

## Planiranje otpusta pacijenta iz bolnice

### Patient hospital discharge planning

Ružica Valent, Ana Ljubas, Klaudia Knezić

Klinički bolnički centar Zagreb, Kišpatičeva ulica 12, 10 000 Zagreb, Hrvatska

#### Sažetak

**Uvod:** Planiranje otpusta pacijenta iz bolnice sastavni je dio skrbi o pacijentu. Procesi planiranja otpusta započinju odmah po primitku u bolnicu za one pacijente za koje se procijeni da će trebati nastavak skrbi. Cilj je ovog rada pomoću dostupne literature o planiranju otpusta pacijenata istaknuti važnost planiranja otpusta te ukazati na sigurnosne rizike povezane s planiranjem otpusta.

**Metode:** U prosincu 2021. godine proveden je pregled stručne i znanstvene literature u bazama podataka MEDLINE/PubMed i Hrčak. Pregledani su zakonski propisi koji se odnose na zdravstvenu i socijalnu skrb te akreditacijski standardi za bolnice.

**Rezultati:** Pretragom dostupne literature vidljivo je da planiranje otpusta pacijenta iz bolnice utječe na kvalitetu nastavka skrbi, na sigurnost pacijenta nakon otpusta iz bolnice, zadovoljstvo pacijenata i njihovih obitelji, na neplanirani povratak u bolnicu te pozitivno utječe na vrijeme boravka u bolnici.

**Zaključak:** Planiranjem otpusta pacijenta iz bolnice osiguravamo kvalitetu nastavka skrbi, bilo da se pacijent otpušta kući ili je nastavak skrbi predviđen u nekoj od zdravstvenih ili socijalnih ustanova. Upravo zato, planiranju otpusta pacijenta treba pristupiti kao bitnoj metodi zdravstvene skrbi koja izravno utječe na sigurnost pacijenata i na kontinuitet skrbi po izlasku iz bolnice.

**Glavne riječi:** planiranje otpusta, sigurnost pacijenata, kontinuitet skrbi

**Kratki naslov:** Planiranje otpusta pacijenta iz bolnice

#### Abstract

**Introduction:** Patient discharge planning is an integral part of patient care. The discharge process begins immediately upon admission to the hospital for patients who are assessed as needing continuous care. The aim of this paper is to search available literature on patient discharge planning to emphasize the importance of discharge planning and to point out the security risks that may arise in this process.

**Methods:** In December 2021, a review of professional and scientific literature in the databases MEDLINE/PubMed and Hrčak was conducted. Legal documents related to health and social care and accreditation standards for hospitals were also reviewed.

**Results:** A review of the available literature shows that patient discharge planning affects the quality of continuous care, patient safety after hospital discharge, the satisfaction of patients and their families, readmission, and positively affects hospital length of stay.

**Conclusion:** With patient discharge planning, we are ensuring quality in the continuity of care, whether the patient is discharged home or care is provided in one of the health or social institutions. Precisely for this reason, patient discharge planning should be approached as an important healthcare method that directly affects patient safety and continuous care after hospital discharge.

**Keywords:** discharge planning, patient safety, continuity of care

**Running head:** Patient hospital discharge planning

Received April 25<sup>th</sup> 2022;

Accepted June 8<sup>th</sup> 2022;

**Autor za korespondenciju/Corresponding author:** Ružica Valent, dipl. med. techn., KBC Zagreb, Kišpatičeva 12, 10 000 Zagreb, Hrvatska, Tel: 091 4920 609 / 098 325 112, e-mail: valent.ruzica@gmail.com

#### Uvod

Planiranje otpusta značajan je dio zdravstvene skrbi koji započinje prijemom pacijenta u bolnicu. Cilj je planiranja otpusta smanjiti duljinu boravka pacijenta u bolnici, neplanirani povratak u bolnicu i poboljšati koordinaciju usluga nakon otpusta iz bolnice [1]. Prema akreditacijskom standardu za bolničke zdravstvene ustanove (NN 92/19) svrha planiranja otpusta jest procijeniti pacijentovu potrebu za kontinuiranom skrbi i uslugama nakon bolničkog liječenja, dostupnost tih usluga [2] te je dio plana skrbi o pacijentu. Prema Menunni i sur. [3] glavne su poteškoće u planiranju otpusta usmjerenost na liječenje za vrijeme boravka u bolnici pa se u praksi nerijetko događa da kada pacijent treba

napustiti bolnicu, nema dovoljno resursa za neke ključne procese koji bi doprinijeli boljem nastavku skrbi. Važnost ovog dijela skrbi o pacijentu u bolnici prepoznata je sredinom 1960-ih godina u Sjedinjenim Američkim Državama kao bitan dio skrbi koji utječe na ishod liječenja. Od 1980. do 1990. godine Američko bolničko udruženje i Povjerenstvo za akreditaciju bolnica donijelo je zajednički stav da je planiranje otpusta metoda kojom se osigurava kvalitetan nastavak skrbi [4]. Prema akreditacijskom standardu za bolničke zdravstvene ustanove (NN 92/19) svaka bolnica treba utvrditi kako prepoznati visokorizične pacijente koji zahtijevaju ranu identifikaciju, a kojima je potrebno odmah

