled i dostojanstvo Bolnice.

Sastavni dijelovi informativno-koordinacijskog centra su: prijemni ured, ambulantni trakt, dnevna bolnica, kontrola i sprečavanje širenja bolničkih infekcija, komunikacijsko-koordinacijski centar, baza podataka, te centar za istraživanje i unapređenje kvalitete usluga s težnjom k izvrsnosti.

Info centar u svom radu objedinjuje sve dijelove, istovremeno pružajući posebna obilježja svakom području.

Posebno mjesto zauzima korištenje baze podataka za istraživanje i unapređenje kvalitete usluga u bolnici. Istraživanja se provode na inicijativu i u organizaciji Uprave bolnice. Koriste se i za pripremu dokumentacije za apliciranje u fondovima za koji bolnica pokaže interes.

Baza podataka je izvor podataka za promoviranje bolnice i unapređenja stručnog statusa bolnice. Materijali su dostupni djelatnicima za izradu stručnih radova s ciljem trajnog napredovanja i usavršavanja u struci.

Baza podataka koristi se, po proceduri, uz odobrenje Uprave Bolnice. Informacijsko koordinacijski centar je centralno komunikacijsko mjesto unutar bolnice (Odjel palijative i dugotrajnog liječenja, Mobilni palijativni timovi, Bolnički tim za podršku palijativnoj skrbi, Odjel psihijatrije, ambulantna skrb, Dnevna bolnica).

Izvan bolnice:

a) Pruža informacije o mogućnostima liječenja i korištenja usluga u Bolnici svim zainteresiranim (bolesnicima i članovima obitelji, primarnoj zdravstvenoj zaštiti, bolnicama i klinikama, koordinacijskim centrima, udomiteljima, centrima za socijalnu skrb, posudionicama pomagala, volonterskim udrugama...).

b) Osigurava jednostavno i efikasno upućivanje bolesnika na liječenje u Bolnicu te pravovremeni odgovor na upit o prijemu bolesnika, uz savjetodavne usluge.

c) Ostvaruje suradnički odnos na svim razinama. Suradnja s obitelji te osiguranje kontinuiteta skrbi za palijativnog bolesnika, podrška obitelji po otpustu iz Bolnice u suradnji s primarnom zdravstvenom zaštitom, liječnicima obiteljske medicine, patronažnim sestrama i sestrama za zdravstvenu njegu u kući, koordinacijskim centrima za palijativnu skrb, volonterskim udrugama te ostalima uključenima u skrb za bolesnike.

Ukratko: zadatak Bolnice je suradnja –umrežavanje s drugim službama i humanitarnim organizacijama

Neizostavna je tijesna suradnja i povezivanje s drugim službama i institucijama koje djeluju u području zdravstva i socijalne skrbi, npr. liječnicima primarne zdravstvene zaštite, patronaže, zdravstvene njege u kući, fizikalne terapije u kući bolesnika itd. bolnica i domova, udomiteljstava....humanitarnih udruga, posudionica pomagala...

Potrebno je izgraditi odgovarajuće komunikacijske strukture. Treba težiti pouzdanoj suradnji sa svim nositeljima zdravstvene i socijalne skrbi.

Registar bolesnika dnevne bolnice kao i ukupna organizacija Dnevne bolnice se vodi u ovom centru.

Djelovanje mobilnih palijativnih timova kao i Podupirućih palijativnih timova također se organiziraju iz centra.

Suradnja s Organiziranim stanovanjem za osobe s mentalnim poteškoćama sveti Ivan od Boga, Šumetlica 87 odvija se također kroz Info centar

Info centar je mjesto u kojem je uspješna komunikacija preduvjet osiguravanja kvalitete skrbi. Komunikacija se odvija telefonom, mailom, putem faksa (slanjem dopisa) i osobnim kontaktom u centru. Ovdje se ostavlja prvi dojam koji često određuje stav prema Bolnici. Osmijeh označava svaku komunikaciju, kako osobno, tako i telefonom.

Komunikacija, obično, počinje upitom za liječenje bolesnika u Bolnici, nastavlja se samom procedurom prijema, traje za vrijeme bolničkog liječenja te se nastavlja nakon otpusta bolesnika iz Bolnice. Komunikacija i suradnja nastavlja se sa skrbnicima-njegovateljima koji zbrinjavaju bolesnike u njihovoj obitelji, udomiteljstvu ... kroz uvažavanje i poštivanje svakog bolesnika i člana obitelji, individualni i holistički pristup, prihvaćanje različitosti svakog čovjeka. Cilj je pozitivna interakcija između bolesnika i zdravstvenih radnika, između bolesnika i njegovog njegovatelja, odnosno obitelji te različitih zdravstvenih i nezdravstvenih radnika koji se skrbe za bolesnike.

Dobra komunikacija poboljšava učinkovitost skrbi. Djelatnici Centra trajno unapređuju komunikacijske vještine.

5.2. Bolnički informacijski sustav (BIS) u Info centru

Program BIS-a uključuje i rad u Info centru te podatke kompletira vezano za ime bolesnika. Izrada i trajno prilagođavanje informatičkog programa za rad Info centra osigurava informaciju, tj. stvaranja i stalnog dopunjavanja baze podataka o svakom bolesniku u cijeloj Bolnici. Svi podatci, koji se upisuju u Info centru i u cijeloj Bolnici, Bis-om se kompletiraju na jednom mjestu, vezanom za ime bolesnika.

Izradom standardizirane dokumentacije palijativnog bolesnika, uspostavom registra palijativnih bolesnika stvoreni su uvjeti za istraživanja i praćenje kvalitete palijativne skrbi s ciljem osiguravanja razvoja i poboljšanja kvalitete skrbi za palijativne i kronične duševne bolesnike unutar Bolnice i u drugim okruženjima.

Specifično područje skrbi za palijativne bolesnike čini i prevencija, kontrola i sprečavanje širenja infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi. Radi integriranja više aspekata skrbi za

palijativnog bolesnika, unutar BIS-a je izrađen informatički program koji objedinjuje rad Info centra i rad na prevenciji i kontroli infekcija uspostavom praćenja rizika za nastanak infekcije, praćenja, prevalencije i incidencije infekcija.

Izrada i trajno prilagođavanje informatičkog programa za rad Info centra, prijemne ambulante i rada na prevenciji bolničkih infekcija, dokumentacije za vrijeme bolničkog liječenja i otpusne dokumentacije, osigurava informaciju, tj. stvaranje i stalno dopunjavanje baze podataka o svakom bolesniku.

5.3. Komunikacijsko-koordinacijska uloga Info centra

Medicinska sestra je u Info centru ključni djelatnik, koordinator koji osigurava kontinuitet skrbi u različitim zdravstvenim strukturama. Sudjeluje u otvaranju mogućnosti odabira mjesta za posljednje dane. Služba podrške dostupna je telefonom 24 sata dnevno. Izvan redovnog radnog vremena usluge dostupnosti preuzima dežurni liječnik. Dokumentacija o bolesnicima dostupna je u BIS-u. Objedinjuje sve zapise u Bolnici, vezano za ime bolesnika.

Svi podatci koji se unose u programu Info centra datirani su i potpisani šifrom djelatnika: medicinske sestre/tehničara uz pomoć ulazne šifre djelatnika u program.

Bolnički informacijski sustav osigurava informacije o ranijoj hospitalizaciji bolesnika što osigurava informaciju, prijem i zbrinjavanje bolesnika u sljedećim hospitalizacijama kao i komunikaciju s liječnikom obiteljske medicine, patronažnom sestrom, koordinacijskim timom za palijativnu skrb u županiji, socijalnim radnikom, posudionicom pomagala, volonterskim udrugama.

5.4. Prijem dokumentacije o bolesniku u Info centar

Prijem dokumentacije počinje prijemom dopisa-upita i ispunjavanjem Prijemnog obrasca bolesnika. Nastavlja se slanjem dopisa kao odgovora na dopis za prijem bolesnika. Odgovori na upite u pisanoj formi su standardizirani po predlošcima, kroz Bis (narudžba za prijem, potrebna dodatna dokumentacija, potreban pregled u ambulanti Bolnice, nema indikacija za prijem...). Ukoliko je odgovor pozitivan, napisat će se datum prijema i zamoliti da u pratnji bolesnika bude član obitelji koji će biti suradnik u liječenju, s obzirom da je pristup liječenju u našoj bolnici uz podršku i pomoć obitelji. Odgovore na upite potpisuje liječnik na čijem odjelu će se bolesnik liječiti nakon suglasja stručnog kolegija.

Ukoliko je odgovor da je moguće nastaviti liječenje pod određenim uvjetima, kako administrativnim, tako i kliničkim i laboratorijskim ili je potrebno bolesnika pregledati u

našoj ambulanti, isto će se sistematično napisati i zamoliti ustanovu ili obitelj koja želi nastaviti liječenje u našoj bolnici da nam isto dostavi u pisanoj formi. Svakako, i tada je važno napisati kako su članovi ili jedan izabrani član obitelji poželjni kao suradnici u liječenju. Odgovor je uvijek uz poštovanje druge strane koja moli za prijem uz afirmiran završetak. Ostavlja se dojam otvorenosti za suradnju. Ukoliko saznamo kako obitelj nije u mogućnosti surađivati i kako je bolesnik socijalno i obiteljski nedefiniran, tada će se uključiti socijalni radnik u daljnju skrb za bolesnika. Ukoliko bolesnik ili pošiljatelj upita nije u mogućnosti primiti faks, odgovor se šalje poštom, ali se prije toga kontakt uspostavi telefonom.

Kod bolesnika s rizikom za infekciju, dokumentacija se dopunjuje mikrobiološkim nalazima. Praćenje bolesnika s rizikom za nastanak infekcije, koji se prima u Bolnicu, evidentira se kroz Obrazac praćenja bolesnika s rizikom za nastanak bolničke infekcije, svom medicinskom dokumentacijom za vrijeme liječenja bolesnika u bolnici te liječničkog i sestrinskog otpusnog pisma kao i informacije o nastavku skrbi za bolesnika po otpustu iz Bolnice. Nastavlja se komunikacijom medicinske sestre iz Info centra s "terenom" kako bi se nastavilo liječenje infekcije nakon otpusta iz Bolnice. Svaki novi podatak o bolesniku bilježi se i upotpunjuje bazu podataka.

5.5. Planiranje prijema i procedura prijema bolesnikau Info centru

Po primitku upita za prijem bolesnika, ispunjava se Prijemni obrazac bolesnika na temelju pristigle dokumentacije te se u slučaju nedostatnih podataka dopunjuje kontaktiranjem osoba - službi - suradnika u liječenju bolesnika. Procjenjuje se rizik za infekciju te se dokumentacija dopunjuje mikrobiološkim nalazima.

Podatak o riziku za infekcije uzima se u obzir pri planiranju prijema. Obrazac se priprema za stručni konzilij, nakon kojeg se šalju obavijesti o odluci –odgovoru na dopis. Za prijem bolesnika šalje se obavijest o datumu prijema - telefonom, mailom, faksom - slanjem dopisa uz evidentiranje svih kontakata.

Bolesnici se naručuju prema listi čekanja (tzv. čekaonici u BIS-u) koja se oblikuje prema datumu slanja upita za prijem bolesnika ili, pak, po listi prioriteta koja se dogovara na stručnom kolegiju (u BIS-u prioriteta čekaonica). Obje su čekaonice transparentne.

Prijemi bolesnika su dogovoreni datiranim i potpisanim dokumentom. Info centar obavještava o datumu prijema, pošiljatelja dopisa, a Odjelu daje upute o potrebnim stvarima i pomagalima (npr. trahealna kanila, inficirana vrijed...) pri prijemu i za vrijeme liječenja bolesnika te sve

evidentira u Prijemni obrazac. Prijem se dogovora i odvija po skraćenom postupku, tj. bolesnik se prima direktno na odjel, nema ambulantne procedure. Na odjelu je postelja pripremljena za poznatog bolesnika.

Administrativni prijem bolesnika se odvija u prostoru Info centra u vremenu od 08,00 do 14,00 sati. Palijativni bolesnici se primaju po pravilima skraćenog, poštednog postupka. Primaju se direktno na Odjel, bez prolaska kroz ambulantu. Administrativna procedura osigurava "brz i lak" prijem izradom matičnog lista bolesnika i Obrasca pismene suglasnosti pacijenta - skrbnika za liječenje. Nepokretni i teško pokretni bolesnici koji pristižu u pratnji djelatnika saniteta odlaze do bolesničke sobe uz pratnju djelatnika Bolnice i djelatnika saniteta te pratnje (suradnici u liječenju) čime se izbjegava nepotrebno iscrpljivanje bolesnika uz osiguranje primopredaje bolesnikovih stvari.

Prilikom dolaska sanitetskog prijevoza po bolesnika koji se otpušta, djelatnik saniteta javlja se portiru koji obavještava odjel te se primopredaja nepokretnih bolesnika i njegovih stvari odvija na odjelu.

Povijest bolesti se kompletira na odjelu, po otpustu bolesnika predaje djelatniku Info centra, prilaže postojećoj dokumentaciji i ulaže u arhivu.

U Info centru se arhiviraju i potvrde o smrti.

U registar i arhivu se ulažu i uputnice za bolničko liječenje, liječenje u Dnevnoj bolnici i ambulantno liječenje, nakon proceduralne obrade s HZZ-om.

5.6.Registar palijativnih i kroničnih duševnih bolesnika u Info centru

Palijativni bolesnik-gost se prima u našu Bolnicu s uputnicom i oznakom MKB-10 šifra Z51.5 pri čemu ga informatički program evidentira u registru palijativnih bolesnika.

U registru palijativnih bolesnika se nalazi sva medicinska dokumentacija palijativnih bolesnika koji su koristili usluge Bolnice na bilo koji način. Za bolesnike koji su bili hospitalizirani, popunjava se obrazac za prijem bolesnika, upotpunjuje dokumentacijom za vrijeme hospitalizacije, kompletne otpusne dokumentacije koja uključuje i sestrinsko otpusno pismo. Informativno-koordinacijski centar preuzima komunikaciju s liječnikom obiteljske medicine koordinacijskim timom na terenu, patronažnim sestrama, volonterskim udrugama, posudionicom pomagala i sl. Zapis o svim obavljenim komunikacijama sastavni je dio bolesnikove dokumentacije koji se nalazi u Registru. Registar olakšava komunikaciju Info

centara s koordinacijskim centrima i palijativnim timovima u regiji s ciljem uspostave strukture koja omogućava kretanje palijativnih bolesnika iz jedne u drugu jedinicu, ovisno o njihovim kliničkim potrebama i osobnim sklonostima. Međusobni kontakti uspostavljaju se usmenim i pismenim putem.

Komunikacija se odvija putem slanja i primanja poruka, pri čemu međusobna povratna informacija ima veliku važnost jer omogućava procjenu kvalitete pružene skrbi i kreiranja novih aktivnosti s ciljem poboljšanja kvalitete. Izradom standardizirane dokumentacije palijativnog bolesnika, uspostavom registra palijativnih bolesnika, stvoreni su uvjeti za istraživanja i praćenje kvalitete palijativne skrbi s ciljem osiguravanja razvoja i poboljšanja skrbi za palijativne bolesnike kako unutar bolnice, tako i u drugim okruženjima.

Proces kontrole kvalitete i upravljanja kvalitetom sastoji se od uspostave standarda, primjene standarda u svakodnevnoj praksi, "auditiranje" i praćenje razina postignuća postavljenih ciljeva skrbi i standarda kao indikatora kvalitete, uspostave mjera za poboljšanje kvalitete, analize povratnih informacija te kreiranja korektivnih mjera što čini strukturu registra palijativnih bolesnika koji, stoga, čini bazu i siguran izvor podataka za daljnja istraživanja i razvoj palijativne skrbi.

5.7. Prepoznavanje rizika za infekciju kod bolesnika u Info centru

Kod palijativnih bolesnika i bolesnika na odjelu za dugotrajno liječenje postoji visoki rizik za nastanak infekcije što je vezano uz smanjenje obrambene sposobnosti radi maligniteta, brojnih komorbiditeta, životne dobi, upotrebe lijekova, imunosupresije, prisutnosti invazivnih pomagala, produljenog boravka u bolnici i dr. te kod bolesnika na odjelu kroničnih duševnih bolesti vezano uz samu prirodu bolesti, rizična ponašanja, stil života i dr. Stoga je dio Prijamnog obrasca bolesnika posvećen prikupljanju i evidentiranju podataka s ciljem prepoznavanja postojećih infekcija kod bolesnika, prepoznavanja rizičnih činitelja za nastanak infekcije te mogućnosti unosa i širenja infekcije na druge bolesnike što će usmjeravati preventivne aktivnosti i samo liječenje bolesnika. Proces upravljanja rizikom odvija se kroz četiri ključna stupnja: identifikaciji rizika, analizi rizika, kontroli rizika te nadziranju rizika. Svi uneseni podatci vezani uz rizik za nastanak infekcije su dio strategije za kontrolu i prevenciju infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi te čine sastavnicu Obrasca za praćenje bolesnika s rizikom za nastanak infekcije. Obrazac za praćenje bolesnika s rizikom za nastanak infekcije sadržava podatke o rizicima za nastanak infekcije iz Prijamnog obrasca kao i "Karton", tj. podatke o infektološkom statusu bolesnika za vrijeme

hospitalizacije na odjelu koji se informatičkim rješenjima "kopira" iz liječničke i sestrinske dokumentacije čime se prati bolesnika od prijema do otpusta, pa i nakon otpusta.

Komunikacija po otpustu bolesnika ima za svrhu pomoć u planiranju adekvatne skrbi za bolesnika na način da se smanji mogućnost širenja infekcije, osobito ukoliko se bolesnik otpušta u veće kolektive (dom za umirovljenike, inkluzija i sl.) čime se stvara pozitivan učinak na širu društvenu zajednicu.

Medicinska sestra iz Informacijsko-koordinacijskog centra sudjeluje na sastancima Regije vezano uz koordinaciju i pružanju palijativne skrbi bolesnika.

5.8. Opća psihijatrijska ambulanta

Opća psihijatrijska ordinacija radi od ponedjeljka do petka prema mjesečnom rasporedu rada ambulante što priprema medicinska sestra u ambulanti, a odobrava Ravnateljica bolnice.

Radno vrijeme ambulante je od 08,00 do 16,00 sati sdnevnim odmorom u vremenu od 12,00 do 12,30 sati.

Procedura primanja upita i odgovora na upit, kao i procedura naručivanja, jednaka je za sve upite, neovisno radi li se o palijativnom ili psihijatrijskom bolesniku.

Prijemna procedura se odvija u ambulantnim prostorima i u komunikaciji s odsjekom na koji se bolesnik prima. Medicinska sestra s odsjeka dolazi po bolesnika. Ovdje se ostavlja prvi dojam o budućoj skrbi za bolesnika, kako kod samog bolesnika, tako i kod bolesnikove obitelji. Stoga se za prihvata bolesnika u bolnicu medicinske sestre educiraju. Prvi kontakt počinje uljudnim pozdravom, predstavljanjem bolesniku i obitelji imenom, rukovanjem pri upoznavanju, te osnovnim, nužnim informacijama uz put do odjela, uz poruku dobrodošlice.

Narudžbe za psihijatrijske kontrole se odvijaju telefonom ili osobno svaki radni dan u vremenu od 8,00 do 16,00 sati.

Priprema za izradu računa za ambulantne bolesnike i bolesnike iz Dnevne psihijatrijske bolnice izrađuju se svakodnevno kao i Bolesničko statistički obrasci, Onko obrasci i Obrasci psihijatrijskih bolesnika te Izvješća prijema i otpusta bolesnika prema HZZO-u.

Za sve bolesnike koji prođu kroz ambulantni trakt, također se vodi registar prepoznatljiv po imenu bolesnika.

Stana Koščak, bacc.med.techn.

Antonija Pejaković Ličina, bacc.med.techn.

Luca Marković, bacc.med.techn.

Marijana Petrić, bacc.med.techn.

Ivana Robina, bacc.med.techn.

Maristela Šakić, dr.med.spec.psih.

6. SESTRINSKA SKRB ZA BOLESNIKE-GOSTE U BOLNICI

Zbog posebnosti i sveubahvatnosti odgovornosti prema bolesniku-gostu, medicinskim sestrama se poklanja posebna individualna pažnja s edukacijskim programom i trajnom kontrolom kvalitete koja je sastavni dio redovnog radnog procesa.

Kratak naputak s osnovnim informacijama za novoprimitljene medicinske sestre/tehničare u Bolnicu:

Poštovani....., dobro nam došli!

Potpisom ugovora o radu, postali ste član tima u Bolnici, koji je u cjelosti usmjeren na zadovoljavanje, bolešću izazvanih ,ponaosa posebnih potreba bolesnika –GOSTA, ljubazno,s poštovanem i osmjehom. Standardi Bolnice i protokoli o osnovnim postupcima pomažu u svakodnevnom radu i doprinosu ukupnom cilju –Bolnica izvrsnosti.

ID karticu, koju preuzimate, dužni ste čuvati, istaknuti na vidljivom mjestu uniforme te se svakodnevno prijaviti i odjaviti boravak u Bolnici (upute za prijavu i odjavu se nalaze iznad uređaja).

Radna odjeća i obuća (uniforme) djelatnika se zadužuju u vešeraju (Vesna Turčin) te dobivate svoj garderobni ormarić. Uniforme za pranje se odlažu u vrećicama u za to predviđene kutije koje se nalaze u garderobama (Bolnica snosi troškove pranje uniformi).

Organizacija rada u bolnici se odvija u smjenama koje sastavlja prvostupnica sestrinstva na Odjelu i kojoj se javljate u vezi sa rasporedom rada. Na svakom odjelu se nalazi protokol s radnim zadacima po smjenama.

Dolaskom na radno mjesto dobivate svoju ulaznu šifru za računalo i programe (BIS,prehrana). Svaki korisnički račun ima zajedničku mapu odjela u kojoj se nalaze potrebne evidencijske liste, mapa za voditelja smjene, kao i svi protokoli, te E-oglasna ploča na kojoj se nalaze sve važne obavijesti.

Članstvo u HKMS-potrebno je ispuniti obrazac promjene podataka te izjavu za računovodstvo (nalazi se na stranicama HKMS). Ustanova organizira stručna usavršavanja bodovana od strane HKMS.

Svakodnevno se održavaju mini edukacije u 15 h u prostoru biblioteke na koje su obavezni doći svi (1 tema se provodi kroz cijeli tjedan).

Osim svakodnevnih rutinskih poslova na odjelu (zdravstvena njega, prehrana, dezinfekcija...) na Dnevnoj radnoj listi (podsjetniku) se nalazi sve ono što je potrebno odraditi toga dana osim rutinskih odjelnih poslova, promjene u potrebama iz područja zdravstvene njege, obavljanje posebnih zadataka i aktivnosti na odjelu te ono što se dogovori u viziti, a čime koordinira prvostupnica sestrinstva na odjelu.

Komunikacija u Bolnici se odvija hijerarhijski:

član tima tim za zdravstvenu njegu-voditelj tima-prvostupnik sestrinstva-glavna sestra-ravnateljstvo.

Želimo Vam uspješan rad na razvijanju osobnog zadovoljstva kao ugodnu dnevnu obavezu kojom preuzimate odgovornost i doprinosite trajnom, opuštajućem radnom ozračju u timu kojem pripadate.

Ravnateljca: Maristela Šakić

Glavna medicinska sestra: Antonija Pejaković Ličina

Strmac, _____

Iz svakodnevice rada medicinskih sestara –tehničara, izdvajamo:

temeljne moralne vrline koje sestrična praksa kroz povijest a i danas njeguje: suosjećanje, brižnost, pažnju prema drugima, prihvaćanje drugih i uzajamno povjerenje i suradnja

jedno od najvažnijih ljudskih prava - život bez patnje i boli, dostojanstveno suočavanje sa bolešću

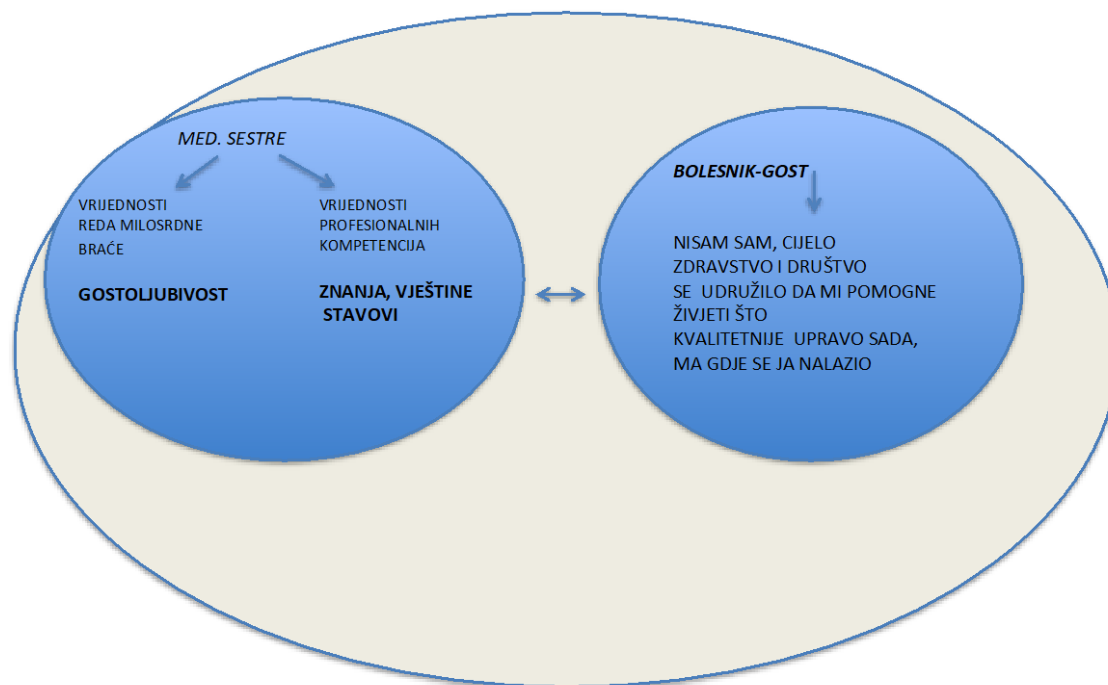
zadovoljstvo bolesnika kvalitetnom uslugom naša je obveza

Poštivanjem Standarda bolnice dajemo osobni doprinos kvaliteti usluge i zadovoljstva bolesnika.

NAŠEG BOLESNIKA-GOSTA UVIJEK PRIHVAĆAMO I POŠTUJEMO NJEGOVO DOSTOJANSTVO. POMAŽEMO OBNOVITI OSJEĆAJ SAMOPOŠTOVANJA TAKO ŠTO BOLESNIKOVE PROBLEME OZBILJNO SHVAĆAMO I NUDIMO POMOĆ.

Suštinu sestrične skrbi u Bolnici prikazali smo grafički.

VRIJEDNOSTI SESTRINSKE SKRBI ZA BOLESNIKE (STANDARDI BOLNICE)



6.1. VRIJEDNOSTI SESTRINSKE SKRBI U BOLNICI

temeljimo na

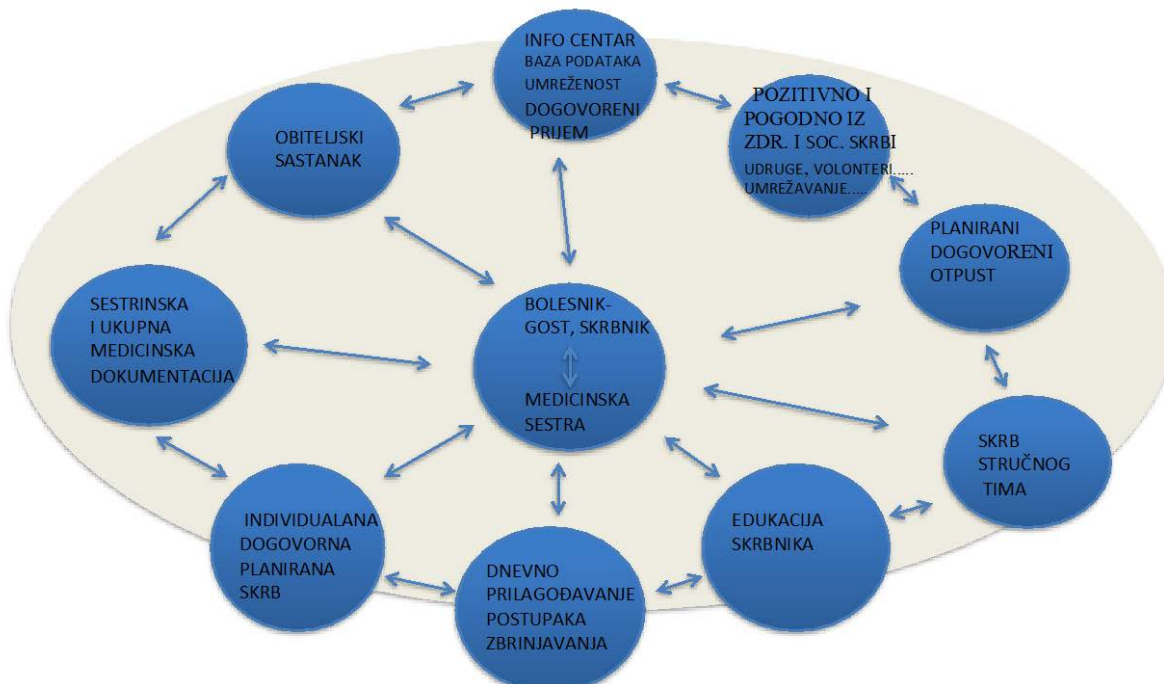
- gostoljubivosti kao jednoj od vrijednostima Reda milosrdne braće koja slabima i bolesnima stavlja na dostojanstveno mjesto u red gosta
- znanjima, vještina i stavovima medicinskih sestara kao vrijednosti profesionalnih kompetencija, te pomoć slabima i bolesnima kod kojih izostaje znanje, volja i snaga, kao osnovno obilježje zdravstvene njege
- vrijednosti prava bolesnih u pozitivnim propisima u zdravstvenom i socijalnom osiguranju u RH, u civilnom uređenju društva, humanitarnim udrugama i organizacijama. (Pravo palijativnog bolesnika na dva sata dnevno zdravstvene njege u kući, skrb patronažne sestre, skrb mobilnih stručnih palijativnih timova, posudionica pomagala, humanitarne udruge, klubove, grupe samopomoći, volonteri....zbrinjavanje u udomiteljstvima....)

Bolesnik koji prima usluge naše Bolnice, pri otpustu iz Bolnice, odlazi s porukom- nisam sam, cijelo zdravstvo i društvo se udružilo da mi pomogne živjeti što kvalitetnije, upravo sada, gdje god se ja nalazio. Da bi ova poruka bila doista i provediva, organizacijski dio

preuzima medicinska sestra pri otpustu bolesnika iz Bolnice s naglaskom o nužnosti preuzimanja dijela odgovornosti samog bolesnika i njegove obitelj, u smislu korištenja informacija koje su dobili i poštivanja procedure potrebne za korištenje prava i mogućnosti pri zbrinjavanju kod kuće.

Naša Bolnica je organizirana tako da ukupnu organizaciju otpusta i zbrinjavanja nakon otpusta , obavlja glavna sestra odsjeka. Edukaciju i bolesnika i skrbnika također radi glavna sestra odsjeka. Ovo je područje individualnog i holističkog pristupa pri skrbi bolesnika. Smatramo da glavna sestra odsjeka najbolje poznaje i bolesnika i skrbnika te može na najbolji mogući način organizirati i edukaciju i zbrinjavanje nakon otpusta. Iskustvo nam govori da je ovakva organizacija korisnija za bolesnika, te nismo za ove poslove zadužili medicinsku sestru koja se bavi samo otpustom.

STRUKTURIRANJE SESTRINSKE SKRBI



6.2.STRUKTURIRANJE SESTRINSKE SKRBI U BOLNICI

Korisnici usluga u Bolnici su naši gosti.

Sva skrb je dogovorna i temeljem dogovora, planirana.

Medicinske sestre dogovaraju, planiraju i provode sestrinsku skrb bolesnika-gosta, te koordiniraju ukupnu skrb stručnog tima u Bolnici. Također rade na umrežavanju i koordiniranju suradnje Bolnice i svih izvanbolničkih institucija, organizacija, udruga, volontera i sl. Bolnica je kroničnog tipa, pa je udio sestrinstva u ukupnom funkcioniranju Bolnice značajno veći i drugačiji nego u akutnim bolnicama. Zbog navedenog se s posebnom pažnjom strukturira sestrinska skrb.

6. 2. 1. Glavna sestra bolnice, Pomoćnik ravnatelja za sestrinstvo

Glavne sestra Bolnice, kao osoba i stručni suradnik, definira se kroz poželjne karakteristike:

1. Pozitivna otvorenost, odgovornost te suštinsko poznavanje i kroz vlastiti rad kontinuirano izgrađivanje odnosa gostoljubivosti i poštovanje temeljnih načela rada u bolnici čiji su osnivači bolnički Red Milosrdne Braće kao i vrijednosti kompetencija struke medicinskih sestara kroz stavove, znanje i vještine.
2. Planiranje i provođenje cjelovite zdravstvene njege i skrbi, uvijek i potpuno usmjerene prema bolesniku i njegovoj obitelji, odnosno članu obitelji koji je definiran kao suradnik u liječenju, kreirane od strane tima za zdravstvenu njegu usuradnji s ostalim članovima stručnog tima, na zadovoljstvo bolesnika, suradnika u liječenju i djelatnika kao pružatelja usluge.
3. Planiranje i provođenje kontinuirane organizacije rada medicinskih sestara i tehničara te njegovatelja kao i svih pružatelja usluga u Bolnici, temeljene na Standardima bolnice i novim spoznajama kroz trajnu medicinsku i drugu izobrazbu te osobnoj kreaciji koja vodi ka izvrsnosti stručnog postupanja, kolegijalnih odnosa i pripadnosti Bolnici.
4. Planiranje i provođenje kontinuirane obostrano konstruktivne suradnje glavne sestre bolnice s upravom bolnice, voditeljima jedinica, članovima stručnih službi u bolnici, temeljnih na Standardima bolnice i sinkronizacija vertikalne i horizontalne komunikacije.
5. Planiranje, organiziranje i stvaranje preduvjeta zadovoljnog i kreativnog radnog ambijenta na temelju stručne, transparentne i nedvosmislene komunikacije i odnosa prema svim suradnicima, prepoznavajući i prevenirajući posredne, dvostruke, oprečne, nejasne, neprovjerene i subjektivno nadograđene poruka kako unutar bolnice, tako i u odnosima s

javnošću. Glavna sestra bolnice je pomoćnik ravnatelja za sestринство i okosnica je otvorenog, odmjerjenog, razboritog i pozitivnog stava u bilo kojem unutrašnjem ili vanjskom događanju značajnom za funkcioniranje i dobar ugled bolnice.

6. 2. 2. Poželjne osobine, znanja i vještine:

Osim sveobuhvatnog poznavanja djelovanja Bolnice, važne su vještine intuitivnog i kreativnog mišljenja, organiziranost, sistematičnost sklonost suradnji i timskom radu. Poznavanje stranih jezika i informatička pismenost je preduvjet za obavljanje poslova glavne sestre Bolnice.

Uvjeti rada:

Glavna sestra Bolnice radi u uredu, u uobičajenom, radnom vremenu, a prema potrebi s kliznim radnim vremenom, prekovremeno i vikendima.

Ravnateljica Maristela Šakić, dr.med.spec.psih.

Poslovi glavne sestre bolnice:

-postavlja visoke ciljeve samoj sebi, suradnicima i samoj organizaciji, uporna, samopouzdana, ali svjesna vlastitih mogućnosti i ograničenja

-delegira zadatke i ovlasti uz određivanje odgovornosti za očekivane rezultate

-radi na procjeni potreba zdravstvene organizacije u utvrđivanju prioriteta, upravljanju, koordiniranju i evaluiranju zdravstvene njege i ostalih usluga u različitim situacijama i na različitim mjestima

-rukovodi, nadzire i koordinira rad medicinskih sestara/tehničara, prvostupnika sestринства-voditelja timova za zdravstvenu njegu i njegovatelja s upravom Bolnice i ostalim stručnim službama u Bolnici

-usklađuje raspored rada i palna godišnjih odmora medicinskih sestara i ostalih stručnih djelatnika Bolnice s ciljem kontinuiranog pružanja optimalne usluge klijentima – gostima Bolnice, nadzora nad evidencijom radnog vremena i jednakog opterećenja radnim zadacima svih djelatnika.

-kontrolira zakonitost rada u ukupnom procesu rada kao i procesu zdravstvene njege i poštivanje etičkog Kodeksa i vjerskih načela u suradnji s pravnom službom Bolnice

- suraduje s ravnateljem u organizaciji cjelokupne medicinske i druge aktivnosti za koje je Bolnica zainteresirana.
- suraduje s drugim medicinskim ustanovama, stručnim udrugama u zemlji i inozemstvu koji se bave srodnim djelatnostima
- organizira i nadzire uvjete zbrinjavanja bolesnika-gostiju, pravila u provođenju zdravstvene njege, prehrane i higijene u Bolnici – član je HACCAP tima, svakodnevno degustira i evaluira obroke, te sudjeluje u planiranju jelovnika
- sudjeluje u stručnom, nastavnom, znanstvenom i istraživačkom radu kao i projektima u interesu Bolnice
- koordinira rad pri organizaciji opskrbe Bolnice opremom, hranom, lijekovima i potrošnim materijalom (suradnja s dobavljačima, narudžba opreme, zaštitne obuće i odjeće za zdravstvene radnike), kao i donacijske aktivnosti
- suraduje pri planiranju nabave opreme potrebne za zdravstvenu njegu, medicinsko tehničke i terapijske zahvate, te druge opreme nužne za ukupno funkcioniranje Bolnice.
- zadužena je za kontrolu ispravnosti medicinsko-tehničke opreme i aparature u Bolnici te suraduje s tehničkom službom u održavanju, obnavljanju i nabavci nove opreme
- sudjeluje u određivanju i provođenju mjera zaštite na radu u Bolnici-
- član je Povjerenstva na unutarnji nadzor, Stručnog vijeća, Povjerenstva za kontrolu kvalitete, Etičkog povjerenstva, Povjerenstva za kontrolu bolničkih infekcija
- član je lječničkog stručnog kolegija
- vodi Stručni kolegij medicinskih sestara
- potiče aktivno sudjelovanje medicinskih sestara i tehničara na stručnim skupovima uz korištenje bolničke baze podataka, motivira napredovanje u struci, te izrađuje plan trajne edukacije medicinskih sestara na godišnjoj razini
- brine o stručnom usavršavanju medicinskih sestara
- evaluacija– kontrola i nadzor socioterapijskog programa kao i drugih standardiziranih usluga

-sudjeluje u planiranju godišnjih odmora zdravstvenih radnika i kontrolira njihovo provođenje na odjelima

-obavlja i druge organizacijske i stručne poslove u skladu sa zanimanjem i položajem

-za svoj rad odgovara Ravnatelju Bolnice.

