

Organizacija rada palijativne skrbi u Hrvatskoj i važnost kvalitetnog planiranog otpusta palijativnog bolesnika iz bolnice

Tadić, Marija

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Pula / Sveučilište Jurja Dobrile u Puli**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:137:453705>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-09-21**



Repository / Repozitorij:

[Digital Repository Juraj Dobrila University of Pula](#)



SVEUČILIŠTE JURJA DOBRILE U PULI
MEDICINSKI FAKULTET U PULI
Preddiplomski stručni studij Sestrinstvo

MARIJA TADIĆ
ORGANIZACIJA RADA PALIJATIVNE SKRBI U HRVATSKOJ I VAŽNOST
KVALITETNOG PLANIRANOG OTPUSTA PALIJATIVNOG BOLESNIKA IZ
BOLNICE
Završni rad

Pula, rujan 2021. godine

SVEUČILIŠTE JURJA DOBRILE U PULI
MEDICINSKI FAKULTET U PULI
Preddiplomski stručni studij Sestrinstvo

MARIJA TADIĆ

**ORGANIZACIJA RADA PALIJATIVNE SKRBI U HRVATSKOJ I VAŽNOST
KVALITETNOG PLANIRANOG OTPUSTA PALIJATIVNOG BOLESNIKA IZ
BOLNICE**

Završni rad

JMBAG: 0303078212, izvanredni student

Studijski smjer: Preddiplomski stručni studij Sestrinstvo

Predmet: Palijativna zdravstvena njega

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: Kliničke i medicinske znanosti

Znanstvena grana: Sestrinstvo

Mentor: Nada Tadić, dipl.med.techn.

Pula, rujan 2021. godine



IZJAVA O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI

Ja, dolje potpisani Marija Tadić, kandidat za prvostupnika sestrinstva ovime izjavljujem da je ovaj Završni rad *Organizacija rada palijativne skrbi u Hrvatskoj i važnost kvalitetnog planiranog otpusta palijativnog bolesnika iz bolnice* rezultat isključivo mogega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na objavljenu literaturu kao što to pokazuju korištene bilješke i bibliografija. Izjavljujem da niti jedan dio Završnog rada nije napisan na nedozvoljeni način, odnosno da je prepisan iz kojega necitiranog rada, te da ikoji dio rada krši bilo čija autorska prava. Izjavljujem, također, da nijedan dio rada nije iskorišten za koji drugi rad pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj ili radnoj ustanovi.

Student

U Puli, rujan 2021. godine



IZJAVA O KORIŠTENJU AUTORSKOG DJELA

Ja, Marija Tadić dajem odobrenje Sveučilištu Jurja Dobrile u Puli, kao nositelju prava iskorištavanja, da moj Završni rad pod nazivom *Organizacija rada palijativne skrbi u Hrvatskoj i važnost kvalitetnog planiranog otpusta palijativnog bolesnika iz bolnice* koristi na način da gore navedeno autorsko djelo, kao cjeloviti tekst trajno objavi u javnoj internetskoj bazi Sveučilišne knjižnice Sveučilišta Jurja Dobrile u Puli te kopira u javnu internetsku bazu završnih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice (stavljanje na raspolaganje javnosti), sve u skladu s Zakonom o autorskom pravu i drugim srodnim pravima i dobrom akademskom praksom, a radi promicanja otvorenoga, slobodnoga pristupa znanstvenim informacijama.

Za korištenje autorskog djela na gore navedeni način ne potražujem naknadu.

U Puli, rujan 2021. godine

Potpis

ZAHVALA

Zahvaljujem se svojoj mentorici dipl.med.techn. Nadi Tadić na strpljenju, pruženoj podršci i razumijevanju te uloženom trudu, vremenu i znanju tijekom izrade ovog završnog rada.

Hvala mojoj obitelji koja me je podupirala tijekom cijelog mog školovanja, jer bez njih sve ovo ne bi bilo moguće.

Zahvaljujem se mojoj glavnoj sestri Marini Dembić i svim kolegicama i kolegama koji su mi nesebično izlazili u susret tijekom cijelog školovanja prilikom usklađivanja studentskih i poslovnih obaveza.

SADRŽAJ

| | |
|--|----|
| 1. UVOD | 1 |
| 2. OBRADA TEME | 2 |
| 2.1. Razvoj palijativne medicine u svijetu | 2 |
| 2.2. Razvoj palijativne medicine u Hrvatskoj | 3 |
| 2.3. Palijativna skrb i palijativna medicina | 5 |
| 2.4. Razine palijativne skrbi..... | 7 |
| 2.5. Načela organizacije sustava palijativne skrbi | 9 |
| 2.6. Organizacijski oblici palijativne skrbi..... | 10 |
| 2.6.1. Kućna palijativna skrb | 11 |
| 2.6.2. Palijativni dnevni boravci..... | 11 |
| 2.6.3. Ambulante/savjetovišta za palijativnu skrb..... | 11 |
| 2.6.4. Ambulanta za bol | 12 |
| 2.6.5. Službe žalovanja..... | 12 |
| 2.6.6. Palijativni odjeli/odsjeci | 12 |
| 2.6.7. Mobilni palijativni tim | 12 |
| 2.6.8. Stacionarne ustanove (stacionari)..... | 13 |
| 2.6.9. Hospicij | 13 |
| 2.7. Planiranje otpusta..... | 14 |
| 2.7.1. Postupak planiranja otpusta..... | 14 |
| 2.8. Otpusno pismo zdravstvene njege | 17 |
| 2.9. Poteškoće u procesu planiranja otpusta | 17 |
| 2.10. Interdisciplinarni tim..... | 24 |
| 2.11. Komunikacija u palijativnoj skrbi..... | 26 |
| 2.11.1. Komunikacija s palijativnim bolesnikom..... | 26 |
| 2.11.2. Komunikacija s obitelji palijativnog bolesnika | 27 |

| | |
|--|-----------|
| 2.12. Uloga medicinske sestre u palijativnoj skrbi | 29 |
| 3. ZAKLJUČAK | 30 |
| LITERATURA..... | 31 |
| POPIS SLIKA..... | 34 |
| POPIS TABLICA..... | 34 |
| SAŽETAK..... | 35 |
| SUMMARY | 36 |

1. UVOD

Prema definiciji Europskog udruženja za palijativnu skrb (engl. European Association for Palliative Care, EAPC) palijativna skrb definira se kao: „pristup koji poboljšava kvalitetu života bolesnika i njihovih obitelji suočenih s problemima neizlječivih, uznapredovalih bolesti, putem sprječavanja i ublažavanja patnje pomoću ranog prepoznavanja i besprijeorne prosudbe te liječenja boli i drugih problema - fizičkih, psihosocijalnih i duhovnih. Palijativna skrb je interdisciplinarna u svom pristupu te svojim djelokrugom obuhvaća bolesnika, obitelj i zajednicu. Palijativna skrb obuhvaća zbrinjavanje bolesnikovih potreba gdje god da se za njega skrbi, bilo kod kuće ili u ustanovi. Palijativna skrb afirmira život, a smrt smatra sastavnim dijelom života, koji dolazi na kraju, ona smrt ne ubrzava niti je odgađa. Ona nastoji očuvati najbolju moguću kvalitetu života sve do smrti“ (Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017 – 2020).

Učinkovito planiranje otpusta palijativnog bolesnika iz bolnice važno je da bi se održao kontinuitet zdravstvene zaštite te osigurala kvaliteta zdravstvene skrbi pacijenta kod kuće ili u nekoj drugoj zdravstvenoj ustanovi nakon otpusta iz bolnice.

Planirani otpust je proces, a ne izolirani događaj. U literaturi se opisuje i kao kritična veza između liječenja koje je pacijent primio u bolnici i njege nakon otpusta u zajednici (Chin – Jung Lin i sur., 2012). Primjenjuje se za sve bolničke pacijente, a ne uključuje pacijente koji su u bolničkom hitnom ili ambulantnom prijemu. Prethodna istraživanja ukazuju na to da bolnice često otpuštaju pacijente s nedovoljnim planiranjem otpusta, nedovoljnim i nepotpunim informacijama, nedostatkom koordinacije među članovima zdravstvenog tima i manjkavom komunikacijom između bolnice i zajednice (Chin – Jung Lin i sur., 2012). Planiranje otpusta sastavni je dio zdravstvene skrbi i uključuje aktivnu komunikaciju i suradnju s pacijentom, procjenu njegove kognitivne sposobnosti i funkcionalnog statusa, podršku njegove obitelji i drugih sudionika koji sudjeluju u nastavku zdravstvene skrbi, a komunikacija se smatra glavnim čimbenikom koji može ubrzati ili usporiti taj proces.

2. OBRADA TEME

2.1. Razvoj palijativne medicine u svijetu

Razvoj palijativne medicine započeo je 60 – ih godina u Velikoj Britaniji te 70 – ih godina u Sjedinjenim Američkim Državama i Kanadi. Razvoj je počeo kao reakcija na promjene u medicinskoj kulturi, a potaknulo ga je nekoliko izvanrednih vizionara i povijesnih ličnosti u medicini (Braš i sur., 2014). Ujedinjeno Kraljevstvo je zemlja koja se smatra kolijevkom palijativne medicine i modernog hospicijskog pokreta. Tradicija skrbi o terminalno oboljelima razvija se u Velikoj Britaniji od 1967. godine kada je u Londonu otvoren Hospicij St. Christopher i to zahvaljujući utemeljiteljici modernog hospicijskog pokreta Dame Cicely Saunders (Brkljačić i sur., 2013). Razvila ga je u prvu medicinsku akademsku modernu zdravstvenu ustanovu u kojoj se interdisciplinarno skrbi o oboljelima od neizlječivih bolesti. Zalagala se za medicinu koja će biti usmjerena prema osobi, a ne prema dijagnozi. Stručna palijativna skrb danas je u ovoj zemlji dostupna na gotovo svim područjima u kojima se skrb pruža.