po prijemu započeti proces planiranja otpusta [2], s čim se slažu domaći i inozemni autori [4, 5]. Također, prema akreditacijskom standardu za bolničke zdravstvene ustanove (NN 92/19) preporuka je izraditi individualni plan otpusta za visokorizične pacijente [2]. Izazov u planiranju otpusta posebno je istaknut kod pacijenata kod kojih se mogu očekivati komplikacije nakon otpusta iz bolnice kao što su: palijativni pacijenti, pacijenti koji imaju stomu, dren ili kateter, pacijenti na terapiji kisikom, pacijenti s kroničnom ranom, dementni pacijenti, pacijenti koji žive sami, a potrebna im je pomoć druge osobe te pacijenti starije životne dobi s komorbiditetima. Prema zahtjevima akreditacijskog standarda za bolničke zdravstvene ustanove (NN 92/19), Međunarodne organizacije za kvalitetu u zdravstvu (ISQUA) i Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu u Federaciji Bosne i Hercegovine svaka bolnička ustanova treba imati pisanu proceduru planiranja otpusta koja obuhvaća izradu procedure, operativnih postupaka, radnih uputa, lista provjere za planirani otpust (*check liste*) te uputa za pacijente s osnovnim informacijama koje će im biti korisne kada napuštaju bolnicu [2, 6, 7]. Liječnik i glavna sestra zavoda/odjela koji skrbe o pacijentu odgovorni su za procjenu, izradu i nadzor plana otpusta [2]. U proces planiranja otpusta za vrijeme hospitalizacije, a prema zahtjevima akreditacijskog standarda za bolničke zdravstvene ustanove (NN 92/19), mogu se uključiti svi zdravstveni i nezdravstveni djelatnici koji svojim nalazom, mišljenjem ili preporukom mogu utjecati na kvalitetu skrbi kada pacijent napusti bolnicu [2]. Prema Pravilniku o akreditacijskom standardu za bolničke zdravstvene ustanove (NN 92/19) i Pravilniku o sestrijskoj dokumentaciji u bolničkim zdravstvenim ustanovama (NN 79/11, 131/12, 71/16) nakon izlaska iz bolnice zakonska je obaveza pacijenta dobiti liječničko otpusno pismo i sestrijsko otpusno pismo [2, 8] koji su glavni komunikacijski alat namijenjen liječniku opće medicine (LOM) i patronažnoj sestri.

Cilj je ovog rada pretražiti dostupnu literaturu o planiranju otpusta pacijenata te istaknuti važnost izrade plana otpusta i ukazati na sigurnosne rizike koji mogu nastati ako planiranje otpusta nije provedeno u skladu s preporukama i legislativom.

## Metode

Za istraživanje su upotrijebljene deskriptivna (opisna) metoda i narativna analiza pregleda literature. U prosin-

cu 2021. godine pretražene su baze podataka: MEDLINE/PubMed i Hrčak. Korištene su ključne riječi na hrvatskom i engleskom jeziku: „planiranje otpusta“ i „sigurnost pacijenata“ te je pretraga ograničena na radove publicirane od 2011. do 2021. godine. Pretragom je pronađeno 116 radova, isključeni su duplicirani radovi, radovi na temelju vrste članka te ostali radovi nakon čitanja naslova i sažetka. Pregledani su i pravni dokumenti Republike Hrvatske (Zakon i pravilnici koji se odnose na zdravstvenu i socijalnu skrb) te akreditacijski standardi za bolnice da bi se sveobuhvatnije istražila tema.

## Rezultati

U konačnu analizu uključeno je 13 publiciranih radova te su njihovi sažeci prikazani u Tablici 1. Odabrana su istraživanja većinom kvalitativna istraživanja ( $n = 10$ ), jedno presječno istraživanje i dva prospektivna istraživanja.

Medicinske sestre i liječnici koji sudjeluju u otpustu pacijenta informiranost pacijenta smatraju prioritetom, no vrijeme i resursi često ih ograničavaju u osiguranju optimalnog tijeka informacija prema pacijentu, što posljedično može utjecati na sigurnost pacijenata [9]. Navode važnost modela planiranja otpusta i kontinuiteta skrbi putem prediktivnih algoritama i strukturiranih smjernica. Hu i sur. [10] procjenom inovativnog programa kontinuiteta skrbi zaključuju da je program utjecao na povećanje znanja pacijenta, spremnost pacijenta za otpust iz bolnice i na sposobnost suočavanja. Uz to, uključenost pacijenta u planiranje otpusta počinje odmah nakon primitka u bolnicu, intervencije su individualizirane i ciljane, a članove obitelji potiče se u jačanju sustava socijalne podrške pacijentima [10, 13]. Otpust iz bolnice nije pojedinačan i izoliran događaj, već složen niz međusobno ovisnih tokova znanja, donošenja odluka i aktivnosti [11]. Da bi planiranje otpusta bilo učinkovito, prema Carman i sur. [19], potrebno je imati koordinatora otpusta i procedure planiranja otpusta, a zdravstveni i nezdravstveni djelatnici koji skrbe o pacijentu trebaju međusobno komunicirati. Zdravstveni i nezdravstveni djelatnici koji su uključeni u planiranje otpusta navode širok raspon potencijalnih sigurnosnih rizika vezanih za otpust [11, 12]. Waring i sur. [12] identificirali su tri povezane kategorije vezane za sigurnost pacijenata te naznačili da zdravstveni i nezdravstveni djelatnici imaju drugačije percepcije potencijalnih sigurnosnih rizika ovisno od vrsti zdravstvenog sustava u kojem ra-