6.3.STRUČNI KOLEGIJ MEDICINSKIH SESTARA I TEHNIČARA

(glavne sestre odjela, voditelji timova za zdravstvenu njegu)

Stručni kolegij medicinskih sestara je liderski tim za zdravstvenu njegu u bolnici. Vodi ga Glavna sestra Bolnice. Svaki satanak Kolegija je motivirajući razvoj pozitivnih stavove.

U Stručnom kolegiju medicinskih sestara kao liderskom tj. vodećem stručnom timu medicinskih sestara naglašavaju se pozitivni stavovi i vještine svakog člana Kolegija.

Vještine se stiču vježbom.

Stav pojedinca usklađuje se s pozitivnim stavom uprave Bolnice s ciljem trajnog stvaranje dobrobiti za sve korisnike usluga, njihove skrbnike kao i sve djelatnike Bolnice.

Znači svaki postupak, rečenica, razmišljanje, komunikacije kao isve djelatnosti okrenute supozitivnom usmjernju uprave Bolnice.

Lider svojim primjerom je uzor u izbjegavanju; negativnih rečenica, pokazivanja ljutnje, povrijeđenosti, nezadovoljstva s postupcima drugih osoba....., imajući na umu da je voditelj tima član liderske grupe koja vodi Bolnicu. Zadatak je uvijek pozitivno i kreativno pozitivno djelovanje.

Ovdje nema opcija. Znači negativne rečenice, radnje, ponašanja trebaju biti nepoznati pojmovi u svakodnevici liderske grupe. Dominiranje EGA uvijek skriva neznanje i nesigurnost.U zdravom i pozitivnom okruženju bolesnici su zdraviji.

Glavna sestra Bolnice delegira zadatke prema vrlinama, sklonostima i osobnom opredjeljenju članova Kolegija:

-Funkcioniranje sustava odgovornosti u timovima zdravstvene njege na odjelima-

prema dijagramu odgovornosti i povezanosti dokumentacije.

-Prijemi bolesnika, obiteljski sastanci, otpusti, otpusna pisma poslana patronaži.

-Ukupno funkcioniranje odsjeka i vođenje dnevne i povremene evidencije te kratkih izvida o održavanju odjela u skladu s protokolima kao i ispravnosti medicinsko-tehničke opreme na odsjecima po inventurnim listama.

-Mentorstvo za stručnu praksu medicinskih sestara i koordinator za volontere.

Kratkim izvješćima pojedinih područja u pripremi za tjednu evaluaciju na sastancima stručnog kolegija aktualizira se redovan dnevni red, ujednačenost djelovanja svih odsjeka, i redovnim radnim procesima osigurava se evaluacija ciljeva pokazatelja kontrole kvalitete, tj održavanje kvalitete prema zakonskim propisima i standardima Bolnice.

Ova izvješća, i aktualnosti s tjednih sastanaka čine zapisnik koji se objavljuje na E oglasnoj ploči. Planiraju se i korektivno-edukativne mini edukacije.

6. 3. 1. Timovi za zdravstvenu njegu

U dnevnoj organizaciji tima za zdravstvenu njegu cilj je UVIJEK odgovor bolesnika DA iz dijagrama odgovornosti, znači, ponuđena dnevna skrb dogovorno s bolesnikom, treba biti prihvaćena i provedena ili prilagođena trenutnim potrebama bolesnika i provedena. Ponuđeni dijagram tijeka i smjera odgovornosti pomaže da provedba planirane i dogovorene skrbi i sigurnost bolesnika trajno budu odžavani na najvećoj mogućoj razini.

6. 3. 2. Voditelj smjene u timu za zdravstvenu njegu

Svaki tim za zdravstvenu njegu ima voditelja smjene koji je dnevno zadužen za provođenje skrbi. U svojoj smjeni komunicira sa svakim bolesnikom u smislu uključivanja u sociorehabilitacijski program i zadovoljavanje individualnih potreba bolesnika (npr. promjena u sposobnosti samozbrinjavanja). Brine o kvaliteti zbrinjavanja od strane tima za zdravstvenu njegu (npr. cirkuliranjem kroz tim koji radi tjelovježbu, motivirati na povećanje kvalitete uključivanja pojedinca i sl.). Odgovoran je za bolesnike i međusobnu komunikaciju članova tima, kao i povratnu informaciju prema glavnoj sestri odsjeka i glavnoj sestri Bolnice, slanjem kratkih izvješća o otklonima u oba smjera, kako negativnih, npr. bolesnik je hitno poslan na konzilijarni pregled kirurgu u susjednu bolnicu, tako i pozitivnih, npr. u slobodno vrijeme 20 bolesnika je organizirano šetalo šetnicom oko bolnice 30 min, u društvu medicinskog tehničara.

Ukupnu dokumentaciju nužno je sinhronizirati, što znači da zabilješka na printanoj dnevnoj radnoj listi, npr. kod bolesnika NN u 10 sati povišen krvni tlak, isto je primjereno popraćeno na temperaturnoj listi, na sestrinskom dekursusu i promjeni plana skrbi.

Otpusna pisma patronažnoj sestri su dio otpusne dokumentacije i pregled su reakcije bolesnika na skrb za vrijeme bolničkog liječenja. Preporuke za nastavak skrbi sastavni su dio otpusnog pisma zdravstvene njege.

6. 3. 3. Medicinska sestra u Info centru Bolnice

Info centar je mjesto komunikacije s bolesnikom-gostom, njegovom obitelji odnosno skrbnikom prije prijema u Bolnicu i nakon otpusta iz Bolnice. Info centar vodi posebno educirana medicinska sestra. Info centar su ulazna vrata u Bolnicu, kako bolesnika i skrbnika, tako i informacija, koordinacija, suradnje sa svima koji sudjeluju u zbrinjavanju bolesnika prije i nakon bolničkog liječenja. Kontaktom s Info centrom, na bilo koji način- telefonom, osobno, faksom i sl , dopunjuje se baza podataka. o svakom bolesniku kojemu se pruža jedna ili više vrsta usluga- upit, savjet, ambulantna skrb, skrb dnevne bolnice, prijem i otpust iz Bolnice....

Info centar su vrata za prepoznavanje ulaza infekcije u Bolnicu, te planiranje i provođenje svih potrebnih postupaka za sprečavanje širenja infekcije u Bolnici. Stoga je protokolorirano, individualizirano prikupljanje podataka i koordinacija postupaka, povjereno vrlo specijalizirano educiranoj medicinskoj sestri.

Prijem u Bolnicu dogovara se u Info centru. Medicinske sestre odjela preuzimaju informaciju o prijemu iz Info centra, kao i samog bolesnika-gosta, koji dolazi na dogovoreni prijem. Ovdje počinje dogovorna i planirana skrb u Bolnici. Potpisuje se i suglasnost za liječenje.

6. 3. 4. Obiteljski sastanak pri prijemu palijativnog i kroničnog duševnog bolesnika u Bolnicu

6. 3. 5. organizira i usmjerava medicinska sestra

Pri samom smještaju bolesnika u postelju kao i davanja informacija nužnih za boravak bolesnika u Bolnici, uključena je i bolesnikova pratnja. Bolesnik postaje član terapijske zajednice koju čine svi bolesnici odsjeka. Po mogućnosti, odmah pri prijemu organizira se prvi obiteljski sastanak. Usklađuje se očekivano od bolničkog liječenja od strane samog bolesnika i pratnje i mogućnosti koje Bolnica pruža svojim uslugama. Provjeravaju se i dopunjuju podaci o skrbniku. U dogovaranje, planiranje, i provođenje skrbi obavezno se uključuje obitelj, odnosno zakonski skrbnik na obiteljskim sastancima pri samom prijemu i po potrebi, za vrijeme boravka u Bolnici. Na prvom obiteljskom sastanku sudjeluje, po mogućnosti, sam bolesnik koji ovdje postaje gost, voditeljica tima za zdravstvenu njegu i

liječnik. Ovaj i svaki sljedeći dogovoreni sastanak se prema individualnoj potrebi svakog bolesnika-gosta, dopunjuje članovima stručnog tima. O kvaliteti ovih sastanaka, uvelike ovisi kvaliteta skrbi, usklađivanje očekivanog i pruženog u uslugama Bolnice, uključivanje članova stručnog tima, koji se nudi pri skrbi u Bolnici, zatim se preveniraju nesporazumi jer se skrb palnira dogovorno između bolesnika-gosta, njegovih skrbnika i tima koji pruža usluge u Bolnici. Već na prvom obiteljskom sastanku počinje i planiranje dogovornog otpusta i zbrinjavanja nakon bolničkog liječenja. Za obiteljske sastanke priprema se i stalno dopunjuje obrazac obiteljskog sastanka, za svaki odjel i odsjek s posebnostima.

6. 3. 6. Sestrinska i ukupna medicinska dokumentacija pri skrbi palijativnog i kroničnog duševnog bolesnika u Bolnici

Stvaranje sestrinske i ukupne medicinske dokumentacije temelji se na prikupljenim podacima, pregledima i dogovoru. Plan zdravstvene njege je, prema pravilima struke, individualan i podložan promjenama ovisno o promjenjivim potrebama bolesnika. Dnevno potrebama prilagođena skrb, baza je uspješne skrbi i zadovoljstava korisnika uslugom.

Obavezna sestrinska i ostala medicinska dokumentacija vodi se u računalu, a printa se, kao pomoćna radna verzija, za sva posebna događanja vezana za bolesnika, kod kojeg je nastupila promjena zdravstvenog stanja za koju je potrebna pojačana skrb. Ovo je zbog lakšeg praćenja promjena i prilagodbe intervencija, stalne evaluacije cilja. U Bolnici se vodi i Elektronska dnevna radna lista koja ima svrhu dnevnog koordiniranja skrbi članova stručnog tima. Iz praktičnih razloga dnevno se printa dnevna radna lista koja je datirana i sadrži imena svih bolesnika na odsjeku i prostor za bilješke važne za svakog bolesnika. Ova lista se nosi u vizitu, koriste je svi članovi tima i ažuriraju se i koordiniraju dnevni postupci. Koristi se pri pisanju dekursa za svakog bolesnika i usklađivanje djelovanja članova tima.

Dnevno se kordinatorima –voditeljima grupa izabranih od strane bolesnika, izdaje popis članova grupe s, po potrebi.potrebim obavijestima o pojedinom bolesniku. Popis se nosi na terapijske grupe, bilježi se prisutnost na grupama i predaje medicinskoj sestri-voditelju smjene, koja ažurira zabilješke i po potrebi prilagođava postupke za pojedinog bolesnika.

Obavezna dokumentacija koja se vodi usklađena je sa zakonom propisanom dokumentacijom, preporukama primjereno skrbi palijativih i kroničnih duševnih bolesnika, kao i našim iskustvima. Propisana sestrinska dokumentacija osigurava također sveobuhvatnost skrbi. Svaki stručni djelatnik Bolnice vodi dio dokumentacije prema svojim kompetencijama. Pri otpustu bolesnika, dokumentacija se kompletira i printa te odlaže u arhivu. Bolesnik dobiva

otpusno pismo liječnika koje objedinjuje skrb stručnog tima, te otpusno pismo zdravstvene njege s preporukama za nastavak sestrinske skrbi nakon otpusta. U otpusno pismo zdravstvene njege bilježi se i dogovor postignut između bolesnika, stručnog tima u Bolnici i tima koji prihvaća bolesnika nakon otpusta iz Bolnice. Bilježe se i datumi za posjet klubovima u lokalnoj zajednici, informacije o telefonskim kontaktima posudionice pomagala, koordinatora za palijativnu skrb, i sl. Prilaže se i obrazac edukacije koju je prošao skrbnik za vrijeme bolničkog zbrinjavanja bolesnika. Obrazac potpisuje sam skrbnik kao i glavna sestra odsjeka ili odjela. Otpusno pismo zdravstvene njege šalje se mailom odgovornoj patronažnoj službi na terenu.

Prikupljeni podaci na obiteljskim sastancima kao i svi prikupljeni podaci za vrijeme liječenja u Bolnici dodaju se bazi podataka u info centru.

6. 3. 7. Individualna, dogovorna planirana skrb za bolesnika u Bolnici

Započinje ju i trajno provodi medicinska sestra

Individualna, dogovorna planira skrb je temelj na kojem se gradi dobrobit za bolesnika – gosta, kako u Bolnici tako i općenito pri svakoj skrbi. Prvi individualni i dogovoreni plan skrbi se izrađuje na prvom obiteljskom sastanku, a dalje se dnevno prilagođava promjenjivim potrebama bolesnika.

Propisani protokol za ovu skrb je trajni podsjetnik koji olakšava sveobuhvatnost pristupa pri provođenju skrbi.

Stoga je ovaj protokol često tema naših mini edukacija.

Osigurava holistički pristup i uključivanje svih sudionika u skrb, kako cijeli stručni tim, tako i bolesnika i njegovu obitelj, skrbnika i druge.

Ovdje se koristimo znanjima, vještinama i stavovima koji čine kompetenciju medicinskih sestara, pri skrbi svakog bolesnika. Poštivanje pristupa po procesu zdravstvene njege sastavni je dio skrbi.

Dnevno prilagođavanje postupaka zbrinjavanja bolesnika-gosta najčešće se provodi na inicijativu medicinske sestre.

U našoj Bolnici, kao i u svim institucijama, postoji kućni red, i redovan program individualnog uključivanja u terapijski program liječenja kroničnih bolesnika. Za ovaj

redovan program postoji organizirano individualno uključivanje svakog bolesnika ponaosob. Planira se vrijeme prilagodbe nakon prijema u Bolnicu potreban za uključivanje bolesnika u redovan program.

Medicinska sestra promatra bolesnika.

Ako se bolesnik, iz bilo kojeg razloga, ne uključuje u ponuđeni program, za njega se izrađuje prilagođen program od kojeg se očekuje ishod - prilagodba i uključivanja u život zajednice kojoj pripada i koju je prihvatio na obiteljskom sastanku. Izrađuje se printani plan zdravstvene njege i po potrebi lista za hitna stanja.

Često se ovim listama koristimo pri odluci da se obitelj obavijesti o promjeni stanja bolesnika i pozivu u posjetu bolesniku ili na izvanredni obiteljski sastanak.

6. 3. 8. Edukacija skrbnika

provode, uglavnom, medicinske sestre

Plan edukacije skrbnika koji će preuzeti brigu o bolesniku nakon bolničkog liječenja se također izrađuje na obiteljskim sastancima ili pri posjeti bolesniku od strane obitelji, upisuje u obrazac o edukaciji skrbnika, te dogovara. Dogovorena edukacija se provodi uključivanjem u redovnu dnevnu skrb bolesnika na odjelu. (Npr.njega kanile, prevoj rane, postupci oko urinarnog katetera, aspiratora...). Pobrojane vještine koje je potrebno savladati za brigu o bolesniku nakon otpusta iz Bolnice, upisuju se u obrazac i po potrebi dopunjuju. Nakon završene edukacije, educirani skrbnik se potpisuje na obrazac koji se izdaje kao dodatak otpusnom pismu zdravstvene njege.

Skrb djelovanja stručnog tima koordinira medicinska sestra.

Dobro educirana medicinska sestra u svojoj 24-satnoj prisutnosti i promatranju bolesnika, prepoznaje i druge potrebe bolesnika, osim potreba za zdravstvenom njegom. Svoja zapažanja prenosi liječniku koji uobličuje posebnu potrebu bolesnika za uključivanjem ostalih članova tima. Isto upisuje na temperaturnu listu a medicinska sestra u printanu dnevnu radnu listu. Voditelj tima za zdravstvenu njegu je koordinator među ostalim članovima stručnog tima u cjelovitoj skrbi za bolesnika.

Postoji redovna skrb bolesnika od strane pojedinih članova stručnog tima i uključivanje u skrb prema posebnim potrebama bolesnika. Redovna skrb se provodi u sklopu redovnog dnevnog zbrinjavanja svakog bolesnika. Npr. svakodnevna skrb psihologa, duhovnika, fizioterapeuta

za palijativne bolesnike i prema posebnim potrebama, napr. uključivanje psihologa kod procesa prihvaćanja bolesti, fizioterapeuta kod fizikalne terapije nakon ICV-a, duhovnik pomaže u posebno teškim zdravstvenim stanjima, i sl.

Svaki član stručnog tima svoje postupke upisuje u dnevnu elektronsku listu kao bilješku a u predviđenu dokumentaciju kompletira postupke i nalaze.

Zaključke iz ove dokumentacije liječnik upisuje u svoje otpusno pismo pri otpustu bolesnika iz Bolnice.

6. 3. 9. Planirani dogovoreni otpust iz Bolnice

koordinira medicinska sestra

Na prvom obiteljskom sastanku, pri usklađivanju očekivanog od liječenja u Bolnici i mogućnosti koje Bolnica može ponuditi, dogovara se očekivana dužina liječenja u Bolnici. Uz ovo se veže i plan skrbi nakon izlaska iz Bolnice, što zapravo znači da se odmah počinje planirati i dogovarati otpust iz Bolnice. Educirana medicinska sestra je koordinator i na obiteljskom sastanku, te prepoznaje potrebu i koordinira uključivanje drugih članova tima. Pri razgovoru o otpustu, po potrebi, uključuje se socijalni radnik dajući informacije i nudeći pomoć. Po potrebi, nudi se pomoć psihologa duhovnika....Skrbniku, odnosno obitelji se nudi edukacijski program, ako će bolesnika skrbiti kod kuće. Već ovdje počinje dogovaranje o otpustu s puno pažnje. U ovom procesu dogovaranja, bolesnik i skrbnik se informiraju o svim pravima iz zdravstvenog i socijalnog osiguranja koji će mu pomoći da bude zbrinut na dostojanstven i primjeren način, kao i informacija o djelovanju humanitarnih udruga, posudionice pomagala, klubova isl. Za vrijeme liječenja u Bolnici planirano se realizira i dorađuje priprema za otpust kako bi sam proces otpusta bio sastavni dio zbrinjavanja na zadovoljsvo kako bolesnika tako i njegove obitelji. Obzirom da se priprema, otpust prolazi sa minimalnim stresom, neovisno da li se bolesnik vraća u obitelj ili odlazi na druge oblike zbrinjavanja. Zadovoljstvo kvalitetom ukupne usluge u Bolnici, u trenutku otpusta kulminira. Za pozitivan ishod boravka u Bolnici, nezamjenjiv je stručni napor dobro educiranog tima medicinskih sestara.

6. 3. 10. Pozitivno i pogodno iz redovnog zdravstvenog osiguranja, humanitarnih udruga i drugih organizacija

izdvaja i približava bolesniku i skrbniku medicinska sestra

Medicinske sestre naše Bolnice zagovaraju i daju informacije o pozitivnim i pogodnim propisima iz redovnog zdravstvenog i socijalnog osiguranja kao i humanitarno organiziranog civilnog društva s cijelom paletom usluga koje teškom bolesniku mogu pomoći očuvati dostojanstvo i biti pomoć u bolesti. Uz obavijesti, daju se i telefonski kontakti, koristi se i dopunjuje umreženost u Info centru.

Izdvajamo neka od prava palijativnog bolesnika:

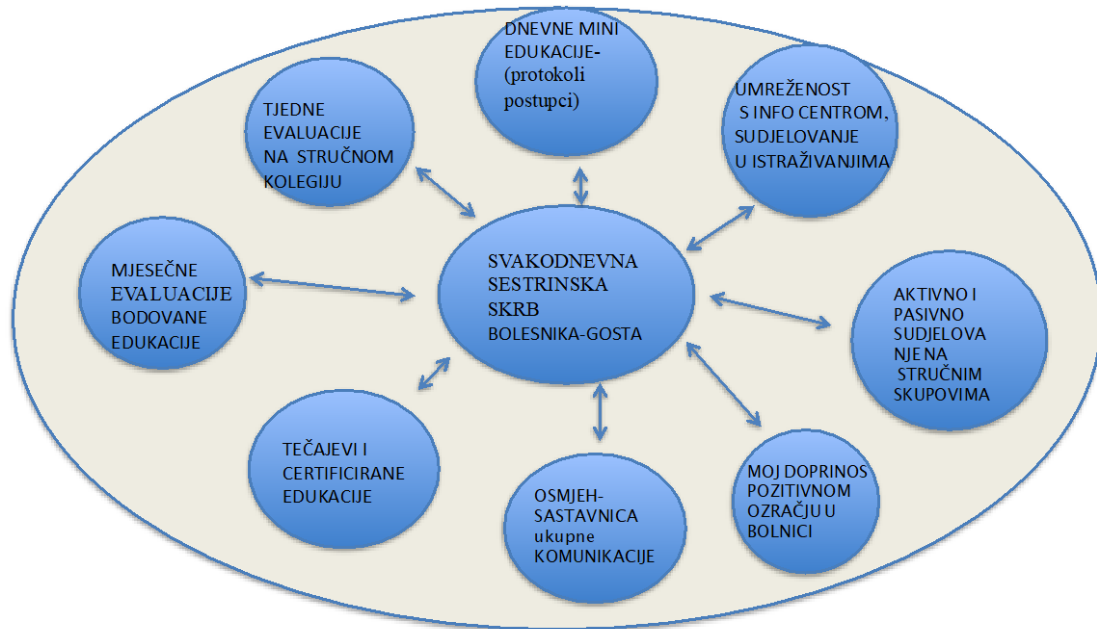
120 minuta zdravstvene njege u kući dnevno, skrb patronažne sestre po potrebi, posjeta obiteljskog liječnika u kući, skrb palijativnog tima na terenu....materijalnu naknadu za tuđu pomoć i njegu...niz humanitarnih udruga za pomoć pri komunikaciji s liječnikom, pomoć u kući, posudionice pomagala...(bolnički krevet, različita kolica..)

Pomaže se ne samo bolesniku nego se pomaže i njegovatelju. Ovo je važno. Njegovatelj treba dnevno vrijeme za odmor, za obavljanje nekih svojih poslova izvan kuće.

Stoga medicinska sestra iz zdravstvene njege u kući, kad dođe na dva sata k bolesniku, daje slobodna dva sata njegovatelju, da ode na kavu...Slobodno vrijeme njegovatelju može dati i patronažna sestra , članovi humanitarnih udruga...

Ovakvim pristupom njegovatelj ne sagorjeva te se odlaže vrijeme smještaja u instituciju. Često obitelj njegovanje teškog bolesnika ne prihvaća samo zbog neznanja. Zadaća svih zdravstvenih radnika i svih humanitaraca je ukazati na niz pozitivnih prava koja život s teškim bolesnikom mogu učiniti prihvatljivim.

EDUKACIJA MEDICINSKIH SESTARA



6.4. EDUKACIJA MEDICINSKIH SESTARA

Medicinske sestre i drugi zdravstveni djelatnici prije početka rada u Bolnici savladavaju potrebnu edukaciju za rad u specijalnoj bolnici.

Za kvalitetan rad na korist bolesnika – gosta nužna je trajna edukacija.

Trajnu edukaciju za medicinske sestre propisuje Komora medicinskih sestara, a za druge djelatnike komore za ostale struke u bolnici. Svake godine izrađuje se plan trajne edukacije koji bi doista podizao kvalitetu usluge.

Ovi standardi pobliže govore o trajnoj edukaciji medicinskih sestara.

Svjedoci smo svakodnevnog napredovanja znanosti i tehnologije, sukladno tome i zdravstveni sustav se brzo mijenja što za posljedicu ima uvođenje novih dijagnostičkih i terapijskih procedura u čijem izvođenju sudjeluju i medicinske sestre. Novi zahtjevi struke glavni su motivi za kontinuiranu edukaciju.

Bez obzira kojom vrstom posla se medicinska sestra bavi, mora pratiti razvoj i dostignuća zdravstvene njege. Ukoliko se novosti u struci ne prate, postepeno se javlja osjećaj nekompetentnosti i nezadovoljstva što se s vremenom pretvara u otpor prema svakoj promjeni. Nasuprot tome, stalno usavršavanje stvara osjećaj sigurnosti, kompetentnosti i otvorenosti prema novitetima.

Svakodnevna sestrinska skrb bolesnika-gosta

Bazna edukacija za rad medicinskih sestara u Bolnici, odvija se uz bolesničku postelju na odsjeku, u svakodnevnoj skrbi za bolesnika-gosta. Novozaposlenu medicinsku sestru educira mentor tj. sestra zadužena za edukaciju. Popis savladanih vještina i postupaka potpisan od strane mentora, potvrđuje o spremnosti medicinske sestre za preuzimanje samostalnog obavljanja poslova medicinske sestre.

Osim stručnog dijela, novozaposlena medicinska sestra biva educirana i od strane pastorala u Bolnici. Ovaj program edukacije uključuje upoznavanje s temeljnim vrijednostima Reda Milosrdne braće, kao i očekivanim moralnim i etičkim preporukama potrebnim za rad u ovoj Bolnici. Novozaposlenom djelatniku uručuje se letak dobrodošlice u Bolnicu.

6. 4. 1. Dnevne mini edukacije

Kako bi medicinske sestre/tehničari bili kompetentni za rad svakodnevno se provode mini edukacije iz različitih područja zdravstvene njege. Svi djelatnici vode obrazac edukacije koji im se uručuje pri prijemu u Bolnicu. Obrazac sadrži popis osnovnih znanja, postupaka i vještina. Tako, potpisom mentora, savladavaju osnovnu pripremu za rad u Bolnici.

Osim obaveznih predavanja u sklopu trajne edukacije, medicinske sestre/tehničari imaju priliku svaki dan naučiti nešto novo ili se podsjetiti nečega što su već naučili.

Budući da zdravstveni postupci moraju biti sistematizirani, planirani te utemeljeni na znanju i iskustvu, a neka od područja edukacije su: pisanje sestrinske dokumentacije, izvođenje medicinsko tehničkih zahvata, intrahospitalne infekcije, palijativni pristup, zbrinjavanje rana, prevencija komplikacija dugotrajnog ležanja....

.U sklopu mini edukacija provode se i edukativno-korektivne mjere gdje se uključuju sve medicinske sestre i tehničari. Pokušavamo propuste u svakodnevnom radu iskoristiti za poticaj u ponavljanju protokola i pravilnog postupanja sukladno pravilima struke i standardima, te neposredno poboljšati kvalitetu usluge. Ovakvom reakcijom na propuste i pogreške u svakodnevnom radu medicinskih sestara-tehničara, pokušavamo utjecati na stvarno stjecanje znanja iz područja gdje se propust učinio, s jedna strane, te pojedince, koji ne pokazuju ambicije da se aktivno uključe u edukaciju, motiviramo na prezentaciju sporne teme, s druge strane. Mini edukacije su kratke, svakodnevne, koriste se i za neposredno prenošenje aktualnih informacija i pojašnjavanja nesporazuma.

6. 4. 2. Tjedne evaluacije na Stručnom kolegiju

Na tjednim sastancima stručnog kolegija odvijaju se i redoviti sastanci tima s redovnim pregledom rada. Evaluiraju se i usklađuju ciljevi nakon povratnih informacija o postignuću. Na redovnom dnevnom redu je održavanje obiteljskih sastanaka s novoprimitim bolesnicima kao i otpusna pisma zdravstvene njege, poslana patronažnim sestrama, kod otpuštenih bolesnika. Kratko se komentira smještaj otpuštenih bolesnika. Mogući problemi se skupno rješavaju. Ovi sastanci su, djelomično, redovna kontrola kvalitete uz sam proces rada. Redovito, dnevno i tjedno održavaju se kraći susreti timova s aktualnostima. Objašnjavaju se i kreiraju ciljevi timova i svi se uključuju u pronalaženje rješenja. Svaki djelatnik je u središtu događanja.

Osmijeh je moj doprinos pozitivnom ozračju u bolnici.

Potiču se motivirajuća predavanja, radionice i osmjeh k trajnoj, pozitivnoj, neverbalnoj komunikaciji s bolesnikom, kao neizbježan dio svakodnevne terapijske komunikacije.

Vedar izraz lica s osmijehom također pokazuje poštovanje, spremnost na komunikaciju i prihvaćanje druge osobe. Osmjeh je važan i pri horizontalnoj i vertikalnoj komunikaciji u timu. Osmjeh je važan i pri telefoniranju. Poticajno djeluju ogledala pored telefona i na radnom stolu, s porukom:

NE ZABORAVI OSMIJEH.

O sudjelovanju svakog člana tima radu ovisi i kvaliteta usluge. Isto tako, svaki član tima kreira pozitivno ozračje u timu. S druge strane sve što nam se čini manje dobro u komunikaciji u timu, djeomično kreira svaki član tima. Stoga se svaki pojedinac treba svakodnevno truditi oko pozitivnog ozračja u timu.

6. 4. 3. Mjesečne bodovane edukacije

U edukaciji sudjeluje u prvom redu Uprava, barem dva puta godišnje, s edukativnim, informativnim i poticajnim sastancima za njegovanje pozitivnog stava u radu, kako prema bolesnicima, tako i u timu međusobno, horizontalno i vertikalno, iznoseći viziju za sljedeće razdoblje - godinu i očekivanja od svakog člana ove velike obitelji koja je u službi bolesnika-gosta.

Potrebe edukacije u sprečavanju širenja infekcija povezanih s zdravstvenom skrbi, s temama važnim za svaki odsjek posebno, preporuča se najmanje četiri radionice godišnje koje se održavaju na svakom odsjeku pri redovnom provođenju nadzora nad rizicima za širenje infekcije povezane s zdravstvenom skrbi. Tako je svaki nadzor sjedinjen s tematskom edukacijom- radionicom. Radionice su bodovane te je i interes za iste pojačan. Objedinjuje se nadzorna procedura i edukacija.

Edukacije iz palijativne skrbi provode se i na odsjeku palijative kao tematske radionice uz prikaz slučaja. U samu pripremu radionica uključuju se svi zaposleni kako bi se potakli na aktivno sudjelovanje u stjecanju bodova potrebnih za obnovu licence, ali u prvom redu u poboljšanje kvalitete usluga zdravstvene njege. Preporuka je tri radionice s po tri ili više autora godišnje. Ovako se aktivno uključuju svi zaposleni u stručne, edukativne programe.

Izdvajamo dio edukacije o kompetencijama prvostupnika u zbrinjavanju palijativnog bolesnika:

Znanje o ulozi prvostupnice sestrinstva kao člana multidisciplinarnog palijativnog tima.

Znanje o fiziologiji boli.

Klasifikacija boli i njezina važnost u djelotvornom ublažavanju.

Prepoznavanje barijere i problema u procjeni i ublažavanju boli, uključujući predrasude i krivo poimanje boli i opioda prisutne kod bolesnika, obitelji i zdravstvenih radnika.

Poznavanje i sposobnosti primjene skala za procjenu boli.

Poznavanje primjene, postupka naručivanja i čuvanja opioidnih analgetika, te mogućih nuspojava.

Vještine primjene subkutane infuzije.

Sposobnosti edukacije bolesnika i obitelji bolesnika, u smislu održavanja stanja i sprječavanja komplikacija bolesti iz područja zdravstvene njege.

Sposobnost stvaranja takve fizičke, psihičke i socijalne okoline koja bolesniku umanjuje patnju u trenucima smrti.

Sposobnost pružanja potpore pacijentu da živi što je aktivnije moguće koristeći preostale osobne potencijale, uvažavajući ga kao aktivnog sudionika – dogovorna njege.

Razumijevanje bolesnikovih potreba i izrada individualnog plana zdravstvene njege s ciljem zadovoljavanja potreba, te kontinuirana evaluacije i revizija plana zdravstvene njege.

Sposobnost pružanja potpore obitelji i pomoć nakon smrti pacijenta.

Očuvanja etičkih načela u provođenju skrbi.

Usvajanje znanja i vještina u pružanju potpore i osnaživanja bolesnika i obitelji.

Težimo k osjećaju pri radu da to bude rad bez pritiska te aktivno i svjesno doprinositi svom osobnom zadovoljstvu i zadovoljstvu suradnika čineći pozitivno ozračje u svakodnevicu imajući na umu kako uvijek možemo bolje.

6. 4. 4. Certficirani tečajevi i edukacije

Cjelovita edukacija iz palijativne skrbi planira se u obliku tečajeva.

Potražuje se od MZ da ovi tečajevi budu priznati kao djelovanje Centra izvrsnosti u palijativnoj skrbi kao dio fokusa za obrazovanje, istraživanje i širenje te razvoj standarda i novih metoda. Bodovanje od strane sestrinske i liječničke komore pomoglo bi da edukacija, osim za edukaciju potrebnog kadra u razvoju palijative, bude i korak u kompletiranju edukacije za obnovu licence. Za stručni kadar u radu na palijativnom odjelu očekuje se status edukatora koji bi bili nositelji tečajeva.

Bolnica šalje djelatnike na certificirane tečajeve, u sklopu trajne edukacije.

6. 4. 5. Aktivno i pasivno sudjelovanje na stručnim skupovima

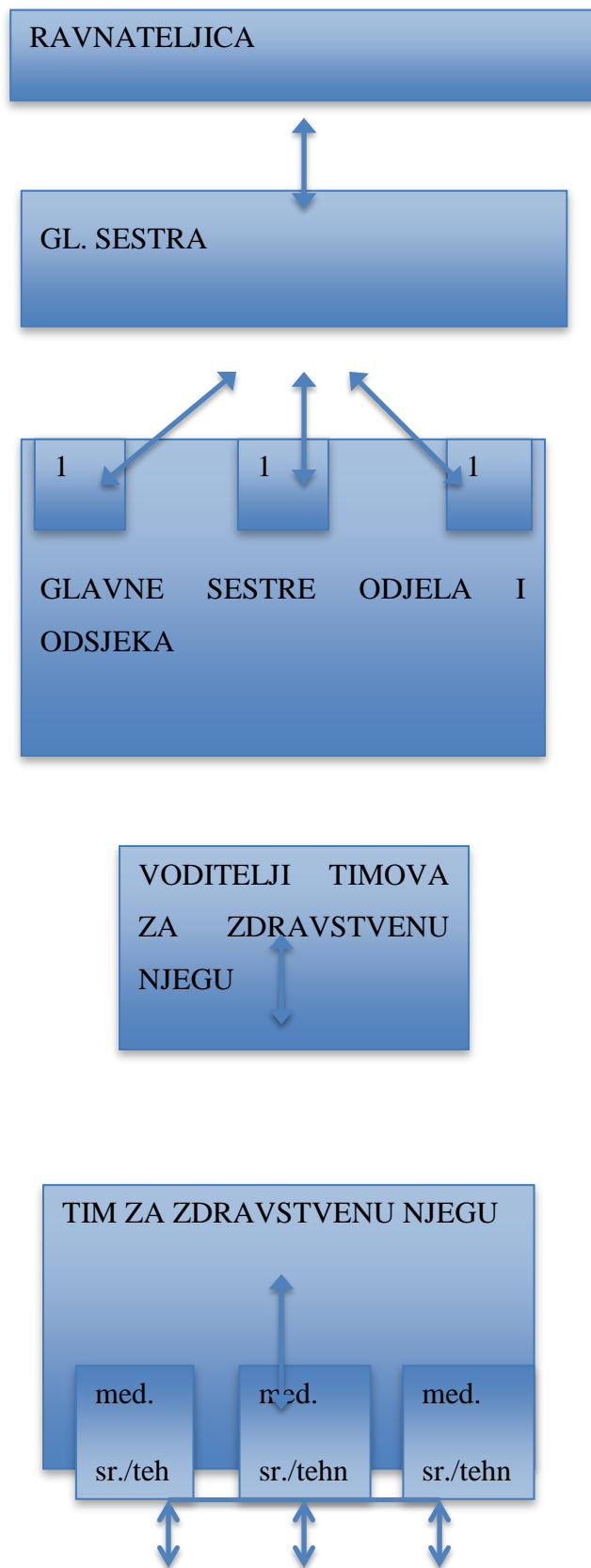
Svi djelatnici Bolnice imaju priliku aktivno i pasivno sudjelovati na stručnim skupovima. Za pisanje stručnih i znanstvenih radova i istraživanja djelatnici koriste bazu podataka u Info centru.

Nakon sudjelovanja na stručnom skupu djelatnici su obvezni, po povratku na posao, nove spoznaje i informacije prenijeti svojim suradnicima, a u cilju zajedničkog stručnog rasta i napretka u radu.

Prenošenje informacija se odvija u obliku eseja koji se objavljuju putem e-oglasne ploče.

Očekuje se od svakog sudionika edukacijskog programa da podigne kvalitetu usluge na svom radnom mjestu, primjereno savladanom stručnom usavršavanju i isto dodati svom izvještaju.

**6.5. TEMELJNA VERTIKALNA KOMUNIKACIJA MEDICINSKIH SESTARA U
BOLNICI, PREMA DIJAGRAMU ODGOVORNOSTI**



Komuniciranje je proces prijenosa informacija od jedne osobe drugoj s namjerom da se motivira i utječe na ponašanje. Svrha komunikacije unutar organizacije, neovisno o prirodi djelatnosti, je realizacija plana. Formalna komunikacija je unaprijed planiran, sustavan, službeni proces prijenosa informacija u govorenom i pisanom obliku, usklađen s potrebama organizacije.