U Sjedinjenim Američkim Državama veliki utjecaj na razvoj palijativne medicine i skrbi imala je psihijatrica Elisabeth Kubler – Ross čije su knjige uzrokovale velike reakcije između stručnjaka i javnosti u komunikaciji s umirućim bolesnikom i njegovim potrebama te odnosu liječnik – bolesnik – obitelj. Sredinom 1970 – ih godina hospicijski pokret počeo se širiti diljem Sjedinjenih Američkih Država i Kanade. Osoba koja je prva upotrijebila naziv palijativna skrb i osnovala prvu svjetsku palijativnu službu pri bolnici u Montrealu 1974. godine bio je kanadski urolog Balfour Mont.

Palijativna skrb doživjela je izvanredan razvoj u posljednjih nekoliko godina. U 2011. godini 58% zemalja u svijetu pruža barem jedan od oblika palijativne skrbi (Lynch i sur., 2013). Iako je globalno zabilježen veliki rast u razvoju palijativne skrbi, razvoj je bio nejednak. U svim regijama pružanje usluga vrlo je nejednako raspoređeno, a neke zemlje svrstavaju se među vodeće zemlje na svijetu u integraciji i provedbi dok su druge zemlje u istim regijama napredovale vrlo malo. Svjetska zdravstvena organizacija opravdano tvrdi da je palijativna medicina/skrb u velikoj mjeri još uvijek zanemarena tema u mnogim zemljama svijeta (Centeno i Rhee, 2018).

2.2. Razvoj palijativne medicine u Hrvatskoj

Početak 21. stoljeća „Hrvatska se našla na početku nove faze socioekonomskog, a time i zdravstvenog razvoja. Danas se suočava s izazovima tranzicije na način da društvene i ekonomske promjene determiniraju promjene u zdravstvenom sustavu“ (Brkljačić, i sur., 2013). Dio tih promjena odnosi se i na implementiranje palijativne skrbi u zdravstveni sustav Republike Hrvatske koji još uvijek ne raspolaže dovoljnim resursima. U Hrvatskoj je u pogledu palijativne medicine i palijativne skrbi još uvijek prisutan nedostatak znanstvenog, stručnog i praktičnog usavršavanja.

Neposredno prije rata, u proljeće 1991. godine službi za neurologiju i psihijatriju Požeške bolnice bio je pridružen novi odjel, organiziran i dijelom inspiriran St. Christopher`s hospice pokretom. Bio je prije svega namijenjen za palijativnu skrb bolesnika u završnom stadiju bolesti te za pružanje pomoći njegovoj obitelji. Otvoren je bio za sve stanovnike bez obzira na spol, dob, vjeru i mogućnost plaćanja, ali se tijekom domovinskog rata zbog teškoća u njegovom financiranju i nedostatka srednjeg medicinskog kadra morao zatvoriti. U godinu dana svog rada prihvatio je 82 bolesnika s prosječnim vremenom boravka od 72 dana (Cesarik i Glavić, 1994).

Prepoznavanje i shvaćanje problematike organiziranja palijativne skrbi Hrvatska je uočila još 1994. godine što je dokazala organiziranim hospicijskim pokretom koji je edukativno započeo Prvim hrvatskim simpozijem o hospiciju i palijativnoj skrbi te osnivanjem Hrvatskog društva za hospicij i palijativnu medicinu u Hrvatskom liječničkom zboru, pod vodstvom utemeljiteljice i doživotne predsjednice prof. dr. sc. Anice Jušić, dr. med. Zatim je uslijedio niz organiziranih susreta edukativnog sadržaja, kojima se šira medicinska i nemedicinska javnost nastojala zainteresirati za taj važan oblik pružanja stručne pomoći bolesnicima u potrebi za palijativnom skrbi i njihovim obiteljima.

Osim navedenog isključivo edukativnog rada, počelo se u Zagrebu i s organizacijom hospicijskih kućnih posjeta kao jedinim praktičnim oblikom provedbe palijativne/hospicijske skrbi. Godine 2002. osnovan je regionalni hospicijski centar kao mjesto sinteze edukativne i praktične djelatnosti.

„Inicijativa za organizaciju palijativne skrbi na teritoriju Republike Hrvatske temelji se i na demografskim podacima koji govore o sve većem udjelu osoba starije životne dobi

u općoj populaciji stanovništva, sve većem udjelu samačkih domaćinstava, kao i na podacima koji sugeriraju porast oboljelih i umrlih od zloćudnih i drugih kroničnih bolesti“ (Brkljačić i sur., 2013).

Zakonski okviri za organizaciju palijativne skrbi stvoreni su u srpnju 2003. godine stupanjem na snagu novog Zakona o zdravstvenoj zaštiti. Kontinuirani rad i stalni angažman stručnjaka doprinosi sve većem napretku razvoja palijativne skrbi, pa je tako 2010. godine otvoren Centar za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine – CEPAMET.

U veljači 2013. godine u Rijeci je otvoren prvi hospicij u Hrvatskoj „Marija Krucifiksa Kozulić“ čiji je osnivač Caritas Riječke nadbiskupije, a suosnivači su grad Rijeka i Primorsko – goranska županija. Sastoji se od prostora za stacionarnu palijativnu skrb, prostora za mobilne palijativne timove, gostinskog prostora za obitelj štićenika te dijela za edukativnu djelatnost i volontere.

U periodu od 2012. – 2020. godine u Hrvatskoj se definirala kao jedna od prioriteta u zdravstvu uspostava palijativne skrbi koja je sastavni dio Nacionalne strategije razvoja zdravstva, a na osnovi kojeg je i u skladu s Bijelom knjigom o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi izgrađen dokument Strateški plan razvoja palijativne skrbi. U njemu su opisani organizacijski i zakonodavni okviri te periodično razrađene razvojne mjere i konkretne aktivnosti. Određeni su prioriteti uz odgovarajuću zakonsku regulativu: jačanje interdisciplinarne suradnje, povećanje bolničkih kapaciteta za palijativnu skrb, uključivanje civilnog društva, osobito volontera, ugovaraju se mobilni palijativni timovi pri Domovima zdravlja, ambulante za bol, ambulante za palijativnu skrb, palijativni odjeli pri bolnicama te savjetovališta za palijativnu skrb (Brkljačić i sur., 2013).

2.3. Palijativna skrb i palijativna medicina

Kada govorimo o palijativnoj skrbi i palijativnoj medicini važno je naglasiti da se desila promjena iz orijentacije liječenja bolesti na tretiranje simptoma i očuvanje optimalne kvalitete života pacijenta i njegove obitelji.

Razlika u pristupu pacijentu, kao i samom doživljaju cjelokupne bolesti između kurativne i palijativne medicine najbolje se može vidjeti iz prikazane tablice.

Tablica 1. Razlika između kurativne i palijativne medicine

| | KURATIVNA MEDICINA | PALIJATIVNA MEDICINA |
|------------------------|---|---|
| SVRHA | Količina života | Kvaliteta života |
| PRISTUP | Kurativan | Palijativan |
| CILJ | Kontrola bolesti | Kontrola simptoma |
| FOKUS | Bolest | Osoba |
| SMRT VIĐENA KAO | Neuspjeh | Prirodna, neizbježna |
| LIJEČENJE OVISI O | Kliničkim parametrima | Simptomima i željama pacijenta |
| JEDINICA SKRBI | Pacijent | Pacijent, obitelj, druge važne osobe |
| REZULTATI MJERENI KROZ | Izlječenje, poboljšanje kliničkih parametara, otpust iz bolnice | Izostanak boli, plodna aktivnost pacijenta, spokojna smrt |

(Izvor: Brkljačić i sur., 2013)

Ciljevi palijativne skrbi su ublažavanje psihičke, socijalne, fizičke i duhovne simptomatologije, a procjena stanja bolesnika, prepoznavanje znakova i simptoma, temelj je skrbi takvog bolesnika. Na palijativnu skrb imaju pravo:

- sve punoljetne osobe i djeca koja pate od prirodnih bolesti ili stanja koja dovode do ovisnosti o terapijama koje ih održavaju na životu ili su ovisni o dugoročnoj skrbi njihovih skrbnika s ciljem pružanja skrbi za obavljanje svakodnevnih aktivnosti.

- osobe koje pate od kroničnih i za život ograničavajućih ozljeda nastalih uslijed nesreća, ili nekih drugih oblika teških ozljeda.
- sve osobe koje pate od progresivnih kroničnih stanja (bolesti jetre, maligniteta, moždanog udara, kroničnih zatajenja bubrega, uznapredovale srčane ili plućne bolesti, neurodegenerativne bolesti i demencija).
- terminalno i ozbiljno oboljeli pacijenti (odnosi se na osobe koje se vjerojatno i neće opraviti niti stabilizirati te za koje je intenzivna palijativna skrb vodeći fokus i cilj skrbi za vrijeme koje im preostaje).
- sve osobe, neovisno o dobi koje pate od akutnih, ozbiljnih i po život opasnih bolesti kada je izlječenje, ako do njega dođe, vrlo dugotrajan i zahtjevan put ispunjen značajnim poteškoćama (leukemija, moždani udar, teške ozljede).

Kada se kod pacijenta prepozna potreba za palijativnom skrbi, korisno je dodijeliti mu MKB šifru – međunarodnu klasifikaciju bolesti koja označava palijativnu skrb – Z51.5, čime je pacijent prepoznatljiv u kliničkom radu i informatičkom sustavu (Brkljačić M. i Strnad, M., 2013).

