

TEMELJNI STANDARDI SPECIJALNE BOLNICE „SVETI RAFAEL“ STRMAC

-TREĆE IZDANJE-





Bolnički red Svetog Ivana od Boga – Milosrdna braća

SPECIJALNA BOLNICA ZA PSIHIJATRIJU I PALIJATIVNU SKRB

„SVETI RAFAEL“ STRMAC

Strmac Naselje 4, Šumetlica, 35404 Cernik, www.bolnicasvetirafael.eu

OIB 34177692639 * IBAN HR6423400091110450906 * TEL: 035/386-700 * FAX:035/386-701



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

Prosinac 2021.

Poruka/misao vodilja za bolesnike – goste i obitelji:

1539.

Sv. Ivan od Boga je želio je bolesniku osigurati takvu bolnicu koja će biti kao njegova kuća, mjesto gdje će se o njemu skrbiti, gdje će biti prihvaćen, liječen, utješeno i voljen. To znači stvoriti jedan sveti prostor gdje osoba zbog bolesti ne gubi svoje dostojanstvo.

2021.

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

TREĆI TEMELJNI INTERNI STANDARDI

Prosinac 2021.godina



Bolnički red Svetog Ivana od Boga – Milosrdna braća

SPECIJALNA BOLNICA ZA PSIHIJATRIJU I PALIJATIVNU SKRB

„SVETI RAFAEL“ STRMAC

Strmac Naselje 4, Šumetlica, 35404 Cernik, www.bolnicasvetirafael.eu

OIB 34177692639 * IBAN HR6423400091110450906 * TEL: 035/386-700 * FAX:035/386-701





Bolnički red Svetog Ivana od Boga – Milosrdna braća

SPECIJALNA BOLNICA ZA PSIHIJATRIJU I PALIJATIVNU SKRB

„SVETI RAFAEL“ STRMAC

Strmac Naselje 4, Šumetlica, 35404 Cernik, www.bolnicasvetirafael.eu

OIB 34177692639 * IBAN HR6423400091110450906 * TEL: 035/386-700 * FAX:035/386-701



SADRŽAJ:

- 1. Iz misije Reda Milosrdne braće**
- 2. Izvori**
- 3. Opis pojma temeljni interni standardi za djelatnike bolnice u skladu s interdisciplinarnim pristupom prema bolesniku-gostu i njegovoj obitelji**
 - 3.1. Cilj prikaza temeljnih internih standarda
 - 3.2. Svrha prikaza temeljnih internih standarda
- 4. Informativno koordinacijski centar**
 - 4.1. Bolnički informacijski sustav (BIS) u Info centru Bolnice
 - 4.2. Komunikacijsko-koordinacijska uloga Info centra u Bolnici
 - 4.3. Prijem dokumentacije o bolesniku u Info centar Bolnice
 - 4.5. Planiranje prijema i procedura prijema bolesnika u Info centru Bolnice
 - 4.6. Registar palijativnih i kroničnih duševnih bolesnika u Info centru Bolnice
 - 4.7. Prepoznavanje rizika za infekciju kod palijativnih bolesnika u Info centru Bolnice..24
 - 4.8. Opća psihijatrijska ambulanta u Bolnici

5. Sestrinska skrb za bolesnike-goste

5.1. Vrijednosti sestrinske skrbi u bolnici

5.2. Strukturiranje sestrinske skrbi u bolnici

5.3. Glavna sestra bolnice, pomoćnik ravnatelja za zdravstvenu njegu

5.3.1. Poslovi glavne sestre bolnice

5.4. Stručni kolegij medicinskih sestara i tehničara

5.5. Timovi za zdravstvenu njegu

5.6. Voditelj smjene u timu za zdravstvenu njegu

5.7. Medicinska sestra u info centru bolnice

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

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

5.9. Planirani dogovoreni otpust iz Bolnice koordinira medicinska sestra

6. Edukacija medicinskih sestara

6.1. Dnevne mini edukacije

6.2. Tjedne evaluacije na stručnom kolegiju

6.3. Mjesečne bodovane edukacije

6.4. Certificirani tečajevi i edukacije

7. Evaluacija i edukacija kroz velike vizite

8. Njegovatelj/ice

8.1. Edukacija negovateljica

8.1.1. Edukativni podsjetnik za negovatelj/ice sb “sveti rafael”

9. Temeljna vertikalna komunikacija medicinskih sestara u bolnici, prema dijagramu odgovornosti

9.1. Komunikacija u timu

10. Vizija sestrinstva

11. Jedinica bolničke ljekarne

12. Bolnička prehrana

13. Odjel palijativne skrbi i dugotrajnog liječenja

13.1. Palijativna skrb u Bolnici

13.2. Tim u palijativnoj skrbi u Bolnici

13.3. Prijem palijativnog bolesnika u Bolnicu

13.4. Obiteljski sastanak pri prijemu palijativnog bolesnika u bolnicu

13.5. CHEK (ČEK) LISTA

13.6. Dogovorna zdravstvena njega palijativnih bolesnika u Bolnici

13.7. Kategorizacija bolesnika – prema potrebama za zdravstvenom njegom

13.8. Edukacija palijativnih bolesnika i suradnika u liječenju u Bolnici

13.9. Tijek skrbi palijativnog bolesnika na bolničkom odjelu

13.9.1. Bazično funkcioniranje i strukturiranje timskog pristupa na odjelu palijativna skrb i dugotrajno liječenje

13.9.2. Dnevni postupnik na palijativi

- 13.9.3. Tjedna timska sinteza
- 13.10. Sažetak cjelovitog pristupa liječnika u sklopu palijativnog tima u Specijalnoj bolnici za psihijatriju i palijativnu skrb
 - 13.10.1. Psihijatrijski poremećaji u palijativnoj skrbi-suradni psihijatar
- 13.11. Standardizirani postupci članova tima na Odjelu za palijativnu skrb i dugotrajno
- 13.12. Dijagram DNEVNE SKRBI BOLESNIKA za Odjel palijative i dugotrajnog liječenja
- 13.13. Dnevni sastanci palijativnog tima u Bolnici
- 13.14. Tjedne timske sinteze palijativnog tima u Bolnici
- 13.15. Skrbi za bolesnike u izolaciji i bolesnike koji su nekomunikativni
- 13.16. Dokumentacija skrbi za palijativnog bolesnika u Bolnici
- 13.17. Otpust palijativnog bolesnika iz bolnice je jedan od indikatora kvalitete
- 13.18. Bolnički tim za podršku palijativnoj skrbi
- 13.19. Mobilni palijativni tim
- 13.20. Podsjetnici u dnevnom zbrinjavanju bolesnika:
- 13.21. Podsjetnik pri edukaciji djelatnika za skrb palijativnih bolesnika
- 13.22. Program ventilacije i supervizija rada palijativnog tima

14. Odjel za kronične duševne bolesti

- 14.1. Skrb za kronične duševne bolesnike u bolnici
 - 14.4.1 Bazično funkcioniranje i strukturiranje timske psihosocijalne rehabilitacije na odjelu za kronične duševne bolesti
- 14.2. Sestrinska skrb za bolesnike na odjelu kroničnih duševnih bolesti
 - 14.2.1 Razvrstavanje pacijenata u kategorije ovisno o potrebama za zdravstvenom njegom
 - 14.2.2. Osobni dnevnik bolesnika-gosta
- 14.3. Izdvojena djelovanja članova tima u redovnom sociterapijskom programu psihijatrijskih bolesnika u bolnici
- 14.4. Timski dogovorena; individualna i cjelovita skrb bolesnika

- 14.5. Dijagram tijeka i smjera odgovornosti prema bolesniku do lječničke razine
- 14.6. Standardizirani postupci članova tima na odjelu za kronične duševne bolesti
 - 14.6.1. Psiholog u skrbi kroničnih duševnih bolesnika
 - 14.6.2. Socijalni radnik u skrbi kroničnih duševnih bolesnika
 - 14.6.3. Socijalni pedagog u skrbi kroničnih duševnih bolesnika
 - 14.6.4. Duhovnik/bolnički kapelan u skrbi kroničnih duševnih bolesnika
 - 14.6.5. Radna terapija u skrbi kroničnih duševnih bolesnika
 - 14.6.5.1. Grupa terapijskog cvjećarstva
 - 14.6.5.2. Grupa terapijskog vrtlarstva
 - 14.6.6. Fizioterapeut
- 14.7. Terapijska zajednica u bolnici na odjelu kroničnih duševnih bolesti
- 14.8. Otpust bolesnika –gosta s odjela kroničnih duševnih bolesti

15. Organizirano stanovanje psihički bolesnih osoba

16. Klub liječenih alkoholičara sveti Rafael

17. Skrb za dementne bolesnike u bolnici

- 17.1. Demencija
 - 17.1.1. Ciljevi skrbi
 - 17.1.2. Komunikacija s dementnom osobom
- 17.2. Timski pristup
 - 17.2.1. Rad psihologa u skrbi za dementne pacijente
 - 17.2.2. Uloga radne terapije u skrbi za dementne pacijente

17.2.3. Uloga duhovnika

17.3. Specijalna zdravstvena njega osoba oboljelih od demencije

17.3.1. Najčešće sestrinske dijagnoze

17.3.2. Pregled sestrinske skrbi za osobe oboljele od demencije

17.4. Kognitivni trening i aktivnosti kretanja

17.5. Edukacija njegovatelja koji skrbi za dementnog bolesnika nakon otpusta iz bolnice

17.6. Otpust dementnog bolesnika iz bolnice

18. Integrativna dnevna bolnica

18.1. Multidisciplinarni tim koji provodi postupke rehabilitacije

18.1.1. Postupci članova multidisciplinarnog tima

19. Popis protokola

19.1. Hospitalizacija bolesnika

19.2. Zdravstvena njega: popis postupnika, smjernica i obrazaca

19.3. Prevencija i kontrola infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi: Popis postupnika, smjernica i obrazaca

20. Prevencija i kontrola infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi

20.1. Bolnički program za prevenciju i kontrolu bolničkih infekcija

20.2. Organizacija kontrole infekcija u bolnici: osnovna načela

20.3. Mjere za sprječavanje i suzbijanje širenja bolničkih infekcija:

20.4. Osoblje za prevenciju i kontrolu bolničkih infekcija

21. Komunikacija u bolnici

22. Kontrola kvalitete

- 22.1. Povjerenstvo za kvalitetu zdravstvene zaštite
- 22.2. Jedinica za osiguranje i unaprjeđenje kvalitete zdravstvene zaštite
- 22.3. Ukupna kvaliteta zdravstvene skrbi za bolesnike na svim odjelima bolnice
- 22.4. Digitalizacija poslovanja kroz BIS-a
- 22.5. Kontrola kvalitete zdravstvene njege nadzire:
- 22.6. Godišnji izbor i kriteriji ocjenjivanja najboljih djelatnika u bolnici

23. Zapošljavanje novih djelatnika te ocjenjivanje probnoga rada i rada tijekom ugovora o radu na određeno vrijeme

24. Ukratko

25. Prilozi

1. IZ MISIJE REDA MILOSRDNE BRAĆE

Fra Kristijan Sinković, Prior Bolnice

Fra Giovanni Gjemula, mag. pharm.

Iz misije Reda Milosrdne Braće:

Danas su Milosrdna braća raširena na pet kontinenata te svakodnevno skrbe za oko 40.000 bolesnika, u svojih 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 uz još 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 cjelovitih osoba, poštivanje njegovih osjećaja, utjeha i ohrabrenje. Odgovor na pitanja smisla života, koja 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 ostvaruje 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, psihičku i duhovnu razinu, kako vidimo sami sebe i kako nas drugi doživljavaju (odjeća, ponašanje, verbalna i neverbalna komunikacija, higijena okoliša, prehrana, sigurnost i prevencija).

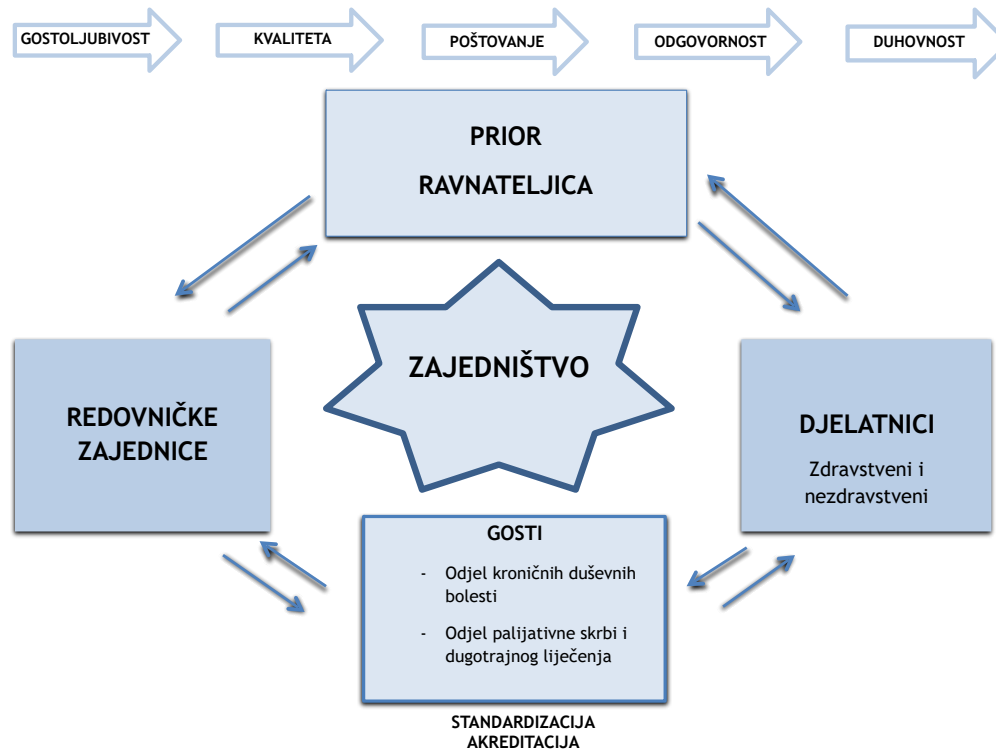
c. Suodgovornost u organizaciji rada bolnice povjerenjem, davanjem i preuzimanjem odgovornosti

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.

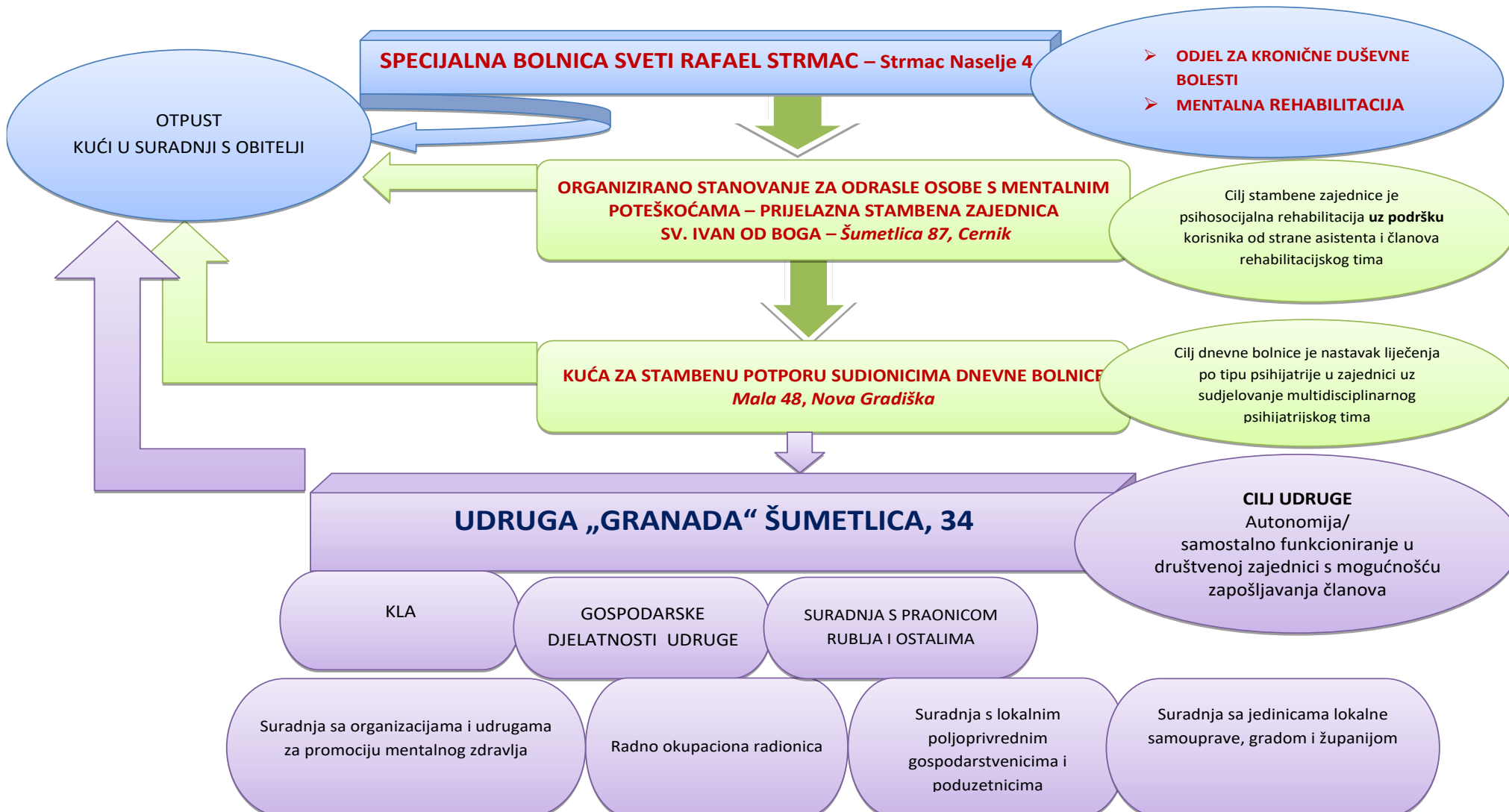
3. *Spoznati kako djelovanjem karizme Reda ostvariti osjećaj osobne pripadnosti obitelji Milosrdne braće.*

Osvijestiti poziv da je svaka naša aktivnost i odnos kao djelatnika *drugačije bolnice* svjedočanstvo vjere i humanosti te pastoralnim radom svakodnevno prepoznavati i osjetiti želju, potrebu bolesnika, njegove rodbine i drugih djelatnika za duhovnim, odnosno 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.

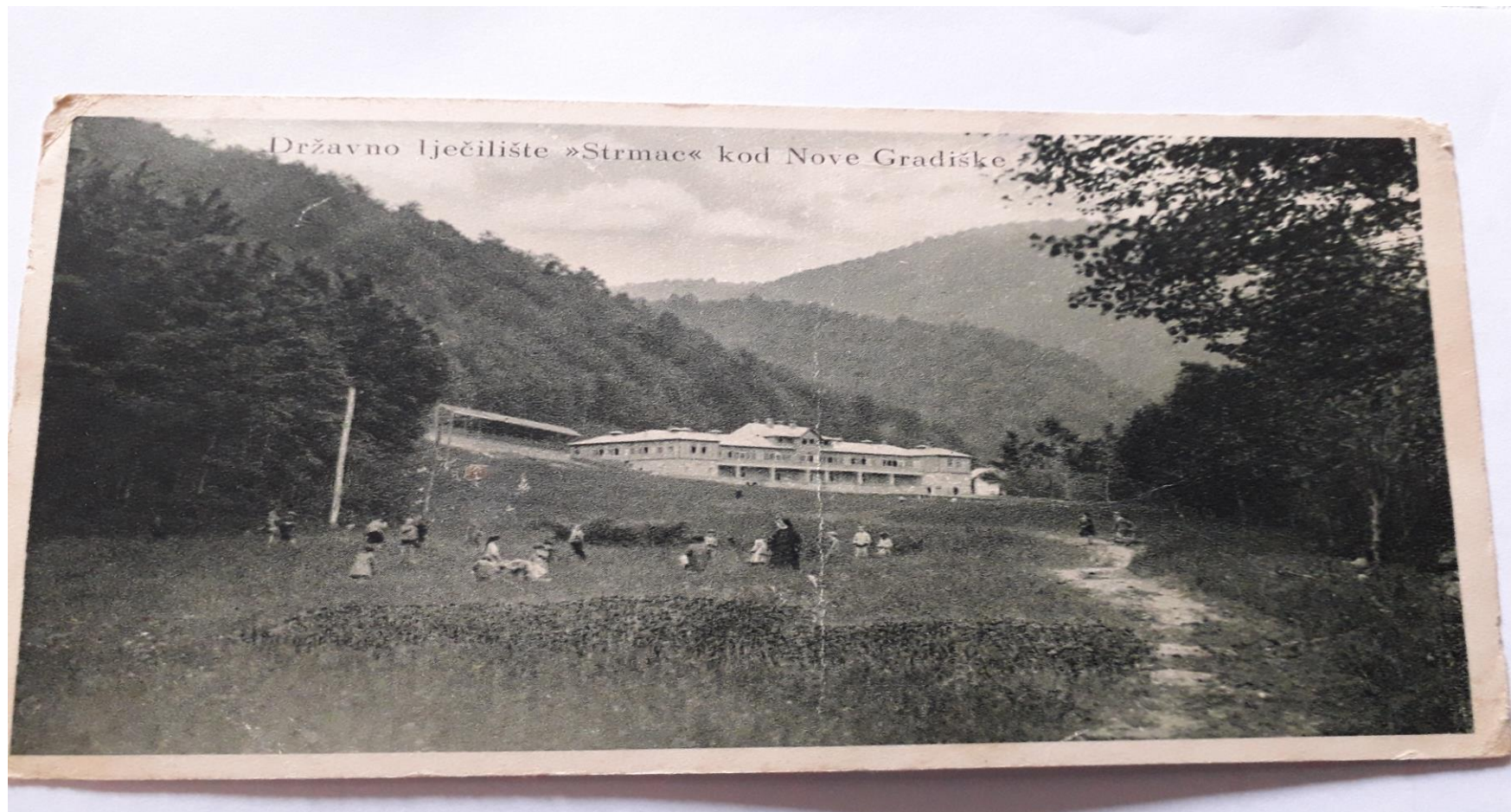


CJELOVITI MODEL PSIHIJATRIJSKOG LIJEČENJA I REHABILITACIJE BOLNIČKOG REDA MILOSRDNE BRAĆE SVETI IVAN OD BOGA



IZ POVIJESTI "STRMCA" LJEČILIŠTA KOD NOVE GRADIŠKE

Razglednica iz 1933.



2. IZVORI

Pri izradi trećih temeljnih standarda korištena je Osobna karta Bolnice kao prvi standardi, te drugi temeljni interni standardi koji prethode trećima. Uključeno je stručno iskustvo temeljeno na 10 godina postojanja Bolnice.

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

3.1. CILJ PRIKAZA TEMELJNIH INTERNIH STANDARDA

Definiranje

- načina i sadržaja postupaka najbolje prakse 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 rad na izgradnji i dobrobiti Bolnice.

3.2. SVRHA PRIKAZA TEMELJNIH INTERNIH STANDARDARDA

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
- pružanjem 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 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, vanjski stručni suradnici, zainteresirane organizacije, građani) 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 kao temelj prepoznavanja potreba bolesnika-gosta, njegove obitelji i pojedinačnih potreba zaposleni.
- ✓ Pružanju informacija koji potiču angažiranost 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 informaciji 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.

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 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
- lakšeg raumjevanja sestriinske skrbi u bolnici
- bržeg protoka informacija
- jednoobraznog pristupa zadatcima
- pojednostavljenja kontrole kvalitete i prikupljanja podataka

Standardi obuhvaćaju i Volontere kao i Standardizaciju skrbi u Stambenoj zajednici. Ovaj dio Standarda je izdvojen zbog lakšeg uvida u Standarde Bolnice

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

Ivana Mihić, mag. med.techn.

Maristela Šakić, dr. med. spec. psihijatar

Stana Koščak, bacc. med.techn.

Luca Marković, mag.med.techn.

Cilji svrha Info centra je:

- Objedinjavanje kriterija prijema i uvođenje standarda dolaska na liječenje uz suradnju suradnika u liječenju.
- 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
- Vođenje registra palijativnih bolesnika kao i registra bolesnika koji pohađaju dnevnu bolnicu te integrativnu dnevnu bolnicu

U Info centru rade magistra sestrinstva/prvostupnik sestrinstva, te medicinski administrator od 8 do 16 sati.

Ravnatelj Bolnice u odsustvu zaposlenika koji radi na radnom mjestu Medicinske sestre/ tehničara u ambulanti može Odlukom odrediti zaposlenika Bolnice, koji po njegovoj procjeni može obavljati poslove Medicinske sestre/ tehničara u ambulanti.

Magistra sestrinstva (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, prevencija i kontrola širenja infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi, komunikacijsko-koordinacijski centar, baza podataka, jedinica za kvalitetu, 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 nakon inicijativnog prijedloga 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, Mobilni psihijatrijski 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, mobilnih palijativnih i psihijatrijskih timova za zdravstvenu njegu u kući, fizikalne terapije u kući bolesnika, domova, udomiteljstava, humanitarnih udruga, posudionica pomagala..

Potrebno je kontinuirano izgrađivati odgovarajuće komunikacijske strukture te težiti pouzdanoj suradnji sa svim nositeljima zdravstvene i socijalne skrbi.

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

Djelovanje budućih mobilnih palijativnih i psihijatrijskih 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 i dr. 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.

4.1. Bolnički informacijski sustav (BIS) u Info centru Bolnice

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. stvaranje i stalno dopunjavanje 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 izrađen je informatički program koji objedinjuje rad Info centra te prevenciju i kontrolu 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 i širenje infekcija povezano sa zdravstvenom skrbi, dokumentacije za vrijeme bolničkog liječenja i otpusne dokumentacije, osigurava informaciju, tj. stvaranje i stalno dopunjavanje baze podataka o svakom bolesniku. Ovakava integracija informacija osigurava praćenje, analizu te unapređenje kvalitete rada.

4.2. Komunikacijsko-koordinacijska uloga Info centra u Bolnici

Medicinska sestra je u Info centru ključni djelatnik, koordinator koji osigurava kontinuitet skrbi u različitim zdravstvenim strukturama.

Sudjeluje u otvaranju mogućnosti bolesniku i obitelji, 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, mobilnim palijativnim i psihijatrijskim timovima, socijalnim radnikom, posudionicom pomagala, volonterskim udrugama itd.

4.3. Prijem dokumentacije o bolesniku u Info centar Bolnice

Prijem dokumentacije počinje prijemom dopisa - upita i ispunjavanjem Prijemnog obrasca bolesnik. (Prilog 1) 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 (nadopuna medicinske dokumentacije, dodatne kliničke i dijagnostičke pretrage te pregled bolesnika u psihijatrijskoj ambulanti bolnice), sistematično će se napisati u odgovoru na upit i proslijediti zdravstvenoj ustanovi, odnosno članu obitelji bolesnika koji čeka prijem u bolnicu.

Svakako je važno napisati kako su članovi, odnosno jedan izabrani član obitelji, poželjni kao suradnik 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.

Od pojave epidemije COVID-19 virusa, radi prevencije širenja epidemije za bolesnike koji dolaze na liječenje, uzima se epidemiološka anamneza i slijedi kontinuitet preporuka hrvatskog zavoda za javno zdravstvo.

4.5. Planiranje prijema i procedura prijema bolesnika u Info centru Bolnice

Po primitku upita za prijem bolesnika, ispunjava se Prijemni obrazac bolesnika na temelju pristigle dokumentacije te se u slučaju nedostatnih podataka dopunjuje kontaktiranjem osoba i/ili 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 (potreba izolacije).

Obrazac se prikazuje na stručnom sastanku liječnika i donosi konačna odluka o mogućnosti prijema u bolnicu.

Bolesnici se naručuju prema listi čekanja (tzv. čekaonici u BIS-u, lista čekanja na web stranic bolnice) 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).

Prijemi bolesnika su dogovoreni datiranim i potpisanim dokumentom. Info centar obavještava o datumu prijema pošiljatelja dopisa, a Odjelu daje upute o potrebnim stvarima i pomagalicama (npr. trahealna kanila, inficirani ulkus...) 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.

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 gostoljubivim susretom i pozdravom, predstavljanjem bolesniku i obitelji imenom, te osnovnim, nužnim informacijama uz put do odjela, uz poruku dobrodošlice.

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, poštenog 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**.(Prilog 2)

Ovisno o epidemiološkoj situaciji, nepokretni i teško pokretni bolesnici koji pristižu u pratnji djelatnika saniteta odlaze do bolesničke sobe uz pratnju djelatnika Bolnice 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 pokrajnjem desnom ulazu bolnice. Mogućnost pratnje bolesnicima kod samog prijema bolesnika sukladna je epidemiološkoj situaciji i preporukama HZJZ te Povjerenstva za bolniče infekcije bolnice.

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.

Sva otpusna pisma se šalju nakon otpusta bolenika putem Ceziha (osim bolesnika koji su primljeni premještajem iz druge bolnice).

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

4.6. Registar palijativnih i kroničnih duševnih bolesnika u Info centru Bolnice

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, "audit" 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.

4.7. Prepoznavanje rizika za infekciju kod palijativnih bolesnika u Info centru Bolnice

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. Kod bolesnika na odjelu kroničnih duševnih bolesti vezano uz samu prirodu bolesti, rizična ponašanja, maladaptivan 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: identifikacija rizika, analiza rizika, kontrola rizika te nadziranje 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 podatke o infektološkom statusu bolesnika za vrijeme hospitalizacije na odjelu koji se kopira iz liječničke i sestrinske dokumentacije čime se prati bolesnika od prijema do otpusta, pa i nakon otpusta.

Komunikacija po otpustu bolesnikima 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.

4.8. Opća psihijatrijska ambulanta u Bolnici

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

Radno vrijeme ambulante je ponedjeljkom i petkom od 11- 19 sati te utorkom, srijedom i četvrtkom od 8-16 sati, a s dnevnim odmorom u vremenu od 12,00 do 12,30 sati.

Svi bolesnici i pratnja koji dolaze u psihijatrijsku ambulantu dužni su se pridržavati svih mjera prevencije Sars-Cov-2 infekcije te pri dolasku ispunjavaju Obrazac za bolesnike i pratitelja bolesnika koji dolaze u psihijatrijsku ambulantu, kako bi se prepoznalo rizik i preveniralo širenje infekcije.

Narudžbe za psihijatrijske kontrole se odvijaju telefonom ili osobno svaki radni dan u vremenu od 13,00 do 16,00 sati, te putem e-naručivanja.

Izrada računa za ambulantne bolesnike i bolesnike iz Dnevne psihijatrijske bolnice izrađuju se svakodnevno kao i slanje nalaza te otpusnih pisama iz dnevne bolnice. Bolesničko statistički obrasci, Onko obrasci i Obrasci psihijatrijskih bolesnika te Izvješća prijema i otpusta bolesnika prema HZZO-u se šalju nakon svakogog mjeseca.

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

5. SESTRINSKA SKRB ZA BOLESNIKE-GOSTE U BOLNICI

Stana Koščak, bacc.med.techn.

Antonija Pejaković Ličina, bacc.med.techn.

Luca Marković, mag. med.techn

Ivana Mihić, mag. med.techn

Ivana Robina, bacc.med.techn

Maristela Šakić, dr. med. spec. psihijatar

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

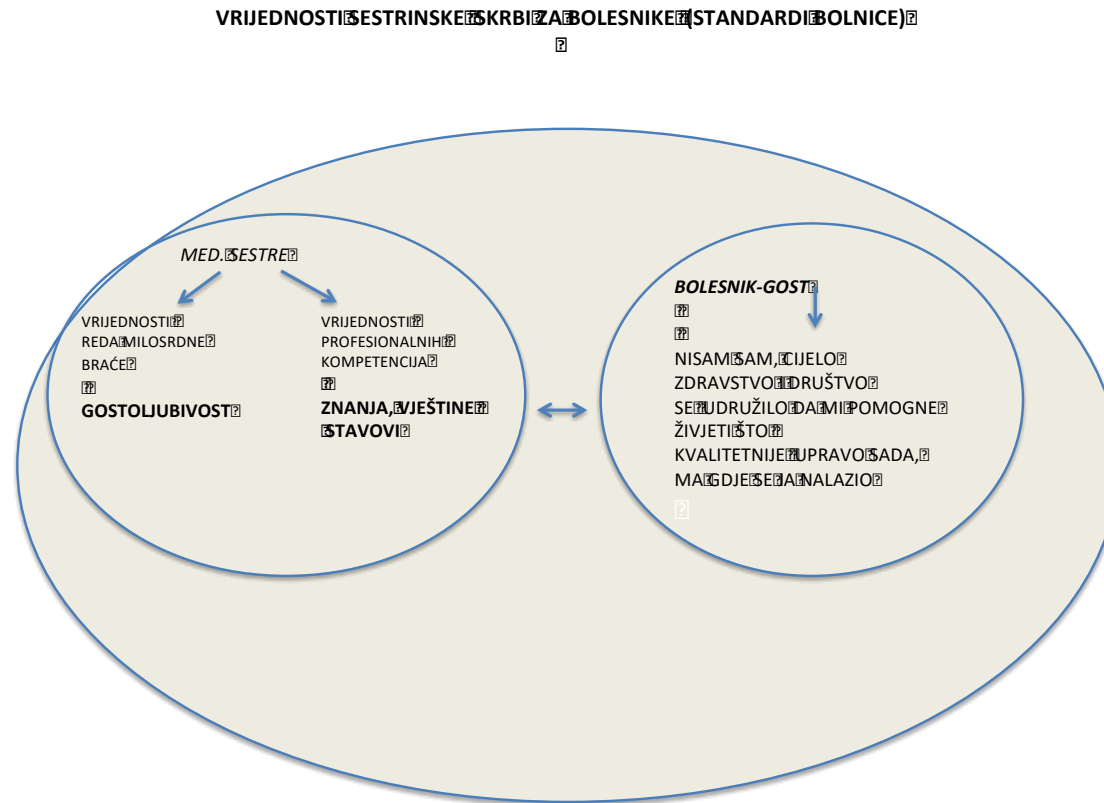
Iz naše svakodnevice izdvajamo:

- temeljne moralne vrline koje sestrinska praksa kroz povijest ,a i danas njeguje: suosjećanje, brižnost, pažnju prema drugima, prihvaćanje drugih i uzajamno povjerenje
- 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 sestrinske skrbi u Bolnici prikazali smo grafički.



5.1. VRIJEDNOSTI SESTRINSKE SKRBI U BOLNICI

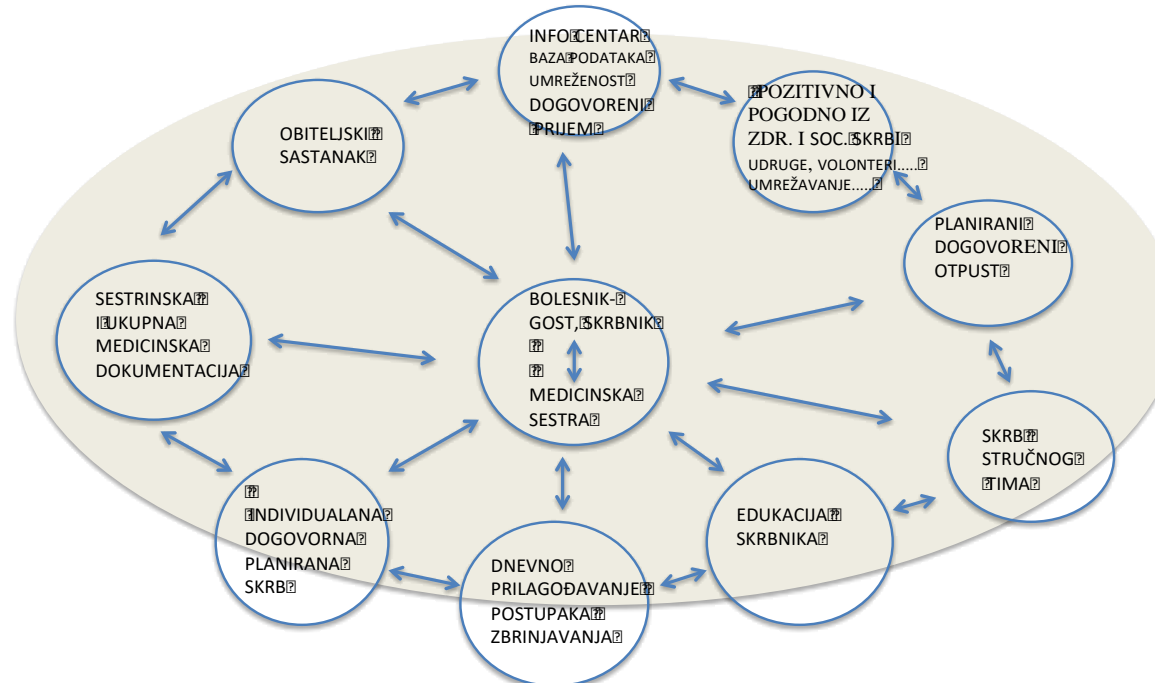
Vrijednosti sestrinske skrbi temeljimo na:

- gostoljubivosti kao jednoj od vrijednosti Reda milosrdne braće koja slabe i bolesne 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 dostupnost 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, volonteri, zbrinjavanje u udomiteljstvima itd. 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 obitelji, u smislu korištenja informacija koje su dobili i poštivanja procedure potrebne za korištenje prava i mogućnosti pri zbrinjavanju kod kuće.

STRUKTURIRANJE SESTRINSKE SKRBI



5.2. STRUKTURIRANJE SESTRINSKE SKRBI U BOLNICI

Korisnici usluga u Bolnici su naši gosti.

Sva skrb je dogovorna i temeljem dogovora, planirana.

Medicinske sestre Bolnice 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.

5.3. GLAVNA SESTRA BOLNICE, POMOĆNIK RAVNATELJA ZA ZDRAVSTVENU NJEGU

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 u suradnji 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, vanjskih suradnika i dr, temeljenih 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 preventirajući posredne, dvostruke, oprečne, nejasne, neprovjerene i subjektivno nadograđene poruke kako unutar bolnice, tako i u odnosima s javnošću. Glavna sestra bolnice je pomoćnik ravnatelja za sestrinstvo i okosnica je otvorenog, odmjerenog, razboritog i pozitivnog stava u bilo kojem unutrašnjem ili vanjskom događanju značajnom za funkcioniranje i dobar ugled bolnice.

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.

5.3.1. 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 sestrinstva-voditelja timova za zdravstvenu njegu i njegovatelja s upravom Bolnice i ostalim stručnim službama u Bolnici
- Usklađuje raspored rada i plan 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
- 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 liječničkog 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

5.4. 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 sastanak kolegija je motivirajući razvoj pozitivnih stavova.

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

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

Znači svaki postupak, rečenica, razmišljanje, komunikacija kao i sve djelatnosti, okrenute su pozitivnom 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. Negativne rečenice, radnje i ponašanja trebaju biti nepoznati pojmovi u svakodnevici leaderske 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.

Teme sastanaka:

- Funkcioniranje sustava odgovornosti u timovima zdravstvene njege na odjelima prema dijagramu odgovornosti i povezanosti dokumentacije
- Prijemi bolesnika, obiteljski sastanci, otpusti, otpusna pisma poslana patronažnoj službi
- 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 njegovateljica kao 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.

5.5. 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 tijekom i smjera odgovornosti pomaže da provedba planirane i dogovorene skrbi i sigurnost bolesnika trajno budu održavani na najvećoj mogućoj razini.

5.6. 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 socioterapijski program i zadovoljavanje individualnih potreba bolesnika (npr. promjena u sposobnosti samozbrinjavanja). Brine o kvaliteti zbrinjavanja od strane tima za zdravstvenu skrb (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 akutnu bolnicu, tako i pozitivnih, npr. u slobodno vrijeme 20 bolesnika su organizirano šetali šetnicom oko bolnice 30 minuta, u društvu medicinskog tehničara.

Ukupnu dokumentaciju nužno je sinkronizirati, što znači da zabilješka na printanoj dnevnoj radnoj listi, npr. kod bolesnika NN u 10 sati povišen krvni tlak, učinjene intervencije u odnosu na novonastlu prepoznatu potrebu, stanje bolesnika nakon intervencije, promjena plana skrbi,..Isto je primjereno popraćeno na temperaturnoj listi, na sestrijskom 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.

5.7. 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 i sl.

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 protokolirano, individualizirano prikupljanje podataka i koordinacija postupaka, povjereno usko specijalizirano educiranoj medicinskoj sestri.

Prijem u bolnicu dogovara se u Info centru. Odjelne medicinske sestre 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 koji je u kompetenciji liječnika.

Obiteljski sastanak pri prijemu palijativnog i kroničnog duševnog bolesnika u Bolnicu organizira i usmjerava medicinska sestra zajedno s odjelnim liječnikom. (Prilozi 3 i 4)

Pri samom smještaju bolesnika u postelju kao i davanja informacija nužnih za boravak bolesnika u bolnici, uključena je i bolesnikova pratnja. Bolesnik postaje član psihijatrijske 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, 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 planira 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, s posebnostima za svaki odjel i odsjek.

5.7.1. Sestrinska i ukupna medicinska dokumentacija pri skrbi kroničnog duševnog i palijativnog 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 zadovoljstva 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 grupe, izabranima od strane bolesnika na sastanku terapijske zajednice, izdaje popis članova grupe. 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 sestrinsko otpusno pismo s preporukama za nastavak sestrinske skrbi nakon otpusta. U sestrinsko otusno pismo bilježi se i dogovor postignut između bolesnika, stručnog tima u Bolnici i tima koji prihvaća bolesnika nakon otpusta iz Bolnice. Bilježe se 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 e-mailom odgovornoj patronažnoj sestri na terenu.