**TABLICA 1.** Sažetak izabranih članaka

| Autor, godina         | Vrsta znanstvenog istraživanja                       | Cilj znanstvenog istraživanja  | Ključni rezultati znanstvenog istraživanja  |
|-----------------------|--|--|---|
| Stevens i sur., 2020. | Kvalitativno istraživanje                            | Istražiti iskustvo i percepciju zdravstvenih radnika o planiranju otpusta pacijenata.  | Otpust se može poboljšati: dostupnošću letaka za otpust pacijenata, uključivanjem obitelji/skrbnika i njegovatelja u planiranje otpusta te boljim definiranjem uloge medicinske sestre zadužene za otpust pacijenata. |
| Hu i sur., 2020.      | Prospektivno randomizirano kontrolirano istraživanje | Procijeniti učinkovitost programa u poboljšanju spremnosti pacijenata za otpust, korištenju zdravstvenih usluga i zadovoljstvu pacijenata. | U usporedbi s kontrolnom grupom, intervencijska grupa pokazala je značajno bolju spremnost za otpust, nižu stopu ponovnog prijema u bolnicu, manje posjeta hitnim prijemima i veće zadovoljstvo kontinuitetom skrbi.  |

|                                |                           |  |   |
|--------------------------------|---------------------------|--|---|
| Waring i sur., 2014.           | Kvalitativno istraživanje | Identificirati intervencije i prakse koje podržavaju razmjenu znanja i suradnju u procesima planiranja otpusta i kontinuiteta skrbi.   | Otpust iz bolnice složeni je sustav koji uključuje dinamične i višesmerne obrasce razmjene znanja između zdravstvenih i ostalih aktera u zajednici, u čemu je ključna potpora, suradnja i dobra koordinacija.   |
| Waring i sur., 2016.           | Kvalitativno istraživanje | Prikazati sigurnosne rizike kod otpusta pacijenata s prijelomima kuka i moždanim udarom kao primjerima složenih planiranja otpusta kod visokorizičnih pacijenata.  | Identificirane su tri kategorije vezane za sigurnosne rizike kod otpusta pacijenata: (1) izravne ozljede pacijenata: padovi, infekcije, rane i ulceracije; (2) proksimalni čimbenici: procjena pacijenta o spremnosti za otpust, upravljanje opremom i lijekovima, definiran plan skrbi, edukacija pacijenata; i (3) distalni čimbenici: planiranje otpusta, vrijeme otpuštanja i ograničenje resursa.                        |
| Stevens i sur., 2019.          | Presječno istraživanje    | Istražiti iskustvo i percepciju pacijenata koji su otpušteni iz hitnih bolničkih prijema.  | Većina pacijenata razumjela je svoju otpusnu dijagnozu te su dobili informacije o otpustu verbalnim putem. Upute i savjete o otpustu koristilo je više od polovice pacijenata.  |
| Considine i sur., 2020.        | Kvalitativno istraživanje | Razumjeti iz perspektive pacijenta/ njegovatelja koje bi se značajke planiranja otpusta mogle poboljšati i koji elementi planiranja otpusta mogu poboljšati iskustvo otpusta.  | Rezultati ističu složenost planiranja otpusta i važnost učinkovite komunikacije, zajedničkog donošenja odluka o otpustu, većeg angažmana njegovatelja u planiranju otpusta iz bolnice i smanjenju ranih neplaniranih ponovnih prijema u bolnicu.  |
| Goldman i sur., 2018.          | Kvalitativno istraživanje | Istražiti uključenost bolničkih medicinskih sestara u planiranje otpusta te njihovu suradnju s liječnicima i ostalim sudionicima u planiranju otpusta.   | Medicinske sestre nedovoljno su uključene u planiranje otpusta. Treba povećati suradnju medicinskih sestara, liječnika i ostalih sudionika koji sudjeluju u planiranju otpusta. Rezultati također pokazuju nedovoljno jasne podjele uloga u planiranju otpusta.   |
| Parast i sur., 2017.           | Prospektivno istraživanje | Opisati koje mjere planiranja otpusta roditelji/skrbnici smatraju značajnima.  | Mjera koja se pokazala najznačajnijom prilikom planiranja otpusta uključuje razumljive upute roditeljima/skrbnicima sa svim potrebnim informacijama.  |
| Hansson i sur., 2018.          | Kvalitativno istraživanje | Istražiti na koje prepreke nailaze zdravstveni djelatnici prilikom planiranja otpusta za osobe starije životne dobi s komorbiditetima.   | Prepreke se nalaze na tri razine: društvenoj, organizacijskoj i individualnoj. To su: nedovoljna komunikacija s pacijentima i rodbinom, loša suradnja između skrbnika, nepostojanje odgovorne osobe za planiranje kontinuiteta skrbi i odsutnost sveobuhvatne odgovornosti za pacijenta.  |
| Goldman i sur., 2016.          | Kvalitativno istraživanje | Proširiti razumijevanje o međuprofesionalnim odnosima zdravstvenih djelatnika uključenih u planiranje otpusta.   | Dominantnu ulogu u planiranju otpusta imaju liječnici, dok ostali članovi multidisciplinarnog tima imaju suportivnu ulogu. Treba aktivirati ulogu medicinskih sestara u planiranju otpusta pacijenata te istaknuti njihovu važnost u doprinosu planiranja otpusta. Na međuprofesionalnu dinamiku planiranja otpusta utječu: mogućnost pregovaranja unutar tima, organizacijska struktura i rutina.                            |
| Carman i sur., 2021.           | Kvalitativno istraživanje | Analizirati proces planiranja otpusta kako bi se identificirale prepreke i mogućnosti u kontekstu sustava u kojem se javljaju, a iz perspektive bolničkog i zdravstvenog osoblja u zajednici.  | Nekoliko glavnih identificiranih prepreka koje predstavljaju mogućnosti za promjene su: nepravovremeno izvršeni zadaci vezani za otpust iz bolnice, loša interakcija među osobljem, tijek i kvaliteta informacija, nedostatak komunikacije, nepovjerenje, nepostojanje podrške i smanjeni ljudski kapaciteti.   |
| Allen i sur., 2018.            | Kvalitativno istraživanje | Opisati iskustvo pacijenata i njegovatelja o planiranju otpusta i kontinuitetu skrbi.  | Postoji ograničeno razumijevanje kako aktivno uključiti korisnike usluga skrbi u planiranje otpusta i kontinuitet skrbi. Identificirano je šest glavnih tema koje opisuju iskustvo pacijenata i njegovatelja: potreba za osamostaljenjem, odnosi podrške s njegovateljima, brižni odnosi sa zdravstvenim radnicima, traženje informacija, rasprava i pregovaranje o planu otpusta i kontinuitetu skrbi i učenje brige o sebi. |
| Perault-Sequeira i sur., 2021. | Kvalitativno istraživanje | Identificirati i istražiti mreže pružatelja skrbi na uzorku hospitaliziranih, multimorbidnih pacijenata te bolje razumjeti prirodu njihove privrženosti pružateljima usluga kao način otkrivanja novih pristupa za poboljšanje planiranja otpusta. | Otpusti hospitaliziranih, multimorbidnih pacijenata identificirani su kao visokorizični zbog čestih propusta u kontinuitetu skrbi. Rezultati impliciraju važnost planiranja otpusta pacijenata, prepoznavanje ključnih aktera u mreži skrbi i važnost identificiranja pacijenata koji bi imali koristi od poboljšane potpore prilikom planiranja otpusta.   |

