

KOMPETENCIJE
MEDICINSKE SESTRE U
SPECIJALISTIČKOJ
PALIJATIVNOJ SKRBI

HRVATSKA KOMORA MEDICINSKIH SESTARA

Izdavač

Hrvatska komora medicinskih sestara

Autori

Radna grupa za palijativnu skrb pri HKMS-u:

mr. sc. Renata Marđetko, bacc. med. techn.

Nataša Dumbović, bacc. med. techn.

Antonija Živković, bacc. med. techn.

Bosiljka Kovačević, mag. med. techn.

Luca Marković, bacc. med. techn.

Sandra Lovrić, mag. med. techn.

Urednica

mr. sc. Renata Marđetko RN

Recenzent

Slava Šepec, dipl. med. techn.

Zagreb, 2018.

1. Uvod

Ovaj je priručnik izrađen u skladu s preporukama Europskog društva za palijativnu skrb (EAPC): *Osnovne kompetencije u palijativnoj skrbi: Bijela knjiga o edukaciji u palijativnoj skrbi – 1. i 2. dio* te standardima kanadskog društva medicinskih sestara u palijativnoj skrbi (Canadian Hospice Palliative Care Nursing) kao i australskog društva Victorian Palliative Care Nurse Practitioner Collaborative (VPCNPC). Dokument o kompetencijama medicinske sestre u palijativnoj skrbi dopunjava, odnosno nadovezuje se na *Kompetencije medicinskih sestara opće zdravstvene njege* koje je izradila/sastavila Hrvatska komora medicinskih sestara.

Svrha ovog dokumenta jest sistematizirati mnoštvo različitih i specifičnih kompetencija, to jest znanja, vještina i stavova koji su potrebni medicinskoj sestri u pružanju specijalističke razine skrbi bolesnicima s uznapredovalom neizlječivom bolešću te u pružanju pomoći i podrške obitelji u skrbi i žalovanju.

Palijativna skrb je specifična i obuhvaća fizičku, psihološku, socijalnu i duhovnu skrb o bolesniku i njegovoj obitelji. Temelji se na radu multidisciplinarnog i interdisciplinarnog tima. Takav način rada podrazumijeva zajedničko planiranje i provođenje cjelokupne/potpune skrbi o bolesniku i njegovoj obitelji o kojoj skrbi i tijekom procesa žalovanja. Pritom se uloge i kompetencije različitih profesionalaca dijele i međusobno dopunjavaju.

Zbog toga su znanja i vještine medicinske sestre koja provodi specijalističku palijativnu skrb specifične i usko vezane za skupinu bolesnika kojima se bliži kraj života, ali također obuhvaćaju i široko poznavanje, odnosno znanje iz drugih struka koje medicinska sestra primjenjuje u pružanju cjelovite skrbi.

Katalog specifičnih kompetencija medicinske sestre u palijativnoj skrbi kao temelj ima europske i svjetske smjernice te primjere dobre prakse iz zemalja u kojima medicinska sestra ima jasno definiranu ulogu i značaj u palijativnoj skrbi.

U skladu s potrebnim stavovima, znanjima i vještinama u palijativnoj skrbi izrađen je i osnovni koncept edukacije medicinskih sestara u palijativnoj skrbi. Taj se koncept može primijeniti kao okvir i temelj edukacije na svim razinama pružanja skrbi o bolesnicima u svim postojećim visokoobrazovnim institucijama za medicinske sestre u Hrvatskoj.

Dokument su izradile članice radne grupe za palijativnu skrb pri Hrvatskoj komori medicinskih sestara.

Razvoju kompetencija doprinijeli su članovi Hrvatskog društva medicinskih sestara u palijativnoj skrbi.

2. Palijativna skrb

U ovom je priručniku palijativna skrb objašnjena prema definiciji Europskog društva za palijativnu skrb (engl. European Association for Palliative Care) i Svjetske zdravstvene organizacije:

- palijativna je skrb pristup koji poboljšava kvalitetu života bolesnika i njihovih obitelji koji su suočeni s problemima uzrokovanim smrtonosnom bolesti: ona sprječava i ublažava patnje ranom identifikacijom i besprijekornom prosudbom te liječenjem bola i drugih (fizičkih, psihosocijalnih i duhovnih) tegoba; palijativna je skrb interdisciplinarna u svojem pristupu jer obuhvaća pacijenta, obitelj i zajednicu; palijativna skrb nudi osnovni koncept zdravstvene zaštite, zbrinjavanje pacijentovih potreba bez obzira na to gdje se o njemu skrbi (u kući pacijenta ili u ustanovi)
- palijativna skrb afirmira život, a smrt koja dolazi na kraju doživljava sastavnim dijelom života
- palijativna skrb ne ubrzava smrt niti je odgađa
- palijativna skrb nastoji bolesniku omogućiti najbolju moguću kvalitetu života sve do njegove smrti.

3. Osnovna načela palijativne skrbi

Osnovne vrijednosti i načela palijativne skrbi odraz su vrijednosti na kojima se temelji dobra praksa skrbi o bolesnicima s neizlječivim uznapredovalim bolestima. Te osnovne vrijednosti pružaju zdravstveni radnici u suradnji s ostalim stručnjacima primjenjujući svoja stručna znanja i vještine te osvježavajući važnost tih koncepata u svojem radu.

Navedena načela zaokružuju filozofiju palijativne skrbi koja je u pozadini kompetencija razrađenih u ovom dokumentu, a to su:

- autonomija
- dostojanstvo
- odnos između pacijenta i zdravstvenih radnika
- kvaliteta života
- stav prema životu i smrti
- komunikacija
- informiranje/obrazovanje javnosti
- multiprofesionalan pristup
- tuga i žalovanje.

4. Razine pružanja palijativne skrbi

Palijativna skrb provodi se u mnogim područjima i razinama zdravstvene zaštite: od bolnica na tercijarnoj razini do ustanova primarne zdravstvene zaštite. Sve bi medicinske sestre trebale biti sposobne pružiti odgovarajuću razinu palijativne skrbi te biti educirane za pružanje odgovarajuće skrbi. EAPC zagovara trostupanjski okvir palijativne skrbi prema kojemu bi svi zdravstveni radnici bili obrazovani prema načelima i dobroj praksi palijativne skrbi u sklopu njihova temeljnog obrazovanja, a oni čiji je posao uglavnom usmjeren prema palijativnoj skrbi trebali bi imati obrazovnu razinu specijalista.

Tri razine pružanja palijativne skrbi i edukacije:

- Palijativni pristup: svi profesionalci trebali bi biti informirani o postojanju palijativne skrbi, što nudi, koje su dobrobiti, gdje se nalazi.