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

Individualnu, dogovornu planiranu skrb bolesnika u Bolnici započinje i trajno provodi medicinska sestra

Individualna, dogovorna planirana 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 skrbi, kako cijelog stručnog tima, tako i bolesnika i njegove obitelji, skrbnika i drugih.

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.

5.8. 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 potrebno 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 uključivanje 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.

Edukaciju 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 (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 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 (svakodnevna skrb psihologa, duhovnika, fizioterapeuta za palijativne bolesnike) i prema posebnim potrebama (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.

5.9. 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 i/ili duhovnika. Skrbniku, odnosno obitelji se nudi edukacijski program, ako će za 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 i sl. Za vrijeme liječenja u Bolnici planirano se realizira i doraduje priprema za otpust kako bi sam proces otpusta bio sastavni dio zbrinjavanja na zadovoljstvo kako bolesnika tako i njegove obitelji. Obzirom da se priprema, otpust prolazi sa minimalnim stresom, neovisno vraća li se bolesnik 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.

Pozitivno i pogodno iz redovnog zdravstvenog osiguranja, humanitarnih udruga i drugih organizacija, izdvaja i približava bolesniku i skrbniku medicinska sestra

Medicinske setre 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 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, materijalna naknada za tuđu pomoć i njegu itd.

Niz humanitarnih udruga za pomoć pri komunikaciji s liječnikom, pomoć u kući, posudionice pomagala (bolnički krevet, različita kolica)

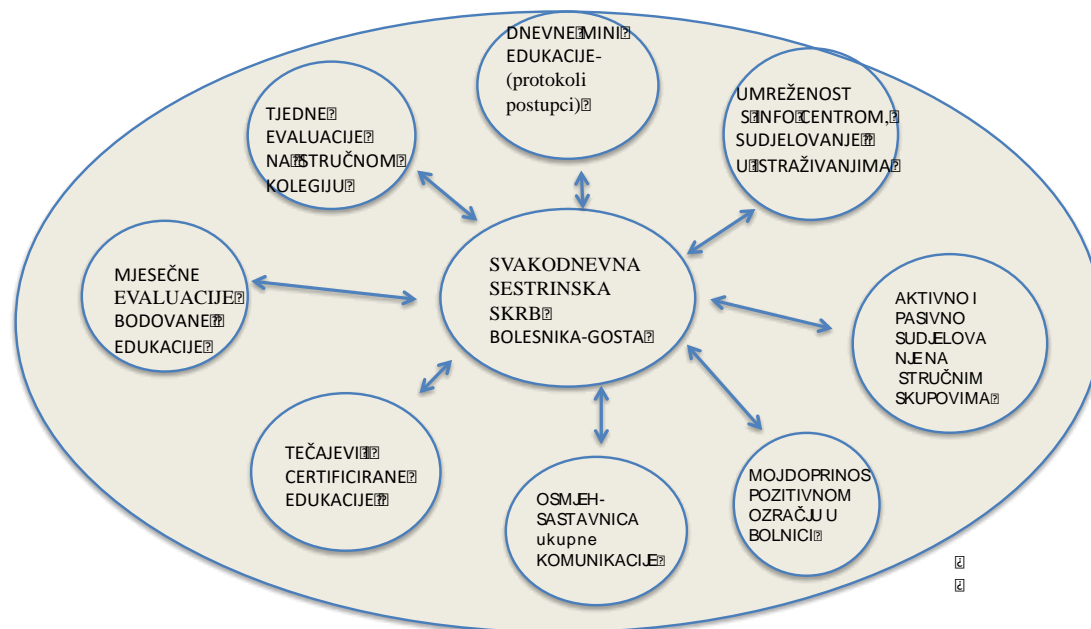
Pomaže se ne samo bolesniku nego i njegovatelju. Ovo je važno. Njegovatelj treba dnevno vrijeme za odmor, za obavljanje nekih svojih poslova izvan kuće.

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

Ovakvim pristupom njegovatelj ne sagorjeva te se odlaže vrijeme smještaja bolesnika 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.

6. EDUKACIJA MEDICINSKIH SESTARA

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. 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.

Za usmjeravanje ka izvrsnosti, edukaciji te potpunu orijentaciju na individualni pristup bolesniku u našoj Bolnici je djelovala savjetnica za zdravstvenu njegu više od pet godina. Dugogodišnjim profesionalnim iskustvom bitno je utjecala na formaciju medicinskih sestara s ciljem kontinuirane težnje ka izvrsnosti.

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.

BOLESNIK



SAMOPOŠTOVANJE

6.1. Dnevne mini edukacije

Kako bi medicinske sestre/tehničari bili kompetentni za rad, svakodnevno se provode mini edukacije iz različitih područja zdravstvene njege. Medicinske sestre 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.

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 jedne 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.

6.2. 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 novoprimitljenim 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 i moj doprinos pozitivnom ozračju u bolnici

Potiču se motivirajuća predavanja, radionice i zbivanja **o osmijehu** kao 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. Osmijeh je važan i pri horizontalnoj i vertikalnoj komunikaciji u timu. Osmijeh je važan i pri telefoniranju. Poticajno djeluju ogledala pored telefona i na radnom stolu, s porukom: “ne zaboravi osmijeh”.

O sudjelovanju svakog člana tima u 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.

6.3. 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 bolničkih infekcija s temama važnim za svaki odsjek posebno, preporučuju se četiri radionice godišnje koje se održavaju na svakom odsjeku pri redovnom provođenju nadzora nad rizicima za širenje bolničkih infekcija. 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 opioida 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 njega
- 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 svakodnevici imajući na umu kako uvijek možemo bolje.

6.4. Certificirani 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.

Kako bi se osigurala kontinuirana edukacija djelatnika iz područja hitnih medicinskih postupaka Bolnica je organizirala radionicu iz kardiopulmonalne reanimacije, koja se ponavlja četiri puta godišnje.

Aktivno i pasivno sudjelovanje na stručnim skupovima

Svi djelatnici Bolnice imaju priliku aktivno i pasivno sudjelovati na stručnim skupovima. Za pisanje stručnih 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. Napredne stručne pomake nakon edukacije prihvaćaju se i organizacijski izrađuju na stručnom kolegiju, stavljaju na e-oglasnu ploču i postaju obavezni.

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

7. EVALUACIJA I EDUKACIJA KROZ VELIKE VIZITE

Velike vizite

Velike vizite se planiraju s rasporedom rada liječnika

Svaki odsjek upriličuje veliku vizitu jednom mjesečno,

Na velikoj viziti sudjeluje cijeli stručni tim i pri prezentaciji bolesnika u obilasku bolesnika svaki član tima prezentira svoj udio u skrbi.

Susret stručnog tima poslije velike vizite odvija se u biblioteci zbog informatičke opreme koja je potrebna radi prikaza BIS- za prikaz slučaja. Svaki susret započinje kratkom refleksijom na prethodnu vizitu i osvrt na prethodni prikaz slučaja. Prilikom svake velike vizite vodi se zapisnik koji se arhivira u Jedinici za unaprijeđenje i kontrolu kvalitete zdravstvene skrbi.

Velika vizita na Odjelu palijativne skrbi i dugotrajnog liječenja

Ravnateljica slučajnim izborom predlaže bolesnika za prikaz slučaja

- Na zidu se otvara **ček lista** odabranog bolesnika
- Svaki član tima, čita i tumači svoj dio,
- Čita se i E-radna lista s jučerašnjim datumom odabranog bolesnika
- Prvostupnica čita bilješke iz dnevne radne liste
- Ravnateljica reflektira evaluaciju i poziva sve članove tima kako bi svi zajedno opservirali individualni pristup, usklađenosti i suradnji članova tima.

.Svi članovi tima sudjeluju u evaluaciji.

Velika vizita na Odjelu kroničnih duševnih bolesnika

U velikoj viziti odsjeka obavezno sudjeluje i medicinska sestra-voditelj smjene, koja je taj dan na rasporedu. Pri ulasku u bolesničku sobu za koju je zadužen-a sestra -voditelj smjene, odabire jednog bolesnika iz "svoje bolesničke sobe", i kratko ga prezentira, kako bi ga svi članovi zapamtili za prikaz slučaja poslije vizite

- Pri susretu poslije vizite, u biblioteci, otvara se dio-sestrinski postupci, u kojima je navedena sestra zabilježila prepoznate, prioritete individualne potrebe odabranog bolesnika. Sestra tumači svoje zabilješke.
- Otvara se E-RADNA LISTA, i svi članovi tima tumače svoje zabilješke od prethodnog dana
- Prvostupnica čita bilješke iz DNEVNE RADNE LISTE.

- Ravnateljica reflektira evaluaciju i poziva sve članove tima kako bi svi zajedno opservirali individualni pristup, usklađenosti i suradnji članova tima.

Cilj susreta poslije velike vizite:

- suradnja svih članova tima u zadovoljavanju prepoznatih individualnih potreba bolesnika,
- evaluacija suradnje unutar tima
- mjesečna zajednička edukacija svih članova tima

Vježbamo se kako smo svi dio tima i nismo nezavisni, slobodni strijelci.

Svi članovi tima koji **nisu** uključeni u zajednički prikaz slučaja, u svojoj posebnoj prezentaciji prikazuju drugog bolesnika. Prikazuju svoje postupke u zadovoljavaju prepoznate individualne potrebe bolesnika, uključuju se ostali članova tima (napr napomena na dnevnoj radnoj listi o prošetavanju dva puta dnevno duž hodnika.....potreba pratnje pri odlasku na sv misu....dakle u skrb su uključuju svi članovi tima koji prošetavanje izdvajaju i bilježe kao individualnu potrebu u oporavku bolesnika na pravilan način...liječnik, medicinska sestra, njegovateljica, fizioterapeut, psiholog, duhovnik....svi doprinose fizičkom oporavku i vraćanju samopouzdanja bolesnika. Naglašava se doprinos poboljšanju kvalitete skrbi kod pojedinog bolesnika i individualni pristup

8. NJEGOVATELJ/ICE

Njegovateljice u Bolnici neposredno zbrinjavaju bolesnike, prema svojim kompetencijama.

Svaka njegovatelj-ica dobiva edukativni materijal izrađen u Bolnici, koji izdvaja dio posebnosti usluga koje dobiva bolesnik-gost u našoj Bolnici, a obuhvaća dio postupaka u kojima je njegovatelj-ica član stručnog tima za zbrinjavanje bolesnika. Također dobivaju i Letak -Kada naši dragi postanu stari- kako bi imali informaciju o edukaciji obitelji koja nastavlja skrb za dementnog bolesnika nakon otpusta iz bolnice.

Njegovateljice dnevno preuzimaju odgovornost za bolesnike. Za svoj rad su odgovorne nadređenoj medicinskoj sestri, prema dijagramu i tijeku odgovornosti, koji je sastavni dio edukacijskog pisanog materijala za edukaciju njegovateljica. Zbrinjavanje bolesnika prema kategorizaciji bolesnika, također je sastavni dio edukativnih materijala.

Obrazac praćenja bolesnika je dokument u koju njegovateljice zapisuju dio dnevnih postupaka u zbrinjavanju bolesnika. Obrazac praćenja bolesnika je sastavni dio liste Plan zdravstvene njege i dio je medicinske dokumentacije. Nalazi se na poleđini plana zdravstvene njege. U plan i u obrazac upisana je kategorija u koju je bolesnik svrstan prema pravilima kategorizacije bolesnika obzirom na potrebe za zdravstvenom njegom. Upisane su i planirane osnovne intervencije, koje su oslonac za dnevno zbrinjavanje bolesnika i naputak za aktivnosti njegovateljicama za postupke koje predviđa **Obrazac praćenja izdvojenih potreba bolesnika. (Prilog 5)**

8.1. EDUKACIJA NJEGOVATELJICA

Za rad u Bolnici potrebna je dodatna edukacija svih djelatnika pa tako i njegovateljica.

Edukaciju planira i priprema mentor za edukaciju njegovateljica.

Osnovne smjernice prima svaka njegovateljica u obliku pisanog materijala s osnovnim uputama za posebnosti zbrinjavanja bolesnika u Bolnici.

Upute su podijeljene na 5 dijelova, prema kategorizaciji bolesnika u odnosu na potrebe za zdravstvenom njegom

Redovna trajna edukacija sastoji se u obaveznoj doedukaciji dva puta godišnje.

Edukaciju vodi i usmjerava glavna sestra Bolnice ili imenovani mentor za njegovateljice.

Svaka edukacija uključuje aktivno prezentiranje PRIKAZA SLUČAJA čiji su autori njegovateljice koje prezentiraju svoj rad.

Prezentacija se priprema na temelju obrazaca izdvojenih potreba i postupaka koji čini svojevrsni dekursus bolesnika koji pišu njegovateljice.

Prezentira se pet bolesnika prema različitim potrebama bolesnika za zdravstvenom njegom, prema kategorizaciji bolesnika.

U pripremi prezentacije sudjeluje i glavna sestra odsjeka na kojem je rad izrađen

Evidenciju edukacije za svaku njegovateljicu vodi zadužena mentorica za edukaciju njegovateljica

8.1.1. EDUKATIVNI PODSJETNIK ZA NJGOVATELJ/ICE SB “SVETI RAFAEL”

Dio osnovne skrbi za bolesnike koju provode njegovateljice kao članovi tima za zdravstvenu njegu.

Osnovni zadatak je biti TRAJNO PRISUTAN UZ BOLESNIKE, uz bolesničku postelju ili pak na dnevnim aktivnostima u koje su bolesnici uključeni. Poticanjem, promatranjem i pomaganjem, njegovateljica uočava i prepoznaje promjenjive potrebe bolesnika, te u okviru svojih kompetencija intervenira postupcima. Njegovateljica obavještava medicinsku sestru o uočenim promjenama i postupcima koje je poduzela i potrebama bolesnika koje je uočila, te nezadovoljene potrebe koje prelaze kompetencije njegovateljica. Postupcima trajno radi na sigurnosti bolesnika.

Ukupna ponuda usluga je trajno usmjerena ka poboljšanju kvalitete i promjenjiva je. Svaki član tima obavezan je trajnom prisutnošću i promatranjem uključivati se u pozitivne, kreativne postupke kao odgovor na prepoznate potrebe.

Voditelj tima je medicinska sestra. Njegovateljica prima zadatke od medicinske sestre kojoj je i odgovorna. Sve promjene koje kod bolesnika uoči promatranjem, obavezna je prenijeti medicinskoj sestri.

Individualna skrb se naslanja na plan zdravstvene njege i kategorizaciju bolesnika u odnosu na potrebe za zdravstvenom njegom.

Plan sudjelovanja posjetitelja u dnevnom zbrinjavanju bolesnika izrađuje medicinska sestra u dogovoru sa skrbnikom.

Učinjeno se dokumentira na predviđenom obrascu.

Dijagramom odgovornosti prema bolesniku, grafički je prikazan tijek i smjer odgovornosti svakog člana tima na Palijativnom odjelu i osoba oboljelih od demencije, kao i na odjelu psihijatrije

1. STUPANJ POTREBE ZA ZDRAVSTVENOM NJEGOM- MINIMALNA NJEGA (OBIČNA, STANDARDNA) - NA ODJELU PALIJATIVNOG LIJEČENJA.

Bolesnik samostalan/potrebno pomagalo, poticaj..

POTREBE BOLESNIKA	POSTUPCI	IZVRŠITELJI
Higijena	Poticati bolesnika: na odlazak u kupaonicu, te preuzimanje dijela odgovornost za održavanje osobne higijene; umivanje i higijena usne šupljine, pranje ruku, prije jela i poslije WC, kupanje najmanje prema rasporedu kupanja.....	Medicinske sestre njegovatelji, posjetitelji
Oblačenje	Poticati i razviti suradnju da sam provodi redovitu urednost oblačenja i presvlačenje, zbrinjavanje odjeće za pranje , održavanje urednim kreveta, ormarića,)	Medicinske sestre njegovatelji, posjetitelji
Hranjenje	Poticati i nadziratu redovito uzimanje obroka i tekućine, 1 litru dnevno iz bočice ili čaše. Po potrebi prilagoditi obrok. Posjetitelje uputiti da donose isključivo tvornički pakiranu hranu i voće.	Medicinske sestre njegovatelji, posjetitelji
Eliminacija	Prikupljati podatke o eliminaciji i bilježiti ih, poticati na urednost u toaletu i pranje ruku.	Medicinske sestre njevovatelji
Hodanje, stajanje	Poticati na samostalno hodanje, izbjegavati rizične staze. Potrebna pratnja. Povećavati hodnu stazu, ponuditi da sam bilježi dnevno provedenu aktivnost, ako vrijeme omogućava uz nadzor šetati na otvorenom (terasa, bolničko okružje).	Djelatnici, volonteri, posjetitelji, ili humanista s psihijatrije, i medicinske sestre njegovatelji
Sjedenje	Pri sjedenju na krevetu koristiti oslonac pod nogama i naslon za leđa, te privoliti ga da sjedi na stolici.	Medicinske sestre njegovatelji, posjetitelji
Premještanje, kretanje	Poticati na samostalnu čestu promjenu položaja u krevetu, poticati na izbivanje iz kreveta i druženje Obavezno je sudjelovanje u redovnoj tjelovježbi.	Medicinske sestre njegovatelji, posjetitelji
Rizik za pad	Okolinu bolesnika učiniti sigurnom u najvećoj mogućoj mjeri. Sudjelovati	Medicinske sestre njegovatelji, posjetitelji
Stanje svijesti	Promatrati pri redovnim aktivnostima i prisutnosti uz bolesnika	Medicinske sestre njegovatelji, posjetitelji
Rizik za nastanak dekubitusa i propadanja mišićne mase	Masažom kože održavati dobre osjećaje i educirati za samostalnu njegu kože. Poticati kretanje kao spriječavanje komplikacija smanjene pokretnosti.	Medicinske sestre njegovatelji, posjetitelji
Komunikacija	Pri svakom susretu podržavati pozitivnu komunikaciju (komentirati aktivnosti, želje, posjete, TV program)... U svakom postupku i susretu uvažavati dostojanstvo bolesnika-čovjeka. Smanjiti usamljenost na najveću moguću mjeru, čestim boravcima	Članovi tstručnog tima, medicinske sestre njegovatelji, posjetitelji ,

	s bolesnicima mimo obaveznog programa redovitog zbrinjavanja. Planirati vrijeme u kojem ćemo bolesnika slušati, motivirajući ga da priča o temama po vlastitom izboru. Njegovati empatiju i aktivno suosjećanje. Prilagoditi vrijeme odmora potrebama i navikama bolesnika.	volonteri, humanisti
Specifični postupci u zdravstvenoj njezi	Sudjelovati u pripremi bolesnika i skrbiti o bolesniku za vrijeme postupaka.	Medicinske sestre njegovatelji, posjetitelji
Terapijski postupci	Razgovarati o važnosti provođenja preporučenih terapijskih postupaka Naglašavati da su i tjelovježba kao i ukupna samobriga sastavni dio terapije. Educirati za pravilno uzimanje lijekova per os i biti prisutan dok uzima terapiju. Vježbati savladano samostalno uzimanje tableta.	Članovi stručnog tima, medicinske sestre njegovatelji, posjetitelji
Promatranje bolesnika	Promatrati bolesnika i o svakoj promjeni obavijestiti medicinsku sestru nadređene u odnosu na zatečeno stanje (zdravlja, raspoloženja, svijesti ili sl.)	Medicinske sestre njegovatelji, posjetitelji
Radna terapija	Motivirati na aktivno uključivanje. Otpratiti bolesnika na radnu terapiju i biti dostupan tijekom radne terapije u slučaju potrebe, uključivati posjetitelje, volontere, humaniste...	medicinske sestre njegovatelji
Duhovna potpora	Nuditi duhovnu potporu kako bolesniku tako i posjetiteljima. Otpratiti bolesnika u crkvu ili planirano mjesto za duhovnu potporu.	Uključiti posjetitelje, volontere, humaniste, osoblje

II. STUPANJ - POLUINTENZIVNA NJEGA (INTERMEDIJALNA NJEGA) - NA ODJELU PALIJATIVNOG LIJEČENJA.

Ovisan u višem stupnju, potrebna pomoć druge osobe, smeten, somnolentan, rizičan za pad, za razvoj dekubitusa i smanjenja mišićne mase, razumije usmene i pismene upute uz dodatna objašnjenja, ponavljanja i jezične prilagodbe

BOLESNIKOVE POTREBE	POSTUPCI	IZVRŠITELJI
Higijena	Ovesti bolesnika u kupaonicu , umivanje i higijena usne šupljine, oblačenje, pranje ruku, pranje	Medicinska sestra,

	ruku tijekom dana prije obroka i poslije WC; kupanje najmanje prema protokolu kupanja-bolesnik sudjeluje u aktivnostima. Promatrati izgled kože i sluznica bolesnika. Njega usne šupljine, te eventualno dnevna i tjedna njega proteza	njegovatelj
Oblačenje	Pomoći pri izboru i oblačenju primjerene odjeće, poticati aktivno sudjelovanje, pomoć pri slanju odjeće na pranje, kao i prijem čistog rublja	Medicinska sestra, Njegovatelj, posjetitelji
Hranjenje	Poticati sudjelovanje u redovitom uzimanju obroka i tekućine, 1 litru dnevno iz bočice ili čaše, hranu prilagoditi mogućnostima i potrebama. Bilježiti unos hrane i tekućine u obrazac prćenja. Posjetitelje uputiti da donose isključivo tvornički pakiranu hranu s dobrim rokom trajanja i voće.	Medicinska sestra, Njegovatelj, posjetitelji
Eliminacija	Ponuditi odlazak u toalet, sani kolica, posudu za nuždu, prema potrebi uloške ili pelene, prikupljati podatke o eliminaciji i bilježiti ih. Bilježiti i suhoću pelena pri promjeni pelena.	Medicinska sestra Njegovatelj,
Hodanje, stajanje sjedenje, promjena položaja u postelji	Poticati sudjelovanje u promjeni položaja u postelji. Pomoći pri sjedenju i ustajanju, po potrebi koristiti pomagalo. Pri sjedenju na krevetu koristiti oslonac pod nogama i naslon za leđa, te privoliti bolesnika za sjedenje na stolici, izvesti iz sobe na terasu, dnevni boravakPrepoznati inicijalne mogućnosti stajanja i hodanja , te izraditi program naprednog kretanja s ciljem sprečavanja komplikacija smanjene pokretnosti i povećavanja postojeće tjelesne aktivnosti. Obavezno je sudjelovanje u redovnoj tjelovježbi. Pratlja je nužna pri svim aktivnostima.	Medicinska sestra, Fizioterapeut, Njegovatelj, posjetitelji
Rizik za pad	Pojačan skrb pri premještanju, kretanju... Briga o sigurnoj obući i o kretnoj stazi npr. mokri podovi. Briga o sigurnosti bolesnika	Medicinska sestra, Njegovatelj, posjetitelji
Stanje svijesti	Promatrati pri redovnim aktivnostima i pri svakoj komunikaciji s bolesnikom	Medicinska sestra, Njegovatelj, posjetitelji
Rizik za nastanak dekubitusa	Njega kože pri osobnoj higijeni, promjena položaja u postelji, ustajanje, kretanje....prema uputi. Po potrebi pomoć pri prijevoju prisutne rane, koristiti pomagala ili dr.	Medicinska sestra, Njegovatelj, posjetitelji
Vitalni znakovi	Promatranjem uočiti promjene te potražiti pomoć medicinske sestre.	Medicinska sestra Njegovatelj
Komunikacija	Pri svakom susretu podržavati pozitivnu komunikaciju (komentirati aktivnosti, želje, posjete, TV	Djelatnici, volonteri,

	program) U svaku komunikaciju uključiti poštovanje prema bolesniku-čovjeku. Planirati vrijeme odmora. Planirati susrete s bolesnicima neovisno o izvršavanju planiranih rutinskih postupaka zbrinjavanja.	humanisti , posjetitelji
Specifični postupci u zdr. njezi	Potrebna prisutnost i potpora pri postupcima. (Postupke provodi medicinska sestra)	Njegovatelj, ev. skrbnik zbog edukacije
Terapijski postupci	Educirati ga za pravilno uzimanje terapije per os i druge terapije. Biti prisutan za vrijeme uzimanja terapije.	Medicinska sestra, Njegovatelj
Edukacija	Uključiti se u dogovorene usmene i pismene upute, te demonstracije o prilagodbama stila života u novonastaloj situaciji ili bolesti, rad s obitelji, skrbnikom, značajnom osobom, te provjera razumijevanja, u dogovoreno vrijeme ili uz pojedini postupak.	Medicinska sestra, Njegovatelj, Ostali članovi tima
Radna terapija	U planirano vrijeme omogućiti provođenje planirane radne terapije i p.p. sudjelovanje.	Medicinska sestra, Radni terapeut, Njegovatelj
Duhovna potpora	Pri prijemu ponuditi, a dnevno omogućiti dogovorenu aktivnost individualnu i u zajednici (sakramenti, individualna potpora, terapija molitvom, misa....) U planirano vrijeme i mjesto, omogućiti sudjelovanje bolesnika i obitelji.	Uz pratnju osoblja, volontera ili humanista

III STUPANJ - INTENZIVNA NJEGA - NA ODJELU PALIJATIVNOG LIJEČENJA.

Ovisan u visokom stupnju, potrebna pomoć druge osobe i pomagala, stupor , predkoma, koma, vrlo visok rizik za razvoj dekubitusa, kontraktura, upale pluća, uro infekcija i svih komplikacija nepokretnosti. Bolesnik ne može prenijeti poruku.

POTREBE BOLESNIKA	POSTUPCI	IZVRŠITELJI
Higijena	Zbrinjavanje prema protokolu i prema potrebi, zbrinjavanja osoba koja se ne mogu brinuti o sebi. Njega usne šupljine. Priprema, održavanje, čišćenje i dezinfekcija i čuvanje pribora za održavanje higijene, dezinfekcija kontaktnih površina bolesnika-	Medicinska sestra, njegovatelj

Oblačenje	Zbrinjavanje prema protokolu zbrinjavanja osoba koja se ne mogu brinuti o sebi. Prigodno i prema potrebi. Zbrinjavanje čistog i prljavog rublja	Medicinska sestra, njegovatelj
Hranjenje	Prehrana planirana. Enteralna i parenteralna prehrana prilagođena potrebama i posebnostima bolesnika (sonda, PEG..). Bilježiti unosi hrane i tekućine u obrazac praćenja. Pridržavati se propisanih postupaka pri hranjenju.	Medicinska sestra, Njegovatelj
Eliminacija	Koristiti pelene i druga pomagala, bilježiti podatke o eliminaciji. Po potrebi bolesnika i protokolu. Pravilno zbrinjavanje otpada, čišćenje i dezinfekcija pomagala.	Medicinska sestra njegovatelj
Promjena položaja u postelji	Potrebno sprečavati komplikacije smanjene pokretnosti, izraditi plan prevencije s pasivnim razgibavanjem, promjenom položaja njegom kože... Prema prilagođenom planu.	Medicinska sestra, Njegovatelj, fizioterapeut
Rizik za pad	Smjestiti postelju uza zid, po potrebi koristiti ogradice. Prisutnošću i promatranjem tijekom 24 sata uočiti povećanje rizika, te ogradicama ili drugim pomagalima , povećati sigurnost bolesnika, odnosno spriječiti pad	Medicinska sestra, njegovatelj
Stanje svijesti	Ne razumije i ne shvaća usmene i pismene upute, potpuno ovisan o pomoći druge osobe, ne može prenijeti poruku. Potreba stalna nadzor kako bi se uočile promjene svijesti kao i ostale promjene, i kako bi se prema bolesniku slala poruka trajne brige i prihvaćanja, neovisno o izostanku povratne informacije.	Medicinska sestra, Njegovatelj, Ostali članovi tima
Rizik za nastanak dekubitusa i svih komplikacija nepokretnosti	Koristiti pomagala, antidekubitalni madrac, promjena položaja, njega kože.....pasivne vježbe prema programu fizioterapeuta. Koristiti potrebna pomagala prema uputama proizvođača i uputama sigurnog korištenja pribora. Redovnim pasivnim razgibavanjem sprječavati pneumoniju, održavanjem higijene intimnog dijela prevenirati uro infekcije	Medicinska sestra, Njegovatelj, fizioterapeut
Vitalni znakovi	Stalni monitoring Pri promjeni zdravstvenog stanja, prema protokolu i po potrebi. Trajno promatrati bolesnika.	Medicinska sestra, Njegovatelj, Članovi tima
Komunikacija	Pri svakom postupku u redovnom zbrinjavanju i svakom ulasku u bolesničku sobu, pronaći način da se dodir, glasom....istakne poštovanje prema dostojanstvu čovjeka, neovisno o njegovoj svijesti. Obraćati se bolesniku uz tumačenje postupaka, iako bolesnik ne šalje nikakvu informaciju da nas razumije.	Medicinska sestra, Njegovatelj
Specifični postupci u zdravstvenoj njezi i	Specifične postupke obavlja medicinska sestra, prijevoju rana, njega centralnog venskog katetera, drenaže, specifičnosti pri eliminaciji –	Medicinska sestra, Njegovatelj,

drugi postupci	eliminacija putem stoma (nefrostoma, kolostoma, ileostoma), katetera, aspiracija bronhalnog stabla...Zbrinjavanje otpada, čišćenje i dezinfekcija- prema protokolima. Potrebno je promatranje bolesnika i suradnja u timu.	Članovi tima
Terapijski postupci	Postupke provode članovi tima, kao i edukaciju skrbnika.	Članovi tima
Edukacija	Dogovorno sa skrbnikom, napraviti plan edukacije skrbnika i provoditi ga, po mogućnosti za vrijeme redovnog zbrinjavanja bolesnika, kako bi skrbnik sudjelovao u postupcima zbrinjavanja. Potrebno u plan edukaciju uključiti druge članove tima.	Članovi tima
Duhovna potpora	Pri prijemu i prigodno ponuditi obitelji i dnevno omogućiti dogovorenu aktivnost individualnu i u zajednici (sakramenti, molitva potpora psihologa). U planirano vrijeme, primjereno, po potrebi koristiti tihu sobu.	Medicinska sestra, Njegovateljica. duhovnika i psiholog

PREGLED SKRBI ZA OSOBA OBOLJELIH OD DEMENCIJE

II. STUPANJ - POLUINTENZIVNA NJEGA (INTERMEDIJALNA NJEGA)

-Dementni bolesnici- ovisni o **poticanju** na sudjelovanje i samozbrinjavanje. Bolesnicima potrebna **pomoć i poticaj** druge osobe
Bolesnik je smeten, somnolentan, potrebno prepoznati sjećanja i na njima temeljiti održivost svijesti.

Svrha je usporavanje napredovanja bolesti u najvećoj mogućoj mjeri. Plan skrbi nasloniti na preostale zdrave sposobnosti samozbrinjavanja, sjećanja, navika...uspomena (fotografije, dragi predmeti, najdraže aktivnosti...draga sjećanja..) Pri zbrinjavanju koristiti plan zdravstvene njege i podsjetnike o kretanju i dr. Hospitalizaciju skratiti kako bi se bolesnik čim prije vratio u poznato okružje. Tijekom hospitalizacije bolesnika ostvariti odnos i poticati uključivanje obitelji te ih educirati o učinkovitom zbrinjavanju (smanjiti će se osjećaj napuštenosti i izgubljenost bolesnika). Ostvarenom komunikacijom s resursima zbrinjavanja nakon otpusta preko Info centra Bolnice, te otpusnim pismom zdravstvene njege ostvariti nastavak skrbi nakon otpusta.

POTREBE BOLESNIKA	POSTUPCI	Redovno uključeni Članovi tima,
Higijena	Odvesti bolesnika u kupaonicu, najmanje tri puta dnevno, poticati na samostalno umivanje i higijenu usne šupljine, pranje ruku, tijekom dana prije obroka i poslije WC, kupanje najmanje prema protokolu kupanja. Svakako poticati bolesnika na sudjelovanje u svakoj aktivnosti, u najvećoj mogućoj mjeri. Jutarnja toaleta ujutro prije doručka, djelomična njega prigodno, po potrebi, a najmanje po planu, pranje ruku tijekom dana prije obroka i poslije WC.	Medicinska sestra, njegovatelj, posjetitelji, volonteri
Oblačenje	Pomoći pri izboru i oblačenju primjerene odjeće, poticati na aktivno sudjelovanje u izboru odjeće i oblačenju. Poticati na razlikovanje dnevne i noćne odjeće. Utopljivati, u postelji pripremiti pokrivače, posebno noću. Primjereno obući pri sjedenju, promjeni okoline, izlasku s odjela, šetnju.....	Medicinska sestra, humanisti volonter, njegovatelj, posjete
Unos hrane i tekućine	Posebno nadzirati gutanje i pražnjenje usne šupljine. Imati na umu mogućost aspiracije zalogaja. Poticati na sudjelovanje u redovitom uzimanju obroka i tekućine, 1 litru dnevno iz bočice ili čaše, Prilagoditi obroke prema potrebama i mogućnostima bolesnika (kalorijska potreba, kašasta hrana, dodaci prehrani... hrana bogata vlaknima.. doručak pahuljice, griz, , večera povremeno žganci i jogurt...). Ako odbija krutu hranu, ponuditi tekuću, postupno kašastu, zatim usitnjenu... poticati na zajedničke međuobroke, te aktivno sudjelovanje u serviranju međuobroka (ponuda voća, keksa, napitaka...., pospremanje nakon obroka.) U suradnji s Prehranom, prilagođavati obroke. Posjetitelje uključiti u poticaj na aktivno sudjelovanje u hranjenju i rizicima za vrijeme hranjenja. Obavijestiti posjetitelje o donošenju samo zapakirane hrane s rokom valjanosti. Vrijeme posjeta koristiti za edukaciju kao pripremu za pravilan nastavak skrbi, dogovoriti aktivnosti za vrijeme posjeta i tražiti povratnu informaciju.	Liječnik, odjel za prehranu, med. sestra, njegovatelj, posjetitelji uz edukaciju
Eliminacija	Ponuditi sani kolica, posudu za nuždu, prema potrebi uloške ili pelene, prikupljati podatke o eliminaciji i bilježiti ih. Pri promjeni pelena zabilježiti, na temperaturnu listu u rubriku diureza, vrijeme i procjenu vlažnosti pelena (pelena suha,, puna). Ukoliko bolesnik kontrolira mokrenje i stolicu, češće ponuditi toalet, u protivnom, koristiti Osigurati primjerenu odjeću-pidžamu, (kombinezon -kopčanje zatvaračem na leđima) kako bi spriječili dodirivanje pelena rukom, a bolesniku osigurali dobar osjećaj, bez sputavanja. Pri promjeni pelena, obaviti	Liječnik, med.sestra, njegovatelj,

	<p>higijenu intimnog dijela tijela. Na postupak privoliti bolesnika. izbjegavati djelomičnu njegu u “određeno, vrijeme“</p> <p>Rizičan za uro infekcije-urinarni kateter stavljati samo kod retencije i urološke indikacije- liječnik. Samu uro infekciju tretirati prema smjernicama za liječenje</p>	
<p>Odmor, hodanje, stajanje, sjedenje, korištenje stolice s pojasom, premještanje, promjena položaja u postelji.</p>	<p>Uspostaviti ritam spavanja, kratki odmor tijekom dana, spavanje noću. Poticati na sudjelovanje u promjeni položaja u postelji. Pomoći pri sjedenju i ustajanju, po potrebi koristiti pomagalo. Pri sjedenju na krevetu koristiti oslonac pod nogama i naslon za leđa, te privoliti bolesnika da sjedi na stolici. Planirati povećavanje postojeće tjelesne aktivnosti. Fizioterapeuta uključiti u održivoj i naprednoj tjelesnoj aktivnosti. Provoditi aktivne i pasivne vježbe sprečavanja nastanka upale pluća, tromboze...napredovanja smanjenje pokretnosti. Vrstu i učestalost vježbi zapisati u dnevnom planu tjelesnih aktivnosti, pri obaveznoj zajedničkoj tjelovježbi, prošetavanje duž hodnika ujutro, prije ručka, popodne, poslije večere...).</p> <p>Shematski prikaz redovne, obavezne, tjelovježbe u sobi, izrađen je u suradnji s fizioterapeutom i dostupan u svakoj bolesničkoj sobi. Obavezan je u primjerenom obliku, za sve bolesnike, neovisno o pokretnosti.</p> <p>Bolnike koji koriste kolica s pojasom, po potrebi dodatno utopli i koristiti oslonac za noge. S bolesnicima koji su u dnevnom boravku, potrebna je trajna prisutnost druge osobe koja ih animira, i provodi okupacioni program, izrađen u suradnji s radnim terapeutom. Bolesnike koji koriste kolica s pojasom, najmanje svaki sat provozati hodnikom zbog promjene okoline. Svaki parni sat obavezno se dižu iz kolica u postelju na odmor, najmanje pola sata. Hodna pruga- duž cijelog hodnika ili duž terase.</p> <p>Prošetavanje: podsjetnik-popis (u grupi ili pojedinačno) redovno-prije doručka, poslije vizite, prije ručka, oko 16 sati, prije spavanja, te po noći u slučaju uznemiranosti, nesаницe, prije ponovnog stavljanja u postelju.</p> <p>Kolica s pojasom- Program prošetavanja bolesnika u kolicima s pojasom, mogu preuzeti humanisti s psihijatrije. (dogovor na terapijskoj zajednici) Potrebno je humanistima napraviti raspored prilagođen njihovom uključivanju u terapijskoj zajednici. Raspored s imenima bolesnika i humanista s planiranim vremenom istaknuti na dogovorenom mjestu i odsjeka demencija, palijative i psihijatrije . Ovaj raspored je sastavni dio podsjetnika-popisa bolesnika</p>	<p>Medicinska sestra, radni terapeut, negovatelj, volonteri, humanisti, posjetitelji, fizioterapeut</p> <p>.</p>

	koji se prošetavaju i smještavaju se u kolica s pojasom	
Rizik za ozljede	<p>Pozicioniranje - fizioterapeut</p> <p>Pojednostaviti i konkretizirati svakodnevne postupke i aktivnosti.</p> <p>Verbalizirati i ponoviti planirane aktivnosti. Postelju staviti na najnižu visinu, i pored zida.</p> <p>Dati štap ili pomagalo za kretanje. Odabrati udobnu obuću. Pri svakom kretanju, premještanju. čestim obilascima spriječiti rizična kretanja. Osigurati kontakt s okolinom u najvećoj mogućoj mjeri.-osvijetliti prostor, isključiti TV, koristiti naočale, slušni aparat, ponavljati sigurna područja kretanja-pridržavanje za rub kreveta, rukohvati,..smanjiti uznemirenost, uvjeravati bolesnika da ćemo ga ponovo posjetiti za... pola sata, ako je smješten u kolica- proći svaki puni sat, kolicima, hodnikom, .. Noću vrata soba držati otvorena, kako bismo čuli pokušaje kretanja i uključili se te obilaziti svaki sat, a po potrebi češće kako bi im pomogli ako žele u kupaonicu... Uključiti i poučiti posjete i volontere u sigurno kretanje.</p>	Med.sestra, njegovatelj, fizioterapeut, posjetitelji, volonteri
Stanje svijesti	<p>Smeten, somnolentan, potrebno prepoznati sjećanja i na njima temeljiti održivost svijesti- uključuje se cijeli tim, kao i posjete. Redovno zbrinjavanje i svaki kontakt koristiti za posvijlašćivanje prisutnosti u sadašnjim zbivanjima. Obraćati se jednostavno i jasno, koristiti kratke rečenice. Tražiti povratnu informaciju s područja za koje bolesnik pokaže interes. Ostvarivati kontakte blagim dodirima, osmjehom, zagrljajem, tihim i nježnim govorom, prisutnošću, dogovorima o obilascima.</p>	Uključuje se cijeli tim, uključujući posjete, volontere
Rizik za nastanak dekubitusa (Braden skala)	<p>Prisutan rizik- za nastanak dekubitusa- naprednom tjelesnom aktivnošću- smanjivati rizik. Njega kože pri osobnoj higijeni, promjena položaja u postelji, ustajanje, kretanje. Prema mogućnostima, najmanje svaka dva sata danju, premjestiti bolesnika iz postelje, prošetati, premjestiti u kolica, ustajati, aktivno i pasivno razgibavati. Po potrebi prijevoju prisutne rane , koristiti pomagala ili dr.</p>	
Vitalni znakovi	<p>Trajno promatranje bolesnika i uočavanje promjena-znakova o mogućoj promjeni vitalnih funkcija.</p> <p>Redovno promatranje koristiti za primjerenu i ugodnu komunikaciju radi povećanja dobrog osjećanja bolesnika.</p>	Svi članovi tima

Komunikacija	<p>Razumije usmene i pismene upute uz dodatna objašnjenja, ponavljanja i jezične prilagodbe. Sve osobe koje komuniciraju s bolesnikom, trajno podsjećati na obaveznu pozitivnu komunikaciju. Pri svakom susretu podržavati pozitivnu komunikaciju (komentirati aktivnosti, želje, posjete, TV program). U svaku komunikaciju uključiti poštovanje prema bolesniku-čovjeku.</p> <p>Redovno i prigodno ponavljati dogovorene vježbice, kao-zovem se...rođendan mi je...recept za štrudlu je.....koristiti. Uočiti i ispitati s čim se bolesnik prije bavio, hobiji, otkriti jake strane i na tome graditi daljnju komunikaciju i uključivanje bolesnika. Pisani radni materijal.</p>	Cijeli tim i posjetitelji, osoblje, volonteri ili humanisti
Specifični postupci u zdravstvenoj njezi	<p>Potrebno je objašnjenje postupka, dogovor oko postupka, suradnja u timu, temeljita priprema postupka i pribora, kako bi se postupak čim više skratio. Važna je prisutnost medicinske sestre tijekom cijelog postupka; njega rana, drenaže, specifičnosti pri eliminaciji –kateter, aspiracija bronhalnog stabla... Postupke objašnjavati neovisno da li bolesnik pokazuje znakove da razumije o čemu govorimo. Izbjegavati komunikaciju koja dovodi do frustracije.</p>	Medicinska sestra uz potporu njegovateljice
Terapijski postupci	<p>Sudjelovanje u svim terapijskim postupcima,- samostalna, grupna i obiteljska terapija. Za vrijeme svake obavezne terapije,- jel ovo završena rečenica?</p> <p>Prigodno pronalaziti vrijeme za psihoterapijski pristup, neovisno o dnevnom planu. Sprečavati nastanak i širenje bolničkih infekcija i nastanak pneumonije redovnim pranjem ruku održavanjem osobne higijene kao i higijene prostora, te provjetravanjem bolesničkih soba i zajedničkih prostora, obavezno za vrijeme izlaska iz sobe i iz zajedničkih prostora, sobu provjetravati. Maksimalno koristiti terasu, za redovne obroke, zajedničke aktivnosti, primanje posjetitelja, ...</p>	Liječnik, medicinska sestra, njegovateljica kao suport bolesniku
Edukacija	<p>Sporazumno napraviti plan edukacije i provoditi ga s bolesnikom i obitelji. Potrebno. Rad s obitelji, skrbnikom, značajnom osobom, te provjera razumijevanja. Posjete koristiti za edukaciju tumačeći operativni vodič za dementnog bolesnika - KADA NAŠI DRAGI POSTANU STARI</p>	Svi članovi tima.
Radna i okupaciona terapija	<p>Omogućiti provođenje planirane radne terapije.</p>	Radni terapeut, medicinska sestra, njegovateljica
Duhovna potpora	<p>Pri prijemu ponuditi a dnevno omogućiti dogovorenu aktivnost individualnu i u zajednici (sakramenti, individualna potpora, terapija molitvom, misa....) Omogućiti sudjelovanje obitelji</p>	Duhovnik, psiholog uz pratnju osoblja, volontera,

	ako iskažu potrebu. U program uključiti I obitelji radi osnaživanje za skrb oko bolesnika nakon otpusta .	humanista, posjeta
--	---	--------------------

1 stupanj - minimalna njega (obična, standardna)-Odjel Psihijatrije

CILJ: izraditi materijal koji će biti pomoćno sredstvo medicinskim sestrama-tehničarima i njegovateljicama, u obavljanju svakodnevnih postupaka u provođenju specijalne zdravstvene njege na odjelu psihijatrije

SVRHA: održavanje standarda kvalitete usluga zdravstvene njege s tendencijom stalnog poboljšanja, posljedično, povećanje zadovoljstva bolesnika i kvalitete usluga

Bolesnici su sposobni za samozbrinjavanje u cijelosti ili uz minimalnu pomoć ili pomagalo. Sestre i njegovateljice, intervencijama pomažu u postizanju veće razine zdravlja i dobrobiti, koristeći postojeće učinkovito sadašnje stanje. Svi postupci uključuju poštovanje dostojanstva svakog pojedinog bolesnika. Osmjeh je nužan sastavni dio svake verbalne i neverbalne komunikacije jer šalje pozitivnu poruku i doprinosi pozitivnom odgovoru. Nužno je slijediti upute psihijatra za jasno postavljanje granica u komunikaciji s bolesnikom, zbog učinkovitosti samog liječenja i prevencije štetnog familijariziranja s bolesnikom, te pravne zaštite osoblja. Njegovateljica je odgovorna medicinskoj sestri u smjeni i u obavezi je svaki događaj prenijeti medicinskoj sestri.