Komunikacija se odnosi na interakciju između pacijenta i zdravstvenih radnika, ali i na interakcije između pacijenata i njihovih obitelji, kao i interakcije između različitih zdravstvenih radnika i službi koje su uključene u skrb. Komunikacija u timu

Prakticira se pisano prenošenje poruka mailom, s povratnom informacijom i dvosmjerno. Primljena poruka je obvezujući radni zadatak.

Korištenje ovakve komunikacije je najjednostavnije, najdostupnije i najjeftinije. Ima snagu pisanog dokumenta. Odgovorni djelatnici nose službene mobitele te je ovakva komunikacija dostupna u svakom trenutku. Koristi se službeno dodijeljena ulazna osobna šifra za pristup računalima. Odgovorno korištenje svih dostupnih informacija i podataka obaveza je svih. Nepoštivanje propisane linije komunikacije je povreda radne discipline

Poštivanje linije standarda vertikalne i horizontalne komunikacije osigurava kvalitetu u komunikaciji, čini je učinkovitom u podjeli zadataka i odgovornosti. Rezultira podijeljenim kompetencijama, delegiranim zadacima, sprječava nesporazume te štiti pojedince od iscrpljenosti jer pretpostavlja podijeljenu odgovornost.

Kako bi se osiguralo sudjelovanje svih zaposlenih u donošenju odluka i kreiranju svakodnevne prakse, poruke, informacije, dopisi, izvješća, priopćenja stavljaju se na E-oglasnik, s forumom kao sastavnim dijelom E-oglasnika.

Antonija Pejaković Ličina, bacc.med.techn.

Stana Koščak, bacc.med.techn.

Luca Marković, bacc.med.techn.

Maristela Šakić, dr.med.spec.psihijatar

Ivana Robina, bacc.med.techn.

7. ODJEL ZA PALIJATIVNU SKRB I DUGOTRAJNO LIJEČENJE



**SPECIJALNA BOLNICA ZA
PSIHIJATRIJU I
PALIJATIVNU SKRB
SVETI RAFAEL STRMAC**

- Prva katolička bolnica u RH (otvorena 2011. godine)
- Osnivač: Bolnički red Svetog Ivana od Boga - Milosrdna braća
- Ugovorna zdravstvena ustanova HZZO-a
- Za liječenje je potrebna preporuka liječnika specijalista i uputnica liječnika opće medicine

Palijativna skrb u Specijalnoj bolnici sveti Rafael Strmac

Rad u bolnici počiva na temeljima i principima duhovnosti Reda Milosrdne braće

"ISUSE KRISTE, USLŠI MI MOLITVU DA IMAM SVOJU BOLNICU, GDJE BIH MOGAO OKUPLJATI SIROMAŠNE I NAPUŠTENE, TE ONE LIŠENE RAZUMA I SLUŽITI IH ONAKO KAKO TO JA ŽELIM!"
(sv. Ivan od Boga, osnivač Reda)



„Brigom o tijelu...do spasenje duše.“

Misija Reda:

- ostvariti Božje Kraljevstvo preko službe ljudima i humanizacije zdravstvenog ambijenta
- usmjerena prema svim osobama koje pate od bolesti, siromaštva i žive na socijalnom rubu egzistencije, bez ikakvih diskriminacija osoba na nacionalnoj, religijskoj, ideološkoj ili drugoj osnovi.

“LJUBAVLJU DO ŽIVOTA”
“LJUBAVLJU DO ŽIVOTA”



AKO NE MI, TKO?
AKO NE SADA, KADA?

Neophodno je još više razviti svijest o potrebi uključivanja bolesne osobe i obitelji pri donošenju odluka o liječenju te o potrebi volonterima u palijativnoj skrbi.

Specijalna bolnica Sveti Rafael Strmac, Strmac Naselje 4, Šumetlica, 35404 Cernik
www.bolnicasvetirafael.eu; info@bolnicasvetirafael.eu
tel. 035/386-700, fax.035/386-701

7.1. Palijativna skrb u Bolnici

Palijativna skrb je pristup koji poboljšava kvalitetu života bolesnika i njihovih obitelji suočenih s problemima povezanim s neizlječivom bolesti. Cilj skrbi za palijativnog bolesnika je umanjiti ili odgoditi patnju i bol, pomoći i osigurati bolesniku kvalitetan život u najvećoj mogućoj mjeri, omogućiti održanje dostojanstva u procesu umiranja te pružanje podrške obitelji ili skrbniku koji sudjeluju u zbrinjavanju bolesnika za vrijeme liječenja, kao i u žalovanju. Proces provođenja palijativne skrbi je kompleksan i zahtijeva multiprofesionalan i interdisciplinarni angažman cijelog tima dobro educiranih stručnjaka, a to su liječnici, medicinske sestre, socijalni radnik, fizioterapeut, psiholog, duhovnik, radni terapeut, koordinator s volonterskim udrugama... administrativna djelatnost.

Logoped, dijetetičari, ljekarnik, knjižničar i drugi po potrebi, rade kao vanjski suradnici.

Za prigodne potrebe koristi se tzv. tiha soba.

Na raspolaganju je i bolnička kapela.

7.2. Tim u palijativnoj skrbi u Bolnici

Članovi tima u užem smislu (za vrijeme boravka bolesnika u bolnici) su bolnički tim za skrb palijativnog bolesnika (liječnik, medicinske sestre, socijalni radnik, psiholog, fizioterapeut, duhovnik), bolesnik i njegova obitelj, odnosno bolesnikov negovatelj i volonteri.

Redovna skrb za svakog bolesnika uključuje sve članove tima.

Palijativni bolesnici su rizični za sve komplikacije smanjene pokretnosti, odnosno, nepokretnosti. Ovi problemi svakog bolesnika, bez iznimke, značajno umanjuju kvalitetu života. Stoga naš cijeli tim radi u redovnom zbrinjavanju, na prevenciji komplikacija, odnosno na povećanju kvalitete života. Liječnik se dnevno usredotočuje na simptome i tegobe svakog pojedinca titriranjem terapije i svih drugih palijativnih postupaka. Kontinuirano surađuje sa svim članovima tima - socijalnim radnikom, psihologom, fizioterapeutom i duhovnikom. Članovima tima daje ciljane naputke i zadatke vezane za multidisciplinarnu skrb bolesnika te komunicira s članovima obitelji i vanjskim suradnicima.

U postupke redovnog zbrinjavanja ubraja se dnevna vizita u sastavu liječnika i prvostupnice sestrištva. Ovdje se prepoznaju i upisuju na temperaturnu i dnevnu radnu listu posebne potrebe svakog bolesnika. Na osnovu ovih dokumenata stvara se ukupna dokumentacija

prepoznatljiva upravi bolnice, HZZO-u, i svim zainteresiranima. Služi i pri izradi ukupne otpusne dokumentacije.

Tzv. velika vizita obavlja se povremeno. Sastoji se od predstavnika Uprave bolnice i cijelog tima. Pored bolesničke postelje svaki član tima, u suradnji s bolesnikom, demonstrira pomake od prošle velike vizite iz svoje domene.

Bolesniku okrenuta individualna skrb uključuje i posebnosti svakog bolesnika poput: liječenje vrijedi, skrb bolesnika s kanilom, nazogastričnom sondom.....kao i potišenost, socijalna izolacija, bolesnici s plegijama.....

Stoga se sastav tima za vrijeme bolničkog liječenja, koji skrbi o bolesniku, pored redovne skrbi koju pruža svaki član tima dnevno, dodatno individualno formira. Sastav tima u ukupnom, dnevnom zbrinjavanju je promjenjiv i ovisi o potrebama bolesnika i njegovog njegovatelja kod kojih se prepoznaje potreba za dodatnom uslugom pojedinog člana tima, socijalnog radnika, psihologa, fizioterapeuta, duhovnika. Ove potrebe za dnevnom dodatnom angažmanom članovi tima mogu prepoznati pri redovnom zbrinjavanju bolesnika.

Prepoznaje ih i dnevno planira, također, tzv. bazni tim koji se sastoji od liječnika i prvostupnice sestrištva, tj voditelja tima za zdravstvenu njegu, bolesnika te bolesnikovog njegovatelja-skrbnika. Ove dodatne, odnosno pojedinačne ili ciljane usluge pojedinih članova tima, upisuju se na temperaturnu listu i u printanu dnevnu radnu listu, imaju snagu radnog naloga i dostupne su svim članovima tima.

Svi članovi tima upisuju svoje redovne i dodatne postupke u elektronsku dnevnu listu koja predstavlja sinkronizaciju svih postupaka prema bolesniku koji je u središtu pozornosti. Svaki član tima je odgovoran za vođenje i upisivanje vlastite aktivnosti, ali ima uvid i u frekvencije aktivnosti drugih članova tima.

Koordinator u timu je prvostupnica sestrištva. Zastupa interese bolesnika te mu, koordinirajući skrb u timu, osigurava primjereno vrijeme za odmor i komunikaciju s obitelji.

Pojedinačna, dodatna skrb svakog člana tima čini dnevnu angažiranost pojedinih članova tima trajno promjenjivom, ovisno o promjenjivim potrebama bolesnika. Bolničkom skrbi teži se k povećanju zadovoljstva bolesnika liječenjem, umanjujući razliku između očekivanog i postignutog ishoda skrbi. Tim je glavno sredstvo djelovanja, a upravo su interakcijski procesi među članovima tima od vitalne važnosti za uspjeh skrbi palijativnog bolesnika-gosta.

Očekivana i kvalitetna profesionalna komunikacija je osnovni alat tima. Obuhvaća očekivano u odnosu na stvarne mogućnosti. O ovoj razini ovisi, dobrim dijelom, doživljaj kvalitete usluge, kao i sama usluga. Dobre komunikacijske vještine svakog člana tima su bitan preduvjet za kvalitetnu palijativnu skrb.

Pri planiranju otpusta i nakon otpusta tim se proširuje te članovi tima, u širem smislu, postaju i svi koji skrbe bolesnika poslije bolničkog liječenja.

7.3.Prijem palijativnog bolesnika u Bolnicu

Prijem se odvija po prioritetnoj proceduri, što znači da se bolesnik prima direktno na odjel bez prolaska kroz ambulantu. Ovo je moguće zbog predradnji u Info centru koje su obavljene. Bolesnik je poznat odjelu kroz dokumentaciju koja je izrađena u Info centru. Postelja je pripremljena za poznatog bolesnika s potrebnim pomagalima i opremom kao i sam smještaj (antidekubitalni madrac, aspirator, izolacija....).

Odmah pri prijemu, ako to bolesnikovo opće stanje dopušta, bolesnik se kupa u kupaonici prilagođenoj potrebama teškog bolesnika. Ovo kupanje koristi se (osim što će bolesnik-gost biti čist) kako bi se procijenila stvarna mogućnost sudjelovanja u samozbrinjavanju, tj. održavanju osobne higijene, stupnja pokretnosti... navika u održavanju osobne higijene... funkcije dijelova tijela.....fizikalni pregledod “glave do pete”, što uključuje i stanje cjelovitosti kože.

Sve vrijedi se slikaju pri prijemu i ponovo po otpustu, kao i moguće nove vrijedi za vrijeme bolničkog liječenja.

Na temelju prikupljenih podataka prije i za vrijeme prijema bolesnika vrši se pregled, trijaža i sanitarna obrada bolesnika radi ranog otkrivanja bolesnika koji zahtijevaju mikrobiološku obradu i/ili izolaciju, ako je to, možda, promaklo pri obradi dokumentacije u Info centru.

Bolesnik-gost se smješta u postelju u primjereni položaj i zbrinjava u bolesničkoj sobi.

7.4.Obiteljski sastanak pri prijemu palijativnog bolesnika u bolnicu

Prvi obiteljski sastanak održava se čim prije pri prijemu. Uključuje samog bolesnika, njegovu pratnju, odjelnog liječnika i prvostupnicu sestrinstva. Po potrebi se pozivaju ostali članovi tima. Otvara se Obrazac obiteljskog sastanaka na kojem se, pored ostalog u propisanim bilješkama, bilježi ime i kontakt suradnika u liječenju koji postaje aktivan član tima.

Dogovara se sadržaj i način sudjelovanja suradnika u liječenju pri zbrinjavanju bolesnika – gosta u Bolnici. Bilježe se očekivanja od boravka u Bolnici.

Obrazac obiteljskog sastanka izrađuje se i popunjava na palijativi, dugotrajnom liječenju i kod dementnih bolesnika.

Sadrži podatak o prvom suradniku u liječenju i ostalim članovima obitelji-podaci su važni zbog davanja informacija o bolesniku i zaštite Bolnice od mogućih obiteljskih nesporazuma u koje bi, eventualno, mogla biti uključena Bolnica (medicinske sestre daju informacije iz domene svoje struke- iz području osnovnih ljudskih potreba).

Usklađuju se očekivanja, mogućnosti, plan edukacije suradnika i sudjelovanje suradnika u bolničkoj skrbi te edukacija za skrb nakon otpusta.

Pojašnjavaju se prava i obaveze bolesnika i obitelji.

Obitelj dobiva informacije o Bolnici, smještaju, mogućnostima posjeta i informacija 24/7/365, ponašanju za vrijeme posjeta, npr. način na koji će spriječiti prijenos infekcija ... Dobivaju informativni letak za obitelj o organizaciji skrbi u našoj Bolnici, letke o Bolnici općenito te Vodič za liječenje na odjelu za palijativnu skrb i dugotrajno liječenje.

Obitelj-skrbnik se obavještava o mogućoj pomoći od strane našeg palijativnog tima, uz liječnika i medicinsku sestru - psihologa, duhovnika, socijalnog radnika, fizioterapeuta.... Sastavni dio usluga je pomoć tima u žalovanju, ako se za to ukaže potreba. Ova usluga ostaje otvorena i ako se umiranje ne dogodi u našoj Bolnici.

Za posjete koje žele biti uz bolesnika-gosta u bolesničkoj sobi se postavlja fotelja na razvlačenje.

Palijativni odsjek je otvoren za posjete dnevno nakon vizite tijekom cijeloga dana. Važno je da se sam tijekom posjete dogovori na obiteljskom sastanku kako bi se spriječili nesporazumi i uzajamna nepotrebna iscrpljivanja s jedne strane, te osigurala kvalitetna uslugu s druge strane, shodno planu. Potrebno je pojasniti kada se može razgovarati s liječnikom.

Daje se ponuda za mogućnost donošenja bolesnikovih osobnih stvari koje bi on rado imao u Bolnici, pranja rublja u Bolnici kao i odgovore na sva pitanja. U Formular za zadržane vrijednosti upisuju se stvari potrebne bolesniku, a koje se odlažu u bolnički sef ili u zato

predviđene prostore. Za stvari koje nisu navedene u formularu Bolnica ne snosi nikakvu odgovornost. Svi podaci se upisuju u obrazac obiteljskog sastanka.

Na obiteljskom sastanku bolesniku i obitelji nudi se anonimna anketa o zadovoljstvu uslugom koju pruža naša Bolnica. Anketu nudi psiholog koji je redovan član tima. Ovdje se odvija nenajavljeni kontakt sa psihologom koji može utjecati na kvalitetu zbrinjavanja. Bitno je naglasiti bolesniku i obitelji da na osnovi primjedbi u anketi poboljšavamo skrb za bolesnike, što znači da ispunjavanjem ankete pomaže poboljšanju kvalitete usluge. Ako je potrebno, nudi se pomoć oko razumijevanja i ispunjavanja ankete. Ubacuju se u sandučić na porti i odjelu. U rubriku suradnika u liječenju psiholog upisuje da je anketa uručena.

Daju se informacije o kantini, terasi te dnevnom redu u Bolnici.

Otvora se Obrazac edukacije skrbnika njegovatelja. Rubrika – područje edukacije - izrađuje se kao plan edukacije, trajno, na obiteljskim sastancima i pored postelje bolesnika za vrijeme posjeta, kada se potreba prepozna. Važno je područja edukacije dogovoriti, edukaciju provoditi za vrijeme najavljenih posjeta skrbnika te potpisom skrbnika potvrditi obavljenu edukaciju. Datirani i potpisani obrazac edukacije je radni obrazac i prilaže se printanom planu zdravstvene njege.

7.5. Dogovorna zdravstvena njega palijativnih bolesnika u Bolnici

Ulaskom bolesnika i njegove obitelji na Odjel započinje dogovorna, individualna i planirana zdravstvena njega s holističkim pristupom. Dogovara se i prihvaća od strane bolesnika i obitelji na obiteljskom sastanku.

Prvostupnica sestrinstva prikuplja podatke (intervjuom, promatranjem stanja, ponašanja i izgleda, pregledom medicinske dokumentacije i dr.) potrebne za sestrinsku anamnezu koja će osigurati planiranje zdravstvene njege bolesnika.

Sestrinska anamneza se dopunjuje podacima prikupljenim pri ukupnoj proceduri prijema kao i za vrijeme samog smještaja bolesnika –gosta u postelju te heteroanamnestičkim podacima dobivenim od suradnika u liječenju.

Izrađuje se plan zdravstvene njege koji obuhvaća sve obrasce zdravstvenog funkcioniranja (M.Gordon) na osnovi prikupljenih podataka koristeći preporučena pomagala, upitnike i skale. Planira se i specijalna zdravstvena njega palijativnog bolesnika, uzimajući u obzir sadržaj preporučenih postupaka za zbrinjavanje palijativnog bolesnika u dostupnoj literaturi.

Plan se izrađuje uz naglašeno poštivanje vrijednosti dostojanstva, samostalnosti, očekivanja, dogovaranja, odlučivanja, odnosno cjelovitog individualnog pristupa te sudjelovanje bolesnika i suradnika u liječenju.

7.6. Edukacija palijativnih bolesnika i suradnika u liječenju u Bolnici

Planira se dogovorna edukacija bolesnika i suradnika u liječenju s treninzima u vještinama potrebnim za zbrinjavanje njihovog člana obitelji

Individualna edukacija bolesnika provodi se u svakodnevnom zbrinjavanju bolesnika.

Suradnici u liječenju, kao i sam bolesnik-gost, su dio tima. Očekivanja od liječenja uvažavaju se i sastavni su dio ove edukacije. Dogovorna zdravstvena njega se planira i provodi u dogovoru s bolesnikom-gostom i suradnicima u liječenju. Na isti način se dogovara edukacija samog bolesnika i edukacija skrbnika. Dogovorena područja edukacije se bilježe i potpisuje na obiteljskim sastancima, što podrazumijeva udio preuzimanja odgovornosti obitelji ili skrbnika za samo liječenje. Daje se informacija o izdavanju potpisane potvrde o provedenoj edukaciji nakon otpusta iz bolnice. Edukacija se provodi za vrijeme redovnih, najavljenih posjeta bolesniku uključivanjem u samo zabrinjavanje bolesnika. Planirana skrb se, pri najavljenim posjetima koji uključuju edukaciju, prilagođava ovim posjetima. Edukacija bolesnika se provodi pri samom procesu redovnog zbrinjavanja. U edukaciji se objašnjava i podučava.

Edukacija bolesnika i suradnika u liječenju je individualna. Sastoji se od dva dijela: prvi dio je edukacija o sudjelovanju u skrbi za vrijeme same hospitalizacije, a drugi dio je edukacija o skrbi za bolesnog člana obitelji nakon otpusta kući.

Edukaciju provodi liječnik i educirana prvostupnica sestrinstva. Edukacije se bilježe u obrazac edukacije skrbnika-njegovatelja, datiraju se i potpisuju od strane skrbnika.

Edukacija ovisi o problemu koji bolesnik ima. Pokriva područje prisutnih visokorizičnih sestrinskih dijagnoza, kao i postojećih individualnih potreba bolesnika pri zbrinjavanju:

- rizik za: pad, oštećenje kože, komplikacije dugog ležanja ili smanjene pokretnosti-dekubitus, kontrakture, smanjena mogućnost brige o sebi-eliminacije, hranjenja, žeđi, održavanja osobne higijene, kretanja opstipacija, pneumonija malnutricije, aspiracije, socijalne izolacije, poteškoće u komunikaciji, anksioznost, ljutnja zbrinjavanje već postojećih vrijedi, PEG-a, urinarnog katetera, kanile i sl.

Drugi dio edukacije uključuje i davanje informacija o pravima za pomoć iz zdravstvenog i socijalnog osiguranja, kao i pravima na pomagala iz posudionice pomagala, telefonske kontakte korisne za zbrinjavanje uz naglašenu otvorenu mogućnost savjetodavne i druge pomoći od strane Bolnice.

7.7.TIJEK SKRBI PALIJATIVNOG BOLESNIKA NA BOLNIČKOM ODJELU

7.8.BAZIČNO FUNKCIONIRANJE I STRUKTURIRANJE TIMSKOG PRISTUPA NA ODJELU PALIJATIVNA SKRB I DUGOTRAJNO LIJEČENJE

Palijativna skrb i njega u našoj Bolnici kontinuirano stručno raste sve zadanim palijativnim principima i sadržajima njege i skrbi.

Mi smo nositelji palijativne skrbi u Hrvatskoj i to ćemo ostati. Uvjet za to je kontinuirano praćenje potreba i refleksija u mreži zdravstvenog sustava te fleksibilno i domišljato prilagođavanje pružanjem jasnih, edukativnih i funkcionalnih odgovora prema javnosti.

U pružanju palijativne njege i skrbi ne treba težiti prema nemogućem, nego mogućem i realnom, oslanjajući se na obitelj i institucije koje su također odgovorne zajedno snama u procesu palijativne njege i skrbi.

Dakle, mi činimo ono što je u našoj stručnoj mogućnosti, a druge potičemo i informiramo o potrebi njihovog aktivnog sudjelovanja. Kada smo okončali mogućnosti palijativne njege i skrbi, bolesnika treba prepustiti kućnoj njezi u obitelji ili pružateljima njege u kući.

Nitko od nas nije pozvan da sve dugoročno riješi, međutim, svatko je pozvan da riješi ono što je u njegovoj kompetenciji sada i ovdje.

Dakle, jako je važno kod prijemabolesnika bolesniku i njegovoj obitelji kazati kako će liječnik koji vodi bolesnika u suradnji s članovima palijativnog tima odlučiti kada će im ponovno biti prepuštena skrb i njega u kući, bez unaprijed zadanih dana ili tjedana. Prema pravilima pružanja bolničke njege i skrbi svakako se očekuje kako će se skrb i njega nastaviti u kućnim ili drugim uvjetima koje su već na samome prijemu dogovorene, jasno izrečene i definirane.

Definiranim stručnim stavom unutar bolnice pozivamo sve uključene u skrb i njegu da provode ustrajnu edukaciju kako obitelji, tako i šire društvene zajednice.

Svi članovi tima, počevši od liječnika, prvostupnika do duhovnika i bolničkog kapelana ne trebaju seupuštati u sadržaje koji nisu u njihovoj kompetenciji jer time reduciramo nestručnosti, nezadovoljstva i nemogućnosti iznalaženja rješenja za koje zapravo nismo pozvani i odgovorni.

Mi smo dužni pružiti informaciju i educirati kako doći do mogućih rješenja i potaknuti na terenu ciljanim pisanim dopisima i pozivanjem da odgovorni u užoj i široj zajednici preuzmu svoj dio odgovornosti.

Tu uvijek spadaju članovi obitelji definirani kao suradnici u liječenju, izabrani liječnici obiteljske medicine, patronažne sestre, gerontodomačice, domovi, razni stacionari, nadležni centri za socijalnu skrb...

U ulozi liječnika, prvostupnika, psihologa, fizioterapeuta, socijalnog radnika i duhovnika od početka liječenja do završetka liječenja ima se zadani i svakodnevno evaluirani uzročno posljedični niz neposrednih terapijskih odgovora naših bolesnika.

To znači da smo definirali plan potreba bolesnika i postavili ishode bolničke njege i skrbi kao što ćemo navesti vođeni dosadašnjim kliničkim iskustvima:

Ukoliko je bolesnik došao poradi palijativnog simptoma boli ili bilo kojeg drugog palijativnog simptoma bolesti, cilj nam je kupirati bol, odnosno simptom, osnažiti psihološke i duhovne strategije s boli, kao i funkcionalni status te isto objasniti i bolesniku i njegovoj obitelji. U trenutku kada smo to učinili, bolesnika treba otpustiti s bolničke palijativne u kućnu njegu i skrb.

Ukoliko je bolesnik došao u agonalnom stanju neposredno pred smrt, naša je dužnost bolesniku omogućiti dostojanstven odlazak s ovoga svijeta (mir, odgovor po principima skladne ravnoteže eliminirajući terapijsku upornost unosa i eliminacije sadržaja od tekućine do bilo kojeg terapijskog postupka, molitvu, duhovni ispraćaj i upoznavanje obitelji da smo tu radi toga). Time smo zadovoljili našu misiju.

Sumirajući sve navedeno, na samome prijemu palijativnog bolesnika potrebno je sljedeće: definirati terapijski stav palijativnog tima prema bolesniku i njegovoj obitelji. Liječnik je odgovoran jer preuzima inicijativu i definira inicijalni stav u palijativnoj skrbi i njezi kao načinu života, a ne novonastaloj pojavi, te kroz jasnu komunikaciju terapijski stav prožima prema svim drugim članovima tima.

Svi drugi članovi tima, počevši od prvostupnika preko psihologa, fizioterapeuta, duhovnika, bolničkog kapelana i socijalnog radnika, u proces skrbi i njege ulazi s jasno zadanim vlastitim kompetencijama. Radi što efikasnijeg i funkcionalnijeg djelovanja prema bolesniku koji je uvijek u središtu pozornosti molimo da se svaki član tima ograniči na svoje područje kompetencije i s drugim članovima tima podijeli ono što iz svoje kompetencije smatra važnim i potrebnim za poboljšanje sveukupne palijativne skrbi. Dakle, želimo izbjeći konfuznost u komunikaciji i preuzimanje odgovornosti u području tuđe kompetencije.

Prvostupnik u palijativnom timu je kao kazaljka na satu gdje velika kazaljka ide po brojevima koji pripadaju liječniku, a mala kazaljka po brojevima koji pripadaju svim drugim članovima palijativnog tima.

Prvostupnik je odgovoran kako za dobru koordinaciju i slanje informacija unutar tima, tako i prema van, članovima obitelji te posredstvom informativnog centra Bolnice prema svim vanjskim odgovornim čimbenicima u pružanju palijativne njege i skrbi izvan naše bolnice.

DNEVNI POSTUPNIK NA PALIJATIVI

8, 00-8, 45 sastanak liječnika na kojemu se definiraju i prepoznaju palijativni bolesnici za prijem.

U međuvremenu od 8, 00 do 8, 45 prvostupnica na odjelu obilazi sve bolesnike i evaluira kroz dnevnu radnu listu prethodnog dana decursuse medicinskih sestara/tehničara kako bi u aktualnu dnevnu radnu listu pripremila sve bitne sadržaje za vizitu liječnika.

Drugi članovi tima, u isto vrijeme kada i prvostupnica, pojedinačno neposredno obilaze bolesnike, evaluiraju svoje postupke od dana prije i planiraju pojedinačne, odnosno ciljane postupke za svakog bolesnika. Isto bilježe u el. dnevnu listu.

U 8,45 svi članovi palijativnog tima su spremni sinkronizirano djelovati na odjelu.

8, 45-9, 30 liječnici primaju obitelji preminulih bolesnika tijekom noći i pripremaju njihovu medicinsku dokumentaciju.

Ukoliko je potrebno, prema procjeni liječnika, u ovome se trenutku mogu uključiti i drugi članovi tima, npr. prvostupnik, psiholog i duhovnik/bolnički kapelan zajedno kako bi se obitelji umrlih osjetile podržanima i prihvaćenima u sobi za žalovanje. Stoga liječnik na neki način ulogu podrške u sobi za žalovanje podijeli s prvostupnikom, duhovnikom/bolničkim

kapelanom i psihologom kako bi što učinkovitije objedinio i završio medicinsku dokumentaciju.

9,30 VIZITA

Prvostupnik nosi dnevnu radnu listu s evaluacijom od jučer i noćas te liječnik zajedno s prvostupnikom obilazi bolesnike i zadaje dnevni plan.

10, 15– 11, 00 liječnik upisuje definirano na viziti u temperaturnu listu bolesnika, a prvostupnik prema potrebi u dnevnu radnu listu ili planer odjela. U međuvremenu prvostupnik donosi upite iz informativnog centra i zajedno s liječnikom dogovara otpuste za naredna dva do tri dana, paralelno s planom novih prijama. Liječnik upisuje datum u obrazac prijema, a prvostupnik u planer odjela. Prvostupnik javlja članovima obitelji odluku liječnika o otpustu, a medicinska sestra u informativnom centru javlja datume planiranih prijama novih bolesnika.

11, 15-11, 30 prvostupnik i liječnik u susretu s ostalim članovima tima priopćavaju pojedinačne ili ciljane postupke za one bolesnike koje su kao takve procijenili u viziti. Na primjer, novi bolesnici i/ili već zaprimljeni koji su u nekoj dinamici dnevne promjene i potrebe timske njege i skrbi.

Od 11, 30 do 12, 30 je pauza u međusobnom dogovoru, kako se nikada ne bi dogodilo da bolesnici ostanu bez kontinuiranog nadzora, njege i skrbi.

Od 12, 00 pa na dalje prijemi i planirani otpusti bolesnika i svakodnevni odjelni postupci.

Svi postupci medicinskih sestra i tehničara su zadani, praćeni i evaluirani od strane prvostupnice odjela.

Prijemi i otpusti bolesnika su potpuno pojednostavljeni. Ako su članovi obitelji u pratnji na dan prijema, potrebno ih je primiti i organizirati obiteljski sastanak. Ako se svi podaci ne mogu dobiti na dan prijema, iako su članovi obitelji prisutni, jednostavno se može dogovoriti termin drugog obiteljskog sastanka.

Naravno, članovi obitelji bolesnika koji je primljen će bez pratnje biti telefonski pozvani i informirani o datumu obiteljskog sastanka.

14, 00-15, 30 predviđeno je vrijeme za razgovore liječnika s članovima obitelji hospitaliziranih bolesnika. Također, u ovome razdoblju je predviđeno vrijeme i za razgovor

obitelji s drugim članovima tima ukoliko to sami žele i ako je, prema procjeni liječnika i drugih članova tima, potrebno.

TJEDNA TIMSKA SINTEZA-ponedjeljak, 14,00-15,00

Obavezno je prisustvovanje svih članova (liječnici, prvostupnici, psiholog, fizioterapeut, socijalna radnica, duhovnik na odjelu i bolnički kapelan)

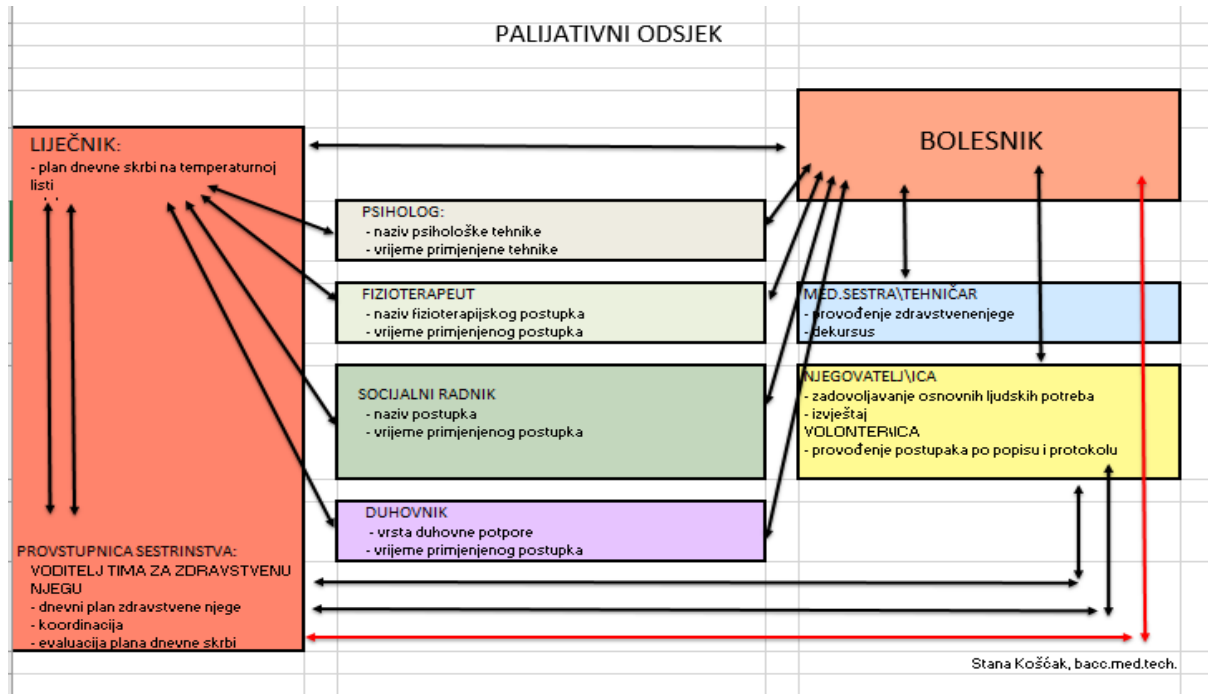
Sadržaj sastanka svaki član tima priprema unaprijed i tijekom sastanka iznosi fokusiran na svoje kompetencije.

Radi što kvalitetnije skrbi u kojoj je bolesnik u uvijek u središtu. Sastanak tima je funkcionalno integriran i to ciljanim sadržajem koji je svaki član tima protekli tjedan učinio u neposrednom kontaktu s bolesnikom, njegovom obitelji te o edukativnom planu skrbi i njege izvan bolnice/realizaciji istoga na terenu te kratko izvješće o postignutom.

Ne gubi se vrijeme na okolišanje i ponavljanje sadržaja koji nisu bitni za pružanje palijativne njege i skrbi. Uvijek smo svjesni da našim govorom, ponašanjem i pristupom moramo ostati u stručnim okvirima u skladu sa svojim kompetencijama, kako prema našim bolesnicima, tako i u odnosu članova tima međusobno. Samo tako u konstruktivnom zajedništvu možemo pomoći našim bolesnicima, zadobiti, i što je najvažnije, osjetiti vlastitu gratifikaciju u timskom pružanju skrbi i njege.

Maristela Šakić, dr.med.spec.psih.

7. 8. 1. Dijagram DNEVNE SKRBI BOLESNIKA za Odjel palijative i dugotrajnog liječenja



Naputak uz Dijagram DNEVNE SKRBI BOLESNIKA za Odjel palijative i dugotrajnog liječenja

BOLESNIK je na skrbi tima i svi članovi tima svoje ukupno radno vrijeme provode dajući svoj dnevni doprinos povećanju kvalitete skrbi.

LIJEČNIK izrađuje plan dnevne skrbi i bilježi ga na temperaturnu listu.

PRVOSTUPNICA izrađuje plan zdravstvene njege, na printanoj dnevnoj radnoj listi bilježi ukupan plan dnevne skrbi izrađen na temperaturnoj listi od strane liječnika (isti je dostupan svim članovima tima), koordinator je u timu, evaluira zadovoljstvo bolesnika planom provedene dnevne skrbi uz bolesničku postelju, obavještava liječnika o evaluaciji, izrađuje sestrinski dekursus. Bolesniku je trajna potpora i stručna osoba od povjerenja i prisutna puno radno vrijeme.

PSIHOLOG, FIZIOTERAPEUT, SOCIJALNI RADNIK, DUHOVNIK u El. dnevnu radnu listu bilježe provedeni plan dnevne skrbi izrađen od strane liječnika, s nazivom postupka i vremenom utrošenom za postupak koji su proveli s bolesnikom.

Cilj vođenja evidencije vremena i naziva postupaka u El. dnevnoj radnoj listi je mjerenje i prikazivanje ukupnog vremena koji tim dnevno provede uz bolesničku postelju te pristup informacijama o bolesniku svim članovima tima uz usklađivanje postupaka.

Svrha je povećanje kvalitete usluga i zadovoljstva bolesnika i djelatnika, prikupljanje podataka kao smjernice za trajno povećanje kvalitete, kontrola kvalitete i istraživanje, kadrovska potreba i opravdanost sastava tima, težnja k izvrsnosti.

7. 8. 2. Dnevni sastanci palijativnog tima u Bolnici

Održavaju se dnevni sastanci tima s pregledom dokumentacije, procjenom učinka postupaka na somatske simptome, analgezije uz kontrolu titranja terapije i nuspojave terapije, ukidanje nepotrebne oralne terapije, uvođenje supkutanih infuzija, svakodnevna potreba zbog uklanjanja venskih i urinarnih katetera radi prevencije infekcija povezanih s pomagalima, praćenjem umirućeg, uključivanje potrebnih ili prekid nepotrebnih intervencija, npr. psihosocijalne i duhovne potrebe, podrške bližnjima, savjetovanja na sastancima i telefonom i sl. Ovdje se daju naputci za dnevno formiranje stručnog tima potrebnom svakom bolesniku ponaosob. Na sastanku se koristi printana dnevna radna lista. Printana dnevna radna lista se odlaže u radnu dokumentaciju na odjelu i može poslužiti za neka naknadna rješavanja nesporazuma.

Zapisnici su sastavni dio printane dnevne radne liste za dan kada je sastanak održan i trajno se odlaže kao dokument na odsjeku.

Svi članovi tima dnevno popunjavaju elektronsku dnevnu radnu listu (E-lista) koja osigurava jednoobraznost, ravnopravnost članova tima, produktivnost, dostupnost informacijama o dnevnom udjelu svakog pojedinog člana tima u zbrinjavanje usklađenog s promjenjivim potrebama bolesnika. Svaki član tima ima svoju rubriku u koju ulazi sa svojom šifrom i bilježi postupak koji je proveo. Ova lista je povezana u BIS-u i zapise svakog člana tima pamti u elektroničkom odjeljku pojedinog člana tima. Tako se dokumentacija sabire i pri otpustu kompletira kao usluga pojedinog člana tima. Zapis se prilaže ukupnoj otpusnoj dokumentaciji.