- Opća palijativna skrb: zdravstveni profesionalci, psiholozi, socijalni radnici i duhovnici te volonteri i udruge kojima palijativna skrb nije primarni posao nego u svom radu češće sudjeluju u skrbi za palijativne bolesnike, sukladno opisu u točki 9.4. Pružatelji opće palijativne skrbi imaju osnovna znanja iz palijativne skrbi te znaju prepoznati i riješiti nekomplikirane simptome.
- Specijalistička palijativna skrb: dobro educirani zdravstveni profesionalci i dobro educirani psiholozi i socijalni radnici koji se isključivo bave palijativnom skrbi te volonteri i organizacije civilnog društva za palijativnu skrb.
Profesionalci iz specijalističkog palijativnog tima rješavaju kompleksne situacije i simptome (bez obzira o kojoj službi palijativne skrbi se radi), dok volonteri doprinose kvaliteti palijativne skrbi, sukladno opisu u točki 9.4. (ali ne provode zdravstvenu skrb).

Dogovorene razine obrazovanja koje je usvojila udruga EAPC radi prikazivanja djelokruga i fokusa rada zdravstvenih radnika angažiranih u pružanju palijativne skrbi

Palijativni pristup

Palijativni pristup način je integriranja metoda palijativne skrbi i postupaka u okružjima koja nisu specijalizirana za palijativnu skrb. Palijativni pristup trebao bi biti primjenjiv na više razina – od medicinskih sestara primarne zdravstvene zaštite do sestara u općim bolnicama i u domovima za starije i nemoćne osobe. Znanja se usvajaju tijekom srednjoškolskog, dodiplomskog i diplomskog obrazovanja ili tijekom trajnog stručnog usavršavanja.

Opća palijativna skrb

Opću palijativnu skrb pružaju medicinske sestre u primarnoj zdravstvenoj zaštiti koje se skrbu o bolesnicima oboljelim od bolesti opasnih za život, a koje imaju dobre osnovne vještine i znanja iz područja palijativne skrbi. Opću palijativnu skrb trebali bi pružati zdravstveni radnici koji su češće uključeni u pružanje palijativne skrbi (npr. medicinske sestre na onkologiji ili gerijatriji), ali koji ne pružaju palijativnu skrb u sklopu svoje osnovne djelatnosti. Znanja se usvajaju tijekom srednjoškolskog, dodiplomskog i diplomskog obrazovanja, a utvrđuju se tijekom dodatnog i trajnog stručnog usavršavanja.

Specijalistička palijativna skrb

Specijalističku palijativnu skrb pružaju zdravstveni radnici čija je glavna djelatnost pružanje palijativne skrbi, a brinu se o pacijentima sa složenim i teškim stanjima i potrebama. Specijalistička palijativna skrb zahtijeva viši stupanj obrazovanja zdravstvenih radnika. Znanja se usvajaju na visokim učilištima, a utvrđuju se i obnavljaju tijekom dodatnog i trajnog usavršavanja.

5. Oblici i mjesta pružanja specijalističke palijativne skrbi

Palijativna skrb bolesnicima s neizlječivom uznapredovalom bolešću i njihovim obiteljima pruža se na mjestu boravka bolesnika: u kući bolesnika, bolnici ili ustanovi za skrb / domu za starije i nemoćne. U *Bijeloj knjizi* Plan i kontinuitet palijativne skrbi istaknut je kao jedan od najvažnijih čimbenika za pružanje kvalitetne palijativne skrbi.

Strateški plan razvoja palijativne skrbi u RH 2017. – 2020. godine predviđa razvoj novih struktura i specijalističkih službi u sustavu palijativne skrbi u kojima medicinska sestra ima važnu ulogu:

Centar za koordinaciju palijativne skrbi//koordinator za palijativnu skrb u županiji

Centar za koordinaciju palijativne skrbi//koordinator za palijativnu skrb u županiji s ciljem osiguranja kontinuiteta skrbi, koordinira sve dionike važne za razvoj palijativne skrbi u županiji. Povezuje i osnažuje postojeći sustav, lokalne službe zdravstvene, socijalne i duhovne skrbi u zbrinjavanju palijativnog bolesnika. Centar za koordinaciju vodi bazu podataka korisnika palijativne skrbi u županiji, koordinira rad volonterskih timova, koordinira ili organizira posudionice pomagala, koordinira osnovnu edukaciju iz područja palijativne skrbi te informira građane i promiče palijativnu skrb.

Koordinator palijativne skrbi u županiji je diplomirana medicinska sestra, odnosno medicinska sestra prvostupnica ako postoji nedostatak radnika.-Koordinator za palijativnu skrb nije dio mobilnog palijativnog tima, već je samostalan u svom radu i predstavlja samostalnu organizacijsku jedinicu. Djeluje zajedno s mobilnim palijativnim timom i drugim dionicima palijativne skrbi u pružanju i razvoju palijativne skrbi u županiji.

- Mobilni palijativni tim

Mobilni palijativni tim pruža specijalističku palijativnu skrb bolesnicima u njihovom domu te podršku članovima obitelji koji skrbe za bolesnika. Mobilni palijativni tim ima savjetodavnu ulogu za druge profesionalce u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (liječnik obiteljske medicine i medicinska sestra iz patronažne službe i zdravstvene njege u kući) i zajednički s drugim profesionalcima sudjeluje u rješavanju kompleksnih potreba u terapiji, rješavanju simptoma bolesti i rješavanju problema u psihosocijalnoj skrbi.

- Stacionarna (specijalistička) palijativna skrb

Stacionarna palijativna skrb ima ulogu smještaja bolesnika u ustanovu s ciljem ublažavanja simptoma koji ne mogu biti riješeni u kući bolesnika, stabilizacije stanja koje je u pogoršanju. Na taj način omogućava se kratkotrajni odmor za obitelj koja brine za bolesnika u njegovom domu. U stacionarnim službama palijativne skrbi multidisciplinarnim radom se, osim zdravstvene skrbi, osigurava psihosocijalna skrb bolesniku i članovima obitelji.

Ovisno o specifičnostima, potrebama i resursima pojedine županije stacionarna skrb u Republici Hrvatskoj može biti organizirana kroz nekoliko službi.

- Ustanova za palijativnu skrb (posebna ustanova specijalizirana za pružanje palijativne skrbi)
- Odjel palijativne skrbi (poseban odjel u akutnoj bolnici ili bolnici za produženo liječenje)
- Palijativne postelje (postelje u akutnim bolnicama koje omogućuju smještaj palijativnog bolesnika kojemu je potrebna stacionarna skrb, postelje u stacionarima domova zdravlja, postelje u ustanovama za zdravstvenu njegu).

Ostale službe palijativne skrbi:

- Bolnički tim za palijativnu skrb (podrška profesionalcima, bolesnicima i obiteljima u pružanju palijativne skrbi na odjelima u akutnim bolnicama u slučaju da ne postoji mogućnost za palijativni odjel, podrška mobilnom palijativnom timu, sudjelovanje u utvrđivanju zadovoljavanja kriterija šifre Z 51.5)
- Dnevna bolnica (pružanje podrške i pomoći bolesnicima koji povremeno trebaju intervenciju u bolnici vezanu za terapiju ili neki medicinski postupak)

- Ambulanta za palijativnu medicinu.