Za provođenje je odgovorna glavna sestra odsjeka, posebno zadužena medicinska sestra-tehničar za pojedinog bolesnika, te svaka sestra-tehničar i njegovateljica u svojoj smjeni.

Obaveza svakog djelatnika je pridržavanje DIJAGRAMA SMJERA I TIJEKA ODGOVORNOSTI PREMA BOLESNIKU. Smjer odgovornosti potrebno je prakticirati kako bi odgovor bolesnika na uključivanje u samozbrinjavanje bio pozitivan u najvećoj mogućoj mjeri.

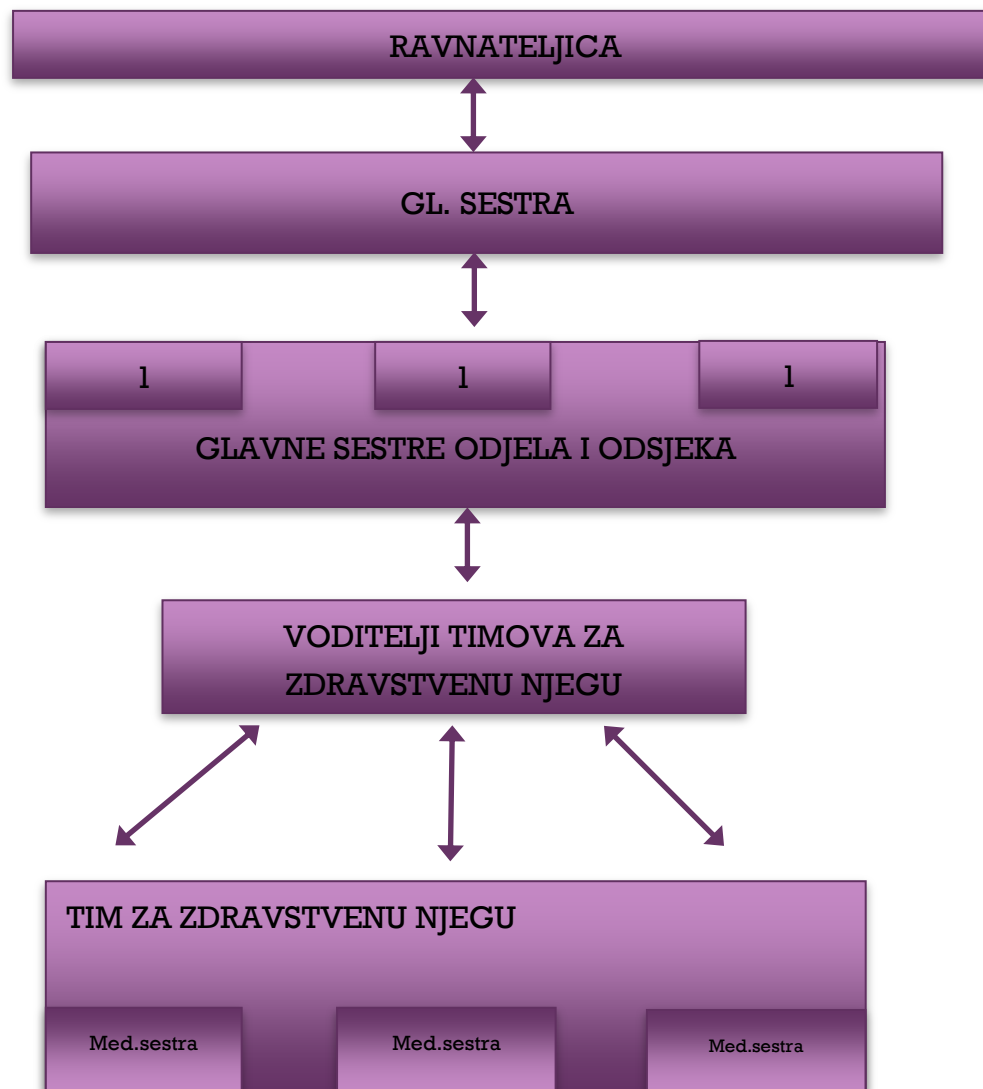
POTREBE BOLESNIKA	POSTUPCI	ČLANOVI TIMA
----------------------	----------	--------------

Higijena	Ujutro poticati pacijenta na odlazak u kupaonicu, umivanje i higijena usne šupljine, oblačenje, pranje ruku, kupanje,..., dogovarati se i motivirati na redovno održavanje osobne higijene, pohvaliti za urednost i lijep izgled. Pozivati se na točku 2. Kućnog reda.	Njegovateljica, medicinska sestra
Oblačenje	Poticati i razviti suradnju kako bi bolesnik preuzeo odgovornost da sam provodi redovitu urednost, što uključuje oblačenje čiste odjeće i održavanje garderobnog ormara i svoje odjeće, kao i briga za redovnu opskrbu čistim rubljem i pravilno postupanje s prljavim rubljem.	Njegovateljica, medicinska sestra
Hranjenje	Poticati i nadzirati redovito i na vrijeme odlazak na obroke, kao i uzimanje obroka i tekućine te održavanje reda u blagovaonici. Pozivati se na točku 1. Kućnog reda. Edukativno djelovati za korištenje zdrave hrane. Predlagati izradu jelovnika koji će koristiti kod kuće kao i sudjelovati u pripremi hrane kod kuće. Posjete uputiti da donose hranu tvornički pakiranu, s rokom valjanosti i svježe voće.	Njegovateljica, medicinska sestra odjel prehrane
Eliminacija	Prikupljati podatke o eliminaciji i bilježiti ih. Ponavljati opasnost od bacanja u wc netopivih tvari u wc školjku. Stvarati naviku puštanja vode iz vodokotlića sa spuštrenom daskom,... Korištena školjka wc-a mora nakon upotrebe ostati čista. Poticati bolesnike na uredno održavanje sanitarnih prostora u sobi., te čuvanje sredstava za osobnu higijenu.	Njegovateljica, medicinska sestra
Hodanje, stajanje	Poticati na korištenje terena oko bolnice, samostalno hodanje, povećavanje hodne staze. Korisno je predložiti bolesniku da sam vodi bilješke o dnevnom povećanju hodne staze u bolnici i kod kuće. Povezivati kretanje uz dobro osjećanje. Isticati vrijednost položaja bolnice kao zračne kupke. Posebno motivirati na sudjelovanje u zajedničkim šetnjama po šumi. Važno je odgovorno se ponašati izvan bolničkih prostora, kao i u bolnici. Znači, očuvati prirodu netaknutu i bez smeća. Planirati vrijeme za odmor tijekom dana.	Njegovateljica, medicinska sestra
Sjedenje	Koristiti predviđene zajedničke prostorije za druženja, terapijske grupe i sl. Isticati obavezu čuvanja pukućstva i korektnog odnosa u grupi. Pozivati se na točku 3. i 4. Kućnog reda.	Njegovateljica, medicinska sestra
Premještanje, kretanje	U bolesničkoj sobi razvijati odnos međusobnog uvažavanja, kako je i određeno u Kućnom redu, točka 5. Ponavljati postojanje podjednakih prava i važnost međusobnog dogovaranja od strane svih bolesnika koji dijele sobu. Koristiti dogovaranje u sobi kao povoljan moment za poticanje sociorehabilitacijske vježbe u prihvaćanje svih dionika domaćinstva kod kuće.	Njegovateljica, medicinska sestra voditelji grupa
Rizik za pad	Podsjetiti na neravan teren oko bolnice i mogućnost povrede, te je potrebno koristiti primjerenu obuću. Održavanje kupaonice suhom.	Njegovateljica, medicinska sestra voditelji grupa
Stanje svijesti	Naučiti radovati se i zahvaljivati na očuvanoj svijesti, te istu odgovorno koristiti za dobar i pozitivan odnos prema svima s kojima dnevno živimo.	Članovi tima

Rizik za nastanak dekubitusa	Posvijestiti da neredovnim kretanjem i nepotrebim zadržavanjem u postelji ili sjedenjem, povećavamo rizik za nastanak vrijeđi kao posljedica slabe prokrvljenosti. Redovito pranje kože, njega i masaža kože pomažu u očuvanju zdravlja kože. Masažom kože održavati dobre osjećaje i educirati za samostalnu njegu kože.	Njegovateljica, medicinska sestra
Vitalni znakovi	Promatrati bolesnika i uočiti potrebu za dodatnom kontrolom vitalnih znakova. Bolesnika poučiti na kontrolu vitalnih znakova kod promjene uobičajenog osjećanja vlastitog tijela.	Članovi tima
Komunikacija	Pri svakom susretu podržavati pozitivnu komunikaciju - koristiti OSMJEH kao sredstvo pozitivne komunikacije, (komentirati aktivnosti, želje, posjete, TV program). Vidjeti što je bolesniku posebno važno, što ga veseli i na tome graditi daljnju rehabilitaciju. U svakom postupku i susretu uvažavati dostojanstvo bolesnika-čovjeka. Poticati tolerantan i odgovoran odnos među bolesnicima. Bodriti da se sve promjene i nedoumice koje se dogode nenadano, prijavljuju u odjelnoj ambulanti. Preporučiti rješavanje tekuće problematike pri redovnim dolascima djelatnika u bolesničku sobu, kako bi djelatnici mogli obavljati svoje dužnosti prema svim bolesnicima jednako odgovorno i na vrijeme. Podsjećati na pridržavanje pravila koja se odnose na posjete i komunikaciju obitelji telefonom. Pozivati se na točku 6.7.8 9.10.11.12.. iz Kućnog reda.	Članovi tima
Specifični postupci u zdravstvenoj njezi	Svaki postupak u zbrinjavanju bolesnika učiniti specifičnim baš za tog bolesnika, koristeći individualan pristup i poštovanje dostojanstva, navika i potreba svakog bolesnika.	Članovi tima
Terapijski postupci- (medikamentozni)	Pri samom prijemu dogovoriti se s bolesnikom o uzimanju lijekova u zajedničkim prostorima, u dogovoreno vrijeme, Lijekovi se čuvaju u odjelnoj ambulanti. Potrebno je educirati bolesnika o preuzimanju odgovornosti za poznavanje lijekova koji su mu propisani kao i za doze propisanog lijeka.	Medicinska sestra, njegovateljica
Edukacija	Edukacija počinje samim odgovorom iz Info centra na upit o hospitalizaciji. Na odsjeku počinje propisanom prijemnom procedurom. Obiteljski sastanak pri prijemu, upoznavanje s prostorima Bolnice kao i upoznavanje s planom liječenja koji se, zapravo dogovara i prihvaća od strane bolesnika i obitelji, pisani pomoćni materijal nudi se u Vodiču kojeg bolesnik dobiva pri prijemu. Dogovorno napraviti plan edukacije i provoditi ga s bolesnikom i obitelji. Svaka komunikacija s bolesnikom, s posjetiteljima, obitelji, kao telefonski razgovori su sastavni dio redovne edukacije. Ne zaboraviti koristiti osmjeh kao sastavni dio svake komunikacije. Osmjeh	Medicinska sestra, njegovateljica Članovi tima

	pomaže članovima tima i bolesniku kao doprinos dobroj volji. Ponuditi suport i nakon otpusta lokalno u mjestu boravka kao i moguće dolaske na rad u grupi u bolnici kao i u dnevnu bolnicu-dogovor ili informacija i sa Info centrom.	
Radna terapija	Naglasiti važnost redovnog sudjelovanja na radnoj terapiji kao i terapijskoj zajednici. Motivirati za preuzimanje obaveza u životu terapijske zajednice kao aktivan član iste. Poticati angažiranje oko pomoći drugim bolesnicima koji trebaju pomoć u svakodnevnim aktivnostima, kao humanista.	Radni terapeut, Medicinska sestra, njegovateljica
Duhovna potpora	U sklopu predavljanja ponude sociorehabilitacijskih usluga, kao posebnost naše bolnice, prezentirati duhovnu potporu. Važno naglasiti jednakost vjeroispovijesti ili drugih svjetonazora u pružanju duhovne potpore i inače svih usluga. Otvoriti mogućnost primanja suporta duhovnih vođa drugih vjeroispovijesti. Pojasniti da se često bolesnici puno lakše oporavljaju uz duhovnu podršku. Ista podrška nudi se i obitelji bolesnika uz naglašeno poštovanje dostojanstva pojedinca.	Duhovnik, Članovi tima

9. 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.

9.1. Komunikacija u timu

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.

10. Vizija sestrinstva

Postići izvrsnost u sestrinstvu u okviru standarda kvalitete zdravstvene zaštite i realnih resursa.

Strategije razvoja:

- Pronalazak najboljih rješenja-snalazjenje u zadanim uvjetima
- Kontinuirano unapređenja sestrinske prakse, stjecanje znanja i vještina s ciljem vođenja određene djelatnosti na najučinkovitiji i najmanje rizičan način
- Poticati istraživački rad u sestrinstvu i odgovornost medicinskih sestra/tehničara
- Promocija zdravlja, oporavka bolesnika od bolesti

Ciljevi:

- Povećati sigurnost i pozitivno iskustvo bolesnika
- Provoditi kvalitetnu zdravstvenu njegu
- Povećati sigurnost u radu medicinskih sestara / tehničara
- Razvoj potencijala u sestrinstvu
- Medicinske sestre osloboditi svih poslova koje nisu u opisu posla medicinskih sestara ili ih može obavljati drugi profil među zaposlenima
- Digitalizacija u radu svih radnih jedinica kako bi se uneseni podatci mogli koristiti pri izradi obaveznih izvješća, praćenje lijeka od ulaska u bolničku ljekrnu preko izdavanja odsjeka, propisivanja i davanja bolesniku, dnevno i konačno fakturiranje lijekova, lakše provođenje kontrole kvalitete.....
- Izrada povijesti sestrinstva u Bolnici od osnutka Bolnice
- Izrada arhive istraživačkih i stručnih radova medicinskih sestara uključujući magistarske radove, stručne radove, prezentacije....

11. JEDINICA BOLNIČKE LJEKARNE

Fra Giovanni Gjemula, mag. pharm.

Bolnička ljekarna je zatvorenog tipa, prvenstveno namijenjena potrebama bolničkih odjela i opskrbi organizacijskih jedinica bolnice. Ljekarnička djelatnost uključuje sigurno, učinkovito i optimalno rukovanje lijekovima: nabavu lijekova i medicinskih proizvoda, njihovo izdavanje na odjele, informiranje zdravstvenih djelatnika o lijekovima, te prijavu nuspojava lijekova.

10.1. Opis poslova djelatnika ljekarne (magistar farmacije);

1. Nabava i isporuka lijekova naručivanih na odjelima (odnosi sa dobavljačima, traženje ponuda, provjeravanje uzorka novih proizvoda u suradnji sa Glavnom sestrom odjela/bolnice, posudba lijekova u hitnim slučajevima)
2. Korektna registracija, skladištenje i serijalizacija lijekova (kontrola lijekova, temperature ambijenta i hladnjaka, provjera rokova trajanja, otpis i odlaganje lijekova nakon isteka roka)
3. Vodi Evidenciju o nabavljenim i izdanim lijekovima što sadrže opojne droge i psihotropne tvari, potražnja donacija i korektna registracija lijekova i proizvoda iz donacije.
4. Sudjeluje u kontroli zaliha lijekova i ostalog materijala
5. Skladištenje i evidencija medicinskih proizvoda (pomagala)
6. Izrađuje izvještaje o radu ljekarne

7. Nadgleda primjenu i potrošnju lijekova i potrošnih materijala te evaluira njihovu primjenu u Bolnici
8. Savjetovanje liječnicima u vezi lijekova na tržištu
9. U suradnji sa liječnicima prijava nuspojava
10. U suradnji sa glavnom sestrom edukacija osoblja (skladištenje lijekova, zamjenski lijekovi, način primjene itd.) i kontrola lijekova na odjelima
11. Aktivan član Povjerenstva za lijekove
12. U suradnji sa Povjerenstvom za kvalitetu i za bolničke infekcije: izrada obavijesti o potrošnji sredstva za dezinfekciju, sudjelovanje u aktivnostima preventivnih radnji

12. Bolnička prehrana

Dr.sc. I. Vrdoljak dipl.ing.

Bolnice kao institucije kojima je primarni zadatak briga o skrbi i liječenje pacijenata kao subjekti u poslovanju s hranom pripadaju kategoriji visokog rizika.

Osnovna zadaća Jedinice za bolničku prehranu je pružanje odgovarajuće, kvalitetne i zdrave prehrane bolničkim pacijentima što zahtijeva osposobljene i stručne kadrove koji rade na izradi planova i pripremi bolničkih obroka.

Jedinica za bolničku prehranu sastoji se od:

- skladišta namirnica (rashladne komore i suho skladište)
- centralne kuhinje (predpriprema, priprema, porcioniranje i distribucija obroka)
- odjelnih kuhinja za podjelu obroka pacijentima
- bolničkog restorana za osoblje

Prehrana bolesnika definirana je i provodi se prema Odluci o standardu prehrane bolesnika u bolnicama (NN br.59/15) u kojoj su navedene vrste dijeta koje se primjenjuju za prehranu bolesnika. Za svaku dijetu navedena je prosječna energetska vrijednost, udio makronutrijenata (proteini, masti i ugljikohidrati), dnevni broj obroka, namjena dijete i karakteristika dijete.

Svakom bolesniku određuje se vrsta dijeta sukladno njenoj namjeni. Kroz karakteristike dijeta dane su upute za vrstom, količinom, načinom pripreme i brojem serviranja određene hrane.

Svi radni procesi uključujući stanje u skladištu namirnica, prijava pacijenata s odjela na prehranu, razne evidencije i ispisi vezano uz obračun potrebnih namirnica za pripremu i podjelu obroka pokriveni su informatičkim poslovnim sustavom i programom prehrane.

Zdravstvena ispravnost hrane osigurava se provođenjem dobre higijenske i proizvođačke prakse te implementacijom i održavanjem HACCP sustava.

Primjenjuju se važeći zakonski i podzakonski propisi koji se odnose na tehničku i higijensko-sanitarnu opremljenost:

- Zakon o hrani (N.N. br. 81/13)
- Zakon o higijeni hrane i mikrobiološkim kriterijima za hranu (N.N. br. 81/13)
- Zakon o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti (NN 79/07)
- Pravilnik o pravilima uspostave sustava i postupaka temeljenih na načelima HACCP sustava (NN 68/15)

Dobra higijenska praksa (DHP) i dobra proizvođačka praksa (DPP) te HACCP sustav regulirani su HACCP dokumentacijom koja sadrži: planove, radne upute, opise proizvoda, dijagrame tijeka, kritične granice i zahtjeve, nadzorne postupke i evidencijske liste.

Implementacija i održavanje HACCP sustava vrši se u skladu s Vodičem dobre higijenske prakse i primjene HACCP načela za institucionalne kuhinje, Ministarstvo zdravstva, Zagreb 2010.

Prema Pravilniku o pravilima uspostave sustava i postupaka temeljenih na načelima HACCP sustava (2015.), sustav i postupci temeljeni na načelima HACCP-a revidiraju se jednom godišnje.

Svi zaposleni u Jedinici za bolničku prehranu obavljaju sanitarni zdravstveni pregled (prije početka zaposlenja i 1x godišnje). Zdravstveno stanje zaposlenika kao i svaka promjena zdravstvenog stanja koja bi mogla utjecati na sigurnost hrane evidentira se na obrasce koji su sastavni dio HACCP dokumentacije, obavještava se odgovorna osoba te se vrši korektivna mjera.

Edukacija zaposlenika provodi se kontinuirano prema Planu edukacije zaposlenika. Zaposlenici koji rade sa hranom imaju položen tečaj sukladno Pravilniku o načinu i programu stjecanja potrebnog znanja o zdravstvenoj ispravnosti hrane (NN116/18).

Organizira se kontinuirana interna izobrazba za zaposlenike o načelima DHP i DPP i pravovremeno se izvještavaju o novostima i promjenama u procesu rada.

Također redovito se održavaju edukacije vezano za preporuke i smjernice za prehranu kod određenih vrsta djeteta.

13. ODJEL ZA PALIJATIVNU SKRB I DUGOTRAJNO LIJEČENJE

Antonija Pejaković Ličina, bacc.med.techn.

Stana Koščak, bacc.med.techn.

Luca Marković, mag.med.techn.

Maristela Šakić, dr.med.spec.psihijatar

Ivana Robina, bacc.med.techn.



**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, USLIŠI 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

13.1. 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 interdisciplinarnan 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

Moralna, etička i terapijska povezanost zajednički je cilj svih članova tima koji skrbe za bolesnike

13.2. 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 njegovatelj 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 ciljne naloge 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 sestrinstva. 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.

Velika vizita se obavlja jednom mjesečno. 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 kompetencije. Na velikoj viziti se prikazuje ček lista izabranog palijativnog bolesnika za prikaz. Usmena izlaganja te timske refleksije velike vizite se bilježe u zapisniku velike vizite.

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 dnevnim dodatnim 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 sestrinstva, 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, a 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 sestrinstva. 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.

13.3. 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 pomagalicama i opremom kao i sam smještaj (antidekubitalni madrac, aspirator, izolacija...).

Odmah pri prijemu, ako to bolesnikovo opće stanje dopušta, bolesnik se kupava u kupaonici prilagođenoj potrebama teškog bolesnika. Kupanje, osim održavanja higijene bolesnika, pomaže kako bi se procijenila stvarna mogućnost sudjelovanja u samozbrinjavanju, tj. održavanju osobne higijene, stupnja pokretnosti, navika u održavanju osobne higijene, funkcije dijelova tijela, fizikalni pregled od “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.

13.4. 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 sestrištva. Po potrebi se pozivaju ostali članovi tima. Otvara se Obrazac obiteljskog sastanka 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, produženom liječenju i kod dementnih bolesnika.

Sadrži podatak o prvom suradniku u liječenju i ostalim članovima obitelji. Podatci 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. (Prilog 6)

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 za to predviđene prostore. Za stvari koje nisu navedene u formularu Bolnica ne snosi nikakvu odgovornost. Svi podatci 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 obavljenju edukaciju.

Datirani i potpisani obrazac edukacije je radni obrazac i prilaže se printanom planu zdravstvene njege.

13.5. CHEK (ČEK) LISTA

Ček lista je predviđena za prikupljanje, grupiranje i kratko objedinjavanje što veće količine podataka o palijativnom bolesniku.

Podatke kratko bilježe svi članovi stručnog tima, prema svojim kompetencijama. Ove kratke bilješke su izvadak iz dekursa koji se dnevno unosi u E radnu listu.

Ček lista i E dnevna radna lista, objedinjuju i zamjenjuju niz obrazaca koji su preporučeni za dnevnu izradu u skrbi palijativnih bolesnika. Rezultat je traženja sredine između preporučene i obavezne dokumentacije koja je značajna u skrbi palijativnog bolesnika, odnosno težnji ka izvrsnosti.

Ovim dokumentom, svi članovi tima imaju na jednom mjestu osnovne informacije i lakše se usklađuju postupci i osigurava kvalitetnija suradnja između članova tima.

Kratke bilješke značajne za dnevnu vizitu bilježe se na printanu dnevnu radnu listu, koja se dopunjuje i aktualizira u viziti i pri svakoj promjeni kod bolesnika. Srž je svih prioriternih potreba toga dana za pojedinog bolesnika.

Ček lista je sastavni dio BIS-a, pa se dio podataka automatski bilježi.

Podatci prikupljeni u ček listi čine okosnicu registra palijativnih bolesnika.

Prikupljeni podaci služe za evaluaciju i planiranje poboljšanja skrbi, za istraživanja i izradu stručnih radova na svim razinama skrbi.

13.6. 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. Na planu zdravstvene njege bilježi se kategorija prema kategorizaciji bolesnika. Posebno se izdvajaju potrebe u kojima su u intervencije uključeni njegovatelji.

13.7. KATEGORIZACIJA BOLESNIKA – PREMA POTREBAMA ZA ZDRAVSTVENOM NJEGOM

- izvor: HKMS

Razvrstavanje pacijenata u kategorije ovisno o potrebama za zdravstvenom njegom

TABLICA KRITIČNIH ČIMBENIKA KATEGORIZACIJE PACIJENATA

1. OPIS ČIMBENIKA KATEGORIZACIJE: Bolesnik samostalan/potrebno pomagalo, poticaj - pri svijesti, orijentiran u vremenu i prostoru

ČIMBENICI KATEGORIZACIJE	POSTUPCI	IZVRŠITELJI
Higijena	Poticati bolesnika: na odlazak u kupaonicu, te preuzimanje dijela odgovornosti za održavanje osobne higijene; umivanje i higijena usne šupljine, pranje ruku, prije jela i poslije WC, kupanje najmanje prema rasporedu kupanja..... poticati na urednost u toaletu i pranje ruku	Medicinske sestre negovatelji, posjetitelji fizioterapeuti
Oblačenje	Poticati i razviti suradnju da sam provodi redovitu urednost oblačenja i presvlačenje, odjeća za pranje, održavanje urdenim kreveta, ormarića...)	Medicinske sestre negovatelji, fizioterapeuti posjetitelji
Hranjenje	Poticati i nadzirati redovito uzimanje obroka i tekućine, 1 litru dnevno iz bočice ili čaše. Bilježiti dnevni unos tekućine. Po potrebi prilagoditi obrok. Posjetitelje uputiti da	Medicinske sestre negovatelji, fizioterapeuti

	donose isključivo tvornički pakiranu hranu i voće.	posjetitelji
Eliminacija	Prikupljati podatke o eliminaciji i bilježiti ih,	Medicinske sestre Njeovatelji volonteri
Hodanje, stajanje	Poticati na samostalno hodanje, izbjegavati rizične staze. Potrebna pratnja. Povećavati hodnu stazu, ponuditi da sam bilježi dnevno provedenu aktivnost, ako vrijeme omogućava uz nadzor šetati na otvorenom (terasa, bolničko okruženje).	Fizioterapeut, svi djelatnici, volonteri, posjetitelji, ili humanista s psihijatrije, i medicinske sestre njeovatelji
Sjedenje	Pri sjedenju na krevetu koristiti oslonac pod nogama i naslon za leđa, te privoliti ga da sjedi na stolici.	Fizioterapeut, medicinske sestre njeovatelji, posjetitelji
Premještanje, kretanje	Poticati na samostalnu čestu promjenu položaja u krevetu, poticati na izbivanje iz kreveta i druženje Obavezno je sudjelovanje u redovnoj tjelovježbi.	Fizioterapeut, medicinske sestre njeovatelji, posjetitelji
Rizik za pad	Pratiti bolesnika pri hodaњу te isticati potrebu opreza pri hodaњу. Potrebna tiha prisutnost	Medicinske sestre fizioterapeuti njeovatelji, posjetitelji
Stanje svijesti	Nadzirati pri redovnim aktivnostima i obilascima bolesnika koji nisu vezani za izvršenje zadataka iz osnovne skrbi. Potrebna tiha prisutnost	Svi članovi tima, medicinske sestre njeovatelji, posjetitelji
Rizik za nastanak dekubitusa i propadanja mišićne mase Braden skala 19-23 boda	Masažom kože održavati dobre osjećaje i educirati za samostalnu njegu kože. Poticati kretanje kao sprječavanje komplikacija smanjene pokretnosti.	Medicinske sestre fizioterapeuti njeovatelji, posjetitelji
Vitalni znaci	Mjerenje redovno 2x dnevno I po potrebi. Promatrati bolesnika, Mjeriti vitalne znak pri svakoj promjeni u zdravstvenom stanju I primjeniti postupnik.	Medicinske sestre, liječnici
Komunikacija	Pri svakom susretu podržavati pozitivnu komunikaciju (komentirati aktivnosti, želje, posjete, TV program) ... U svakom postupku i susretu uvažavati dostojanstvo bolesnika-čovjeka. Smanjiti usamljenost na najmanju moguću mjeru, čestim boravcima s bolesnicima mimo obaveznog programa redovitog zbrinjavanja. Planirati vrijeme u kojem ćemo bolesnika slušati, motivirajući ga da priča o temama po vlastitom izboru.	Članovi stručnog tima, medicinske sestre njeovatelji, posjetitelji, volonteri, humanisti

	Njegovati empatiju i aktivno suosjećanje. Često potrebna tiha prisutnost	
Specifični postupci u zbrinjavanju	Pridržavati se postupnika kako u proceduri tako i kompetencijama	Medicinske sestre, liječnici njegovatelji, posjetitelji
Terapijski postupci	Razgovarati o važnosti provođenja preporučenih terapijskih postupaka Naglašavati da su i tjelovježba kao i ukupna samobriga sastavni dio terapije. Educirati za pravilno uzimanje lijekova per os i biti prisutan dok uzima terapiju. Vježbati savladano samostalno uzimanje tableta.	Članovi stručnog tima, medicinske sestre njegovatelji, posjetitelji
Promatranje bolesnika	Promatrati bolesnika i pri svakoj promjeni odnosu na zatečeno stanje (zdravlja, raspoloženja, svijesti ili sl.) postupati prema propisanoj proceduri. Potrebna tiha prisutnost	Svi članovi tima, medicinske sestre njegovatelji, posjetitelji
Radna terapija	Motivirati na aktivno uključivanje. Otpratiti bolesnika na radnu terapiju i biti dostupan tijekom radne terapije u slučaju potrebe, uključivati posjetitelje, volontere, humaniste...Dogovoriti radnu terapiju na Psihijatriji 1.	Medicinske sestre njegovatelji
Duhovna potpora	Pri prijemu ponuditi duhovnu potporu kako bolesniku tako i posjetiteljima. Nakon dogovora i odabira duhovne potpore, postupiti po procedure.. Otpratiti bolesnika u crkvu ili planirano mjesto za duhovnu potporu. (terapija molitvom, sv. Misa) Ponekad potrebna tiha prisutnost	Pastoralni tim, posjetitelji, volonteri, humanisti, djelatnici

II. STUPANJ - POLUINTEZIVNA NJEGA (INTERMEDIJALNA NJEGA) - NA ODJELU PALIJATIVNOG LIJEČENJA.

OPIS ČIMBENIKA KATEGORIZACIJE

Bolesnik ovisan u višem stupnju, potrebna pomoć druge osobe, smeten, somnolentan, rizičan za pad, za razvoj dekubitusa i smanjenja mišićne mase, razumije usmene i pismene upute uz dodatna objašnjenja, ponavljanja i jezične prilagodbe. ponekad je dobrodošla tiha prisutnost

ČIMBENICI KATEGORIZACIJE	POSTUPCI	IZVRŠITELJI
Higijena	Odvesti bolesnika u kupaonicu , umivanje i higijena usne šupljine, oblačenje, pranje ruku, pranje ruku tijekom dana prije obroka i poslije WC; kupanje najmanje prema protokolu	Medicinska sestra, njegovatelj

	kupanja-bolesnik sudjeluje u aktivnostima. Promatrati izgled kože i sluznica bolesnika.	
Oblačenje	Pomoći pri izboru i oblačenju primjerene odjeće, poticati aktivno sudjelovanje, pomoć pri slanju odjeće na pranje. Kao i prijem čistog rublja.	Medicinska sestra, Njegovatelj, posjetitelji
Hranjenje	Hranu prilagoditi mogućnostima i potrebama. Poticati sudjelovanje u redovitom uzimanju obroka i tekućine, 1 litru dnevno iz bočice ili čaše Bilježiti unos hrane i tekućine na predviđeni obrazac praćenja, Posjetitelje uputiti da donose isključivo tvornički pakiranu hranu, s valjanim rokom upotrebe i voće, te ih obavezati da hranu koju daju bolesniku dogovore s osobljem.	Liječnik, Medicinska sestra, Njegovatelj, posjetitelji
Eliminacija	Ponuditi odlazak u toalet, sani kolica, posudu za nuždu, prema potrebi uloške ili pelene, prikupljati podatke o eliminaciji i bilježiti ih. Bilježiti i suhoću pelena pri promjeni pelena. Edukacija skrbnika	Medicinska sestra Njegovatelj,
Hodanje, stajanje sjedenje, promjena položaja u postelji	Poticati sudjelovanje u promjeni položaja u postelji. Pomoći pri sjedenju i ustajanju, po potrebi koristiti pomagalo. Pri sjedenju na krevetu koristiti oslonac pod nogama i naslon za leđa, te privoliti bolesnika za sjedenje na stolici, izvesti iz sobe na terasu, dnevni boravakPrepoznati inicijalne mogućnosti stajanja i hodanja , te izraditi program naprednog kretanja s ciljem sprečavanja komplikacija smanjene pokretnosti i povećavanja postojeće tjelesne aktivnosti. Obavezno je sudjelovanje u redovnoj tjelovježbi. Pratnja je nužna pri svim aktivnostima.	Medicinska sestra, Fizioterapeut, Njegovatelj, posjetitelji
Rizik za pad	Prisutnost pri kretanju premještanju, ... bolesnika. Briga o sigurnoj obući i o kretnoj stazi npr. mokri podovi.	Medicinska sestra, Njegovatelj, posjetitelji
Stanje svijesti	Promatrati pri redovnim aktivnostima i pri svakoj komunikaciji s bolesnikom Potrebna tiha prisutnost	Medicinska sestra, Njegovatelj, posjetitelji

Rizik za nastanak dekubitusa	Njega kože pri osobnoj higijeni, promjena položaja u postelji, ustajanje, kretanje...prema uputi. Po potrebi pomoć pri prijevoju prisutne rane, koristiti pomagala ili dr.	Medicinska sestra, Njegovatelj, posjetitelji
Vitalni znakovi	Promatranjem uočiti promjene te, po potrebi, potražiti pomoć medicinske sestre. Potrebna tiha prisutnost	Medicinska sestra Njegovatelj
Komunikacija	U redovan program zbrinjavanja uključiti i komunikaciju s bolesnikom, neovisno o ostalim postupcima. Planirati odlazak do bolesnika Pri svakom susretu podržavati pozitivnu komunikaciju (komentirati aktivnosti, želje, posjete, TV program) U svaku komunikaciju uključiti poštovanje prema bolesniku-čovjeku. Potrebna tiha prisutnost	Djelatnici, volonteri, humanisti , posjetitelji
Specifični postupci u liječenju	Potrebna prisutnost i potpora pri postupcima. (postupke provodi član tima)	Član tima, njegovatelj, ev. skrbnik zbog edukacije
Terapijski postupci	Educirati ga za pravilno uzimanje terapije per os i druge terapije. Biti prisutan za vrijeme uzimanja terapije.	Medicinska sestra, Njegovatelj
Edukacija	Uključiti se u dogovorene usmene i pismene upute, te demonstracije o prilagodbama stila života u novonastaloj situaciji ili bolesti, rad s obitelji, skrbnikom, značajnom osobom, te provjera razumijevanja, u dogovoreno vrijeme ili uz pojedini postupak.	Medicinska sestra, Njegovatelj, Ostali članovi tima
Radna terapija	U planirano vrijeme omogućiti provođenje planirane radne terapije te potpora u aktivnom sudjelovanju bolesnika (prisutni asistenti)	Medicinska sestra, Radni terapeut, Njegovatelj
Duhovna potpora		Uz pratnju osoblja, volontera ili humanista

III i IV STUPANJ - INTENZIVNA NJEGA - NA ODJELU PALIJATIVNOG LIJEČENJA

OPIS ČIMBENIKA KATEGORIZACIJE-Ovisan o visokom stupnju, potrebna pomoć druge osobe i pomagala, stupor, predkoma, koma, vrlo visok rizik za razvoj dekubitusa, kontraktura, upale pluća, uro infekcija i svih komplikacija nepokretnosti. Bolesnik ne može prenijeti poruku. Za vrijeme postupka obraćati se bolesniku imenom i prezimenom i pozdraviti pri ulasku u sobu, pretpostavljajući da razumije iako ne može povratno komunicirati. Poštivati život-osobu koja živi, bez obzira na stanje svijesti. Dodirom, glasom...poslati poruku tihe prisutnosti, kao suprotnost ostavljenosti.