E-lista služi i za jednostavnu analizu stvarnog udjela pojedinih članova tima kao i ukupnu količinu usluge koju je bolesnik primio.

Mjesečno izvješće o udjelima djelatnika u skrbi izrađuje administracija Bolnice i izvješće se stavlja na E-oglasnu ploču odjela te je tako rad svih djelatnika transparentan.

Podatci s liste koriste se za planiranje kadrovske strukture i opravdanost iste. Svakako je dio dokumentacije za istraživanja koja se provode u Bolnici.

Primopredajom službe, pismenom i usmenom uz bolesničku postelju, medicinske sestre održavaju kontinuitet sestrinske skrbi, daju se upute za osoblje te poučavanje usmenom primopredajom. Pisana primopredaja se arhivira uz ostalu dokumentaciju.

7. 8. 3. Tjedne timske sinteze palijativnog tima u Bolnici

Obuhvaćaju rekapitulaciju zbrinjavanja od prošlog sastanka i planom za zbrinjavanje u sljedećem tjednu.

Koriste sve printane dnevne radne liste od prošlog sastanka.

Rekapituliraju se i pridržavanje propisanih protokola i strukturiranja u razdoblju od prošlog sastanka.

Članovi tima surađuju u planiranju svojih postupaka i svaki sastanak koriste za međusobno osnaživanje u vrlo zahtjevnim zadacima.

Ravnateljstvo Bolnice sudjeluje na sastancima, pomaže i daje potporu timu.

Pozitivno ozračje s konstatacijom "vrlo dobri smo, ali možemo mi to i bolje", pomaže svima, njegujući otvorenost i reakciju sa spremnošću na nove izazove.

Zapisnik je sastavni dio printane dnevne radne liste za taj dan.

7. 8. 4. Velika vizita

Velika vizita je susret Uprave bolnice, tj. Priora i Ravnateljice s odjelnim liječnikom, prvostupnicima sestrinstva, medicinskim sestrama/tehničarima i njegovateljima te svim drugim članovima tima na odjelu. Jasno uključuje u prvom redu susret s bolesnicima, našim gostima, u njihovim bolesničkim sobama.

Odvija se na svakom odjelu/odsjeku jedan puta mjesečno.

Velika vizita je susret koji potvrđuje zadane standarde pristupa, njege i skrbi naših bolesnika te u zajedničkom susretu ostavlja mogućnost prijedloga, osvrt, refleksija poteškoća i svih drugih potreba i zapažanja u radu i djelovanju na odjelu odnosno odsjeku kako sa bolesnicima i njegovom obitelji tako i međusobnoj kolegijalnoj komunikaciji i stručnom odnosu

djelatnika, temeljenih na karizmi gostoljubivosti i vrijednostima osnivača, bolničkog reda Milosrdne Braće.

7. 8. 5. Dokumentacija skrbi za palijativnog bolesnika u Bolnici

Otvara se propisana dokumentacija u koju se zapisuju, datiraju i potpisuju sve promjene vezane za bolesnika-gosta.

Bolesnik-gost se uključuje u program trajnog promatranja, mjerenja vitalnih znakova te skala i upitnika koji određuju kategorizaciju bolesnika kao i uporište za promjenu terapijske potpore i primjenu potrebnih postupaka.

Plan zdravstvene njege mijenja se ovisno o promjenama koje se događaju kod bolesnika-gosta. Promjenom plana mijenjaju se i intervencije i postupci, kako medicinsko-tehnički, tako postupci/intervencije medicinske sestre.

Stalni monitoring, pored individualno izdvojenih problema bolesnika, uključuje i praćenje bolesnikovih tegoba:

- bol, dispneja, kašalj, respiratorni sekreti, mučnina, povraćanje, opstipacija, štucanje, gubitak apetita, umor, gubitak energije, apatičnost, pospanost, nesаница, agitiranost, nemir, strah, zabrinutost, tuga...

Naslanjajući se na monitoring:

- utvrđuju se potrebe i ciljevi
- radi se revizija plana palijativne zdravstvene njege i usklađenost s nastalim promjenama
- planiraju se intervencije medicinske sestre

Dnevna radna lista izrađuje se u printanom obliku. Datirana je. Sadrži popis bolesnika i prostor za bilješke o trenutnim promjenama i potrebama bolesnika kao i kratke naputke vezane za trenutna događanja. Nosise u vizitu. U dnevnom zbrinjavanju bolesnika, prvostupnica sestrinstva prije vizite i prvog sastanka tima obilazi bolesnike i procjenjuje promjene u potrebama bolesnika-gosta u odnosu na stanje od jučer, odnosno na stanje iz primopredaje. Bilješke vodi u printanoj dnevnoj radnoj listi kako bi za vrijeme vizite i nakon vizite mogla napraviti dnevni plan zbrinjavanja i planirati intervencije. Ove bilješke imaju snagu radnog naloga.

Upisuju se i naputci za formiranjem tima danas (npr. fizioterapeut, duhovnik....) Lista je dostupna svima i obvezujuća za sve djelatnike. Štedi vrijeme za prenošenje informacija, osigurava bolju trenutnu skrb. Koristi se, osim u trenutnoj skrbi, kao pomoć u stvaranju obvezujuće dokumentacije u BIS- u. Prvostupnica sestrinstva je koordinator u timu teprilagođava dnevni plan zdravstvene njege i intervencije medicinskih sestara, primjereno promjenjivim potrebama bolesnika.

Dokumentacija uključuje propisanu sestrinsku dokumentaciju u Zakonu o sestrinstvu i preporučenu dokumentaciju i obrasce koji se preporučuju u dostupnoj literaturi za zbrinjavanje palijativnih bolesnika u bolnici.

Pri prijemu bolesnika -gosta, nakon pregleda bolesnika, potpisuje se pristanak na liječenje i pojašnjenje palijativneskrbi (Vodič za palijativnu skrb), na prijemni predložak se upisuju podatci koji će pomoći u kompletiranju podataka potrebnih za skrb bolesnika-gosta.

Bolesnika –gosta na Odjel prati i prima medicinska sestra.

Na Odjelu se bolesnik-gost i njegova pratnja upoznaju s Odjelom, palijativnim timom, načinom pružanja zdravstvene skrbi za bolesnika-gosta, preporukama za posjete i dnevnim redom Bolnice, upute o mogućem održavanju rublja u Bolnici, letke koji opisuju našu Bolnicu. Za povratnu informaciju najavimo ispunjavanje ankete o zadovoljstvu koju ćemo ponuditi nakon, otprilike, dvije trećine planirane hospitalizacije. Nudimo pomoć u razumijevanju svih dokumenata s kojima se sreće bolesnik-gost i pratnja. O upotrebi navedenih dokumenata izrađuje se zapis u napomeni sestrinske dokumentacije. Preporučuje se da protokol prijema uradi prvostupnica sestrinstva.

Medicinska sestra uzima sestrinsku anamnezu na predviđenom obrascu. Posebnu pažnju poklanja se dogovornoj i očekivanoj usluzi kako od strane samog bolesnika-gosta, tako i od strane njegove pratnje.

Ovi podatci su od iznimnog značaja za izradu plana zdravstvene njege u individualnom, holističnom pristupu. Svaki dio plana zdravstvene njege naslanja se na prikupljene podatke i ne može biti proizvoljan ili izrađen na osnovi pretpostavki ili interpretacija. Sestrinska anamneza je dio obavezne sestrinske dokumentacije.

Sestrinska dokumentacija jest skup podataka koji služe kontroli kvalitete planirane i provedene zdravstvene njege te je sastavni dio medicinske dokumentacije pacijenta. Služi za

trajno praćenje stanja bolesnika, temelj je za izradu računa usluge na kraju liječenja (u dijelu koji se odnosi na sestrinsku djelatnost, a šifrirana je i prepoznata od strane osiguravatelja koji plaća uslugu liječenja; stupnjeve potrebe za zdravstvenom njegom pobrojane po danima, sestrinske postupke, medicinsko-tehničke postupke, primijenjenu terapiju).

Zakon o sestrinstvu obavezuje svaku medicinsku sestru na vođenje sestrinske dokumentacije kao evidencije rada. Sestrinska dokumentacija je sredstvo komunikacije unutar tima te medicinsku sestru uključuje u izravnu skrb za bolesnika-gosta koji je uvijek središte događanja u Bolnici.

Minimalni standard je obavezno vođenje sljedećih lista:

1. Sestrinska anamneza:

- popunjavaju je sve medicinske sestre pri prijemu bolesnika
- podatci se prikupljaju primarno od pacijenta,od pratnje, osoba koje brinu o pacijentu te iz medicinske dokumentacije (u rubriku osobitosti o pacijentu upisati podatak od koga su dobiveni anamnestički podatci)
- popuniti sve rubrike, a podatke koje nije moguće dobiti u trenutku uzimanja anamneze, treba upisati naknadno
- sestrinske dijagnoze određuje prvostupnica sestrinstva temeljem ispunjene dokumentacije

2. Praćenje stanja pacijenta tijekom hospitalizacije i trajno praćenje postupaka

- popunjava se svakodnevno, uključuje dnevnu kategorizaciju bolesnika u odnosu na potrebe za zdravstvenom njegom

3. Medicinsko tehnički i dijagnostički postupci (šifrirani u BIS-u i sastavni su dio računa)

- upisati datum kad je ordiniran postupak
- upisati kad je planiran i izvršen postupak te planirani kontrolni ili ponovljeni postupak
- u primjedbe upisati eventualne promjene i zbivanja vezana uz postupak

4. Dekursus

- upisati promjene kod pacijenta tijekom 24 sata

- zabilježiti sve izvršene intervencije vezano za planirane intervencije u planu zdravstvene njege, uz naglasak na bilježenje tjelesnih aktivnosti pacijenta određenih prema dnevno evaluiranom planu, uz obavezan potpis osobe koja je izvela određeni postupak

- dnevno evaluirati i planirati prehranu bolesnika

- sva događanja vezano za bolesnika koja nisu planirana u planu zdravstvene njege

5. Plan zdravstvene njege za palijativnog bolesnika

Izrađuje prvostupnica sestrinstva

- u planu zdravstvene njege izdvajaju se najvažnije sestrinske dijagnoze po prioritetu te uključuju zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba

U planu zdravstvene njege je izdvojena potreba za edukacijom obitelji kao suradnika u liječenju, kao i pisana zabilješka o provedenom obiteljskom sastanku, o uključivanju suradnika u liječenju u skrb za vrijeme hospitalizacije vezano za dogovorene postupke koje suradnik može preuzeti, sve s ciljem povećanja kvalitete skrbi i uključivanja suradnika u liječenju u skrb za bolesnika-gosta. Ovdje se naglašava i preuzimanje odgovornosti suradnika u liječenju, pa i samog bolesnika-gosta za dio skrbi, jasno, u granicama mogućeg.

U prostor za evaluaciju plana upisati vrijeme kada je obitelj dobila upitnik, odnosno anketu, te kada je rađena edukacija uz bilježenje posjeta i njihovog sudjelovanja u skrbi za pacijenta u onim segmentima koji su navedeni u planu.

Plan zdravstvene njege se izrađuje u računalu i printa se kao dnevni radni nalog na osnovu kojega se provode postupci zdravstvene njege pri dnevnom zbrinjavanju bolesnika, pišu dekursusi.

Na poleđini plana rukom upisivati tjelesne aktivnosti kao i sudjelovanje u samozbrinjavanju.

6. Lista provedenih sestrinskih postupaka

- Upisati provedene sestrinske postupke. Isti su u BIS programu šifrirani po priznatim šiframa u HZZO-u ili drugom osiguravatelju, te su sastavni dio završnog obračuna usluge nakon završetka liječenja.

7. Otpusno pismo

- izrađuje se za sve palijativne bolesnike kao nastavak kontinuirane zdravstvene njege, nakon otpusta iz bolnice, sadrži stanje pri prijemu, provedenu zdravstvenu njegu u Bolnici, stanje pri otpustu te preporuke za nastavak skrbi nakon otpusta

- piše ga prvostupnica sestrinstva koja i dogovora otpust sa suradnikom u liječenju te osigurava skrb patronažne sestre, telefonskom komunikacijom uz dostavljanje otpusnog pisma

- jedan primjerak se šalje liječniku obiteljske medicine, nadležnoj patronažnoj sestri, a jedan ostaje u dokumentaciji za arhivu

- koordinacijski centar za palijativu preuzima nastavak komunikacije s obiteljskim liječnikom, patronažnom službom i drugim službama potrebnim pri pružanju nastavka skrbi za bolesnika

8. Evidencija ordinirane i primijenjene terapije

- evidencija se izrađuje dnevno i ukupno pri otpustu

- pisivati ručno svaki dan u terapijsku listu

Pred planirani otpust pacijenta noćna smjena zbraja i u računalo unosi ukupnu terapiju koju je pacijent do tada primio, a na dan otpusta dnevna smjena upisuje terapiju za taj dan. Terapija je u BIS-u šifrirana i sastavni je dio računa.

9. Lista dekubitusa

Obavezno je pri prijemu slikati dekubitus i ostale rane te pri svakoj promjeni i po otpustu, isto vrijedi i za unos stanja dekubitusa.

Slike dekubitusa i ostalih rana na dan otpusta prilažu se uz otpusno pismo zdravstvene njege.

10. Sve ostale liste se vode po potrebi

7.9.STANDARDIZIRANI POSTUPCI ČLANOVA TIMA NA ODJELU ZA PALIJATIVNU SKRBI DUGOTRAJNO LIJEČENJE

Ivana Tomić Pavlović, prof. psihologije

7.10. PSIHOLOG U SKRBI PALIJATIVNOG BOLESNIKA

Redovnom individualnom komunikacijom i pružanjem redovne potpore, smanjuje potištenost, prevenira depresiju kao i sva moguća nepoželjna i za palijativnog bolesnika teška psihička stanja.

Življenje s neizlječivom bolešću i svjesnošću da se smrt približava dovodi do jedinstvenih stresora i izazova kod bolesnika i članova obitelji te su razmatranje psihosocijalnih aspekata i pružanje psihološke pomoći i podrške bolesniku i obitelji esencijalni dijelovi palijativne skrbi, a odvijaju se kroz osnovne i specifične intervencije.

Uobičajeni poslovi psihologa na odjelu najvećim dijelom obuhvaćaju zadatke:

- psihološke procjene
- konzultacija (s pacijentom, obitelji, timom)
- psihološke podrške i savjetovanja (pacijenta, obitelji, tima)
- specifičnih psiholoških tretmana
- edukacije i psihoedukacije (pacijenta, obitelji, tima)
- podrške u žalovanju (obitelji, timu)
- vođenje dokumentacije i pisanje izvještaja

Osnovne intervencije

Osnovne intervencije obuhvaćaju osnovnu procjenu kognitivnog statusa i psihološkog stanja i potreba te osnovnu podršku i savjetovanje kroz inicijalne susrete i daljnje suportivne obiliske ovisno o stanju pacijenta i procjeni psiholoških potreba od strane psihologa, a u svrhu otklanjanja/smanjenja emocionalne patnje i prevencije dubljih psiholoških i/ili psihijatrijskih problema.

Cijeli postupak počinje razgovorom s pacijentom po dolasku na odjel koji se odvija u najkraćem mogućem roku, a s ciljem prevencije i/ili smanjenja anksioznosti i straha, osjećaja usamljenosti; informiranja i prikupljanja osnovnih podataka.

Nastavlja se kroz inicijalnu procjenu putem intervjua i, kada je moguće, prikladno psihodijagnostičkih mjernih instrumenata i tehnika, suportivne obiliske i, u slučaju otpusta, suportom i pripremom na otpust.

Osnovne intervencije u radu s pacijentom odvijaju se kroz:

- osnovnu podršku i savjetovanje s ciljem smanjenja emocionalne patnje i razvijanjem terapijskog odnosa, identificiranjem i istraživanjem problema i poteškoća kroz osnovne vještine savjetovanja, aktivno slušanje i postavljanje pitanja, informiranje, ventiliranje i normalizaciju emocija

- inicijalni intervju i psihodijagnostičke mjerne instrumente i tehnike s ciljem upoznavanja osobe i procjene psihološkog distresa kao i kapaciteta i snaga za suočavanje kroz prikupljanje općih podataka, podataka o kognitivnim sposobnostima i raspoloženju, emocionalnim odgovorima i načinima suočavanja, strahovima, psihološkim potrebama i psihijatrijskim komorbiditetima

- empatičku prisutnost s ciljem stvaranja povjerenja i ulijevanja nade, pomoći osobama zadržati osjećaj dostojanstva i samopoštovanja, slanja poruke da ih se čuje i da nisu same kroz aktivno slušanje, odnošenje s poštovanjem, priznavanje patnje i iskazivanje nade, dodir, tišinu, prisutnost

- završni intervju s ciljem ublažavanja anksioznosti i produktivnijim i lakšim prijelazom kući/u drugu ustanovu kroz aktivno slušanje, informiranje i pripremanje

Procjena se nastavlja kroz proces te u bilo kojem trenutku (na prijedlog pacijenta, članova tima, a u skladu s procjenom psihologa) tretman se može modificirati i/ili intenzivirati.

Specifične intervencije

U skladu s početnom procjenom i/ili daljnjim procjenama, identificiraju se i oni koji trebaju poseban psihološki tretman, savjetovanje i specifične psihološke intervencije te se radi konceptualizacija slučaja i donose ciljevi (reflektirajući pacijentove potrebe) i plan rada te razmatra o daljnjim intervencijama i tretmanima koji mogu ići od jednorodne sesije uz krevet

pacijenta, preko kontinuiranih suportivnih obilazaka do složenijih intervencija i tretmana, a u svrhu bolje prilagodbe na bolest i/ili gubitak, adekvatnije komunikacije i suočavanja sa stresom, uklanjanja/smanjivanja psiholoških poteškoća i simptoma.

Specifične intervencije u radu s pacijentom odvijaju se kroz:

- psihoterapijski intervju s ciljem pomaganja osobi da izrazi svoje osjećaje, stavove, brige, sumnje i strahove, procjenjivanja psihološkog distresa i načina suočavanja
- psihodijagnostičke mjerne instrumente i druge tehnike procjene s ciljem utvrđivanja psiholoških simptoma i potreba, praćenja stanja, procjene psihijatrijskih komorbiditeta
- psihoedukaciju s ciljem postizanja razumijevanja i osjećaja veće kontrole kroz pružanje informacija o psihološkim procesima i fiziološkim odgovorima
- informativne razgovore s ciljem boljeg razumijevanja i snalaženja kroz davanje relevantnih informacija
- identificiranje i ventiliranje emocija s ciljem emocionalne ekspresije i snižavanja intenziteta emocija, prepoznavanje i identificiranje te bolje razumijevanje emocija kroz aktivno slušanje, reflektiranje i parafraziranje, korištenje neverbalnih materijala i tehnika poput slika i drugog konzultacije s timom s ciljem razmjene informacija i razjašnjenja stanja
- krizni intervju s ciljem rješavanja akutnih i intenzivnih problema i izbjegavanja težih psiholoških posljedica kroz poticanje na verbalizaciju, aktivno slušanje i pokazivanje razumijevanja
- rješavanje problema s ciljem pomoći u rješavanju aktualnog problema i smanjenja patnje kroz pomoć pri identifikaciji problema, razmatranju i odvagivanju mogućih rješenja te primjeni i evaluaciji najboljeg mogućeg rješenja
- kognitivno-bihevioralne tehnike (osvještavanje kognitivnih distorzija, mentalna distrakcija, vizualizacija, imaginacija, tehnike opuštanja i drugo) s ciljem smanjivanja ili uklanjanja simptoma stresa i anksioznosti, smirivanja i pružanja osjećaja kontrole, smanjenja boli
- komunikacijski trening i trening asertivnosti s ciljem efikasnije komunikacije s članovima tima i/ili obitelji, ostvarivanja vlastitih prava kroz podučavanje o komunikaciji, poticanje, igranje uloga po potrebi, pripremu za razgovor

- pričanje životnih priča s ciljem revizije i integracije života, pomoći u pretraživanju pozitivnih događaja i osjećaja, prorade smisla, pripreme za smrt kroz dosjećanje i razmatranje, aktivno slušanje, parafraziranje i reflektiranje

- vođenje dokumentacije i pisanje izvještaja

Specifične intervencije odnose se i na rad s obitelji gdje se odvijaju još i kroz podršku u procesu žalovanja s ciljem osvještavanja svjesnosti gubitka i podrške u iznalaženju na kraj s osjećajima kroz pripremu na viđenje tijela pokojnika, aktivno slušanje bez vrednovanja, edukaciju, ventiliranje i normalizaciju emocija, empatičku prisutnost.

Specifične intervencije u radu s timom odvijaju se kroz:

- konzultacije s ciljem razmjene informacija i obostrane pomoći u radu

- suport savjetovanje s ciljem ventiliranja i normaliziranja emocija, pružanja podrške i prevencije psihičkih poteškoća

- edukaciju i psihoedukaciju s ciljem nadogradnje znanja, senzibilizacije, postizanja razumijevanja i osjećaja veće kontrole, pomoći u prepoznavanju psiholoških potreba pacijenata, obitelji, kolega i samih sebe kao i adekvatnih načina pomoći kroz pružanje informacija o psihološkim procesima i fiziološkim odgovorima, poučavanje usmenom predajom kroz formalne i neformalne sastanke, organiziranje predavanja i radionica

- podršku u procesu žalovanja s ciljem podrške u iznalaženju na kraj s osjećajima kroz aktivno slušanje bez vrednovanja, ventiliranje i normalizaciju emocija, empatičku prisutnost

Marija Delaš, bacc.physioth.

7.11. FIZIOTERAPEUT U SKRBI PALIJATIVNOG BOLESNIKA

Omogućava održavanje fizičkih sposobnosti te funkcioniranje na socijalnoj, psihološkoj te profesionalnoj razini u okvirima bolesti, a sve to s ciljem osiguranja kvalitete i dostojanstva u posljednjim trenucima života u smislu općenitog poboljšanja bolesnikovih fizičkih sposobnosti.

Fizikalna terapija ima ulogu prepoznati i povećati mogućnosti pokretanja kroz promociju, prevenciju, liječenje i rehabilitaciju, a uključuje odnos između fizioterapeuta, pacijenta, članova njegove obitelji i drugih zdravstvenih djelatnika.

Pregled ciljeva

Fizikalna terapija obuhvaća fizioterapijsku procjenu prilikom prvog kontakta gdje je potrebno uočiti sve mogućnosti pacijenta te prema njegovim mogućnostima kreirati plan terapije koji je individualan za svakoga pojedinca, a može obuhvaćati:

1. pozicioniranje bolesnika
2. razne vježbe (disanja i cirkulacije, snaženja muskulature, gutanja, povećanja opsega pokreta)
3. tehnike umanjivanja boli
4. tehnike relaksacije
5. limfnu drenažu
6. povećanje stabilnosti u pojedinim položajima
7. poboljšanje propriocepcije i vertikalizaciju
8. Termoterapiju, elektroterapiju i sl.

Specifičnosti rada na palijativnom odjelu

Rehabilitacija u palijativnoj skrbi predstavlja provođenje fizikalne terapije s tendencijom k postizanju što veće samostalnosti u aktivnostima svakodnevnog života kod pacijenata u terminalnoj fazi bolesti. U ustanovi koja se bavi palijativnom skrbi bolesnika najveći naglasak treba biti na prevenciji komplikacija dugotrajnog ležanja (pneumonije, tromboze, dekubitusa,

inaktivitetne atrofije, kontraktura). Fizioterapeut se uključuje u rad s pacijentom po prijedlogu liječnika i ostalih članova tima na timskom sastanku u 11 sati. Po pregledu medicinske dokumentacije te po stručnoj procjeni kreira fizioterapijski plan za određenog pacijenta. Primarna uloga fizioterapeuta je provesti fizikalnu terapiju kardiovaskularnog i respiratornog sustava i to obično u jutarnjem terminu, dok se specifične fizioterapijske procedure koje uključuju neurološku i mišićnokoštanu rehabilitaciju obično izvode u poslijepodnevnim satima. Takav rad podrazumijeva:

1. Fizioterapijska procjena

Alat kojim se procjenjuje postojeće stanje pacijenta i na osnovu kojeg fizioterapeut donosi odluku o korištenju određenih fizioterapijskih procedura sukladno cilju terapije kojega je postavio zajedno s pacijentom i /ili njegovom obitelji i/ili ostalim članovima palijativnog tima. A obuhvaća različite fizioterapijske testove kao što su manualni mišićni test, test opsega pokreta te razne skale, npr. Tinetti, Barthel, i sl., ovisno o individualnim potrebama pacijenta.

2. Pozicioniranje pacijenta

Fizioterapeut vodi računa o pravilnome pozicioniranju dijelova tijela kako bi osobi olakšao trenutke provedene u krevetu te smanjio napor i nepotrebnu potrošnju energije, a u isto vrijeme prevenirao nastanak kontraktura pojedinih zglobova u nepovoljnom (nepravilnom) položaju.

3. Vježbe disanja

Pomažu i omogućuju smanjenje komplikacija koje se razvijaju uz respiratorni sustav (KOPB, pneumonija...). Vježbe se izvode s ciljem snaženja respiratorne muskulature, povećanja kapaciteta pluća i olakšavanja disanja pacijenta. Dužnost fizioterapeuta je osobu ispravno naučiti ovakve vježbe te ga poticati i motivirati izvođenju istih što je češće moguće kako bi se otvorila mogućnost poboljšanja općeg stanja organizma.

4. Vježbe cirkulacije

Svakom kontrakcijom muskulature potiče se venska cirkulacija kojom se omogućava odlazak štetnih tvari iz tkiva, pospješuje dotok hranjivih tvari u tkivo kojemu je cilj cijeljenje i povećanje elastičnosti krvnih žila, na takav način utječe se i na smanjenje limfedema i pomaže pri otklanjanju osjećaja umora. Fizioterapeut ispravnim i pozitivnim pristupom motivira

pacijenta za izvođenje istih što češće kako bi se povećala cirkulacija svih dijelova organizma te na takav način ublažio ili u potpunosti otklonio osjećaj umora.

5. Limfna drenaža

Zbog opće neaktivnosti organizma dolazi do zaustavljanja toka limfe što uzrokuje bol i oteklinu u ekstremitetima. Fizioterapeut je dužan prepoznati poteškoću u limfnoj cirkulaciji, potaknuti tok iste i na takav način umanjiti bol i oštećenje okolnog tkiva.

6. Vertikalizacija

Ukoliko zdravstveno stanje osobe to dozvoljava, fizioterapeut, što je češće moguće, vertikalizira pacijenta radi poboljšanja općeg stanja organizma, vertikalizacija omogućava drugačije disanje, bolju cirkulaciju, probavu, rad CNS-a, a time i veću motivaciju za daljnje vježbanje.

7. Trening hoda

Posebna pažnja također se posvećuje pacijentima koji su pokretni. Fizioterapeut mora voditi računa o mogućnostima osobe i na takav način prilagoditi trening hoda kako bi se održala postojeća pokretljivost i relativna samostalnost te ukoliko postoji mogućnost, raditi na poboljšanju koordinacije, izdržljivosti i ravnoteže.

8. Termoterapija

Fizioterapeut ovakvu terapiju koristi kako bi postigao ugodu i opuštanje pacijenta. Primjenjuje se u obliku toplih obloga kojima omogućavamo osobi trenutke relaksacije i blagostanja u danu. Ovakva terapija, osim što kod pacijenata stvara osjećaj ugone, pomaže pri povećanju cirkulacije i cijeljenju tkiva te također otvara mogućnost za pravilnije pozicioniranje tretiranog dijela tijela.

9. Elektroterapija

Fizioterapeut koristi TENS (trenskutanu elektronervnu stimulaciju) kao alat za smanjenje boli, povećanje cirkulacije i smanjivanje napetosti u mišićima kojemu je rezultat opuštanje muskulature na kojoj se provodi terapija. Isto tako, fizioterapeut koristi elektrostimulaciju kao alat kojim se potiče rad perifernih živaca i podiže tonus mišića.

10. Edukacija obitelji

Objasniti ciljeve fizikalne terapije kako bi kontinuirano bili uključeni u rehabilitacijski proces kojega djelomično mogu i samostalno nastaviti po otpustu pacijenta u kućne uvjete, a do dolaska fizioterapeuta u kuću pacijenta.

11. Fizioterapijska dokumentacija

Potrebno je odmah po uključivanju u rad s bolesnikom te po učinjenoj fizioterapijskoj procjeni zabilježiti početno stanje pacijenta te ažurno i redovito voditi bilješke o promjenama pacijentova stanja. Po otpustu detaljno opisati funkcionalni status pacijenta kako bi se olakšalo prihvaćane pacijenta od strane obitelji, obiteljskog liječnika i drugih zdravstvenih djelatnika na terenu.

7.12. SOCIJALNI RADNIK U SKRBI PALIJATIVNIH BOLESNIKA

Pomaže u ispunjavanju nedovršenih socijalnih pitanja koje bolesnici nose sa sobom od kuće. Kontaktira obitelj i prije dolaska bolesnika na liječenje i procjenjuje koji je član primarne obitelji najpogodniji kao podrška bolesnika za vrijeme bolničkog liječenja, odnosno tko će nam nadalje biti suradnik u liječenju i navedeno unosi u dokumentaciju. Nakon prijema bolesnika i njegovog postepenog prilagođavanja, prema prijedlogu nekog od članova tima, bolesnika, obitelji ili prema vlastitoj stručnoj procjeni, socijalni radnik obavlja inicijalni razgovor s bolesnikom u kojem prikuplja podatke i procjenjuje njegove potrebe vezano za povezanost s obitelji i socijalnom mrežom iz koje dolazi, odnosno uzima socio-anamnestičke podatke kako od samog bolesnika, tako i od članova njegove obitelji. Dobra procjena obiteljske situacije uzima u obzir i saznanja o njihovoj prošlosti, obiteljskim odnosima i socijalno-kulturološkom okruženju. Na osnovu toga piše socijalnu anamnezu koja je dalje bitna za terapijski proces samog bolesnika. Dobra procjena omogućuje ispravno daljnje djelovanje. Mora znati koje će društvene usluge biti primjenjive za konkretnog oboljelog i koje su mu socijalne mjere dostupne, a sve u skladu s pozitivnom zakonskom regulativom. Dobro savjetovanje oboljelih i članova obitelji smanjuje opasnost od nestvarnih očekivanja u rješavanju socijalne-ekonomske i zdravstvene situacije oboljelog¹.

Upoznaje bolesnika s njegovim pravima sukladno zakonskim regulativama, obavlja individualne razgovore s bolesnikom, savjetuje oko ostvarivanje osobne dokumentacije, zdravstvene, socijalne, obiteljsko pravne, pravno imovinske i mirovinske zaštite.

Najuže surađuje s centrima za socijalnu skrb glede ostvarivanja svih potreba iz sustava socijalne skrbi na način da po potrebi ili po zahtjevu nadležnog CZSS prikuplja podatke za socijalnu anamnezu iz razgovora s bolesnikom te koristeći medicinsku dokumentaciju te u razgovoru s liječnicima. Također se informira nadležni CZSS o radnjama koje trebaju poduzeti, a koje su iz njihove nadležnosti ukoliko procjeni takvu potrebu (kod postupka lišavanja poslovne sposobnosti). Obavlja razne usluge za CZSS u smislu uzimanja različitih izvjava na zapisnik koje se tiču smještaja, roditeljskoga prava, institucije skrbništva, novčanih

¹ Socijalni rad u palijativnoj skrbi neuroloških bolesnika, V. Ivanković, A. Mikulić, N. Pavlović Cvetkov

prava i sl. Suradnja je ostvariva i s brojnim ostalim institucijama i uredima nadležnima za određenu potrebu i zaštitu bolesnika. Dostavlja izvješća o bolesnicima, očitovanja, obavijesti o njihovom prijemu, otpustu iz ustanove, obavijesti o smrti, medicinsku dokumentaciju, uzima bolesnikove izjave na zapisnik (vezano za suglasnosti za smještaj, za imenovanje skrbnika, o pokretanju postupka skrbništva, o podnošenju zahtjeva za jednokratnom novčanom pomoći i dr.), piše za bolesnika žalbe prema drugim ustanovama na njihova rješenja, predstavke i sl., ako za navedenim postoji potreba. Postoji mogućnost i terenskog rada u slučajevima kada bolesnik treba ostvariti neka svoja prava u nadležnim institucijama.

Obavlja brojne telefonske razgovore s kolegama u gore navedenim institucijama, daje im informacije koje su vezane za rad naše ustanove, kao i s ostalim osobama koje su zainteresirane za liječenje u našoj ustanovi, kao i razgovori s obiteljima.

Aktivno sudjeluje u pronalaženju i realizaciji smještaja. Pri realizaciji smještaja u udomiteljsku obitelj upoznaje, po potrebi, udomitelja s bolesnikom, njegovim navikama, sklonostima i potrebama. Dolaze nam udomitelji s područja Nove Gradiške, kao i ostalih područja, kako bi ranije upoznali naše bolesnike i na taj način ih prihvatili na smještaj u svoje obitelji kad dođe vrijeme njihovog otpuštanja. Za odlazak iz ustanove na taj način pripremamo obitelj i samog bolesnika, a sve u dogovoru s nadležnim liječnikom.

Sudjeluje u planiranju otpusta bolesnika s liječenja te u dogovoru s timom, bolesnikom i obitelji pronalazi mu adekvatno rješenje, je li u pitanju otpust u neku drugu bolnicu, kući, srodnicima ili udomiteljskoj obitelji te se nudi mogućnost ponovnog pružanja pomoći za njegov povratak u našu ustanovu. Uvijek se mora znati tko preuzima bolesnika i gdje on ide! Daje potporu bolesniku i obitelji, kao i pomoć obitelji da počnu razmišljati o mogućim načinima kako da se nadalje brinu sami o sebi i svom članu obitelji koji je sada bolestan i u potrebi je te ih ojačavamo. Daje pomoć obitelji u vremenu kada dođe do gubitka člana obitelji te kako se dalje nositi s njegovim gubitkom.

Obitelji pruža pomoć i podršku u pogrebnom planiranju, pogotovo za one bolesnike koji nemaju nikoga (članova svojih obitelji), beskućnici i drugi. U takvim slučajevima stupa u kontakt s nadležnim centrom za socijalnu skrb, ako je pacijent bio njihov korisnik, a ako nije, stupa u kontakt s nadležnom lokalnom samoupravom (općinom, uredom državne uprave, koja bi mu trebala osigurati usluge ukopa jer za to imaju predviđena sredstva).

Prikuplja i vodi socijalnu dokumentaciju koja je sastavni dio povijesti bolesti (dokumentaciju unosi u predviđeni prostor za socijalnog radnika u bolničkom informatičkom sustavu i u papirnatom djelu unosi u povijest bolesti).

Aktivno sudjeluje na odjelnim i drugim sastancima, sintezama, informira nadležne liječnike o svim poduzetim radnjama iz sustava socijalne skrbi i o novonastalim obiteljskim i drugim socijalnim prilikama bolesnika ukoliko do njih dođe. Prepoznaje potrebe pacijenata i obitelji, te organizira uključivanje u rad i druge članove tima. Također je bitno imati u vidu gdje su granice rada socijalnog radnika, odnosno što sve on može pružiti svojim znanjem i radom za dobrobit osobe i obitelji, a kada bi bilo bolje, prepustiti rad drugom članu tima koji ima veća znanja na tom području kako bi što bolje zadovoljili potrebe bolesnika i obitelji, a sve u svrhu pružanja veće skrbi i brige za naše pacijente. Unutar tima zalaže se za stavove i potrebe bolesnika i članova obitelji te im pomaže u komunikaciji s drugim članovima tima, a s ciljem poboljšavanja razumijevanja, pravilnog odabira oblika intervencije i odluke te formuliranju planova daljnjeg tretmana². Također istražuje, educira se i osposobljava se za nove mogućnosti terapijskog rada kao i promjenama u sustavu rada socijalne skrbi, sudjeluje na edukacijama, simpozijima i konferencijama.

²Socijalni rad u palijativnoj skrbi neuroloških bolesnika, V. Ivanković, A. Mikulić, N. Pavlović Cvetkov

Robert Mackuljak, dipl. teolog

Marija Babić, časna sestra

7.13. DUHOVNIK U SKRBI PALIJATIVNIH BOLESNIKA

Svakodnevnom prisutnošću i razgovorom o svakodnevnim poteškoćama, pored postelje svakog bolesnika, pruža poruku usredotočenosti cijele bolnice na pojedinca.

Dnevnom prisutnošću ne favorizira niti dijeli vjernike od nevjernika.

Zadatak Pastoralne službe je zajedno s bolesnikom otkriti njegove duhovne potrebe. U pastoralu sudjeluju: redovnici, redovnice, bolnički kapelan, pastoralni tim, svi suradnici i volonteri. Pastoralni djelatnici na palijativnom odjelu, djelom i riječju svjedoče Radosnu vijest spasenja koja nam je darovana u Kristu, uvijek poštujući slobodu, vjeru i vrijednost svake osobe. Na odjelu se ostvaruje suradnja između pastoralnih i zdravstvenih djelatnika u smislu dobre komunikacije i izmjeni informacija između voditelja tima i svih koji u njemu sudjeluju.

Duhovnik informira tim i saznanja o potrebama pacijenta, njegovim doživljajima i željama. U timu je važno produbiti znanje i svijest o vrijednosti i potrebi sakramenta Bolesničkog pomazanja za one koji ga žele primiti, a koji je često izvor utjehe i smirenosti u trpljenju ili snaga za miran prelazak u vječnost.