2.4. Razine palijativne skrbi

Postoje tri razine palijativne skrbi: palijativni pristup, opća i specijalistička palijativna skrb. Kada govorimo o palijativnom pristupu, tada se smatra da bi svi profesionalci trebali biti informirani o postojanju palijativne skrbi, koje su njezine dobrobiti, što ona nudi i gdje se provodi.

Opća palijativna skrb odnosi se na pružatelje palijativne skrbi koji trebaju imati osnovna znanja iz palijativne skrbi te znaju prepoznati i ukloniti nekomplicirane simptome. Ovdje spadaju psiholozi, socijalni radnici, zdravstveni profesionalci, volonteri i duhovnici te udruge kojima palijativna skrb nije primarni posao, nego u svojem radu često sudjeluju u skrbi za palijativne bolesnike.

Specijalistička palijativna skrb uključuje osobe koje trebaju biti dobro educirane iz područja palijativne skrbi s kojom se isključivo bave i rješavaju kompleksne simptome i situacije.

| | | Razina palijativne skrbi | | | |
|--------------------|----------------------------|--|--|--|---|
| | | Palijativni pristup | Specijalistička podrška općoj palijativnoj skrbi | Specijalistička palijativna skrb | |
| Oblik skrbi | Akutna palijativna skrb | Bolnica | Volonteri | Bolnički tim za podršku palijativnoj skrbi | Org. jedinica za palijativnu skrb |
| | Produžena palijativna skrb | Socijalne ustanove koje pružaju stacionarnu skrb | | Tim mobilnih stručnjaka za specijalističku palijativnu skrb u kući | Org. jedinica za palijativu u ustanovi za produženu skrb |
| | Kućna palijativna skrb | Liječnik opće/obiteljske medicine; patronaža; zdravstvena njega u kući | | | Tim mobilnih stručnjaka za specijalističku palijativnu skrb; ustanova za dnevni boravak |

Slika 1. Prikaz službi palijativne medicine

(Preuzeto:

https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Programi,%20projekti%20i%20strategije/Strate%C5%A1ki_plan_razvoja_palijativne_skrbi_u_RH_za_razdoblje_2014-2016..pdf)

Slika prikazuje prikaz službi palijativne skrbi prilagođen organizaciji zdravstvenog sustava Republike Hrvatske prema preporukama europskog udruženja za palijativnu skrb.

2.5. Načela organizacije sustava palijativne skrbi

U strateškom planu Republike Hrvatske sustav palijativne skrbi organiziran je prema sljedećim načelima.

Tablica 2. Načela organizacije sustava palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj

| Načela organizacije sustava palijativne skrbi |
|--|
| 1. Palijativna skrb u Hrvatskoj predstavlja integrirani model skrbi čiji su temeljni nositelji postojeći elementi sustava zdravstvene zaštite na primarnoj i bolničkoj razini, te socijalne skrbi (ustanove, centri, socijalni radnici...). |
| 2. Sustav palijativne skrbi primarno se ne uspostavlja kao novi/dodatni sustav, već se ustrojava prenamjenom postojećih prostornih resursa, osnaživanjem i osposobljavanjem profesionalaca, te uspostavljenjem novih procedura i standarda rada. |
| 3. Ukoliko prenamjenama i unapređenjima postojećih resursa nije moguće osigurati kvalitetnu palijativnu skrb, mogu se razviti novi sustavi i modeli. |
| 4. Palijativna skrb kontinuirano i partnerski uključuje djelovanje drugih sektora koji mogu doprinijeti boljoj skrbi za korisnike usluga palijativne skrbi. |
| 5. Organizacija palijativne skrbi uključuje, potiče i podržava sve oblike vertikalne i horizontalne suradnje, te snažno intersektorsko povezivanje. |
| 6. Kriteriji za određivanje potrebe za palijativnom skrbi moraju biti jedinstveni u cijeloj Hrvatskoj. |
| 7. Standardi i normativi za rad s palijativnim pacijentima trebaju biti drugačiji u odnosu na skrb za ostale pacijente, ali bez negativnog utjecaja na pravednost u korištenju zdravstvene zaštite. |
| 8. Odluka o obliku palijativne skrbi koji će se osigurati donosi se na osnovu više kriterija. |
| 9. Posebna pažnja i oblici palijativne skrbi posvećuju se posebnim skupinama (djeca, zatvorenici, psihijatrijski bolesnici, stanovništvo u demografski ugroženim područjima). |
| 10. Stacionarna skrb za korisnike palijativne skrbi može se provoditi u svim zdravstvenim ustanovama koje imaju odgovarajuće posteljne kapacitete, te ustanovama socijalne skrbi. |

11. Palijativna skrb mora biti dostupna svih sedam dana u tjednu i 24 sata dnevno (model 24/7).
12. Palijativna skrb mora biti besplatna za korisnike palijativne skrbi u trenutku potrebe za njom.
13. Volonterski timovi sudjeluju na svim razinama palijativne skrbi.
14. Palijativnog pacijenta treba smjestiti u palijativne stacionarne kapacitete što bliže pacijentovom mjestu stanovanja kako bi se što bolje očuvali socijalni kontakti i mogućnost posjeta.

(Preuzeto:

<https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2018%20Programi%20i%20projekti/NP%20RAZVOJA%20PALIJATIVNE%20SKRBI%20RH%202017-2020-%20usvojen%2018.10.2017..pdf>)

2.6. Organizacijski oblici palijativne skrbi

„Sustav palijativne skrbi primarno se ne uspostavlja kao novi/paralelni sustav već se ustrojava temeljem prenamjene postojećih resursa, osnaživanjem i osposobljavanjem profesionalaca i volontera, postavljenjem novih procedura i standarda rada te formiranjem potrebnih specijalističkih službi palijativne skrbi. Svi članovi palijativnog tima trebaju imati završenu dodatnu edukaciju iz palijativne skrbi. S obzirom na specifičnost skrbi prepoznata je potreba za supervizijom svih profesionalaca i volontera uključenih u palijativnu skrb“ (Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017 – 2020).

Organizacijski oblici pružanja palijativne skrbi uvjetovani su potrebama i mogućnostima bolesnika. Individualnim pristupom odabire se mjesto pružanja skrbi, pruža se gdje god se bolesnik nalazi: u kući, u domu za stare i nemoćne, u bolnici, stacionaru, hospiciju.

Minimalni standardi koje svaka županija treba uspostaviti su:

- koordinator za palijativnu skrb/Centar za koordinaciju palijativne skrbi,
- mobilni palijativni tim,
- stacionarni smještaj s palijativnom skrbi po županijama (standard za broj postelja za palijativnu medicinu je 80 postelja na milijun stanovnika),

- posudionica pomagala (Marđetko i Dumbović, 2017).

2.6.1. Kućna palijativna skrb

Kućna palijativna skrb je preferirani oblik koju realiziraju interdisciplinarni timovi u suradnji s timovima primarne zdravstvene zaštite sa liječnikom obiteljske medicine koji ima ulogu koordinatora kompletne skrbi i zadužen je za prepoznavanje potreba pacijenta i obitelji. On uključuje bolesnika u proces palijativne skrbi, nadzire provođenje, izravno surađuje sa članovima tima, kontrolira nalaze, provođenje terapije te ublažavanje simptoma. Kućnu specijalističku palijativnu skrb provode mobilni palijativni timovi – liječnik, medicinska sestra, psiholog, socijalni radnik, fizioterapeut, farmaceut u suradnji s patronažnom službom i zdravstvenom kućnom njegom te posudionicom pomagala. Ona često nije moguća zbog nedostatka ili nekapacitiranosti njegovatelja za skrb u kući, premora njegovatelja ili zbog simptomatologije koja se ne može tretirati u kućnim uvjetima. U tom se slučaju bolesnik mora smjestiti u drugu ustanovu osposobljenu za pružanje takve skrbi.

2.6.2. Palijativni dnevni boravci

Palijativni dnevni boravci služe za resocijalizaciju kronično bolesnih i izoliranih bolesnika uz mogućnost medicinskih kontrola, dobivanja usluga različitog tipa uz istovremeno oslobađanje njegovatelja od obveza prema bolesniku za to vrijeme. Tu se mogu provoditi: praćenje i korekcija terapije boli i drugih simptoma, socijalne usluge, rehabilitacijske, relaksacijske, umjetničke vještine te radna terapija.

2.6.3. Ambulante/savjetovaništa za palijativnu skrb

Ambulante i/ili savjetovaništa za palijativnu skrb primaju ambulantne bolesnike, skrbe o bolesnicima koji su u potrebi za palijativnom skrbi i usko surađuju s dnevnim boravkom i specijalističkim bolnicama.

2.6.4. Ambulanta za bol

Ambulanta za bol vrlo je važna ustanova za palijativnu skrb. Bol je u palijativnoj medicini jedan od osnovnih terapijskih izazova. Bol je subjektivno iskustvo, uvijek ono što bolesnih tvrdi da jest. U trenutku kada bolesnik osjeća bol, ne postoji mogućnost planiranja rješavanja drugih tjelesnih ili psihosocijalnih tegoba dok se ona ne kupira.

2.6.5. Službe žalovanja

Službe žalovanja ambulantne su jedinice koje surađuju s prethodno spomenutim savjetovalištim. Pružaju psihosocijalnu podršku obiteljima i/ili njegovateljima još za života bolesnika, a osobito nakon njegove smrti. Nastoji se u pružanje takve pomoći uključiti profesionalce iz interdisciplinarnog tima, po mogućnosti one koji su skrbili o pokojniku.

2.6.6. Palijativni odjeli/odsjeci

Palijativni odsjeci i/ili odjeli sastoje se od odvojenih kreveta na akutnom odjelu za potrebe palijativne skrbi.