ČIMBENICI KATEGORIZAC IJE	POSTUPCI	IZVRŠITELJI
Higijena	Zbrinjavanje prema protokolu i prema potrebi, zbrinjavanja osoba koja se ne mogu brinuti o sebi. Priprema, održavanje, čišćenje i dezinfekcija i čuvanje pribora za održavanje higijene, dezinfekcija kontaktnih površina bolesnika.	Medicinska sestra, negovatelj
Oblačenje	Zbrinjavanje prema protokolu zbrinjavanja osoba koja se ne mogu brinuti o sebi. Prigodno i prema potrebi.	Medicinska sestra, negovatelj
Hranjenje	Prehrana planirana. Enteralna i parenteralna prehrana prilagođena potrebama i posebnostima bolesnika (sonda , PEG.). Bilježiti unosi hrane i tekućine u predviđene prostore na obrascu praćenja	Liječnik, odjel prehrane, medicinska sestra, Njegovatelj
Eliminacija	Koristiti pelene i druga pomagala, bilježiti podatke o eliminaciji, po potrebi bolesnika i protokolu. Pravilno zbrinjavanje otpada, čišćenje i dezinfekcija pomagala.	Medicinska sestra negovatelj
Promjena položaja u postelji	Potrebno sprečavati komplikacije smanjene pokretnosti, izraditi plan prevencije s pasivnim razgibavanjem, promjenom položaja njegom kože... Prema prilagođenom planu.	Medicinska sestra, Njegovatelj, fizioterapeut
Rizik za pad	Smjestit postelju uza zid, , procjenjivati rizik za pad tijekom 24 sata, po potrebi koristiti ogradice	Medicinska sestra, negovatelj
Stanje svijesti	Daje dojam da ne razumije i ne shvaća usmene i pismene upute, potpuno ovisan o pomoći druge osobe, ne može prenijeti poruku. Potrebno stalno i usmeno obraćanje bolesniku, kako bi se uočile promjene svijesti kao i ostale promjene, i kako bi se prema bolesniku slala poruka trajne brige i prihvaćanja, neovisno o izostanku povratne informacije.	Medicinska sestra, Njegovatelj, Ostali članovi tima

Rizik za nastanak dekubitusa i svih komplikacija nepokretnosti	Koristiti pomagala, antidekubitalni madrac, promjena položaja, njega kože.....pasivne vježbe prema programu fizioterapeuta. Koristiti potrebna pomagala prema uputama proizvođača i uputama sigurnog korištenja pribora	Medicinska sestra, Njegovatelj, fizioterapeut
Vitalni znakovi	Stalni monitoring Pri promjeni zdravstvenog stanja, prema protokolu i po potrebi. Trajno promatrati bolesnika.	Medicinska sestra, Njegovatelj, Članovi tima
Komunikacija	Pri svakom postupku u redovnom zbrinjavanju i svakom ulasku u bolesničku sobu, pronaći način da se dodir, glasom....naglasiti poštovanje prema dostojanstvu čovjeka, neovisno o njegovoj svijesti. Obraćati se bolesniku uz tumačenje postupaka, iako bolesnik ne šalje nikakvu informaciju da nas razumije..	Članovi tima, Medicinska sestra, Njegovatelj
Specifični postupci u zdravstvenoj njezi i drugi postupci	Specifične postupke obavlja medicinska sestra ili drugi članovi tima..prijevoji rana, njega centralnog venskog katetera, drenaže, specifičnosti pri eliminaciji – eliminacija putem stoma (nefrostoma, kolostoma, ileostoma), katetera, aspiracija bronhalnog stabla...Zbrinjavanje otpada, čišćenje i dezinfekcija- prema protokolima. Potrebno stalno promatranje i suradnja u timu.	Medicinska sestra, Njegovatelj, Članovi tima
Terapijski postupci	Postupke provode članovi tima, kao i edukaciju skrbnika. Njegovateljica pomaže pri izvođenju postupaka.	Članovi tima
Edukacija	Dogovorno sa skrbnikom, napraviti plan edukacije skrbnika i provoditi ga, po mogućnosti za vrijeme redovnog zbrinjavanja bolesnika, kako bi skrbnik sudjelovao u postupcima zbrinjavanja. Potrebno u plan edukacije uključiti druge članove tima.	Članovi tima
Duhovna potpora	Pri prijemu prigodno ponuditi obitelji i dnevno omogućiti dogovorenu aktivnost individualnu i u zajednici (sakramenti, molitva, potpora psihologa). U planirano vrijeme, primjereno i po potrebi, koristiti tihi sobu .	Medicinska sestra, Njegovateljica. duhovnika i psiholog

13.8. 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 zbrinjavanje 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. (Prilog 7)

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.

13.9. TIJEK SKRBI PALIJATIVNOG BOLESNIKA NA BOLNIČKOM ODJELU

13.9.1. 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 s nama 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 prijema bolesnika 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 se upuštati 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 ulaze 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.

13.9.2. DNEVNI POSTUPNIK NA PALIJATIVI

- sastanak liječnika na kojemu se definiraju i prepoznaju palijativni bolesnici za prijem.
- u međuvremenu 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.
- jutarnji sastanak palijativnog tima
- prijem obitelji preminulih bolesnika tijekom noći i priprema medicinske dokumentacije

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.

VIZITA

Prvostupnik nosi dnevnu radnu listu s evaluacijom od jučer i noćas te liječnik zajedno s prvostupnikom obilazi bolesnike i zadaje dnevni plan. 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. 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 sati je pauza u međusobnom dogovoru, kako se nikada ne bi dogodilo da bolesnici ostanu bez kontinuiranog nadzora, njege i skrbi.

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

Svi postupci medicinskih sestara 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.

Utorkom i petkom od 13,00 do 14,00 sati 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.

13.9.3. TJEDNA TIMSKA SINTEZA

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, a 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.

13.10. SAŽETAK CJELOVITOG PRISTUPA LIJEČNIKA U SKLOPU PALIJATIVNOG TIMA U SPECIJALNOJ BOLNICI ZA PSIHIJATRIJU I PALIJATIVNU SKRB

Maristela Šakić, dr. med. spec, psihijatr

Odjelni liječnik u palijativnoj skrbi ima za cilj odgovoriti na potrebe bolesnika uslijed definiranih palijativnih simptoma na podlozi terminalne, bilo koje somatske bolesti, razvoja starosti i krhkosti sa ili bez razvoja demencije, koje bolesniku narušavaju kvalitetu života i predstavlja izvor patnje. Za to je važan holistički pristup, uvažavajući različite kulturološke, tradicijske i religijske aspekte bolesnika i njegove obitelji. Zadatak liječnika nije aktivno liječenje, već učiniti sve kako bi se poboljšala kvaliteta života bolesnika i njegove obitelji i kako bi se udovoljilo svim zahtjevima sveobuhvatne medicinske skrbi tijekom života palijativnog bolesnika.

Liječnik u palijativnom liječenju i skrbi može upoznati i provoditi slijedeće postupke:

Tijekom prijema na palijativni odjel definirati kroz PLAN LIJEČENJA timski pristup bolesniku, navodeći članove tima i postupke u skladu s njihovim kompetencijama.

Informirati bolesnika i njegovu obitelj/zakonskog skrbnika o stanju i stupnju bolesti, o psihološkom, emocionalnom, socijalnom i duhovnom statusu bolesnika, a prije svega upoznati bolesnika i njegovu obitelj sa značenjem palijativne skrbi. Nedvojbeno u cjelokupnom zdravstvenom sustavu prepoznaje potrebu postupka palijativne njege i skrbi pod MKB-10 šifrom Z51.5. Upoznati i klinički provoditi alate i indikatore procjene stupnja potrebe palijativnog liječenja i skrbi. Upoznati se sa slijedećim kliničkim upitnicima: SPICT (Supportive and palliative care indicator tool), FAST ljestvica (Functional Assessment Stage), Skala aktivnosti svakodnevnog života RUG-ADL (The Resource Utilisation Groups-Activities of Daily Living Scale), Mini mental test MMSE (Mini Mental-State Examination).

Razvijati konstruktivnu i sinkronu komunikaciju: Voditi timski sastanak i uključiti članove interdisciplinarnog tima. Upoznati se sa ciljevima, organizacijom i zaključcima timske sinteze kroz konstruktivnu komunikaciju u interdisciplinarnom palijativnom timu. Upoznavanje stručnih kompetencija u specijalističkoj palijativnoj skrbi pojedinačno za svakog interdisciplinarnog člana palijativnog tima: medicinske sestre, psihologa, fizioterapeuta, socijalnog radnika, ljekarnika, nutricioniste i duhovnika i drugim suradnicima u pružanju odnosno ostvarivanju prava palijativne skrbi (klinički farmakolog, klinički bioetičar, etičko povjerenstvo bolnice, javni bilježnik itd.)

Izrađivati plan provođenja cjelovite palijativne skrbi pri čemu se svaka odluka i postupak usmjeravaju ka cjelovitom zbrinjavanju, zaštiti dostojanstva fizičkog, obiteljskog, socijalno društvenog, psihološkog, moralnog, duhovnog i religioznog integriteta cijele osobe i očuvanja preostale kvalitete života. Formirati i evaluirati listu potreba bolesnika (chek lista) u palijativnom liječenju i skrbi.

Usvojiti profesionalan i cjelovit pristup bolesniku i obitelji. Obitelj/zakonski skrbnik je dio tima, zapravo najvažnija karika u timu, partneri i odgovorni suradnici. Jedinica skrbi bolesnik-obaitelji. Način planiranja, organiziranja i vođenja obiteljskog sastanaka. Obiteljski sastanak podrazumijeva konstruktivnu komunikaciju između suradnika u liječenju i članova palijativnog tima.

Upotreba različitih protokola u komunikaciji sa bolesnikom i članovima njegove obitelji tj. suradnim članom obitelji u liječenju. Trening „SPIKES“ protokola u priopćavanju ishoda bolesti. Šest koraka SPIKES-a : Okruženje (Setting), Percepcija stanja/ozbiljnosti (Perception of condition /seriousness), Bolesnikov poziv da ga se informira (Invitation from the patient to give information) Znanje: iznošenje medicinskih

informacija (Knowledge giving medical facts), Istražiti emocije i suosjećati (Explore Emotions and sympathize), Strategija i sažetak (Strategy and summary). Razgovor o prognozi bolesti i općenitog stanja bolesnika. Trening „ADAPT“ sheme razgovora. Pitati što bolesnik zna i što želi znati (Ask). Otkriti koja informacije o budućnosti bi bolesniku i njegovoj obitelji bile korisne (Discover). Predvidjeti ambivalenciju, odnosno nesigurnost bolesnika i obitelji (Anticipate). Pružiti i osigurati informaciju u onom obliku koju pacijent razumije i želi, kao i njegova obitelj (Provide). Pratiti emocije bolesnika i njegove obitelji (Track).

Pratiti i razumjeti dinamiku obiteljskog sastanka, koji je baziran na međusobnom upoznavanju, razumijevanju, dodatnom propitivanju i definiranju ciljeva palijativne njege i skrbi uz obostranu harmoničnu odgovornost, kako bolesnika i njegove obitelji, tako i svih članova palijativnog tima.

Posredstvom Informativnog centra bolnice razviti strategiju učinkovite komunikacije i usvojiti lanac suradnje održivosti optimalne kvalitete života i šire socijalno društvene podrške osobama koje imaju potrebu palijativne njege i skrbi. Oblici specijalističke palijativne skrbi: Koordinator za palijativnu skrb-Centar za koordinaciju palijativne skrbi, mobilni palijativni tim, bolnički tim za palijativnu skrb, ustanova za palijativnu skrb-hospicij, odjel palijativne skrbi-palijativne postelje, dnevna bolnica za palijativnu skrb, ambulanta za palijativnu medicinu. Produljena palijativna skrb u domovima za stanovanje starih i nemoćnih osoba, izabrani liječnici opće medicine, odnosno obiteljski liječnici, sestrinski patronažni timovi te društveni oblici podrške palijativnoj skrbi kako što su, posudionica pomagala, volonteri, ustanove u kulturi i organizacije civilnog društva-udruge građana, župa i župna zajednica.

Racionalno planirati farmakoterapijski pristup bolesniku koju ima potrebu palijativne njege i skrbi. U skladu sa dobrom kliničkom praksom kontinuirano educira i u neposrednoj suradnji sa medicinskim sestrama i tehničarima i svim drugim zdravstvenim djelatnicima razvija strategiju prevencije razvoja komplikacija oslabljene pokretljivosti, dugotrajne zaležanosti i razvoja rekurentnih sistemskih upala i potencijalnih delirantnih stanja.

Također provoditi racionalni terapijski algoritam liječenja uz redukciju polipragmazije i polifarmacije.

Terapijski djelovati na palijativne simptome terminalne bolesti.

To se posebno odnosi na racionalno farmakoterapiju simptoma terminalne bolesti kod bolesnika koji imaju potrebu palijativne skrbi: otežano disanje, mučnine i povraćanja, potencijalna krvarenja, konvulzije, ulcerozne promjene na koži, terminalni delirij i sindrom skore smrti.

Upoznavanje pojma holističke dimenzije boli: totalna bol, farmakološko i nefarmakološko liječenje boli, psihološka dimenzija boli i egzistencionalna patnja, očuvanje kvalitete života. Upoznati se sa specifičnošću pružanja palijativne skrbi osobama oboljelim od svih oblika demencije i demenciji sličnih poremećaja, osobito Alzheimerove demencije. Koristeći kliničke indikatore i pomoćne alate/upitnike procjene i poznavanja uvođenja palijativne skrbi dementnog gerijatrijskog bolesnika. Definiranje ciljeva palijativnog liječenja i razlikovanje palijativnog liječenja od pružanja hospicijske njege i skrbi.

Opservirati i u suradnji sa drugim članovima tima (psiholog, duhovnik) proraditi normalne i patološke reakcije žalovanja bolesnika i članova njegove obitelji. Otvoriti pitanje potisnutih odnosno neizrečenih poruka bolesnika prema obitelji i obitelji prema bolesniku. Omogućiti psihološku ventilaciju članovima obitelji uz jasno izrečene granice odgovornosti članova obitelji. Sa obitelji kreirati novi smisao i prihvaćanje aktualne situacije teške bolesti i nemoći uz refleksiju izvjesnosti, ma kakva god ona bila. Aktivno sudjelovati u timu za potporu i proradu žalovanja. Otvoriti i podržati pojam shvaćanje smrti i suvremeni pogled na smrt (poimanje dobre smrti i lošeg umiranja). Razumjeti cilj i svrhu duhovnog ispraćaja bolesnika, susreta sa ožalošćenim članovima obitelji i uručivanje pisma sućuti.

Strateški propitati, razumjeti i provoditi etička i bioetička načela pristupa bolesniku koji ima potrebu palijativnog liječenja i skrbi. Zastupati prava pacijenta i kodeks medicinske etike i deontologije hrvatske liječničke komore. Upoznati se i osposobiti za stručno obrazloženje i timsku raspravu uz privolu odnosno pisanu suglasnost bolesnika i/ili njegove obitelji/zakonskog skrbnika o odustajanju od terapijske upornosti. Savladati proceduru procjene uzaludnosti medicinskog postupanja. Kontinuirano propitivati u suglasju s bolesnikom, odnosno članovima njegove obitelji/imenovanog skrbnika fundamentalne etičke vrijednosti kako u palijativnoj medicini, tako i u njezinoj skrbi, kroz četiri temeljna principa: dobročinstvo i neškodljivost, autonomnost, pravednost i istinoljubivost. Kroz vlastitu formaciju i formaciju svih drugih članova interdisciplinarnog tima strateški razvijati pojam etike skrbi i etike vrlina. Etika skrbi naglašava bitno ranjivu i ovisnu narav ljudskih bića, tvrdi da se etika ne treba odnositi samo na donošenje odluka, nego i na kvalitetu odnosa, kao što su kontinuitet, otvorenost, povjerenje i pouzdanost.

13.10.1 Psihijatrijski poremećaji u palijativnoj skrbi-suradni psihijatar

Psihijatrijski poremećaji na kraju života su česti i uzrokuju značajnu patnju umirućeg bolesnika i njegove obitelji, moguće je ublažiti ih, ali su

često neprepoznati i neliječeni (misle da su nezahvalni, da su simptomi neizbježni, psihijatrijska stigma, otpor liječnika) Za dijagnostiku i liječenje potrebna je znatna ili klinička razina simptoma.

U vrijeme kad pacijenti dođu u stanje palijativne skrbi već su prošli proces dijagnostike i liječenja, s različitim stupnjem boli i traume, ovisnosti i promjene tjelesnog izgleda.

Poremećaji prilagodbe su najčešća psihijatrijska dijagnoza.

Faktori koji pogoduju pojavi psihijatrijskih poremećaja kod bolesnika u palijativnoj skrbi:

- **PRIRODA BOLESTI:** stigmatizacija, strah od recidiva i metastaza, osjećaj krivnje (Ca cerviksa, pušači, alkoholičari), optužbe prema drugima (Ca povezani s radnim mjestom)
- **EFEKTI LIJEČENJA:** operacija (osobito kod Ca dojke, prostate, nakon amputacija, stoma); kemoterapija (utjecaj na fertilitet, mučnina, povraćanje, gubitak kose, vinkristin i l-asparaginaza uzrokuje depresiju i delirij, nuspojave steroida); radioterapija (umor i depresija, demencija),
- **OSTALI ORGANSKI FAKTORI** – cerebralni tumori (fokalni neurološki znakovi, epilepsija, kognitivne promjene, delirij, promjene ličnosti), paraneoplastički sindromi, encefalomijelitisi;
- **PRIJAŠNJI STRESORI I PSIHIJATRIJSKI POREMEĆAJI** – depresija nakon izlaganja brojnim stresorima, prijašnje psihijatrijske dijagnoze

U inicijalnoj evaluaciji pacijenta pratiti multiple dimenzije bolesti, tražiti uzrok, komorbiditet, procijeniti očekivanja pacijenta, obavezna psihijatrijska povijest bolesti, uz procjenu psihičkog statusa pacijenta, potrebna multidimenzionalna dijagnoza pacijenta.

Depresija (socijalno povlačenje, anhedonija, disfориčno, depresivno raspoloženje, osjećaj beskorisnosti, krivnje, umor, gubitak apetita i tjelesna težina, poremećaj spavanja).

Depresija je povezana sa slabijom kontrolom boli, lošijom suradljivošću i manjom željom za dugotrajnom terapijom. Depresivni simptomi mogu biti “normalna reakcija”, psihijatrijski poremećaj, ili pak somatska posljedica tumora i/ili liječenja.

Zašto se ne prepoznaje depresija? Pretpostavka da je to prirodna reakcija na bolest, povezivanje tjelesnih simptoma sa tjelesnom bolešću, pacijent ne govori o simptomima, lijekovi (vincristine, vinblastin, kortikosteroidi), neurološki i drugi medicinski problemi (nutritivni manjak

B12), endokrini poremećaji (tiroidni, adrenalni), metastaze u mozgu itd.

Značajni dokazi da su antidepresivi efikasni u liječenju depresije kod bolesnika s karcinomom

Racionalna procjena (koji antidepresiv, u kojoj dozi, koliko dugo i treba li uopće početi s njima ovisno o prognozi...) Komorbiditetna stanja uz depresiju – npr. neuropatska bol

Suicidalni rizik

Depresija je najjača determinanta suicidalnih ideja i želje za smrću kod onkoloških bolesnika.

Nekontrolirana bol je dramatično vazan rizični faktor za suicid!

Anksioznost (poremećaj prilagodbe, panični poremećaj, opsesivno kompulzivni, PTSP, GAP)

Poremećaji prilagodbe su najčešća psihijatrijska dijagnoza, početak je unutar mjesec dana od stresnog događaja, a trajanje ne prelazi 6 mjeseci, osim u slučaju depresivne reakcije.

Stanje subjektivnog distresa i emocionalnog poremećaja koja obično remete socijalno funkcioniranje, a nastaju u razdoblju prilagodbe na značajnu životnu promjenu ili su posljedice stresnog životnog događaja.

Često simptom drugog psihijatrijskog sindroma (depresije, PTSP-a, delirija)

Česti somatski simptomi anksioznosti – razlikovati od tjelesne bolesti (npr. tahikardija, kratak dah)

Anksioznost može imati organski uzrok (hipoksija, sepsa, bol, dehidracija, sustezanje od lijekova, nuspojave lijekova)

Kratkodjelujući benzodiazepini per os ili i.m. (oprez zbog nuspojava), relaksacija.

Pacijenti mogu osjetiti intenzivan strah, uz nesposobnost da zapamte i shvate informacije koje im se daju, ili mogu osjećati nesposobnost da nastave s liječenjem.

Suprotno pretpostavkama, pacijenti s uznapredovalim karcinomom manje imaju strah od smrti, a puno je veći strah od nekontrolirane boli, stanja u kojima će ostati sami ili ovisni o drugima.

Manija je najčešće povezana s otprije prisutnim BAP-om ili visokim dozama kortikosteroida.

Rijetko je povezana s drugim lijekovima (npr. interferon) ili tumorima mozga. Često je rezultat bolesti i liječenja, osobito u krajnjem stadiju bolesti, antineoplastične lijekove.

Delirij je konfuzno mentalno stanje s promjenama u ponašanju.

Poremećena pozornost, razmišljanje, svjesnost, emocije, pamćenje, kontrola mišića, spavanje i budnost.

Obično počinje iznenada, a simptomi mogu oscilirati tokom dana.

U zadnjih 24-48 sati života delirij je često stalan (npr. zbog otkazivanja organa)

Veoma uznemiruje obitelj pacijenta i druge koji skrbe o njemu.

Opasno stanje, ukoliko je oštećeno prosuđivanje pacijenta, pacijent može reagirati nepredvidivo ili agresivno. Pacijent može pasti, postati inkontinentan i dehidriran.

Rani simptomi delirija slični simptomima depresije i demencije, ljutnje ili anksioznosti.

Delirij i demencija često se teško razlikuju jer oboje mogu uključivati dezorijentaciju i oštećenje pamćenja, razmišljanja i prosuđivanja.

Kontrola okoline pacijenta može pomoći u smanjenju simptoma.

Antipsihotici, ponekad i sedativi (osobito ako se radi o terminalnom stadiju), uz praćenje mogućih nuspojava.

Psihoterapijske intervencije u palijativnoj medicini

Dokazana efikasnost kod bolesnika koji se suočavaju sa uznapredovalim smrtonosnim bolestima

Individualna psihoterapija

KBT i interpersonalna psihoterapija –neki elementi ovih terapija pokazali su se jako korisnima;

Egzistencijalne terapije, Istražuju načine na koje se patnja može iskusiti s pozitivnije perspektive i sa značenjem; Logoterapija, life narrative, life review;

Grupna psihoterapija, Grupne intervencije pružaju ono što ne može pružiti individualni setting:

Osjećaj univerzalnosti, dijeljenje zajedničkog iskustva i identiteta;

Osjećaj da pomažemo sebi pomažući drugima; otvorenost koja se dodatno potiče promatranjem kako se drugi suočavaju sa svojim stanjem;

Osjećaj pripadanja većoj grupi;

Farmakoterapija

Racionalna polifarmacija - kombinirati mehanizme, koristiti strategije pojačanja

Iako je polifarmacija česta, ako jedan lijek može djelovati na nekoliko ciljeva, to je bolje nego uzimati nekoliko lijekova (nuspojave, suradljivost, troškovi). Doznati koje sve lijekove bolesnik uzima: citostatici, analgetici, psihofarmaci, čajevi...?

Značajne su interakcije između analgetika i psihofarmaka. Psihofarmaci djeluju i kao pomoćni analgetici.

Kompromitirana renalna i hepatska funkcija može promijeniti farmakodinamiku nekih lijekova.

Svaka bolest narušava individualnu psihološku, somatsku i socijalnu ravnotežu time što znači prijetnju ili gubitak dotadašnjeg funkcioniranja, ugrožava osnovne izvore i puteve gratifikacije i tako aktualizira intrapsihičke konflikte.

Mentalni mehanizmi adaptacijski su mehanizmi i načini kako bi se osoba zaštitila od vlastitih nagonskih potreba, ali i od nepovoljnih vanjskih utjecaja, a mijenjaju sebe ili svoju okolinu. Učinkovitost mehanizama znak je zdravlja, a pretjerana ili neprimjerena uporaba znak patologije.

Empatija je najvažnija ljudska karakteristika koja ne omogućava samo socijalne relacije i komunikaciju, već je i osnova za stvaranje morala i inhibicije nagona, posebice agresije. Jedno od tumačenja je da je izvor empatije u fazi self-objekta u kojoj roditelji imaju paradoksalnu poziciju i uronjavanja u simbiozu i poticanje diferencijacije. Empatija je dijelom prirođena, a tijekom života može se razvijati.

Empatija je emocionalno stanje doživljeno od liječnika u kontaktu s pacijentom kao subjektom, a kontratransfer je emocionalno stanje doživljeno od liječnika u kontaktu s unutarnjim objektima pacijenta. Empatija je bazični istraživački model liječnika, dok je kontratransfer heterogeno emocionalno stanje liječnika. Da bi liječnik mogao primijeniti empatiju mora imati dovoljnu stabilnost selfa koja će mu dopustiti da adaptirano primjenjuje projektivnu i introjektivnu identifikaciju uz istodobno održavanje svijesti o odvojenosti. Pretjerana defenzivnost liječnika (ne participiraju u pacijentovim emocijama) i nepostojanje granica selfa (ne mogu se distancirati od pacijenta) mogu interferirati s tom funkcijom. Za optimalni empatijski kapacitet liječnika važno je da može biti uključen i da se može distancirati od doživljaja pacijenta, odnosno da može biti i opserver i participant.

Bolesnik nas uvijek nesvjesno želi upozoriti na neke svoje bitne probleme koji ponekad nisu vezani uz osnovnu bolest. Sve pojave regresije koje se zapažaju doimaju se kao dječje ponašanje pa zato liječnik mora uvijek biti svjestan da će raditi s djetetom u svom bolesniku.

Biti dobar roditelj, bolest aktivira regresivne fenomene koji postoje u ljudima, no bolesnik može, a često i promjereno funkcionira u drugim domenama života. Liječnik ga treba konfrontirati s neprimjerenim postupcima, pomaže mu da dosegne vlastite ciljeve i da pri tome rabi vlastite sposobnosti, a ne da liječnik preuzima neke njegove obaveze.

Liječnik treba biti primjeren model za identifikaciju.

Svrha liječenja je da liječnik svakog bolesnika dovede do zrelijeg ponašanja i neovisnosti kao i bolju sposobnost za intrapsihičko održavanje mogućnosti izbora različitih rješenja.

Proces komunikacije nepravedno se veže uz riječi i govor, no često je važnije od riječi vrijeme kada je nešto rečeno, način na koji je izgovoreno, ton glasa, izraz lica, govor tijela, koji mogu u potpunosti promijeniti smisao izgovorenoga. Po tome svi pacijenti poznaju težinu svoje bolesti, bez obzira da li im se to priopćilo.

Komunikacija je okvir koji omogućuje liječniku osigurati prostor u kojem će bolesnik moći izgovoriti svoje osjećaje i strahove i povezati ih sa smetnjama koje proživljava.

Tijekom liječenja bolesnik je u stalnoj promjeni, a liječnik ubrzava promjenu kroz predviđanje, planiranje i provođenje dijagnostičkih i terapijskih postupaka. Bitna je zadaća liječnika prepoznati promjene kod bolesnika, pozitivne i negativne, koje se zbivaju tijekom bolesti, a kojih on najvećim dijelom, nije svjestan.

Bolesnici često doživljavaju medicinske usluge kvalitetnima, a nezadovoljni su kvalitetom komunikacije i emocionalnom podrškom svojih liječnika.

Pacijenta se ne smije napustiti, vjerojatno će se i sam napustiti, ali mu treba biti na raspolaganju.

Bolesničko osoblje treba vjerovati u svoj rad i u njemu nalaze veselje, a pacijentima će pomagati više svojim držanjem nego mnogim riječima.

Literatura:

- Rudolf Gregurek, Psihološka medicina
- Marijana Braš i Veljko Đorđević, Suvremene spoznaje iz palijativne medicine
- Elisabeth Kübler-Ross, Razgovori s umirućima

13.11. STANDARDIZIRANI POSTUPCI ČLANOVA TIMA NA ODJELU ZA PALIJATIVNU SKRB I DUGOTRAJNO LIJEČENJE

Ivana Tomić Pavlović, prof. psihologije

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 obilaskе 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 odvaganju 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.

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 svakog pojedinca, a može obuhvaćati:

1. pozicioniranje bolesnika
2. razne vježbe (disanja i cirkulacije, snaženja miškulature, povećanja opsega pokreta)
3. tehnike umanjivanja boli
4. tehnike relaksacije
5. limfnu drenažu
6. povećanje stabilnosti u pojedinim položajima
7. poboljšanje proprioceptije 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 prihvaćanje pacijenta od strane obitelji, obiteljskog liječnika i drugih zdravstvenih djelatnika na terenu.

Olivera Grgić, dipl. socijalna radnica

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 izjava na zapisnik koje se tiču smještaja, roditeljskoga prava, institucije skrbništva, novčanih 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.

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

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 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.

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

Robert Mackuljak, dipl. teolog

Marija Babić, časna sestra

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 o saznanjima i 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 terapeutska 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 terapijska 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 prikrivenog-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.

VOLONTERI

Važnu ulogu u timu za palijativnu skrb imaju i volonteri. Oni su resurs baziran na osobnoj snazi pojedinca motiviranog da učini pozitivnu promjenu u svojoj okolini. Oni postaju određena spona s okolinom te značajne nove osobe u socijalnoj integraciji u lokalnoj zajednici. Svojim organiziranim djelovanjem volonteri podižu kvalitetu života, na razini svojih aktivnosti. Oni nisu nadomjestak manjka osoblja već snaga koja doprinosi podizanju standarda, kao resurs i potencijal za usluge koje se ne tiču neposredno liječenja i medicinskog postupanja prema bolesniku.

(Prilog 8)

Opis poslova koje volonter može/treba obavljati na Odjelu za dugotrajno liječenje i palijativnu skrb:

Komunikacija sa zdravstvenim djelatnicima odjela, najava dolazaka, informiranje o stanju bolesnika

Komunikacija s bolesnicima odjela koja je primjerena situaciji i zdravstvenom stanju bolesnika

Podrška i aktivno slušanje, prisutnost uz bolesnika

Bolesnike koji mogu ili žele odvesti na Svetu misu/Crkvu uz pratnju zdravstvenog radnika ili samostalno, ovisno o stanju bolesnika

Bolesnike uz pomoć službe posjesti u kolica (koji mogu) i odvesti na bolničku terasu/ prigodni program, na kavu/čaj, zrak

Bolesnicima koji žele može se čitati, slušati glazba.....

Radno mjesto: Odjel za dugotrajno liječenje i palijativnu skrb

Učinak volonterske pozicije:

Cilj volonterske pozicije na odjelu za dugotrajno liječenje i palijativnu skrb je bolesniku „skratiti vrijeme“ okupacijom i razgovorom, pružiti mogućnost aktivnog slušanja i prisutnosti, omogućiti bolesniku da provede vrijeme van sobe/odjela boravkom na terasi/crkvi.

Rezultati koji će proizaći iz toga su da će se bolesnik bolje osjećati te će mu se omogućiti da razgovorom iskaže svoje osjećaje i emocije, te će mu se boravkom van sobe osigurati bolja kvaliteta života (boravak na zraku, pozicioniranje u kolicima/prošetavanje van odjela i sl.)

Odgovornosti i dužnosti volontera:

Volonter je pri svakom dolasku dužan javiti se na portu i upisati, preuzeti identifikacijsku karticu koju za vrijeme boravka u ustanovi mora imati na vidljivom mjestu

Svaki dolazak je dužan evidentirati u evidencijsku listu uz opis posla koji je toga dana radio kao i potpis zaduženog djelatnika na mjestu volontiranja

Komunikacija s koordinatorom volontera i djelatnicima odjela pri svakom dolasku kako bi se vidjelo koji bolesnik može i želi da se kod njega uključi volonter

Treba znati procijeniti situaciju kada ona tijekom razgovora s bolesnikom postane teška i dobro upravljati i verbalizirati rečenice kako svojom dobrom namjerom ne bi povrijedila bolesnika

Prema bolesniku se treba odnositi s poštovanjem i profesionalno, imajući na umu da je osoba s kojom boravi, bolesnik koji može ponekad biti i nerealan u svojim očekivanjima, neupućen u svoju bolest....

Nikad se bolesniku, skrbniku ili drugima ne daju nikakve informacije o bolesti, Bolnici ili slično. Ovakve informacije prelaze kompetencije volontera

Kompetencije koje treba imati volonter:

Empatičnost

Komunikacijske vještine

Ljubaznost

Odgovornost i ozbiljnost

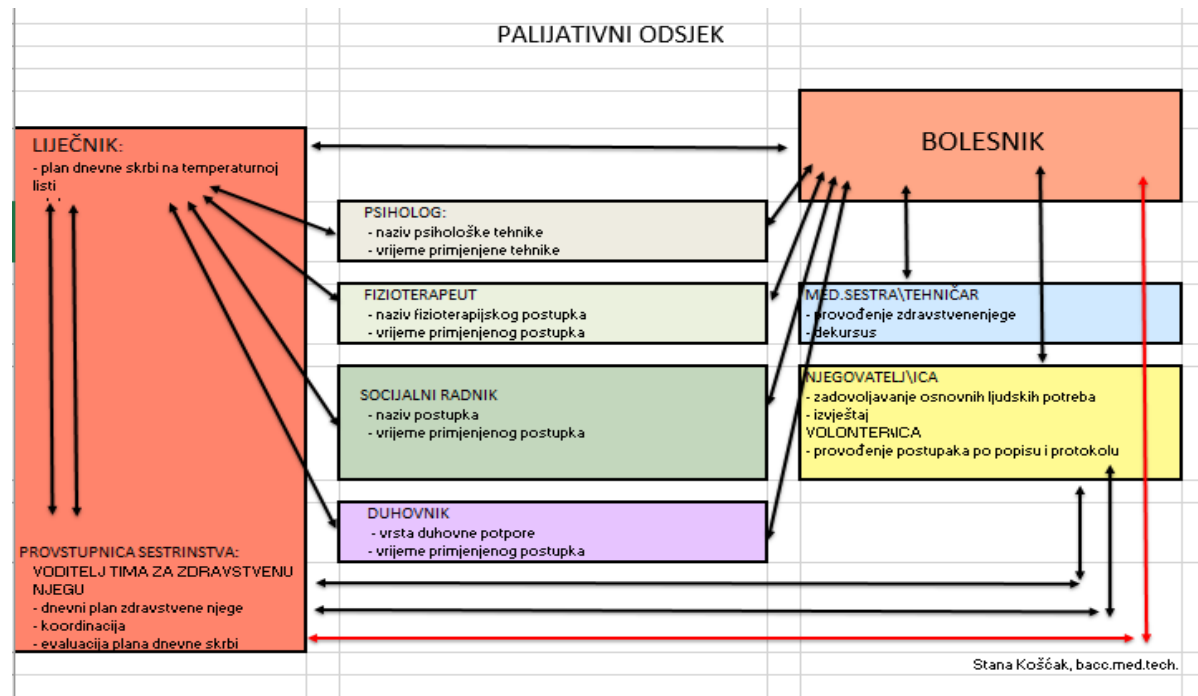
Spremnost na učenje novih znanja i vještina

Strpljivost

Edukacija i podrška:

Volonteri će biti educirani tijekom prvog dolaska i prema dogovoru o pravilnoj higijeni ruku, okolini bolesnika te opisno o svakom odjelu i njegovim specifičnostima.

13.12. 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.

13.13. 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 pomagalicama, 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 zbrinjavanju 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.

13.14. 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 pridržavaju se 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.

13.15. Skrbi za bolesnike u izolaciji i bolesnike koji su nekomunikativni

Temeljeni pristup skrbi je poštovanje povjerenog nam života dok god život postoji, uz uvijek prisutan cilj: povećanja kvalitete života, pa i onda kada kada nam prisutan život ne vraća informaciju da je ovdje.

Svi članovi tima kao i posjete, trebaju pozdraviti bolesnika pri ulasku u sobu, objasniti namjeru kojom smo došli, objašnjavati postupke, govoriti kako očekujemo sudjelovanje. Sve ovo neovisno o, nama (ne) prepoznatoj, povratnoj informaciji koju moguće ne šalje bolesnik ili istu ne možemo primiti.

Razvijati empatiju. Ovdje sigurno pomaže ako zamislimo kako bi se ponašali da je u postelji netko moj najbliži.

Sva djelovanja temeljiti na pozitivnim znacima života, ma kako maleni bili.

- Liječnik-Redovne vizite u sobi. Obraćati se bolesniku i reći da je vizita. Vizita završava u sobi izolacija. Zadržati se u sobi makar 5 minuta.
- Skrb obavljati uz verbalnu komunikaciju. Nakon redovne skrbi, jedan član tima treba se zadržati pored bolesnika čim duže, potičući na komunikaciju, ma kakva ona bila
- Uz verbalnu komunikaciju s bolesnikom, poticati na isto ostale članove tima kao i posjete
- Posjetu organizirati kao zadnju toga dana- Uz stalnu verbalnu komunikaciju izražavati glasno vjeru kako će se oporaviti i tražiti tragove aktivnog uključivanja i na istima razvijati napredovanje u aktivnom sudjelovanju u vježbanju
- Duhovnik - govoriti o svojoj duhovnoj potpori bolesnici i glasno moliti za oporavak i napredovanje ka boljem. Naglašavati vjeru u bolje, s manje patnje.

13.16. Dokumentacija skrbi za palijativnog bolesnika u Bolnici

Otvora 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, nesanica, 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. Nosi se 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 te prilagođava 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 palijativne skrbi (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. Posebna pažnja 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, 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

13.17. Otpust palijativnog bolesnika iz bolnice je jedan od indikatora kvalitete

Pri kraju otpusta se preuzima **Anketa zadovoljstva palijativnog bolesnika** koju je popunio bolesnik ili član njegove obitelji koji je bio suradnik u liječenju. (Prilog 9)

Otpust se počinje planirati već pri samom prijemu, na prvom obiteljskom sastanku. Kada se otpust dogovori, podržavajući započetu komunikaciju s izabranim doktorom 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 izabranom liječniku. 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 njegujemo 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 zaključak i preporuke o -duhovnoj potpori psihosocijalnoj potpori i o potpori fizioterapeuta
- Otpusno pismo zdravstvene njege
- Obitelji pokojnika se uručuje **letak tugovanja i pismo sućuti. (Prilozi 10, 11)**
- Ostalo, npr. - potvrda o provedenoj edukaciji skrbnika-njegovatelja, potvrda o zahtjevu obitelji za otpustom i sl.

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. Prilikom predaje tijela pokojnika pogrebnom poduzeću poštuje se protokol dostojanstvenog preuzimanja pokojnika.

13.18. 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.

Prospektivno će Bolnica nastojati ugovoriti i povezanost bolnice s obližnjim mjestima, od kuda se primaju bolesnici na liječenje. Isto je moguće preko mobilnog palijativnog tima koji pruža usluge palijativne skrbi u kući bolesnika. Tim bi se sastojao od liječnika, prvostupnice sestrinstva i socijalnog radnika, educiranih za skrb palijativnih bolesnika. Članovi tima bi trebali biti zaposlenici Bolnice. Skrb bi se pružala od prije poznatim bolesnicima koji su boravili u našoj Bolnici i po prijavi s terena. Mobilni palijativni timovi bi neposredno u kući prepoznali potrebe bolesnika, tražili 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 bi se odvijala se u Info centru.

U tim bi uključili i volontere iz volonterske udruge s kojom Bolnica ima ugovor o suradnji.

13.19. 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

Supportivna 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

13.20. 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 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 disciplinu.

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.

Prof.dr. sc. Križo Katinić, spec. psihijatar

13.21. PROGRAM VENTILACIJE I SUPERVIZIJA RADA PALIJATIVNOG TIMA

Palijativni tim naše Bolnice radi stručno složen, organizacijski zahtjevan, te osobito psihofizički iscrpljući posao.

Zbog toga je nužan stalan program ventilacije, što znači stručno vođeni grupni(a prema potrebi i individualni) rad, kroz koji djelatnici izražavaju psihološke emocionalne sadržaje koji se nakupljaju tijekom kontinuiranog rada s palijativnim bolesnicima. Na taj način se rješavaju tekuće poteškoće, iznalaze načini rješavanja stresa, odnosi u timskom radu. .

Ventilacijske grupe (u vidu radionica, diskusija, kratkih uvodnih predavanja voditelja) odvijaju se svaki drugi tjedan u trajanju od 45 minuta, i odnose se na sve članove palijativnog tima bez obzira na stručnu spremu, iskustvo i radno mjesto koje obavljaju.

Kroz ovaj način rada obavlja se procjena psihofizičkih opterećenja, kao i supervizija, kojoj je cilj poboljšanje rada i psihofizičkog statusa djetanika palijativnog odjela.

Radionice ventilacije za osoblje odjela palijativne skrbi imaju za cilj proradu emocionalnih stanja koja se odnose na smrt i umiranje, kako se zaposleni ne bi emocionalno iscrpili i "izgorjeli", te kroz taj proces ogrubili i emocionalno se udaljili od pacijenta. Kroz rad s pacijentima i ovakve dodatne treninge cilj je postići dublje razumijevanje smrti kao zemaljske konačnosti, patnje kao neizbježne sastavnice egzistencije, razvijanje empatije prema teško bolesnima i umirućima – i konačno vlastitog rasta kao osoba i medicinskih profesionalaca.

Antropolšku osnovu procesa ventilacije crpimo iz logoterapije, učenja Vikotra E. Frankla, prema kojoj je putem zauzimanja stavova moguće pronaći smisao i vrijednosti i u najtežim ekstremni situacijama, poput rada s teško bolesnim, neizlječivim i umirućim osobama.

14.1 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 itd. dopunjuje 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- a stalno dopunjuje.

Konačnu odluku o prijemu bolesnika donosi stručni kolegij liječnika, na osnovu pristigle medicinske dokumentacije i psihijatrijske indikacije. Na liječenje se primaju bolesnici kojima je okončano akutno psihijatrijsko liječenje. Od strane psihijatra koji indicira prijem, odnosno premještaj su isključene manifestne auto i hetero destruktivne tendencije i farmakoterapijski stabilizirana akutna psihotična simptomatologija.

Iz čega proistječe da je bolesnik upoznat s potrebom psihijatrijskog liječenja, razumije i dragovoljno pristaje na liječenje u socioterapijskom programu na odjelu za kronične duševne bolesti.

Nakon toga medicinska sestra u info centru 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.

Prvostupnica sestrinstva uzima sestrinsku anamnezu od bolesnika i njegove obitelji.

Na osnovu dobivenih podataka prvostupnica sestrinstva ispunjava sestrinsku dokumentaciju i izrađuje plan zdravstvene njege.

Bolesniku se odmah pri prijemu uruči vodič za liječenje, te **džepni raspored** dnevno terapijskog programa kako bi u svakom trenu imao uvid u raspored odjelnih aktivnosti. (Prilog 12)

Pri prijemu bolesnika osobito pozornost zauzima briga o prepoznavanju preostalih zdravih funkcionalnih sposobnosti i osobina ličnosti bolesnika na koje će se naslanjati 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 sastanka bolesnik i njegova obitelj dobivaju potrebne informacije vezane za boravak bolesnika u bolnici, opće informacije

vezane za odjel i plan aktivnosti na odjelu. (Prilog 13)

Bolesniku se pri prijemu naglasi ime i prezime medicinske sestre/tehničara koji ima posebno zaduženje za sobu u kojoj bolesnik boravi.