Odgovornost za duhovnu pratnju u palijativnoj skrbi ima cijela terapijska zajednica. Ta odgovornost uključuje stvaranje ozračja u kojem bolesnik može slobodno izraziti svoje osjećaje tjeskobe, straha i pitanja koja ga muče. Ovdje je neizostavna uloga duhovnog pomoćnika koji senzibilira na duhovne potrebe. To je najčešće svećenik, ali može biti redovnik, redovnica ili teolog laik, a svećeniku su pridržane specijalizirane intervencije kao što su sakramenti.

Važno je da bolesnik prepozna i susretne onoga tko će mu pomoći prihvatiti njegovu situaciju i da uđe u mirnu i spokojnu fazu prihvaćanja dostojanstvene smrti.

1. Ciljevi duhovnika

Ciljevi duhovnika u palijativnoj skrbi su višestruki. Prvi od njih je poboljšanje kvalitete života bolesnika na putu prema neizbježnom kraju te dostojanstven ispraćaj u prirodnu smrt.

Tijekom boravka na odjelu palijativne skrbi omogućavanje pristupa duhovnim potrebama samome bolesniku, ali i članovima njegove obitelji, ako to zatraže. Osim odnosa prema bolesniku i njegovoj obitelji, duhovnik pruža duhovnu pratnju i podršku, prema potrebama, svim članovima palijativnog tima i osoblju na odjelu. Ovdje se ne radi isključivo o podjeli sakramenata, nego i o pratnji u obliku razgovora, slušanja, suosjećanja, podrške i ohrabrenja.

2. Kompetencije duhovnika u pristupu palijativnom bolesniku

Kompetencije duhovnika mogle bi se podijeliti na dvije razine, onu općenito – medicinsku i specifičnu – duhovno-vjersku. Duhovnik kao dio palijativnog tima sudjeluje u aktivnom praćenju bolesnika, treba i mora donositi konkretne odluke i poduzimati odgovarajuće postupke.

2.1. Općenito – medicinske kompetencije

Duhovnik je osoba koja se svakodnevno susreće s bolesnicima i zato je potrebno da ima znanja koja mu mogu pomoći u postupcima i pristupu svakom pojedinom bolesniku kao jedinstvenoj osobi. Ovdje se radi o posebnim životnim situacijama koje su izričito vezane za stanje i razvoj bolesti i njezinih simptoma i zato je potrebno da duhovnik poznaje u osnovnim oblicima povijest bolesti, sadašnje stanje i perspektive, odnosno pravce mogućeg daljnjeg tijeka bolesti. Upravo zato, svaki bi duhovnik trebao poznavati:

- simptome bolesti, mogućnosti njezinog razvoja
- utjecaj bolesti na duhovne, psihološke i tjelesne mogućnosti bolesnika
- pojam boli i njezinog utjecaja na osobnost bolesnika
- tjelesne promjene koje se slijedom razvoja bolesti pojavljuju kod bolesnika
- etička pitanja i probleme koji se mogu javiti kod osoblja, bolesnika ili njegove obitelji (npr. terapijska upornost, distanzija, eutanazija, ortotanazija, pristanak na medicinske postupke, doniranje organa, kremiranje, autopsija ...).

Nije potrebno da duhovnik bude medicinski stručnjak i da ima medicinsko obrazovanje jer njegov zadatak i cilj nije pružati informacije o terapijskim, medicinskim postupcima i zahvatima, primjeni lijekova ili nekih drugih postupaka, niti se od njega očekuje sudjelovanje u izričito medicinskim postupcima, nego su mu ova znanja potrebna kako bi njemu samome bilo lakše pristupiti svakom pojedinom bolesniku. Osim toga, poznavajući osnovne simptome

i moguće pravce razvoja bolesti, može lakše i uspješnije sam planirati trenutne i buduće postupke u praćenju bolesnika.

2.2. Specifične - duhovno - vjerske kompetencije

Svaki duhovnik treba posjedovati svoje specifične – duhovne kompetencije i znanja. Ova se znanja odnose na ono što je uloga duhovnika kao pratitelja bolesnika, a po potrebi i njegove obitelji i medicinskog osoblja. Duhovnik bi trebao:

- u susretu sa samim bolesnikom ili njegovom obitelji dobiti podatke o duhovno-vjerskom statusu bolesnika (je li vjernik, kojoj vjerskoj zajednici pripada, koje su vrijednosti koje je njegovao tijekom života...)
- prepoznati utjecaj bolesti na duhovno i psihičko stanje bolesnika
- uvijek biti otvoren prihvatiti svaku osobnost bolesnika, ne stvarajući razlike ili predrasude prema vjerskoj, duhovnoj ili nacionalnoj pripadnosti
- u dogovoru s bolesnikom ili njegovom obitelji organizirati susret s predstavnikom (vjerskim službenikom) zajednice kojoj bolesnik pripada
- otkriti u kojoj je fazi suočavanja i prihvaćanja bolesti: ovdje se može primijeniti faze prema Elizabeth Kübler-Ross: prva faza: nepriznavanje i osamljivanje; druga faza: gnjev; treća faza: cjenkanje; četvrta faza: depresija; peta faza: prihvaćanje. Važno je znati da ove faze ne moraju slijediti ovim redom, niti bolesnik mora doživjeti sve faze.
- dati duhovnu dijagnozu bolesnika. To su: duhovno blagostanje (životno stanje u kojem se doživljava radost koja se integrira u značenje i sliku života preko odnosa sa sobom, drugima, prirodom i transcendentnošću, rizik duhovne patnje (rizik trpljenja i promjene osjećaja skladne poveznice sa životom, sa svemirom i s Bogom, u kojoj se mogu mijenjati dimenzije koje nadilaze moje ja i daju mu snagu), duhovna patnja (pogoršanje sposobnosti iskustva i integriranja značenja i svrhe života preko poveznice sa sobom, drugima, prirodom (i svim onim što to donosi ili s transcendentnošću), očaj-duhovni očaj (subjektivno stanje u kojemu osoba živi u neskladu sa samim sobom, s drugima, prirodom ili Bogom i percipira malo ili nikakvo rješenje da bi promijenila svoje stanje što ju dovodi do toga da se vidi nesposobnom da mobilizira svoju energiju kako bi poboljšala situaciju) i duhovna izoliranost-ravnodušnost (životno stanje osoba koje zbog različitih motiva ne žele komunicirati o vlastitoj intimnosti života, duhovnoj, vjerskoj ili drugoj ili koji s ravnodušnošću proživljavaju sve ono što se

odnosi na duhovnu i vjersku dimenziju zbog toga što je nisu razvijali, što su imali negativna iskustva ili zbog osobnog izbora.

- otkriti temeljne potrebe bolesnika: ovdje razlikujemo četiri temeljne potrebe: potreba za smislom, potreba pomirenja sa samim sobom, potreba za simbolima, potreba za transcendentnim.

- otkriti očekivanja samoga bolesnika i njegove obitelji i ponuditi pratnju

- ako je vjernik, ponuditi sakramente skrbi za bolesne (ispovijed, pričest, bolesničko pomazanje, sudjelovanje na misnom slavlju)

- posredovati između bolesnika i obitelji ako ima poteškoća iz prošlosti koje nisu riješene, a koje samome bolesniku ili njegovoj obitelji predstavljaju problem

- u sebi razvijati sposobnost slušanja i empatije, poštivanja individualnosti i osobnosti te uvjerenja i stavova svakog bolesnika

- kao član tima, duhovnik je na raspolaganju drugim članovima u slučaju potrebe za traganjem na pitanja o smislu života, bolesti i umiranja, etičkih pitanja ili dvojbi

- organizirati i ponuditi molitvene susrete s bolesnikom (bolesnicima), obiteljima i osobljem prema mogućnostima samih sudionika

- pokušati napraviti plan praćenja svakog pojedinog bolesnika tijekom njegovog boravka na odjelu palijativne skrbi

- pobrinuti se za dostojanstven ispraćaj bolesnika u slučaju njegove smrti na odjelu te pružiti duhovnu utjehu i ohrabrenje članovima obitelji, a po potrebi i medicinskom osoblju

3. Postupci duhovnika

Duhovno-religiozna podrška - Nakon što su istražene duhovne i vjerske potrebe i uspostavljena pastoralna dijagnoza, treba razmišljati o tome kako pomoći pacijentu i njegovoj obitelji u ovoj posebnoj situaciji. U nekim prilikama bi trebalo prikladnom pratnjom povratiti snagu koja proizlazi iz duhovnosti i vjere, i staviti je na uslugu zdravlju. U nekim slučajevima će biti potrebno raspoznati i razjasniti uvjerenja koja su ponekad patološka. S druge strane, rad pastoralnog službenika bit će usmjeren da ojača duhovni i vjerski život pacijenta, tako da mu pomogne u procesu njegove bolesti kao terapeutska snaga prvog reda.

Temeljni stavovi duhovnog pratitelja su sljedeći: sposobnost slušanja, poštovanje individualnosti, empatija i spremnost na raspolaganje. Na takvim temeljima uspostavlja se primjeren i potreban osobni odnos koji se temelji na povjerenju u pastoralnog službenika, koje je neophodno u pratnji ili ispraćaju kao i u pastoralnom tretmanu.

Postupci duhovnika uključuju sljedeće duhovne intervencije:

- prorada oprosta sebi i drugima, pitanje ispovijedi i drugih svetih sakramenata kod pripadnika kršćanske vjeroispovijesti. Prema potrebi u dogovoru s bolesnikom i njegovom obitelji planiranje religioznih postupaka u okviru pripadajuće konfesije.
- proces mirenja sa sobom, pitanje subjektivno doživljenih životnih padova i pogrešaka
- prorada subjektivno neostvarenog i prikriivenog-skrivenog u životu
- prorada obiteljskih relacija, otpuštanja, susreta i izricanja potisnutoga...
- prorada ljutnje na Boga, ljutnje na sebe ili druge...
- osvješćivanje zahvalnosti, vlastite vrijednosti i vrijednosti doživljenoga
- poticaj na nadu, smisao i transcendenciju
- prorada i otvaranje vlastite ranjivosti i srama
- prorada boli i traženje smisla boli
- prorada otpuštanja ovozemaljskoga i pogled na onostrano kroz susret (verbalni i neverbalni) i molitvu s duhovnikom, stvaranje konteksta pogleda na smrt na drugačiji način.

Pastoralno-duhovna skrb ili djelovanje može biti redovita i izvanredna. Redovita duhovna skrb je svakodnevni posjet i susret s bolesnikom koji uključuje: susret, upoznavanje, razgovor, praćenje, prepoznavanje duhovno-religioznih potreba pacijenta. Izvanredni duhovni postupci su oni koji vode realizaciji određenih vjerskih obreda kao što su priprema i primanje sakramenata i organiziranje molitve na odjelu uz pacijenta. To je ujedno prigoda da bolesnik susretne Onoga u koga vjeruje i kome ide ususret kroz prihvaćanje mirne i dostojanstvene smrti.

Duhovnik kao dio palijativnog tima sudjeluje u redovitim susretima tima na kojima iznosi svoje spoznaje o stanju bolesnika (poštujući propis o čuvanju ispovjedne tajne).

Također, osim usmenog izvješća, bilježi na predviđena mjesta i obrasce postupke i zapažanja o bolesniku. U situacijama etičkih dvojbi oko medicinskih postupaka traga za rješenjima koja su najbolja i etički prihvatljiva za bolesnika, medicinsko osoblje, ali i za bolesnikovu obitelj.

Duhovnik na Odjelu palijativne skrbi često ne mora ništa niti poduzimati, nego je dovoljno da bude uz bolesnika, da bolesnik osjeti da nije sam i prepušten samome sebi u tim teškim trenucima kada se pita o smislu i razlogu života. Koji puta se s bolesnikom ne može ostvariti kontakt - tada duhovnik može svoji stiskom ruke pokazati da je blizu, da nije zaboravio na bolesnika kao osobu.

Duhovnik također treba biti svojevrsni most između onoga što se naziva tehnikom i tehnologijom u medicini i onoga što je ljudsko, prirodno čovjeku. Bolesnik se često osjeća nelagodno, izgubljeno, pa čak i uplašeno pred navalom tehnike i naprava, osobito ako ne može shvatiti do kraja sve postupke koji se obavljaju nad njim. Duhovnik ovdje može imati vrlo važnu ulogu – biti znak i predstavnik onoga ljudskoga, osobnoga pred čime ne treba strepiti ili se bojati. U duhovniku bi trebao prepoznati čovjeka koji razumije, govori jasnim i razumljivim jezikom, koji je na njegovoj strani. Ne treba duhovnik ovdje imati sve odgovore i imati sva znanja svijeta, nego treba samo imati vremena i strpljenja slušati i biti uz bolesnika. On može biti tješitelj koji će poručiti: sve što čine oko tebe i tebi, čine radi tvojega dobra i ljubavi prema tebi kao jedinstvenom i neponovljivom biću koje zaslužuje biti voljeno i njegovano.

Literatura:

BOLNIČKI RED SVETOGA IVANA OD BOGA, GENERALNA KOMISIJA ZA PASTORAL, *La Pastorale secondo lo stile di San Giovanni di Dio*, Rim, 2012.

BOLNIČKI RED SVETOGA IVANA OD BOGA, *Carta d'Identità dell'Ordine*, Rim, 1999.

JORES, Artur, *Čovjek i njegova bolest*, II.popravljeno izdanje, Provincija franjevac trećoredaca, Zagreb, 1998.

JURČIĆ, Marina; NIKIĆ, Mijo; VUKUŠIĆ, Herman (ur.), *Vjera i zdravlje*. Zbornik radova s interdisciplinarnog, multikonfesionalnog i internacionalnog simpozija održanog 2.ožujka 2005. godine na Filozofskom fakultetu Družbe Isusove u Zagrebu (I. dio); *Razni tekstovi na temu „Vjera i zdravlje“* (II. dio), 2. prošireno izdanje, Zaklada Biskup Josip Jang, Zagreb, 2007.

KÜBLER-ROSS, Elizabeth, Razgovori s umirućima, IV. popravljeno izdanje, Provincija franjevac trećoredaca, Zagreb, 2007.

MARCHESI, Pierluigi, Umanizzazione, Rim, 1981.

7. 13. 1. Otpust palijativnog bolesnika iz Bolnice-jedan od indikatora kvalitete

Otpust se počinje planirati već pri samom prijemu, na prvom obiteljskom sastanku. Kada se otpust dogovori, podržavajući započetu komunikaciju s LOM-om i patronažnom službom u Info centru, otpust se najavljuje telefonom, dan ranije. Pri ovoj komunikaciji telefonom započinje kontinuirana skrb našeg bolesnika nakon otpusta iz bolnice. Kreira se potpuno pismo zdravstvene njege koje prvostupnica sestrinstva s odjela palijative šalje mailom patronažnoj sestri i LOM-u. Printano otpusno pismo zdravstvene njege prilaže se otpusnoj dokumentaciji i predaje bolesniku ili skrbniku pri otpustu. Otpust se ne planira petkom zbog jednostavnijeg nastavka skrbi nakon otpusta. Samim otpustom, koordinaciju skrbi za bolesnika od strane Bolnice preuzima Info centar. Nastavlja se započeta i dogovorena skrb nakon otpusta iz Bolnice te se, ovakvim pristupom, utječe na unapređenje ukupne zdravstvene zaštite. Pristupom koji negujemo poboljšavamo kontinuitet skrbi, dostupnost skrbi i izbor željenog mjesta skrbi samom bolesniku.

Otpust se planira i dogovara na obiteljskom sastanku uz sudjelovanje suradnika u liječenju i samog bolesnika-gosta. Dogovorena procedura se poštuje u cijelosti. Posebna pažnja poklanja se sigurnost bolesnika-gosta pri otpustu.

Otpusna dokumentacija sadrži izvješće o cjelokupnom liječenju u Bolnici.

Primjereno cjelovitoj usluzi koju je bolesnik-gost dobio, otpusna dokumentacija sadrži cjelovita izvješća.

Kako bi se dokumentacija mogla koristiti za uspješno zbrinjavanje kod kuće kao nastavak na postignuto u Bolnici, navode se pojedinačni postupci koji su kod bolesnika davali najbolje rezultate, prebrojavaju sudjelovanja u pojedinim grupama, prebrojavanju aktivnosti u radnoj terapiji, a posebno izvještaj o učinku duhovne potpore koja je bolesniku koristila u liječenju. Bolnica se odlikuje aktivnim djelovanjem pastora u timskom radu te je logično da se naglasi učinak na ukupno liječenje.

Ovo je posebnost Bolnice. Ova posebnost ogleda se i u otpusnoj dokumentaciji.

Otpusno pismo zdravstvene njege piše se pri otpustu palijativnog bolesnika i bolesnika liječenog na produženom liječenju. Preporuke su primjerene pojedinačnim potrebama samog bolesnika-gosta, s objašnjenom i prebrojanom potrebom bolesnika-gosta za patronažnom posjetom koja bi na terenu snažila obitelj u zbrinjavanju teškog bolesnika, a zdravstvena njega u kući pružala preporučene usluge.

Otpusna dokumentacija se priprema ranije kako bi na dan otpusta bila završena dekursiranjem dana otpusta i spremna prije dogovorenog vremena za otpust.

Na sam dan otpusta detalji se provjeravaju telefonom kako bi sam otpust prošao sa što manje stresa.

Otpusna dokumentacija sadrži:

-Otpusno pismo liječnika koje uključuje izvješća i preporuke o -duhovnoj potpori psihosocijalnoj potpori i o potpori fizioterapeuta

-Otpusno pismo zdravstvene njege

-Ostalo, npr. - potvrda provedenoj edukaciji skrbnika-njegovatelja, potvrda o zahtjevu obitelji za otpustom i sl.-da li je to dobro

U otpusnom pismu zdravstvene njege upisuje se stanje pri prijemu, provedeni postupci zdravstvene njege, preporuke za nastavak zdravstvene njege. Prilažu se slike vrijedi pri prijemu i otpustu, preporuke za liječenje te ostalo po potrebi. Ovo pismo osigurava nastavak zdravstvene njege kroz kontinuiranu zdravstvenu njegu koja je palijativnom bolesniku nužna. Pismo se šalje obiteljskom liječniku kako bi mogao organizirati palijativnu skrb kod kuće, zatim patronažnoj sestri kako bi bila spona između obitelji, liječnika, zdravstvene njege u kući, ostvarivanja prava iz zdravstvene i socijalne zaštite, posudionica pomagala i sl. Sadrži i brojeve telefona za suport i savjetovanje palijativnog tima 24/7/365 u našoj bolnici. Otpusna dokumentacija predaje se obitelji ili skrbniku pri samom otpustu. Potpisom se poprati predaja bolesnikovih osobnih stvari koje je bolesnik koristio u bolnici.

Otpusno pismo predaje se Info centru u Bolnici koji preuzima komunikaciju i koordinaciju s koordinacijskim timom na terenu, patronažnim sestrama, volonterskim udrugama, posudionicom pomagala i sl.

Obavijest o smrti obavlja se po dogovorenoj proceduri uz potpis na datiranoj temperaturnoj listi. Uz potpis osobe koja je primila obavijest upisuje se i vrijeme kad je obavijest potpisana. Istovremeno se odvija procedura predaje bolesnikovih stvari. I ovdje je upisano vrijeme i datum uz potpis osobe koja je primila stvari i medicinske sestre koja je stvari predala. U ovom posebno teškom, često najtežem trenutku u životu skrbnika, na usluzi je i duhovnik i psiholog uz ostale članove tima, kao potpora u žalovanju.

Liječnik obavještava obiteljskog liječnika o smrti bolesnika. Prvostupnica o smrti obavještava patronažnu sestru i koordinacijski tim na terenu zbog informacije i pružanja potpore u žalovanju u obitelji.

Bolnički tim za podršku palijativnoj skrbi djeluje 24 sata. Sastoji se od voditeljice tima za zdravstvenu njegu na odsjeku palijative i službujućeg liječnika. Pruža potporu djelatnicima na drugim odsjecima pri zbrinjavanju palijativnih bolesnika, djeluje na ublažavanje simptoma i potiče otpuštanje s odsjeka i transfer na primjereniji smještaj.

Zahtjev za pomoć tima za podršku palijativnoj skrbi mogu uputiti voditelji odsjeka ili voditelji smjena.

Središnji cilj bolničkog tima za podršku palijativne skrbi jest ublažavanje brojnih simptoma palijativnih pacijenata na različitim bolničkim odsjecima.

7. 13. 2. Mobilni palijativni tim

Pružuje usluge palijativne skrbi u kući bolesnika. Sastoji se od liječnika, prvostupnice sestrinstva i socijalnog radnika, educiranih za skrb palijativnih bolesnika. Članovi tima su zaposlenici Bolnice. Posebno se ugovaraju s HZZO-om i djelatnost obavljaju izvan radnog vremena. U tim se uključuju i volonteri iz volonterske udruge s kojom Bolnica ima ugovor o suradnji. Tim se organizira i djeluje sukladno potpisanom ugovoru.

Skrb se pruža poznatim bolesnicima koji su boravili u našoj Bolnici ili, pak, po prijavi s terena. Mobilni palijativni timovi neposredno u kući prepoznaju potrebe bolesnika, traže rješenja u postojećoj zdravstvenoj i socijalnoj zaštiti, uslugama koje može pružiti tim u kući, te usluge volontera ili obitelji. Zadaća tima je da samom vrstom usluga povećaju kvalitetu života u kući, a samim time i stvaranje uvjeta za odgađanje smještaja u instituciju, podizanje zdravstvene kulture i ušteda financijskih sredstava u zdravstvu i socijalnoj skrbi. Koordinacija Tima i Bolnice odvija se u Info centru.

7. 13. 3. Podsjetnici u dnevnom zbrinjavanju bolesnika:

Izrađeni su podsjetnici koji su podložni trajnim prilagodbama i dopunama:

- dnevni podsjetnik za voditelja tima zdravstvene njege na palijativi i dugotrajnom liječenju (vezano za plan zdravstvene njege, intervencije medicinske sestre te dnevnu promjenu plana ovisno o potrebama bolesnika)
- dnevni podsjetnik za tim zdravstvene njege u dnevnoj smjeni
- podsjetnik za tim zdravstvene njege u noćnoj smjeni
- druga pomagala
- dio dokumenta iz literature koji služe kao podsjetnik – pomoć djelatnicima u svakodnevnom zbrinjavanju bolesnika, samoedukaciji i edukaciji (6, 7, 8, 9, 10.) dostupno na <http://palijativna-skrb.hr/index.php/popis-dokumenata>

Popis usluga u palijativnoj skrbi

Medicinski postupci

Pregled dokumentacije

Procjena fizičkih simptoma i smetnji

Rješavanje somatskih simptoma (mučnina, povraćanje, opstipacija, dispneja...)

Abdominalna punkcija

Pleuralna punkcija

Postavljanje i promjena urinarnog katetera

Postavljanje i promjena nazogastrične sonde

Onkološko savjetovanje

Suportivna psihoterapija

Nekrektomija

Kućne posjete

Telefonsko savjetovanje

Uvođenje i titriranje analgetske terapije

Postavljanje indikacija za palijativnu kemoterapiju

Biopsija (obična, aspiracijska)

Razgovor s timskom medicinskom sestrom

Palijativna njega

Utvrđivanje potreba i ciljeva

Dokumentiranje

Koordinacija preuzimanja pacijenta u skrb iz druge ustanove ili iz kuće

Primopredaja službe skrbi za hospicijskog pacijenta

Planiranje palijativne zdravstvene njege

Mjere palijativne njege

Praćenje učinka terapije

Izvedba neophodnih aktivnosti u okviru utvrđenih potreba, te njihovo vrednovanje

Kontrola titriranja terapije

Praćenje nuspojava terapije

Praćenje umirućega

Razgovor s ordinirajućim liječnikom

Popis usluga u palijativnoj skrbi

Razgovor s pacijentom i obitelji

Upoznavanje pacijenta s prelaženjem na palijativnu skrb

Procjena psihosocijalnih i duhovnih potreba

Prikupljanje ili davanje informacija telefonom

Planiranje palijativne zdravstvene njege

Mjere palijativne njege

Socijalna skrb

Psihološka podrška (prisutnost)

Koordinacija otpusta

Podrška pacijentovim bližnjima

Podrška pacijentovim bližnjima u vrijeme žalovanja

Edukacija i osnaživanje

Upute za osoblje, poučavanje usmenom predajom

Poučavanje pacijenta/rodbine vještinama

Timski sastanak

Sastanak s obitelji

Problemski sastanak u okviru regije

7. 13. 4. Podsjetnik pri edukaciji djelatnika za skrb palijativnih bolesnika

(Preuzeto i djelomično prilagođeno: Osnovne kompetencije u palijativnoj skrbi: Bijela knjiga o obrazovanju u području palijativne skrbi – 1. dio Osnovne kompetencije u palijativnoj skrbi: Bijela knjiga EAPC o obrazovanju za palijativnu skrb –)

Osnovna načela palijativne skrbi

Autonomija

Dostojanstvo

Odnos između pacijenta i zdravstvenih radnika

Kvaliteta života

Stav prema životu i smrti

Komunikacija

Obrazovanje javnosti

Multiprofesionalni pristup

Tuga i žalovanje

Definicija kompetencije

Kompetencija je: skup povezanih znanja, vještina i stavova koji utječu na glavni dio nečijeg posla (funkciju ili odgovornost) koji su povezani s radnom učinkovitošću, koji se mogu izmjeriti prema općeprihvaćenim normama i koji se mogu poboljšati osposobljavanjem i usavršavanjem.

Deset osnovnih kompetencija u palijativnoj skrbi

1. Primjena osnovnih načela palijativne skrbi u okruženju gdje žive pacijenti i obitelji
2. Poboljšanje fizičke udobnosti u cijelom tijeku bolesti, bez tegoba, boli i drugih neugodnih simptoma
3. Zadovoljenje pacijentovih psiholoških potreba
4. Zadovoljenje pacijentovih socijalnih potreba
5. Zadovoljenje pacijentovih duhovnih potreba
6. Uvažavanje potreba obiteljskih njegovatelja u odnosu na kratkoročne, srednjoročne i dugoročne ciljeve u njezi pacijenta
7. Uvažavanje izazova kliničkog i etičkog donošenja odluka u palijativnoj skrbi
8. Provođenje sveobuhvatne koordinacije skrbi i interdisciplinarni timski rad u svim okruženjima gdje se pruža palijativna skrb
9. Razvoj interpersonalnih i komunikacijskih vještina u okviru palijativne skrbi
10. Razvoj samosvijesti i kontinuirano stručno usavršavanje

Sažetak podsjetnika:

1. Primjena osnovnih komponenti palijativne skrbi u okruženju gdje žive pacijenti i obitelji

Zdravstveni radnici u palijativi su oni koji se trebaju prilagoditi, a ne pacijenti i njihove obitelji uvođenjem velikih promjena u svoj način života.

2. Poboljšanje fizičke udobnosti u cijelom tijeku bolesti, bez boli i drugih neugodnih simptoma

Osigurati izvrsnost u skrbi u terminalnoj fazi, bez obzira na okruženje.

3. Zadovoljenje pacijentovih psiholoških potreba

Dobre komunikacijske vještine su od vitalnog značenja za zadovoljenje pacijentovih psiholoških potreba. Vrlo je važno znati kada i kome dalje uputiti pacijenta.

4. Zadovoljenje pacijentovih socijalnih potreba

Pacijentovu brigu vezanu za odnose, financije, stanovanje i osobne poslove optimalno uskladiti sa skrbi u kliničkom i drugom okruženju.

5. Zadovoljenje pacijentovih duhovnih potreba

Uključiti duhovne, egzistencijalne i religiozne potrebe pacijenata i njihovih obitelji u plan skrbi, poštujući njihov izbor da se ne koncentriraju na ovaj aspekt skrbi ukoliko to ne žele.

6. Uvažavanje potreba obiteljskih njegovatelja u odnosu na kratkoročne, srednjoročne i dugoročne ciljeve u njezi pacijenta, osobne poteškoće potrebe u skrbi i žalovanju

Skrb o pacijentu uključuje obiteljske njegovatelje, uzimajući u obzir njihovo lokalno okruženje, zdravstveni sustav i, naravno, njihove odnose sa zdravstvenim radnicima koji sada postaju članovi njihovih obitelji.

7. Uvažavanje izazova kliničkog i etičkog donošenja odluka u palijativnoj skrbi

Zdravstveni radnici u palijativi suočavaju se s izazovnim etičkim i moralnim dilemama, uključujući i pitanja o hidrataciji i prehrani, davanju sedativa, liječnički potpomognutom samoubojstvu i/ili eutanaziji, korištenje sedativa u palijativi....

Potrebno je osvijestiti činjenicu da najprikladnija etička skrb ne mora nužno biti u skladu s pacijentovim željama i sklonostima.

8. Provođenje sveobuhvatne koordinacije skrbi i interdisciplinarni timski rad u svim okruženjima gdje se pruža palijativna skrb

Pružiti svaku potrebnu podršku tijekom pacijentovih premještaja u razna okruženja gdje se pruža skrb.

Prepoznata je važnost uloge volontera u koordinaciji skrbi.

9. Razvoj interpersonalnih i komunikacijskih vještina primjerenih palijativnoj skrbi

Vještine su važne kada je potrebno priopćiti loše vijesti, kada je potrebno donijeti teške odluke koje se odnose na nastavak ili prestanak liječenja, kada su okolnosti neodređene i nesigurne i kada dolazi do jakih emocija i duševnih boli.

10. Razvoj samosvijesti i kontinuirano stručno usavršavanje

Kontinuirano stručno usavršavanje, obično definirano unutar svake stručne discipline, trebalo bi biti sastavni dio kliničke prakse.

Razvijati samosvijest, osvještavanje osobnih jakih i slabih strana te moralnih i duhovnih uvjerenja.

U planiranju edukacije potrebno je obuhvatiti područje interdisciplinarnog učenja na specijalističkoj razini, kao i načela dobre komunikacije i dobrog upravljanja simptomima.

Na specijalističkoj razini, interdisciplinarno učenje bilježi pozitivne učinke te postoje modeli učenja koji objedinjuju zajedničko učenje i ono koje je specifično za pojedinu disciplinu.

Preporučuje se korištenje primjerenih metoda i koncepata podučavanja odraslih, uključujući i pojedinačno učenje vezano specifično za određenu discipline.

Svi djelatnici trebaju njegovati načela dobre komunikacije i načela dobrog upravljanja simptomima.

Kompetencije ne bi trebalo shvatiti kao alat za prosuđivanje o zdravstvenim radnicima, već prije kao cilj kojega bi svi trebali nastojati s vremenom doseći.

Zaključak

Deset osnovnih kompetencija temelji se na ključnim načelima da će partnerski rad u timu, dijeljenje vještina specifičnih za pojedine discipline s kolegama i volja za učenjem jednih od drugih poboljšati ukupni rezultat palijativne skrbi za pacijente i njihove obitelji.

Maristela Šakić, dr.med.spec.psih.

Stana Koščak, bacc.med.techn.

Luca Marković, bacc.med.techn.

Marijana Petrić, bacc.med.techn.

Sanja Babić, bacc.med.techn.

8.1.Skrb za kronične duševne bolesnike u Bolnici

Bolesnici se za prijem na Odjel kroničnih duševnih bolesti naručuju. Opća psihijatrijska ambulanta djeluje u sklopu Info centra. Sva dokumentacija kao i svi prikupljeni podaci u komunikaciji Bolnica-bolesnik, skrbnik, dopisi, pregledi....dopunjavaju bazu podataka kroničnih duševnih bolesnika koja se ažurira svakim podatkom poznatim Bolnici. U Info centru se bolesnik prepoznaje prezimenom i imenom i sva dokumentacija, preko BIS- stalno dopunjuje.

Medicinska sestra u prijemnoj ambulanti dogovara direktno sa bolesnikom ili bolnicom, odnosno odjelom gdje se bolesnik nalazi, datum prijema.

Bolesnik po dolasku u Bolnicu biva primljen u prijemnu ambulantu gdje se uzimaju osnovne informacije potrebne za popunjavanje upisne dokumentacije.

Po upisu, bolesnik i njegova obitelj u pratnji sestre dolaze na odjel gdje se smještaju u sobu za prijem bolesnika.

Medicinska sestra, voditelj odsjeka, uzima sestrinsku anamnezu od bolesnika i njegove obitelji, te ispunjava sestrinsku dokumentaciju i izrađuje plan zdravstvene njege, a bolesniku i njegovoj obitelji uručuje vodič za liječenje na odjelu za kronične duševne bolesti, te informativni letak bolnice. Tog trenutka se definira harmonični susret bolesnika odnosno gosta sa cjelokupnim timom za liječenje uz obostranu odgovornost.

Pri prijemu bolesnika osobitu pozornost zauzima briga o prepoznavanju preostalih zdravih funkcionalnih sposobnosti i osobina ličnosti bolesnika na koje će se oslanjati terapijski proces bolesnika, npr. kod psihijatrijskih bolesnika vještina slikanja ili pisanja, vrtlarstvo,... što će ga vratiti u kreativnost, smisao ... pa sve do zdravlja.

Tijekom obiteljskog sastanak bolesnik i njegova obitelj dobivaju potrebne informacije vezane za boravak bolesnika u bolnici, opće informacije vezane za odjel i plan aktivnosti na odjelu.

Nakon toga se bolesnik smješta u pripremljenu bolesničku sobu.

Datirana printana dnevna radna lista s popisom bolesnika obvezujući je dnevni dokument u koji se upisuju kratke bilješke vezane za sva događanja i promjene kod bolesnika, kao i naputci iz vizite koji se realiziraju neposredno nakon vizite.

Zabilješke su podsjetnik medicinskim sestrama za upisivanje u E-listu, dekursus i ostalu dokumentaciju.

Po završetku vizite bolesnici odlaze na svoje aktivnosti predviđene planom koji se nalazi na oglasnoj ploči odjela.

TJEDNI TERAPLJSKI RASPORED NA ODSJEKU PSIHIJATRIJE II

PONEDJELJAK	08:10 – 08:30	08:35 – 08:50	09:00 – 09:30	09:30 – 10:30	10:30 – 10:45	10:45 – 11:30	13:15 – 14:00	14:30 – 15:30	15:45 – 16:45	18:15 – 18:45	
	PODJELA JUTARNJE TERAPIJE	TJELOVJEŽBA	JUTARNJI SUŠRET LJEČNIKA I BOLESNIKA	RADIONICA RADNE TERAPIJE (GRUPA C) EDUKACIJSKA GRUPA S PSIHOLOGOM (GRUPA B)	VRIJEME PREDVIĐENO ZA PODIZANJE NOVACA	TRENING SOCIJALNIH VJEŠTINA (GRUPA C) EDUKACIJSKA GRUPA S PSIHOLOGOM (GRUPA A)	GRUPNA PSIHOTERAPIJA (GRUPA A)	RADIONICA RADNE TERAPIJE (GRUPA B) GLAZBENA RADIONICA	RADIONICA RADNE TERAPIJE (GRUPA A)	SLOBODNO VRIJEME (ODLAZAK U ŠETNJU)	
UTORAK	08:10 – 08:30	08:35 – 08:50	09:00 – 09:30	09:45 – 10:20	10:30 – 10:45	10:30 – 11:15	11:30 – 12:15	13:15 – 14:15	15:30 – 16:30	16:00 – 17:00	
	PODJELA JUTARNJE TERAPIJE	TJELOVJEŽBA	JUTARNJI SUŠRET LJEČNIKA I BOLESNIKA	TERAPIJA MOLITVOM	VRIJEME PREDVIĐENO ZA PODIZANJE NOVACA	RADIONICA RADNE TERAPIJE (GRUPA A)	RADIONICA RADNE TERAPIJE (GRUPA B)	GRUPA LJEČENIH OVISNIKA	RADIONICA RADNE TERAPIJE (GRUPA C)	SLOBODNO VRIJEME (ODLAZAK U ŠETNJU)	
SRIJEDA	08:10 – 08:30	08:35 – 08:50	09:00 – 09:30	09:35 – 10:35	10:30 – 10:45	11:00 – 12:00	13:15 – 14:00	14:15 – 15:00	16:30 – 17:00	17:00	18:15 – 18:45
	PODJELA JUTARNJE TERAPIJE	TJELOVJEŽBA	JUTARNJI SUŠRET LJEČNIKA I BOLESNIKA	GRUPE OPUŠTANJA GRUPA I – 09:35-10:05 GRUPA II – 10:05-10:35	VRIJEME PREDVIĐENO ZA PODIZANJE NOVACA	DUHOVNA RADIONICA	TRENING SOCIJALNIH VJEŠTINA (GRUPA A) GRUPNA PSIHOTERAPIJA (GRUPA C)	SASTANAK TERAPLJSKE ZAJEDNICE	MOLITVA KRUNICE U KAPELICI	SVETA MISA	SLOBODNO VRIJEME (ODLAZAK U ŠETNJU)
ČETVRTAK	08:10 – 08:30	08:35 – 08:50	09:00 – 09:30	09:45 – 10:20	10:30 – 10:45	10:30-11:15	10:30-11:00	11:30 – 12:15	14:15 – 15:15	18:15 – 18:45	
	PODJELA JUTARNJE TERAPIJE	TJELOVJEŽBA	JUTARNJI SUŠRET LJEČNIKA I BOLESNIKA	TERAPIJA MOLITVOM	VRIJEME PREDVIĐENO ZA PODIZANJE NOVACA	RADIONICA RADNE TERAPIJE (GRUPA A)	TRENING SOCIJALNIH VJEŠTINA (GRUPA B)	RADIONICA RADNE TERAPIJE (GRUPA B)	RADIONICA RADNE TERAPIJE (GRUPA C)	SLOBODNO VRIJEME (ODLAZAK U ŠETNJU)	
PETAK	08:10 – 08:30	08:35 – 08:50	09:00 – 09:30	09:30 – 10:15	10:30 – 10:45	10:30 – 11:15	11:00 – 12:00	13:15 – 14:00	15:30 – 16:30	14:30-15:30	18:15 – 18:45
	PODJELA JUTARNJE TERAPIJE	TJELOVJEŽBA	JUTARNJI SUŠRET LJEČNIKA I BOLESNIKA	RADIONICA RADNE TERAPIJE (GRUPA C)	VRIJEME PREDVIĐENO ZA PODIZANJE NOVACA	RADIONICA RADNE TERAPIJE (GRUPA B)	EDUKACIJSKA GRUPA S PSIHOLOGOM (GRUPA C)	GRUPNA PSIHOTERAPIJA (GRUPA B)	RADIONICA RADNE TERAPIJE (GRUPA A)	GLAZBENA RADIONICA	SLOBODNO VRIJEME (ODLAZAK U ŠETNJU)
SUBOTA	08:10 – 08:30	08:35 – 08:50			10:00-10:45		11:00-11:45		15:00 – 17:00		
	PODJELA JUTARNJE TERAPIJE	TJELOVJEŽBA			RADIONICA VJEŠTINA U SVAKODNEVNOM FUNKCIONIRANJU (GRUPA I)		RADIONICA VJEŠTINA U SVAKODNEVNOM FUNKCIONIRANJU (GRUPA II)		AKTIVNOSTI U KRUGU BOLNICE		

U ambulanti se nalaze dokumenti u kojima se gosti naše kuće mogu informirati o svojim zakonskim pravima (ZAKON O ZAŠTITI OSOBA S DUŠEVNIM SMETNJAMA)

8.2. IZDVOJENA DJELOVANJA ČLANOVA TIMA U REDOVNOM SOCIOREHABILITACIJSKOM PROGRAMU PSIHIJATRIJSKIH BOLESNIKA U BOLNICI

Psihijatar: kreativna psihofarmakoterapija, grupna i individualna psihoterapija, grupa liječenih ovisnika, sastanak terapijske zajednice.