2.6.7. Mobilni palijativni tim

Mobilni palijativni tim pruža specijalističku palijativnu skrb bolesnicima u njihovom domu i podršku članovima obitelji koji skrbe za bolesnika. Tim odlazi u kuću bolesnika po uključivanju od strane liječnika obiteljske medicine, a poslije po procjeni potreba. Također, kada je bolesnik hospitaliziran u bolnici, bolnički palijativni tim obavještava mobilni o prijemu bolesnika i njegove obitelji po otpustu iz bolnice sa detaljno razrađenim planom skrbi koji je nastao njihovim zajedničkim planiranjem te se takvim individualnim pristupom pokušava izbjeći pad kvalitete zdravstvene skrbi. Na isti način mobilni palijativni tim uspostavlja komunikaciju s bolničkim palijativnim timom kod indikacije vanbolničkom pacijentu za obradu u bolnici kako bi se na što brži način realizirala.

2.6.8. Stacionarne ustanove (stacionari)

Stacionari interdisciplinarnim radom osim zdravstvene skrbi osiguravaju psihosocijalnu skrb za bolesnika, ali i za njegove članove obitelji. Oni mogu biti organizirani ovisno o potrebama, resursima i specifičnostima pojedine županije u Republici Hrvatskoj. Stacionarna palijativna skrb prvenstveno ima za ulogu smještaj bolesnika u ustanovu s ciljem ublažavanja simptoma koji ne mogu biti zbrinuti u domu bolesnika, stabilizacije stanja koje je u pogoršanju te pružanja kratkotrajnog odmora za obitelj koja brine za oboljelog.

2.6.9. Hospicij

Hospicij je samostalna zdravstveno – socijalna ustanova ili specijalna bolnica za bolesnike u završnom stadiju bolesti gdje se štićenicima pruža najbolja moguća skrb do privremenog oporavka ili prirodne smrti. Prijem u hospicij može biti s nekog odjela ili od kuće bolesnika, a u njemu pored zdravstvenih profesionalaca rade i posebno educirani volonteri. Misija hospicija je fizička, psihološka, duhovna i socijalna potpora bolesnicima, a obuhvaća i suport njihovih obitelji za vrijeme bolesti, a potom i nakon smrti, u periodu žalovanja.

2.7. Planiranje otpusta

Kvalitetno planiranje otpusta nužno je kako bi se na vrijeme osigurale sve potrebne radnje s ciljem neprimjetnog prijelaza s jedne faze skrbi na drugu u skladu sa potrebama pacijenta i njegove obitelji za što je najvažnija učinkovita komunikacija i suradnja s njima i s ostalim pružateljima zdravstvenih usluga te jasna dokumentacija (National Clinical Programme for Palliative Care, 2016).

Osnove planiranja otpusta bolesnika iz bolnice su:

- procjena stanja, potreba, resursa i sposobnosti samozbrinjavanja pacijenta po otpustu,
- procjena kapaciteta njegovatelja,
- planiranje potrebne fizičke, psihičke, socijalne i duhovne pomoći,
- organizacija otpusta kući ili premještaj u drugu ustanovu,
- edukacija pacijenta i/ili njegovatelja o vještinama potrebnim za nastavak posthospitalne skrbi,
- upućivanje na odgovarajuće službe za podršku u zajednici,
- davanje na raspolaganje kontakata za pružanje potrebnih usluga.

2.7.1. Postupak planiranja otpusta

Planiranje otpusta učinkovit je proces planiranja aktivnosti koji mora započeti unutar 24 sata od prijema, a usmjeren je na pružanje kontinuirane zdravstvene skrbi po otpustu. Svrha mu je detektiranje pacijenata kod kojih je potrebna posthospitalna skrb u prepoznatim segmentima samozbrinjavanja. Tom aktivnošću procjenjuje se funkcionalni status, stupanj kognitivnih sposobnosti pacijenta te moguća podrška obitelji.

Procjenu za potrebom planiranja otpusta, njegov razvoj i nadzor provodi glavna sestra odjela ili medicinska sestra koju ona zaduži, a procjena potreba mora biti kontinuirana kako bi se plan prilagođavao trenutnom stanju pacijenta. Posebno je složeno planiranje otpusta kod pacijenata koji su u potrebi za zahtjevnom skrbi, žive sami ili

nemaju potporu obitelji u smislu pružanja bilo kojeg njezinog segmenta. Kod takvih slučajeva po pozivu se uključuje sestra za planirani otpust koja u suradnji s njima organizira i planira otpust, svoje opservacije i planove upisuje u dokumentaciju dogovorenu na nivou ustanove.

Trigeri za prepoznavanje kompleksnih potreba pacijenata su:

Tablica 3. Trigeri za prepoznavanje kompleksnih potreba pacijenata

| SOCIJALNI | ZDRAVSTVENI | PRAVNI |
|--|---|--|
| 48 sati od prijema nitko nije posjetio pacijenta niti se telefonski interesirao za pacijenta | Pacijent je 3. ili 4. kategorija | Pacijent ima zakonskog skrbnika |
| Pacijent nema uredne dokumente (osobna iskaznica, zdravstveno osiguranje, putovnica) | Pacijent nosi pelenu | Pacijent ima demenciju ili je ranije ležao na psihijatriji |
| | Pacijent treba „cijev“ ili „iglu“ (parenteralna terapija, stome, drenovi, kanile, kisik, kateteri...) | |
| | Pacijent ima ranu (operativna, kronična, dekubitus...) | |

(Izvor: <http://kbc-rijeka.hr/wp-content/uploads/2016/04/Alati-i-skale-za-palijativnu-skrb.pdf>)

Ako zdravstveno stanje pacijenta zahtijeva uključivanje drugih zdravstvenih radnika (fizioterapeuta, socijalnog radnika, psihologa...) nužna je koordinacija svih radnji potrebnih za osposobljavanje pacijenta do najviše moguće razine samozbrinjavanja. Uključivanjem socijalnog radnika savjetuje se pacijent i obitelj o njihovim pravima na socijalnu zaštitu te se dogovara premještaj u ustanove socijalno zdravstvene skrbi.

Pacijent i obitelj bi od početka svog boravka u bolnici morali biti informirani o planu liječenja, mogućnostima nastavka skrbi, okvirnom vremenu hospitalizacije i biti uključeni u proces edukacije. Obitelji treba omogućiti da uz pomoć stručne osobe savlada vještine njege polupokretnog i/ili nepokretnog bolesnika, promjene pelene, hranjenja, postupka sa kroničnim ranama, sprječavanja komplikacija dugotrajnog ležanja, aspiracije, postupanja sa endotrahealnom kanilom, nazogastričnom sondom, PEG kateterom, urinarnim kateterom, pravilne primjene lijekova i savjeta o pravilnoj i mogućoj prehrani te gdje i kada zatražiti pomoć. U vrlo kompleksnim slučajevima obitelj se educira o radu s kućnim respiratorom. Prilikom otpusta treba dati jasne upute i u pisanom obliku, poput info letaka o složenim postupcima. Nužno je napisati doznake i osigurati da ortopedska pomagala budu na vrijeme dostavljena na adresu prije nego što pacijent bude otpušten (kisik, antidekubitalni madrac, bolesnički krevet, aspirator, toaletna stolica i slično). Treba im dati sve savjete potrebne za nastavak zdravstvene skrbi, upoznati ih s mogućnostima liječnika obiteljske medicine, pravima na patronažnu skrb, zdravstvenu njegu u kući i dodatne zdravstveno - socijalne usluge. Ne smijemo utjecati na pacijentov izbor pružatelja daljnje zdravstvene skrbi kao i na njegovo pravo da odbije usluge planiranja otpusta, što treba biti dokumentirano.

Kvalitetno planiranje otpusta podrazumijeva i transport pacijenta koji će biti organiziran i primjeren za stanje pacijenta (sjedi, leži). Kod svakog planiranog otpusta potrebno je uručiti liječničko i sestrinsko otpusno pismo. Jedan primjerak daje se pacijentu, drugi ostaje u sestrinskoj dokumentaciji kao sastavni dio medicinske dokumentacije, a treći se po mogućnosti elektronskim putem šalje liječniku obiteljske medicine, patronaži i mobilnom palijativnom timu zbog kontinuiteta skrbi.

2.8. Otpusno pismo zdravstvene njege

Otpusno pismo zdravstvene njege važan je dio sestrinske dokumentacije. U Republici Hrvatskoj postoji zakonska obveza sestrinskog dokumentiranja, a kako je otpusno pismo zdravstvene njege obvezni dio sestrinske dokumentacije, neupitna je njegova važnost. Podaci koje sadrži i koji su potrebni za daljnju organizaciju i planiranje provedbe kontinuirane zdravstvene njege su: opći osobni podaci bolesnika (mjesto stanovanja, karakteristike obitelji, funkcionalni i socijalni status, telefonski broj), anamneza, provedena zdravstvena njega/postupci u bolnici, bolesnikovo trenutno stanje, aktualne sestrinske dijagnoze pri otpustu, preporuke za nastavak liječenja i potrebni materijali za zdravstvenu njegu. Podaci moraju biti točni, potpuni i jasni te odražavati pravo stanje i potrebe pacijenta. Po otpustu, bolesnika nastavljaju tretirati medicinske sestre u njegovom domu ili nekoj drugoj ustanovi.

Informacije o bolesniku i provedenim/planiranim postupcima zdravstvene njege koje sadrži kvalitetno sestrinsko otpusno pismo pridonosi većem zadovoljstvu bolesnika, kontinuiranosti u provođenju postupaka zdravstvene njege i dobroj sestrinskoj praksi. Njime je među sestrama poboljšana komunikacija na svim razinama zdravstvene zaštite, a kvaliteta zdravstvene njege u interesu bolesnika podignuta na mnogo višu razinu (Iveta i sur., 2014).