Medicinske sestre/tehničar zadužena/en za sobu će biti prisutana/an i na raspolaganju bolesnicima iz bolesničke sobe kako bi razvijali individualni pristup i spriječili mogući doživljaj individualne nebrige za pojedinog bolesnika-osobu.

Razvijati osobnu odgovornost bolesnika za kvalitetu, svrhu i održivost oporavka za vrijeme boravka u Bolnici.

Nakon toga se bolesnik smješta u pripremljenu bolesničku sobu.

Susret i razgovor s odjelnim psihijatrom je cjelovito upoznavanje bolesnika u svim dimenzijama njegove ličnosti, simptoma bolesti te prva procjena somatskog, mentalnog i funkcionalnog statusa.

Tada se s bolesnikom formira **plan liječenja**. U planu liječenja koji je sveobuhvatan prikaz planiranih postupaka članova tima tijekom psihijatrijskog procesa liječenja. Isto podrazumijeva ciljanu uključenost konzilijarnih liječnika, laboratorijskih i drugih planiranih dijagnostičkih pretraga, postupke psihologa, socijalnog pedagoga, radnog terapeuta, duhovnika, socijalnog radnika. Plan liječenja također uključuje upoznavanje bolesnika sa grupnim odjelnim radom. Psihoterapijske suportivne grupe, edukativne psihološke grupe, grupa treninga socialnih vještina i grupa liječenih ovisnika. Jedan primatni primjer plana liječenja dobiva bolesnik kako bi se kroz evaluacije i propitivanje od strane psihijatra i drugih članova tima osnaživao i konačno realizirao zadane ciljeve. Drugi primjer ostaje u povijesti bolesti.

Ukoliko je bolesnik suspsitucionalni/ nesuspstitucionalni ovisnik i manifestira adiktivne obrasce ponašanja biva upoznat sa potrebom sudjelovanja u grupi liječenih ovisnika i potpisivanja dodatnog **Terapijskog ugovora za provođenje liječenja ovisnosti**. (Prilog 14)

Ukoliko je bolesnik u svojoj anamnezi od prije imao suicidalne i parasuicidalne tendencije, tijekom liječenja u suradnji s psihijatrom popunjava **Plan prevencije suicida i razloga za život** (Prilog 15).

14.1.1 BAZIČNO FUNKCIONIRANJE I STRUKTURIRANJE TIMSKE PSIHOSOCIJALNE REHABILITACIJE NA ODJELU ZA KRONIČNE DUŠEVNE BOLESTI

dr.med. Maristela Šakić, spec. psihijatar

Plan liječenja kojega je psihijatar formirao zajedno s bolesnikom za cilj ima održivost kvalitete u pristupu bolesniku s mentalnim poteškoćama na temelju individualno definiranih ciljeva liječenja.

Od velike je važnosti timsko usuglašavanje mogućih ishoda liječenja i nastavak održivosti oporavka, odnosno nastavka rehabilitacije i redukcije rehospitalizacije.

U planiranju i realizaciji gore navedenog potrebno je obratiti pozornost na slijedeće:

Prevladavanje nepovoljnih životnih okolnosti prepoznatih kod bolesnika.

Mjerljivi ishod liječenja i održivost kvalitete života bolesnika kroz pružene postupke u procesu liječenja

Usaglašavanje multidisciplinarnog stručnog tima, oko mogućih ishoda liječenja s bolesnikom, suradnikom u liječenju (članom obitelji ili skrbnikom), CZSS, obiteljskim liječnikom i drugim nadležnim institucijama.

Preuzimanje odgovornosti svih sudionika u liječenju, te pristanak na odgovorno preuzimanje bolesnika od strane obitelji/skrbnika nakon liječenja, neovisno o pozitivnim ili negativnim ishodima liječenja

Potrebno je pretpostaviti pozitivne i negativne ishode liječenja.

Provoditi evaluacija napredovanja u procesu liječenja, svakodnevno i tjedno na timskoj sintezi, kao i samoocjenjivanje od strane bolesnika i ocjenjivanje od strane članova stručnog tima te usporedba ocjena.

Usuglašavanje oko krajnjeg ishoda liječenja, uključivanjem svih nadležnih za kreaciju ishoda uz sugasje, odnosno preuzimanje odgovornosti i od strane bolesnika.

Bolesnik se otpušta iz bolnice nakon što se provedu sve intervencije u skladu s kompetencijama svih članova multidisciplinarnog tima.

Nakon otpusta bolesnika u planiranim i potrebnim vremenskim razmacima naš interni (mobilni) psihijatrijski tim, uključuje se kao potpora u napredovanju rehabilitacije.

Konačno u istoj cjelini se evaluira i zadovoljstvo djelatnika, odnosno članova tima.

Zadovoljstvo djelatnika kao parametar kriterija kontrole kvalitete se gradi u osmišljavanju i kreiranju aktivnih rješenja za svakog člana tima kroz napisane ciljeve i njihovo provođenje u planu liječenja. (osobni dnevnik samozbrinjavanja, socijalnog funkcioniranja, inkluzivnog volontiranja...) uz kontinuiranu evaluaciju ishoda.

Zadovoljstvo u poslu, donosi iskorak i kreacija nečeg novog za svakog člana tima i bolesnika. Potiče na ustrajnost i povjerenje, kako ono što hoćemo, na koncu i možemo.

Krajnji ishod je prevencija izgorjelosti na poslu kao i gratificirajući osjećaj zahvalnosti.

14.2 SESTRINSKA SKRB ZA BOLESNIKE NA ODJELU KRONIČNIH DUŠEVNIH BOLESTI

Stana Koščak, bacc.med.techn.

Luca Marković, mag.med.techn.

Marijana Petrić, bacc.med.techn.

Sanja Babić, bacc.med.techn.

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?

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, a koristi se kao dnevni radni nalog. Intervencije su vezane za plan. Za bolesnike sa sestrinskom dg. SMBS plan se printa. Na poleđini plana upisuju se sudjelovanja u grupnoj terapiji, pojedinačnim razgovorima s liječnikom, duhovnikom, psihijatrom.....(dnevna radna lista u BIS-u).

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 grupne i radne terapije. Bolesnike se doprati nakon završetka rada grupe s informacijama o pojedinačnom sudjelovanju u radu grupe. (koordinator je osoba koja dolazi prenijeti informaciju službi nakon grupe). Za bolesnike kod kojih postoji problem aktivnog sudjelovanja, odnosno ne sudjeluje u grupnom ili bilo koje drugom timskom terapijskom procesu, zapažanja o istome, član tima upisuje u **elektronsku dnevnu listu** i javlja glavnoj sestri odjela/odsjeaka.

Glavna sestra odjela/odsjeaka je koordinator, organizator i odgovorna osoba za pravilno provođenje ovog vrlo zahtjevnog programa. Za ove poslove potrebna je dodatna edukacija medicinskih sestara. Pored praćenja dinamike terapijske zajednice, glavna sestra odjela/odsjeaka 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.

14.2.1 RAZVRSTAVANJE PACIJENATA U KATEGORIJE OVISNO O POTREBAMA ZA ZDRAVSTVENOM NJEGOM

CILJ: izraditi materijal koji će biti pomoćno sredstvo medicinskim sestrama-tehničarima u obavljanju svakodnevnih postupaka u provođenju specijalne zdravstvene njege na odjelu psihijatrije

SVRHA: održavanje standarda kvalitete usluga zdravstvene njege s tendencijom stalnog pobošanja, posljedično, povećanje zadovoljstva bolesnika

1. stupanj - minimalna njega (obična, standardna)-Odjel Psihijatrije

Bolesnici su sposobni za samozbrinjavanje u cijelosti ili uz minimalnu pomoć ili pomagalo. Sestre intervencijama pomažu u postizanju veće razine zdravlja i dobrobiti, koristeći postojeće učinkovito sadašnje stanje (povoljne sestriinske dijagnoze). Svi postupci uključuju poštovanje dostojanstva svakog pojedinog bolesnika. Osmijeh je nužan sastavni dio svake verbalne i neverbalne komunikacije jer šalje pozitivnu poruku i doprinosi pozitivnom odgovoru.

Za provođenje je odgovorna glavna sestra odsjeka, posebno zadužena medicinska sestra-tehničar za pojedinog bolesnika, te svaka sestra-tehničar u svojoj smjeni.

TABLICA KRITIČNIH ČIMBENIKA KATEGORIZACIJE PACIJENATA

ČIMBENIK KATEGORIZACIJE	OPIS ČIMBENIKA KATEGORIZACIJE	Postupci medicinskih sestara-tehničara, uz redovnu skrb tima za zdravstvenu njegu u smjeni a posebno od strane zaduženog djelatnika za pojedinu bolesničku sobu
Higijena	Samostalan/potrebno pomagalo	Ujutro poticati pacijenta na odlazak u kupaonicu, umivanje i higijena usne šupljine, oblačenje, pranje ruku, kupanje; dogovarati se i motivirati na redovno održavanje osobne higijene, pohvaliti za urednost i lijep izgled pozivati se na točku 2 Kućnog reda. (Prilog 16)
Oblačenje	Samostalan/potrebno	Poticati i razviti suradnju da bolesnik sam provodit redovitu urednost, što uključuje oblačenje

	pomagalo	čiste odjeće i održavanje garderobnog ormara i svoje odjeće, kao i briga za redovnu opskrbu čistim rubljem i pravilno postupanje s prljavim rubljem.
Hranjenje	Samostalan/potrebno pomagalo	Poticati i nadzirati redovito i na vrijeme odlazak na obroke, kao i uzimanje obroka i tekućine te održavanje reda u blagovaonici. Pozivati se na točku 1 Kućnog reda. Edukativno djelovati za korištenje zdrave hrane. Predlagati izradu jelovnika koji će koristiti kod kuće kao i sudjelovati u pripremi hrane kod kuće.
Eliminacija	Samostalan/potrebno pomagalo	Prikupljati podatke o eliminaciji i bilježiti ih. Stvarati naviku puštanja vode iz vodokotlića sa spuštanjem daskom. Korištena školjka wc-a mora nakon upotrebe ostati čista. Poticati bolesnike na uredno održavanje sanitarnih prostora u sobi, te čuvanje sredstava za osobnu higijenu.
Hodanje, stajanje	Samostalan/potrebno pomagalo	Poticati na korištenje terena oko bolnice, samostalno hodanje, povećavanje hodne staze, Korisno je predložiti bolesniku da sam vodi bilješke o dnevnom povećanju hodne staze u bolnici i kod kuće. Povezivati kretanje uz dobro osjećanje. Isticati vrijednost položaja bolnice kao zračne kupke. Posebno motivirati na sudjelovanje u zajedničkim šetnjama po šumi. Važno je odgovorno se ponašati izvan bolničkih prostora, kao i u bolnici. Znači, očuvati prirodu netaknut i bez smeća.
Sjedenje	Samostalan/potrebno pomagalo	Koristiti predviđene zajedničke prostorije za druženja, terapijske grupe i sl. Isticati obavezu čuvanja pukućstva i korektnog odnosa u grupi. Pozivati se na točku 3.i 4. Kućnog reda,
Premještanje, kretanje	Samostalan/potrebno pomagalo	U bolesničkoj sobi razvijati odnos međusobnog uvažavanja, kako je i određeno u Kućnom redu, točka 5. Ponavljati postojanje podjednakih prava i važnost međusobnog dogovaranja od strane svih bolesnika koji dijele sobu. Koristiti dogovaranje u sobi kao povoljan momenat za poticanje sociorehabilitacijske vježbe u prihvaćanje svih dionika domaćinstva kod kuće.
Rizik za pad		Podsjetiti na neravan teren oko bolnice i mogućnost povrede, te je potrebno koristiti primjerenu obuću.
Stanje svijesti	Pri svijesti, orijentiran u vremenu i prostoru	Naučiti radovati se i zahvaljivati na očuvanoj svijesti, te istu odgovorno koristiti za dobar i pozitivan odnos prema svima s kojima dnevno živimo.
Rizik za nastanak dekubitusa (Braden skala)		Posvijestiti da neredovnim kretanjem i nepotrebnim zadržavanjem u postelji ili sjedenjem, povećavamo rizik za nastanak vrijedi kao posljedica slabe prokrvlje. Redovito pranje kože, njega i masaža kože pomažu u očuvanju zdravlja kože. Masažom kože održavati dobre osjećaje i educirati za samostalnu njegu kože
Vitalni znakovi	Mjerenje 1-2x dnevno	Promatrati bolesnika i uočiti potrebu za dodatnom kontrolom vitalnih znakova. Bolesnika poučiti na kontrolu vitalnih znakova kod promjene uobičajenog osjećanja vlastitog tijela.
Komunikacija	Bez teškoća, dobrih	Pri svakom susretu podržavati pozitivnu komunikaciju - koristiti OSMIJEH kao sredstvo

	kognitivnih sposobnosti, razumije pisane i usmene upute bez potrebe za dodatnim objašnjenjima i ponavljanjima	pozitivne komunikacije, (komentirati aktivnosti, želje, posjete, TV program) U svakom postupku i susretu uvažavati dostojanstvo bolesnika-čovjeka. Poticati tolerantan i odgovoran odnos među bolesnicima. Bodriti da se sve promjene i nedoumice koje se dogode nenadano prijavljuju u odjelnoj ambulanti. Preporučiti rješavanje tekuće problematike pri redovnim dolascima djelatnika u bolesničku sobu, kako bi djelatnici mogli obavljati svoje dužnosti prema svim bolesnicima jednako odgovorno i na vrijeme. Podsjećati na pridržavanje pravila koja se odnose na posjete i komunikaciju obitelji telefonom. Pozivati se na točku 6.7.8 9.10.11.12. iz Kućnog reda.
Specifični postupci u zdravstvenoj njezi		Svaki postupak u zbrinjavanju bolesnika učiniti specifičnim baš za tog bolesnika, koristeći individualan pristup i poštovanje dostojanstva, navika i potreba svakog bolesnika.
Terapijski postupci- (medikamentozni)	Prema temperaturno-terapijskoj listi, po odredbi liječnika	Pri samom prijemu dogovoriti se s bolesnikom o uzimanju lijekova u zajedničkim prostorima, u dogovoreno vrijeme, Lijekovi se čuvaju u odjelnoj ambulanti. Potrebno je educirati bolesnika o preuzimanju odgovornosti za poznavanje lijekova koji su mu prepisani kao i za doze propisanog lijeka.
Edukacija	Potrebne su usmene i pismene upute o prilagodabama stila života u novonastaloj situaciji ili bolesti	Edukacija počinje samim odgovorm iz Info centra na upit o hospitalizaciji. Na odsjeku počinje propisanom prijemnom procedurom Obiteljski sastanak pri prijemu, upoznavanje s prostorima Bolnice kao i upoznavanje s planom liječenja koji se, zapravo dogovara i prihvaća od strane bolesnika i obitelji, Pisani pomoćni materijal nudi se u Vodiču kojeg bolesnik dobiva pri prijemu. Sporazumno napraviti plan edukacije i provoditi ga s bolesnikom i obitelji. Svaka komunikacija s bolesnikom, s posjetiteljima, obitelji, kao telefonski razgovori su sastavni dio redovne edukacije. Ne zaboraviti koristiti osmjeh kao sastavni dio svake komunikacije. Osmjeh pomaže sestri i bolesniku kao doprinos dobroj volji, Ponuditi suport i nakon otpusta lokalno u mjestu boravka kao i moguće dolaske na rad u grupi u bolnici kao i u dnevnu bolnicu.
Radna terapija	Potrebna procjena radnog terapeuta	Naglasiti važnost redovnog sudjelovanja na radnoj terapiji kao i terapijskoj zajednici. Motivirati za preuzimanje obaveza u životu terapijske zajednice kao aktivan član iste. Poticati angažiranje oko pomoći drugim bolesnicima koji trebaju pomoć u svakodnevnim aktivnostima, kao humanista.
Duhovna potpora	Potrebna ponuda duhovne aktivnosti i potpore	U sklopu predstavljanja ponude sociorehabilitacijskih usluga, kao posebnost naše bolnice, prezentirati duhovnu potporu. Važno naglasiti jednakost vjeroispovjesti ili drugih svjetonazora u pružanju duhovne potpore i inače svih usluga. Otvoriti mogućnost primanja suporta duhovnih vođa drugih vjeroispovijesti. Pojasniti da se često bolesnici puno lakše oporavljaju uz duhovnu podršku. Ista podrška nudi se i obitelji bolesnika uz naglašeno poštovanje dostojanstva

		pojedince.
--	--	------------

Izvor-Razvrstavanje pacijenata u kategorije ovisno o potrebama za zdravstvenom njegom, Hrvatska komora medicinskih sestara Zagreb, srpanj 2006., Kućni red Bolnice, 2018., Standardi Bolnice, 2018.

14.2.2. OSOBNİ DNEVNIK BOLESNIKA-GOSTA

Stana Koščak bacc.med.techn

Sandra Kalić bacc.med.techn

OSOBNİ DNEVNIK BOLESNIKA-GOSTA

Dnevnik se ponudi bolesniku nakon početne prilagodbe.

Cilj: prevladavanje nepovoljnih životnih okolnosti.

Na unutarnjim stranicama korica dnevnika nalijepljen je sljedeći tekst:

„DNEVNIK“

HOĆU, ŽELIM, MOGU DNEVNO NAPREDOVATI U POBOLJŠANJU KVALITETE ŽIVOTA

Dio sam ove terapijske zajednice

Aktivno sudjelujem u dnevnom terapijskom programu, osnažujem osjećaj vlastite vrijednosti , razvijam samokritičnost, i sposobnost uočavanja.

Stoga preuzimam samobrigu za:

održavanje osobne higijene, primjerenim odijevanjem, zahvale za svaki novi dan, tjelesno jutarnje razgibavanje, zdravim spavanjem, uvažavanje zajedništva u sobi i održavanjem zajedničkih prostorija i prostora, kao i participiranje u zajedničkim aktivnostima

Treningom stalnog povećavanja brige o sebi i dijeljenjem dnevnih obaveza u zajedničkim prostorima, kao i mojih posebnih obaveza za koje sam se opredijelio/la, pripremam se za preuzimanje odgovornosti u životu u svojoj obitelji, nakon završetka ovog rehabilitacijskog procesa.

Aktivno ću sudjelovati u planiranju slobodnog vremena za prakticiranje kulturnih, zabavnih i dugih aktivnosti, kako bi izbjegao/la dosadu, samoću.

„Bilježim sve što smatram važnim za svaki dan“

Pitam se da li sam današnji dan živio/la kao stalni napor oko doživljaja dana „SADA I OVJDE“

Bilježim li svoja raspoloženja, razmišljanja, aktivnosti...

Kako sam danas obavio/la svoje dnevne obaveze?

Da li doista danas ŽELIM, HOĆU, MOGU?

Što bi promijenio/la u današnjem danu?

Što mi je danas baš po volji?

Što mi danas znači ovaj oblik liječenje?

Poštujem li svog subolesnika u sobi i da li subolesnik poštuje mene?

Razvijam li mrežu naučenih aktivnosti od drugih subolesnika čime izgrađujemo međusobno poštovanje, cijenimo jedni druge i priznajemo međusobne sposobnosti bez indiferencije, poništavanja i banalizacije u odnosu jedni prema drugima?

Prepoznajem izuzetnu priliku koju mi pruža ova hospitalizacija: trening stalnog povećavanja, brige o sebi, i dijeljenjem zajedničkih dnevnih obaveza zajednici, kao i mojih posebnih obaveza za koje sam se opredijelio/la, pripremam se za preuzimanje odgovornosti i podijele u zajedničkom životu u svojoj obitelji, nakon završetka ovog rehabilitacijskog procesa.

U jutro: Započeti dan s mišlju: ŽELIM, HOĆU, MOGU, zahvaliti za proteklu noć i moliti za blagoslov za dan koji počinje, pozdraviti cimera, obaviti jutarnju higijenu, pogledati svoj dnevni raspored, pripremiti se za isti. Pripremiti se za redovito uzimanje terapije.

U ovoj bolnici, koristit ću pomoć stručnog tima koji mi je na raspolaganju. Odlazit ću redovito na dnevno terapijski program. Aktivno ću sudjelovati u planiranju slobodnog vremena za prakticiranje kulturnih, zabavnih i drugih aktivnosti, kako bi izbjegao/la dosadu, samoću i lijeni životni obrazac.

Evaluacija napredovanja u socioterapijskom procesu provodi se svakodnevno ili tjedno, te kao samoocjenjivanje i ocjenjivanje glavne sestre odsjeka ovisno o naravi osobnog dnevnika koji je individualiziran i prilagođen bolesniku/gostu. Cilj je usuglasiti se oko željenog ishoda i postići željeni ishod.

14.3. IZDVOJENA DJELOVANJA ČLANOVA TIMA U REDOVNOM SOCITERAPIJSKOM PROGRAMU PSIHIJATRIJSKIH BOLESNIKA U BOLNICI

✓ Psihijatar

-grupna i individualna psihoterapija

-grupa ovisnika

-terapijska zajednica

✓ Educirana medicinska sestra-tehničar-

-opuštajuća i relaksirajuća grupa, te uz psihijatra grupu ovisnika i terapijsku zajednicu. U svakodnevnoj individualnoj i grupnoj komunikaciji s bolesnicima prakticira psihoterapijski pristup

✓ Psiholog

-grupni i individualni suport bolesnicima

✓ Bolnički kapelan-duhovnik (dipl. teolog)

-duhovne radionice

-individualni duhovni suport

- procjena duhovnosti – upitnik
- radno terapijske grupe u prirodi s duhovnikom
- ✓ Časne sestre
 - duhovne radionice individualna potpora
- ✓ Radni terapeuti
 - radna terapija po prilagođenom programu svakog bolesnika ponaosob
- ✓ Fizioterapeut
 - individualni program po potrebi
 - grupne fitnes i druge vježbe
- ✓ Socijalni pedagog
 - individualni i grupni rad
- ✓ Socijalni radnik
 - uključuje se u rješavanje svih socijalnih problema bolesnika

✓ Predsjednik terapijske zajednice

čine svi bolesnici na odsjeku i svi članovi stručnog tima na odsjeku predvođeni odjelnim psihijatrom. Sasataju se jednom tjedno zbog evaluacije kvalitet 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, zapisničar, koordinator grupe, angažman u blagovaoni, higijeničar, tjelovježba, uključenost u održavanje zajedničkih prostorija, humanisti, aktivni sudionici na liturgijskom slavlju, fitness, vrtlari, cvjećari, te dodatno uključivanje u **inkluzivno volontiranje nakon sklopljenog ugovora s bolnicom.**

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

Psihijatar u strukturiranom rehabilitacijskom programu vodi cjelokupni proces liječenja, integrirajući ga s drugim članovima tima: prvostupnicima, medicinskim tehničarima, psihologom, radnim terapeutima, socijalnim radnikom i pastoralnom službom.

Svakoga bolesnika pojedinačno pratiti i bilježi opservacije u elektronsku dnevnu listu (dekurzusi), modifikaciju lijekova, nova psihička i somatska klinička 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 psihijatar izgradi iskren 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 sestrištva, psiholog, socijalni radnik, radni terapeuti i bolnički kapelan, socijalni pedagog. Sve terapijske individualne i grupne aktivnosti koje vode psihijatri, psiholog, prvostupnici, medicinski tehničari, radni terapeuti, socijalni radnik i bolnički kapelan moraju biti u zadano vrijeme i prilagođene bolesnicima sa zadanim tematskim cjelinama. Svi članovi tima svoje terapijske postupke, kao i evaluacije sudjelovanja pacijenta u terapijskom programu, bilježe u elektronsku dnevnu listu. Na ovaj način se izgrađuje sinkronizirano djelovanje 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 verbalne i neverbalne poruke, provode **deeskalacijske tehnike** i definiranje granica terapijskog procesa. (Prilog 17)

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 i pastoralno - duhovnog programa.

Pastoralni program je usmjeren prema duhovnosti i religioznosti bolesnika.

Možemo ga podijeliti na liturgijski i širi duhovni kroz sudjelovanje u zboru, 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 predvode redovnici bolničkog reda Milosrdne braće i bolnički kapelan, aktivno sudjeluju časne sestre i svi drugi djelatnici članovi pastoralne službe.

Pastoralni program 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 kroz poznavanje psihodinamike bolesnika, treba pastoralni liturgijski program, u kojem je prvenstveno susret čovjeka s Bogom, bolesniku predložiti 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.

14.4. TIMSKI DOGOVORENA; INDIVIDUALNA I CJELOVITA SKRB BOLESNIKA

Maristela Šakić dr.med.spec.psih

– bolesnici kategorije 1 prema funkcionalnom statusu – psihijatrija

TIMSKA USKLAĐENOSTI:

- Razumijevanje
- Planiranje

- Realizacije bolesnikove osobne funkcionalne promjene u okviru terapijske zajednice
- Odnosi se na komunikaciju pacijenata međusobno i sa osobljem - koordinatori po grupama, srednji med.sestra/tehničar, prvostupnik/ca sestriinstva, psihijatar – dogovorna skrb - usklađivanje očekivanja i mogućnosti, odgovornost samog bolesnika za ovakav oblik liječenja i odgovornost za rezultate skrbi
- Povezivanje **plana liječenja** kojeg je na početku zajedno s bolesnikom formirao psihijatar sa kaskadnim spoznajama, odnosno kompetentnim zaključcima drugih članova tima. Te eventualno ažuriranje plana liječenja, kroz dublje razumijevanje terapijskog procesa.
- Suodgovornosti za svakog pojedinog bolesnika, ujednačavnje ciljeva, intervencije koje vode ka zajedničkim ciljevima
- Kontinuirane evaluacije plana i ciljeva liječenja kao pokazatelji napredovanja ili neučinkovitosti plana. Odnosno dinamični proces u kojem cijeli tim i sam bolesnik gledaju u isti cilj. Stvaranje uvjeta za približavanje cilju, što rezultira zadovoljstvom i bolesnika i svih članova tima

PRIMJER:

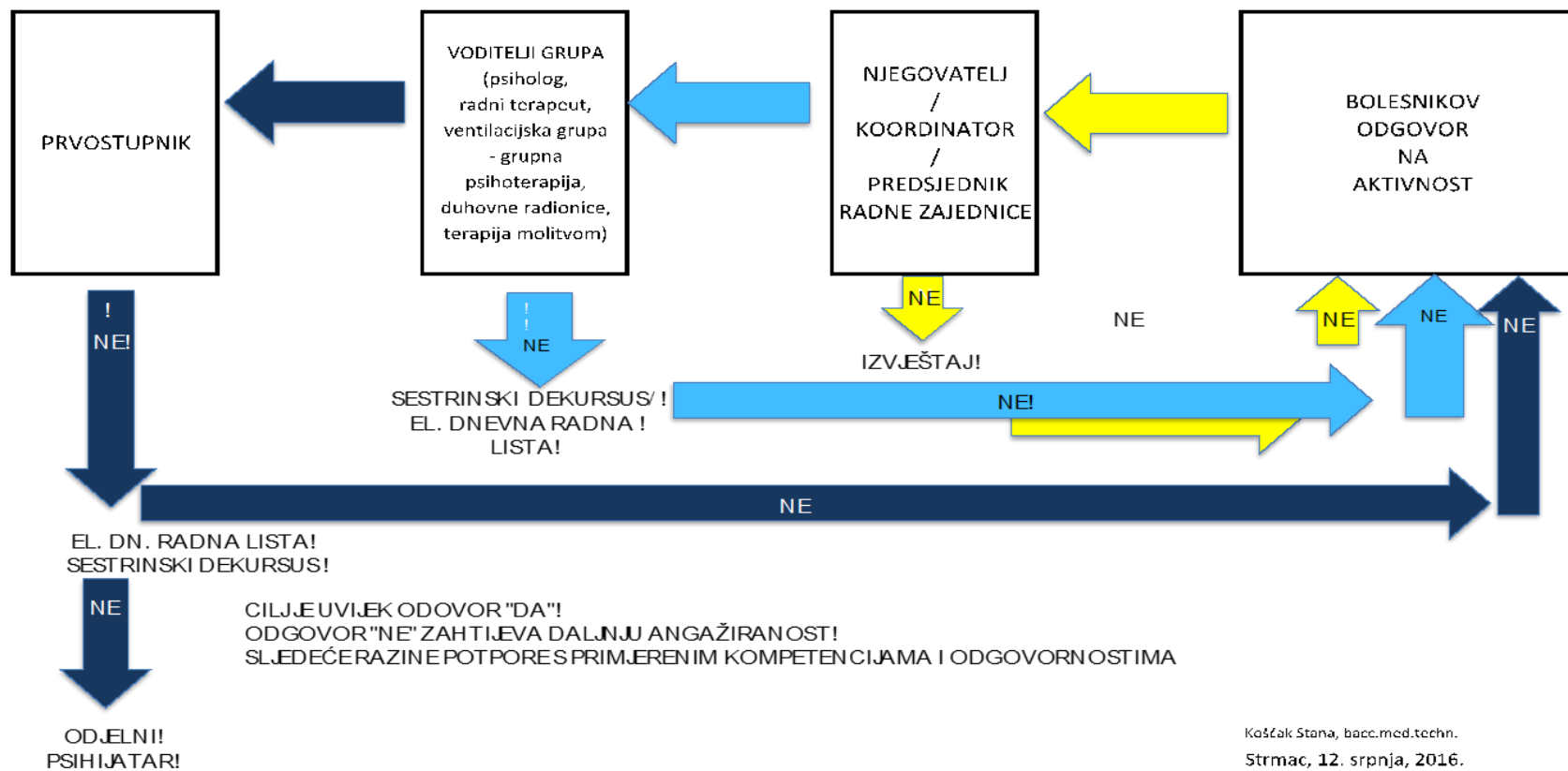
Psihijatar postavlja dijagnozu na osi 1,2,3.

Bolesnik N.N.

- ✓ os 1. depresivni poremećaj
- ✓ os 2 elementi poremećaja ličnosti (narcistični, ovisni, izbjegavajući, pasivno agresivni)
- ✓ os 3 gubitak uže i šire socijalne, radne i bazične svakodnevne aktivnosti
- ✓ Psiholog: Testiranje na početku liječenja. Tekst u zaključku uz sumaciju rezultata i objašnjenje za tim razumijevanje "tzv slabih karika" s jedne strane i resursa ličnosti s druge strane.
- ✓ Prvostupnica sestriinstva u planu zbrinjavanja navodi: jasan popis svih sestriinskih intervencija i postupaka, temeljenih na širem razumijevanju, utilizirajući psihijatrijsku i psihološko socijalnu procjenu. Na osnovu istoga u suradnji s bolesnikom izrađuje njegov osobni dnevnik oporavka.

- ✓ Soc. Pedagog: trening socijalnih vještina i funkcionalnog oporavka uz sudjelovanje prvostupnika
- ✓ Radni terapeuti: manualni trening i psihološkog i socijalnog. Vidljivi dokaz promjene i resursa kreacije ličnosti.
- ✓ Duhovnik: transcendencija ličnosti u dublji duhovni i vjerski smisao vlastitog postojanja, što je najvažnije vlastita promjena, jer je to naša misija, odnosno cilj.

**DIJAGRAM TIJEKA I SMJERA ODGOVORNOSTI PREMA BOLESNIKU!
DO LJEČNIČKE RAZINE!**



Košćak Stana, bacc.med.techn.
Strmac, 12. srpnja, 2016.

14.5. 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.

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

14.6.1. PSIHOLOG U SKRBI KRONIČNIH DUŠEVNIH BOLESNIKA

Rebeka Prpić, mag. psych.

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 podaci 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.). 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 projektni 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.) . 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 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.

14.6.2. SOCIJALNI RADNIK U SKRBI KRONIČNIH DUŠEVNIH BOLESNIKA

Olivera Grgić, dipl. socijalna radnica

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
- upozna je 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.

14.6.3. SOCIJALNI PEDAGOG U SKRBI KRONIČNIH DUŠEVNIH BOLESNIKA

Ines Gelešić, socijalni pedagog

Socijalni pedagog je stručnjak koji se u području psihijatrije bavi tretmanom, rehabilitacijom i resocijalizacijom djece i odraslih osoba s rizikom za poremećaje u ponašanju ili s poremećajima u ponašanju te njihovim socijalnim okruženjem. 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. Planira i provodi stručni rad, odgojno-savjetodavni rad i rad usmjeren na životni prostor i procjenjuje socijalno funkcioniranje pacijenta. Grupni rad provodi kroz trening socijalnih vještina, komunikacijskih vještina, grupnu terapiju, socioterapijske grupe i terapijsku zajednicu. Područje socijalnih vještina prilagođeno je za različite vrste teškoća koje idu od temeljnih vještina razmišljanja do specifičnih vještina potrebnih u svakodnevnom životu pojedinca. Provodi se kontinuiranim poučavanjem, vježbanjem i osnaživanjem. Kroz individualni rad pomaže pacijentu u razvijanju različitih vještina (socijalne, životne, komunikacijske) i poboljšanju svakodnevnog funkcioniranja. Suraduje s obitelji korisnika ili s ostalim osobama u okolini i interdisciplinarnim timom.

Nakon položene psihoterapije socijalni pedagog može provoditi grupnu i individualnu psihoterapiju. Socijalni pedagog sudjeluje na stručnim skupovima, simpozijima i kongresima, dodatno se usavršava za specifično područje i specifičnu populaciju, sudjeluje u preventivnim strategijama i promociji mentalnog zdravlja

14.6.4. DUHOVNIK/BOLNIČKI KAPELAN U SKRBI KRONIČNIH DUŠEVNIH BOLESNIKA

vlč. Ivica Razumović, dipl. teolog

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 slavlje vjerskih obreda 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 zdravlju i religioznosti. Duhovnost i vjera, dokazano je u brojnim istraživanjima, imaju važnu ulogu u prihvaćanju bolesti, a zatim i u samom procesu 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.

Duhovni program bolnice prije svega nastoji svima onima koji se smatraju katoličkim vjernicima ponuditi pastoralni sadržaj sličan onome na župama kako bi svakome bolesniku tijekom boravka u našoj ustanovi omogućio nesmetano i neprekinuto prakticiranje vjere. Onima koji su zanemarili prakticiranje vjere kroz molitvu i sakramente ili se od vjere udaljili, nude se pastoralni sadržaji kao poticaj za ponovno otkrivanje vjere kroz njezino jasnije shvaćanje i intenzivnije življenje.

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. **Bolesniku također uručuje pisani material sa smjericama za primanje sakramenata. (Prilog 18)**

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, neprihvatanjem 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 duhovnom programu je i molitveno-meditativna animacija koja se odvija kroz molitvu krunice, prikazivanje video isječaka sa razmatranjima te slikovnom animacijom za one koji nisu skloni aktivno se uključiti u molitvu krunice. Navedeni program pomaže misaonoj koncentraciji, smanjenu osjećaja napetosti i nervoze, a može utjecati i na ublažavanje tjelesnih simptoma bolesti.

Jednom tjedno održavaju se i duhovne radionice na kojima se obrađuju teme vezane uz katoličku vjeru i blagdane, ali i mnoge druge teme u kojima se nastoji povezati psihologija i duhovnost kako bi se obje dimenzije uspješno integrirale u cjelovitu osobnost.

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.

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.

14.6.5. RADNA TERAPIJA U SKRBI KRONIČNIH DUŠEVNIH BOLESNIKA

Marina Bošković, bacc.therap.occup.

Stojan Marinković, bacc.therap.occup.

Valentina Čolić, bacc.therap.occup.

Radna terapija u Specijalnoj bolnici za psihijatriju i palijativnu skrb Sveti Rafael provodi se na Odsjeku za Radnu terapiju, kroz radionice u koje su pacijenti uključeni putem Plana liječenja 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, pri čemu mogu biti uključeni u:

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 šmirglanjem;

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 papirnatu 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 itd.

U toku Radno terapijskog procesa, aktivnosti u koje je pacijent uključen mijenjaju se 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 sportsko rekreativnim, kulturno zabavnim te aktivnostima u zajednici, Radna terapija surađuje sa socijalnom pedagoginjom koja svojom stručnošću i fleksibilnošću pridonosi kvaliteti navedenih aktivnosti.

U sklopu radionica radne terapije bolnice Sv. Rafael, naši gosti imaju priliku sudjelovati u grupi terapijskog vrta, grupi cvjećara te grupi za brigu o plasteniku čije aktivnosti obuhvaćaju hortikulturu- uzgoj povrća, voća, cvijeća, začinskog i ljekovitog bilja, sadnica i sl. Spomenute aktivnosti za cilj imaju povećanje kvalitete života i motiviranosti osoba s mentalnim poteškoćama, kao i smanjenje socijalne isključenosti i osamljenosti, a ujedno i očuvanje funkcionalnih sposobnosti, poticanje razvoja vještina koje su potrebne za život u zajednici, poticanje oporavka te integracije u društvo. Kroz grupni rad i boravak na svježem zraku radimo na očuvanju radnih navika, razvijanju vlastitih potencijala te pozitivnih stilova življenja što za rezultat imaju povećanje samostalnosti i funkcionalnosti u obavljanju aktivnosti svakodnevnog života.

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, socijalni pedagog, duhovnik, medicinske sestre i tehničari, njegovatelji, a kojemu je zajednički cilj postizanje optimalnog funkcioniranja u svim aspektima života.

14.6.5.1. GRUPA TERAPIJSKOG CVJEĆARSTVA

UKLJUČENOST

Pacijenti koji se sami prijavljuju tijekom preuzimanja aktivnosti u okviru terapijske zajednice ili na prijedlog terapeuta

-Voditelj/ica prema potrebama posla uključuje pacijente i organizira grupu

-Voditelj/ica obavještava odjelnu službu o uključenosti pacijenata

AKTIVNOSTI

- Održavanje i nadopuna kamenjara
- Održavanje popločenih površine
- Održavanje i po potrebi prihranjivanje ružičnjaka
- Obnova žardinjera
- Obnova i berba lavande (mjesec srpanj)
- Održavanje parka prema šumi
- Zalijevanje u vrućim i sušnim periodima godine
- Obnova svih edukativnih natpisa

Učestalost

-Aktivnost se održava tjedno uz praćenje situacije oko vegetacije (po potrebi grupu organizirati i više puta tjedno)

-Grupa djeluje tijekom skoro cijele godine, uz intenzivnije aktivnosti tijekom proljetnog i ljetnog perioda, osim u zimskim mjesecima

(studeni, prosinac, siječanj, veljača) kad dolazi do stagniranja vegetacije

Oprema i pribor

-Pacijentima se po potrebi, ovisno o vrsti aktivnosti, osiguravaju rukavice, šeširi za zaštitu od sunca i alatke za rad

Dodatno

-Uključivanje pacijenata u brigu oko vanjskog prostora bolnice

14.6.5.2. GRUPA TERAPIJSKOG VRTLARSTVA

UKLJUČENOST:

-Za aktivnost se prijavljuju tijekom sastanka Terapijske zajednice ili na prijedlog terapeuta

-Grupa se organizira ovisno o potrebi posla

-Jedan ili dva pacijenta zaduženih za svakodnevne aktivnosti u plasteniku

Oprema i pribor

-Pacijentima se po potrebi, ovisno o vrsti aktivnosti, osiguravaju majica, trenirka, obuća, rukavice, zaštitni šeširi, i alatke za rad

SUGLASNOST:

Svaki pacijent/gost koji se uključi u grupu potpisuje Suglasnost za sudjelovanje

Površine koje se obrađuju:

Plastenik u krugu Bolnice

Vrt 1 u širem krugu bolnice

Vrt 2 – dislocirana jedinica

AKTIVNOSTI:

Plastenik

- Zimska sadnja
- Priprema zemlje (obrađivanje i dodavanje gnojiva)
- Pokrivanje najlonima koji se povremeno podižu
- Zalijevanje svakih 14 dana
- Pljevljenje trave
- Ručno vađenje i ubiranje plodova (u skladu s razvojem plodova i potrebama kuhinje)
- Proljetna sadnja
- Priprema zemlje (obrađivanje i dodavanje gnojiva i glisnjaka)
- Sadjna flanaca
- Navodnjavanje
- Praćenje zaperaka koji se odstranjuju
- Inetrvcije u slučaju pojave nametnika opasnih za plod ili nekih drugih sumnjivih promjena na biljci (špricanje, mehaničko odstranjivanje)
- Okopavanje i pljevljenje
- Svakodnevno obilaženje i praćenje potrebe otvaranja i zatvaranja plastenika
- Ručno vađenje i ubiranje plodova (u skladu s razvojem plodova i potrebama kuhinje)

Vrt 1

Priprema zemlje (obrađivanje i dodavanje gnojiva)

Sadnja biljaka

U slučaju potrebe zalijevanje

Ručno ili strojno vađenje i ubiranje plodova

Čišćenje i skladištenje

Vrt 2

Obrađuje se u suradnji sa Dnevnom bolnicom koja je nositelj aktivnosti, pacijenti/gosti povremeno sudjeluju uz dogovor organiziranog prijevoza od strane Bolnice

Sadnja biljaka

Intervencije u slučaju pojave nametnika opasnih za plod ili nekih drugih sumnjivih pomjena na biljci

Okopavanje i pljevljenje

U slučaju potrebe zalijevanje

Ručno ili strojno vađenje i ubiranje plodova (u skladu s razvojem plodova i potrebama kuhinje)

Čišćenje i skladištenje

UČESTALOST

-Aktivnost na vanjskim obradivim površinama kreće tijekom travnja, ovisno o vremenskim uvjetima i ostalim okolnostima, te u skladu s dogovorom svih uključenih, traje do kraja rujna

-Aktivnost na obradivim površinama unutar plastenika traju tijekom cijele godine

-Grupa terapijskoj vrta održava se prema potrebi (sadnja, okopavanje, pljevljenje, prorjeđivanje) ovisno u vremenu i razvoju biljki, te nešto učestalije kod faze branja i vađenja

UKLJUČENE SLUŽBE

1. Radna terapija – organizacija pacijenata i aktivnosti, briga o alatu, opremi, papirologiji i repromaterijalu
15. Odjelne službe – sudjeluju u koordinaciji pacijenata
16. Tehnička služba – prijevoz pacijenata i opreme, tehnički poslovi, i sl.
17. Kuhinja – priprema napitaka i obroka za sudionike, vaganje, priprema za skladištenje i skladištenje
18. Pravna služba – priprema dokumentacije
19. Računovodstvo – sudjelovanje u financijskim aktivnostima
20. Uprava bolnice – planiranje i supervizija aktivnosti
21. Vanjska suradnica – stručnjakinja iz područja agronomije, u dogovoru s Upravom bolnice planira aktivnosti, u suradnji s Grupom ih realizira, prati razvoj vrta i djeluje u skladu sa situacijom na terenu
22. Ostali (vešeraž, volonteri, vanjski suradnici za pripremu zemlje, nabavku sadnica, i sl.)