de te ovisno o skupini pacijenata kojima planiraju otpust. Organizacijski pritisci za oslobađanjem kreveta, nedostatak komunikacije između osoblja, radni zadaci koji nisu pravovremeno završeni, nedostatak dokumentacija i informacije, neispravna oprema ili nedostatak opreme, odgađanje transporta, kasni otpust tijekom dana, nedostadni kapaciteti pacijenta za sudjelovanje u planiranju otpusta i nedostatak podrške i pomoći obitelji česte su prepreke učinkovitim planiranjem otpusta [20]. Otpust pacijenata visokorizičan je dio skrbi o pacijentu i zahtijeva multidisciplinarnu interakciju i koordinaciju što povećava kvalitetu zdravstvene zaštite i utječe na sigurnost pacijenta [11, 12, 18]. Considine i sur. [14] zaključuju da je kod planiranja otpusta bitna dobra komunikacija između članova tima, ali i između članova tima i pacijenta. No, unatoč rezultatima istraživanja koji ističu važnost međuprofesionalne komunikacije i suradnje [14, 11], u kliničkom su okruženju medicinske sestre nedovoljno uključene u komunikaciju s liječnicima i ostalim članovima tima za otpust pacijenta [9, 15, 18] te je protok informacija prema njima ograničen [15]. Poteškoće u komunikaciji susreću se također između bolničara i liječnika obiteljske medicine te ostalih sudionika u zajednici, što može dovesti do nepotrebnog korištenja zdravstvenih resursa (česte posjete LOM-u) [21]. Kada se govori o zadovoljstvu pacijenata planiranjem otpusta, većina je pacijenata zadovoljna planiranjem otpusta te je shvatila upute dobivene prilikom otpusta [13]. Zadovoljstvo pacijenata/skrbnika otpustom može se poboljšati učinkovitijom komunikacijom sa zdravstvenim timom i dobrim koordiniranjem prijelaza iz bolnice kući/u drugu ustanovu [14]. Nadalje, pacijenti imaju potrebu, u okviru svojih mogućnosti, biti uključeni u donošenje odluka o planiranju otpusta i kontinuitetu skrbi [20]. Parast i sur. [16] navode da bolje iskustvo u tranziciji skrbi za pedijatrijske pacijente imaju roditelji/skrbnici koji su imali dobru komunikaciju s medicinskim sestrama. Također, pacijenti/skrbnici koji su bili uključeni u planiranje otpusta i daljnje skrbi, uz dovoljno informacija i pomoći, vjerojatnije će se pridržavati naknadnog plana skrbi i biti adherentni prema terapiji [16, 20]. Hansson i sur. [17] identificirali su četiri kategorije prepreka za učinkovitu suradnju između pružatelja zdravstvenih usluga i pacijenata i njihovih obitelji te između zdravstvenih djelatnika. To su: nedostatak komunikacija s pacijentom/obitelji, odgođena komunikacija, neadekvatan plan skrbi i raspodjela resursa koja ne prati stvarne potrebe pacijenata. Navedene prepreke, prema Hansson i sur. [17], mogu se zaobići davanjem razumljivih informacija pacijentima/rodbini, poboljšanom komunikacijom s pacijentom/obitelji, izradom zajedničkog plana skrbi, imenovanjem osobe zadužene za planiranje otpusta i boljom raspodjelom resursa.