Ovisno o službi palijativne skrbi i specifičnoj ulozi medicinske sestre unutar službe palijativne skrbi, potrebna su i specifična znanja i vještine te dodatna edukacija iz određenog područja. Europsko društvo za palijativnu skrb (EAPC) predlaže deset osnovnih kompetencija koje su ključne i iznimno važne. One su temelj za obavljanje visokokvalitetne kliničke prakse.

Deset ključnih kompetencija medicinske sestre u specijalističkoj palijativnoj skrbi prema Europskom društvu za palijativnu skrb (EAPC)

1. Primjenjivati ključne sastavnice palijativne skrbi u okružju u kojem se bolesnici i njihove obitelji nalaze.
2. Omogućiti bolesniku da se tijekom cijele bolesti osjeća što ugodnije, da je bez bolova i drugih simptoma bolesti, pružiti pomoć i podršku obitelji.
3. Udovoljiti bolesnikovim psihološkim potrebama.
4. Udovoljiti bolesnikovim socijalnim potrebama.
5. Udovoljiti bolesnikovim duhovnim potrebama.
6. Odgovoriti na potrebe članova obitelji u odnosu na kratkoročne, srednjoročne i dugoročne ciljeve skrbi o bolesniku te u odnosu na njihove osobne poteškoće i potrebe u skrbi i žalovanju.
7. Odgovoriti na izazove povezane s kliničkim i etičkim dvojabama u palijativnoj skrbi.
8. Provoditi koordinaciju sveobuhvatne skrbi i interdisciplinarni timski rad u svim okružjima u kojima se pruža palijativna skrb.
9. Razvijati interpersonalne i komunikacijske vještine koje su potrebne u palijativnoj skrbi.
10. Razvijati samosvijest i kontinuirano se profesionalno usavršavati.

Sadržaj deset ključnih kompetencija medicinske sestre u specijalističkoj palijativnoj skrbi prema Europskom društvu za palijativnu skrb (EAPC)

	Sadržaj deset ključnih kompetencija medicinske sestre u specijalističkoj palijativnoj skrbi prema EAPC-u	Bondyjeva ljestvica				
		ne postoji	nesamostalnost	izvodi uz pomoć	izvodi uz nadzor	samostalnost
1.	Primjenjivati ključne sastavnice palijativne skrbi u okružju u kojem se bolesnici i njihove obitelji nalaze					
1.1.	Razumjeti značenje neizlječive uznapredovale bolesti.					
1.2.	Procijeniti i razumjeti vezu između neizlječive progresivne bolesti i:					
	– kulture (npr. vrijednosti, vjerovanja, tradicija)					
	– duhovnosti (npr. vrijednosti, vjerovanja, tradicija)					
	– obiteljske dinamike, obiteljskih uloga, odgovornosti (npr. zamjena uloga, stresni čimbenici)					
	– dobi djece u obitelji (s obzirom na dobno/razvojno shvaćanje bolesti, umiranja i smrti)					
	– životna iskustva bolesnika i obitelji.					
1.3.	Primijeniti načela palijativne skrbi koja afirmiraju život te nude bolesnicima sustav potpore koji im pomaže da žive što aktivnije do smrti stavljajući naglasak na kvalitetu života i pomoć obiteljima tijekom bolesti.					
1.4.	Razumjeti važnost fizičkih, psiholoških, socijalnih i duhovnih pitanja koja utječu na osobe s neizlječivim uznapredovalim bolestima i njihove obitelji.					
1.5.	Pokazati sposobnost primjenjivanja palijativnog pristupa.					
1.6.	Prepoznati potrebe bolesnika i obitelji za prikladnom sveobuhvatnom skrbi u terminalnom stadiju te pružiti takvu skrb.					
2.	Omogućiti bolesniku da se tijekom cijele bolesti osjeća što ugodnije, da je bez bolova i drugih simptoma bolesti te obitelji pružiti pomoć i podršku.					
2.a	– pokazati kliničku praksu koja promiče sprječavanje patnje <i>bez obzira na vlastitu razinu iskustva</i>					
2.b	– pokazati sposobnost aktivne brige o dobrobiti bolesnika, kvaliteti njegovog života i njegovu dostojanstvu					
2.c	– uključiti procjenu simptoma i dobrobiti bolesnika u rutinski klinički rad					
2.d	– predvidjeti potencijalne komplikacije koje bi mogle povećati patnju te sastaviti odgovarajući plan skrbi					
2.e	– pružiti pomoć bolesnikovoj obitelji tijekom skrbi i podršku u žalovanju					
2.f	– pružiti izvrsnost u skrbi na kraju života bez obzira na okruženje u kojem se skrb pruža					
2.1.	Briga o bolesniku i obitelji					
2.1.1.	Pomoći bolesniku i obitelji u prepoznavanju reakcija i odgovora na dijagnozu i iskustvo života s neizlječivom progresivnom bolešću.					
2.1.2.	Prepoznati i uzeti u obzir kumulativne gubitke kao neodvojivi dio proživljavanja života s neizlječivom uznapredovalom bolešću.					
2.1.3.	Pomoći bolesniku i obitelji u prepoznavanju, razvijanju i primjenjivanju strategije suočavanja u prilagodbi na život s neizlječivom uznapredovalom bolešću i na proces umiranja.					