Aktivnost se provodi u dogovoru između voditelja/ice Odsjeka radne terapije i voditeljice Grupe, pri čemu se informiraju i koordiniraju ostale službe

14.6.6. FIZIOTERAPEUT

Zoran Krapn bacc.physioth.

Uz redovan rad na palijativnom odjelu prvostupnik fizioterapeut, također po pozivu liječnika, odrađuje postupke fizikalne terapije na odjelu za kronične duševne bolesti. Sudjeluje u kontroli i edukaciji jutarnje tjelovježbe na odjelu za kronične duševne bolesti za svaki odsjek po jedan dan u tjednu. U integrativnoj dnevnoj bolnici održava grupnu terapiju u terminu četvrtkom od 11 i 10 do 12 i 15 sati. Postupci koji se provode u integrativnoj dnevnoj bolnici uključuju fizioterapijsku procjenu, razne vježbe, tehnike relaksacije, sustav programiranih sportskih aktivnosti s rekvizitima ili bez.

14.7. Terapijska zajednica u Bolnici na Odjelu kroničnih duševnih bolesti

Maristela Šakić, dr.med.spec.psih.

Na sastanku terapijske zajednice koju čine svi bolesnici, glavna sestra odsjeka i liječnik voditelj odsjeka, dogovaraju tjednu organizaciju na odsjeku.

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, djeljitelji 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 amnezu o pojedinačnoj samopercepciji.

14.8. Otpust bolesnika –gosta s odjela kroničnih duševnih bolesti

Stana Koščak bacc.med.techn

Na Psihijatriji 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, ako žele, napisati otpusno pismo zdravstvene njege i poslati patronažnoj sestri s preciznim uputama. Ako ne žele, u otpusno pismo se piše kako, 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.

Na otpustu se od bolesnika preuzima **popunjena anketa o procjeni zadovoljstva bolesnika** tijekom liječenja. (Prilog 19)

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

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.

15. Organizirano stanovanje psihički bolesnih osoba

Predstavlja model po kojem Bolnica postaje inicijator i nositelj procesa psihosocijalne rehabilitacije. Drugim riječima, kroz svoje djelovanje je usmjerena na osnaživanje bolesnika prema mentalnoj rehabilitaciji. Ustanova time djeluje u pravcu povezanosti liječenja sa nastavkom rehabilitacije. Za neke bolesnike kroz plan liječenja u suradnji s nadležnim socijalnim centrima, bolesnika premješta u stambene zajednice. Najčešće se otpuštaju s planom za psihosocijalnu rehabilitaciju u stambenu zajednicu Sveti Ivan od Boga Šumetlica 87. obzirom da se radi o istom osnivaču. U stambenoj zajednici Sv. Ivan od Boga se vrši procjena osobina i sposobnosti psihički bolesnih osoba, njihova priprema i osposobljavanje za što viši stupanj samozbrinjavanja, održivost objekata i kulture stanovanja, kao i samoaktualizacija do najvišeg stupnja radne funkcionalnosti

Komunikacija Organiziranog stanovanja i Bolnice odvija se kroz Info centar.

16. Klub liječenih alkoholičara Sveti Rafael

Lea Szabo, bacc.med.tech.

Danas klubovi imaju značajnu ulogu u rehabilitaciji ovisnika o alkoholu i ovisnosti općenito. Glavni cilj je potpuna apstinencija od alkohola uz međusobnu podršku članova kluba i obitelji. Svi članovi kluba (apstinent i njegova obitelj) dobivaju, ali i daruju kontinuiranu podršku unutar grupe i izvan nje. Naši ciljevi su pružiti međusobnu podršku u apstinenciji, podršku u ostalim životnim i društvenim područjima, samodisciplina, odgovornost, tolerancija, jačanje odnosa unutar obitelji i ponovno povezivanje. Potrebno je redovito odazivanje na sastanke kluba. U slučaju recidiva zajedno s obitelji pružamo pomoć i podršku kako bi se ponovno uspostavila apstinencija. Ukoliko se želite pridružiti našem klubu molimo javite se kooordinatoru kluba na broj mobitel 099-815-6066. Klub se održava svaki druge srijede u 18 sati. KLA Sv. Rafael- klub liječenih alkoholičara Sv. Rafael, osnovan je pod udrugom Granda. Glavni cilj kluba je pružanje podrške pacijentima koji se liječe od ovisnosti o alkoholu nakon hospitalizacije, te ponovno povezivanje apstinenta s članovima njihovih obitelji. Klub se održava svake srijede u 18,00 sati na adresi Mala 48, Nova Gradiška. Prvostupnica sestrinstva koordinator je i predsjednik KLA.

KLA SVETI RAFAEL

Nakon 30 godina ponovno u našem gradu

Što je KLA?

Klubovi liječenih alkoholičara najpoznatiji su oblik rehabilitacije alkoholne ovisnosti. Glavi cilj je potpuna apstinencija od alkohola uz međusobnu podršku članova kluba i obitelji. Članovi kluba dobivaju, ali i daruju kontinuiranu podršku unutar grupe i izvan nje.

► Ciljevi KLA:

- pružiti međusobnu podršku u apstinenciji
- pružiti podršku u ostalim životnim i društvenim područjima
- postići disciplinu, steći odgovornost, razvijati toleranciju
- jačati odnose unutar obitelji i postići ponovno povezivanje obitelji

► Što "ja" trebam napraviti?

- Dužnost člana kluba je redovan odaziv na klub i aktivno sudjelovanje

► Što u slučaju recidiva?

- Zajedno s obitelji i stručnim timom pružamo pomoć i podršku pri ponovnoj uspostavi apstinencije

► Kako do nas?

- Obratiti se svom obiteljskom liječniku za pomoć
- Koordinator kluba dostupan je radnim danom od 07-15h na broj mobitela 099 815 60 66
- Klub se održava svake druge srijede u 18 sati



REĆI NE



ALKOHOLIZMU



JE REĆI



DA



OBITELJI



Iskustva korisnika:

- cilj kluba je izgraditi bolji pogled na stvari i okolinu oko sebe, popraviti narušene odnose sa obitelji i prijateljima - Samuel, član KLA
- naš klub se sastoji od nekoliko članova, sastajemo se 2-3 puta mjesečno, a cilj je da se uz medicinsko osoblje i nas članove proširi klub kako bi bilo bolje uz naše priče i komunikaciju - Stefo, član KLA
- Mi alkoholičari imamo bolest koja nam govori da nemamo bolest, ništa nije tako loše da piće neće učiniti još lošijim - Željko, član KLA
- u klub idem zbog mog brata jer mu je potrebna pomoć svaka - Vesna, član obitelji jednog korisnika

17. SKRB ZA DEMENTNE BOLESNIKE U BOLNICI

17.1. DEMENCIJA

Demencije spadaju u skupinu poremećaja moždanih kognitivnih funkcija, karakteriziranih ireverzibilnim kognitivnim oštećenjem.

Procedura naručivanja i prijema dementnih bolesnika na liječenje u Bolnicu istovjetna je proceduri prijema palijativnog bolesnika, obzirom da se sve češće osobe koje boluju od demencije, upućuju u Bolnicu, kao palijativni bolesnici.

Sestrinska dokumentacija također je istovjetna dokumentaciji koja se koristi za palijativne bolesnike.

Prijem osoba oboljelih od demencije se dogovara unaprijed.

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.)

Bolesnik dolazi u pratnji obitelji ili skrbnika.

Plan skrbi temelji se na preuzimanju obostrane odgovornosti od strane Bolnice s jedne strane i člana obitelji ili skrbnika s druge strane.

Nakon što se na obiteljskom sastanku obitelj upozna s osnovnim pravilima medicinske struke i rehabilitacijskih postupaka, potpisuje se obostrana odgovornost. Dio odgovornosti za skrb bolesnika od strane obitelji, sažet je u sljedećoj rečenici:

Suglasni smo za obiteljsku uključenost, suradnju i preuzimanje odgovornosti za našeg člana obitelji od početka do završetka liječenja, te neposredno zbrinjavanje nakon definiranog otpusta od strane liječnika i cjelokupnog zdravstvenog tima.

Cilj je, nakon otpusta iz bolnice, nužno osigurati nastavak skrbi i njege za bolesnike u vanbolničkim uvjetima.

17.1.1 Ciljevi skrbi

1. a) usporavanje napredovanja bolesti

2. b) održavanje kognitivnih sposobnosti i očuvanje socijalnih vještina
3. c) zadržavanje pokretnosti i tjelesne kondicije
4. d) smanjenje patnje i obiteljskog stresa
5. e) poboljšanje kvalitete života oboljelih i njihovih obitelji
6. f) prevencija komplikacija dosadašnjih oboljenja, prevencija respiratornih i uroloških infekcija, te prevencija komplikacija nepokretnosti
7. smanjenje broja hospitalizacija i institucionalizacije
8. koristiti terapijsku komunikaciju
9. uključiti obitelj

17.1.2. 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 dodirima. 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?

U zbrinjavanju osoba koje su oboljele od demencije koristi se terapijska komunikacija uz uključivanje obitelji.

Posebno je važno razvijanje dobrih međuljudskih odnosa, jer osoblje čini jednu vrstu terapijske zajednice.

- Terapijskom komunikacijom djelujemo na bolesnikove osjećaje, misli i ponašanje, mijenjajući ih u pozitivnom smjeru
- Orijehtacija na ovdje i sada - pitanjima upućenim pacijentu usmjeravanje interakcije na neposredne događaje i sadašnje osjećaje, npr. „Kako se osjećate sada?“

Osnovni principi komunikacije imaju i specifičnosti, koje se, prema koordinatorskoj udruzi oboljelih od Alzheimerove bolesti i drugih oblika demencije za područje Europe, mogu svesti na sljedeće točke:

–Ne fokusirati se na pogreške. Pokušati shvatiti što je osoba zapravo pokušala reći i kako se osjeća.

<http://www.alz.org/global> preuzeto 19.3.2019.

17.2. Timski pristup

Stručni tim koji skrbi za osobe oboljele od demencije, u našoj Bolnici, sastavljen je od liječnika, medicinskih sestara, negovatelja, socijalnog radnika, radnih terapeuta, fizioterapeuta, duhovnog podupiratelja te psihologa. U zbrinjavanje se uključuju i volonteri. Koordinator tima je prvostupnica sestrinstva, voditelj tima za zdravstvenu njegu.

Plan liječenja izrađuje liječnik na samom početku boravka bolesnika u bolnici.

Plan liječenja je sastavni dio BIS-a, (vidi plan liječenja) što znači da je vidljiv svim članovima stručnog tima. Također, svaki član tima piše svoj dnevni dekursus, vidljiv svim članovima tima.

Ovakav pristup osigurava suradljivost i koordinaciju u stručnom timu, odnosno najbolju moguću skrb koju pruža stručni tim.

Zbog zaštite osobnih podataka bolesnika, svaki član tima se logira sa svojom šifrom. Naknadno je moguć uvid u sve ulaske u medicinsku dokumentaciju, radi sprječavanja moguće zlouporabe pristupa podacima.

Temperaturna lista koristi se za naputke u dnevnoj prilagodbi lijekova, planiranje medicinsko-dijagnostičkih postupaka, bilježenje promjena u zdravstvenom stanju bolesnika, postupci kojima se reagira na promjenu stanja, što uključuje i propisivanje korištenja pidžama plahte kao prevenciju pada iz postelje, kao i druge postupke. Uvijek se bilježi vrijeme. Bilješke na temperaturnoj listi se izrađuju prema kompetencijama.

Dnevni plan skrbi i dnevne promjenjive potrebe bolesnika, bilježe se na dnevnoj radnoj listi, koja pomaže u dnevnom, cjelovitom zbrinjavanju bolesnika.

Plan liječenja izrađuje se sa svrhom približavanja ciljevima skrbi.

Aktivnosti svakog člana tima često su vezani uz poboljšanje komunikacije s osobom oboljelom od demencije.

Koristimo preporuke:

- 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).

17.2.1. Rad psihologa u skrbi za dementne pacijente

Tamara Bešenić, mag. psihologije

Ivana Tomić Pavlović, prof. psihologije

Kao član multidisciplinarnog tima, psiholog sudjeluje u skrbi za dementne pacijente obavljajući sljedeće radne zadatke:

- Psihološku procjenu (psihodijagnostiku) u svrhu procjene kognitivnih funkcija (snaga i slabosti), ličnosti i stupnja aktualnog funkcioniranja; praćenja kognitivnog statusa i/ili preporuka za daljnje tretmane i intervencije; procjene psiholoških potreba i prevencije dubljih psihičkih teškoća pri čemu koristi klinički intervju, kliničko opažanje i psihodijagnostičke mjerne instrumente .
- Psihološku rehabilitaciju - grupni i/ili individualni rad na očuvanju kognitivnih funkcija koji se ostvaruje kroz različite vježbe izvršnih, grafomotoričkih, vizuoperceptivnih i vizuospacijalnih funkcija te vježbi pamćenja i pažnje s ciljem održavanja i eventualnog poboljšanja kognitivnih funkcija u okviru svakodnevnog funkcioniranja; održavanja i poboljšavanja kvalitete života oboljele osobe, a indirektno, i članova njene obitelji.
- Psihološke tretmane, posebice pružanje psihološke podrške i savjetovanja (pacijenta, obitelji, tima) s ciljem smanjenja ili uklanjanja emocionalne patnje i prevencije dubljih psihičkih tegoba te u svrhu osobnog osnaživanja i poboljšavanja kvalitete života. Pružanje psihološke podrške pacijentima započinje inicijalnim susretom s pacijentom prilikom dolaska na Odjel, a po potrebi se nastavlja tijekom kontinuiranih

suportivnih posjeta za vrijeme njegovog boravka na Odjelu. Podršku obitelji moguće je pružati također tijekom liječenja i pred otpust pacijenta, ali i po otpustu u slučaju smrti pacijenta (obitelji u procesu žalovanja).

- Edukaciju i psihoedukaciju (pacijenta, obitelji, tima) na teme kao što su: psihosocijalni aspekti bolesti; komunikacija, prepoznavanje i upravljanje emocijama; suočavanje sa stresom i prevencija sagorijevanja; anticipirano žalovanje; ...
- Konzultacije s timom koje obuhvaćaju aktivno sudjelovanje na odjelnim sintezama i drugim sastancima u svrhu razmjene informacija i obostrane pomoći u radu.
- Vođenje dokumentacije i pisanje izvještaja

17.2.2. Uloga radne terapije u skrbi za dementne pacijente

Marina Bošković bacc.therap.occup.

Valentina Čolić bacc.therap.occup.

Program radne terapije se provodi na odjelu i započinje, nakon izrade Plana liječenja, s početnom procjenom senzomotorih, kognitivnih i psihosocijalnih sposobnosti za svakog pacijenta. Ovisno o početnoj procjeni (problemska područja, očuvane funkcionalne sposobnosti), definiranim ciljevima te o mogućnostima odjela bolesnika se uključuje u individualan ili grupni program kroz "Trening aktivnosti svakodnevnog života"- trening ASŽ, koji se provodi s ciljem održavanja i unaprjeđenja njegovog postojećeg psihofizičkog stanja.

U skrbi za dementnog pacijenta od velike je važnosti usvajanje rutine. Vodeći se time trening ASŽ-a se odvija u jutarnjem terminu u prisutnosti radnog terapeuta u bolesničkoj sobi ili na odjelu kroz grupne aktivnosti.

Radni terapeut je nositelj programa radne terapije, ali isto tako edukator medicinskim sestrama, njegovateljicama i časnim sestrama koje su uključene u program.

Trening ASŽ uključuje aktivnosti samozbrinjavanja (tjelovježba, održavanje osobne higijene, hranjenje, oblačenje, pozicioniranje u krevetu, transferi...), aktivnosti produktivnosti (održavanje životnog i radnog prostora, namještanje kreveta, slaganje odjeće,...) i aktivnosti slobodnog vremena baziranih na kreativnim radionicama, društveno-zabavnim aktivnostima i kognitivnom treningu (izrada dekorativnih predmeta,

pjevanje, ples, čitanje knjiga i dnevnog tiska, igranje društvenih igara, druženje i socijalizacija, vježbe pamćenja i dosjećanja, korištenje memo tehnika....)

Zbog važnosti redovitog i aktivnog sudjelovanja pacijenta u programu te postizanja ciljeva, radni terapeut vodi tjednu evidenciju, a u trenutku donošenja odluke o otpustu pacijenta ishod radno terapijske intervencije se evaluira kroz završnu procjenu i davanje preporuke u sklad s terentnim psihofizičkim stanjem.

17.2.3. Uloga duhovnika

Ivica Razumović dipl.teolog

Odjel psihijatrije socio-terapijski prilagođen osobama s kognitivno-mnesticom poremećajem ima vlastiti duhovni program. Sastoji se od duhovno-okupacione animacije koja se odvija kroz molitvu krunice zajednički ili pojedinačno prema potrebama te pjevanje duhovnih pjesama. Duhovnik redovno dolazi na odjel kada je potrebno napraviti duhovnu procjenu novih bolesnika te podijeliti sakramente i dati duhovnu podršku. Na odjelu su svakodnevno prisutne časne sestre.

17.3. SPECIJALNA ZDRAVSTVENA NJEGA OSOBA OBOLJELIH OD DEMENCIJE

Sanja Šikić m.s

Stana Koščak bacc.med.techn

Luca Marković mag.med.techn

DEMENCIJA je bolest gubitka pamćenja, karakterizirana je pojavom poteškoća u samostalnom zbrinjavanju i aktivnostima samostalnog života. ZDRAVSTVENA NJEGA =briga i skrb za liječenje bolesnika bez lijekovitih sredstava, a lijekovima samo pod nadzorom liječnika. Svrha je usporavanje napredovanja bolesti u najvećoj mogućoj mjeri. Plan skrbi nasloniti na OČUVANJE PREOSTALIH zdravih sposobnosti.

Potpora bolesniku znači da su sve sestrinske intervencije usmjerene na to da podrže bolesnika u nošenju s različitim situacijama i učenju iz iskustva (Ribardić i Vidoša, 2014)

16.3.1. Najčešće sestrinske dijagnoze

Smanjena mogućnost brige o sebi– hranjenje

Smanjena mogućnost brige o sebi – održavanje higijene

Smanjena mogućnost brige o sebi – odijevanje

Smanjena mogućnost brige o sebi – obavljanje nužde

Smanjena mogućnost brige o sebi – održavanje domaćinstva

Smanjeno podnošenje napora u svezi mišićne slabosti

Smanjena pokretnost u svezi mišićne slabosti

Visok rizik za pad u svezi poremećene motorike

Potištenost u svezi poremećenog općeg funkcioniranja (socijalna izolacija)

Neupućenost okoline

Otežana komunikacija vezano za osnovnu bolest

17.3.2.PREGLED SESTRINSKE SKRBI ZA OSOBE OBOLJELE OD DEMENCIJE

Izvor-Hrvatska komora medicinskih sestara Zagreb, srpanj 2006.

- Iskustva skrbi za osobe oboljele od demencije u našoj Bolnici

Prema kategorizaciji bolesnika od strane Komore medicinskih sestara, ovaj pregled sastavljen je za drugu kategoriju potreba za zdravstvenom njegom-II. stupanj - poluintenzivna njega (intermedijalna njega)-dementni bolesnici- Ovisni o **poticanju** na sudjelovanje., potrebna **pomoć i** poticaj druge osobe. Bolesnici koji se po kategorizaciji procjenjuju kao I stupanj, skrbe se po pregledu skrbi za psihijatrijske bolesnike I stupnja, a bolesnici procijenjeni kao III stupanj, zbrinjavaju se prema pregledu skrbi III stupnja palijativnih bolesnika.

Svrha je usporavanje napredovanja bolesti u najvećoj mogućoj mjeri. Plan skrbi nasloniti na preostale zdrave sposobnosti samozbrinjavanja, sjećanja, navika...uspomena (stare fotografije, albume, dragi predmeti, najdraže aktivnosti...draga sjećanja..)

Hospitalizaciju skratiti kako bi se bolesnik čim prije vratio u sigurno okružje.

Educirati skrbnike o učinkovitom zbrinjavanju. Otpusnim pismom zdravstvene njege ostvariti nastavak skrbi nakon otpusta (pobrojati prihvaćene i provedene postupke, kao i preporuke, za nastavak skrbi, moguće dnevne boravke i dr.)

ČIMBENIK KATEGORIZACIJE	OPIS ČIMBENIKA KATEGORIZACIJE	POSTUPCI	VRIJEME
Higijena	Bolesnik ovisan o poticanju na sudjelovanje., potrebna pomoć i poticaj druge osobe-medicinska sestra, njegovatelj, volonter	Odvesti bolesnika u kupaonicu, najmanje tri puta dnevno poticati na samostalno umivanje i higijenu usne šupljine, pranje ruku, kupanje najmanje prema protokolu kupanja- Svakako poticati bolesnika na sudjelovanje u	Jutarnja toaleta ujutro prije doručka, djelomična njega prigodno, po potrebi, a najmanje po planu, pranje ruku

		svakoj aktivnosti u najvećoj mogućoj mjeri.	tijekom dana prije obroka i poslije WC
Oblačenje	Bolesnik ovisan o poticanju, potrebna pomoć druge osobe, medicinska sestra, volonter, njegovatelj, uključiti prigodno posjete, prije izlaska u šetnju, na terasu..	Pomoći pri izboru i oblačenju primjerene odjeće, poticati na aktivno sudjelovanje u izboru odjeće i oblačenju, Utopljavati pri sjedenju, izlasku s odjela, u postelji pripremiti pokrivače, posebno noću	Prigodno i prema potrebi, stalno promatranje i prepoznavanje promjena potreba
Unos hrane I tekućine	Bolesnik ovisan o poticanju na sudjelovanje u hranjenju, potrebna pomoć druge osobe u planiranju prilagodbi prehrane -Liječnik, odjel za prehranu, med. sestra, njegovatelj, posjetitelji, Rizičan za opstipacije i sve nus pojave loše prehrane	Poticati na sudjelovanje u redovitom uzimanju obroka i tekućine, 1 litru dnevno iz bočice ili čaše, Prilagoditi obroke prema potrebama i mogućnostima bolesnika. (kalorijska potreba, kašasta hrana, dodaci prehrani... hrana bogata vlaknima.. doručak pahuljice, griz, , večera povremeno žganci i jogurt...). Ako odbija krutu hranu, ponuditi tekuću postupno kašastu zatim usitnjenu... poticati na zajedničke međuobroke, te aktivno sudjelovanje u serviranju međuobroka. (ponuda voća, keksa, napitaka...., pospremanje nakon obroka.)- U suradnji s Prehranom, prilagođavati obroke.	Tijekom obroka, međuobroka a tekućinu cijeli dan Posjetitelje uključiti u poticaj na aktivno sudjelovanje u hranjenju. Obavijestiti posjetitelje o donošenju samo zapakirane hrane s rokom valjanosti. Vrijeme posjeta koristiti za edukaciju kao pripremu za pravilan nastavak skrbi, Dogovoriti aktivnosti za vrijeme posjeta i tražiti povratnu informaciju
Eliminacija	Bolesnik ovisan o pomoći i poticaju na korištenje wc-a.-med.sestra, njegovatelj, volonter... Rizičan za uro infekcije-urinarni kateter stavljati samo kod retencije i urološke indikacije-lijječnik Samu uro infekciju tretirati prema smjernicama za liječenje Stavljanje katetera bilježiti na temperaturnu listu	Ponuditi sami kolica, posudu za nuždu, prema potrebi uloške ili pelene, prikupljati podatke o eliminaciji i bilježiti ih, Ako kontrolira mokrenje i stolicu, češće ponuditi toalet. U protivnom, koristiti pelene. Osigurati primjerenu odjeću-pidžamu, (kombinezon -kopčanje zatvaračem na leđima) kako bi spriječili dodirivanje pelena rukom, a bolesniku osigurali dobar osjećaj, bez sputavanja Pri promjeni pelena, obaviti higijenu intimnog dijela tijela. Na postupak privoliti bolesnika.	Prema potrebi bolesnika, izbjegavati djelomičnu njegu u "određeno, vrijeme" Pri promjeni pelena zabilježiti, na temperaturnu listu u rubriku diureza, vrijeme i procjenu vlažnosti pelena (pelena suha,, puna, vlažna...)
Hodanje, stajanje Sjedenje,	Potrebna pomoć fizioterapeuta u održivoj i naprednoj tjelesnoj	Poticati u sudjelovanju u promjeni položaja u postelji. Pomoći pri sjedenju i ustajanju, po potrebi koristiti	Pri obavljanju osobne higijene, obrocima, uzimanju tekućine,

<p>premještenje, promjena položaja u postelji. Rizican za pneumoniju, trombozu i napredovanje smanjene pokretnosti- Uključeni - Medicinska sestra, fizioterapeut, radni terapeut, njegovatelj, volonteri, humanisti posjetitelji</p>	<p>aktivnosti. Prošetavanje: podsjetnik-popis (u grupi ili pojedinačno) redovno-prije doručka, poslije vizite, prije ručka, oko 16 sati, prije spavanja, te po noći u slučaju uznemiranosti, nesаницe, prije ponovnog stavljanja u postelju. Hodna pruga- duž cijelog hodnika ili duž terase Kolica s pojasom- Program mogu preuzeti humanisti s psihijatrije. (dogovor na terapijskoj zajednici) Potrebno je humanistima napraviti raspored prilagođen njihovom uključivanju u terapijskoj zajednici. Raspored s imenima bolesnika i humanista s planiranim vremenom istaknuti na vidnom mjestu i odsjeka demencija i psihijatrije. Ovaj raspored je sastavni dio podsjetnika-popisa bolesnika koji se prošetavaju i koji se smještavaju u kolica s pojasom.</p>	<p>pomagalo Pri sjedenju na krevetu koristiti oslonac pod nogama i naslon za leđa, te privoliti bolesnika da sjedi na stolici, Planirati povećavanje postojeće tjelesne aktivnosti. Provoditi aktivne i pasivne vježbe sprečavanja nastanka upale pluća, , tromboze...napredovanja smanjenje pokretnosti. Vrstu i učestalost vježbi zapisati u dnevnom planu tjelesnih aktivnosti((napr., vježbe istezanja za poboljšanje fleksibilnosti ujutro u sobi pri zajedničkoj tjelovježbi ,prošetavanje duž hodnika ujutro, prije ručka, popodne, poslije večere..) Shematski prikaz redovne, obavezne, tjelovježbe u sobi, izrađen je u suradnji s fizioterapeutom i dostupan u svakoj bolesničkoj sobi. Obavezan je ,u primjerenom obliku, za sve bolesnike, neovisno o pokretnosti. Bolesnike koji koriste kolica s pojasom, po potrebi dodatno utopli i koristiti oslonac za noge. . Najmanje svaki sat provozati kolica hodnikom zbog promjene okoline. Svaki parni sat obavezno se dižu iz kolica u postelju na odmor, najmanje pola sata.</p>	<p>po potrebi i prigodno, Dnevno provoditi vježbe po planu izvesti iz sobe na terasu, dnevni boravakuključiti posjetitelje u tjelesnu aktivnost. Koristiti podsjetnik s popisom bolesnika za prošetavanje i posjedanje u kolica s pojasom. Najduže u kolicima bolesnik može ostate, bez prekida, jedan sat Svaki puni sat se premještaju, ili u postelju ili ih se provoza duž hodnika ili terase. S bolesnicima koji su u dnevnom boravku, potrebna je trajna prisutnost druge osobe koja ih animira, i provodi okupacioni program, izrađen u suradnji s radnim terapeutom.</p>
<p>Rizik za ozljede (koristiti Morseovu skalu)</p>	<p>0-24 boda, nizak rizik Pozicioniranje -fizioterapeut Pojednostaviti I konkretizirati svakodnevne postupke I aktivnosti. Verbalizirati I ponoviti planirane aktivnosti. Dati štap ili pomagalo za kretanje. Odabrati udobnu obuću</p>	<p>Postelju staviti na najnižu visinu, i pored zida. Osigurati kontakt i sudjelovanje u najvećoj mogućoj mjeri.- osvijetliti prostor, isključiti TV, koristiti naočale, slušni aparat, , ponavljati sigurna područja kretanja- pridržavanje za rub kreveta, rukohvati,..smanjiti uznemirenost,uvjeravati bolesnika da ćemo ga ponovo posjetiti za... pola sata, ako je smješten u kolica- proći svaki puni sat, kolicima, hodnikom, Noću obilaziti svaki</p>	<p>Pri svakom kretanju, premještanju. čestim obilascima spriječiti rizična kretanja. Prisutnost volontera usmjeriti na pojedinačnu brigu za bolesnike. Uključiti posjete u sigurno kretanje. Noću vrata soba držati otvorena, kako</p>

		sat, a po potrebi češće kako bi im pomogli ako žele u kupaonicu..	bismo čuli pokušaje kretanja i uključili se.
Stanje svijesti	smeten, somnolentan, potrebno prepoznati sjećanja i na njima temeljiti održivost svijesti.-uključuje se cijeli tim, uključujući posjete	Obraćati se jednostavno i jasno, koristiti kratke rečenice. Tražiti povratnu informaciju s područja za koje bolesnik pokaže interes. Ostvarivati kontakte blagim dodirrom, osmjehom, zagrljajem, tihim i nježnim govorom prisutnošću, dogovorima o obilascima.....	Redovno zbrinjavanje i svaki kontakt koristiti za posvešćivanje prisutnosti u sadašnjim zbivanjima
Rizik za nastanak dekubitusa (Braden skala)	15-18 bodova, prisutan rizik- naprednom tjelesnom aktivnošću- smanjivati rizik	Njega kože pri osobnoj higijeni, promjena položaja u postelji, ustajanje, kretanje. Prema mogućnostima, najmanje svaka dva sata danju, premjestiti bolesnika iz postelje, prošetati, premjestiti u kolica, ustajati, aktivno i pasivno razgibavati. Po potrebi prevoj prisutne rane , koristiti pomagala ili dr.	Pri redovnim dnevnim aktivnostima, prema planu zdravstvene njege, što je moguće češće premještanje iz postelje, iz i u kolica, hodanje. Edukacija posjetitelja
Vitalni znakovi	Mjerenje 3-4 dnevno Trajno promatranje bolesnika i uočavanje promjena	Redovni postupak koristiti za primjerenu i ugodnu komunikaciju povećanje dobrog osjećanja bolesnika.	prema protokolu i po potrebi.
Komunikacija	Razumije usmene i pismene upute uz dodatna objašnjenja, ponavljanja i jezične prilagodbe Cijeli tim i posjetitelje trajno podsjećati na obaveznu pozitivnu komunikaciju.	Pri svakom susretu podržavati pozitivnu komunikaciju (komentirati aktivnosti, želje, posjete, TV program) U svaku komunikaciju uključiti poštovanje prema bolesniku-čovjeku Redovno i prigodno ponavljati dogovorene vježbe, kao-zovem se...rođendan mi je...recept za štrudlu je.....koristiti Pisani radni materijal	Pri redovnim postupcima i prigodno.. osoblje, volonteri ili humanisti
Specifični postupci u zdravstvenoj njezi	Potrebni su specifični postupci i pomoć medicinske sestre Vrijeme izvođenja postupaka maksimalno prilagoditi dogovoru s bolesnikom prevenirajući frustraciju	Potrebno je objašnjenje postupka, dogovor oko postupka, temeljita priprema postupka I pribora, kako bi se postupak čim više skratio. Važna je prisutnost medicinske sestre tijekom postupka njega rana, drenaže, specifičnosti pri eliminaciji –kateter, aspiracija bronhalnog stabla. Postupke objašnjavati neovisno da li bolesnik pokazuje znakove da razumije o čemu govorimo. Izbjegavati komunikaciju koja dovodi do	

		frustracije	
Terapijski postupci	Primjena peroralne terapije, inhalacija, lokalne terapije 5 i više puta dnevno, primjena injekcija (i.c., s.c., i.m., i.v.), sudjelovanje u terapijskim postupcima, samostalna, grupna i obiteljska terapija	Educirati ga za pravilno uzimanje terapije per os i druge terapije Sprečavati nastanak i širenje bolničkih infekcija i nastanak pneumonije redovnim pranjem ruku održavanjem osobne higijene kao higijene prostora, . Provjetravanjem bolesničkih soba i zajedničkih prostora. Maksimalno koristiti terasu, za redovne obroke, zajedničke aktivnosti, primanje posjetitelja, ... Za vrijeme izlaska iz sobe i iz zajedničkih prostora, sobu provjetravati. Uspostaviti ritam spavanje, kratki odmor tijekom dana, spavanje noću	Za vrijeme svake obavezne terapije, Prigodno pronalaziti vrijeme za psihoterapijski pristup, neovisno o dnevnom planu. Kad je moguće, koristiti se infuzije i birati mjesta aplikacije koja će bolesnika najmanje ometati. (napr, kad bolesnik sjedi, se infuziju staviti na leđa (pažljivo proučiti smjernice za davanje se infuzija)
Edukacija	Potrebne su usmene i pismene upute, te demonstracija o prilagodba stila života u novonastaloj situaciji ili bolesti. Obitelji na prijemu uručiti, operativni vodič za dementnog bolesnika: KADA NAŠI DRAGI POSTANU STARI.	Sporazumno napraviti plan edukacije i provoditi ga s bolesnikom i obitelji. Potrebno u plan edukacije uključiti druge članove tima. , rad s obitelji, skrbnikom, značajnom osobom, te provjera razumijevanja. Posjete koristiti za edukaciju. Planirati skrb nakon otpusta.	U dogovoreno vrijeme ili uz pojedini postupak Uvijek posjete koristiti za edukaciju I sudjelovanje u skrbi- dogovoriti postupke I tražiti povratnu informaciju. Zapisati dio edukacije u predviđeni obrazac, te u otpusno pismo zdravstvene njege.
Radna i okupaciona terapija	Potrebna procjena radnog terapeuta.	Planirati i ugovoriti radnu terapiju u plan zdravstvene njege bilježiti aktivnosti na radnoj terapiji zbog cjelovitosti pripreme za skrb nakon otpusta.	U planirano vrijeme omogućiti provođenje planirane radne terapije.
Duhovna potpora	Potrebna ponuda duhovne aktivnosti i potpore, kako bolesniku tako I obitelji. U program uključiti I osnaživanje za skrb oko bolesnika nakon otpusta. Potrebna pomoć	Pri prijemu ponuditi a dnevno omogućiti dogovorenu aktivnost individualnu i u zajednici (sakramenti, individualna potpora, terapija molitvom, misa....) Omogućiti sudjelovanje obitelji ako iskažu potrebu.	U planirano vrijeme, primjereno, po potrebi uz pratnju osoblja, volontera ili humanista. Omogućiti posjetama sudjelovanje.

17.3.3. Kognitivni trening i aktivnosti kretanja

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

Iskustva su pokazala da aerobna tjelovježba 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 lijene, 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.

Obavezna dnevna tjelovježba provodi se prema shematskom prikazu jednostavne dnevne tjelovježbe izrađene od strane fizioterapeuta.

Shematski prikaz dostupan je u svakoj bolesničkoj sobi, provode ih njegovatelji, medicinske sestre-tehničari, a mogu ih provoditi, jednim dijelom, i volonteri.

Pri provođenju tjelovježbe često je potrebna pomoć fizioterapeuta, zbog česte loše suradljivosti bolesnika. Fizioterapeut se uključuje pri vježbanju bolesnika s posebnim potrebama kao i u grupne vježbe.

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

Plan okupacione terapije za bolesnike koju provode medicinske sestre i njegovatelji, izrađuje se u suradnji s radnim terapeutom. Kao pomoć u provođenju okupacione terapije mogu poslužiti radne bilježnice za svakog pojedinog bolesnika. U okupacioni program uključuju se i volonteri.

17.3.4. **Edukacija negovatelja koji skrbi za dementnog bolesnika nakon otpusta iz bolnice**

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

Za negovatelja je često teret trajna skrb za bolesnika u kući. Može rezultirati povećanom količinom stresa, tako da česti simptomi depresije govore o sagorijevanju negovatelja.

Pomoć negovatelju se može pružiti međusobnim povezivanjem negovatelja 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 negovatelja na stresnu situaciju. Poticanje udruživanja negovatelja i kroz bazu podataka za pohranu informacija o postojanju ovakvih udruga u Info centru, te uključivanje negovatelja 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.

Kao pomoć u edukaciji osoba koje će preuzeti oboljelog nakon otpusta iz bolnice, izrađen je **VODIČ za negovatelje osoba oboljelih od demencije. (Prilog 20)**

Posebnost je upisivanje rukom na poleđini obrasca plana zdravstvene njege. Osim tjelesnih aktivnosti i stupnja sudjelovanja u samozbrinjavanju, upisuju se aktivnosti na radnoj terapiji, odnosno 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 itd).

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.

17.4. 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, gerontodomačice, 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 u detalje, tj. dobro organizirana kako bi se stres oko promjene sredine čim više smanjio.

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 dementnim 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.

18. INTEGRATIVNA DNEVNA BOLNICA

Maristela Šakić dr.med.spec.psih

Integrativna dnevna bolnica Specijalne bolnice Sveti Rafael je dio psihijatrije u zajednici gdje se provodi psihosocijalna rehabilitacija u psihijatriji, a označava složen proces koji uključuje različite metode procjene, primjenu psihosocijalnih postupaka i evaluaciju s ciljem postizanja oporavka koji uključuje optimalno funkcioniranje, socijalno uključenje te maksimalno moguće autonomno funkcioniranje.

Program počiva na zadanim stručnim smjernicama za psihosocijalne postupke i psihoterapiju od strane društva za kliničku psihijatriju Hrvatskog liječničkog zbora i Hrvatskog psihijatrijskog društva.

Psihosocijalna rehabilitacija se primjenjuje kod osoba kod kojih u sklopu različitih mentalnih poremećaja dolazi do ozbiljnih funkcionalnih oštećenja u obavljanju različitih aktivnosti i socijalnih uloga koje su važne za samostalan život i rad. Bez rehabilitacije ove osobe su izložene velikom riziku invalidnosti i socijalnoj isključenosti.

Dakle, cilj psihosocijalne rehabilitacije je putem primjene različitih psihosocijalnih postupaka povećati vještine za samostalni život i rad, povećati aktivnu suradnju u liječenju i time u daljnjem tijeku reducirati potrebu za učestalim hospitalizacijom.

Rehabilitacija se primjenjuje kod oboljelih od različitih mentalnih poremećaja s dugotrajnim oštećenjima funkcioniranja koja, ukoliko se terapijske ne obuhvate potiču kronična stanja nesposobnosti i invalidnosti. Rehabilitacija putem timskog pristupa potiče očuvane funkcionalne sposobnosti, prepoznaje potencijal sposobnosti, te potiče funkcionalni oporavak i pruža podršku za područja smanjene sposobnosti/nesposobnosti, te osposobljava osobe da žive u svojoj sredini. Na ovaj način oboljelima se pomaže u procesu oporavka, prevenira se invalidnost, dugotrajno i učestalo bolničko liječenje u akutnim pogoršanjima.

Uvažene su preporuke psihijatrijske struke za službe rehabilitacije iznesene u smjernica za psihosocijalne metode u liječenju oboljelih od poremećaja s psihozom koje se nalaze na web stranici Hrvatskog društva za kliničku psihijatriju HLZ-a i Hrvatskog psihijatrijskog društva.

18.1. MULTIDISCIPLINARNI TIM KOJI PROVODI POSTUPKE REHABILITACIJE

Postupke rehabilitacije provodi multidisciplinarni tima kojeg sačinjavaju slijedeći stručnjaci: liječnik psihijatar, prema potrebi liječnik specijalist medicine rada, psiholog, socijalni pedagog, socijalni radnik, radni terapeuti, duhovnik te prvostupnik sestinstva/magistar sestinstva i medicinske sestre/tehničari.

18.1.1. POSTUPCI ČLANOVA MULTIDISCIPLINARNOG TIMA

Liječnik spec. psihijatar voditelj i koordinator multidisciplinarnog tima

Postupci specijaliste psihijatra će se provoditi prema dnevno terapijskom programu u sumarnom tjednom trajanju od 120 minuta, odnosno 2 sata tjedno.