2.9. Poteškoće u procesu planiranja otpusta

U praksi je primijećeno da još uvijek dolazi do određenih poteškoća pri otpustu bolesnika iz bolnice koje utječu na kontinuitet skrbi.

Poteškoće koje se mogu javiti i njihova moguća rješenja najbolje se mogu vidjeti iz u nastavku prikazane tablice.

Tablica 4. Poteškoće u planiranju otpusta i njihova moguća rješenja

| 1. Neprepoznata potreba za planiranjem otpusta |
|---|
| <p>Medicinsko osoblje usmjereno je na rješavanje akutnog zdravstvenog stanja pacijenta što može rezultirati kasnim uočavanjem i nedovoljnim prepoznavanjem njegovih obiteljskih i socijalnih problema koji mogu utjecati na posthospitalnu skrb. Uzimanje socijalne anamneze često je zanemareno pa se na vrijeme ne identificiraju stanja kod kojih je potrebno započeti proces planiranja otpusta ili angažirati socijalnog radnika (s kim pacijent živi, uvjeti u kojima živi, novčana primanja, neregulirano zdravstveno osiguranje...).</p> <p>Neuzimanje podataka iz svih aspekata života pacijenta i obitelji, kriva procjena potreba ili mogućnosti za samozbrinjavanje pri otpustu, za posljedicu ima dužu hospitalizaciju, potencijalnu pojavu komplikacija dugotrajnog ležanja s čime su znatno povećani troškovi liječenja.</p> |
| <p>PRIJEDLOG RIJEŠENJA:</p> <p>Postavljanjem dijagnoze neizlječive bolesti pacijenti se suočavaju sa nizom problema koji osim na njihovo zdravstveno stanje utječu i na socijalno funkcioniranje. Ukoliko stanje bolesnika to dopušta, treba mu omogućiti što dužu samostalnost, ali da pritom ima osigurane adekvatne uvjete za život. Uzimanjem dobre socijalne anamneze na vrijeme se detektiraju mogući i potencijalni problemi, te im se daje mogućnost financijske potpore u vidu socijalne pomoći.</p> <p>Pružanje profesionalne pomoći pacijentu i njegovoj obitelji te zadovoljavanje potreba uz korištenje osobnih kapaciteta, pomoći okoline (mreže institucija) kao i šire društvene zajednice preduvjet je za poboljšanje kvalitete života bolesnika i njegove obitelji. Pacijentima koji nemaju potporu svoje obitelji potrebno je osigurati adekvatan smještaj u neku od ustanova za zbrinjavanje takvih bolesnika.</p> |

2. Nesuradnja pacijenta i obitelji

Često dolazi do situacija kada pacijent ne želi prihvatiti bolest i novonastalu situaciju, nekritično sagledava vlastite sposobnosti, uvećava svoje mogućnosti i ne želi prihvatiti ponuđenu pomoć ili mjesto skrbi. S druge strane, imamo situaciju kada obitelj ne želi ili odbija prihvatiti brigu o oboljelom članu zbog obaveza (posao) ili straha da mu neće moći pružiti odgovarajuću i adekvatnu skrb pri otpustu.

PRIJEDLOG RIJEŠENJA:

Pacijenta je potrebno suočiti sa njegovim trenutnim mogućnostima samozbrinjavanja, pomoći mu u prihvaćanju bolesti, novonastale situacije i ponuditi mu pomoć ili privremeno mjesto skrbi. S druge strane, također je potrebno educirati obitelj o novonastaloj situaciji te biti podrška kako bi se otklonio strah, zajedno dogovoriti moguća rješenja kako bi ostali aktivni u izvođenju svojih dosadašnjih aktivnosti i obaveza, a pacijent bio adekvatno zbrinut.

3. Kapacitet bolničkih i vanbolničkih resursa

Bolnice neupitno raspolažu sa nedovoljnim brojem kreveta za bolesnike u potrebi za palijativnom skrbi. Evidentan je i nedostatak smještajnih kapaciteta za socijalno ugrožene pacijente što otežava njihovo zbrinjavanje pa se kao takvi često moraju smjestiti u ustanove izvan svoje vlastite županije. Također je prepoznata nedovoljna kapacitiranost vanbolničkih službi za tretiranje simptomatologije u kućnim uvjetima. Sve gore navedeno uz sporost rada administrativnih i socijalnih službi ima za posljedicu dužu hospitalizaciju i pritisak na i ovako opterećen bolnički sustav.

PRIJEDLOG RIJEŠENJA:

Otvaranjem odjela palijativne skrbi kao posebnog odjela u akutnoj bolnici ili osiguravanjem palijativnih postelja, kao i otvaranjem posebnih vanbolničkih

ustanova specijaliziranih za pružanje takve vrste skrbi osigurao bi se dovoljan broj palijativnih kreveta. Isto tako, organiziranjem i uspostavljanjem dovoljnog broja vanbolničkih službi obzirom na područje o kojem se skrbi, porastom društvene svijesti o takvim bolesnicima i organizacijom službi podrške u kući (jačanje mreže volontera, organiziranje dnevnih boravaka...) utjecalo bi se na kvalitetu pružene skrbi.

4. Nesklad realnih potreba i rada vanbolničkih službi

Posthospitarna skrb zahtjeva stalnu brigu o bolesniku gdje god se on nalazio. Kada je mjesto skrbi kuća bolesnika, liječnik obiteljske medicine zadužen je za kućne posjete koje nisu dostupne svaki dan. Vanbolničke službe (patronaža, zdravstvena njega u kući) su na raspolaganju samo radnim danom ujutro, mobilni timovi su ponegdje dostupni i popodne, a noću, vikendom i praznikom su takvi bolesnici primorani pozivati timove hitne pomoći ili odlaziti na hitni prijem za tretiranje simptomatologije ili nejasnoća.

PRIJEDLOG RIJEŠENJA:

Potrebno je organizirati vanbolničke službe koje bi bile dostupne za pomoć palijativnim bolesnicima i obiteljima 24/7.

5. Nepripremljenost pacijenta i obitelji za otpust

Neadekvatna, nedostatna i neprilagođena komunikacija, neinformiranost o stvarnom stanju i potrebama bolesnika, needuciranost o mogućim ishodima, vrstama pomoći i potrebnim vještinama pacijenta i obitelji koje su neophodne za nastavak skrbi oboljelog pri otpustu rezultira njihovom nepripremljenošću za prihvata bolesnika čime nastoje produžiti hospitalizaciju.

PRIJEDLOG RIJEŠENJA:

Bolesnika i obitelj uključiti u planiranje otpusta od samog početka hospitalizacije i sve odluke donositi u dogovoru s njima. Komunikacijom se mora steći povjerenje da bi se savladale potrebne vještine o zbrinjavanju pacijenta. Unutar tima za planiranje otpusta osigurati osobu i vrijeme koja će biti zadužena za edukaciju obitelji te uz usmene upute pripremiti i pisane materijale.

6. Otpust petkom ili vikendom

Najčešće zbog radnog vremena vanbolničkih ustanova bolesnik nije u mogućnosti na vrijeme obratiti se izabranom liječniku, opskrbiti se lijekovima, ortopedskim i drugim pomagalicama te mora čekati na nastavak kućne njege, nekad najmanje preko vikenda, a često i nekoliko dana duže zbog čega dolazi do smanjenja kvalitete i kontinuiteta skrbi. To se može značajno odraziti ne samo na fizički opravak, nego i na njegovo psihičko stanje.

PRIJEDLOG RIJEŠENJA:

Otpust iz bolnice treba planirati od ponedjeljka do najkasnije četvrtka kako bi pacijent i obitelj do otpusta bili u mogućnosti nabaviti sve potrebne lijekove, ortopedska i druga medicinska pomagala te da bi se na vrijeme uspostavio nastavak kućne njege.

Doznake za ortopedska pomagala morala bi se izdavati još za vrijeme hospitalizacije kako bi se do dolaska bolesnika kući stigla riješiti nabavka potrebnih pomagala.

7. Nedovoljna komunikacija između bolničkih i vanbolničkih službi

Vanbolnički liječnici i sestre nisu uvijek u tijeku s pruženim liječenjem, praćenjem, postupcima i pruženom njegom tijekom hospitalizacije bolesnika što može dovesti do njegovog nepotrebnog zamaranja i trošenja vremena na ponovno prikupljanje

podataka i ponavljanjem dijagnostičkih pretraga zbog izostanka preciznih, vjerodostojnih i kvalitetnih informacija pri otpustu.

Kompleksno stanje pacijenata često zahtjeva sanitetski prijevoz iz bolnice do kuće bolesnika koji se u mnogo slučajeva dogovara u posljednji trenutak pa se na otpust čeka do kasnih popodnevnih sati. Isto tako, problem nastaje i kada je bolesnik doveden na hitni bolnički prijem te nakon obavljene usluge mora dugo čekati na prijevoz.