## Rasprava

Međunarodna organizacija za kvalitetu u zdravstvu navodi da je glavni cilj planiranja otpusta smanjiti sigurnosne rizike kada pacijent napušta bolnicu, a oni su mnogobrojni [6]. Temeljeno na rezultatima navedenih istraživanja, planiranje otpusta utječe na kvalitetu nastavka integrirane skrbi i sigurnosti pacijenata i može se grupirati u sljedeće skupine utjecaja:

## Osiguravanje kvalitete u nastavku skrbi

Prema akreditacijskom standardu za bolničke zdravstvene ustanove (NN 92/19) cilj planiranog otpusta je unaprijediti koordinaciju usluga i koordinaciju zdravstvene skrbi nakon što se pacijent otpusti iz bolnice kako bi se osigurao kontinuitet zdravstvene skrbi [2]. Za vrijeme boravka u bolnici potrebno je razgovarati s pacijentom, obitelji/skrbnikom o terminu otpusta iz bolnice, o ishodima liječenja i mogućnostima za nastavak skrbi. Mnoge bolničke ustanove u Republici Hrvatskoj imenovale su medicinsku sestru za planiranje otpusta na razini ustanove. Sestra za planiranje otpusta aktivno sudjeluje u procesu planiranja i izradi plana otpusta, sudjeluje u nadzoru procesa planiranja otpusta te je zadužena za kontinuirano promicanje procesa u planiranju otpusta na razini bolnice. Ako se pacijent iz bolnice otpušta kući, sestra koja skrbi o pacijentu ili sestra za planiranje otpusta započinje proces komunikacije s patronažnom sestrom ili koordinatorom za palijativnu skrb na razini primarne zdravstvene zaštite (PZZ). Po dolasku pacijenta kući, liječnik obiteljske medicine, ako za to postoji potreba, odlazi u kućnu posjetu ili u kućnu posjetu šalje patronažnu sestru. Zbog potrebe za nastavkom skrbi, liječnik obiteljske medicine određuje postupke zdravstvene njege u kući. Ako se radi o palijativnom pacijentu, uključuje se koordinator za palijativnu skrb pri Domu zdravlja i mobilni palijativni tim koji prema nalogu liječnika obiteljske medicine odlazi u kućnu posjetu. Na razini PZZ-a mogu se također, ovisno o potrebi pacijenta, uključiti psiholog, farmaceut, socijalni radnik, volonteri, posudionice ortopedskih pomagala i duhovnici. Ako je pacijent u terminalnoj fazi bolesti ili se procjenjuje mogućnost smrtnog ishoda, u procesu planiranja otpusta obavezna je priprema pacijenta i njegove obitelji. Kada se pacijent premješta u ustanovu za produženo liječenje, prema odluci Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje [22], odobrava se 14 dana za nastavak liječenja uz mogućnost produljenja boravka. Za primitak palijativnih pacijenata ustanove za produženo liječenje imaju odjele za palijativno liječenje.

## Utjecaj na sigurnost pacijenata u svim procesima pružanja zdravstvene skrbi

Prema Međunarodnoj klasifikaciji sigurnosti pacijenata Svjetske zdravstvene organizacije u čimbenike rizika kao izravne prijetnje sigurnosti pacijenta najčešće se ubrajaju padovi, neadekvatno uzimanje propisane terapije i infekcije [23]. Pad je sigurnosni rizik koji može nastati uslijed transporta nakon otpusta iz bolnice ili zbog korištenja opreme za mobilnost pacijenata, posebno u danima nakon otpusta iz bolnice. Čimbenici koji mogu izazvati pad, prema Waring i sur. [11], loše su opće stanje pacijenta nakon izlaska iz bolnice, loša procjena kognitivnog oštećenja, lijekovi koji mogu utjecati na povećan rizik za pad, nedovoljna edukacija o korištenju opreme za mobilnost, neadekvatni uvjeti za kretanje pacijenta u okruženju i drugo. Prema podacima američke Agencije za kvalitetu i istraživanje u zdravstvu lijekovi su također jedan od čimbenika rizika kada pacijent napušta bolnicu [24]. Najčešće dolazi do pogrešaka u primjeni lijekova ako pacijentu i njegovoj obitelji nije detaljno objašnjen plan farmakoterapije. Boravak u bolnici prilika je