Educirana medicinska sestra-tehničar: vodi opuštajuću i relaksirajuću grupu, te uz psihijatra i druge članove tima sudjeluje u grupi liječenih ovisnika i sastanku terapijske zajednice. U svakodnevnoj individualnoj i grupnoj komunikaciji s bolesnicima prakticira suportivni socioterapijski pristup.

Psiholog: grupni i individualni psihološki suport bolesnicima.

Duhovnik: duhovne radionice, individualni duhovni suport, procjena duhovnosti - upitnik, radno terapijske grupe u prirodi s duhovnikom.

Časne sestre: duhovne radionice i individualna duhovna potpora.

Radni terapeuti: radna terapija koja se planira, definira i evaluira u individualnom radno terapijskom kartonu za svakog bolesnika.

Fizioterapeut: individualni fizioterapijski program po potrebi, grupni fitnes i druge vježbe.

Socijalni pedagog: individualna procjena funkcionalnosti i grupni trening socijalnih vještina.

Socijalni radnik: individualni i grupni angažman.

Uključuje se u rješavanje svih socijalnih problema bolesnika.

Terapijska zajednica: čine je svi bolesnici na odsjeku i svi članovi stručnog tima na odsjeku predvođeni odjelnim psihijatrom. Sastaju se jednom tjedno zbog evaluacije kvalitete suživota u zajednici, zajedničkog rješavanja nejasnoća te plana za sljedeći tjedan. Sastanak vodi predsjednik terapijske zajednice izabran na prošlom sastanku.

Bolesnici- gosti: pojedinačno sudjelovanje bolesnika u dnevnom životu terapijske zajednice.

Predsjednik – član je dnevne vizite, vodi terapijsku zajednicu, koordinira odlazak bolesnika na duhovne radionice, terapije molitvom, odlazaka u crkvu.....koristeći dnevni popis

bolesnika. Zapisničar – koordinator grupe, koordinira redovan odlazak bolesnika iz svoje grupe na planirane aktivnosti. Koristi dnevni popis bolesnika u svojoj grupi. Bilježi neusklađenosti u grupi, nakon završetka aktivnosti predaje popis s bilješkama voditelju smjene. Iste bilješke se koriste za korekciju individualnog dnevnog plana skrbi i poveznica su za prilagođene intervencije: podjela hrane, skupljanje hrane, higijeničar, tjelovježba, čišćenje pušione, popis za crkvu, humanisti, čitači na misi, pjevači, ministranti, fitnes.

Glavna sestra odsjeka je koordinator, organizator i odgovorna osoba za pravilno provođenje ovog vrlo zahtjevnog programa. Za ove poslove potrebna je dodatna edukacija medicinskih sestara. Pored ovih zadataka za život zajednice unutar odsjeka, glavna sestra odsjeka zadužena je za primjerenu komunikaciju s obitelji i skrbnicima i za nastavak skrbi nakon otpusta iz Bolnice. Istovremeno komunicira horizontalno i vertikalno u samoj Bolnici. Svi ovi postupci su popraćeni protokolima i smjernicama dostupnim svim zaposlenima. Obaveza postupanja prema propisima osigurava jednoobraznost u pružanju skrbi i kvalitetu skrbi.

8.3.BAZIČNO FUNKCIONIRANJE I STRUKTURIRANJE TIMSKE

REHABILITACIJE NA ODJELU ZA KRONIČNE DUŠEVNE BOLESTI

Kako bi program bio što bolje integriran u cjelokupnu rehabilitaciju ličnosti bolesnika, odnosno našega gosta, važno je krenuti od svakog člana tima.

Koordinator tima je psihijatar. Psihijatar u strukturiranom rehabilitacijskom programu vodi cjelokupni proces liječenja, integrirajući ga s drugim članovima tima: prvostupnicima, medicinskim tehničarima, psihologom, radnim terapeutima, socijalnim pedagogom, socijalnim radnikom, pastoralnom službom te medicinskim sestrama, voditeljima timova za zdravstvenu njegu.

Odjelni psihijatar pristupa individualno i grupno bolesniku tijekom cijelog procesa liječenja i rehabilitacije.

To znači da će svakoga bolesnika pojedinačno pratiti i voditi kroz dekursuse, modifikaciju lijekova, nova psihička i somatska zapažanja te navesti što se značajno prorađivalo tijekom individualnih i grupnih psihoterapijskih suporta te dva-tri puta tjedno pratiti grupni rad na odjelu. Integrira rad tehničara zajedno sa glavnim tehničarom/prvostupnikom na odsjeku i ukazuje na potrebne promjene u terapijskom i stručnom procesu.

Najvažnije od svega je da psihijatra izgradi odnos s bolesnikom te zna predstaviti drugim članovima tima na timskoj sintezi na kojem sadržaju se terapijski radi. Na timskoj sintezi nije

važno pokupiti puke informacije o pacijentu, nego je važno sažeti ono što nam je pacijent predočio u aktualno shvaćanje njegovih poteškoća, pronaći njegove zdrave mehanizme i pokušati krenuti od njih kako bi kroz preostali zdravi dio pokrenuo i onaj za koji smatra da mu je manje zdrav.

Bolesnik je suradnik u liječenju, njegov ritam treba pratiti, ali nikada zaboraviti da moramo raditi i na samome sebi i pratiti vlastiti ritam stručnjaka i čovjeka.

Terapijski program na odjelu je program kojega se svi jednako moraju pridržavati i kao takav je svakodnevna okosnica cjelokupnog liječenja. Niti jedna stavka programa se ne mijenja dok cijeli tim nije suglasan i potvrđen kao potreban za terapijsku zajednicu.

Članovi tima na odjelu za kronične duševne bolesti se sastaju jedanput tjedno na timskoj sintezi. Članove tima čine psihijatar, prvostupnik sestinstva, psiholog, socijalni radnik, socijalni pedagog, radni terapeuti i bolnički kapelan. Prema potrebi se uključuje fizioterapeut.

Sve terapijske individualne i grupne aktivnosti koje vode psihijatri, psiholog, prvostupnici, medicinski tehničari, radni terapeuti, socijalni radnik, socijalni pedagog, i bolnički kapelan moraju biti u zadano vrijeme i prilagođene bolesnicima sa zadanim tematskim cjelinama.

Nije dopušteno pristupiti pacijentima u grupnom radu mimo pravila grupnog rada.

Svi članovi tima svoje terapijske postupke, kao i evaluacije sudjelovanja pacijenta u terapijskom programu, bilježe u elektronsku dnevnu listu. Na ovaj način težimo k sinkroniziranom djelovanju članova tima u čijem je središtu bolesnik, odnosno prvenstveno k uspostavi terapijskog odnosa svih članova tima s bolesnikom.

Bolesnike je važno uvijek poticati i motivirati za terapijske aktivnosti. Nije dovoljno rutinski izvršavati zadatke i „na brzinu“, nego se s njima treba suživjeti i biti sveprisutan na odjelu, od usmjeravanja ponašanja na hodniku, do toga da se ode u sobu i bolesnika potakne da dođe u prostoriju gdje se aktualno odvija terapijski proces.

Također je važno impregnirati rehabilitacijski sadržaj koji se odvija izvan odjela u cjelokupni terapijski tretman.

To znači sljedeće:

- Prvostupnik i/ili voditelj zdravstvene njege na odsjeku integrira i prati srednje tehničare za koje je odgovoran. Proces komunikacije te izvršavanje radnih zadataka treba biti stručno i neupitno.

- Srednji tehničari se, kao i svi djelatnici, prema bolesnicima odnose stručno i s poštovanjem. Ukoliko je bolesnik agresivan i manipulativan, upotrebljavaju se jasne poruke postavljanja granica i vraćanja u terapijski proces. Svakako, isti proces treba okončati liječnik ukoliko mu se za to obrati prvostupnik ili medicinski tehničar.

Dakle, koordiniranje cjelokupnog dnevnog programa prati i vodi glavni tehničar odsjeka/prvostupnik te posredno preko koordinatora grupa, predsjednika terapijske zajednice, srednjih tehničara, bolesnike usmjerava na redovito pohađanje istoga, od radne terapije do grupne terapije, psiholoških edukativnih grupa, treninga socijalnih vještina i pastoralno - duhovnog programa.

Pastoralni program, usmjeren prema duševnom bolesniku, možemo podijeliti na liturgijski i širi duhovni kroz probe pjevanja, duhovne radionice i duhovne okupacije u prirodi te individualni rad na jačanju osobnosti bolesnika kroz motivirajuće razgovore i ispovijedi kada to bolesnik želi.

Liturgijski pastoralni program predvodi Prior Bolnice i bolnički kapelan, aktivno sudjeluju časne sestre i svi drugi djelatnici članovi pastoralne službe.

Pastoralni programa nije zasebna cjelina koja se odvija sama za sebe, nego u sklopu cjelokupnog programa i to primarno onoga koji je zadan kroz dnevno terapijski program na odjelu. Kroz stoljeća rada bolničkog reda sv. Ivana od Boga definirala su se načela pristupa bolesniku, osobito u pastoralnim djelatnostima jer je suština karizme približiti Boga čovjeku kako bi čovjek manje patio i više se osjećao prihvaćenim od Boga, baš kroz milosrdno djelovanje čovjeka. Psihijatar koji poznaje psihodinamiku bolesnika može i treba pastoralni liturgijski program, u kojem je prvenstveno susret čovjeka s Bogom, bolesniku predočiti ne samo s duhovne strane, nego i psihosocijalno što onda daje cjelinu terapijskog djelovanja.

Svako sudjelovanje bolesnika u liturgiji kroz čitanje na misi, ministriranje, pjevanje, pomaganje nemoćnim bolesnicima inicijalno je koordinirano na odjelu.

Dnevno terapijski program od samog ulaska bolesnika na odjel je usmjeren na stvaranje zdravih resursa i poticanje na svakodnevnu funkcionalnost. Svjesni kako se isto rijetko nastavlja povratkom bolesnika u njegovu obitelj, usmjereni smo na organizirano stanovanje psihički bolesnih osoba sveti Ivan od Boga.

8. 3. 1. Organizirano stanovanje psihički bolesnih osoba

je model po kojem Bolnica postaje inicijator i nositelj procesa deinstitucionalizacije.

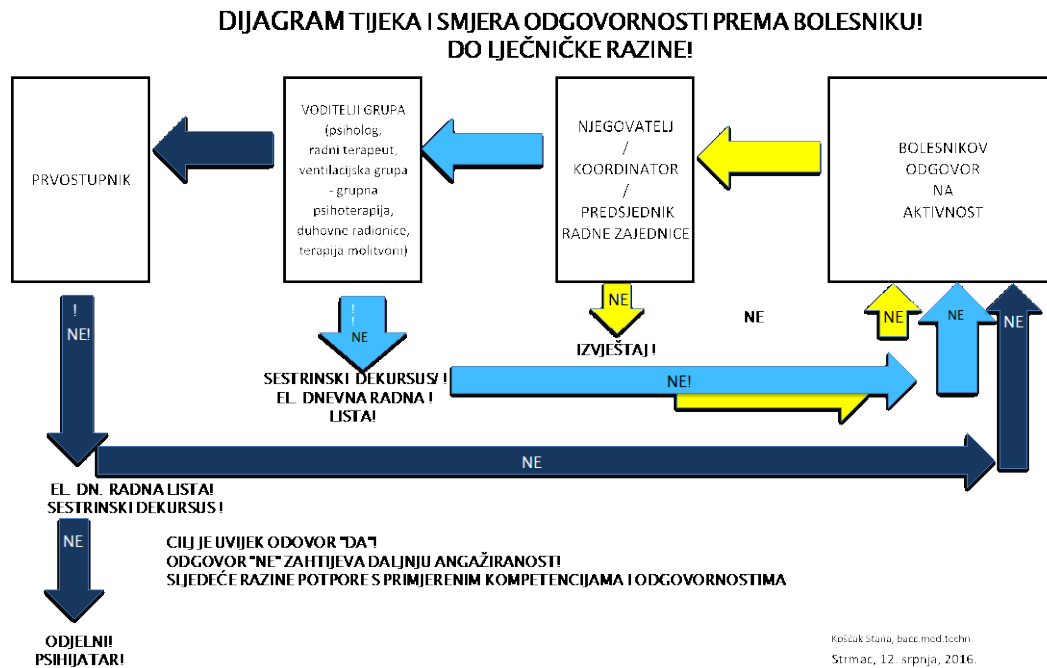
Harmoničnim konstruktivnim i nadasve obostrano odgovornim pristupom prema bolesniku i njegovoj obitelji naša Bolnica je nositelj jedinstvenog pristupa od HOSPITALIZACIJE DO REHABILITACIJE upravo na temeljima filozofije i karizme osnivača Bolnice i stambene zajednice, bolničkog reda Milosrdne Braće.

Ustanova time neće djelovati u pravcu potpunog ukidanja same sebe, već u pravcu transformacije svoje dosadašnje uloge – kao centra u kojem će se vršiti procjena osobina i sposobnosti psihički bolesnih osoba, njihova priprema i osposobljavanje za samostalan život, osiguravanje objekata i sredstava te stručna potpora za samostalni život.

Komunikacija Organiziranog stanovanja tj. Stambene zajednice Sv. Ivana od Boga, Šumetlica 87 i Bolnice odvija se kroz Info centar.

Maristela Šakić, dr.med.spec.psih.

8.4. DIJAGRAM TIJEKA I SMJERA ODGOVORNOSTI PREMA BOLESNIKU



NAPUTAK UZ DIJAGRAM TIJEKA I SMJERA ODGOVORNOSTI PREMA BOLESNIKU DO LJEČNIČKE RAZINE

Dijagram pojednostavljuje skrb za bolesnika i njegovo uključivanje u samobrigu u zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba te sudjelovanja u sociorehabilitacijskom programu.

Zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba planirano u planu zdravstvene njege. Ako se bolesnik može brinuti sam za sebe, potrebno ga je diskretno nadzirati i podsjećati na primjeren način. Ako bolesnik ima smanjenu mogućnost brige o sebi, intervencije su planirane u printanom planu zdravstvene njege.

Sudjelovanje u sociorehabilitacijskom programu je planirano na odjelu.

Sve navedene aktivnosti nude se bolesniku i očekuju njegovo uključivanje, što znači - cilj je uvijek odgovor bolesnika DA

Ako je odgovor bolesnika NE, potrebno je ispoštovati primjerenu proceduru kako bi bolesnik ipak odgovorio s DA, odnosno uključio se u potrebnu i planiranu aktivnost.

Ovo nuđenje uključuje profesionalni pristup na svim razinama, što znači uvažavanje bolesnikove osobnosti.

Bolesnik mora odmah biti obaviješten da će se uključiti sljedeća razina odgovornosti nakon prvog odgovora NE. Sljedeća razina je prikazana zbog jednostavnosti u dijagramu.

Važno je da se bolesniku ponovno i ponovno prilazi s istim ciljem. Počinje s prvim odgovorom NE, npr. -njegovatelja ili koordinatora grupe, nastavlja se voditeljem grupe (radnim terapeutom, psihologom, medicinskom sestrom) te ako je i dalje odgovor NE, obavještava se prvostupnica koja dolazi s printanom dnevnom radnom listom, ponovo nudi aktivnost i obavještava bolesnika da će ovo neuključivanje u aktivnost zabilježiti i obavijestiti liječnika.

8. 4. 1. Velika vizita

Velika vizita je susret Uprave bolnice, tj. Priora i Ravnateljice s odjelnim liječnikom, prvostupnicima sestrinstva, medicinskim sestrama/tehničarima i njegovateljima te svim drugim članovima tima na odjelu. Jasno uključuje u prvom redu susret s bolesnicima, našim gostima, u njihovim bolesničkim sobama.

Odvija se na svakom odjelu/odsjeku jedan puta mjesečno.

Velika vizita je susret koji potvrđuje zadane standarde pristupa, njege i skrbi naših bolesnika te u zajedničkom susretu ostavlja mogućnost prijedloga, osvrta, refleksija poteškoća i svih drugih potreba i zapažanja u radu i djelovanju na odjelu odnosno odsjeku kako sa bolesnicima i njegovom obitelji tako i međusobnoj kolegijalnoj komunikaciji i stručnom odnosu djelatnika, temeljenih na karizmi gostoljubivosti i vrijednostima osnivača, bolničkog reda Milosrdne Braće.

8. 4. 2. Terapijska zajednica u Bolnici na Odjelu kroničnih duševnih bolesti

Na sastanku terapijske zajednice (koju čine svi bolesnici, glavna sestra odsjeka i liječnik voditelj odsjeka, te svi članovi stručnog tima) dogovara se tjedna organizacija svih djelatnosti na odsjeku. Iznose se sve aktualnosti od proteklog tjedna, daju prijedlozi i primjedbe, dogovaraju se prilagodbe i sl.

Sastanak terapijske zajednice vodi bolesnik.

Biraju se koordinatori grupa i predsjednik terapijske zajednice iz redova bolesnika.

Na terapijskoj zajednici se dogovaraju razna zaduženja za bolesnike: predstavnik terapijske zajednice, zapisničar, koordinatori grupa, higijeničar, voditelj tjelovježbe, djelatnici hrane, razvrstitelji hrane, zaduženja u liturgijskom programu (ministranti, čitači na misi, pjevači u zboru, pomoć kod uređenja crkve...).

Koordinatori grupa i predsjednik terapijske zajednice vode svoje grupe na grupni program. Popis članova grupe dobivaju dnevno, u poticanju na sudjelovanje u uključivanje imaju na raspolaganju medicinsku sestru iz redovne smjene zaduženu za grupe. Svoje bilješke o NE sudjelovanju predaju prvostupnici sestrinstva na kraju smjene koja ove bilješke usklađuje s ostalim bilješkama te se traži način po proceduri oko uključivanja svih u socioterapijski program.

Tjedni sastanak s koordinatorima i predsjednikom terapijske zajednice vodi voditelj tima za zdravstvenu njegu. Sastanci su motivirajući, potiču na brigu svakog pojedinca o svima u zajednici.

Voditelj tima za zdravstvenu njegu u dnevnoj komunikaciji s bolesnicima usmjerava ih k pozitivnim stavovima imajući na umu uvodni intervju i sestrinsku anamnezu o pojedinačnoj samopercepciji.

Dokumentacija je istovjetna dokumentaciji na ostalim odsjecima, sukladno propisanoj sestrinskoj dokumentaciji u Zakonu o sestrinstvu.

Uključuje individualni pristup pri izradi plana zdravstvene njege. Upisuju se po prioritetu glavne dvije ili nekoliko sestrinskih dijagnoza.

Uputno je postaviti orijentacijska pitanja pri individualnom planiranju zdravstvene njege, poput:

Što vas šini sretnim?

U čemu ste bili uspješni?

Čime biste se željeli baviti u budućnosti?

Što je to što ne volite?

Cilj je procjena osobnog doživljaja dobrobiti kao oslonac planiranju sestrinskih intervencija za viši nivo dobrobiti i orijentaciju k zdravlju i jačanju zdravih potencijala.

Plan se izrađuje u BIS-u., koristi se kao dnevni radni nalog. Intervencije su vezane za plan. Za bolesnike sa sestriškom dg SMBS Plan se printa. Na poleđini plana upisuju se sudjelovanja u grupnoj terapiji, pojedinačnim razgovorima s liječnikom, duhovnikom, psihijatrom.....Na Odjelu kronične psihijatrije u dnevnom rasporedu medicinske sestre raspoređuju se medicinske sestre-tehničari za pratnju bolesnika na dnevne grupne aktivnosti. Bolesnike se otprati prije početka rada grupe ili RT te se bolesnike doprati nakon završetka rada grupe s informacijama o pojedinačnom sudjelovanju u radu grupe. Za bolesnike kod kojih postoji problem aktivnog sudjelovanja u radu grupe, problem se bilježi u - evaluaciju - isprintanog plana zdravstvene njege. U rubriku - intervencije medicinske sestre - upisuje se planirano rješenje uočenog problema bolesnika. Informacije o sudjelovanju na radnoj terapiji dobiva se od radnih terapeuta dnevno na dnevnom popisu bolesnika koji su uključeni u rad grupa i radne terapije

8. 4. 3. Otpust bolesnika –gosta s odjela kroničnih duševnih bolesti

Na Psihijatrijskom odjelu se preporučuje otpusno pismo zdravstvene njege kod kroničnih shizofrenih bolesnika koji su reducirane funkcionalnosti osobito onih koji imaju narušenu obiteljsku dinamiku, žive u domu, udomiteljstvu ili, pak, sami i nemaju adekvatnu potporu obitelji. Za ostale kronične psihijatrijske bolesnike potrebno je u suradnji s liječnikom pitati bolesnike žele li potporu patronažne sestre kod kuće, pa ako žele, napisati otpusno pismo zdravstvene njege i poslati patronažnoj sestri s preciznim uputama. Ako ne žele, u otpusno pismo se piše da, za sada, bolesnik smatra kako mu nije potrebna pomoć patronažne sestre kod kuće. Nadležna patronažna sestra će informaciju primiti na znanje. Prije otpusta potreban je kontakt telefonom, kako bi se otpust najavio. Za bolesnike koji se otpuštaju s Odjela kronične psihijatrije, a s kojima je dogovoren nastavak zdravstvene njege u Primarnoj zdravstvenoj zaštiti, primjereno potrebama bolesnika, dogovoriti će se datum odlaska u Klub liječenih alkoholičara i drugih klubova. Umreženost Info centra s komunama za odvikavanje od ovisnosti pomaže pri usmjeravanju za nastavak oporavka. Kronični duševni bolesnik nužno treba kontinuiranu skrb što znači da je nastavak skrbi nakon izlaska iz bolnice nužno sastavni dio otpusne procedure i otpusne dokumentacije.

Uputno je zamoliti liječnika na Odjelu, koji bolesnika-gosta otpušta, da na kraju svog otpusnog pisma napiše i “otpusno pismo zdravstvene njege u pravitku”.

S obzirom da ne postoji tradicija pisanja otpusnih pisama zdravstvene njege na psihijatrijskim odjelima, preporučuje se telefonom kontaktirati glavnu sestru patronaže ili patronažnu sestru na terenu kako bi naša preporuka za patronažnom skrbi bila lakše i pravilnije prihvaćena.

8.5.SKRB ZA DEMENTNE BOLESNIKE U BOLNICI

Procedura naručivanja i prijema dementnih bolesnika na liječenje u Bolnicu je propisana. Odvija se u Info centru. Za prijem je potrebna preporuka psihijatra ili neurologa, uz poštivanje propisa od strane HZZO-a. (Bolnica je ugovorna ustanova s HZZO-om.) (Vidi: Planiranje prijema i procedura prijema bolesnika u Info centru Bolnice)

Sestrinska dokumentacija također je istovjetna dokumentaciji koja se koristi za palijativne bolesnike. (Vidi: Dokumentacija skrbi za palijativnog bolesnika u Bolnici)

8. 5. 1. Komunikacija s dementnom osobom

Dobra komunikacija s dementnom osobom temelj je za izradu plana zdravstvene njege, prepoznavanje problema, planiranje intervencija, kao i sveukupnu skrb. Važna mogućnost komunikacije je prijateljski, srdačan govor s jasnim smislenim sadržajem kombiniran s dodirrom. Dobar, profesionalni dodir je tih razgovor s kožom i rukama. Ritmična masaža s nježnim kontinuiranim, laganim i kružnim kretnjama sinonim je ugodnog dodira. Komunicirati možemo pjevanjem, molitvom, čitanjem, puštanjem glazbe.....

O umijeću komuniciranja s osobama s demencijom, također, uvelike ovisi cjelokupna skrb o bolesniku. Problemi koji nastaju u skrbi često imaju korjen u neuspjeloj komunikaciji.

Posebno pažljivo treba uvijek prilaziti osobama s demencijom i razmišljati o odgovoru na naš pristup.

Promatrati osobu i pitati se:

Razumije li nas naš štićenik?

Možda razumije pojedine riječi ali ne može primiti cijelu poruku koju mu šaljemo.

Što ako naš glas razumije kao gnjev čak ako smo govorili glasnije da nas bolje čuje?

Što ako dobijemo odgovor koji je potpuno nepovezan sa sadržajem našeg pitanja ili poruke?

Što ako je misao oblikovana ali je bolesnik ne može pretočiti u riječi ?

Što ako neprestano koristi riječi ili fraze koje mi ne razumijemo? Što ako ne razumijemo što misli?

Što ako očekujemo da napiše svoje ime, a ne razumijemo njegovo pisanje?

Koncentrirajmo se na nastojanje da osobu razumijemo.

Demencija može u potpunosti poremetiti komunikaciju. Jedna od metoda koja može pomoći u komunikaciji s demencnim bolesnikom je validacija temeljena na empatiji i holističkom pristupu čovjeku. Radi se o pokušaju da čovjeku dajemo priliku da živi u svom svijetu, prihvaćamo ga i ostavljamo mu dostojanstvo. Pomažemo osobi da obnovi osjećaj samopoštovanja tako što je ozbiljno shvaćamo i nudimo pomoć.

Zajednički put može se naći u prihvaćanju razlike i poštivanju njihovih navika i želja djelovanje. Važno je također pohvaliti, u zamjenu za stalno ispravljanje pogrešaka, što osobe s demencijom, posebno uzbuđuje. Osobama s demencijom potrebno je osigurati pravo na osobno dostojanstvo i poštivanje tjelesnog i mentalnog integriteta. Komunicirati uvijek treba prijateljski, govoriti smirenim glasom, slušati ih sa zanimanjem, stisak ruke znači da im se želi pomoći, da postoji vrijeme samo za njih i da nam mogu vjerovati.

8. 5. 2. Tjelesne aktivnosti

Tjelesne aktivnosti usporavaju razvoj i pogoršanje prethodno razvijene demencije u populaciji starijih ljudi.

Iskustva su pokazala da aerobna tjeleovježba usporava početak demencije, a također se koristi za vrijeme liječenja demencije, jer poboljšava psihofizičko stanje bolesnika. Najučinkovitija je kombinacija kognitivnog treninga i aktivnosti kretanja. Osobe s demencijom, zbog promjena u funkciji mozga su često lijeve, nezainteresirane i ravnodušne tako da ih treba motivirati za provedbu različitih aktivnosti na odgovarajući način. Važno je poticati ih u aktivnostima koje još uvijek mogu učiniti.

U skrb se uključuju radni terapeuti s grupnim i pojedinačnim programima.

Okupaciona terapija za bolesnike od strane medicinskih sestara je programa radnih terapeuta.

U okupacioni program uključuju se i volonteri.

8. 5. 3. Edukacija njegovatelja koji skrbi za dementnog bolesnika

Edukacija njegovatelja koji će prihvatiti bolesnika nakon otpusta je sastavni dio bolničke skrbi. Značajan dio ove edukacije zadatak je medicinske sestre.

Za njegovatelja je često teret trajna skrb za bolesnika. Može rezultirati povećanom količinom stresa, tako da česti simptomi depresije govore o sagorjevanju njegovatelja.

Pomoć njegovatelju se može pružati međusobnim povezivanjem njegovatelja koji pomažu jedni drugima iskustvom, organiziranjem radionica, predavanja i sl. Posebna je vrijednost biti u stanju pomoći drugima dok se osoba i sama bori. Međusobna pomaganja često mijenjaju odgovor njegovatelja na stresnu situaciju. Poticanje udruživanja njegovatelja i kroz bazu podataka za pohranu informacija o postojanju ovakvih udruga u Info centru, te uključivanje njegovatelja u ovakva udruživanja, također je u opisu posla medicinske sestre koja vodi tim za zdravstvenu njegu osoba oboljelih od demencije.

<http://demenca.eu/aktualno/>, preuzeto 11.01.2018.

Najčešće sestrinske dijagnoze

SMBS – hranjenje

SMBS – održavanje higijene

SMBS – odijevanje

SMBS – obavljanje nužde

SMBS – održavanje domaćinstva

Smanjeno podnošenje napora u/s s mišićnom slabosti

Smanjena pokretnost u/s s mišićnom slabosti

Visok rizik za pad u/s poremećenom motorikom

Potištenost u/s poremećenim općim funkcioniranjem (soc. izolacija)

Neupućenost okoline

Otežana komunikacija vezano za osnovnu bolest

8. 5. 4. Praktični savjeti za poboljšanje komunikacije

- Omogućite oboljeloj osobi da bolje vidi, čuje, govori (naočale, slušni aparat, zubalo).
- Privucite pozornost bolesnika prije nego što mu nešto kažete (npr. tako da ga nježno dotaknete za ruku).
- Uklonite druge ometajuće izvore (npr. kažete da ćete isključiti TV ili radio kako biste mogli bolje razgovarati).
- Kada se obraćate bolesniku, neka vaša glava bude u istoj ravnini s njegovom.
- Probajte uspostaviti kontakt očima.
- Držite bolesnika za ruku tijekom cijelog razgovora.
- Potrudite se govoriti jasno.
- Govorite u kratkim rečenicama i samo o jednoj stvari ili temi.
- Dajte bolesniku dovoljno vremena za odgovor.
- Zapišite neke stvari na papir ako vidite da to bolesniku pomaže.
- Pratite i potrudite se razumjeti govor tijela bolesnika.
- Koristite neverbalnu komunikaciju (smiješak, zagrljaj).

Art-terapija jedna je od mogućnosti u nefarmakološkom pristupu kupiranja bihevioralnih poremećaja u oboljelih od demencije. Mnogi oboljeli profitirat će od takve vrste okupacijske terapije, a kroz to i njihovi bližnji u obliku smirivanja poremećaja ponašanja, a povećanje kvaliteta života oboljelog, njegove obitelji, uključujući i njegovatelja.

Dokumentacija je istovjetna dokumentaciji na odsjeku palijativnog liječenja.

Posebnost je upisivanje rukom na poleđini isprintanog plana zdravstvene njege. Osim tjelesnih aktivnosti i stupnja sudjelovanja u samozbrinjavanju, upisuju se aktivnosti na radnoj terapiji, odn. uspostavljene komunikacije s bolesnikom-gostom, procjenu i napredak, promjenu (npr; sudjeluje u društvenoj igri Čovječe ne ljuti se 20 min., art terapija-koncentracija 10 min., nakon pauze od sat vremena još 10 min., pjevanje religioznih, zabavnih pjesama...u molitvenoj grupi 15 min.----).

Izrađujemo radne bilježnice za osobe s demencijom koje se dnevno koriste s ciljem očuvanja neovisnosti i samostalnosti, odnosno sposobnosti koje su osobi s demencijom još ostale.

Pri prijemu i otpustu bolesnika procjenjuje se stupanj funkcionalne samostalnosti BARTHELOVIM INDEKSOM. Nalaz se upisuje u otpusno pismo zdravstvene njege. Ovaj podatak često određuje dobivanje stručne pomoći u kući.

8. 5. 5. Otpust dementnog bolesnika iz Bolnice

Otpust iz bolnice je posebno osjetljiv događaj u životu osobe s demencijom, te se pomno priprema. S jedne strane priprema se i dogovara s osobom s demencijom a s druge strane sa skrbnikom.

Kod dementnih bolesnika u otpusnom pismu zdravstvene njege piše se u kojem dijelu je uspostavljena najbolja komunikacija s bolesnikom u radnoj terapiji, prebrojava se aktivno učešće u radnoj terapiji te nikako ne izostavlja terapija molitvom, pjevanjem religioznih ili drugih pjesama, hodna staza, tjelesne aktivnosti, i sl. kako bi patronažna sestra lakše pomogla obitelji u zbrinjavanju bolesnika kod kuće. Bilježi se i sva provedena edukacija sa skrbnikom, kao i moguće pomoći u zbrinjavanju od strane zdravstvene njege u kući, gerontodomaćice, posudionice pomagala, pomoći socijalne službe, volonterskih udruga, udruga za pomoć njegovateljima i dr. Otvara se mogućnost suporta od strane našeg Info centra.

Sama procedura otpusta treba biti dogovorena do u detalje, tj .dobro organizirana kako bi se stres oko promjene sredine čim više smanjio.

8.6.STANDARDIZIRANI POSTUPCI ČLANOVA TIMA NA ODJELU ZA KRONIČNE DUŠEVNE BOLESTI

Rebeka Prpić, mag. psych.

8.7.PSIHOLOG U SKRBI KRONIČNIH DUŠEVNIH BOLESNIKA

Kao član multidisciplinarnog psihijatrijskog tima, psiholog sudjeluje u postupku dijagnosticiranja psihičkih poteškoća i aktualnog funkcioniranja, predlaže načine uklanjanja određenih poteškoća i kroz grupni rad prati učinke liječenja. Posao psihologa obuhvaća sljedeća područja: psihološku procjenu (psihodijagnostiku), psihoedukaciju i prevenciju.

Psihodijagnostika uključuje procjenu psihičkih karakteristika osobe primjenom psiholoških tehnika i mjernih instrumenata, a dobiveni podtaci služe za odabir što primjerenije skrbi za pacijenta. Psihologijsko testiranje je specifična dijagnostička metoda koju čine intervju i opažanje ponašanja, a testovi se primjenjuju kako bi se utvrdila ili potvrdila dijagnoza i dala prognoza nekog ponašanja (Begić, 2016.)³. Psihološka procjena odraslih osoba radi se zbog diferencijalne dijagnostike i procjene aktualnog funkcioniranja te se u tu svrhu primjenjuju i interpretiraju testovi sposobnosti (testovi inteligencije i neuropsihološki testovi), upitnici ličnosti (objektivni i projektivni testovi) te upitnici za specifične psihopatološke poremećaje. Pacijenti pristupaju postupku psihologijske obrade u dogovoru s odgovornim psihijatrom te se o vrsti primijenjenih postupaka psihopatološke obrade odlučuje individualno.

Psiholog na psihijatrijskom odjelu provodi psihoedukaciju pacijenata kao dio postupka liječenja i rehabilitacije s ciljem promidžbe, očuvanja i unapređenja mentalnog zdravlja. U grupnom radu sa psihologom pacijenti se educiraju, osvješćuju vlastite psihičke procese i međusobno raspravljaju o vlastitim iskustvima. Prednost grupnog pristupa je što članovi spoznaju da nisu jedini koji imaju poteškoće, daju povratne informacije jedni drugima, uče kroz imitaciju i razmjenu iskustava, a također grupni pristup je nezamjenjiv kada je problem člana odnos s drugim ljudima (Ajduković, 1997.)⁴. Psihoedukacija obuhvaća niz tema nužnih za proces oporavka i osnaživanja te razumijevanja vlastitog psihičkog stanja tijekom kojih članovi grupe uče prepoznavati i djelovati na vlastite emocije, rade na poboljšanju slike o sebi

³Begić, D. (2016) Psihopatologija. 3. izd. Zagreb: Medicinska naklada.

⁴Ajduković, M.; 1997., *Grupni pristup u psihosocijalnom radu: Načela i procesi*, Zagreb:

Društvo za psihološku pomoć.

i vlastitom samopoštovanju te uče o prikladnijim mehanizmima suočavanja sa stresom. U ciklusu grupnih radionica obuhvaćene su i teme vezane za bolje razumijevanje stigmatizacije osoba s mentalnim poremećajima kako bi se članove grupe osnažilo za povratak u njihove zajednice, a također se prevenira nastanak samostigmatizacije kroz postavljanje realnih i ostvarivih ciljeva. Kroz psihološku pomoć i podršku nastoji se omogućiti osobama samostalnije i dugotrajnije nošenje sa svojim poteškoćama

Olivera Grgić, dipl. socijalna radnica

8.8.SOCIJALNI RADNIK U SKRBI KRONIČNIH DUŠEVNIH BOLESNIKA

Nakon prijema pacijenta i njegovog postepenog prilagođavanja, socijalni radnik obavlja inicijalne razgovore u kojima prikuplja podatke na temelju kojih procjenjuje pacijentove potrebe vezano za povezanost s obitelji i socijalnom mrežom iz koje dolazi, odnosno uzima socio-anamnestičke podatke i hetero anamnestičke kako od samog pacijenta, tako i od članova njegove obitelji. Na osnovu toga piše socijalnu anamnezu koja je dalje bitna za terapijski proces samog pacijenta, daje suport (podršku) pacijentu i članovima obitelji, savjetuje pacijente i članove obitelji i na taj način umanjuje opasnost od nerealnih očekivanja u rješavanju socijalno-ekonomske i zdravstvene situacije oboljelog.