PRIJEDLOG RIJEŠENJA:

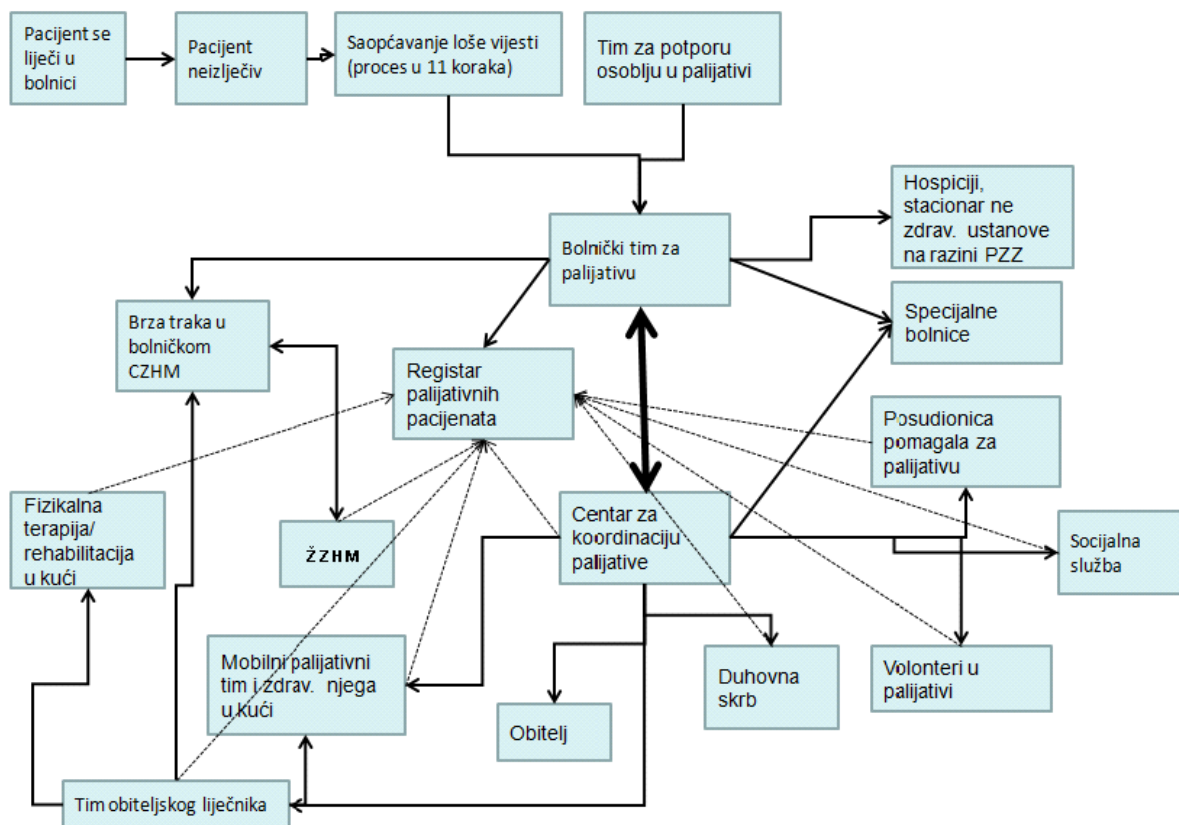
Točan i pravodoban prijenos informacija između svih članova palijativnog tima nužan je preduvjet za uspješno funkcioniranje kako samog tima tako i sustava u cjelini. Detaljno ispunjavanje dokumentacije i pravovremeno slanje te slanje dokumentacije direktno primarnoj zdravstvenoj zaštiti npr. putem e-maila ili u budućnosti putem integriranog informacijskog sustava te edukacija medicinskih sestara i liječnika koji rade sa palijativnim bolesnicima o načinu i važnosti ispunjavanja otpusnog liječničkog i sestrinskog pisma.

Kako bi se na vrijeme mogao dogovoriti sanitetski prijevoz obavezno je pravovremeno planiranje otpusta najmanje dan ranije.

(Izvor:

<https://repozitorij.mef.unizg.hr/islandora/object/mef%3A1058/datastream/PDF/view>)

Prepoznavanjem poteškoća, boljom organizacijskom strukturom, komunikacijom i pronalaženjem odgovarajućih rješenja možemo utjecati na poboljšanje procesa planiranog otpusta i pružiti bolesnicima i njihovim obiteljima sveobuhvatnu kontinuiranu zdravstvenu skrb.



Slika 2. Shema modela integrirane skrbi za palijativnog pacijenta

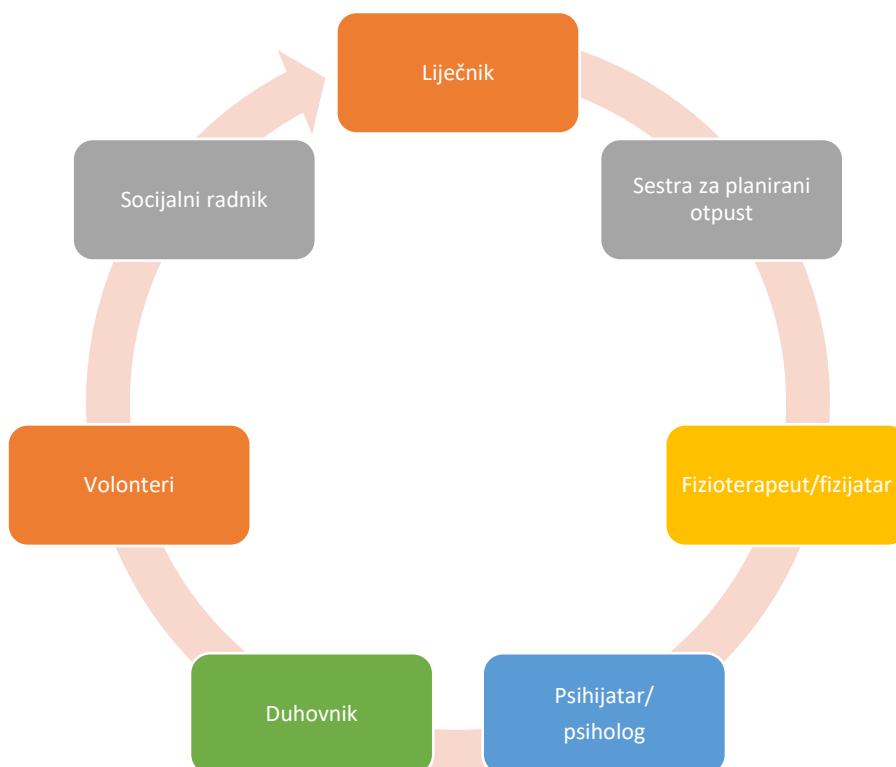
(Preuzeto:

https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Programi,%20projekti%20i%20strategije/Strate%C5%A1ki_plan_razvoja_palijativne_skrbi_u_RH_za_razdoblje_2014-2016..pdf)

2.10. Interdisciplinarni tim

U interdisciplinarnom timu kojeg sačinjavaju različiti zdravstveni i nezdravstveni djelatnici i gdje svaki član ima svoju ulogu, suradnja se temelji na usklađenom, povezanom i interaktivnom djelovanju svih članova iz različitih područja rada i profesija kojima je u interesu ostvarenje zajedničkog cilja, podizanje kvalitete života i smanjenje patnje umirućih i njihovih obitelji te da patnja ne bude proživljena u samoći i napuštenosti nego okružena humanošću. Od neizmjerne je važnosti da u tako oblikovanom timu postoji primjerna komunikacija i razumijevanje, partnerstvo, uvažavanje specifičnosti pristupa i djelovanja svake profesije uključene u rad s bolesnicima koji su u potrebi za palijativnom skrbi.

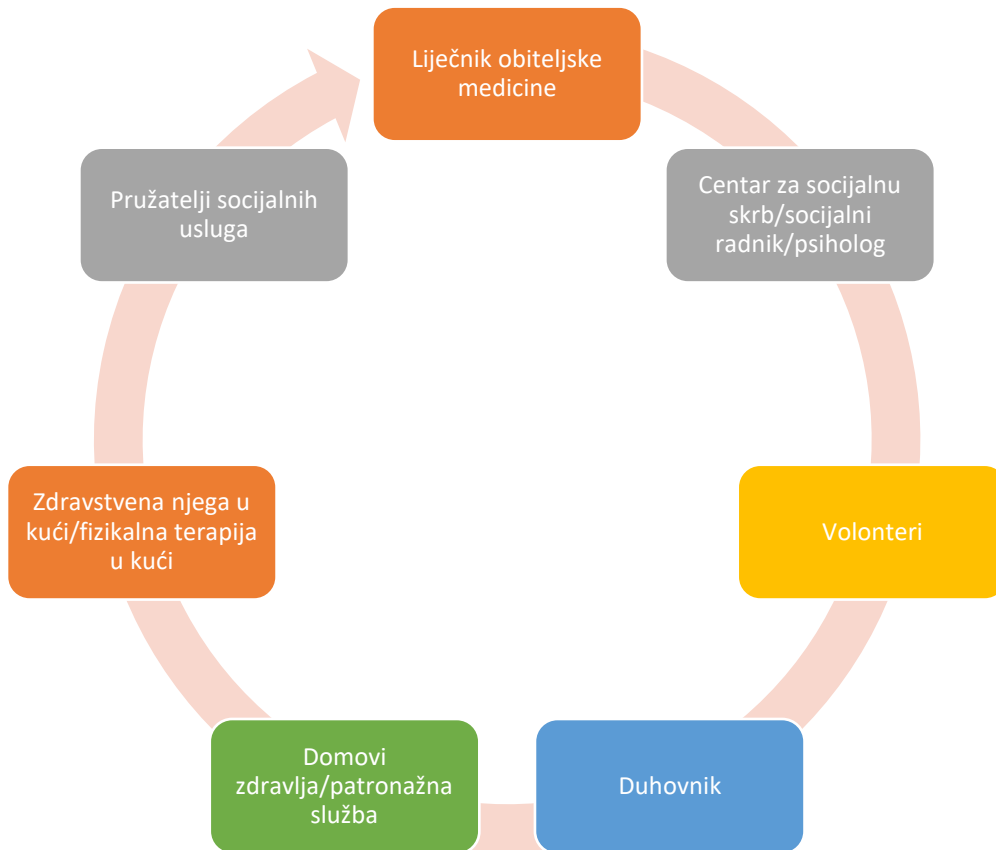
U palijativnoj skrbi razlikujemo bolnički i vanbolnički palijativni tim koji moraju djelovati zajednički da bi mogli govoriti o kontinuiranoj zdravstvenoj skrbi.