2.1.4.	Prenijeti/stvoriti osjećaj povjerenja i otvorenosti u komunikaciji s bolesnikom i obitelji o pitanjima u vezi s umiranjem i smrti.					
2.1.5.	Primijeniti djelotvornu komunikaciju (prisutnost, empatija, refleksivno slušanje) da bi se olakšao razgovor s bolesnikom i obitelji o teškim temama te poboljšalo razumijevanje primljenih informacija i pitanja vezanih za:					
	– dijagnozu					
	– prognozu					
	– ciljeve i plan skrbi					
	– odluke o liječenju i skrbi					
	– liječenje, medicinske postupke i/ili pretrage					
	– mjesto skrbi					
	– umiranje i smrt					
	– gubitak, tugu i žalovanje.					
2.1.6.	Pomoći bolesniku i obitelji u prepoznavanju i definiranju čimbenika koji doprinose kvaliteti njihova života preispitujući svoje vrijednosti i uvjerenja o življenju i umiranju.					
2.1.7.	Podržati bolesnika i obitelj u donošenju odluka u skladu s njihovim vrijednostima i uvjerenjima.					
2.1.8.	Prepoznati osjećaje neizvjesnosti i ranjivosti kod neizlječivog bolesnika i njegove obitelji te pružiti podršku i utjehu.					
2.1.9.	Pomoći bolesniku i njegovoj obitelji u prepoznavanju i iskazivanju osobne i osjetljive poteškoće te u postavljanju pitanja koja su vezana za:					
	– intimnost					
	– seksualnost i seksualne funkcije					
	– tjelesni izgled					
	– poimanje samog sebe, samouvjerenost i samopoštovanje					
	– sigurnost i zlostavljanje/zanemarivanje (psihičko, verbalno, emocionalno, financijsko, seksualno).					
2.1.10.	Pomoći osobi da održi i, ako je moguće, poboljša tjelesnu funkcionalnost te, što je dulje moguće, zadrži neovisnost i samostalnost tijekom progresije bolesti.					
2.1.11.	Oснаžiti bolesnika i obitelj u tome da ostvare željenu razinu kontrole nad odlukama i skrbi tijekom progresije bolesti.					
2.1.12.	Istražiti i prepoznati rizične čimbenike u pružanju skrbi koji dovode do iscrpljenosti obitelji.					
2.1.13.	Primijeniti pravilne metode i postupke kojima se može potaknuti i olakšati komunikacija između bolesnika i obitelji uzimajući u obzir:					
	– strukturu i dinamiku obitelji					
	– faze životnog ciklusa obitelji i aktivnosti u pojedinoj fazi (faza stvaranja veze i braka, faza osnivanja obitelji, faza odlaska u mirovinu...)					
	– rješavanje sukoba u obitelji.					
2.2.	Procjena i ublažavanje bola					
2.2.1.	Pokazati poznavanje koncepta „potpunog bola“.					
2.2.2.	Prepoznati multidimenzionalne čimbenike koji utječu na nastanak i doživljaj „potpunog bola“ kod palijativnog bolesnika.					
2.2.3.	Usvojena načela procjene i ublažavanja bola u palijativnoj skrbi integrirati u proces pružanja skrbi o bolesniku.					
2.2.4.	Pokazati znanje o fiziologiji bola:					
	– transdukcija					
	– prijenos					

	– modulacija						
	– percepcija.						
2.2.5.	Razumjeti klasifikaciju bola i važnost djelotvornog ublažavanja bola:						
	– akutnog						
	– kroničnog						
	– malignog						
	– nemalignog						
	– neuropatskog						
	– nociceptivnog (somatskog i visceralnog) bola.						
2.2.6.	Provoditi i dokumentirati cjelovitu procjenu bola.						
2.2.7.	Analizirati sliku simptoma dobivenu cjelovitom procjenom bola da bi se identificirali mogući razlozi i čimbenici koji su izazvali bol.						
2.2.8.	Odabrati prikladne, provjerene skale za procjenu bola za prvu i daljnju kontinuiranu procjenu i praćenje bola.						
2.2.9.	Pokazati znanje o posebnom razumijevanju i ublažavanju bola kod djece i starijih osoba s neizlječivom progresivnom bolešću.						
2.2.10.	Pokazati znanje o posebnom razumijevanju i ublažavanju bola kod osoba s posebnim potrebama (npr. uslijed kognitivnih oštećenja, komunikacijskih poremećaja, jezičnih barijera).						
2.2.11.	Pokazati poznavanje postupnog, to jest „korak po korak“ pristupa u procjeni i liječenju bola na temelju vrste i jačine bola (npr. incidentni bol, fantomski bol).						
2.2.12.	Prepoznati barijere i probleme u procjeni i ublažavanju bola, uključujući predrasude i krivo poimanje bola i opioida prisutne kod bolesnika, obitelji i zdravstvenih radnika.						
2.2.13.	Prepoznati i rješavati prepreke i probleme u zdravstvenom sustavu u vezi s procjenom i ublažavanjem bola.						
2.2.14.	Surađivati s bolesnikom, njegovom obitelji i interprofesionalnim timom radi izrade plana ublaživanja bola.						
2.2.15.	Evaluirati, ponovno procjenjivati i prema potrebi izmjenjivati ciljeve liječenja bola te plan skrbi.						
2.2.16.	Dati prednost oralnoj primjeni terapije, odnosno davanju lijeka, ako je to indicirano.						
2.2.17.	Prilagoditi načine davanja i oblike lijeka, odnosno paziti da je primjeren tipu i jačini bola te stanju bolesnika (npr. doza za probijajući bol, uzimanje lijeka u točno vrijeme, titriranje doze, infuzijske pumpe).						
2.2.18.	Pokazati znanje o primjeni lijekova za liječenje bola i njihovim nuspojavama, interakcijama i komplikacijama.						
2.2.19.	Poznavati indikacije za rotaciju narkotika.						
2.2.20.	Primjenjivati znanje konverzije opijata i surađivati s interdisciplinarnim timom radi provođenja indiciranih promjena.						
2.2.21.	Pokazivati razumijevanje farmakološke i fiziološke dobrobiti/koristi adjuvantne terapije u ublažavanju bolova kod palijativnih bolesnika (npr. bisfosfonati, nesteroidni protuupalni lijekovi, kortikosteroidi, antikonvulzivi, antidepresivi, antipsihotici, kemoterapija).						
2.2.22.	Pokazivati poznavanje i primjenu nefarmakoloških postupaka ublažavanja bola kod neizlječive uznapredovale bolesti (npr. radioterapija, operativni zahvati, fizikalna terapija).						
2.2.23.	Poznavati dobrobit i potencijalni učinak komplementarne i alternativne terapije u ublažavanju bola.						
2.2.24.	Poštovati odluke bolesnika i obitelji o primjeni komplementarne i alternativne terapije za ublažavanje bola te naglašavati važnost ispravnih/točnih informacija i otvorene komunikacije prilikom donošenja odluka u vezi s tim oblicima terapije.						
2.2.25.	Poticati bolesnika i obitelj na to da obavijeste zdravstvene radnike o primjeni komplementarnih i alternativnih vrsta terapije da bi se, ako je moguće, uskladile s drugim oblicima terapije te da bi se sačuvala sigurnost bolesnika.						
2.3.	Procjena i liječenje drugih simptoma						