Psihijatar sudjeluje u procjeni psihičkog statusa i funkcioniranja, izradi psihobiosocijalne formulacije u suradnji s drugim stručnjacima. Osobito je značajno procijeniti utjecaj nuspojava lijekova na kognitivne sposobnosti, stupanj budnosti kao i adekvatnost psihomotorike, jer sve to može otežati primjenu postupaka rehabilitacije. Psihijatar je vođa tima, okosnica timskog rada kod inicijalne procjene, evaluacije i izrade plana rehabilitacije i plana nastavka liječenja.

Slijede izdvojeni postupci definirani u smjernicama stručnih društava, čiji je izvršitelj liječnik specijalist psihijatar a koje bi primjenjivali na odjelu psihosocijalne rehabilitacije: farmakoterapijsko liječenje, testiranje uzorka urina na prisustvo psihoaktivnih tvari, uzimanje uzoraka krvi za pretrage, priprema za određivanje etanola u izdahnutom zraku, socioterapijska grupa i terapijska zajednica, terapijske izlazak, grupna suportivna psihoterapija s koterapeutom, individualna suportivna psihoterapija, farmakoterapijskog liječenje, ekspertno mišljenje psihijatra, psihijatrijska obrada na terenu, prijamni zapisnik, anamneza, heteroanamneza, dekursus, epikriza, otpusno pismo s kroničnog liječenja, upotreba, dijagnostičkih i evaluacijskih skala, procjena radne sposobnosti, prva ambulatna, psihijatrijsku obrada, ekspertno mišljenje tima, prošireni timski sastanak, proširena timska obrada.

Prema potrebi u suradnju se uključuje i liječnik specijalista medicine rada u suradnji sa case managementom u partnerstvu sa zavodima za zapošljavanje i centrima za profesionalnu rehabilitaciju. Specijalista medicine rada bi zajedno s drugim članovima tima procjenjivao funkcioniranje u konkretnoj radnoj situaciji, utjecaj čimbenika radne sredine, procjena znanja i vještina potrebnih za posao prema podacima s radnog mjesta, te formirao individualne planove sa ostalim članovima tima sa ciljem povećanja radne sposobnosti.

Prvostupnici medicinske sestrinstve/prvostupnice/magistre sestrinstva

Mandica Božić med.techn.

Postupci medicinske sestre provode se prema dnevno terapijskom programu u sumarnom tjednom trajanju od 490 minuta, odnosno 7 sati tjedno, kućne posjete stanarima u tjednom trajanju od 240 minuta, odnosno 4 sata tjedno.

Prema stručnim smjernicama provode se sljedeći postupci:

Case management u uredu, socioterapijska grupa, tjedni susreti stanara, vođenje sestrinske dokumentacije, sestrinska dijagnoza i otpusno pismo, planiranje i evaluacija zdravstvene njege, grupne suportivna psihoterapija s koterapeutom, individualni trening životnih vještina, grupa zdravih stilova življenja koja uključuje smjernice za zdravu prehranu i tjelesne aktivnosti, tehnike opuštanja u grupi, hetero podaci obitelji, pratnja i drugi, socioterapija i rehabilitacija. Prošireni timski sastanak i obrada.

Bolesnici u programu psihosocijalne rehabilitacije su sposobni za samozbrinjavanje u cijelosti ili uz minimalnu pomoć ili pomagalo. Medicinske sestre intervencijama pomažu u postizanju veće razine zdravlja i dobrobiti, koristeći postojeće učinkovito sadašnje stanje (Povoljne sestrinske dijagnoze). Svi postupci uključuju poštovanje dostojanstva svakog pojedinog bolesnika. Osmijeh je nužan sastavni dio svake verbalne i neverbalne komunikacije jer šalje pozitivnu poruku i doprinosi pozitivnom odgovoru.

Prvostupnik/magistar sestrinstva vodi brigu i odgovoran je za provođenje sestrinskih postupaka i to:

1. Osobna higijena - poticanje pacijenta na redoviti odlazak u kupaonicu, umivanje i higijena usne šupljine, oblačenje, pranje ruku, kupanje. Dogovarati se i motivirati na redovno održavanje osobne higijene. Izreći pohvalu za urednost i lijep izgled.
2. Oblačenje - poticati i razviti suradnju da bolesnik sam provodi redovitu urednost, što uključuje oblačenje čiste odjeće i održavanje garderobnog ormara i svoje odjeće, kao i briga za redovnu opskrbu čistim rubljem i pravilno postupanje s prljavim rubljem.
3. Hranjenje – planirati redovito i na vrijeme pripremati obroke, kao i uzimanje obroka i tekućine te održavanje reda u blagovaonici i kuhinji. Edukativno djelovati za korištenje zdrave hrane. Predlagati izradu jelovnika koji će koristiti kod kuće. (Prilog 21)
4. Preuzimanje odgovornosti za izgled i održavanje vlastitog ambijenta.
5. Svakodnevne tjelesne aktivnosti, higijena spavanja, zdrav stil života i optimalno održavanje tjelesne težine kroz korištenje terena oko kuće, samostalno hodanje, povećavanje hodne staze. Predložiti bolesniku da sam vodi bilješke o dnevnom povećanju hodne staze kod kuće. Povezivati kretanje uz dobro osjećanje. Važno je odgovorno se ponašati izvan bolničkih prostora, kao i u kući. (Prilog 22)
6. Koristiti predviđene zajedničke prostorije za druženja i sl. Isticati obavezu čuvanja pukućstva i korektnog odnosa u grupi.

7. Ponavljati postojanje podjednakih prava i važnost međusobnog dogovaranja od strane svih bolesnika koji dijele sobu. Koristiti dogovaranje u sobi kao povoljan trenutak za poticanje društvene mreže i komunikacijske vještine u prihvaćanje svih dionika domaćinstva kod kuće.

8. Procjena poteškoća u komunikaciji, procjena kognitivnih sposobnosti, stupanj razumijevanja pisane i usmene upute uz potrebe za dodatnim objašnjenjima i ponavljanjima.

Pri svakom susretu podržavati pozitivnu komunikaciju - koristiti osmijeh kao sredstvo pozitivne komunikacije (komentirati aktivnosti, želje, posjete, TV program). U svakom postupku i susretu uvažavati dostojanstvo čovjeka. Poticati tolerantan i odgovoran odnos među članovima terapijske zajednice. Bodriti da se sve promjene i nedoumice koje se dogode nenadano prijavljuju u zajednici.

9. Pri samom prijemu s bolesnikom potrebno je educirati o preuzimanju odgovornosti za poznavanje lijekova koji su mu prepisani kao i za doze propisanog lijeka. Lijekove čuvaju u osobnim kutijicama i za podizanje novih lijekova kontaktiraju svoje liječnike izabrane medicine.

10. Proces psihosocijalne rehabilitacije počinje prije otpusta iz bolnice sa pripremom i upoznavanjem s programom dnevne bolnice, individualnim pristupom pri čemu se izrađuju individualni planovi, intervencijama, definiranjem ciljeva i evaluacije nakon završenog programa.

Nakon otpusta sa stacionarnog liječenja u bolnici, bolesnik nastavlja program dnevne bolnice, koji se definira zajedno sa psihijatrom u vidu plana liječenja i rehabilitacije i potpisuje ugovor s bolnicom o privremenom najmu stambenog prostora u Maloj 48 u Novoj Gradišci.

Prvostupnica/med. sestra koordinator umrežava, izvana promatra i prati integraciju stanara/bolesnika u kući. Integrira ih prema zaštitnoj radionici i onima koji bolesnike dočekuju u zaštitnoj radionici sa svojim radnim programom (radni terapeuti, agronom, asistenti i volonteri obrtnici, majstori, zanatski radnici...)

Umrežava također sa članovima tima u bolnici, psihijatar, psiholog, socijalni pedagog, bolnički kapelan, socijalni radnik, fizioterapeut, eventualno spec. med. rada. U bolnici organizira program dnevne bolnice koji se odvija u prostoru bolnice i u zaštitnoj radionici Šumetlica.

Koristi osmjeh kao sastavni dio svake komunikacije. Osmjeh pomaže sestri i bolesniku kao doprinos dobroj volji. Ponuditi podršku nakon otpusta u lokalno mjesto boravka.

11. Susret sa stanarima- Motivirati za preuzimanje obaveza u kući. Poticati angažiranje oko pomoći drugim stanarima u kući koji trebaju pomoć. Poticati na slobodne aktivnosti kako bi mogli realizirati svoje vlastite kreacije, odlazak na kulturna i zabavna događanja, vrt, volontiranje, izleti i sl.

12. Duhovna potpora - U sklopu predstavljanja programa psihosocijalne rehabilitacije, kao posebnost naše bolnice, prezentirati duhovnu potporu. Naglasiti jednakost svih religioznih određenja i svjetonazora u pružanju duhovne potpore i inače svih usluga. Otvoriti mogućnost primanja podrška duhovnih predstavnika drugih vjeroispovijesti. Pojasniti da se često bolesnici puno lakše oporavljaju uz duhovnu podršku. Ista podrška nudi se i obitelji bolesnika uz naglašeno poštovanje dostojanstva pojedinca.

13. Evaluacija- postignutih ciljeva liječenja provodit će se na dvotjednoj timskoj sintezi u suradnji sa svim članovima tima koji sudjeluju u liječenju, individualnim planom kroz osobni dnevnik brige o sebi, procjenu postignutih ciljeva, prepreka te preporuke za daljnje provođenje plana oporavka u svom otpusnom pismu zdravstvene njege.

Kompetencije psihologa u sklopu dnevne bolnice

Lucija Bijelić mag.psych

Postupci psihologa se provode prema dnevno terapijskom programu u sumarnom tjednom trajanju od 120 minuta, kroz slijedeće postupke definirane stručnim društvima:

Individualna psihoedukacija, metakognitivni trening u grupi, psihološko savjetovanje odrasle osobe, obiteljsko psihološko savjetovanje, psihologijski dijagnostički intervju, psihodijagnostička obrada odrasle osobe, supervizija i konzultacija kolega i drugih stručnjaka.

Posebno će biti obuhvaćene i teme vezane za bolje razumijevanje stigmatizacije osoba sa mentalnim poremećajima, kako bi ih se osnažilo za povratak u njihove zajednice, a također i prevenirao nastanak samostigmatizacije kroz stvaranje pozitivne slike o sebi i prihvaćanje identiteta osobe te postavljanje realnih i ostvarivih ciljeva. Nadalje, naglasak će biti i na obrađivanju tema vezanih uz vrline i moral sa stanovišta pozitivne psihologije naglašavajući pozitivne individualne osobine pojedinca i davajući mu smjernice kako da ih maksimalno razvije i iskoristi da bi njegov život kao i život njegove zajednice bio pozitivniji i ispunjeniji.

Psihološko duhovni aspekti vrlina i moralnih vrijednosti sa stanovišta pozitivne psihologije

Pitanja morala i vrlina zauzimala su iznimno važno mjesto u intelektualnoj povijesti naše civilizacije. Vrline su kroz povijest bile neodvojive od koncepta morala. U filozofiji, domena se vrlina i morala istraživala kroz pitanje „Kakvom osobom treba postati? U kontekstu psihologije koncept vrlina shvaća se i kao dispozicija da se osjeća, teži i ponaša na način koji promiče ljudsku dobrobit. Nadalje, da bismo nekoga smatrali „vrlom osobom”, to jest da bismo nekome pripisali posjedovanje vrline, nije dovoljno da razumije ili prepoznaje stavove koji su u skladu s onime što je moralno ispravno, prosocijalno i dobro, već osoba mora prepoznati takve težnje kao ideale i to iz pravih razloga. Tako, primjerice, čin pomaganja neće biti smatran vrlinom ako se pomaže iz osobne koristi ili ako je pomaganje rezultat trenutačne situacije u kojoj je osoba primorana pomoći. Vrline, dakle, karakterizira dugoročan utjecaj na ponašanje i identitet pojedinca. Posjedovati određenu vrlinu znači pravilno percipirati i reagirati na podražaje iz vlastitog socio-moralnog okruženja, to jest posjedovati kvalitete potrebne za djelovanje u smjeru općeg boljitka. Moralni identitet nekog pojedinca i njegovo razumijevanje moralnosti međusobno su povezani. Što se netko više poistovjećuje s pozitivnim moralnim standardima, to će oni više utjecati na njegovo ponašanje. Ponašanje će, pak, povratno djelovati i učvršćivati dobru sliku o sebi i djelovati na samopoštovanje.

U psihologiji je istraživanje klasifikacije pozitivnih ljudskih osobina (karakterne snage i vrline) Petersona i Seligmana rezultiralo vrlinama koje se mogu pronaći u svim kulturama, religijama i društvima. To su mudrost, odvažnost, humanost, pravednost, umjerenost i transcendentnost. Psihološke komponente od kojih su ove vrline sastavljene nazvali su snagama karaktera. Dosadašnja istraživanja pokazuju da svaka od navedenih vrlina utječe pozitivno na psihološku dobrobit i razvoj pojedinca.

Teme na psihološkim grupama u sklopu DB:

MUDROST I ZNANJE: Želja za učenjem, Kreativnost i Mudrost

ODVAŽNOST: Hrabrost, Upornost – marljivost, Integritet – prirodnost – iskrenost i Entuzijazam

HUMANOST: Velikodušnost, Ljubav prema drugima i sebi i Socijalna, emocionalna i osobna inteligencija

PRAVEDNOST: Socijalna i osobna odgovornost, Poštenje i moralnost i Sposobnost vođenja

UMJERENOST: Samokontrola, Razboritost, Skromnost i poniznost, Opraštanje i milosrđe

TRANSCENDENTNOST: Zahvalnost, Nada i optimizam, Humor, Duhovnost i religioznost

Kompetencije socijalnog pedagoga u sklopu dnevne bolnice

Ines Gelešić soc.pedagog

Postupci socijalnog pedagoga provode se prema dnevno terapijskom programu u sumarnom tjednom trajanju od 60 minuta, kroz slijedeće postupke definirane stručnim društvima:

socioterapija i rehabilitacija, individualni trening socijalnih i komunikacijskih vještina, trening socijalnih i komunikacijskih vještina u grupi,, savjetovanje ili tretman koji uključuje intervju,opservacija ponašanja, procjena funkcionalnog statusa kroz Upitnik Skala funkcioniranja, Mjera oporavka mentalnog zdravlja i Camberwell upitnik procjena potreba, uvid u dokumentaciju, pisanje nalaza i mišljenja i izrada specifičnih intervencija za odraslu osobu u odnosu na specifičnosti i sustav, kreativne terapije (art terapija i glazbena terapija po dogovoru), prošireni timski sastanak i obrada.

Teme koje će se obrađivati u grupi Trening socijalnih vještina biti će sljedeće:

Organizacijske vještine – organizacija vlastitog vremena, izrada rasporeda tjednih aktivnosti po danima i satima i samoevaluacija provedenih kako bi navedeno mogli izrađivati i nakon izlaska iz dnevne bolnice

Slobodno vrijeme i kvalitetno provođenje- učenje i osvješćivanje važnosti kvalitetnog provođenja slobodnog vremena, načini na koje ga mogu provoditi, izrada tjednog rasporeda aktivnosti uključuje planiranje slobodnih aktivnosti kroz tjedan tako da bar 10 sati tjedno provedu na kvalitetan način

Komunikacijske vještine- vježbanje asertivnog načina komunikacije kroz Igru uloga

Kompetencije socijalnog radnika

Lea Midlih soc.radnik

Postupci socijalnog radnika se provode prema dnevno terapijskom programu u sumarnom tjednom rasporedu od 60 minuta, odnosno 1 sat tjedno, kroz uzimanje socijalne anamneze, individualni trening životnih vještina te grupna edukacija o mogućim socijalnim pravima, hetero podaci obitelji, pratnja i drugi, konzultacija sa suradnim stručnjacima u pronalaženju prijelaznih i/ili trajnih stambenih zajednica. Osnaživanje

osoba s mentalnim teškoćama u preuzimanju veće kontrole nad svojim životom, postizanju osobno važnih ciljeva, kritičkom razumijevanju društva te aktivnom i ravnopravnom sudjelovanju u životu svoje zajednice kroz suradnju sa srodnim udrugama i drugim nevladinim organizacijama, trening socijalnih i životnih vještina na terenu, proširenu timsku obradu i prošireni timski sastanak.

Ciljana uloga socijalnog radnika u psihosocijalnoj rehabilitaciji je razvoj osobnih potencijala osobe s mentalnim teškoćama kako bi se aktivno uključili u socijalnu sredinu na svim razinama, a fokus djelovanja će se staviti na ostvarivanje suradnje s udrugama i poduzećima koji zapošljavaju, ili bi mogli zapošljivati osobe s mentalnim teškoćama.

Bazični opis aktivnosti fizioterapeuta u dnevnoj bolnici

Zoran Krpan bacc.physioth.

Postupci fizioterapeuta provode se prema terapijskom programu i to kroz slijedeće postupke:

-fizioterapijsku procjenu koja obuhvaća subjektivnu i objektivnu procjenu u koju su uključeni razni testovi i mjerenja, izradu kratkoročnog i dugoročnog cilja, terapijske postupke i evaluaciju.

-razne vježbe koji će se provoditi grupno ili individualno po potrebi, a obuhvaćaju vježbe disanja, cirkulacije, jačanja muskulature, balansa i koordinacije.

-tehnike relaksacije izvođene u grupi

-sustav programiranih sportskih aktivnosti koji uključuje šetnju, trčanje, vježbe istezanja, nogomet, odbojku te mnoge druge sportske aktivnosti bez ili sa rekvizitima.

Duhovnik/diplomirani teolog

Ivica Razumović dipl.teolog

Postupci duhovnika se provode prema dnevno terapijskom programu u sumarnom tjednom trajanju od 60 do 90 minuta, odnosno do 1,5 sata tjedno.

Duhovnik se brine za religiozne potrebe korisnika ukoliko se deklariraju kao vjernici, a one koji se tako ne deklariraju potiče ih se i usmjerava na etički način razmišljanja i ostvarivanje moralnih vrijednosti. One se prije svega temelje na Aristotelovom etičkom promišljanju koje govori o tome kako nije dovoljno samo znanje o vrlinama, nego je potrebno i pronaći način kako ih živjeti kroz usvajanje dobrih navika. Potrebo je pronalaziti sredinu između krajnosti (manjka i suviška; premalo i previše). Vrlina je nit koja prožima i povezuje cijelu ljudsku osobnost. Uz stožerne vrline (razboritost, jakost, pravednost i umjerenost) postoje i bogoslovne (vjera, nada i ljubav).

Navedeno se prije svega realizira kroz redovito održavanje duhovnih radionica u kojima se obrađuju sadržaji temeljeni na kršćanskoj katoličkoj duhovnosti, a na koje se nadovezuju i sadržaji vezani uz univerzalni moral i etiku. Osim toga duhovnik će radom u grupi i individualnim pristupom korisnicima pomoći u slijedećim možebitnim poteškoćama i pitanjima:

1. Odnos sa samim sobom (prepoznavanje vlastitog identiteta),
2. Odnos s drugima (razvoj osjećaja empatije i altruističkog opredjeljenja),
3. Potreba za prihvaćanjem i izgradnjom obiteljskog okruženja,
4. Poštovanje osobne intimnosti i osobnih uvjerenja,
5. Razmišljanje o svom osobnom životu kako bismo mu dali smisao,
6. Oprost i pomirenje sa samim sobom,
7. Pronalaziti odgovore na pitanja koja se odnose na smisao i osobno vrednovanje vlastitog stanja biopsihosocijalne insuficijencije,
8. Raditi na gubicima koje donosi poremećaj,
9. Izraziti i podijeliti vrijednosti i uvjerenja,
10. Učvrstiti vrijednost života izgradnjom vlastitih uvjerenja,
11. Otvaranje prema transcendentnosti u širem smislu,
12. Odnos s Bogom i sa božanskim, posebno u vlastitosti biopsihosocijalne insuficijencije,

13. Ostvarivati religioznu praksu prema vlastitoj ispovijesti,
14. Govoriti i izražavati uvjerenja preko simbola i neverbalnog jezika,
15. Izražavati duhovni život preko umjetnosti, kulture i prirode.

Ukoliko se izražavaju kao vjernici, duhovnik će poticati na uključivanje i sudjelovanje u životu lokalne vjerske zajednice što dodatno doprinosi prihvaćanju i prilagođavanju sredini te izgradnji socijalnih odnosa.

Radna terapija – kompetencije u sklopu Dnevne bolnice

Stojan Marinković bacc.therap.occup.

Radna terapija obuhvaća postupke u liječenju fizičkih i psihičkih stanja kroz specifične aktivnosti sa svrhom dosezanja njihove najviše razine, funkcije i neovisnosti u svim vidovima svakodnevnog života.

Postupci radnog terapeuta u sklopu Dnevne bolnice provode se prema dnevno terapijskom programu u sumarnom tjednom trajanju od 9 sati tjedno, odnosno 540 minuta, a uključuju: radno-okupaciona i kreativne terapija, trening socijalnih i životnih vještina i radna terapija s aspekta radne rehabilitacije koja povećava kapacitet za posao.

Radno-terapijski proces obuhvaća radno-terapijsku procjenu, planiranje i provedbu radno-terapijske intervencije, te završnu procjenu.

Radno terapijske aktivnosti koje se provode u okviru Dnevne bolnice uključuju keramičku radionicu, terapijsko vrtlarstvo, decoupage, izradu predmeta od drveta, kožnu galanteriju, održavanje radnog prostora, opreme za rad, odjeće i sl.

Grupa terapijskog vrtlarstva

Pacijenti pri dolasku u IDB potpisuju Suglasnost o sudjelovanju (ne provodi se izvan sezone aktivnosti u vrtu)

U Suglasnosti je navedena oprema koju pacijent preuzima (količina, veličina/broj), te odgovornosti istih prema opremi.

Kopija Suglasnosti dostavlja se koordinatoricama IDB.

Pacijenti sami vode brigu o opremi (pranje i održavanje odmah nakon završetka aktivnosti u vrtu.)

Kontrolu iste vrše koordinatorice pri redovnom obilasku i/ili radni terapeuti pri provedbi aktivnosti u vrtu.

Radna terapija od koordinatorica dobija pravovremenu informaciju o Otpustu (sedam dana prije istog).

Pri dolasku na radionicu radne terapije u IDB biva obaviješten kako je dužan vratiti preuzetu opremu.

Radna terapija tijekom održavanja prve sljedeće radionice u IDB preuzima i kontrolira opremu i sprema ju za daljnje korištenje.

Radna terapija daje povratnu informaciju koordinatorici ukoliko pacijent nije razdužio opremu u skladu s preuzetim odgovornostima.

19. POPIS PROTOKOLA

Ažurirani, 31.12.2020.

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.

19.1. Hospitalizacija bolesnika

1. Prijem bolesnika na bolničko liječenje ho-sp-1.0
2. Prijem bolesnika na odjel kroničnih duševnih bolesti ho-sp-1.1
3. Plan liječenja na odjelu kroničnih duševnih bolesti ho-obr-1.1.1
4. Terapijski izlet bolesnika ho-sp-1.1.2
5. Plan terapijskog izleta ho-sp-1.1.3
6. Odlazak i povratak bolesnika sa terapijskog otpusta (izlaz) ho-sp-1.1.4
7. Prijem bolesnika na odjel palijativne skrbi i dugotrajnog liječenja ho-sp-1.2
8. Plan liječenja na odjelu palijativne skrbi i dugotrajnog liječenja ho-obr-1.2.1
9. Prijava dekubitusa ho-sp-1.2.2
10. Obrazac prijave dekubitusa – pri prijemu ho-obr-1.2.3
11. Obrazac prijave dekubitusa nastalih u našoj ustanovi ho-obr-1.2.4
12. Postupnik preuzimanja bolesnika od sanitetskog prijevoza kod prijema i predaja bolesnika kod otpusta ho-obr-1.3
13. Formular za predane vrijednosti ho-obr-1.4
14. Predane vrijednosti u sefu ho-obr-1.5
15. Formular za zadržane vrijednosti ho-obr-1.6
16. Premještaj bolesnika na drugi odjel ho-sp-2.0

17. Otpust bolesnika ho-sp-3.0
18. Procjena agresivnog rizika i postupanje s agresivnim bolesnikom u radu na psihijatrijskom odjelu ho-sp-4.0.
19. Protokol o postupku primjene fizičke sile ili izdavanja u zaštiti osobe s duševnim smetnjama ho-sp- 4.1
20. Poziv za pružanje žurne pomoći pri svladavanju tjelesnog otpora ho-sp- 4.2
21. Poziv za asistenciju djelatnika policije pri prisilnoj hospitalizaciji ili premještanju osobe oboljele od duševne bolesti ho-sp- 4.3
22. Protokol praćenja fizičkog sputavanja - obrazac ho-obr-4.4
23. Poziv za asistenciju djelatnika policije pri prisilnoj hospitalizaciji ili premještanju osobe oboljele od duševne bolesti ho-obr- 4.3.1
24. Prijava i odjava bijega iz bolnice ho-sp- 5.0
25. Prijava bijega iz bolnice ho-obr- 5.1
26. Odjava bijega iz bolnice ho-obr- 5.2
27. Boravak člana obitelji(bolesnikovog bližnjeg)uz bolesnika u agoniji ho-sp- 6.0
28. Upute članu obitelji za vrijeme boravka uz umirućeg bolesnika ho-up- 6.1
29. Prijava kvara/štete ho-sp-7.0
30. Postupanje po pritužbi ili prigovoru ho-sp-8.0
31. Otkrivanje i prijavljivanje neočekivanih i neželjenih događaja ho-sp-9.0
32. Prijavljivanje sumnji na neželjene nuspojave lijekova ho-sp-9.1
33. Obrazac za prijavu nuspojave za zdravstvene radnike ho-obr-9.1.1
34. Praćenje bolesnika na svetu misu i pobožnosti ho-sp-10.0
35. Evidencija sudjelovanja bolesnika na svetoj misi i drugim pobožnostima ho-obr-10.1
36. Postupanje s hranom koju donose posjetitelji bolesnicima ho-sp-11.0
37. Hranjenje bolesnika od strane posjetitelja ho-sp- 11.1
38. Indikacije korištenja antidekubitalnih madraca ho-sp- 12.0
39. Odjeća zdravstvenih djelatnika ho-sp- 13.0
40. E – dnevna lista ho-sp- 14.0
41. Korištenje pidžama plahte ho-sp- 15.0
42. Korištenje zaštitnog pojasa pri sjedenju bolesnika u invalidskim kolicima ho-sp-16.0

19.2. ZDRAVSTVENA NJEGA: POPIS POSTUPNIKA, SMJERNICA I OBRAZACA

Prilikom liječenja i zdravstvene njege bolesnika, zdravstveno i drugo osoblje dužno je postupati prema postupnicima (protokolima) i smjernicama koje je donijelo Povjerenstvo za kvalitetu Specijalne bolnice Sveti Rafael Strmac, a koji su sadržani u zbirci postupnika pod nazivom „ZDRAVSTVENA NJEGA“ i to redom kako slijedi:

1.0. 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.
- 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.
- Pismo sućuti ZNJ-OBR-1.22.2

Prijava dekubitusa ZNJ-SP-1.24

2.0. 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 pulsni oksimetrom, ZNJ-SP-2.6.

Standardizirani postupak mjerenja krvnog tlaka auskultacijom – tlakomjerom na pero, ZNJ-SP-2.7.

3.0. 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.

4.0. 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.
Protokol lijekovi ZNJ – SP-4.21.

5.0. 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 dišnog puta putem 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.

19.3. PREVENCIJA I KONTROLA INFEKCIJA POVEZANIH SA ZDRAVSTVENOM SKRBI: POPIS POSTUPNIKA, SMJERNICA I OBRAZACA

Prilikom liječenja i zdravstvene njege bolesnika, zdravstveno i drugo osoblje dužno je postupati prema postupnicima (protokolima) i smjernicama koje je donijelo Povjerenstvo za prevenciju i kontrolu bolničkih infekcija Specijalne bolnice Sveti Rafael Strmac, a koji su

sadržani u zbirci postupnika pod nazivom „PREVENCIJA I KONTROLA INFEKCIJA POVEZANIH SA ZDRAVSTVENOM SKRBI“i to redom kako slijedi:

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. Postupnik za profesionalnu ekspoziciju zdravstvenih djelatnika infekcijama koje se prenose krvlju Ihi-sp-1.4
9. Izjava bolesnika o prihvaćanju potrebnih pretraga kod ubodnog incidenta Obr-1.4.1.
10. Evidencija procjepljenosti protiv gripe ihi-obr-1.5.
11. Planovi čišćenja i dezinfekcije Ihi-ru-2.0.
12. Evidencija čišćenja,pranja,dezinfekcije uređaja,opreme, radnih površina, podova i zidova Ihi-obr-2.0.1
13. Evidencija dezinfekcije površina , kolica, opreme Ihi-obr-2.0.2.
14. Evidencija pripreme dekontaminacijske otopine ihi-obr-2.0.3.
15. Evidencija dezinfekcije fizioterapijske opreme ihi-obr-2.0.4.
16. Evidencija pranja i dezinfekcije strechera i kade ihi-obr-2.0.5.
17. Dnevni plan čišćenja odjel kroničnih duševnih bolesti- odsjek 1 Ihi-ru- 2.1.
18. Dnevni plan čišćenja odjel kroničnih duševnih bolesti- odsjek 2 Ihi-ru- 2.2.
19. Dnevni plan čišćenja zajednički bolnički prostori Ihi-ru- 2.3.
20. Dnevni plan čišćenja odsjek za dugotrajno liječenje ihi-ru- 2.4.
21. Dnevni plan čišćenja odsjek za palijativnu skrb Hi-ru- 2.5.
22. Protokol antiseptice, čišćenja i dezinfekcije Ihi-sp- 2.6.
23. Upute za nadzor nad provedbom sanitarno – higijenskih postupaka pri radu Ihi-sp- 2.7.

24. Postupak završnog čišćenja sobe nakon otpusta bolesnika ihi-ru-2.8.
25. Kemijska dezinfekcija instrumenata Ihi-sp-2.9.
26. Evidencije pripreme otopine za kemijsku dezinfekciju Ihi-obr-2.9.1.
27. Sterilizacija materijala Ihi-sp-2.10.
28. Evidencija kontrole temperature, kontrole lijekova i čišćenja hladnjaka hi-obr-2.11.
29. Postupnik za dezinfekciju toplomjera ihi-sp-2.12.
30. Čišćenje i održavanje aspiratora ihi-sp-2.13.
31. Radna uputa za pripremu i postupak dezinfekcije noćnih posuda i lavana, dezinfekcija dozatora za sapun, čaša, sistema za primjenu kisika, aspiracijske opreme (čaša, crijeva) ihi-ru-2.14.
32. Postupanje s pacijentom kod kojeg je potrebno primjeniti mjere kontaktne izolacije ihi-sp-3.0
33. Mjere kontaktne izolacija-upotreba zaštitne opreme hi-obr- 3.0.1
34. Protokol mjera kontaktne izolacije za multiplo rezistentne mikroorganizme hi-obr- 3.1.
35. Upute za nadzor nad bolničkim infekcijama ihi-sp- 4.0.
36. Postupanje s bolesnikom u kojeg je izolirana bakterija kpc klebsiella pneumoniae Ihi-sp- 4.1.
37. Protokol zdravstvene njege pri skrbi za bolesnika sa acinetobacter baumannii anitratus Ihi-sp- 4.2.
38. Preporuke za prevenciju i kontrolu infekcija koje uzrokuje meticilin rezistentni staphylococcus aureus Ihi-sp- 4.3.
39. Izolacija u slučaju pojave mrsa pozitivnog bolesnika ihi-ru-4.3.1
40. Prevencija širenja infekcije clostridium difficile Ihi-sp- 4.4.
41. Radna uputa za postupanje s clostridium difficile pozitivnim bolesnikom Ihi-obr- 4.4.1.
42. Protuepidemijske mjere kod noro virusa Ihi-sp- 4.5.
43. Skrb o pacijentu s potvrđenom ebolom (ili sumnjom na ebolu) Ihi-sp- 4.6.
44. Skabijes infekcija Ihi-sp- 4.7.
45. Protokol za prevenciju širenja rota virusa ihi-sp-4.8.
46. Postupanje u slučaju pojave bolesnika sa sars-cov-2 infekcijom ihi-sp-4.9.
47. Postupnik za prionske bolesti ihi-sp-4.10.

48. Održavanje sustava za aplikaciju kisika ihi-sp- 5.0
49. Prvianje inficirane rane ihi-sp- 5.1.
50. Smjernice za uzimanje, pohranu i transport mikrobioloških uzoraka Ihi- sp-6.0.
51. Uzimanje i slanje uzoraka za virusološku dijagnostiku ihi- sp-6.1.
52. Upute za uzimanje i slanje uzoraka suspektnih na sars-cov-2 ihi- sp-6.2.
53. Uzorci za mikrobiološku dijagnostiku mrsa ihi- sp-6.3.
54. Postupnik za distribuciju i postupanje s bolničkim rublje 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.

20. PREVENCIJA I KONTROLA INFEKCIJA POVEZANIH SA ZDRAVSTVENOM SKRBI

Ivana Mihić mag.med.techn

Moguće bolničke infekcije 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 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.

Bolničke infekcije 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 Ministarstva zdravstva iz područja osiguravanja i praćenja kvalitete zdravstvene zaštite i Referentnog centra za bolničke infekcije Ministarstva zdravlja.

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, epidemiološkoj situaciji, značajkama zdravstvene zaštite, bolničkim službama, vrstom liječenja i njege bolesnika ... i prepoznavanja potreba poboljšanja rada na prevenciji bolničkih infekcija dobivenih praćenjem procesa rada i ishoda te obuhvaćaju sprečavanje infekcija bolesnika, posjetitelja i brigu za zdravlje djelatnika.

20.1. Bolnički program za prevenciju i kontrolu bolničkih infekcija

To je dokument koji obuhvaća sve potencijalne rizike od nastanka i širenja bolničkih infekcija, kao i načine na koji se ti rizici smanjuju i/ili uklanjaju i tako prevenira nastanak i širenje bolničkih infekcija.

- u svim fizičkim dijelovima bolnice
- u svim službama u Bolnici
- u svim postupcima skrbi za Bolesnika

CILJ PROGRAMA: ulaz infekcije u bolnicu smanjiti na najmanju moguću mjeru, postojeće infekcije prepoznati, liječiti, spriječiti širenje, odnosno kontrolirati u najvećoj mogućoj mjeri

Bolnički program pokriva široki raspon situacija povezanih s infekcijama u Bolnici i sadrži opis slijedećih aktivnosti:

1. planiranje prevencije i kontrole
2. primjenu prevencije i kontrole
3. evaluaciju prevencije i kontrole

Okvir bolničkog programa čine :

- postojeći zakonski propisi
- važeće smjernice i preporuke HZJZ
- nacionalni program za uspješnu prevenciju infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi
- posebni nacionalni ciljevi o sigurnosti bolesnika (višegodišnji, godišnji) temeljeni na nacionalnom programu za sigurnost bolesnika i uspješnu prevenciju infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi i osiguranja kvalitete skrbi za bolesnike
- Pravilnik o uvjetima i načinu obavljanja mjera za sprečavanje i suzbijanje bolničkih infekcija i Poslovnik o radu Povjerenstva za kontrolu bolničkih infekcija SB Sveti Rafael Strmac
- Standardi Bolnice, vlastita iskustva Bolnice te rezultati u dosadašnjem radu na području prevencije i kontrole bolničkih infekcija, sigurnosti i kvalitete skrbi za bolesnike

Bolnički program je dio dokumenta osiguranja kvalitete rada u Bolnici (Standardi Bolnice).

Sastavlja ga tim za bolničke infekcije u suradnji sa svim službama u Bolnici i podnosi Povjerenstvu za bolničke infekcije na doradu. Bolnički program potpisuje predsjednica Povjerenstva za bolničke infekcije, predlaže Povjerenstvo za kvalitetu zdravstvene zaštite a Ravnatelj odobrava. Program se donosi na duže razdoblje, a revidira 1 puta godišnje.

20.2. ORGANIZACIJA KONTROLE INFEKCIJA U BOLNICI: OSNOVNA NAČELA

- Prevencija infekcija u bolesnika i osoblja treba biti
- **briga svih zaposlenika** (postupanje po standardima i intervencijama utemeljenim na dokazima) praćenjem bolesnika uzimanjem

infektološke i epidemiološke anamneze i prije prijema 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 što ima povoljan utjecaj na pojavu i širenja infekcija u zajednici

– **imati podršku Uprave bolnice**, sredstva za provedbu Programa, opremu, kadrove itd.

- Program za prevenciju i kontrolu treba imati čvrstu organizacijsku strukturu
- program provodi **educirani tim te Povjerenstvo za kontrolu infekcija i praćenje infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi. Tim za kontrolu bolničkih infekcija čine najmanje liječnik i sestra za kontrolu bolničkih infekcija kroz svakodnevni rad i koordinaciju.**
- Priručnik za prevenciju i kontrolu bolničkih infekcija temeljen je na nacionalnim smjernicama koji predstavlja standarde za izvedbu svih aspekata prevencije i kontrole infekcija

20.3. MJERE ZA SPRJEČAVANJE I SUZBIJANJE ŠIRENJA BOLNIČKIH INFEKCIJA:

- pregled, trijaža i sanitarna obrada bolesnika pri prijemu na bolničko liječenje, a prema kliničkim indikacijama,
- mikrobiološka i epidemiološka obrada bolesnika,
- provedba sanitarno-higijenskih postupaka pri radu te ponašanje zaposlenih i bolesnika
- provedba sanitarno-higijenskih postupaka unutar Bolnice : čišćenje, pranje, provjetravanje radnih prostorija i pripadajuće opreme, higijena i dezinfekcija ruku, kože, sluznica, dezinfekcija instrumenata, medicinskog pribora i okoline, sterilizacija opreme i pribora za medicinske postupke,
- aseptični i higijenski postupci pri radu,
- prikupljanje, razvrstavanje, pranje i transport bolničkog rublja,
- osiguranje zdravstvene ispravnosti namirnica, uključujući vode za piće te sanitarno-tehničkih i higijenskih uvjeta pripreme, čuvanja i podjele hrane,
- osiguranje kakvoće zraka,
- deratizacija i dezinsekcija prema Godišnjem planu

- zbrinjavanje infektivnog otpada,
- rano otkrivanje, izolacija i liječenje osoba oboljelih od bolničkih infekcija,
- prijavljivanje bolničkih infekcija (sporadični slučajevi i bolničke infekcije u endemskom i epidemijskom obliku)
- praćenje učestalosti bolničkih infekcija u odnosu na vrstu infekcije, uzročnike, populaciju bolesnika, primjenu dijagnostičkih ili terapijskih postupaka,
- praćenje učestalosti rezistencije pojedinih vrsta antibiotika te formiranje liste rezervnih antibiotika u suradnji sa Povjerenstvom za lijekove
- provođenje preventivnih i specifičnih mjera (imunizacija, kemoprofilaksa , seroprofilaksa) te mikrobiološka kontrola žive i nežive sredine,
- osiguranje higijensko tehničke ispravnosti objekta, opreme i instalacija sukladno medicinskim potrebama,
- sudjelovanje članova Bolničkog povjerenstva u građevinsko- arhitektonskim rekonstrukcijama ili izgradnji unutar Bolnice
- trajna edukacija cjelokupnog osoblja (zdravstvenog i nezdravstvenog) o sprečavanju, suzbijanju i praćenju bolničkih infekcija
- kontinuirana edukacija članova Bolničkog povjerenstva, a napose članova tima za kontrolu bolničkih infekcija

20.4. OSOBLJE ZA PREVENCIJU I KONTROLU BOLNIČKIH INFEKCIJA

- Program kontrole bolničkih infekcija obavlja tim za kontrolu bolničkih infekcija kojeg čine liječnik i sestra za kontrolu bolničkih infekcija te specijalist mikrobiolog kroz svakodnevnu rad i koordinaciju.

Članovi tima moraju imati osnovnu edukaciju iz prevencije i praćenja bolničkih infekcija a prema Pravilniku imaju i opis poslova te s tim u vezi i popis ovlasti.

Uloge i odgovornosti tima su:

- izrada godišnjeg programa plana prevencije i kontrole infekcija s jasno definiranim ciljevima

- stvaranje pisanih preporuka i protokola koje su dostupne svim djelatnicima u elektronskom obliku
 - 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 koji su nadležni za obavljanje poslova od interesa za sprečavanje 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 sa odjelima, laboratorijem, epidemiološkom službom...
 - kontinuirana edukacija i usavršavanje
- Članovi tima imaju obvezu kontinuirane edukacije iz prevencije i praćenja bolničkih infekcija (prema Godišnjem programu edukacije djelatnika Bolnice) što se bilježi u njihove osobne liste.
 - Sestra za kontrolu infekcija povezanih sa zdravstvenom skrbi ima sjedište u Informativno-koordinacijskom centru Bolnice,
 - Van redovnog radnog vremena tima za kontrolu bolničkih infekcija, dežurni liječnik poduzima odgovarajuće potrebne mjere i po potrebi kontaktira članove tima za prevenciju bolničkih infekcija.