Slika 3. Bolnički palijativni tim

(Izvor: autor)

Izvanbolnički palijativni tim uspostavlja se prema potrebama bolesnika i njegove obitelji. Nositelj izvanbolničkog tima trebao bi biti liječnik obiteljske medicine, a na temelju njegove procjene uključuju se ostali članovi tima.



Slika 4. Vanbolnički palijativni tim
(Izvor: autor)

2.11. Komunikacija u palijativnoj skrbi

Komunikacija u palijativnoj skrbi ključna je za kvalitetu skrbi, mora biti učinkovita i usmjerena na pacijenta. Ona je i etički imperativ, neophodan za informirani pristanak i učinkovit angažman pacijenata, te sredstvo za izbjegavanje pogrešaka, poboljšanje kvalitete, uštedu novca i postizanje boljih zdravstvenih ishoda (Kumar i sur., 2014). Komunikacija je složen proces slanja i primanja verbalnih i neverbalnih poruka, razmjene osjećaja i misli u cilju interakcije. Izgovorene riječi za svakog pojedinca imaju različito značenje čiji se smisao mora provjeriti. Aktivnim slušanjem, razumijevanjem, pružanjem podrške, savjeta i uputa o pomoći uspostavljamo vrlo bitan međusobni odnos povjerenja. Isto tako, u komunikaciji je nužna empatija, kao kognitivni proces u kojem razumijemo osjećaje druge osobe, ali ih ne proživljavamo. Moramo biti svjesni da mi kao profesionalci u rad s pacijentom i obitelji ne unosimo svoju anksioznost, strahove, depresiju i druga ograničenja.

Vještina komuniciranja je specifičan aspekt skrbi čiju manjkavost pacijenti prijavljuju kao najčešći problem u radu sa zdravstvenim djelatnicima. Navodi se informiranje neprilagođeno sposobnostima razumijevanja druge osobe, upotreba medicinskih izraza, nedostatnost, nepotpunost i nepravovremenost informacija, nedostupnost zdravstvenih djelatnika i rutinski način davanja informacija koji nije individualiziran.

Učinkovit način komuniciranja posebno je važan u palijativnoj skrbi s kojom zdravstveni djelatnici moraju vladati kod teških razgovora u razdoblju prijelaza sa kurativne na palijativnu skrb i na čiju učinkovitost može utjecati stav o vlastitom percipiranju i proživljavanju umiranja. U praksi postoje već određene smjernice SPICES protokola za priopćavanje loših vijesti s kojima svi profesionalci koji rade u palijativnoj skrbi moraju vladati.

2.11.1. Komunikacija s palijativnim bolesnikom

Važan oblik komunikacije je pružanje emocionalne podrške s kojim se bolesniku omogućava izražavanje vlastitih osjećaja, povećava njegov doživljaj osobne vrijednosti, smanjuje osjećaj otuđenosti i tjeskobe, ispravljaju pogrešna vjerovanja, predrasude i neznanje, smanjuje stanje izoliranosti, bespomoćnosti i zanemarenosti.

Neverbalna komunikacija ima najveću ulogu u samoj komunikaciji s bolesnikom (Rakošec i sur., 2014). Zdravstveni i nezdravstveni djelatnici često zaboravljaju da ona čini čak dvije trećine interakcije između dvoje sugovornika. Za njenu uspješnost najbolja je smirena sredina, pažljivo slušanje, miran pogled, dodir, koncentracija te usredotočenost na samog bolesnika.

Zdravstveni radnici trebaju posjedovati komunikacijske vještine, empatičnost, kako bi što bolje razumjeli bolesnika, biti iskreni, sačuvati optimizam i nadu te paziti na ravnotežu i tanku liniju između realne prognoze i lažnih očekivanja o dugotrajnom preživljavanju.

Oblikovanje poruka bolesniku i o bolesniku, pogotovo onom koji boluje od neizlječive bolesti zahtjeva individualizirani pristup i umijeće u stilu i sadržaju. Tu spadaju sve poruke, direktne, poslane internetom ili drugim medijima, prilagođene kulturalnom miljeu neke sredine.

Neuključivanje ili pretjerano uključivanje bolesnika u donošenje odluka dovodi do anksioznosti, nesuradljivosti, nezadovoljstva i može utjecati na ishod liječenja (Haramustek, 2018).

2.11.2. Komunikacija s obitelji palijativnog bolesnika

Loša komunikacija ima reperkusiju na loše osjećaje kako bolesnika tako i obitelji, ali i na zdravstvenog djelatnika koji ne vladajući tehničkim i intelektualnim vještinama, educiranosti o komunikaciji može pokazivati simptome burn – outa (sindroma sagorijevanja), porasta stresa i manjeg zadovoljstva u radu.

Neizlječiva bolest bolesnika mijenja način života obitelji zbog velike pogođenosti izazovima bolesti. „Obitelj postaje primarni skrbnik, koji se mora prilagoditi zahtjevima razvoja tijekom bolesti pacijenta i dijeliti teške trenutke. Ona promatra i dijeli brigu koju bolesnik prima, osigurava skrb za pacijenta i prima podršku zdravstvenih djelatnika u obliku savjetovanja, informacija ili praktične pomoći. Novonastala situacija uzrokuje promjenu dotadašnjih navika i rituala, uloga i odnosa, kako bi se pomoglo oboljelom članu. Način prilagodbe ovisi o osnovnim vidicima funkcioniranja unutar obitelji koji podrazumijevaju čvršću povezanost, prilagodljivost, komunikaciju i organizaciju.

Reakcija obitelji može biti šok, zbunjenost, nedostatak informacija i znanja o bolesti, a ponekad i stigmatizacija obitelji od osoba iz okruženja. Članovi obitelji pod stresom reaguju suzdržanošću, izbjegavanjem odgovornosti, bijegom ili napadom, a u trenutku povećanja tjeskobe, reakcije nadjačavaju racionalne odgovore“ (Rakošec i sur., 2014). Zdravstveni radnici moraju im omogućiti razgovor, pružiti emocionalnu potporu i savjete s kojima će lakše prihvatiti stanje bolesnika te im dati dovoljno vremena da postave pitanja i izraze svoje brige.

2.12. Uloga medicinske sestre u palijativnoj skrbi

Kao što i sama definicija govori: "Jedinstvena je uloga medicinske sestre pomagati pojedincu, bolesnom ili zdravom, u obavljanju onih aktivnosti koje pridonose zdravlju, oporavku ili mirnoj smrti, a koje bi obavljao sam kada bi imao potrebnu snagu, volju ili znanje" (Virginia Henderson, 1955).

Medicinska sestra je dio interdisciplinarnog tima palijativne skrbi, višestruki je aktivni sudionik koji neposredno provodi njegu, koordinira i rukovodi s cjelokupnim procesom zdravstvene njege. Preduvjet kvalitetne sestrinske skrbi je u poštivanju principa timskog rada, holističkom pristupu i provođenju plana zdravstvene njege uz kontinuiranu evaluaciju i adaptaciju, stavljajući naglasak na kvalitetu života bolesnika i pomoć obiteljima tijekom bolesti.

Prema Europskom društvu za palijativnu skrb (EAPC) ključne kompetencije medicinske sestre u specijalističkoj palijativnoj skrbi su:

- primjenjivati ključne sastavnice palijativne skrbi u okružju u kojem se nalaze bolesnici i njihove obitelji,
- omogućiti bolesniku da se tijekom cijele bolesti osjeća što ugodnije, bez bolova i drugih simptoma,
- pružiti pomoć i podršku obitelji,
- udovoljiti bolesnikovim psihološkim, socijalnim i duhovnim potrebama,
- odgovoriti na potrebe članova obitelji u odnosu na postavljene ciljeve skrbi za bolesnika te u odnosu na njihove osobne poteškoće i potrebe u skrbi i žalovanju,
- odgovoriti na izazove povezane s kliničkim i etičkim dvojabama u palijativnoj skrbi,
- provoditi koordinaciju sveobuhvatne skrbi i interdisciplinarni timski rad u svim okruženjima u kojima se pruža palijativna skrb,
- razvijati interpersonalne i komunikacijske vještine koje su potrebne u palijativnoj skrbi,
- razvijati samosvijest i kontinuirano se profesionalno usavršavati (Hrvatska komora medicinskih sestara, 2018).

3. ZAKLJUČAK

Palijativna skrb započinje kada su klasične (kurativne) metode liječenja iscrpljene ili je bolest toliko uznapredovala da bolesnik teško podnosi simptome koji utječu na kvalitetu života. Za pacijente i obitelji za čiju je bolest, stanje i potrebe neophodna palijativna skrb od neizmjerne je važnosti organizacija i provođenje različitih modela palijativne skrbi, ali da bi se ista provodila potrebno je prepoznati kritične točke i djelovati na njih. Jačanje interdisciplinarnе suradnje, povećanje bolničkih kapaciteta za palijativnu skrb, uključivanje civilnog društva, osobito volontera, ugovaranje mobilnih palijativnih timova, ambulanta za bol, ambulanta za palijativnu skrb, palijativnih odjela pri bolnicama te savjetovališta za palijativnu skrb, preduvjeti su koji moraju biti uspostavljeni za kvalitetno provođenje skrbi.