2.3.1.	Provoditi i dokumentirati cjelovitu procjenu stanja i simptoma kod bolesnika.					
2.3.2.	Analizirati sliku simptoma dobivenu cjelovitom procjenom svih simptoma da bi se identificirali mogući razlozi i čimbenici koji su ih izazvali.					
2.3.3.	Odabrati prikladne, provjerene skale za procjenu simptoma za prvu i daljnju kontinuiranu procjenu i praćenje simptoma.					
2.3.4.	Predviđati, prepoznavati, adekvatno zbrinjavati te pratiti česte i očekivane simptome, a to su:					
	– neurološki: afazija, disfazija, ekstrapiramidalni simptomi, letargija ili sedacija, parestezija ili neuropatija, epileptički napadaji					
	– kognitivne promjene: agitiranost i terminalni nemir, smetenost, delirij, demencija, halucinacije, paranoja					
	– kardiovaskularni simptomi: angina pectoris, aritmija, edemi, sinkopa					
	– respiratorni: gušenje, hipersekrecija, kašalj, dispneja, apneja, hemoptiza					
	– gastroenterološki: štucanje, mučnina i povraćanje, opstipacija, diareja, inkontinencija stolice, opstrukcija crijeva, disfagija					
	– prehrana i metabolizam: anoreksija, kaheksija, smanjen unos hrane/tekućine, dehidracija, disbalans elektrolita					
	– ginekološko-urinarni: spazam mjehura, inkontinencija urina, retencija urina					
	– imunološki sistem: reakcija/interakcija na lijek, infekcija, vrućica					
	– mišićni i koštani sustav: patološke frakture, slabost, grč mišića, kontrakture					
	– koža i sluznica: kandidijaza, maligne rane, mukozitis, plak, suha koža, pečenje i žarenje kože, svrbež, ikterus, edemi, podljevi, upalne promjene kože i sluznice, smanjena salivacija, pojačana salivacija					
	– psihosocijalni i duhovni: tjeskoba, ljutnja, depresija, strah, krivnja, samoubilačke ili ubilačke misli, tuga, patnja, tjeskoba, razmišljanje o smislu i svrsi života i bolesti, opraštanje, prihvaćanje, ljubav i povezanost					
	– ostalo: ascites, umor/astenija, limfedem, mijelosupresija, poremećaji sna.					
2.3.5.	Predviđati, prepoznavati i reagirati na znakove i simptome čestih hitnih stanja i incidenata: akutna opstrukcija crijeva, srčana tamponada, delirij, abnormalne laboratorijske vrijednosti, padovi, hemoragija, intoksikacija lijekovima, plućna embolija, pleuralni izljev, respiratorna depresija, uznemirenost, epileptički napadaji, kompresija leđne moždine, sindrom gornje šuplje vene, anasarka, hipostatska pneumonija, tromboza.					
2.3.6.	Prepoznavati reverzibilne uzroke simptoma i intervenirati uzimajući u obzir pacijentove ciljeve skrbi.					
2.3.7.	Suradivati s bolesnikom, obitelji i interdisciplinarnim timom u izradi individualiziranog plana skrbi.					
2.3.8.	Evaluirati, ponovno procjenjivati i, ako je potrebno, mijenjati ciljeve ublažavanja simptoma ili cjeloviti plan skrbi.					
2.3.9.	Dati prednost oralnoj primjeni terapije, odnosno davanju lijeka, ako je to indicirano.					
2.3.10.	Primijeniti načine i putove aplikacije lijeka primjerene tipu i jačini bola te stanju bolesnika (npr. doza za probijajući bol, uzimanje lijeka u točno vrijeme, titriranje lijeka, pumpe, supkutane infuzije).					
2.3.11.	Pokazati znanje primjene lijekova koji se primjenjuju u liječenju simptoma te poznavati njihove nuspojave, interakcije i komplikacije.					
2.3.12.	Pokazivati razumijevanje farmakološke i fiziološke dobrobiti/koristi terapije u ublažavanju simptoma kod neizlječivih uznapredovalih bolesti (npr. steroidi, antikolinergici, prokinetici, neuroleptici, antidepresivi, antipsihotici, kemoterapija).					
2.3.13.	Pokazivati poznavanje i primjenu nefarmakološkog pristupa postupaka ublažavanju simptoma kod neizlječive uznapredovale bolesti (npr. zračenje, operativni zahvati, fizikalna terapija, psihoterapija, komplementarna terapija).					
2.3.14.	Pokazati znanje o posebnom razumijevanju i ublažavanju simptoma kod djece i starijih osoba s neizlječivom progresivnom bolešću.					
2.3.15.	Pokazati znanje o posebnom razumijevanju i ublažavanju simptoma kod osoba s posebnim potrebama (npr. zbog kognitivnih oštećenja, komunikacijskih poremećaja, jezičnih barijera).					
2.3.16.	Primijeniti načine i pristupe kojima se potiče i olakšava potencijalni osobni i duhovni rast tijekom življenja s neizlječivom uznapredovalom bolešću (npr. životna ostavština / oporuka, pomirenje,					

	prisutnost i svjesnost trenutka u kojem se bolesnik nalazi).					
2.3.17.	Pokazati razumijevanje posebnih okolnosti u procjeni i ublažavanju simptoma kod neizlječivih uznapredovalih bolesti, a koje nisu maligna oboljenja (npr. AIDS, kronična opstruktivna bolest pluća, amiotrofička lateralna skleroza, kronično zatajenje srca, demencija).					
2.3.18.	Poznavati dobrobit i potencijalni učinak komplementarne i alternativne terapije u liječenju simptoma.					
2.3.19.	Poštovati odluke bolesnika i obitelji o odabiru komplementarne i alternativne terapije za ublažavanje simptoma te naglašavati važnost ispravnih/točnih informacija i otvorene komunikacije radi donošenja odluka o odabiru alternativnih oblika terapije.					
2.3.20.	Poticati bolesnika i obitelj na to da obavijeste zdravstvene radnike o odabiru komplementarnih i alternativnih vrsta terapije da bi se postigla, ako je moguće, njihova usklađenost s drugim oblicima terapije te da bi se održala sigurnost bolesnika i izbjegla medikacijska pogreška.					
2.4.	Skrb u posljednjim danima/satima i neposredno nakon smrti					
2.4.1.	Predviđati, prepoznavati i reagirati na znakove i simptome neposredne smrti.					
2.4.2.	Pokazati znanje o procjeni i ublažavanju bola i drugih simptoma koji su karakteristični za posljednje sate života.					
2.4.3.	Educirati obitelj o znakovima neposredne smrti:					
	– kognitivne promjene (sužavanje svijesti, pospanost, nemir)					
	– fizičke promjene (potpuna slabost, promjene u disanju, promjene boje kože, otežano gutanje, smanjeno mokrenje).					
2.4.4.	Podučiti obitelj mjerama udobnosti povezanim sa sindromom score smrti.					
2.4.5.	Podržavati obitelji tijekom procesa umiranja da bi se:					
	– mogli nositi s emotivnim reakcijama na neposrednu smrt (nevjerica, strah, ljutnja, krivnja, grižnja savjesti, olakšanje)					
	– uspjeli kontrolirati u teškim trenucima					
	– mogle iskazati i iskomunicirati njihove želje i potrebe					
	– osiguralo/omogućilo željeno okruženje u kojem bolesnik umire (mjesto, rituali, prisutne osobe)					
	– kontaktiralo osobe koje su im važne					
	– kontaktiralo potrebne i korisne službe					
	– kvalitetno komuniciralo međusobno i s bolesnikom u njegovim posljednjim danima i satima.					
2.4.6.	Pomoći bolesniku i obitelji da se pripreme za trenutak smrti (poštovati vjerska uvjerenja i načela, informacija o profesionalnoj osobi koju je potrebno pozvati kad nastupi smrt, informacije o pogrebnim službama, informacije o donaciji organa, biopsiji, potaknuti na to da se napravi lista osoba koje treba kontaktirati nakon smrti).					
2.4.7.	Procijeniti i poštovati potrebu obitelji za privatnošću i zatvorenim krugom najbližih članova u trenutku smrti, omogućiti prisutnost profesionalca ako obitelj to želi.					
2.4.8.	Pružiti potporu obitelji odmah nakon smrti.					
2.4.9.	Podržati želje obitelji i običaje vezane za smrt (vjerske, kulturne, duhovne).					
2.4.10.	Pomoći obitelji tijekom procedure proglašavanja smrti kad je to potrebno.					
2.4.11.	Pomoći oko brige o tijelu umrlog te oko organiziranja prijevoza pokojnika ako je to potrebno.					
3.	Udovoljiti bolesnikovim psihološkim potrebama					
3.1.	Imati obzira prema bolesnikovim osjećajima i obzirno ih podupirati.					
3.2.	Osnaživati bolesnikove mehanizme suočavanja s bolešću.					
3.3.	Prepoznati i razlikovati psihičke probleme i poteškoće od psihijatrijskih simptoma uzimajući u obzir prognozu bolesti te bolesnikovu osobnost kao i okruženje u kojem živi.					
3.4.	Uključiti potrebne službe u zbrinjavanju psihijatrijskih simptoma.					