za revidiranje terapije, a pacijent, obitelj/skrbnik educira se o ukinutoj terapiji, preporučenoj terapiji te o načinu uzimanja lijeka. Uz navedeno, poseban naglasak u procesu planiranja otpusta stavljen je na upravljanje bolovima i simptomima [6]. Nadalje, infekcije su sigurnosni rizik za dio pacijenata koji se otpuštaju iz bolnice, a bili su izloženi bolničkim infekcijama. Rizik postoji ako pacijenti nakon otpusta iz bolnice ne uzimaju preporučenu antibiotsku terapiju [11]. Medicinske sestre imaju ključnu ulogu u upravljanju lijekovima tijekom kontinuiteta skrbi, stoga ih treba osnažiti i više uključiti u proces upravljanja lijekovima u zdravstvenom sustavu. Sigurnost pacijenata i izbjegavanje pogrešaka u liječenju tijekom kontinuiteta skrbi zahtijevaju da upravljanje lijekovima postane multidisciplinarna suradnja s učinkovitom komunikacijom između pružatelja zdravstvenih usluga [25].

### Utjecaj na zadovoljstvo pacijenata i njihovih obitelji

Kvalitetno planiran otpust pacijenta iz bolnice, prilikom kojeg su potrebe pacijenta uzete u obzir, utječe na zadovoljstvo pacijenta i njegove obitelji [30]. Prema Pravilniku o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene (NN 79/11) zadovoljstvo ovisi o predodžbi pacijenata u kojem su stupnju zadovoljeni njegovi zahtjevi [26]. Kada se pacijentu i obitelji pruži pomoć u obliku informacija kada, kako i od koga zatražiti pomoć nakon otpusta iz bolnice, stvara se osjećaj da nisu sami, a to onda utječe na sigurnost i zadovoljstvo pacijenata. Planiranje otpusta uvijek treba biti usmjereno prvenstveno na pacijenta, na njegove potrebe u nastavku skrbi, a tek onda na zadovoljstvo obitelji.

### Utjecaj na neplanirani povratak u bolnicu

Jedan od indikatora kvalitete zdravstvene zaštite prema zahtjevima akreditacijskog standarda za bolničke zdravstvene ustanove (NN 92/19) neplanirani je povratak u bolnicu 30 dana nakon zadnje hospitalizacije [2]. Planiranje otpusta pacijenta iz bolnice doprinosi smanjenju ponovnih prijema [27, 28] premda se kod nekih pacijenata ne može spriječiti ponovni prijem zbog prirode bolesti. Neki elementi koji mogu povećati rizik za neplanirani prijem u bolnicu su: prijevremeni otpust iz bolnice, nepotpuna priprema u planiranju otpusta, nedovoljna skrb za pacijenta nakon otpusta iz bolnice, neuzimanje propisane terapije i neželjeni događaji koji su uslijedili nakon otpusta iz bolnice [4, 5]. Laugaland i sur. [30] navode da istraživanja pokazuju da osobe starije životne dobi otpuštene iz bolnice imaju koristi od ciljanih intervencija koje dokazano smanjuju stope ponovnog prijema. Uspješne su intervencije multidisciplinarne, započinju u ranoj fazi i održavaju se tijekom cijele hospitalizacije i razdoblja nakon otpusta, uključuju koordinatore otpusta, a pacijent/obitelj/skrbnici aktivni su sudionici procesa. Standardizacija planiranja otpusta može smanjiti rizik od ponovnog prijema i pogoršanja zdravlja pacijenta, osigurati pozitivne zdravstvene ishode i poboljšati kontinuitet skrbi.

### Utjecaj na vrijeme boravka u bolnici

Opterećenost bolničkog sustava i nekvalitetna komunikacija između bolničkih djelatnika koji skrbe o pacijentu utje-

ču na proces planiranja otpusta pacijenata [29] što direktno utječe na kvalitetu daljnje zdravstvene skrbi i sigurnost pacijenata. U preglednom radu Petitgout [31] navodi da je neučinkovito planiranje otpusta povezano s dužim boravcima u bolnici, a koordinator otpusta skraćuje trajanje boravka u bolnici i ima važnu ulogu u poboljšanju cjelokupnog iskustva pacijenta i obitelji u planiranju otpusta. Rizik za produženi boravak u bolnici može nastati kada se pacijent otpušta na kućnu skrb, a obitelj ili skrbnici nisu u mogućnosti skrbiti o pacijentu, bilo da su pomagači starije životne dobi, zbog zaposlenosti članova obitelji ili nekih drugih socijalnih razloga [5]. Također, rizik za produženi boravak u bolnici može nastati zbog nedostupnosti kapaciteta u ustanovama za produženo liječenje ili smještaja pacijenata u ustanove koje su u sastavu socijalne skrbi.

Za unapređenje ovog segmenta skrbi neophodno je:

- izraditi jasne procedure za izradu plana otpusta,
- provoditi edukaciju svih djelatnika koji sudjeluju u planiranju otpusta,
- izraditi Listu provjere (obrazac) za planirani otpust,
- izraditi Uputu za pacijente kada napuštaju bolnicu,
- pratiti indikatore neplaniranih ponovnih prijema.

Važno je istaknuti da u planiranju otpusta medicinska sestra ima važnu ulogu jer neposredno utječe na kvalitetu i sigurnost skrbi, a takve prilike u profesionalnom djelovanju medicinskih sestara treba podržavati.