Planiranje otpusta jedan je od standarda kvalitete koji ima za cilj pravovremeno prepoznavanje bolesnika koji su u potrebi za posthospitalnom skrbi. Izrađuje ga prvostupnica sestrinstva na osnovu prikupljenih svih relevantnih podataka važnih za prepoznavanje aktualnih i potencijalnih problema s ciljem postizanja kontinuiteta zdravstvene njege. Isto tako vrlo važna intervencija medicinske sestre je edukacija i informiranje bolesnika i članova obitelji/skrbnika/njegovatelja o svim vještinama potrebnim za nastavak skrbi.

Obzirom na povećanje broja bolesnika u potrebi za palijativnom skrbi suočeni smo s problemima vezanim oko njene realizacije, prvenstveno su to nedostatni posteljni kapaciteti, nedovoljan broj zdravstvenih i socijalnih službi za njeno provođenje i nemogućnost kontinuiranog pružanja 24/7.

Organizacija sveobuhvatne palijativne skrbi je kompleksan proces koji se mora zasnivati na odnosu povjerenja, a trebala bi se pružati od saopćavanja loše vijesti pa sve do žalovanja. Ranim uočavanjem potrebe za njom, individualnim pristupom u prepoznavanju potreba, izradom učinkovitog plana otpusta utječemo na sigurnost bolesnika, kontinuiranost skrbi i zdravstvene njege, smanjenje broja nepotrebnih dana ležanja, a time i troškova te smanjujemo mogućnost rehospitalizacije.

LITERATURA

- Brkljačić, M. i sur. (2013) *Palijativna medicina*. Zagreb: Zaklada onkologija.
- Barić, A. (2018) *Uloga medicinske sestre u timu palijativne skrbi*. [Online] Dostupno na: <https://repositorij.svkst.unist.hr/en/islandora/object/ozs%3A388> [Pristupljeno: 15. kolovoza 2021. godine]
- Benzar, E. i sur. (2011) *Discharge Planning for Palliative Care Patients: A Qualitative Analysis*. [Online] Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3021325/> [Pristupljeno: 8. srpnja 2021. godine]
- Brodar, S. (2020) *Komunikacija u palijativnoj skrbi*. [Online] Dostupno na: <https://repositorij.unin.hr/islandora/object/unin%3A3150/datastream/PDF/view> [Pristupljeno: 21. kolovoza 2021. godine]
- Centeno, C. (2018) *Organization of Palliative Care on Different Parts of the World*. [Online] Dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/324510097_Organization_of_Palliative_Care_in_Different_Parts_of_the_World [Pristupljeno: 8. srpnja 2021. godine]
- Cesarik, M. i Glavić Ž. *Povijest prvog hospicija - odjela u Hrvatskoj*. [Online] Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/193267> [Pristupljeno: 1. srpnja 2021. godine]
- Chin – Jung, L. i sur. (2012) *Discharge planning*. *International Journal of Gerontology*. [Online] <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1873959812000695> [Pristupljeno: 29. lipnja 2021. godine]
- Crossroads Hospice and Paliative Care. (2019) *How to work with hospital discharge planners*. [Online] Dostupno na: <https://www.crossroadshospice.com/hospice-palliative-care-blog/2019/march/20/how-to-work-with-hospital-discharge-planners/> [Pristupljeno: 06. srpnja 2021. godine]
- Family Caregiver Alliance. (2009) *Hospital Discharge Planning: A Guide for Families and Caregivers*. *Families and Health Care Project*. [Online] <https://www.caregiver.org/resource/hospital-discharge-planning-guide-families-and-caregivers/> [Pristupljeno: 29. lipnja 2021. godine]

Haramustek, Ž. (2018) *Uloga medicinske sestre u palijativnoj skrbi*. [Online] Dostupno na: <https://repositorij.unin.hr/islandora/object/unin%3A1809/datastream/PDF/view> [Pristupljeno: 20. kolovoza 2021. godine]

Hesselink, G. i sur. (2012) *Are patients discharged with care? A qualitative study of perceptions and experiences of patients, family members and care providers*. [Online] Dostupno na: https://qualitysafety.bmj.com/content/21/Suppl_1/i39 [Pristupljeno: 05. srpnja 2021. godine]

Hrvatska komora medicinskih sestara. (2018) *Kompetencije medicinske sestre u specijalističkoj palijativnoj skrbi*. [Online] Dostupno na: <http://www.hkms.hr/wp-content/uploads/2019/01/Kompetencije-medicinske-sestre-u-specijalisti%C4%8Dkoj-palijativnoj-skrbi.pdf> [Pristupljeno: 1. kolovoza 2021. godine]

Lončarek, K. (2021) *Bolnička palijativna skrb*. [Online] Dostupno na: https://drive.google.com/file/d/17YZ7umZkA9w53YnPQllgQRK-_14yn1b/view [Pristupljeno: 14. srpnja 2021. godine]

Madžarac, A. (2016) *Informacijski tokovi u palijativnoj skrbi*. [Online] Dostupno na: <https://repositorij.mef.unizg.hr/islandora/object/mef%3A1058/datastream/PDF/view> [Pristupljeno: 08.09.2021.]

Minić, V. (2016) *Timski rad u palijativnoj skrbi u domu bolesnika*. [Online] Dostupno na: <https://repositorij.mef.unizg.hr/islandora/object/mef:1034> [Pristupljeno: 05. kolovoza 2021. godine]

Ministarstvo zdravstva. (2017) *Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017. - 2020.* [Online] Dostupno na: <https://zdravlje.gov.hr/UserDocImages/2018%20Programi%20i%20projekti/NP%20RAZVOJA%20PALIJATIVNE%20SKRBI%20RH%202017-2020-%20usvojen%2018.10.2017..pdf> [Pristupljeno: 25. lipnja 2021. godine]

Ministarstvo zdravstva. (2014) *Strateški plan razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014. - 2016.* [Online] Dostupno na: https://zdravlje.gov.hr/UserDocImages/dokumenti/Programi,%20projekti%20i%20strategije/Strate%C5%A1ki_plan_razvoja_palijativne_skrbi_u_RH_za_razdoblje_2014-2016..pdf [Pristupljeno: 26. lipnja 2021. godine]

Rakošec, Ž. i sur. (2014) *Otvorena komunikacija – temelj palijativnog pristupa*. [Online]
Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=180989
[Pristupljeno: 01. rujna 2021. godine]

Sopić, N. (2014) *Organiziranje sustava prijema i otpusta pacijenata u palijativnoj skrbi*.
[Online] Dostupno na: <https://repositorij.mef.unizg.hr/islandora/object/mef%3A472>
[Pristupljeno: 31. lipnja 2021. godine]

POPIS SLIKA

| | |
|---|----|
| Slika 1. Prikaz službi palijativne medicine..... | 7 |
| Slika 2. Shema modela integrirane skrbi za palijativnog pacijenta | 23 |
| Slika 3. Bolnički palijativni tim | 24 |
| Slika 4. Vanbolnički palijativni tim | 25 |

POPIS TABLICA

| | |
|---|----|
| Tablica 1. Razlika između kurativne i palijativne medicine | 5 |
| Tablica 2. Načela organizacije sustava palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj..... | 9 |
| Tablica 3. Trigeri za prepoznavanje kompleksnih potreba pacijenata | 15 |
| Tablica 4. Poteškoće u planiranju otpusta i njihova moguća rješenja | 18 |

SAŽETAK

U ovome radu istaknuta je organizacija palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj i važnost kvalitetnog planiranja otpusta palijativnog bolesnika iz bolnice. Palijativna skrb je aktivna, sveobuhvatna skrb za pacijenta koja započinje kada su iscrpljene sve klasične metode liječenja, a znakovi širenja bolesti dosegli takav stupanj da ih bolesnik teško podnosi. Obuhvaća cjeloviti, holistički pristup bolesnika i njegove obitelji s namjerom poboljšavanja kvalitete života te sprječavanja i ublažavanja patnje.

Medicinska sestra ima ključnu ulogu u planiranju otpusta pacijenta kući ili u neku drugu zdravstvenu ustanovu s izradom individualiziranog plana za nastavak zdravstvene njege i skrbi. Svrha mu je priprema pacijenta i članova obitelji za što kvalitetniji prihvata i prilagodbu u novom okruženju. Osnaživanje njega i njemu važnih osoba ostvaruje se komunikacijom i edukacijom za specifične aktivnosti koje će se provoditi te koordinacijom i povezivanjem sa ostalim pružateljima skrbi. Kroz sve se definicije naglašava da palijativna skrb afirmira život, a smrt smatra normalnim procesom, koji se ne ubrzava niti odgađa, već se nastoji omogućiti što bolja kvaliteta života bolesnika i njegove obitelji do samoga kraja ma gdje god on bio.

Ključne riječi: palijativna skrb, organizacija palijativne skrbi, planiranje otpusta, medicinska sestra, interdisciplinarni tim

SUMMARY

This paper emphasizes the organization of palliative care in the Republic of Croatia and the importance of quality planning of the discharge of a palliative patient from the hospital. Palliative care is active, comprehensive care for the patient that begins when all classical methods of treatment have been exhausted and the signs of the spread of the disease have reached such a degree that the patient finds them difficult to tolerate. It encompasses a holistic, holistic approach of the patient and his family with the intention of improving the quality of life and preventing and alleviating suffering.

The nurse has a key role to play in planning the discharge of a patient home or to another health facility with the development of an individualized plan for continuing health care. Its purpose is to prepare the patient and family members for the best possible reception and adaptation in the new environment. Empowerment of him and important people is achieved through communication and education for specific activities to be carried out and coordination and connection with other care providers. Throughout all definitions, it is emphasized that palliative care affirms life, and considers death a normal process, which is not accelerated or delayed, but seeks to enable the best possible quality of life for the patient and his family to the very end wherever he may be.

Key words: palliative care, palliative care organization, discharge planning, nurse, interdisciplinary team