3.5.	Prepoznati i uzeti u obzir psihološke aspekte u svim ostalim domenama bolesnikovih problema, uključujući točke 1, 2.1 i 7.					
4.	Udovoljiti bolesnikovim socijalnim potrebama					
4.1.	Uzeti u obzir socijalni kontekst bolesnika i obitelji te utjecaj tog konteksta na njihovo iskustvo primanja palijativne skrbi.					
4.2.	Informirati bolesnike o raspoloživim potporama i pravima iz područja zdravstvene i socijalne skrbi.					
4.3.	Omogućiti bolesnicima da prema potrebi upravljaju privatnim poslovima (financijski, pravni, u vezi sa zaposlenjem i sl.).					
4.4.	Prepoznati i uzeti u obzir socijalni aspekt u svim ostalim domenama bolesnikovih problema uključujući točke 1, 2.1, 2.4 i 6,7.					
5.	Udovoljiti bolesnikovim duhovnim potrebama					
5.1.	Pokazati sposobnost promišljanja i sagledavanja važnosti duhovnih i egzistencijalnih dimenzija u vlastitom životu.					
5.2.	Integrirati duhovne, egzistencijalne i vjerske potrebe bolesnika i obitelji u plan skrbi poštujući pritom i njihov mogući izbor da se u plan uopće ne uključuje taj oblik skrbi.					
5.3.	S podrškom i poštovanjem pružiti bolesnicima i obiteljima priliku da iskažu duhovnu i/ili egzistencijalnu dimenziju života.					
5.4.	Biti svjesni granica koje se moraju poštovati, odnosno kulturnih tabua, vrijednosti i životnih izbora.					
6.	Odgovoriti na potrebe članova obitelji u odnosu na kratkoročne, srednjoročne i dugoročne ciljeve skrbi o bolesniku te u odnosu na njihove osobne poteškoće i potrebe u skrbi i žalovanju					
6.1.	Priznati i podržati članove obitelji u njihovim obvezama prema bolesniku te među njima prepoznati one koji su u opasnosti od proživljavanja nepotrebne patnje ili neprimjerenog opterećenja zbog stalnog tereta skrbi.					
6.2.	Poštovati odluke članova obitelji / obiteljskih njegovatelja u vezi s njihovim radnim odnosom te posljedice prekida tog odnosa.					
6.3.	Prepoznati druge uloge i zahtjeve koji se postavljaju pred članove obitelji / obiteljske njegovatelje (moguće je, primjerice, da oboljela osoba skrbi i o djeci ili drugim ljudima).					
6.4.	Ako je potrebno, omogućiti obiteljskim njegovateljima psihološku i emocionalnu podršku koja je neovisna u odnosu na onu koja se pruža bolesniku.					
6.5.	Unaprijediti sposobnosti obiteljskih njegovatelja za interakciju s različitim zdravstvenim radnicima.					
6.6.	Unutar tima palijativne skrbi razviti strategije za rješavanje obiteljskih sukoba.					
6.7.	Omogućiti kratkotrajno savjetovanje i podršku u žalovanju ako se za tim pojavi potreba.					
6.8.	Prepoznati složene potrebe osoba u žalovanju i, u slučaju potrebe, uputiti ih stručnjaku.					
6.9.	Podrška kod gubitka, u tuzi i žalovanju.					
6.9.1.	Pokazati znanje o gubitku, tuzi i žalovanju.					
6.9.2.	Pružiti podršku obitelji u boljem razumijevanju gubitka i procesa žalovanja ovisno o dobi članova obitelji te ih uključiti/uputiti na potrebne službe ako je potrebno.					
6.9.3.	Identificirati vrste žalovanja : rano/preuranjeno (osjećaj koji se javlja prije nego se gubitak dogodio, jednostavno (prirodno), komplicirano).					
6.9.4.	Prepoznati način manifestacije žalovanja: psihičko, kognitivno, emocionalno, bihevioralno/socijalno i duhovno.					
6.9.5.	Prepoznati razliku između depresije i žalovanja.					
6.9.6.	Prepoznati osobe s rizikom od kompliciranog žalovanja.					
6.9.7.	Pomoći obitelji prepoznati ih i nositi se sa svojim, za svaku osobu i obitelj, jedinstvenim reakcijama na smrt i gubitak uzimajući u obzir dob, to jest razvojne faze djece ako su članovi obitelji.					
6.9.8.	Pružiti podršku obitelji u ispunjavanju posljednjih želja umrlog te legalnih postupaka oko nasljeđa.					
6.9.9.	Sudjelovati u uključivanju potrebnih službi u kontinuiranu podršku članovima obitelji u žalovanju, ako je to potrebno.					