### Zaključak

Planirani nastavak skrbi nakon izlaska iz bolnice prilika je za promicanje sigurnosti pacijenata. Pozitivni ishodi u planiranju otpusta tijekom boravka pacijenta u bolnici mogu se očekivati u bolnicama čiji zaposlenici imaju razvijenu svijest o važnosti ovog oblika skrbi i koji posljedično mogu doprinijeti kvaliteti, sigurnosti i zadovoljstvu pacijenata. Dobra komunikacija i koordinacija zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika koji skrbe o pacijentu u bolnici, kao i komunikacija s liječnikom obiteljske medicine, patronažnom sestrom ili koordinatorom za palijativnu skrb koji sudjeluju u nastavku skrbi bez obzira na mjesto nastavka skrbi, utječe na kvalitetu skrbi, sigurnost i zadovoljstvo pacijenata. Uz navedeno, utječe i na dužinu boravka u bolnici i ponovni neplanirani povratak u bolnicu. Edukacija pacijenta i njegove obitelji o novonastalom zdravstvenom stanju kao i jasne upute o nastavku skrbi nakon izlaska iz bolnice također pridonose sigurnosti i kvaliteti skrbi. Dogovoreni i koordinirani nastavak skrbi nakon što pacijent napusti bolnicu može imati veliki utjecaj na kvalitetu skrbi za pacijenta i njegovu obitelj, ali i na financijske troškove koji se mogu povećavati u nastavku skrbi. Također, na državnoj je razini neophodno imati kompatibilne informatičke sustave kako bi pacijentov elektronički zdravstveni karton bio vidljiv svima u sustavu primarne, sekundarne i tercijarne razine zdravstvene skrbi, što bi svakako utjecalo na kvalitetu kontinuirane skrbi.