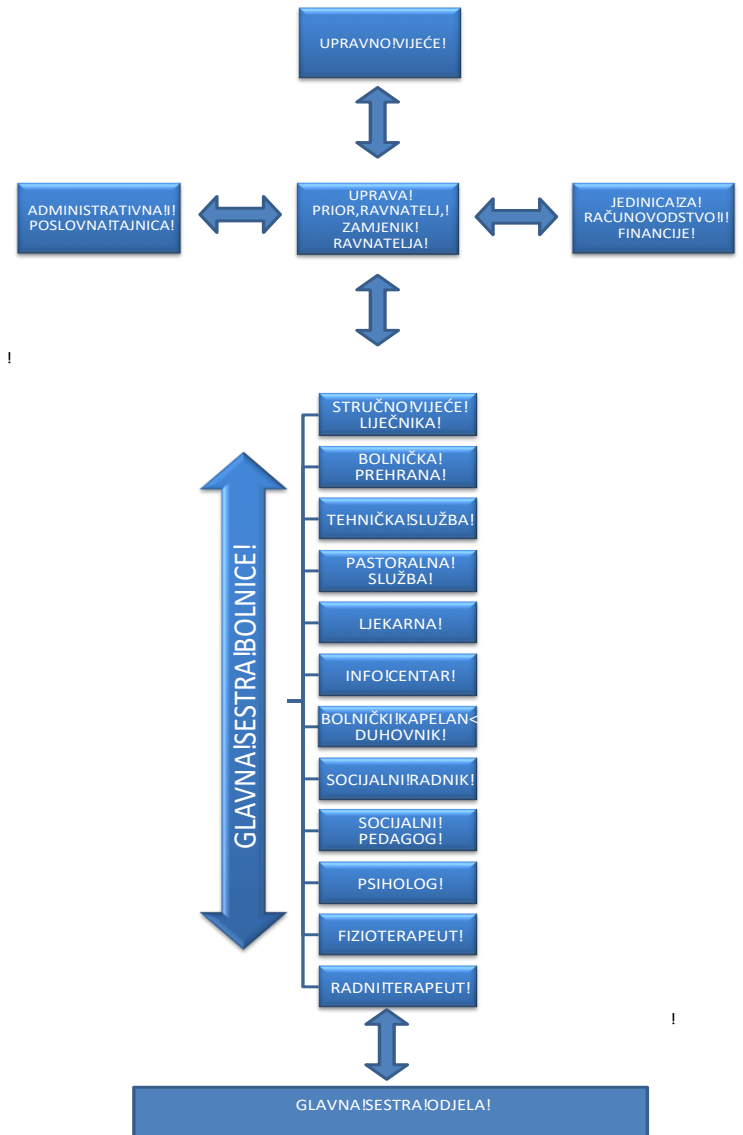
U Bolnici djeluje Povjerenstvo za bolničke infekcije prema Poslovniku za rad Povjerenstva za bolničke infekcije i Pravilniku o uvjetima i načinu obavljanja mjera za sprečavanje i suzbijanje bolničkih infekcija.

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 sestinstvu („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 2020. Godinu

21. 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.

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.

21.

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 .

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.

22. 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.
23. Prakticira se pisano prenošenje poruka mailom, s povratnom informacijom i dvosmjerno. Primiteljena 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, 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.

22. KONTROLA KVALITETE

Ivana Mihić mag.med.techn

Luca Marković mag.med.techn

Obuhvaća osiguranje kvalitete rada na zadovoljstvo korisnika usluga, pružatelja usluga te uprave Bolnice.

Proces kontrole kvalitete i upravljanja kvalitetom sastoji se od uspostave standarda i definiranja očekivanih razina postignuća, primjene standarda provođenjem mjera za poboljšanje kvalitete, povratnim informacijama tj. evaluacijom provedenog 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 zajedno sa Jedinicom za kvalitetu provodi trajnu kontrolu kvalitete zdravstvene njege koristeći standarde u radu stručnog kolegija medicinskih sestara i u svakodnevnoj komunikaciji.

U Bolnici je osnovano Povjerenstvo za kvalitetu zdravstvene zaštite te ustrojena Jedinica za osiguranje i unaprjeđenje kvalitete zdravstvene zaštite. Svi zdravstveni radnici obvezni su aktivno sudjelovati u provedbi plana i programa mjera za osiguranje, unaprjeđenje, promicanje i praćenje kvalitete zdravstvene zaštite.

Povjerenstvo i Jedinica za kvalitetu djeluje na:

- Izradi, te reviziji programa poboljšanja kvalitete
- Izradi Standarda bolnice i njihovoj implementaciji
- Upoznavanju djelatnika bolnice sa svim aktivnostima poboljšanja kvalitete, motiviranju za aktivno sudjelovanje te informiranju o

uspješnosti i rezultatima provedenih aktivnosti (poticanju zajedništva među djelatnicima kroz iskustvo hoda prema istom cilju),

- Stalnom praćenje uspješnosti provedenih aktivnosti, poduzimanju korektivnih mjera
- Unaprijeđenju i praćenje indikatora kvalitete;

22.1. Povjerenstvo za kvalitetu zdravstvene zaštite

Predsjednik Povjerenstva za kvalitetu zdravstvene ustanove jest pomoćnik ravnatelja za kvalitetu.

Povjerenstvo za kvalitetu Bolnice uz poslove utvrđene zakonom kojim se uređuje zdravstvena zaštita obavlja i sljedeće poslove:

- Provodi aktivnosti vezano za uspostavu sustava osiguranja i poboljšanja kvalitete zdravstvene zaštite
- Osigurava kontrolu zdravstvene zaštite
- Osigurava provođenje propisa s područja kvalitete zdravstvene zaštite
- Vodi registar Bolnice o umrlim pacijentima
- Vodi registar Bolnice o neželjenim ishodima liječenja sukladno općim aktima agencije nadležne za kvalitetu zdravstvene zaštite
- Provodi kontrolu kvalitete medicinske dokumentacije Bolnice
- Provodi aktivnosti vezano za uspostavu sustava sigurnosti pacijenta
- Procjenjuje ispunjavanje standarda kvalitete zdravstvene zaštite u pojedinim djelatnostima zdravstvene ustanove

- Sudjeluje u vanjskim provjerama kvalitete
- Provodi aktivnosti vezano za pripreme za akreditacijski postupak
- Predlaže i sudjeluje u provedbi edukacije iz područja kvalitete zdravstvene zaštite i
- Suraduje s Ministarstvom u provedbi plana i programa mjera za osiguranje, unaprjeđenje, promicanje i praćenje kvalitete zdravstvene zaštite.

Povjerenstvo za kvalitetu zdravstvene ustanove obvezno je Ministarstvu polugodišnje podnositi izvješće o svome radu.

Način rada Povjerenstva uređen je Poslovníkom o radu Povjerenstva za kvalitetu, sastanci Povjerenstva su najmanje svakih 4 mjeseca ili prema potrebi.

Povjerenici tj. članovi Povjerenstva za kvalitetu dužni su u svojim radnim jedinicama predlagati, provoditi i kontrolirati provođenja mjera unaprijeđenja kvalitete.

22.2. Jedinica za osiguranje i unaprjeđenje kvalitete zdravstvene zaštite

Jedinica za osiguranje i unaprijeđenje kvalitete zdravstvene zaštite (nadalje u tekstu Jedinica za kvalitetu) ustrojena je pravilnikom o unutarnjem ustrojstvu bolnice. Jedinica za kvalitetu prikuplja, obrađuje, raspoređuje i čuva podatke o provjeri kvalitete zdravstvene zaštite i obavlja druge stručne i administrativne poslove vezano za osiguranje i unaprijeđenje kvalitete zdravstvene zaštite u zdravstvenoj ustanovi. Jedinica za kvalitetu sudjeluje u radu Povjerenstva za kvalitetu zdravstvene zaštite i slijedi naputke Povjerenstva u svom radu.

Članovi jedinice za kvalitetu svoj rad obavljaju sukladno zakonskim i podzakonskim aktima i općim aktima bolnice, a za svoj rad odgovaraju Ravnatelju i Pomoćniku Ravnatelja za kvalitetu zdravstvene zaštite.

Svi članovi Jedinice moraju biti odgovorni, težiti poboljšanju kvalitete, uvoditi mjere i postupke prema najnovijim preporukama od strane struke, kontrolirati provođenje istih te pravovremeno podnositi izvješća.

Baza rada jedinice je u Informativno- koordinacijskom centru, s posebnim računalom i dokumentacijom.

Članovi Jedinice, svaki ponaosob, imaju svoja zaduženja – parametre praćenja i radne zadatke:

Pomoćnik ravnatelja za kvalitetu -kontrola kvalitete na razini cijele bolnice – na osnovu izvještaja povjerenika kontrolira pojedine stavke, objedinjuje sve izvještaje i iste prosljeđuje u upravu, održava redovno sastanke na kvartalnoj razini.

Zadužen je za redovno održavanje sastanaka, prati i kontrolira rad liječnika, bilježi podatke i predlaže postupke usmjerene poboljšanju kvalitete zdr. zaštite, o istom piše polugodišnji izvještaj, svi polugodišnji izvještaji povjerenika šalju se predsjedniku koji sve objedinjuje i šalje prema Upravi, čuva jedan primjerak u registratoru Jedinice za kvalitetu,

Šalje polugodišnje izvješće o radu Povjerenstva za kvalitetu prema Ministarstvu zdravstva sektor kvaliteta zdravstvene zaštite.

Magistra sestrinstva – zadužena za kvalitetu rada Info centra i zajedno sa drugom djelatnicom Info centra radi polugodišnji izvještaj, izvještaj uključuje i podatke vezane za postupke poboljšanja mjera prevencije bol. infekcija te rada Jedinice za kvalitetu

- kontrolira kvalitetu zdravstvene njege zajedno sa Glavnom sestrom bolnice,

- Proučavanje propisa sa područja kvalitete zdravstvene zaštite i snimanje stanja u bolnici te predlaganje prilagodbi radi usklađenja sa propisima i u cilju pripreme za akreditacijski postupak pri Ministarstvu zdravstva

- Suradnja sa Povjerenstvom za kvalitetu, organizacija sastanaka povjerenstva, priprema materijala

- Priprema i ažuriranje bolničkih protokola, objava na e-oglasnoj ploči

- Organiziranje i prijedlozi poboljšanja sustava osiguranja kvalitete zdravstvene zaštite, nadzor nad provedbom planiranih aktivnosti kvalitete zdravstvene zaštite

- Sudjeluje u provođenju i analizi anketa o zadovoljstvu pacijenata i zaposlenika, sudjeluje u radu na povećanju zadovoljstva pacijenta i zaposlenika
- Sudjeluje u organizaciji godišnjeg nagrađivanja zaposlenika
- Sudjeluje u rješavanju pritužbi pacijenta u suradnji sa Jedinicom za administrativne i opće poslove, kada se na temelji njih poduzimaju aktivnosti za poboljšanje kvalitete rada zaposlenika, kada je to potrebno
- Daje prijedloge za poboljšanje BIS-a i web stranice te vođenja medicinske dokumentacije
- Provodi unutarnje ocjene i sudjeluje u vanjskim ocjenama kvalitete
- Suraduje sa Ministarstvom zdravstva, odnosno institucijama nadležnim za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu.
- Šalje tromjesečna i polugodišnja izvješća prema sektoru za kvalitetu Ministarstva zdravstva
- Provodi kontrolu kvalitete zdravstvene zaštite i njege na odjelima i u ambulanti (primjena propisa u praksi, odnos prema pacijentu i obitelji, kvaliteta medicinske skrbi i skrbi cjelokupnog tima)
- Predlaže načine za razvitak i poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite i cjelokupnog sustava osiguranja kvalitete zdravstvene zaštite
- Prati iskustva i povratne informacije pacijenata, suradnika u liječenju i zaposlenika te na njihovoj analizi suraduje sa Prvostupnikom sestrinstva za kvalitetu (Povjerenici na odjelu)
- Zajedno sa Prvostupnikom sestrinstva provodi edukaciju zaposlenika iz područja upravljanja kvalitetom te vodi evidenciju provedenih edukacijama, ista se čuva u arhivi Jedinice za kvalitetu

- Nadogradnja standarda bolnice
- Promocija bolnice u javnosti

Prvostupnik sestrinstva – zadužen da zajedno s povjerenicima na drugim odjelima surađuje i implementira postupke za poboljšanje skrbi te piše izvješća prema pisanim zaduženjima i zadacima,

- Osiguravanje kvalitete svakodnevnih usluga bolesnicima u bolnici
- Osiguravanje kontrole kvalitete usluga na svim razinama pružanja usluga
- Osiguravanje i trajno poboljšanje kvalitete skrbi vezano za trajnu edukaciju djelatnika iz područja zdravstvene njege:

Cilj je dnevna potpora redovne skrbi za bolesnika u odnosu na standardiziranu skrb, uobličena uglavnom, u kategorizaciji bolesnika

-na jednom mjestu uvrstiti sve edukacije koje podupire bolnica (teme edukacija, sudionike edukacija, stručne napretke nakon edukacija i povećanje kvalitete skrbi za bolesnike, kao i povećanje stručnog osposobljavanja djelatnika koji kreiraju napredovanje skrbi s ciljem izvrsnosti u skrbi)

-istaknuti nagrađene djelatnike za uzorno svakodnevno obavljanje radnih zadataka

-istaknuti djelatnike jedinice za kvalitetu koji doprinose povećanju kvalitete života i rada u bolnici

Sve informacije o edukacijama kontinuirano isticati, u računalu i na webu bolnice, te voditi u računalu u sobi jedinice za kvalitetu. Na stručnom kolegiju medicinskih sestara raspravljati o zatečenim podacima, kao jednostavne alate koristiti tablice edukacije za djelatnike bolnice te skrb za bolesnike na pojedinim odsjecima.

- Osiguravanje poznavanja i provođenja protokola bolnice i vođenje obavezne evidencije prema pisanim standardima i smjericama Ministarstva zdravstva sektor za kvalitetu RH
- Promocija bolnice u javnosti
- -Ujednačeno, standardizirano provođenje redovnih dnevnih postupaka kao i izvanrednih postupaka. Ovo znači da je zadužen za edukaciju i pomoć pri redovnom pružanju usluga zdravstvene njege kao i ostalih usluga, na način da se sve usluge, od strane svih djelatnika, provode na cjelovit i isti način, kako je propisano standardiziranim postupcima od strane Komore medicinskih sestara i Standarda Bolnice.
- Individualiziran i cjelovit pristup u skrbi svakog bolesnika -gosta u Bolnici, sukladno dogovornoj i planiranoj skrbi utvrđenoj pri samom prijemu i potvrđeno potpisanim pristankom za liječenje u Bolnici
- Svojim djelovanjem potiču na kvaliteteno obavljanje svih pa i rutinskih poslova.
- Ažuriranje sestrinske web stranice na stranicama bolnice objavljujući zanimljivosti i crtice iz svakodnevnog sestrištva, kako bi stranica bila živa.
- Nadogradnja standarda bolnice, unoseći napredovanje u skrbi naših bolesnika.

Povjerenici kvalitete zdravstvene njege – zaduženi za pisanje polugodišnjih izvještaja prema Jedinici za kvalitetu – svaka jedinica ima kriterije (parametre praćenja) prema kojima piše izvještaj

Opis poslova medicinske sestre-tehničara – povjerenika zaduženog za provođenje, unapređenje i kontrolu kvalitete iz područja zdravstvene njege:

- Prijem i ukupno zbrinjavanje bolesnika-gosta poštujući dostojanstvo svakog čovjeka

- Promatranje bolesnika i prepoznavanje njegovih trajno promjenjivih potreba za zdravstvenom njegom
- Sudjelovanje u neposrednom zbrinjavanju bolesnika kao dio tima koji povećava kvalitetu usluge. Najveći dio radnog vremena provode uz bolesničku postelju. Za svoj rad odgovorni su Ravnatelju Bolnice, Povjerenstvu za kvalitetu i Glavnoj sestri bolnice. Na velikoj viziti na odjelu daju izvještaj o kvaliteti usluga koji se pružaju bolesnicima na odjelu, iznoseći kratku evaluaciju:

-Skrb za **bolesnike**-ukupan broj bolesnika i broj cjelovito zbrinutih. Individualni pristup i skrb prema kategorizaciji bolesnika, cjelovito prikupljanje podataka kroz sestrinsku listu i ček listu. Izdvajanje prioriternih intervencija na dnevnoj radnoj listi, te redovnu skrb uz uključivanje individualno izdvojenih intervencija.

-**Medicinske sestre-tehničari**- najmanji i najveći broj bolesnika koje jedna medicinska sestra-tehničar i njegovatelj pojedinačno, posebno zbrinjavaju, prepoznaju posebne potrebe povjerenih im bolesnika te planiraju i provode zadovoljavanje istih. Doprinosu poboljšanju kvalitete usluge i suradnje u timu. Ističu se najbolji i najlošiji rezultati.

-**Glavna sestra odjela** -izvještaj baziran na mjerljivim podacima

Redovni jutarnji obilasci bolesnika, Obiteljski sastanci u odnosu na broj primljenih, Uključivanje u vođenje ček liste zbog primjera ostalima, sudjelovanje u neposrednom zbrinjavanju bolesnika, edukacije obitelji s edukacijskim listićem, planirani otpust i otpusno pismo zdravstvene njege, kontakti za zbrinjavanje nakon izlaska iz bolnice.

Umrli bolesnici, pismo sućuti, sudjelovanje tima u pomoći u žalovanju, odnosno pri skrbi za obitelj pri predaji dokumentacije i osobnih stvari.

-informacija s E-oglasnika- izvještaj o pogledanom sadržaju izražen u brojevima u odnosu na tjedno posjećivanje stranice

-uredno vođenje evidencijskih lista -izvještaj izražen u brojevima u odnosu na smjenske timove

Izdvojeni dio rutinskih poslova na odjelu za koje je povjerenik za kvalitetu posebno zadužen:

- Održati podjelu poslova na odjelu (dvije osobe u njezi i kontinuiranom radu s pacijentima u sobama te jedna osoba (tehničar) na podjeli terapije, uzimanju lab. uzoraka, prijemu i otpustu bolesnika, komunikaciji s obitelji te telefonskih kontakata) zbrinjavanje pokojnika
- Održavati potrebnu higijenu pomoćnih prostorija i aparature (prostorija za čisto i nečisto, kupaonica, posuda za umivanje, paravana, kolica za njegu,)
- Održavanje urednih i funkcionalnih radnih prostorija (ispravnost inventara, ormara, posuda za nečisto, osvjetljenja, dezinfekcija površina, dezinfekcija posuda u Batexu,
- Održavanje i kontrola predmeta i aparature potrebnih za pacijente (ispravnost kreveta, trapeza, ormarića, strečera, aspiratora, kisika, pomoćnih jastuka za prevenciju dekubitusa, kolica, stalaka, tlakomjera, GUK aparatića, Oxinometra, EKG
- Održavati uhodanih postupaka njege (jutarnje umivanje, higijena usne šupljine, pranje glutealne regije kod previjanja, njega kože kremama, masaža mentol alkoholom, mijenjanje položaja, podizanje pacijenata, obilježavanje vremena stavljanja bruonila i zamjena istih, ispiranje usne šupljine poslije hranjenja, osiguranje setova za njegu usne šupljine na ormariću, prilagođavanje temperature i pokrivanje bolesnika u trnasportu, brijanje, šišanje, obrezivanje noktiju.....)
- Pratiti postupnik kod potrebne izolacije bolesnika i kod same sumnje za potrebnu izolaciju (posebna briga o izoliranom bolesniku, ulazak samo jedne osobe ali češće da bolesnik ne osjeća izolaciju, kontrola dezinfekcije izoliranog prostora)
- Poštivati postupnik kod ispraćaja i transporta pokojnika
- Nastaviti sa radnom terapijom uz animaciju svih bolesnika koji su u mogućnosti sudjelovati
 - Nastaviti sa uključivanjem pacijenata na bogoslužjima prema njihovim mogućnostima
 - Izvođenje pacijente na terasu i pušenje prema njihovim mogućnostima i željama
 - Redovito vođenje svih potrebnih sestrinskih evidencijskih lista i provjera izvršenih zadataka
 - Vođenje ček lista uz svakodnevno ažuriranje nastalih promjena

- Kontrola složene oralne terapija i primjena iste
- Kontrola i pravilan postupak kod prevoja dekubitusa
- Provjera pražnjenja urinarnih vrećica, bilježenje diureze i zamjene katetera
- Sudjelovanje i provjera podjele obroka te poticanje na samostalno hranjenje
- Kontrola hidracije i održavanje higijene posuda (bočica)
- Podizanje pacijenata, posjedanje u kolica te izvođenje na terasu
- Boraviti u sobi pacijenata, razgovarati i zadovoljiti potrebe pacijenata
- Poznavanje i provođenje standarda od strane svih djelatnika
- Provođenje ukupnog zbrinjavanja bolesnika po pravilima struke i postupcima iz kategorizacije uz aktivno uključivanje zadužene medicinske sestre-tehničara za bolesnika, vođenje ček liste uz povezivanje s dnevnom radnom listom, dekursusima i postupcima u sestrinskoj dokumentaciji, vođenje cjelovite sestrinske dokumentacije
- Zbrinjavanje bolesnikove obitelji prema postupnicima, edukacija skrbnika te planiranja otpusta s punom informacijom o pravima na zdravstvenu skrb nakon izlaska iz bolnice. u otpusnoj dokumentaciji potrebno je upisati brojeve telefona za sve kontakte koji mogu pomoći u zbrinjavanju bolesnika nakon otpusta kao i broj telefona naše bolnice, gdje mogu zatražiti potporu.
- Organiziranje timova za zdravstvenu njegu, edukacija članova tima kao i sudjelovanje u samom zbrinjavanju bolesnika
- Planiranje i provođenje edukacije novih djelatnika, organizacijom rada u timu s imenovanim mentorom, osnovna edukacija po pobrojanim stavkama iz Obrasca za edukaciju novih djelatnika.
- Kratkim kolokvijem, nakon završene edukacije, (u sastavu novi djelatnik, zaduženi mentor, glavna sestra odsjeka, glavna sestra Bolnice) provjerava se spremnost djelatnika da samostalno obavlja poslove iz popisa poslova, te se proglašava spremnim za voditelja smjene.

- Planiranje i provođenje edukacije djelatnika koji dolaze u Bolnicu na stručnu praksu,
- određivanjem mentora i dnevnom obavezom prema programu praktične nastave, te uvođenjem u posao prema istom planu.
- Briga za zadovoljstvo djelatnika
- Briga za raspoloživi prostor bolnice po principima brižnog gospodarenja
- Aktivno uključivanje u **razvoj** palijativne skrbi u RH i EU te aktivnim sudjelovanjem na stručnim skupovima, iznoseći svoja iskustva i istraživanja, neprestano prateći razvoj palijative, učeći i trajno, praktično unapređujući skrb za bolesnike na našoj palijativi.
- Izrada baze podataka za palijativne bolesnike koji su poznati bolnici kao i povezivanje, umrežavanje i suradnja s primarnom zdravstvenom zaštitom kao i svim oblicima skrbi i potpore palijativnim bolesnicima nakon izlaska iz bolnice.
- Praćenje propisa i zakona u zdravstvenoj i socijalnoj skrbi, kako bi pomogao u ostvarivanju pozitivnih propisa koji olakšavaju zbrinjavanje kod kuće i podižu kvalitetu života na najveću moguću mjeru.

Cilj je **izvrsnost** u palijativnoj skrbi u našoj bolnici te komunikacija sa terenom sa svrhom nastavka palijativne skrbi za bolesnika po otpustu iz bolnice

Cilj - rehabilitacija i reintegracija kroničnih duševnih bolesnika uključivanjem u terapijske zajednice, dnevne bolnice, klubove liječenih alkoholičara, inkluzije, stambene zajednice

Glavna sestra bolnice – sva izvješća Povjerenstava uvrštava u izvještaje Jedinice, kontrolira rad Info centra prema izvješćima, kontrolira rad Odjela Kroničnih duševnih bolesti i odjela palijativne skrbi i dugotrajnog liječenja prema izvještajima prvostupnika sestrinstva te periodičnih izvida kvalitete sa članovima Jedinice za kvalitetu.

Plan mjera za unapređenje kvalitete se izrađuje na godišnjoj razini te prigodno, nakon svakog izvida i nakon aktualnih događanja u Bolnici koji zahtijevaju mjere za poboljšanje kvalitete, a na temelju:

- analize polumjesečnih izvješća o radu te prijedloga i planova svih radnih jedinica i članova tima,
- izvješća stručnog kolegija bolnice,
- izvješće stručnog kolegija medicinskih sestara,
- izvješća svih Povjerenstava bolnice
- izvješće sa izvida Jedinice za kvalitetu,

- provođenje i analize **anketnih upitnika:**

o zadovoljstvu bolesnika

o zadovoljstvu djelatnika- i svijesti svakog djelatnika o osobnom doprinosu pojedinca **kvaliteti** usluga koje pruža Bolnica

Obje ankete provode i obrađuju psiholozi u bolnici.

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**.*

Indikatori kvalitete i kontrola kvalitete

Vrsta i broj bolničkih infekcija:

- tromjesečna izvješća Povjerenstva za sprečavanje bolničkih infekcija Upravi bolnice

- prisustvo medicinske sestre za kontrolu bolničkih infekcija dva puta mjesečno na svim radilištima. Prati se proces i postupci skrbi za bolesnike, posebno intervencije 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 ministarstva zdravstva, 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 Ministarstvu zdravstva sektor kvalitete i akreditacije u zdravstvu
- izvidi u svim djelovima Bolnice sa zapisnikom i prijedlogom plana za poboljšanje higijene i kvalitete prema Godišnjem planu izvida korištenjem Formulara za izvid u kontroli provođenja mjera za sprečavanje bolničkih infekcija u SB Sveti Rafael Strmac): ažurirano 02. 3. 2021. godine,
- kontrola kvalitete praćenja infekcija u Bolnici u pisanom i računalnom obliku
- Obrazac za praćenje bolesnika s rizikom za nastanak bolničke infekcije koji se kontinuirano prilagođava prema uočenim potrebama: praćenje rizika od prijema bolesnika te čitavo vrijeme trajanja hospitalizacije bolesnika
- kontrola provođenja zdravstvene njege na siguran i propisan način (EBM) - 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 - izvodi procedura i postupaka u Bolnici (spremačice, glavne sestre odsjeka/odjela, glavna sestra bolnice, Povjerenstvo za kontrolu bolničkih infekcija) 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 izvida HACCPA-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

22.3. Ukupna kvaliteta zdravstvene skrbi za bolesnike na svim odjelima bolnice

- velike vizite – prilika za razmjenu informacija i iskustava, izvid i izvještavanje te edukativna prilika, a sa svrhom praćenja kvalitete i kontinuiranog unaprijeđenja kvalitete (Uprava bolnice, Ravnateljica, Glavna sestra bolnice, članovi multidisciplinarnog tima, odjelni djelatnici...)

22.4. Digitalizacija poslovanja kroz BIS-a

CILJ: Digitalizacija postojećeg programa, primjereno razvoju informacijskih tehnologija -poslovanja bez papira -uz kontrolu i smanjenje troškova za prikupljanje podataka.

Svrha digitalizacije jest omogućiti automatizaciju, povećati kvalitetu podataka te prikupiti i strukturirati podatke koji se koriste za statistike i analize. Isti moraju biti pregledni i lako dostupni.

Metode:

- BIS kontinuirano dopunjavati naprednijim radnim postignućima.
- U jedinstveni sustav povezati sve radne jedinice, onako kako su povezane u svakodnevnom djelovanju Bolnice.
- Predvidjeti obrasce za sustav osiguranja i poboljšanja kvalitete zdravstvene zaštite

22.5. Kontrola 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 planovima multidisciplinarnih timova za poboljšanje kvalitete skrbi bolesnika-gosta
- **periodični tematski izvidi kvalitete**- Jedinica za kvalitetu, Glavna sestra bolnice

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.

Uz obveznu sestrinsku dokumentaciju (BIS), postoje protokoli, obrasci i evidencije.

Izdvajamo:

Dnevni obrasci-evidencije:

1. Dnevna radna lista-vizita, promjena terapije, posebnosti (nalazi se na ormaru tijekom 24 h)
2. Lista intenzivnog praćenja bolesnika- pp kod bolesnika kojih se učestalo kontroliraju vitalne funkcije, stoji uz temperaturnu listu
3. Plan zdravstvene njege bolesnika sa dijagnozom SMBS+lista za praćenje bolesnika
4. GUK lista (pp)
5. Primopredaja službe-raport (psihijatrija), printani dekursus (palijativa i dugotrajno liječenje)
6. Evidencija pripreme otopine za kemijsku dezinfekciju (priprema noćna smjena)
7. Evidencija dezinfekcije površina, kolica, opreme (3x dnevno)
8. Evidencija poziva i posjeta (bilježnica)
9. Lista složene terapije prema temperaturnoj listi
10. Evidencija ordinirane i primjenjene terapije

11. Bilježnica za ljekarnu (nadopisati ono što nedostaje kod slaganja terapije)
12. Tablica posudbe lijekova drugih odjela
13. Evidencija održavanja odjela prema planu
14. Prijava kvara/štete-pisanim putem u folderu voditelja smjene, glavna sestra odjela pored toga piše da li je obavještena tehnička služba i da li je saniran kvar/šteta
15. Evidencija narkotika-nalazi se u sefu sa narkoticima
16. Evidencije pranja i dezinfekcije termos boileru za zagrijavanje vode

Povremeni obrasci-evidencije:

1. Provjera roka valjanosti lijekova (zadnji dan u mjesecu)
2. Provjera reanimacijskih kolica i antišok terapije (zadnji dan u mjesecu)
3. Evidencija sudjelovanja bolesnika na Svetoj Misi
4. Čišćenje hladnjaka
5. Epidemiološki upitnik

Obrasci-evidencije pri prijemu:

1. Evidencija bolesnikovih stvari i vrijednosti-kod prijema, otpusta i pp (sestra koja radi prijem i preuzima stvari)

2. Prijava dekubitusa
3. Obrazac za sef
4. Obrazac edukacije obitelji
5. Identifikacijska lista bolesnika

Ostalo:

1. Evidencija preuzimanja pokojnika
2. Zapisnik o primopredaji potvrde o smrti
3. Prijava ozljede oštrim predmetom
4. Evidencija slanja uniformi na pranje i preuzimanje čistih uniformi
5. Evidencija pranja zastora
6. Bilježnica za sterilizaciju
7. Obrazac zaduženja/razduženja djelatnika
8. Prijava i odjava bijega iz bolnice
9. Evidencija kontrole ispravnosti aparata za GUK
10. Epidemiloški upitnik

11. Obrazac za prijavu posjeta (prevencija Sars-Cov-2 infekcije)
12. Obrazac za bolesnike i pratitelje bolesnika koji dolaze u psihijatrijsku ambulantu (prevencija Sars-Cov-2 infekcije)

22.6. GODIŠNJI IZBOR I KRITERIJI OCJENJIVANJA NAJBOLJIH DJELATNIKA U BOLNICI

Svake godine se nagrađuje maksimalno šest djelatnika. O nagradama za četiri djelatnika na osnovu zadanih kriterija razmotraju i svoj zajedno doneseni sud daju voditelji jedinica. Prijedlog i izbor voditelji jedinica daju Povjerenstvu za kvalitetu uz pojedinačno obrazloženje za svakog djelatnika, za kojega smatraju da zaslužuje biti nagrađen za tekuću godinu kao najbolji djelatnik.

Uz četiri nagrade o kojima odlučuju voditelji jedinica, uprava bolnice (prior i ravnateljica) može dati još 1 do 2 nagrade za djelatnike na nivou cijele bolnice, za koje uprava smatra da zaslužuju biti prepoznati kao najbolji za tekuću godinu. Također svoju odluku uz pojedinačno obrazloženje za svakog djelatnika prosljeđuju Povjerenstvu za kvalitetu.

Na ovaj način nagrada ima svoj cilj i argumentiranu svrhu kao potvrdu dobrog primjera u liku najboljih djelatnika. Isto služi kao svjedočanstvo, poticaj, edukacija i misaona vodilja dobrih vrijednosti i dužnosti za sve zaposlenike u Bolnici.

Način organizacije izbora po jedinicama:

Voditelj tehničke jedinice, voditeljica spremačica i voditelj jedinice za prehranu na osnovu popisa djelatnika iz ove dvije jedinice odlučuju o nagradi za 1 djelatnika.

Glavna sestra bolnice zajedno sa glavnim sestrama odjela na osnovu popisa zdravstvenih djelatnika na oba odjela i prijemne ambulante. Odlučuju o 2 nagrade.

Voditelj radne terapije, voditelj ljekarne i voditelj računovodstva odlučuju na osnovu popisa djelatnika iz jedinice radne terapije, jedinice za upravne, administrativne poslove i opće poslove, jedinice za računovodstvo i financije, te pojedinačnim članovima stručnog tima. Odlučuju o nagradi za 1 djelatnika.

Uprava (prior i ravnateljica) odlučuju o nagradi na nivou cijele bolnice. Imaju mogućnost nagraditi 1-2 djelatnika.

Iznos novčane nagrade određuje uprava bolnice.

Vodič za evaluaciju najboljih djelatnika je nastao na osnovu načela reda Milosrdne Braće i Standarda Bolnice koji su strateški ciljevi i nastojanja Uprave Bolnice.

1. Vrijednosti i dužnosti u odnosu prema bolesniku

U odnosu prema bolesniku djelatnik iskazuje: blagost, brižnost, dobronamjernost, empatičnost, iskrenost, ispunjenje obećanja, ljubaznost, obazrivost, pažljivost, predanost, poštovanje i primjereno oslovljavanje, profesionalnost, samilost, slušanje, susretljivost, tolerantnost, vedrinu i velikodušnost. Poznaje što znači individualna i planirana skrb s holističkim pristupom.

2. Vrijednosti i dužnosti u odnosu prema bolesnikovoj obitelji i posjeti

U odnosu prema bolesnikovoj obitelji je ljubazan i dostupan, koristi naučene komunikacijske vještine, edukator bolesnika i njegove obitelji u obiteljskom sastanku/ susretu sa iskustvima i pravima u zdravstvenoj zaštiti, njezi i skrbi, koristi razumijevanje odnosa u obitelji, Iskazuje suosjećajnost i konstruktivno edukativnu otvorenost sa profesionalnim i odgovornim granicama. Poštuje Zaštitu prava bolesnika uz pravnu i stručnu informiranost članova obitelji koji su suradnici u liječenju. Djelatnik dogovara s bolesnikom i njegovom obitelji skrb. Zbrinjava bolesnika na siguran način. Poštuje individualan i holistički pristup. Pri obavljanju redovnih i izvanrednih poslova vidljiva je želja za povećanjem zadovoljstva bolesnika.

3. Vrijednosti i dužnosti u odnosu prema radu i Bolnici:

Voli svoj posao. Pokazuje spremnost i otvorenost u prihvaćanju i davanju konstruktivnih kritika i sugestija. Postupke pri izvršavanju zadataka

temelji na Standardima Bolnice, poštujući propisane protokole. Samoinicijativno razmišlja i svoje prijedloge slobodno iznosi prema kolegama i nadređenima kako bi se proces rada poboljšao. Svoj posao ne izvodi samo rutinski, nego pokazuje zadovoljstvo u radnom ambijentu. Ima pozitivno mišljenje o Bolnici i suradnicima. Vjeruje u vrijednosti i ciljeve koje ima Bolnica. Ima odgovoran odnos prema bolničkoj imovini, ekonomično upravlja bolničkim resursima. Izgrađuje sigurnost i povjerenje u odnosu prema drugome počevši od uprave bolnice do kolege u smjeni. Daje osobni pozitivan doprinos u timu, surađuje u timu, ima odgovorno organizacijsko ponašanje. U odnosu prema drugim djelatnicima pokazuje poštovanje općih standarda pristojnosti i ljubaznosti. Prati nova teorijska i tehnička dostignuća u struci.

4. Vrijednosti i dužnosti u odnosu prema sebi i suradnicima:

Djelatnik realistično procjenjuje vlastite sposobnosti. Posjeduje sposobnosti organiziranosti, samokritičnosti i vlastitog propitivanja, emocionalne stabilnosti i smirenosti. Njeguje savjesnost, humanost, poštenje, asertivnost (iznosi svoj stav na pravi način bez omalovažavanja sebe i lažne prijetvornosti odnosno lažljivosti prema drugome). Kroz zadovoljstvo poslom pokazuje ispunjenje vlastitih vrijednosti uz osjećaj ponosa i uspjeha, povećanja samopoštovanja i samopouzdanja nakon dobro obavljenog posla. Spreman je na angažiranje oko razvoja osobnih sposobnosti i vještina koje doprinose boljim ishodima skrbi bolesnika.

5. Vrijednosti i dužnosti u odnosu prema načelima i karizmi osnivača reda Milosrdne braće:

(primjer; djelatnik živi i radi u bolnici prema temeljnim načelima reda Milosrdne braće, svjedoči gostoljubivost i otvoren je formaciji u školi gostoljubivosti, poštuje načela kršćanske katoličke bioetike u smislu poštovanja života od začeca do prirodne smrti. Poštuje život u načelu jedinstvenosti i neponovljivosti svake osobe bez obzira na stanje svijesti bolesnika te u duhu dostojanstva i poštivanja bivaju stručnim i ljudskim resursima bivaju na raspolaganju životu. Poštuje načela ispraćaja preminulog kod bolesničke postelje, potpunog poštivanja kvalitete i dostojanstva života

22.7 Certifikacija unutar Specijalne bolnice Sveti Rafael

Ivana Bošnjaković dipl.pravnik

Certifikacija je postupak neovisne, nepristrane i objektivne ocjene poslovnih procesa organizacije sa ciljem ocjene sukladnosti spram zahtjeva predmetne norme. Postupak certifikacije provodi neovisno certifikacijsko tijelo koje je kao nepristrana organizacija ovlašteno izdavati certifikate kao potvrde sukladnosti.

Koristi koje organizacije ostvaruju kroz neovisne ocjene certifikacijskog tijela su višestruke. Prije svega zbog globalne prepoznatljivosti posjedovanje certifikata demonstrira se primijenjenost postupaka koji stvaraju povjerenje kod potencijalnih klijenata ili partnera.

2018. godine Specijalna bolnica za psihijatriju i palijativnu skrb sveti Rafael Strmac od strane tvrtke ICR ADRIATICA d.o.o. kao neovisnog certifikacijskog tijela dobiva certifikaciju za normu ISO 9001:2015.

Riječ je o međunarodnoj normi koja prikazuje skup standardiziranih zahtjeva u smislu sustavnog upravljanja kvalitetom, odnosno upravljački alat koji osigurava kontinuirana poboljšanja i jačanje u svim segmentima.

Sam sustav se temelji na zahtjevima čijim se prikladnim ispunjavanjem uspostavljaju mehanizmi za osiguravanje djelotvornog i učinkovitog upravljanja. Temeljni mehanizmi upravljanja počivaju na pouzdanom mjerenju učinkovitosti i sustavnom nadzoru procesa te prikladnom poboljšavanju kako procesa tako i posljedično ukupnog poslovanja.

2019. godine obavljen je 1. nadzorni audit što je rezultiralo produljenjem valjanosti certifikata na slijedeću godinu.

2020. godine obavljen je 2. nadzorni audit koji je, također, rezultirao produljenjem valjanosti certifikata na slijedeću godinu.

2021. godine obavljen je postupak recertifikacije kojim je bolnici dodijeljena nova certifikacija za normu ISO 9001:2015 na rok od tri godine. Kroz navedeno razdoblje planira se provođenje nadzornih audita kao i tijekom prvog certifikacijskog ciklusa započetog 2018 godine.

Izvor: <https://www.icradriatica.hr/>

23. ZAPOŠLJAVANJE NOVIH DJELATNIKA TE OCJENJIVANJE PROBNOGA RADA I RADA TIJEKOM UGOVORA O RADU NA ODREĐENO VRIJEME

Maja Marčević bacc.admin.publ.

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 ishodenje suglasnosti za zapošljavanje od strane Ministarstva zdravlja i pokreće postupak za ishodenje 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“. (Prilog 23)

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 dobrodošlice** 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. (**Prilog 24**)

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 sestrinstva, 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. (**Prilog 25**)

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**“. (Prilog 26)

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.

24. UKRATKO

Milosrdna braća kao osnivači Bolnice nastavljaju poslanje sv. Ivana od's 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 bolesnikeu 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 interdisciplinarnan 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 premosnica 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.

Prisutni smo u lokalnoj zajednici i uključujemo se u život iste.
Evo naše dvije fotografije iz obilježavanja

Rock your socks day u Novoj Gradišci



Vjerujemo da će uvijek biti bolje nego što se nadamo.

25. PRILOZI

1. Prijemni obrasci
2. Pismene suglasnosti
3. Obrazac obiteljskog sastanka – palijativa
4. Obrazac obiteljskog sastanka- psihijatrija
5. Obrasca izdvojenih potreba i postupaka
6. Informativni letak - Odjel palijativne skrbi i dugotrajnog liječenja
7. Obrazac edukacije obitelji/skrbnika
8. Volonteri – plakat
9. Anketa zadovoljstva bolesnika - Odjel palijativne skrbi i dugotrajnog liječenja
10. Letak tugovanja
11. Pismo sućuti
12. Raspored grupa – Odjel kroničnih duševnih bolesti
13. Informativni letak – Odjel kroničnih duševnih bolesti
14. Terapijskog ugovora za provođenje liječenja ovisnosti
15. Plan prevencije suicida – razlozi za život
16. Osobna higijena bolesnika na odjelu kroničnih duševnih bolesti
17. Deeskalacija - plakat
18. Letak o sakramentima
19. Anketa o zadovoljstvu bolesnika - Odjel kroničnih duševnih bolesti
20. Vodič za njegovatelje osoba oboljelih od demencije
21. Letak – Zdrava prehrana
22. Letak – Higijena spavanja
23. Letak - Dobrodošao u kuću sv. Ivana od boga

24. Letak dobrodošlice za novoprimljene djelatnike
25. Obrazac za procjenu zaposlenika na probnom radu
26. Obrazac za procjenu zaposlenika pred istek ugovora o radu na određeno vrijeme

670