Socijalni radnik:

- prikuplja i vodi socijalnu dokumentaciju koja je sastavni dio povijesti bolesti
- upoznaje pacijenta s njegovim pravima sukladno zakonskim regulativama
- obavlja individualne razgovore s pacijentom
- uključen je i vodi socioterapijske grupe (uključuje se u rad terapijske zajednice; suvoditelj je psihosocijalne edukacijske grupe; suvoditelj je edukacijske grupe za alkoholizam)
- savjetuje oko ostvarivanje osobne dokumentacije, zdravstvene, socijalne, obiteljsko pravne, pravno imovinske i mirovinske zaštite, kontaktira obitelji i procjenjuje koji je član primarne obitelji najpogodniji kao podrška pacijentu za vrijeme bolničkog liječenja
- prati, uključuje, potiče i ohrabruje pacijenta te prati njegovu rehabilitaciju i resocijalizaciju za vrijeme boravka u bolnici
- obavlja svoj posao i kroz terenski rad, u slučajevima kad pacijent treba ostvariti neka svoja prava u drugim nadležnim institucijama

- socijalni radnik najuže surađuje s centrima za socijalnu skrb (CZSS) glede ostvarivanja svih potreba iz sustava socijalne skrbi na način da po potrebi ili po zahtjevu nadležnog CZSS prikuplja podatke za socijalnu anamnezu iz razgovora s pacijentom te koristeći medicinsku dokumentaciju te u razgovoru s liječnicima

- obavještavaju se nadležni CZSS o radnjama koje trebaju poduzeti, a koje su iz njihove nadležnosti ukoliko procjeni takvu potrebu (kod postupka trajnog ili djelomičnog lišavanja poslovne sposobnosti, imenovanja skrbnika za liječenje, skrbnika za poseban slučaj)

Suradnja se ostvaruje i s ostalim nadležnim institucijama - nadležnim ministarstvima, zatim sudovima, općinama, poslodavcima, veleposlanstvima, regionalnim uredima za prognanike i izbjeglice, nadležnim liječnicima, udomiteljskim obiteljima, domovima socijalne skrbi i nositeljima podržanog stanovanja, inkluzijama, zavodima za zdravstveno i mirovinsko osiguranje (radi ishodovanja zdravstvenog ili dopunskog osiguranja, ili njegovog produžavanja), zavodima za zapošljavanje, tijelima državne uprave, te ostalim institucijama i uredima nadležnima za određenu potrebu i zaštitu pacijenta.

- socijalni radnik dostavlja izvješća o pacijentima, očitovanja, obavijesti o njihovom prijemu, otpustu iz ustanove, obavijesti o smrti, medicinsku dokumentaciju

- uzima pacijentove izjave na zapisnik za nadležne ustanove (vezano za suglasnosti za smještaj, za imenovanje skrbnika, o pokretanju postupka skrbništva, o podnošenju zahtjeva za jednokratnom novčanom pomoći)

- piše za pacijente žalbe prema drugim ustanovama na njihova rješenja, predstavke i sl.

- socijalni radnik obavlja brojne telefonske razgovore s kolegama u gore navedenim institucijama, daje im informacije koje su vezane za rad naše ustanove, kao i svim ostalim osobama koje su zainteresirane za liječenje u našoj ustanovi

- aktivno sudjeluje u pronalaženju i realizaciji organiziranog smještaja. Pri realizaciji smještaja u udomiteljsku obitelj upoznajemo udomitelja s pacijentom, njegovim navikama, sklonostima i potrebama kako bi što ranije upoznali naše pacijente i na taj način ih prihvatili na smještaj u svoje obitelji kad dođe vrijeme njihovog otpuštanja.

- socijalni radnik u timskom radu nastoji podići kvalitetu boravka pacijenta u bolnici i osigurati što kvalitetniju rehabilitaciju i resocijalizaciju radi primjerene društvene reintegracije

- kako sudjeluje na prijemu pacijenta u bolnicu, tako i u samim dogovorima oko mogućeg otpusta
- socijalni radnik sudjeluje u planiranju otpusta pacijenta s liječenja na način da u dogovoru s timom, pacijentom i obitelji mu pronalazi prikladno rješenje, je li u pitanju otpust u neku drugu bolnicu, kući, srođnicima ili udomiteljskoj obitelji te se nudi mogućnost ponovnog pružanja pomoći za njegov povratak u našu ustanovu. Uvijek se mora znati tko preuzima bolesnika i gdje on ide.
- aktivno sudjeluje na odjelnim i drugim sastancima i sintezama, informira nadležne liječnike o svim poduzetim radnjama iz sustava socijalne skrbi i o novonastalim obiteljskim i drugim socijalnim prilikama pacijenata ukoliko do njih dođe
- istražuje, educira se i osposobljava se za nove mogućnosti terapijskog rada kao i o promjenama u sustavu rada socijalne skrbi, sudjeluje na edukacijama, simpozijima i konferencijama socijalnih radnika.

8.9.SOCIJALNI PEDAGOG U SKRBI KRONIČNIH DUŠEVNIH BOLESNIKA

Socijalni pedagog je stručnjak koji se u području psihijatrije bavi tretmanom, rehabilitacijom i resocijalizacijom djece i odraslih osoba sa psihičkim smetnjama koji manifestiraju neprihvatljive oblike ponašanja u svakodnevnom funkcioniranju što im znatno otežava oporavak i rehabilitaciju. Socijalni pedagozi sudjeluju u prevenciji, smanjivanju ili uklanjanju teškoća koje se manifestiraju u socijalnom funkcioniranju, a mogu biti uzrok ili posljedica, primjerice, socijalne isključenosti, ovisnosti, delinkventnog ponašanja, poremećaja u ponašanju, problematičnih uvjeta života poput invalidnosti, pripadnosti marginalnim skupinama (Bouillett, 2005.) Član je stručnog tima uz liječnika psihijatra, socijalnog radnika, psihologa, medicinsku sestru/ tehničara, radnog terapeuta i druge članove tima. Poteškoće u socijalnom funkcioniranju pojedinca posljedica su skoro svih psihičkih bolesti i poremećaja i socijalni pedagog procjenjuje socijalno funkcioniranje pacijenta i sudjeluje u izradi plana rehabilitacije. Socijalni pedagog planira i provodi stručni i savjetodavni rad i procjenjuje socijalno funkcioniranje pacijenta. Sociopedagoška procjena se vrši sudjelovanjem pacijenta u grupnim socioterapijskim aktivnostima, individualnom radu s pacijentom i praćenjem pacijenta u sudjelovanju i ponašanjima u drugim aktivnostima terapijske zajednice.

Uobičajeni poslovi socijalnog pedagoga na odjelu najvećim djelom obuhvaćaju: procjenu socijalnog funkcioniranja pacijenta, planiranje i izradu rehabilitacijskog plana, konzultaciju (s pacijentom, timom, obitelji po potrebi), provođenje stručnih postupaka u svrhu procjene rizičnih i zaštitnih čimbenika u svakodnevnom funkcioniranju pacijenta, procjene potreba i planiranja ciljeva rehabilitacije, socijalizacije i/ili resocijalizacije, socijalne integracije/reintegracije i socijalne inkluzije, specifični socijalnopedagoški tretman, provođenje grupnih socioterapijskih aktivnosti te vođenje dokumentacije i pisanje izvještaja.

U individualnom radu s pacijentom socijalni pedagog ispituje funkcioniranje pacijenta sveobuhvatnom procjenom putem skale funkcioniranja, uvidom u medicinsku dokumentaciju, praćenjem pacijenta u sudjelovanju terapijske zajednice i konzultiranjem i preispitivanjem s ostalim članovima tima. Nakon toga uz sudjelovanje pacijenta postavlja kratkoročne i dugoročne ciljeve rehabilitacije s obzirom na zaštitne i rizične čimbenike pojedinca. Individualnim sociopedagoškim razgovorom pacijentu se daje mogućnost da izrazi svoje stavove, situaciju, brige te sumnje i strahove. Kroz pomoć i podršku, osobma se nastoji pružiti

pomoć i podrška kako bi se adekvatnije, samostalnije i dugotrajnije nosili sa svojim poteškoćama.

Grupni rad socijalnog pedagoga se provodi kroz trening životnih, socijalnih vještina i komunikacijskih vještina, grupnu terapiju ili druge socioterapijske grupe. Grupni rad je grupni tretman ili pristup, proces u grupama u kojima članovi sudjeluju radi stručne pomoći i podrške u rješavanju određenih osonih i socijalnih problema, radi uspješnijeg suočavanja sa životnim poteškoćama te razmijenjivanju znanja i vještina, važnih za razumijevanje sebe, drugih i zajednice. Cilj grupnoga rada je unaprijeđenje socijalne funkcije kroz ciljane grupna iskustva. Rad grupe je osnovni pokretač tretmana. Grupa nije samo okruženje, već način postizanja promjene (Ajduković, 1997). Prednost grupnog rada je u tome što članovi dobivaju informaciju kako nemaju samo oni poteškoće, u grupi međusobno dijele iskustva, razmišljanja, pružaju si podršku i uče nositi se sa različitostima.

Robert Mackuljak, dipl. teolog

8.10. DUHOVNIK/BOLNIČKI KAPELAN U SKRBI KRONIČNIH DUŠEVNIH BOLESNIKA

Duhovna dimenzija čovjeka jedna je od dviju sastavnica koje čine da čovjek bude čovjekom. Nije dovoljno njegovati ili liječiti samo tijelo nego je jednako važno voditi brigu i o onom duhovnom koje postoji u svakome čovjeku. Psihijatrija se nekada nazivala duševnom bolnicom i tako odmah davala do znanja što se želi liječiti i na čemu je naglasak. U našoj bolnici, vođeni duhom svetoga Ivana od Boga njegujemo i držimo važnom upravo duhovnu dimenziju čovjeka. Duhovnik je član tima koji sudjeluje u liječenju i rehabilitaciji bolesnika prateći ga na putu otkrivanja sebe kao cjelovite osobe, pomažući mu u traganju za pitanjima o smislu života, razlozima njegove patnje, suočavanja sa životnim uspjesima i neuspjesima, i na koncu s pitanjima vjere ili nevjere, odnosno onoga što ga približava ili udaljava od nadnaravnog (Boga). Bolnica jest katolička, ali duhovnik nije usko vezan samo za pripadnike Katoličke crkve, nego je na raspolaganju i pripadnicima drugih vjerskih zajednica ili onima koji ne vjeruju. Također, duhovnik se brine kako bi pripadnici drugih vjerskih zajednica mogli imati susret ili slavljе vjerskih obredа drugih zajednica.

Duhovnost o kojoj govorimo jest shvaćena u najširem smislu te riječi – kao skup vrijednosti, stavova i odnosa koje svaki čovjek posjeduje i nije isključivo vezana uz religioznost, dok je religioznost čovjekov osobni odnos prema Bogu ili božanskome. U bolnici prihvaćamo

svakoga bez razlike kojoj vjerskoj zajednici pripadamo i u prvome redu želimo u bolesniku potaknuti razvoj duhovnoga koji je temelj i zdravlju i religioznosti.

Duhovnost i vjera, dokazano je u brojnim istraživanjima, imaju važnu ulogu i prihvaćanju bolesti, a zatim i samoga procesa liječenja. Također se pokazalo kako vjernik može lakše prihvatiti i dati smisao svojoj bolesti te ju iskoristiti kao priliku za novi početak, otkrivanje nekih svojih sposobnosti i talenata za koje nije znao ili ih nije imao prilike pokazati i razvijati. Vjera i duhovnost također pomaže s optimizmom promatrati svoj trenutačni život i stanje, te vedrije gledati u budućnost. Upravo je ovo temelj i razlog djelovanja duhovnika: svakome pomoći da se suoči sa svojim stanjem kao vjernik, kao čovjek koji može spoznati i prepoznati Božje planove s njim i njegovim životom tako što će iskustvo vjere koje je imao pokušati prepoznati u sadašnjosti i iz toga crpiti snagu za nastavak daljnjega življenja i prihvaćanje samoga sebe kao vrijednog i važnog bića koje može voljeti i biti voljeno.

2. Djelovanje duhovnika

Svaki bolesnik nekoliko dana nakon dolaska popunjava i upitnik o utjecaju duhovnosti na svakodnevni život i vrijednosti. Ovaj nam upitnik pomaže kako bismo i mi sami znali što i kako ponuditi našim pacijentima i osobno i kao grupi.

Prema potrebi ili traženju samoga bolesnika duhovnik je na raspolaganju za duhovni razgovor – savjetovanje. Koji puta se ne radi samo o bolesti kao takvoj, nego je i pomiješana s osjećajem krivnje, samooptuživanjem, ne prihvaćanjem samoga sebe, osjećajem mržnje prema drugome ili nemogućnosti opraštanja i tu duhovnik može pomoći razgovorom, a često i slavljenjem sakramenta ispovijedi. Isto tako, može se dogoditi da je krivo shvaćena duhovnost uzrok nekim od poremećaja ili ga bitno pojačava i utječe na njezin razvoj, duhovnik ovdje ima zadatak pomoći bolesniku da dođe do istinske i ispravne duhovnosti i vjere, pa na koncu i samoga odnosa s Bogom.

Bolesnik može zatražiti i slavlje sakramenta Bolesničkog pomazanja, koji je molitva za Božju pomoć u procesu liječenja i oporavka, a kod brojnih bolesnika budi nadu i vjeru u oporavak i novi početak.

U duhovnoj ponudi je i terapija molitvom: iskustvo pokazuje da molitva krunice, koja je ponavljanje zaziva i određenih riječi, pomaže koncentraciji misli, smanjenje osjećaja napetosti ili nervoze. Neki znanstvenici kažu da utječe čak i na krvni tlak. Općenito, daje osjećaj smirenosti.

Jednom tjedno održavaju se duhovne radionice koje nisu vezane isključivo uz katoličku vjeru ili blagdane, nego su radionice na kojima se obrađuju razne teme vezane uz duhovnost koja je temeljni stav i odnos pojedinca prema sebi, drugome i materijalnoj stvarnosti. Najčešće su to teme koje sami bolesnici predlože ili za koje pokažu posebno zanimanje: neka od pitanja društva, društvenih događaja, koji puta umjetnosti, povijesti ...

Osim ovih grupnih ponuda i mogućnosti, svaki bolesnik ima mogućnost, prema svojim sposobnostima, sudjelovati u liturgijskoj grupi: liturgijski pjevači, liturgijski čitači, ministranti, pomoćnici u uređivanju bolničke crkve. Iskustvo bolesnika koji su bili članovi liturgijske grupe pokazuje da su imali koristi na nekoliko razina:

- psihičkoj: povećali su samostalnost i osjećaj neovisnosti, pomoglo im je kod stresa i ljutnje, povećalo samopoštovanje i samopouzdanje, mnogi su svladali strah od javnoga nastupa

- socijalnoj: druženje s drugima, imali su priliku za suradnju s drugima u grupi, počeli su razvijati vještinu kako se nositi s uspjehom i neuspjehom

- duhovnoj: aktivnim sudjelovanjem liturgijskim slavljinama produbili su vlastitu duhovnost i rast u vjeri, spoznali su važnost vjere i sakramenata za ozdravljenje, imali su mogućnost naučiti nešto novo o vjeri i običajima, mnogi su nakon više godina ponovno pristupili sakramentu ispovijedi.

Duhovnik organizira šetnje i izlete u prirodu kojima može potaknuti bolesnike da u ljepotama prirode prepozna ljepotu i vrijednost života. Ovo su također prilike u kojima se bolesnici međusobno mogu bolje upoznati, osnažiti u razumijevanju i podršci. Dodir s prirodom u čovjeku stvara pozitivne osjećaje u kojima prepoznaje ljepotu i dobrotu materijalnog svijeta. Osim ovoga, duhovnik u suradnji s radnom terapijom organizira grupu vrtlara koji aktivno rade oko uzgoja i njegovanja terapijskog vrta, cvijetnjaka i okoliša bolnice. Osim fizičkih sposobnosti koje stječu, bolesnici imaju priliku rasti u vlastom doživljaju svoje vrijednosti oko osoba, onih koji mogu doprinositi društvu i zajednici, uče se ustrajnosti, strpljivosti, ali i koji puta neuspjehu. Mogu se radovati plodovima svojega djelovanja, a to je često potrebno ovim bolesnicima, i tako sami sebi pokazati da nisu nesposobni, odnosno da se mogu brinuti o drugome.

3. Duhovnik i drugi članovi tima

Duhovnik surađuje sa svim članovima tima na psihijatrijskom odjelu kako bi mogao lakše pristupiti i prepoznati simptome i razloge poteškoća određenog bolesnika. Iskustvo pokazuje da na duhovnost svakoga čovjeka utječe ne samo psihičko stanje, nego i društveni položaj, obiteljski odnosi, obrazovanje te je stoga važno da duhovnik imao podatke koji na bitan način utječu ili su utjecale na stanje bolesnika. Duhovnik također razmjenjuje informacije (poštujući ispovjednu tajnu) o pojedinom bolesniku kako bi drugim članovima tima pomogao u razumijevanju stavova, vrijednosti i reakcija bolesnika.

Duhovnik zbog svojega područja djelovanja može bolesniku pristupiti kao zdravoj i cjelovitoj osobi, naime on ne propisuje terapiju, ne radi procjene radne ili pravne sposobnosti ili nesposobnosti te takvim pristupom može u bolesniku potaknuti način promišljanja i prihvaćanja sebe kao onoga koji nije potpuno bespomoćan, ovisan o nekome drugome nego je osoba koja treba uzeti život u svoje ruke. Dok drugi članovi tima donose odluke o pojedinom

bolesniku, duhovnik ih potiče da sami procjenjuju sebe, svoje postupke, stavove i vrijednosti te se počnu prihvaćati kao osobe, a ne neki poremećaj ili dijagnoza.

Literatura:

BOLNIČKI RED SVETOGA IVANA OD BOGA, GENERALNA KOMISIJA ZA PASTORAL, La Pastorale secondo lo stile di San Giovanni di Dio, Rim, 2012.

BOLNIČKI RED SVETOGA IVANA OD BOGA, Carta d'Identità dell'Ordine, Rim, 1999.

FRANKL, Viktor E., Bog kojega nismo svjesni, V. promijenjeno i popravljeno izdanje, Provincija franjevac trećoredaca, Zagreb, 2001

JORES, Artur, Čovjek i njegova bolest, II. popravljeno izdanje, Provincija franjevac trećoredaca, Zagreb, 1998.

JURČIĆ, Marina; NIKIĆ, Mijo; VUKUŠIĆ, Herman (ur.), Vjera i zdravlje. Zbornik radova s interdisciplinarnog, multikonfesionalnog i internacionalnog simpozija održanog 2. ožujka 2005. godine na Filozofskom fakultetu Družbe Isusove u Zagrebu (I. dio); Razni tekstovi na temu „Vjera i zdravlje“ (II. dio), 2. prošireno izdanje, Zaklada Biskup Josip Jang, Zagreb, 2007. MARCHESI, Pierluigi, Umanizzazione, Rim, 1981.

Marina Bošković, bacc.therap.occup.

Stojan Marinković, bacc.therap.occup

8.11. RADNA TERAPIJA U SKRBI KRONIČNIH DUŠEVNIH BOLESNIKA

Radna terapija se provodi kroz radionice u koje su pacijenti uključeni putem Uputnica nadležnog liječnika psihijatra s odsjeka na kojem su smješteni.

Po dolasku na Radnu terapiju, pacijenti se upoznaju s Radnim terapeutom, samim prostorom te načinom funkcioniranja Odsjeka. Odsjek je opremljen potrebnim alatima, priborom i materijalom za kvalitetno provođenje radno terapijskih aktivnosti pri čemu terapeuti zajedno s pacijentima vode brigu o sigurnom i racionalnom načinu upotrebe.

Svaki pacijent ispunjava Radno terapijski karton iz kojega Radni terapeut dobiva kvalitetan uvid u trenutno stanje bolesnika, njegovo funkcioniranje u aktivnostima svakodnevnog života te u aktivnosti za koje pokazuje interes. Na osnovi procjene, terapeut definira problemsko područje, planira ciljeve i provodi proces intervencije.

Pacijente se u Radno terapijski program uključuje individualno, prema vlastitim interesima i sposobnostima u sljedeće aktivnosti:

- jednostavne aktivnosti - bojanje gotovih motiva, modela, gipsanih odljevaka i sl. (tempera, vodene boje, drvene boje...), crtanje po vlastitom izboru, pletenje pletenica od špage, oblaganje različitih površina špagom ili pletenicama, kaširanje, izrada oblika od glinamola, das mase, slanog tijesta, obrada brus papirom

- polusložene aktivnosti – heklanje i štirkanje, pletenje, vezenje na platnu ili kartonu (zlatovez, pin point), ručno šivanje po zadanom uzorku (cvjetovi, medvjedići, bebe, srca, jastučići i sl.), izrada nakita (narukvice, krunice, ogrlice i sl.), izrada drvenih modela uz korištenje školskog luka, izrada različitih motiva od šibica, salvetna tehnika (decoupage tehnika) na gipsu, drvenoj podlozi, staklu, stiroporu, plastici, tkanini, slikanje po staklu, izrada cvjetnih motiva i anđela od krep papira;

- složene aktivnosti - mašinsko šivanje, pirografija, izrada 3D modela od roštilj štapića, korištenje drveta u izradi modela po nacrtu (štalice, škrinjice, kutijice, vjetrenjača, dječje stolice, kolica i sl.), duborez, izrada motiva uz korištenje pijeska u boji, izrada košarica uz

korištenje sapuna kao baze, izrada cvjetova uz korištenje žice i najlonki, izrada čestitki, slikanje na papirnatij podlozi ili platnu (kolaž, vodene boje, tempere, uljane boje, akrilne boje...), oslikavanje svile, slikanje na tekstilu, izrada svijeća i sapuna, izrada mozaika, izrada aranžmana od prirodnih materijala povodom blagdana, izrada predmeta od keramike i td.

Tijekom Radno terapijskog procesa se mijenjaju aktivnosti u koje je pacijent uključen ovisno o njegovoj želji te dostignutoj razini samostalnosti uz tendenciju završavanja započetih aktivnosti u razumnom roku. U sklopu jedne aktivnosti pacijenti mogu kombinirati više različitih kreativnih tehnika i materijala.

Osim navedenih aktivnosti koje obuhvaćaju manuelne i kreativne tehnike, pacijenti u sklopu Radne terapije imaju priliku sudjelovati u:

- sportsko - rekreativnim aktivnostima koje obuhvaćaju Fitness program pod stručnim vodstvom fizioterapeuta, šetnju i sportske aktivnosti (odbojka, badminton, nogomet, stolni tenis, stolni nogomet)
- društvenim aktivnostima (kartanje, domino, šah, čovječe ne ljuti se, memory, mlin, scrable)
- kulturno zabavnim aktivnostima (čitanje, pisanje, pjevanje, poezija, pantomima, pričanje viceva, gledanje TV-a, gledanje filmova, ples, slušanje glazbe).
- aktivnosti u zajednici: obilježavanje blagdana i praznika (Božić, Uskrs, Sv. Nikola...), važnih datuma (Svjetski dan mentalnog zdravlja, Svjetski dan bolesnika, Dan bolnice i sl.), sudjelovanje na sajmovima i sl.

U suradnji s bolničkim Kapelanom, kroz aktivnosti koje potiču ustrajnost, strpljivost, samostalnost, odgovornost te razvoj socijalnih vještina, pacijenti imaju mogućnost biti uključeni u grupu vrtlara koja aktivno radi oko uzgoja i njegovanja terapijskog vrta, cvjetnjaka i okoliša bolnice te grupu za brigu o životinjama.

Osim navedenih aktivnosti, u Radno terapijski program su kroz individualni i grupni rad uključeni i pacijenti koji boluju od demencije. Nakon radno terapijske procjene funkcionalnih sposobnosti pacijente se, ovisno o njihovim mogućnostima, uključuje u "Trening aktivnosti svakodnevnog života"- trening ASŽ, koji se provodi s ciljem održavanja i unaprjeđenja njihovog postojećeg psihofizičkog stanja.

Trening ASŽ uključuje aktivnosti samozbrinjavanja (održavanje osobne higijene, hranjenje, oblačenje, pozicioniranje u krevetu, transferi...), aktivnosti produktivnosti (održavanje prostora, namještanje kreveta, slaganje odjeće i održavanje ormara, priprema napitaka...) i aktivnosti slobodnog vremena (čitanje knjiga i dnevnog tiska, igranje društvenih igara, druženje i socijalizacija...). Osim navedenih aktivnosti, trening ASŽ obuhvaća i vježbe pamćenja i dosjećanja te korištenje memo tehnika.

Radni terapeut vodi radno terapijsku dokumentaciju kojom se ostvaruje pravovremena i uspješna komunikacija s pacijentom i članovima tima. Dokumentacija uključuje početnu, periodičnu te završnu procjenu, a na kraju, kada odjelni psihijatar donese odluku o otpustu, proces Radne terapije se evaluira te se bolesniku i njegovoj obitelji daju preporuke s ciljem kvalitetnijeg provođenja aktivnosti svakodnevnog života u zajednici u kojoj živi, koje su evidentirane u Otpusnom pismu.

Aktivnosti u koje su pacijenti uključeni su pomno odabrane, usmjerene prema jasnim radno terapijskim ciljevima te prilagođene potrebama, interesima i sposobnostima svakog pojedinog pacijenta kako bi mu omogućile sadržajni i kvalitetniji život, a u svrhu očuvanja, obnavljanja, unaprjeđenja i razvijanja novih uz preostale psihofizičke sposobnosti.

Radni terapeut provodi sveobuhvatan pristup pacijentu kao dio stručnog tima kojeg čine liječnik psihijatar, psiholog, socijalni radnik, duhovnik, medicinske sestre i tehničari, njegovatelji, a kojemu je zajednički cilj postizanje optimalnog funkcioniranja u svim aspektima života.

Ivana Mihić, bacc.med.techn.

Luca Marković, bacc.med.techn.

Antonija Pejaković Ličina, bacc.med.techn.

9. PROTOKOLI

Ažurirano, 22.01.2018.

Protokolima su standardizirani postupci u zbrinjavanju bolesnika-gostiju, kao i drugi postupci važni za redovno funkcioniranje Bolnice. Protokolima se uređuje mjesto i uloga djelatnika u Bolnici, kao i sama formacija djelatnika. Objavljeni su na e-oglasnoj ploči. Postupci propisani protokolima su obvezujući za sve djelatnike koji sudjeluju u provođenju postupaka.

9.1. Hospitalizacija bolesnika

Prijem bolesnika na bolničko liječenje HO-SP-1.1.

Sestrinska anamneza HO-OBR-1.1.1

Prijem bolesnika na odjel kroničnih duševnih bolesti HO-SP-1.2.

Plan liječenja na odjelu za kronične duševne bolesti HO-OBR-1.2.1.

Formular za predane vrijednosti HO-OBR-1.2.2.

Predane vrijednosti u sefu HO-OBR-1.2.3.

Formular za zadržane vrijednosti HO-OBR-1.2.4.

Prijem bolesnika na odjel palijativni skrbi i dugotrajnog liječenja HO-SP-1.3.

Evidencija bolesnikovih stvari i vrijednosti HO-OBR-1.3.1.

Odlazak i povratak bolesnika sa terapijskog otpusta (izlaz) HO-SP-1.4.

Premještanje bolesnika na drugi odjel HO-SP-1.5.

Terapijski izlet bolesnika HO-SP-1.6.

Plan terapijskog izleta HO-OBR-1.6.1.

Otpust bolesnika HO-SP-1.7.

Postupnik preuzimanja bolesnika od sanitetskog prijevoza kod prijema bolesnika i predaja bolesnika sanitetskom prijevozu kod otpusta bolesnika HO-SP-1.8.

Procjena agresivnog rizika i postupanje s agresivnim bolesnikom u radu na psihijatrijskom odjelu HO-SP-2.0.

Protokol o postupku primjene fizičke sile ili izdvajanja u zaštiti osobe s duševnim smetnjama HO-SP-2.1.

Protokol praćenja fizičkog sputavanja bolesnika HO-OBR-2.1.1.

Praćenje stanja bolesnika za vrijeme humane fiksacije HO-OBR-2.1.2.

Poziv za pružanje žurne pomoći pri svladavanju tjelesnog otpora HO-SP-2.2

Poziv za asistenciju djelatnika policije pri prisilnoj hospitalizaciji ili premještanju osobe oboljele od duševne bolesti HO-SP-2.3.

Poziv za asistenciju djelatnika policije pri prisilnoj hospitalizaciji ili premještanju osobe oboljele od duševne bolesti HO-OBR-2.3.1.

Prijava i odjava bijega iz bolnice HO-SP-2.4.

Prijava bijega iz bolnice HO-OBR-2.4.1.

Odjava bijega iz bolnice HO-OBR-2.4.2.

Boravak člana obitelji (bolesnikovog bližnjeg) uz bolesnika u agoniji HO-SP-3.0.

Upute članu obitelji za vrijeme boravka uz umirućeg bolesnika HO-UP-3.0.1.

Prijava kvara/štete HO-SP-4.0.

Mjesečna prijava kvara/štete HO-OBR-4.0.1.

Postupanje po pritužbi ili prigovoru HO-SP-5.0.

Postupanje po pritužbi ili prigovoru HO-OBR- 5.0.1.

Prijavljivanje sumnji na neželjene nuspojave lijekova HO-SP-5.1.

Obrazac za prijavu nuspojave za zdravstvene radnike HO-OBR-5.1.1.

Otkrivanje i prijavljivanje neočekivanih i neželjenih događaja HO-SP-6.0.

Prijava dekubitusa nastalih u našoj ustanovi HO-OBR-6.0.2.

Evidencija sudjelovanja bolesnika na Svetoj misi i drugim pobožnostima HO-OBR-7.0

Postupanje s hranom koji donose posjetitelji bolesnicima HO-SP- 8.0

Hranjenje bolesnika od strane posjetitelja HO-SP- 8.1.

Praćenje bolesnika na Svetu misu i pobožnosti HO-SP-7.0

9.2.Zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba-samozbrinjavanje

Hranjenje pacijenta s ograničenom ili potpunom nemogućnošću samostalnog unosa hrane i tekućine, ZNJ-SP- 1.1.

Standardizirani postupak hranjenja bolesnika s otežanim žvakanjem, gutanjem i rizikom za aspiraciju, ZNJ-SP-1.2.

Standardizirani postupak enteralne prehrane, ZNJ-SP-1.3.

9.3.Standardizirani postupak hranjenja na usta bolesnika oboljelog od demencije, ZNJ-SP-(1.4.)

Standardizirani postupak pranja zubi, ZNJ-SP-1.5.

Standardizirani postupak čišćenja zubi zubnim koncem, ZNJ-SP-1.6.

Standardizirani postupak higijene i njege usne šupljine, ZNJ-SP-1.7.

Standardizirani postupak presvlačenja bolesničke pidžame (košulja i hlače), ZNJ-SP-1.8.

Standardni postupak tuširanja bolesnika, ZNJ-SP-1.9.

Standardizirani postupak kupanja nepokretnog bolesnika u krevetu, ZNJ-SP-1.10.

Kupanje nepokretnog bolesnika u kadi, ZNJ-SP-1.11.

Higijena anogenitalne regije kod muškarca, ZNJ-SP-1.12.

Higijena anogenitalne regije kod žene, ZNJ-SP-1.13.

Higijena zdravog stopala, ZNJ-SP-1.14.

Četkanje i češljanje kose nepokretnom bolesniku, ZNJ-SP-1.15.

Stavljanje noćne posude nepokretnom bolesniku, ZNJ-SP-1.16.

Stavljanje pelena i uložaka inkontinentnom bolesniku, ZNJ-SP-1.17.

Način primjene pelena kod inkontinentnog bolesnika, ZNJ-RU-1.17.1.

Masaža kože tijela kao prevencija komplikacija dugotrajnog ležanja, ZNJ-SP-1.18.

Promjena položaja nepokretnog pacijenta u krevetu u polusjedeći, sjedeći, bočni i trbušni položaj, ZNJ-SP-1.19.

Premještanje pacijenta iz kreveta u sjedeća kolica, ZNJ-SP-1.20.

Korištenje ortopedskih pomagala (štap, štake, hodalica), ZNJ-SP-1.21.

Postupak s umrlim, ZNJ-SP-1.22.

Evidencija preuzimanja pokojnika, ZNJ-OBR-1.22.1.

Preuzimanje pokojnika, ZNJ-SP-1.23.

ZAPISNIK o primopredaji potvrde o smrti, ZNJ-OBR-1.23.1.

9.4. Postupci mjerenja vitalnih funkcija

Mjerenje disanja, ZNJ-SP-2.1

Mjerenje tjelesne temperature na uho(membrani timpani) elektronskim toplomjerom, ZNJ-SP-2.2.

Mjerenje tjelesne temperature aksilarno, ZNJ-SP-2.3.

Mjerenje tjelesne temperature rektalno, ZNJ-SP-2.4.

Mjerenje pulsa palpacijom na arteriji radijalis, ZNJ-SP-2.5.

Mjerenje zasićenja krvi kisikom pulsним oksimetrom, ZNJ-SP-2.6.

Standardizirani postupak mjerenja krvnog tlaka auskultacijom – tlakomjerom na pero, ZNJ-SP-2.7.

9.5.Fizikalni pregled pacijenta u svrhu planiranja zdravstvene njege

Procjena općeg stanja pacijenta, ZNJ-SP- 3.1.

Procjena glave i vrata bolesnika, ZNJ-SP-3.2.

Procjena prsnog koša bolesnika, ZNJ-SP- 3.3.

Procjena abdomena pacijenta, ZNJ-SP-3.4.

Procjena mišićno-koštanog i neurološkog sustava pacijenta, ZNJ-SP-3.5.

9.6.Primjena lijekova

“Pet pravila” za primjenu lijeka, ZNJ-SP-4.1.

Primjena lijeka na usta, ZNJ-SP-4.2.

Primjena lijeka u uho, ZNJ-SP-4.3.

Primjena lijeka u nos, ZNJ-SP-4.4.

Primjena kapi i masti u oko, ZNJ-SP- 4.5.

Navlačenje lijeka iz bočice i ampule, ZNJ-SP-4.6.

Primjena lijeka u mišić intramuskularna injekcija, ZNJ-SP-4.7.

Primjena lijeka u venu-intravenska injekcija pomoću igle ili baby sistema, ZNJ-SP-4.8.

Primjena lijeka putem periferne intravenske kanile, ZNJ-SP-4.9.

Primjena lijeka pod kožu-supkutana injekcija, ZNJ-SP-4.10.

Primjena lijekova i otopina infuzijom , ZNJ-SP-4.11.

Primjena lijeka i otopina subcutanom infuzijom, ZNJ-SP-4.12.

Primjena lijeka vaginalno, ZNJ-SP- 4.13.

Primjena lijeka rektalno, ZNJ-SP-4.14.

Provjera roka valjanosti lijekova na odjelima, ZNJ-SP-4.15.

Provjera roka valjanosti lijekova na odjelima, ZNJ-OBR-4.15.1

Provjera reanimacijskih kolica i antišok terapije, ZNJ-SP-4.16.

Sadržaj reanimacijskih kolica (lijekovi i pribor), ZNJ-SP-4.17.

Evidencija provjere reanimacijskih kolica i/ ili antišok terapije, ZNJ-OBR-4.17.1.

Liječenje anfilaktičkog šoka, ZNJ-SP-4.18.

Transfuzija krvi i krvnih pripravaka, ZNJ-SP-4.19.

Kontrolni i nadzorni transfuzijski list bolesnika, ZNJ-OBR-4.19.1.

Primjena kisika u terapijske svrhe, ZNJ-SP-4.20.

9.7.Medicinsko-tehnički postupci

Uzimanje uzoraka venske krvi venepunkcijom , ZNJ-SP-5.1.

Uzimanje uzoraka za mikrobiološku obradu, ZNJ-SP-5.2.

Uzimanje iskašljaja za pretragu , ZNJ-SP-5.3.

Aspiracija sekreta kroz nos, ZNJ-SP-5.4.

Aspiracija sekreta kroz usta, ZNJ-SP-5.5.

Aspiracija endotrahealnog tubusa, ZNJ-SP-5.6.

Aspiracija dišnog puta na traheostomu, ZNJ-SP-5.7.

Uzimanje uzorka stolice na pretragu, ZNJ-SP-5.8.

Zdravstvena njega kolostome, ZNJ-SP-5.9.

Izvođenje klizme, ZNJ-SP-5.10.

Protokol za postavljanje i njegu perifernog venskog puta (i.v. kanila), ZNJ-SP-5.11

Protokol za njegu centralnog venskog puta (CVK), ZNJ-SP-5.12.

Uvođenje nazogastrične sonde , ZNJ-SP-5.13.

Primjena sonde za ispiranje želuca, ZNJ-SP-5.14.

Asistiranje pri izvođenju abdominalne punkcije, ZNJ-SP-5.15.

Postavljanje i njega epiduralnog katetera, ZNJ-SP-5.16.

Uvođenje urinarnog katetera, ZNJ-SP-5.17.

Pražnjenje urinarnih vrećica, ZNJ-SP-5.18.

Toaleta trahealne kanile, ZNJ-SP-5.19.

Snimanje elektrokardiograma (EKG-a), ZNJ-SP-5.20.

Mjerenje šećera u krvi glukometrom, ZNJ-SP-5.21.

Evidencija kontrole ispravnosti aparata za mjerenje šećera i test trakica, ZNJ-OBR-5.21.1.

Ivana Mihić, bacc.med.techn.

Luca Marković, bacc.med.techn.

Stana Koščak, bacc.med.techn.

Antonija Pejaković Ličina, bacc.med.techn.