7.	Odgovoriti na izazove povezane s kliničkim i etičkim dvojama u palijativnoj skrbi					
7.1.	Djelovati u skladu s bioetičkim načelima, državnim i međunarodnim zakonima te bolesnikovim željama i vrijednostima.					
7.2.	Poticati autonomiju bolesnika uzimajući u obzir ostala etička načela poput dobročinstva, neškodljivosti i pravednosti.					
7.3.	Poticati bolesnike na iskazivanje preferencija i želja u vezi s vlastitom skrbi i liječenjem tijekom cijele bolesti.					
7.4.	Omogućiti bolesnicima, njihovim obiteljima i njegovateljima pravo sudjelovanja u procesu donošenja odluka.					
7.5.	Razviti svijest o tome da se najprikladnija etička skrb ne podudara uvijek s bolesnikovim željama i preferencijama.					
7.6.	Surađivati s bolesnikom i njegovom obitelji te interdisciplinarnim timom da bi se prepoznale te razmotrile etičke dvojbe i problemi vezani za skrb na kraju života.					
7.7.	Primijeniti koncept „etičkog procesa“, to jest proces u kojem se kroz određene faze i načine (konzultacije, pisane smjernice, proces donošenja odluka i dr. u interdisciplinarnom timu) pristupa rješavanju teških etičkih dvojbi i kontroverznih kliničkih situacija kao što su:					
	– prekid oblika terapije za održavanje života (npr. hranjenje, hidracija, transfuzija, srčani stimulator)					
	– službene odluke bolesnika (u obliku službenog dokumenta) o svojoj skrbi donesene prije bolesti (npr. donacija organa, respirator i dr.)					
	– službena odluka bolesnika (u obliku službenog dokumenta) da ga se ne oživljava u slučaju prestanka disanja i rada srca					
	– eutanazija / potpomognuto samoubojstvo (nije dopušteno u RH)					
	– uzaludni postupci					
	– odustajanje/prekid medicinskih postupaka ili terapije kod palijativnih bolesnika					
	– palijativna sedacija.					
7.8.	Podržavati odluku bolesnika, obitelji i interdisciplinarnog tima koja se temelji na dobivenim potrebnim informacijama o određenoj etičkoj dvojbi.					
7.9.	Pružati podršku bolesniku i obitelji u prepoznavanju bitnih pravnih pitanja (npr. starateljstvo i skrbništvo, punomoć, opunomoćenik) te pomoć u upućivanju na potrebne službe u rješavanju problema.					
8.	Provoditi koordinaciju sveobuhvatne skrbi i interdisciplinarni timski rad u svim okružjima u kojima se pruža palijativna skrb					
8.a	Pružiti potrebnu podršku bolesnicima tijekom promjene mjesta skrbi.					
8.b	Poticati interdisciplinarni timski rad.					
8.c	Poznavati dužnosti pojedinih članova tima pri planiranju i pružanju skrbi bolesnicima i njihovim obiteljima.					
8.d	Ojačati ulogu volontera u suportivnoj skrbi o pacijentima i obitelji gdje je to moguće.					
8.e	Ponuditi bolesnicima i obiteljskim njegovateljima najprikladniji model skrbi u skladu s bolesnikovim trenutačnim potrebama za palijativnom skrbi.					
8.1.	Interdisciplinarna suradnja					
8.1.1.	Učinkovito komunicirati unutar interdisciplinarnog tima o potrebama i problemima, ali i resursima/snagama i mogućnostima palijativnog bolesnika i njegove obitelji.					
8.1.2.	Surađivati s bolesnikom, obitelji i interdisciplinarnim timom da bi se definirali ciljevi u skrbi te izradio, provodio i evaluirao plan skrbi.					
8.1.3.	Surađivati s bolesnikovim timom primarne zdravstvene zaštite (liječnik obiteljske medicine, patronažna sestra, zdravstvena njega u kući).					
8.1.4.	Preuzeti vodeću ulogu u koordiniranju skrbi i uključivati članove interdisciplinarnog tima prema potrebama i problemima bolesnika i obitelji.					
8.1.5.	Sudjelovati u i/ili voditi obiteljske sastanke.					
8.1.6.	Omogućiti, organizirati i planirano nadgledati osobe koje nisu zaposlenici institucije ili službe					

	(studenti, volonteri).						
8.1.7.	Omogućiti i koordinirati preuzimanje bolesnika između institucija službi, mjesta skrbi te pruženih usluga.						
8.1.8.	Pružiti podršku bolesniku s neizlječivom uznapredovalom bolešću i njegovoj obitelji da bi dobili odgovarajuću pomoć određenog profesionalca ili službe u rješavanju svojih fizičkih, psiholoških, socijalnih te duhovnih i praktičnih potreba i poteškoća.						
8.1.9.	Doprinositi kvalitetnom funkcioniranju i dobiti interdisciplinarnog tima.						
9.	Razvijati interpersonalne i komunikacijske vještine potrebne u palijativnoj skrbi						
9.a	Izgraditi terapijski odnos s bolesnikom i članovima obitelji.						
9.b	Poticati kvalitetnu komunikaciju unutar tima, ali i s ostalim dionicima i zainteresiranim stranama.						
9.c	Odabrati i primijeniti odgovarajuće metode povezivanja i interakcije s obzirom na dob, želje i intelektualne sposobnosti bolesnika i članova obitelji te sa sigurnošću znati da su razumjeli donesene odluke.						
9.d	Pravilno shvaćati različite oblike komunikacije (verbalnu, neverbalnu, formalnu i neformalnu) bolesnika i članova obitelji.						
9.e	Obzirno priopćiti loše vijesti te pružiti podršku nakon primljenih loših vijesti.						
9.f	Prilagoditi način izražavanja tijekom različitih stadija bolesti, poštovati kulturološke razlike i izbjegavati upotrebu medicinskog rječnika.						
9.g	Poštovati bolesnikove odluke o količini informacija koju želi primiti i podijeliti s obitelji.						
9.h	Uskladiti tempo priopćavanja informacija sa sklonostima i kognitivnim sposobnostima bolesnika i članova obitelji						
9.1.	Edukacija						
9.1.1.	Podizati svijest i educirati javnost o pitanjima i poteškoćama vezanim za završetak života, o filozofiji, stavovima i provođenju palijativne skrbi.						
9.1.2.	Educirati zdravstvene radnike i druge profesionalce, studente i volontere o znanjima, nadležnostima i kompetencijama jedinstvenim za palijativnu skrb.						
9.1.3.	Davati važne informacije jedinstvene za svakog bolesnika i obitelj o:						
	– tijeku i progresiji bolesti						
	– članovima interdisciplinarnog tima i njihovim ulogama						
	– mogućnostima i poteškoćama u pružanju i ostvarivanju skrbi na pojedinima mjestima skrbi						
	– procjeni i ublažavanju bola i drugih simptoma						
	– fizičkoj, psihosocijalnoj i duhovnoj skrbi tijekom progresije bolesti						
	– načinu primjene lijekova i medicinskim postupcima						
	– obiteljskoj dinamici i učinkovitoj komunikaciji						
	– procesu umiranja i smrti						
	– postojećim službama i mogućoj pomoći u problemima vezanim za smrt i umiranje, ovisno o dobi (djeca, osobe s posebnim potrebama / invalidi)						
	– gubitku, tuzi i žalovanju.						
9.2.	Zagovaranje						
9.2.1.	Zagovarati prava bolesnika s neizlječivom uznapredovalom bolešću te prava njegove obitelji tako da se:						
	– prepoznaju potencijalni oblici ranjivosti (teret dugotrajne i iscrpljujuće skrbi, dugotrajna odsutnost s radnog mjesta glavnog njegovatelja, to jest člana obitelji, zloupotrebe lijekova, zlostavljanje)						
	– pruži podrška samostalnom donošenju odluka						
	– zagovara dostupnost potrebne skrbi u što kraćem vremenskom roku.						