### Nema sukoba interesa

### Authors declare no conflict of interest

## Literatura

- [1] Gonçalves-Bradley DC, Lannin NA, Clemson LM, Cameron ID, Shepperd S. Discharge planning from hospital. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016; 1: 1–89. doi: 10.1002/14651858.CD000313.pub5.
- [2] Narodne novine – Službeni list Republike Hrvatske; Pravilnik o akreditacijskom standardu za bolničke zdravstvene ustanove (NN 92/19), preuzeto: 10. 11. 2021., dostupno na: [https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2019\\_09\\_92\\_1825.html](https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2019_09_92_1825.html)
- [3] Mennuni M, Gulizia MM, Alunni G, Francesco Amico A., Maria Boventzi, F, Caporale R et al. ANMCO position paper: hospital discharge planning: recommendations and standards. *Eur Heart J Suppl.* 2017; 19 (Suppl D): D244–D255. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/sux011>
- [4] Chin-Jung L, Shih-Jung C, Shou-Chuan S, Cheng-Hsin C, Jin-Jin T. Discharge Planning. *Int J Gerontol.* 2012; 6 (4): 237–240.
- [5] Šepec S i sur. Razvrstavanje pacijenata u kategorije ovisno o potrebnama za zdravstvenom njegovom [Internet]. Zagreb, Hrvatska komora medicinskih sestara; 2006. [pristupljeno 15. 1. 2022.]. Dostupno na: [http://www.hkms.hr/data/1343393312\\_890\\_mala\\_Kategorizacija-bolesnika.pdf](http://www.hkms.hr/data/1343393312_890_mala_Kategorizacija-bolesnika.pdf)
- [6] isqua.org [Internet]. International Society for Quality in Health Care; c2022 [citirano 10. 1. 2022]. Dostupno na: <https://isqua.org>
- [7] akaz.ba [Internet]. Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu u Federaciji Bosne i Hercegovine; c2022 [citirano 12. 1. 2022]. Dostupno na: <http://www.akaz.ba>
- [8] Narodne novine – Službeni list Republike Hrvatske; Pravilnik o sestrinskoj dokumentaciji u bolničkim zdravstvenim ustanovama (NN 79/11, 131/12, 71/16), preuzeto: 10. 11. 2021., dostupno na: [https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2011\\_07\\_79\\_1692.html](https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2011_07_79_1692.html)
- [9] Stevens L, Fry M, Jacques M, Barnes A. Perceptions and experience of emergency discharge as reported by nurses and medical officers. *Australas Emerg Care.* 2020; 23 (1): 55–61. doi: 10.1016/j.auec.2019.12.002
- [10] Hu R, Gu B, Tan Q, Xiao K, Li X, Cao X, Song T, Jiang X. The effects of a transitional care program on discharge readiness, transitional care quality, health services utilization and satisfaction among Chinese kidney transplant recipients: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2020; 110:103700. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103700.
- [11] Waring J, Marshall F, Bishop S, Sahota O, Walker MF, Currie G, Fisher R, Avery TJ. An ethnographic study of knowledge sharing across the boundaries between care processes, services and organisations: the contributions to 'safe' hospital discharge. *Health Services and Delivery Research.* 2014; 2 (29). <https://doi.org/10.3310/hsdr02290>
- [12] Waring J, Bishop S, Marshall F. A qualitative study of professional and carer perceptions of the threats to safe hospital discharge for stroke and hip fracture patients in the English National Health Service. *BMC Health Serv Res.* 2016; 16 (1): 1–14. doi: 10.1186/s12913-016-1568-2.
- [13] Stevens L, Fry M, Browne M, Barnes A. Fast track patients' satisfaction, compliance and confidence with emergency department discharge planning. *Australas Emerg Care.* 2019; 22 (2): 87–91. doi: 10.1016/j.auec.2019.01.004.
- [14] Considine J, Berry D, Sprogis SK, Newnham E, Fox K, Darzins P, Rawson H, Street M. Understanding the patient experience of early unplanned hospital readmission following acute care discharge: a qualitative descriptive study. *BMJ Open.* 2020; 10 (5): e034728. doi: 10.1136/bmjopen-2019-034728.
- [15] Goldman J, MacMillan K, Kitto S, Wu R, Silver I, Reeves S. Bedside nurses' roles in discharge collaboration in general internal medicine: Disconnected, disempowered and devalued? *Nurs Inq.* 2018; 25 (3): e12236. doi: 10.1111/nin.12236.
- [16] Parast L, Burkhart Q, Desai AD, Simon TD, Allshouse C, Britto MT, Leyenaar JK, Gidengil CA, Toomey SL, Elliott MN, Schneider EC, Mangione-Smith R. Validation of New Quality Measures for Transitions Between Sites of Care. *Pediatrics.* 2017; 139 (5) : e20164178. doi: 10.1542/peds.2016-4178.
- [17] Hansson A, Svensson A, Ahlström BH, Larsson LG, Forsman B, Alsén P. Flawed communications: Health professionals' experience of collaboration in the care of frail elderly patients. *Scand J Public Health.* 2018; 46 (7): 680–689. doi: 10.1177/1403494817716001.
- [18] Goldman J, Reeves S, Wu R, Silver I, MacMillan K, Kitto S. A sociological exploration of the tensions related to interprofessional collaboration in acute-care discharge planning. *J Interprof Care.* 2016; 30 (2): 217–25. doi: 10.3109/13561820.2015.1072803.
- [19] Carman EM, Fray M, Waterson P. Facilitators and barriers of care transitions - Comparing the perspectives of hospital and community healthcare staff. *Appl Ergon.* 2021; 93: 103339. doi: 10.1016/j.apergo.2020.103339.
- [20] Allen J, Hutchinson AM, Brown R, Livingston PM. User experience and care for older people transitioning from hospital to home: Patients' and carers' perspectives. *Health Expect.* 2018; 21 (2): 518–527. doi: 10.1111/hex.12646. Epub 2017 Nov 9.
- [21] Perrault-Sequeira L, Torti J, Appleton A, Mathews M, Goldszmidt M. Discharging the complex patient - changing our focus to patients' networks of care providers. *BMC Health Serv Res.* 2021; 21 (1): 950. doi: 10.1186/s12913-021-06841-2.
- [22] Narodne novine – Službeni list Republike Hrvatske; Odluka o izmjenama i dopunama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (NN 32/19), preuzeto: 10. 11. 2021., dostupno na: [https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2019\\_03\\_32\\_680.html](https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2019_03_32_680.html)
- [23] Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety Version 1.0 for use in Field Testing 2007-2008 [Internet]. WHO, Geneva, 2007. [citirano 20. 1. 2022]. Dostupno na: [http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_form/en/index.html](http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_form/en/index.html)
- [24] Strategy 4: Care transitions from hospital to home: IDEAL discharge planning. [Internet]. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, 2013. [citirano 23. 1. 2022]. Dostupno na: <https://www.ahrq.gov/patient-safety/patients-families/engagingfamilies/strategy4/index.html>
- [25] Mardani A, Griffiths P, Vaismoradi M. The Role of the Nurse in the Management of Medicines During Transitional Care: A Systematic Review. *J Multidiscip Healthc.* 2020; 13: 1347–1361. doi: 10.2147/JMDH.S276061.
- [26] Narodne novine – Službeni list Republike Hrvatske; Pravilnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene (NN 79/11), preuzeto: 1. 2. 2022., dostupno na: [https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2011\\_07\\_79\\_1693.html](https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2011_07_79_1693.html)
- [27] Considine J, Berry D, Newnham E, Jiang M, Fox K, Plunkett D, Mecnar M, Darzins P, O'Reilly M. Factors associated with unplanned readmissions within 1 day of acute care discharge: a retrospective cohort study. *BMC Health Serv Res.* 2018; 18 (1): 1–11. doi: 10.1186/s12913-018-3527-6.
- [28] Hunter T, Birmingham J. Preventing readmissions through comprehensive discharge planning. *Prof Case Manag.* 2013; 18 (2): 56–63. doi: 10.1097/NCM.0b013e31827de1ce.
- [29] Nordmark S, Zingmark K, Lindberg I. Process evaluation of discharge planning implementation in healthcare using normalization process theory. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2016; 16 (1): 1–10. doi: 10.1186/s12911-016-0285-4.
- [30] Laugaland K, Aase K, Barach P. Interventions to improve patient safety in transitional care—a review of the evidence. *Work.* 2012; 41(Suppl 1): 2915–24. doi: 10.3233/WOR-2012-0544-2915.
- [31] Petitgout JM. Implementation and evaluation of a unit-based discharge coordinator to improve the patient discharge experience. *J Pediatr Health Care.* 2015; 29 (6): 509–17. doi: 10.1016/j.pedhc.2015.02.004.