10. KONTROLA I SPRJEČAVANJE ŠIRENJA INFEKCIJA POVEZANIH SA ZDRAVSTVENOM SKRBI

Moguće infekcije povezane sa zdravstvenom skrbi mogu predstavljati financijski teret zdravstvenim ustanovama i imati velik utjecaj na pružanje zdravstvene skrbi, što uključuje: produljenje boravka bolesnika u bolnici što dovodi do gubitka raspoloživih postelja za liječenje drugih bolesnika gdje, u slučaju privatnih bolnica, zbog nedostatka protoka bolesnika može gubiti prihod, neke zemlje ne plaćaju troškove stanja koja su klasificirana kao događaji koji se mogu prevenirati, npr. infekcije urinarnog trakta povezane s kateterom, infekcije povezane s vaskularnim kateterom i kirurške infekcije. Bolničke Infekcije povezane sa zdravstvenom skrbi uključuju dodatne troškove praćenja, izolacijskih mjera i čišćenja okoline, dodatni trošak za laboratorijske, radiološke i druge pretrage, uporabu skupih antibiotika, nedostatak adekvatnih izolacijskih prostora može povećati rizik prenošenja infekcije na druge bolesnike, osoblje i posjetitelje, potrebna su dodatna sredstva za rješavanje bolesnikovih pritužbi, a nije zanemariv i štetni publicitet i gubitak povjerenja bolesnika u pružanje kvalitetne usluge.

Infekcije povezane sa zdravstvenom skrbi su prepoznate kao veliki uzročnik morbiditeta i mortaliteta u cijelom svijetu te je, stoga, učinkovit program prevencije i kontrole infekcija nužan i čini dio programa organizacije za bolesnikovu sigurnost i poboljšanje kvalitete što čini i obvezne i akreditacijske standarde za bolničke zdravstvene ustanove.

Praćenje bolničkih infekcija je obuhvaćeno obveznim praćenjem Referentnog centra za bolničke infekcije Ministarstva zdravlja te Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu Republike Hrvatske. Prevencija i kontrola bolničkih infekcija obveza je i odgovornost svih zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika uključenih u skrb za bolesnike. Uprava bolnice osigurava podršku, adekvatna sredstva i potporu timu za prevenciju i kontrolu bolničkih infekcija kako bi se programi prevencije infekcija učinkovito implementirali. Programi prevencije bolničkih infekcija se izrađuju/revidiraju na godišnjoj razini na temelju procjene

rizika i potencijalnih problema ovisnih o npr. geografskom položaju i okolišu, značajkama populacije, endemskim infekcijama, značajkama zdravstvene zaštite, bolničkim službama... i prepoznavanja potreba poboljšanja rada na prevenciji bolničkih infekcija dobivenih praćenjem procesa rada i ishoda, i obuhvaćaju sprečavanje infekcija bolesnika, posjetitelja i brigu za zdravlje djelatnika.

Moderna organizacija kontrole infekcija u bolnicama: osnovna načela

- Prevencija infekcija u bolesnika i osoblja treba biti

– briga svih zaposlenika (postupanje po standardima i intervencijama utemeljenim na dokazima) praćenjem bolesnika od prijema bolesnika u Bolnicu te čitavo vrijeme hospitalizacije, pružanjem informacija i preporuka kontrole i sprečavanja širenja infekcije i po otpustu bolesnika iz Bolnice

– imati stvarnu podršku uprave

- Program za prevenciju i kontrolu treba imati čvrstu organizacijsku strukturu

- Program provodi tim za kontrolu infekcija

• *Priručnik za prevenciju i kontrolu bolničkih infekcija temeljen na nacionalnim smjernicama koji predstavlja standarde za izvedbu svih aspekata prevencije i kontrole infekcija (* Priručnik u izradi)

Priručnik uključuje strategije i postupke za sljedeće:

- izolacija bolesnika
- higijena ruku i pravilno korištenje zaštitnom opremom
- čišćenje, dekontaminacija i sterilizacija predmeta i opreme
- čišćenje i dekontaminacija okoline
- upravljanje prolivenim tjelesnim tvarima ili nezgodama s infektivnim sustancijama
- sigurno rukovanje i transport patoloških uzoraka
- rukovanje kontaminiranim rubljem i njegovo čišćenje/dekontaminacija
- rukovanje infektivnim i sličnim otpadom i njegovo sigurno odlaganje

- upravljanje ozljedama uzrokovanim oštrim predmetima i drugim izloženostima zdravstvenih radnika infektivnim bolestima
- strategije i postupci za uvođenje i održavanje svih invazivnih pomagala npr. intravenski i urinarni kateteri

Program kontrole bolničkih infekcija obavlja tim za kontrolu bolničkih infekcija kojeg čine najmanje liječnik i sestra za kontrolu bolničkih infekcija kroz svakodnevnu rad i koordinaciju.

Uloge i odgovornosti tima su:

- izrada godišnjeg programa prevencije i kontrole infekcija s jasno definiranim ciljevima
- stvaranje pisanih preporuka i protokola koje su dostupne svim djelatnicima Internetom
- kontinuirana edukacija svih djelatnika uključenih u skrb za bolesnika, a osobito novozaposlenih djelatnika (obvezno tijekom probnog rada djelatnika- obvezni program ovisno o djelatnosti zaposlenika)
- praćenje infekcija radi ranog otkrivanja epidemije i osiguravanje podataka koji će evaluacijom usmjeriti na potrebne promjene u praksi
- unutarnje ocjenjivanje (izvidi)
- sudjelovanje u radu i savjetovanje službi koje su nadležne za obavljanje poslova od interesa za sprječavanje bolničkih infekcija, npr. osoblje zaduženo za pranje i distribuciju rublja, zbrinjavanje i razvrstavanje otpada....
- tim djeluje unutar Povjerenstva za prevenciju i kontrolu infekcija
- tim djeluje i usko surađuje s odjelima, laboratorijem, epidemiološkom službom

10.1. Prevencija i kontrola infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi:

popis postupnika, smjernica i obrazaca

1. Standardni postupci prevencije bolničkih infekcija IHI-SP-1.0
2. Higijena ruku IHI-SP-1.1.
3. Upotreba rukavica IHI-SP-1.2.

4. Primjena jednokratnih rukavica, maski, mantila, kaljača IHI-SP-1.3.
5. Standardne mjere postupanja kod izlaganja tjelesnim tvarima IHI-PL-1.3.1.
6. Mjere zaštite od ozljeda oštrim predmetima IHI-PL-1.3.2.
7. Postupak čišćenja prolivene krvi i visokorizičnih tjelesnih tekućina i tkiva IHI-SP-1.3.3.
8. Evidencije pripreme otopine kod prolijevanja krvi i visokorizičnih tjelesnih tekućina i tkiva IHI-OBR-1.3.4.
9. Prijava profesionalne ekspozicije infekcijama koje se prenose krvlju- upitnik za zdravstvene djelatnike IHI-OBR-1.3.5.
10. Postupnik za profesionalnu ekspoziciju zdravstvenih djelatnika infekcijama koje se prenose krvlju IHI-SP-1.4
11. Obrazac za prijavu ozljede oštrim predmetom i izloženosti krvi IHI-OBR-1.4.1.
12. Izjava bolesnika o prihvaćanju potrebnih pretraga kod ubodnog incidenta OBR-1.4.2.
13. Evidencija procijepljenosti protiv gripe IHI-OBR-1.5.
14. Upute za nadzor nad provedbom sanitarno –higijenskih postupaka pri radu IHI-SP-2.0.
15. Planovi čišćenja i dezinfekcije IHI-RU-2.0.
16. Evidencija čišćenja,pranja,dezinfekcije uređaja,opreme, radnih površina, podova i zidova IHI-OBR-2.0.1
17. Evidencija dezinfekcije površina , kolica, opreme IHI-OBR-2.0.2.
18. Evidencija pripreme dekontaminacijske otopine IHI-OBR-2.0.3.
19. Dnevni plan čišćenja odjel kroničnih duševnih bolesti- odsjek 1 IHI-RU- 2.1.
20. Dnevni plan čišćenja odjel kroničnih duševnih bolesti- odsjek 2 IHI-RU- 2.2.
21. Dnevni plan čišćenja zajednički bolnički prostori IHI-RU- 2.3.
22. Dnevni plan čišćenja odsjek za dugotrajno liječenje IHI-RU- 2.4.

23. Dnevni plan čišćenja odsjek za palijativnu skrb HI-RU- 2.5.
24. Protokol antiseptičnosti, čišćenja i dezinfekcije IHI-SP- 2.6.
25. Upute za nadzor nad provedbom sanitarno –higijenskih postupaka pri radu IHI-SP- 2.7.
26. Radna uputa za provođenje postupaka dezinfekcije radnog prostora, površina i pribora IHI-RU- 2.9.
27. Postupak završnog čišćenja sobe nakon otpusta bolesnika IHI-RU-2.11
28. Kemijska dezinfekcija instrumenata IHI-SP-2.12.
29. Evidencije pripreme otopine za kemijsku dezinfekciju IHI-OBR-2.12.1.
30. Sterilizacija materijala IHI-SP-2.13.
31. Evidencija kontrole temperature, kontrole lijekova i čišćenja hladnjaka HI-OBR-2.14
32. Postupnik za dezinfekciju toplomjera IHI-SP-2.15.
33. Čišćenje i održavanje aspiratora IHI-SP-2.16.
34. Radna uputa za pripremu i postupak dezinfekcije noćnih posuda i lavana IHI-RU-2.17
35. Postupanje s pacijentom kod kojeg je potrebno primijeniti mjere kontaktne izolacije IHI-SP-3.0
36. Mjere kontaktne izolacije-upotreba zaštitne opreme HI-OBR- 3.0.1
37. Protokol mjera kontaktne izolacije za multiplo rezistentne mikroorganizme HI-OBR- 3.1.
38. Upute za nadzor nad bolničkim infekcijama IHI-SP- 4.0.
39. Postupanje s bolesnikom u kojeg je izolirana bakterija *Klebsiella pneumoniae* IHI-SP- 4.1.
40. Protokol zdravstvene njege pri skrbi za bolesnika s *Acinetobacter baumannii* IHI-SP- 4.2.

41. Preporuke za prevenciju i kontrolu infekcija koje uzrokuje meticilin rezistentni *Staphylococcus aureus* IHI-SP- 4.3.
42. Izolacija u slučaju pojave mrsa pozitivnog bolesnika IHI-RU-4.3.1
43. Prevencija širenja infekcije *clostridium difficile* IHI-SP- 4.4.
44. Radna uputa za postupanje s *clostridium difficile* pozitivnim bolesnikom IHI-OBR-4.4.1.
45. Protuepidemijske mjere kod noro virusa IHI-SP- 4.5.
46. Skrb o pacijentu s potvrđenom ebolom (ili sumnjom na ebolu) IHI-SP- 4.6.
47. Skabijes infekcija IHI-SP- 4.7.
48. Protokol za prevenciju širenja rota virusa IHI-SP-4.8
49. Održavanje sustava za aplikaciju kisika IHI-SP- 5.0
50. Previjanje inficirane rane IHI-SP- 5.1.
51. Smjernice za uzimanje, pohranu i transport mikrobioloških uzoraka IHI- SP-6.0.
52. Uzimanje i slanje uzoraka za virusološku dijagnostiku IHI- SP-6.1.
53. Uzorci za mikrobiološku dijagnostiku mrsa IHI- SP-6.3.
54. Postupnik za distribuciju i postupanje s bolničkim rubljem IHI-SP-7.0
55. Evidencija slanja uniformi na pranje i preuzimanje čistih uniformi IHI-OBR-7.1.
56. Radna uputa sa evidencijom pranja zastora HI-RU-7.2.
57. Postupak razvrstavanja otpada HI-SP-7.3.
58. Uputa za zbrinjavanje farmaceutskog otpada IHI-SP-7.4.

Literatura:

1. Zakon o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti (»Narodne novine« br. 79/07, 113/08 i 43/09).
2. Pravilnik o uvjetima, načinu obavljanja mjera za sprečavanje i suzbijanje bolničkih infekcija (NN 93/2002, 85/12 i 129/13)
3. Pravilnik o bolničkim infekcijama Specijalna bolnica za psihijatriju i palijativnu skrb Sveti Rafael Strmac Rafael Strmac.
4. Zakon o sestринstvu („Narodne novine“ broj 121/03, 117/08, 57/11)
5. Zakon o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“ broj 150/08, 71/10, 139/10, 22/11,84/11)
6. Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite („Narodne novine" broj 107/07)
7. Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi („Narodne novine“ broj 124/11)
8. Pravilnik o akreditacijskim standardima za bolničke zdravstvene ustanove („Narodne novine“ broj 31/11)
9. The APIC/JCR Infection Prevention and Control Workbook, 2.izd., JCAHO&APIC 2010.
10. Damani N. Priručnik o prevenciji i kontroli infekcija. 3.izd.Zagreb:Medicinska naklada, 2015.
11. Program kontrole i sprečavanja intrahospitalnih infekcija za 2016. god u Bolnici

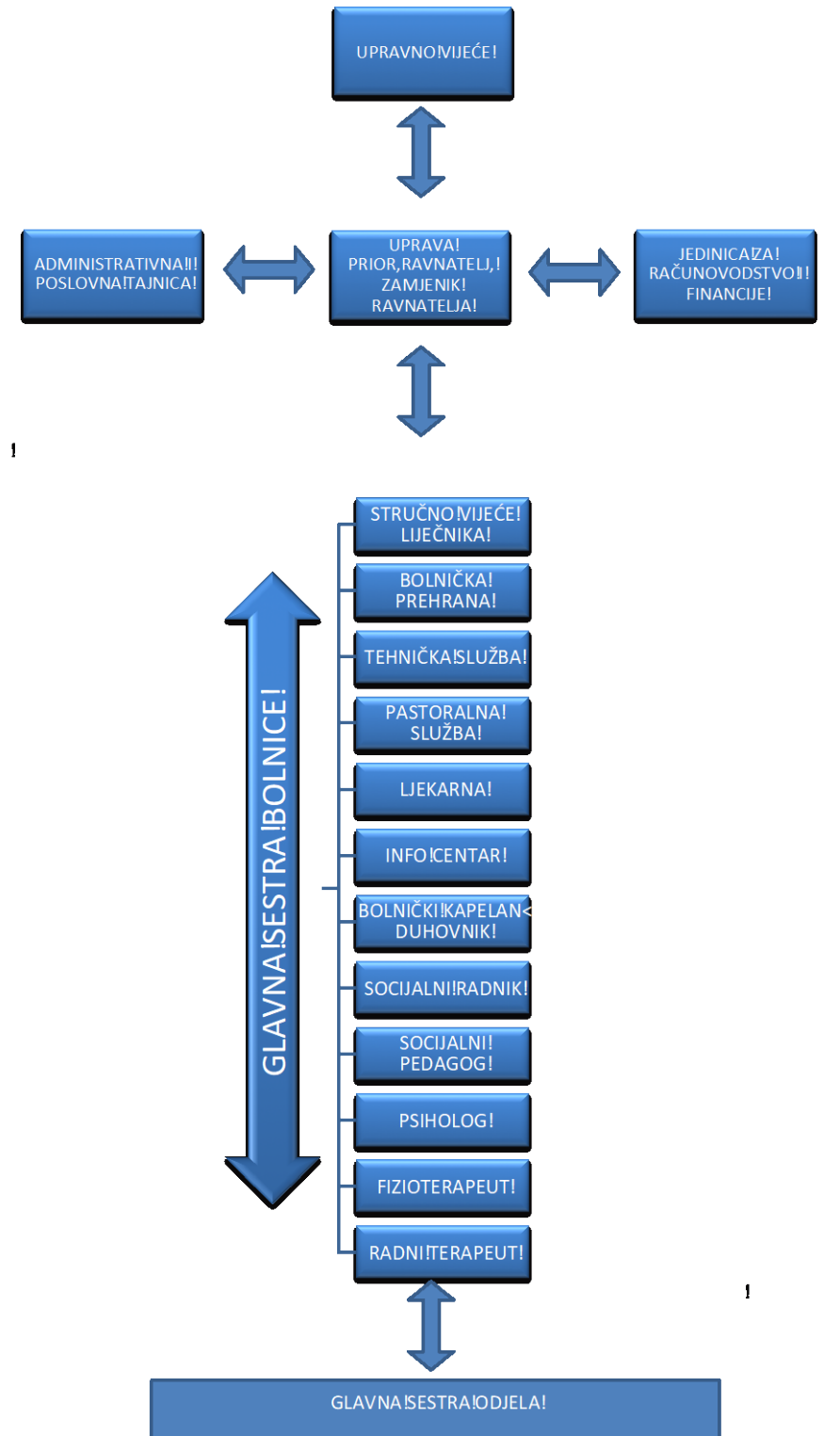
Maristela Šakić, dr.med.spec.psih.

Stana Koščak, bacc.med.techn.

Antonija Pejaković Ličina, bacc.med.techn.

Luca Marković, bacc.med.techn.

11. KOMUNIKACIJA U BOLNICI



Komunicirati znači formirati, prenositi i razumjeti primljenu poruku. Postoji vertikalna i horizontalna komunikacija kao što je prikazano na grafu.

Vertikalna komunikacija predstavlja hijerarhijski zadanu, odnosno odgovornu komunikaciju u smislu naloga koji podrazumijeva izvršenje i prema potrebi natrag reflektira određene specifičnosti na puti od naloga do izvršenja.

Horizontalna komunikacija je operativni prijenos i prijem poruka jednako važnih izvršitelja u procesu zdravstvene djelatnosti čiji krajnji korisnik nije samo naš bolesnik, nego i svi stručni sudionici u lancu komunikacije.

Dobro „komuniciran“ proces je zajednički uspjeh svih sudionika komunikacije.

Loše „komuniciran“ proces je frustracija svih sudionika komunikacije.

U zdravstvenoj djelatnosti ovakav jasan i jednoznačan način komuniciranja je neophodan da bi se moglo raditi i kroz rada osjetiti zadovoljstvo i sigurnost.

Konfuznost nastaje kada se remeti slijed vertikalne odnosno horizontalne komunikacije. Ishod ove konfuznosti je neprofesionalnost koja u konačnici završava osjećajem manjka uvažavanja svakog pojedinca odnosno osobe u njemu pripadajućem lancu komunikacije.

Kako bi u našoj Bolnici gradili zadovoljstvo kroz osobni stručni angažman i kreaciju svakog sudionika u lancu komunikacije potrebno je međusobno kontinuirano graditi ODNOS poštivanja, uvažavanja, pozitivnog referiranja i preuzimanja stručne ali i ljudske odgovornosti.

Ovakav način komuniciranja cirkularno otvara nove spoznaje, gradi, raste i kontinuirano usavršava sustav, odnosno svakog pojedinca bez kojega sustav ne bi postojao.

Da bismo se konstruktivno približili jedni drugima i međusobno pomogli u realizaciji naših ciljeva potrebno je objediniti rasporede rada na jednom mjestu kod administrativne tajnice koja će te iste planove vertikalnom komunikacijom proslijediti glavnoj sestri bolnice a glavna sestra bolnice će horizontalnom komunikacijom imati uvid u planiranja izvršenja ili promjene izvršenja svih službi i pojedinačnih djelatnosti.

Na ovaj način glavna sestra bolnice preuzima ulogu operativne poveznice odnosno koordinatora svih izvršiteljskih djelatnosti i kao centralna institucija horizontalne komunikacije u bolnici prima i odašilje izvršenja prema jedinicama, odnosno službama.

Maristela Šakić, dr. med. spec. psih.

Komuniciranje je proces prijenosa informacija od jedne osobe drugoj s namjerom da se motivira i utječe na ponašanje. Svrha komunikacije unutar organizacije, neovisno o prirodi djelatnosti, je realizacija plana. Formalna komunikacija je unaprijed planiran, sustavan, službeni proces prijenosa informacija u govorenom i pisanom obliku, usklađen s potrebama organizacije.

Komunikacija se odnosi na interakciju između pacijenta i zdravstvenih radnika, ali i na interakcije između pacijenata i njihovih obitelji, kao i interakcije između različitih zdravstvenih radnika i službi koje su uključene u skrb. Poseban značaj ima komunikacija u timu.

Struktura formalne komunikacije usklađena je sa strukturom organizacije.

Četiri su osnovne vrste komunikacije: usmena komunikacija, pismena komunikacija, kontaktna ili neverbalna komunikacija te e-komunikacija.

Formalni se putovi komunikacije nazivaju redovitim službenim putem komuniciranja, a karakterizira ih standardizirano i ujednačeno komuniciranje o određenim stvarima na točno određeni način koji zaposleni moraju slijediti.

Razgovor licem u lice ima najviši rezultat u smislu punoće kanala jer omogućava maksimalan prijenos informacija tijekom jedne komunikacijske epizode, istovremeno obuhvaća nekoliko informacijskih znakova (riječi, izraz lica, intonaciju, geste...), jamči brzo povratno informiranje i ima poseban značaj zbog prisutnosti na licu mjesta.

Pisana formalna izvješća ne posjeduju takvu "osobnost" te su slabiji po punoći komunikacijskog kanala (24)

U bolnici se poštuje hijerarhija u svim segmentima.

Nastoji se pružanje informacija koji potiču angažiranost i potpunu uključenost zaposlenika u život Bolnice koju smatraju svojom kućom i rade na izgradnji i dobrobiti Bolnice.

Standardizirana komunikacija osigurava točan prijenos informacija, sprečava nesporazume, štedi vrijeme djelatnika i osigurava realizaciju zadatka. Rezultat je zadovoljstvo nadređenih i zadovoljstvo djelatnika, a posljedično, zadovoljstvo korisnika usluge.

Practicira se pisano prenošenje poruka mailom, s povratnom informacijom i dvosmjerno. Primljena poruka je obvezujući radni zadatak.

Korištenje ovakve komunikacije je najjednostavnije, najdostupnije i najjeftinije. Ima snagu pisanog dokumenta. Odgovorni djelatnici nose službene mobitele te je ovakva komunikacija dostupna u svakom trenutku. Koristi se službeno dodijeljena ulazna osobna šifra za pristup računalima. Odgovorno korištenje svih dostupnih informacija i podataka obaveza je svih. Nepoštivanje propisane linije komunikacije je povreda radne discipline.

Poštivanje linije standarda vertikalne i horizontalne komunikacije osigurava kvalitetu u komunikaciji, čini je učinkovitom u podjeli zadataka i odgovornosti. Rezultira podijeljenim kompetencijama, delegiranim zadacima, sprječava nesporazume te štiti pojedince od iscrpljenosti jer pretpostavlja podijeljenu odgovornost.

Kako bi se osiguralo sudjelovanje svih zaposlenih u donošenju odluka i kreiranju svakodnevne prakse, poruke, informacije, dopisi, izvješća, priopćenja stavljaju se na E-oglasnik, s forumom kao sastavnim dijelom E-oglasnika.

Poruke se prenose i komentiraju i usmeno čineći komunikaciju neposrednom. Jasno da to uključuje komunikaciju od razine koja je potrebna, znači od Ravnatelja, ali je potrebno poštivati procedure.

Djelatnici su kreatori realnosti, te se sve priče i komentari usmjeravaju k angažiranosti i potpunoj uključenosti zaposlenih u život Bolnice.

Redovito, dnevno i tjedno održavaju se kraći susreti timova s aktualnostima. Objašnjavaju se i kreiraju ciljevi timova i svi se uključuju u pronalaženje rješenja. Svaki djelatnik je u središtu događanja.

Na odjelu palijative i dugotrajnog liječenja na zadnjoj tjednoj sintezi u mjesecu, nakon stručnog dijela pod točkom 2., kratko se evaluira komunikacijska i organizacijska događanja u prošlom vremenu od zadnje sinteze. Ovdje se popunjava evaluacijski listić koji se odlaže na odjelu, a mailom šalje u zajedničku mapu glavnoj sestri Bolnice i služi za kontrolu kvalitete.

Na odsjecima Psihijatrije 1 i Psihijatrije 2 evaluacijski listić se popunjava pri sastancima terapijske zajednice, zadnjem tjednom sastanku u mjesecu. Evaluacijski listić se odlaže na odjelu i šalje mailom glavnoj sestri Bolnice.

Sadržaj evaluacijskog listića je promjenjiv i dogovara se na stručnom kolegiju Bolnice.

Posebno se njeguje osmjeh kao trajna neverbalna komunikacija u vertikalnoj i horizontalnoj komunikaciji kao i u zbrinjavanju bolesnika-gosta. Poruka neverbalne komunikacije kreira vrlo značajno odnose u timu i prema bolesniku te jača svijest o aktivnom udjelu svakog pojedinca u kreiranje odnosa u radnoj okolini.

Komunikacije u timu i s bolesnicima, radna odjeća, ponašanje u zajedničkim radnim prostorima, ophođenje u viziti, telefoniranje - trajna su tema i područje poboljšanja kvalitete. Tim je sastavljen od jednakovrijednih pojedinaca.

Potiče se svakog djelatnika da dnevno doprinosi kvaliteti djelovanja u svom timu, dajući svoj aktivni doprinos kvaliteti.

Radna opterećenja se nastoje ravnomjerno rasporediti na sve djelatnike. Stoga je raspored rada promjenjiv i dnevno ga prilagođava Glavna sestra Bolnice.

Najčešći razlozi za dnevno prilagođavanje rasporeda su;

-povećanje broja bolesnika kategoriziranih u dnevnoj kategorizaciji bolesnika, većim stupnjem potrebe za zdravstvenom njegom

- smanjen broj djelatnika na radu zbog izostanka pojedinog člana tima i dr.

Svaki pojedinac je zadužen za vođenje propisane dokumentacije koja je dio dnevne komunikacije i doprinosi poboljšanju kvalitete zbrinjavanja bolesnika-gosta kao i komunikacije u timu.

Na porti Bolnice postavljena je kutija –DOBRI SMO, MOŽEMO MI TO I BOLJE- u koju djelatnici anonimno ubacuju svoje dnevne uspjehe, zadovoljstva, prijedloge.

Nezadovoljstvo i pritužbe na skrb češće se mogu pripisati nedjelotvornoj komunikaciji negoli neodgovarajuće pruženim uslugama, dok se pokazalo da djelotvorna komunikacija poboljšava skrb za pacijenta.

Stana Koščak, bacc.med.techn.

Ivana Mihić, bacc.med.techn.

Luca Marković, bacc.med.techn.

Antonija Pejaković Ličina, bacc.med.techn.

12. KONTROLA KVALITETE

Obuhvaća osiguranje kvalitete rada na zadovoljstvo korisnika usluga, pružatelja usluga te uprave Bolnice.

Proces kontrole kvalitete i upravljanja kvalitetom sastoji se od uspostave standarda, primjene standarda, razina postignuća, mjera za poboljšanje kvalitete, povratnim informacijama te korektivnim mjerama. Korektivne mjere određuju se dogovorno, nastoji se da sam djelatnik kod kojeg se korektivne mjere provode predloži samu korektivnu mjeru. Kontrolu kvalitete provodi Povjerenstvo za kontrolu kvalitete. Glavna sestra Bolnice provodi trajnu kontrolu kvalitete zdravstvene njege koristeći standarde u radu stručnog kolegija medicinskih sestara i svakodnevnoj komunikaciji.

12.1. Indikatori kvalitete i kontrola kvalitete

Vrsta i broj bolničkih infekcija:

- tromjesečna izvješća Povjerenstva za sprečavanje bolničkih infekcija
- prisustvo medicinske sestre za kontrolu bolničkih infekcija dva puta mjesečno na svim radilištima. Prati se proces i postupci skrbi za bolesnike, posebno intervencija zdravstvene njege bolesnika. Na temelju uočenih propusta priprema se i neposredno provodi edukacija djelatnika.
- obilazak svih bolesnika s rizikom za nastanak infekcije pružanjem preporuka za kontrolu i sprečavanje širenja infekcije, npr. kontaktna izolacija, zbrinjavanje infektivnog otpada...
- obvezna godišnja praćenja Referentnog centra za bolničke infekcije, npr. praćenje suradljivosti higijene ruku, infekcija povezanih s urinarnim kateterima ... uz slanje izvješće te informiranje Uprave bolnice i svih zdravstvenih djelatnika
- praćenje bolničkih infekcija kao dio obaveznog izvješće prema Agenciji za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu

-izvidi dva puta godišnje sa zapisnikom i prijedlogom plana za poboljšanje kvalitete prema Godišnjem planu izvida.

Formulari za izvid u kontroli provođenja mjera za sprečavanje bolničkih infekcija u SB Sveti Rafael Strmac): ažurirano 23.1.2017.

-kontrola kvalitete praćenja infekcija u Bolnici u pisanom i računalnom obliku

- Obrazac za praćenje bolesnika s rizikom za nastanak bolničke infekcije

-kontrolu provođenja zdravstvene njege na siguran i propisan način - sudjeluju članovi Povjerenstva za sprečavanje bolničkih infekcija, medicinske sestre odsjeka/odjela, glavne sestre odsjeka/odjela, Glavna sestra Bolnice

- kontrola korištenja trajnih medicinskih pomagala, kao npr., CVK katetera, venskih katetera, urinarnih katetera itd.-sudjeluju članovi Povjerenstva za sprečavanje bolničkih infekcija, medicinske sestre odsjeka/odjela, glavne sestre odsjeka/odjela, Glavna sestra Bolnice

- kontrola čistoće prostora na odsjecima kao i svih drugih prostora u bolnici - sudjeluju članovi Povjerenstva za sprečavanje bolničkih infekcija, voditeljica spremačica, Glavna sestra Bolnice

- kontrola očuvanosti namještaja, opreme, prepoznavanje kvarova, oštećenja - sudjeluju članovi Povjerenstva za sprečavanje bolničkih infekcija, odgovorna osoba tehničke službe, glavne sestre odsjeka/odjela, Glavna sestra Bolnice

- postupanje s općim priborom korištenim u zbrinjavanju bolesnika - sudjeluju članovi Povjerenstva za sprečavanje bolničkih infekcija, medicinske sestre odsjeka/odjela, glavne sestre odsjeka/odjela, Glavna sestra Bolnice

- pravilno zbrinjavanje otpada - sudjeluju članovi Povjerenstva za sprečavanje bolničkih infekcija, odgovorna osoba za zbrinjavanje otpada, glavne sestre odsjeka/odjela, Glavna sestra Bolnice

- kontrola čistog i prljavog rublja te njegova distribucija - izvidi procedura i postupaka u Bolnici (spremačice, glavne sestre odsjeka/odjela, glavna sestra bolnice prema) i ugovorenoj praonici rublja (Povjerenstvo za kontrolu bolničkih infekcija, glavna sestra Bolnice)

- kontrola korištenja radno zaštitne opreme, higijene ruku djelatnika - svi djelatnici u neposrednom kontaktu s bolesnikom
- kontrola rada u Prehrani (uvid sa posljednjeg izvoda HACCAPA-a, distribucija hrane do bolesnika) - sudjeluje Povjerenstva za sprečavanje bolničkih infekcija, Voditelj prehrane, Glavna sestra bolnice
- kontrola uređenja okoliša Bolnice - sudjeluju članovi Povjerenstva za sprečavanje bolničkih infekcija, Voditelj tehničke službe, Glavna sestra Bolnice

Povjerenstvo za kontrolu kvalitete zdravstvene njege nadzire:

-Sigurnost bolesnika-gosta(izvješća o incidentima, o nuspojavi lijekova, o imanju dovoljnog broja zaštitnih ograda i drugih pomagala za sigurno zbrinjavanje bolesnika-gosta..)- Izvješće radne skupine za sigurnost bolesnika

Dekubitus - izvješća Radne skupine za decubitus

-Provjera dokumentacije - Kontrola vođenja dokumentacije i individualnog pristupa pri vođenju dokumentacije

-Provjera izvješća –u mapi za izvješća- tablica

-mjesečni zbir s tjednih sinteza s planovimamultidisciplinarnih timova za poboljšanje kvalitetskrbi bolesnika-gosta

12.2. Mjesečna evaluacija sestrinske skrbi

-izrađuje se na osnovu dnevno unesenih podataka u E listi te izvještaja:

-sa stručnih kolegija Bolnice

-sa stručnih sastanaka medicinskih sestara

-sa sastanaka stručnog kolegija medicinskih sestara

-mjesečno samoocjenjivanje djelatnika i evaluacija skrbi bolesnika

Računalno obrađeni podaci stavljaju se na E-oglasnik Odjela. Glavna sestra odsjeka piše mjesečni izvještaj glavnoj sestri Bolnice s naglaskom na pozitivne i nedostatne posebnosti. Na osnovu ovog izvješća, planiraju se korektivno-edukativne mjere u edukaciji medicinskih sestara za sljedeći mjesec.

Plan mjera za unapređenje kvalitete-prigodno se izrađuju - nakon svakog izvida i nakon aktualnih događanja u Bolnici koji zahtijevaju mjere za poboljšanje kvalitete,

- analizom anketnih upitnika -kvartalna analiza
- o zadovoljstvu bolesnika
- o zadovoljstvu djelatnika- i svijesti svakog djelatnika o osobnom doprinosu pojedinca kvaliteti usluga koje pruža Bolnica

Objekte ankete provode u cijelosti psiholozi naše Bolnice.

Po Odsjecima se mjesečno proglašava najdjelatnik Odsjeka uz mjesečni izvještaj o radu Odsjeka. Najdjelatnika Odsjeka biraju sami djelatnici.

Izradom temeljnih standarda, uvođenjem E- radne liste u Bolnici, E- oglasnika, redovnim mjesečnim izvješćima o provođenju planiranih radnih procedura, održavanjem redovnih sastanaka timova na odsjeku i stručnih kolegija čiji se zaključci stavljaju na E -oglasnu ploču, sam proces rada uključuje kontrolu kvalitete.

13. UKRATKO

Milosrdna braća kao osnivači Bolnice nastavljaju poslanje sv. Ivana od Boga u Hrvatskoj propovijedajući četiri zavjeta: siromaštvo, čistoću, poslušnost i gostoljubivost.

Stoga su svi bolesnici koji dolaze u Bolnicu GOSTI.

Kvaliteta = izvrsnost je strateška orijentacija Bolnice.

Bolnica je organizacija koja uči kroz edukaciju i formaciju svih djelatnika.

Temeljni standardi namijenjeni su djelatnicima bolnice kao usmjerenje u svakodnevnom radu, edukaciji i samoedukaciji. Djelatnici su kreatori i nosioci kvalitete usluge. Važno je trajno obrazovanje i razvijanje specijalističkih vještina svih zaposlenih.

Temeljni standardi su u skladu s interdisciplinarnim pristupom prema bolesniku-gostu i njegovoj obitelji. Izrađeni su prema dostupnim preporukama iz literature, prilagođeni zakonom obvezujućoj sestrinskoj dokumentaciji, a najveći dio se oslanja na vlastita iskustva. Baza su za nadogradnju vezanu uz razvoj skrbi za palijativne i kronične duševne bolesnike, kako u našoj bolnici, tako svima koji se bave skrbi ovih bolesnika. Smatramo ih minimalnim

standardima ispod kojih skrb za palijativne bolesnike i kronične duševne bolesnike u Republici Hrvatskoj ne bi trebala biti. Bolnica je otvorena za edukaciju svim zainteresiranima.

U Info centru izrađena je i stalno se nadograđuje baza podataka palijativnih i kroničnih duševnih bolesnika. Nudi cjelovitu informaciju o svakom bolesniku koji je poznat bolnici.

Služi za individualnu, svaki put poboljšanu kvalitetu skrbi. Suradnja i umrežavanje zdravstvene, socijalne i druge djelatnosti vodi se u ovom centru. Baza podataka služi za istraživanja uz potporu Uprave Bolnice.

Bolnica strateški potiče istraživanja za sve djelatnike.

Svi djelatnici Bolnice koriste bazu podataka prema vlastitom interesu, za izradu svojih stručnih radova. Nakon svakog stručnog rada, dopunjuje se praktična skrb za bolesnike. Goste na bolje, jer se nastoji da zaključci budu praktičnog, upotrebljivog oblika.

Proces provođenja palijativne skrbi je kompleksan i zahtijeva multiprofesionalan i interdisciplinarni angažman cijelog tima dobro educiranih stručnjaka. Naglašeno je potreban partnerski rad u timu, nastojeći ponuditi slobodu od bolova, dostojanstvo, mir i staloženost.

Bolesnik, njegova obitelj ili skrbnik sastavni su dio tima. Uključivanjem u tim i planiranjem dogovorne skrbi, bolesnik i njegova obitelj dobivaju informaciju o pravima bolesnika i preuzimaju dio odgovornosti za samu skrb.

U tim su uključeni i svi koji zbrinjavaju palijativne bolesnike nakon otpusta iz bolnice.

Obuhvaća sve djelatnosti, uključujući i volontere. Skrb je uvijek dogovorna i individualna.

Kronični duševni bolesnici i bolesnici s problemom ovisnosti se usmjeravaju prema postojećim zdravim potencijalima za vraćanje u samozbrinjavanje i ponovnu socijalizaciju.

Organizirano stanovanje je prenosnica u ovom procesu.

U planiranju edukacije potrebno je obuhvatiti područje interdisciplinarnog učenja na specijalističkoj razini, kao i načela dobre komunikacije i dobrog upravljanja simptomima.

Komunikacija s Bolnicom, bilo koje vrste, šalje poruku otvorenih vrata, uz poštovanje druge strane koja inicira komunikaciju, uz afirmiran završetak.

Temeljni standardi propisuju i polazišta za kontrolu kvalitete.

Prepoznavanje rizičnih bolesnika za infekciju, liječenje infekcije te sprečavanje širenja infekcije su posebno područje koje podliježe standardiziranim postupcima.

Članovi palijativnog i psihijatrijskog tima djeluju sinkrono na temelju zadanih kompetencija.

Standardi uređuju i skrb za ove bolesnike nakon otpusta iz bolnice.

Započeta i dogovorena skrb nastavlja se nakon otpusta iz Bolnice te se, ovakvim pristupom, utječe na unapređuje ukupne zdravstvene i socijalne zaštite bolesnika koji su bili gosti u našoj bolnici. Pristupom koji negujemo poboljšavamo kontinuitet skrbi, dostupnost skrbi i izbor željenog mjesta skrbi samom bolesniku.

Vjerujemo da će uvijek biti bolje nego što se nadamo.