9.2.2.	Zagovarati prava zdravstvenih radnika da se redovito educiraju te da imaju potrebna znanja za pružanje palijativne skrbi.					
9.2.3.	Zagovarati razvoj i napredak zdravstvenih i socijalnih normi i standarda u pružanju palijativne skrbi na različitim organizacijskim razinama (npr. ustanove, institucije, službe, nacionalna razina, lokalna samouprava).					
10.	Razvijati samosvijest i kontinuirano se profesionalno usavršavati					
10.a	– aktivno sudjelovati u procesu cjeloživotnog obrazovanja da bi održavali i razvijali svoje stručne kompetencije					
10.b	– razvijati samosvijest, poznavati svoje slabosti i prednosti te moralna i duhovna uvjerenja					
10.c	– prepoznati rane znakove sindroma izgaranja i potražiti odgovarajuću pomoć					
10.d	– pomagati drugim članovima tima ako je potrebno					
10.e	– obratiti pozornost na kolege koji proživljavaju teškoće, a nisu svjesni mogućih posljedica za sebe niti za one o kojima skrbe					
10.1.	Profesionalni rast i briga za samog sebe					
10.1.1.	Pokazati znanje o povijesnom razvoju i postojanju modernog hospicijskog pokreta i palijativne skrbi.					
10.1.2.	Pokazati znanje o filozofiji i principima palijativne skrbi.					
10.1.3.	Prepoznati na koji način osobne vrijednosti i stavovi medicinske sestre prema životu, smrti, duhovnosti, vjeri, kulturi i etičkim normama mogu utjecati na pružanje palijativne skrbi.					
10.1.4.	Prepoznati dobrobiti/blagodati rada medicinske sestre u palijativnoj skrbi koje doprinose rastu i razvoju medicinske sestre kao osobe i profesionalca.					
10.1.5.	Prepoznati stresne čimbenike jedinstvene za medicinske sestre koje rade u palijativnoj skrbi i učinkovito primijeniti načine brige o samom sebi.					
10.1.6.	Prepoznati utjecaj kontinuiranog i mnogobrojnog susretanja sa smrću i reakcijama na gubitak (npr. supervizija, fizičke ili socijalne aktivnosti, podrška kolega).					
10.1.7.	Pokazati razumijevanje za pitanja vezana za profesionalne granice unutar palijativne skrbi (npr. ispreplitanje uloga različitih profesionalca, identifikacija s bolesnikom i članovima obitelji, svijest o osobnoj ranjivosti).					
10.1.8.	Sudjelovati u trajnoj osobnoj edukaciji na različite načine (tečajevi, <i>e-learning</i> , radionice, studij, znanstveni i istraživački rad) te primjenjivati nova znanja u pružanju palijativne skrbi.					
10.2.	Istraživanje i evaluacija					
10.2.1.	Primjenjivati znanja temeljena na dokazima u palijativnoj skrbi i srodnim područjima.					
10.2.2.	Identificirati potencijalne mogućnosti i preporuke u sestrinskom istraživanju koje su jedinstvene za istraživanja u palijativnoj skrbi (npr. ranjivost populacije).					
10.2.3.	Voditi ili sudjelovati u istraživačkim aktivnostima u skladu s kompetencijama i radnom mjestu (npr. prikupljanje podataka, sudjelovanje u projektima ili vođenje projekata).					
10.2.4.	Integrirati stečeno znanje u svoj rad i doprinostiti poboljšanju cjelokupnog procesa pružanja palijativne skrbi u službi ili organizaciji (npr. standardi skrbi temeljeni na dokazima, kliničke smjernice i mjere ishoda).					
10.2.5.	Sudjelovati u razvoju, praćenju i evaluaciji kvalitete programa i službi za pružanje palijativne skrbi. Analizirati rezultate palijativne zdravstvene njege. Razvijati i poboljšavati sestrinsku dokumentaciju palijativne sestrinske skrbi. Voditi i analizirati posljedice za medicinske sestre koje se bave isključivo palijativnom skrbi.					

samostalno	razina kliničke prakse je visoka i prema standardu sigurnosti	<ul style="list-style-type: none"> • solidna razina teorijskog znanja koje se djelotvorno primjenjuje u kliničkoj praksi • koordinirana je i prilagodljiva kad primjenjuje vještine • postiže zadanu namjeru • spretna je i obavlja zadatke u očekivanom vremenu • nezavisno počinje aktivnosti sama ili u suradnji s drugima da bi osigurala sigurno pružanje skrbi o bolesniku 	radi bez uputa i potpore
uz nadzor	razina kliničke prakse je prema standardu sigurnosti, ali su u nekim područjima potrebna poboljšanja	<ul style="list-style-type: none"> • većinom povezuje teorijsko znanje s kliničkom praksom • koordinirana je i prilagodljiva kad primjenjuje vještine • postiže zadanu namjeru • izvodi zadatke u razumnom vremenu • većinom nezavisno započinje aktivnosti sama ili u suradnji s drugima da bi osigurala sigurno pružanje skrbi o bolesniku 	povremeno zahtijeva upute radi potpore
uz podršku	razina kliničke prakse je prema standardu sigurnosti, ali su poboljšanja potrebna u mnogim područjima	<ul style="list-style-type: none"> • pokazuje ograničenu korelaciju teorijskog znanja s kliničkom praksom • katkad joj tijekom primjene vještina nedostaje koordinacija • većinom postiže zadanu namjeru • izvodi zadatke u produljenom vremenu • manjka joj inicijative i predviđanja 	zahtijeva česte upute radi potpore te usmjeravanja
nesamostalno	razina kliničke prakse nije na razini sigurnosti ako se izvodi bez nadzora	<ul style="list-style-type: none"> • nedostaje sposobnost integriranja teorijskog znanja u kliničku praksu • tijekom izvođenja vještina nedostaje joj koordinacija • nevjesta u postizanju zadane namjere • nije sposobna izvesti zadatke čak ni u produljenom vremenu • bez inicijative i predviđanja 	zahtijeva kontinuirano nadgledanje i usmjeravanje

PRILOG 1

BONDY SCALE –

MALA SKALA PROCJENE OSOBNE SPREMNOSTI ZA KOMPETENTNOST PROVOĐENJA POSTUPAKA U PALIJATIVNOJ SKRBI