Specifičnosti zdravstvene skrbi umirućeg pacijenta u kući

Radnić, Katarina

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:176:240978

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Repository / Repozitorij:

Repository of the University Department for Health Studies, University of Split

zir.nsk.hr

UNIVERSITY OF SPLIT

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

PREDDIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Katarina Radnić

SPECIFIČNOSTI ZDRAVSTVENE SKRBI UMIRUĆEG PACIJENTA U KUĆI

Završni rad

Mentor:

Ante Buljubašić mag.med.techn.

Split, 2017.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

PREDDIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Katarina Radnić

SPECIFIČNOSTI ZDRAVSTVENE SKRBI UMIRUĆEG PACIJENTA U KUĆI

SPECIFICATIONS OF NURSING CARE FOR PALIATIVE PATIENTS IN THEIR HOME

Završni rad/ Bachelor's Thesis

Mentor:

Ante Buljubašić mag.med.techn.

Split, 2017.

Sadržaj:

1. Uvod 4
2. Cilj rada 3
3. Rasprava 4
3.1. Hospicijska skrb i terminalni bolesnik……5
3.2. Povijest palijativne medicine 6
3.3. Palijativna medicina u svijetu 7
3.4. Palijativna medicina u Hrvatskoj 8
3.5. Organizacija i pružanje palijativne skrbi 10
3.6. Ciljevi palijativne skrbi 12
3.7. Timovi palijativne skrbi 13
3.8. Kućna palijativna skrb 14
3.9. Medicinska sestra u kući palijativnog bolesnika (Službe za kućnu njegu) 15
3.10. Umiranje 17
3.10.1. Pristup umirućem bolesniku 17
3.11. Komunikacija s palijativinim bolesnikom 18
3.12. Žalovanje 20
3.12.1. Reakcije ljudi u razdoblju žalovanja 20
3.12.2. Stadiji i faze žalovanja 21
3.13.Sestrinske dijagnoze kod palijativnog bolesnika 22
3.13.1. Bol 23
3.13.2. Strah 25
3.13.3. Visok rizik za smanjeno podnošenje napora 26
3.13.4. Visok rizik za nastanak dekubitusa 27
3.13.5. Socijalna izolacija 28
4. Zaključak 30
5. Literatura: 33
6. SAŽETAK 35
7. SUMMARY 36
8. ŽIVOTOPIS 37

Zahvaljujem od srca mentoru i kolegi Anti Buljubašiću, mag. med. techn., na pomoći tokom izrade završnog rada. Veliko hvala na svim savjetima, dostupnosti i strpljenju.

Zahvaljujem kolegama i kolegicama na suradnji i podršci tokom ove tri godine studiranja.

Posebno hvala mojoj obitelji koja mi je omogućila školovanje, pružila podršku i koja me uvijek upućivala na pravi put. Zahvaljujem svom dečku i prijateljicama koji su uvijek bili tu uz mene te me svojim entuzijazmom i pozitivnom energijom gurali naprijed.

1. Uvod

Unatoč brzom napretku medicine, još uvijek nije moguće izliječiti sve bolesti. Velik broj oboljelih svakodnevno umire od posljedica terminalnih bolesti**,** poput malignih bolesti, kroničnih nezaraznih i zaraznih bolesti. Svi smo svjesni da su smrt i umiranje posljednji i sigurni događaj života, te da je ljudski život jedan i neponovljiv. Zato svako ljudsko biće ima pravo da dostojanstveno završi svoj život (1).

Ljudi se razlikuju po onome što smatraju važnim, a posebno kad se suočavaju sa smrću. Neki žele uz sebe prijatelje i obitelj da s njima podijele zadnje svoje vrijeme i osjećaje te završavaju neke projekte koje su započeli. Drugi ne mogu prihvatiti smrt i izbjegavaju takvo razmišljanje. Trećima je važno da im se život produži i po cijenu boli. Pojedincima je kvaliteta življenja najvažnija: daju prednost suzbijanju tegoba pred produženim invaliditetom i borbom za život.Osnovno u planiranju skrbi za takve osobe je poštovanje bolesnikovih želja.

Kada se kod bolesnika iscrpe sve moguće metode izlječenja neke bolesti i kada je očigledno da njegov život ide prema završnoj fazi, može se reći da se skrb mijenja od kurativne prema palijativnoj. U palijativnoj se medicini više nego igdje drugdje susrećemo s osobama koje boluju od neizlječivih bolesti kao i s njihovim obiteljima, a od medicinskog osoblja se očekuje visokostručan, human, civilizaciji 21. stoljeća primjeren pristup u rješavanju njihovih tjelesnih, psiholoških, socijalnih i duhovnih problema. Neki su od ovih bolesnika usamljeni, bez obitelji, socijalno ugroženi, otuđeni od zajednice, drugi okruženi izrazitom podrškom obitelji, prijatelja i zajednice, ali svatko od njih na sebi svojstven način emocionalno reagira na bolest koja je značajan izvor patnje (2).

S pružanjem zdravstvene njege umirućem bolesniku susreće se gotovo svaka medicinska sestra neovisno o okruženju u kojem radi, u bolnici u domu umirovljenika ili u bolesnikovu domu (1). Skrbeći o umirućem bolesniku sestra skrbi ne samo o bolesniku već i njegovoj obitelji kojoj neprestano pruža potporu.

U umirućih bolesnika prisutno je mnogo poteškoća koje su posljedica bolesti, propadanja tjelesnih, duševnih i socijalnih funkcija, primjene terapije i postupaka liječenja, a koje utječu na zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba. Potrebno je procjeniti stanje bolesnika, utvrditi postojeće probleme te primjeniti specifične

intervencije usmjerene rješavanju problema. Cilj sestrinske skrbi za umirućeg bolesnika jest osigurati najveću moguću kvalitetu življenja i očuvati osobni dignitet sve do smrti (1).

2. Cilj rada

Cilj ovoga rada je predstaviti palijativnu skrb, počevši od same definicije, načela, ciljeva i organizacije. Razdvojiti pojmove hospicijski od terminalnog bolesnika. Prikazati razvoj palijativne skrbi u svijetu i u Hrvatskoj. Osvrnuti se na kućnu palijativnu skrb te njene prednosti i nedostatke. Opisati ulogu medicinske sestre u kući palijativnog bolesnika. Navesti probleme palijativnih bolesnika i njihovih obitelji, faze suočavanja s traumom, komunikaciju i pristup palijativnom bolesniku i naposlijetku kako se medicinska sestra suočava s glavnim problemima palijativnog bolesnika.

3. Rasprava

Vrlo važna komponenta suvremene medicine jest palijativna medicina koja se brine za optimalnu kvalitetu života pacijenta sve do smrti i područje je liječničkog ineresa. Palijativna medicina obuhvaća tri osnovna područja: smirivanje simptoma (bol), psihosocijalnu potporu bolesniku, njegovoj obitelji i njegovateljima tijekom bolesti i nakon smrti pacijenta te etičke probleme vezane uz umiranje. Za razliku od palijatvine medicine, palijativna skrb se odnosi na aktivnosti interdisciplinarnog palijativnog tima. U timu rade razni stručnjaci te skrbe o pacijentovim fizičkim, psihičkim, socijalnim i duhovnim potrebama.

Promatrajući specifičnosti kurativne i palijativne medicine prepoznajemo kako kurativna medicina promatra čovjeka kroz proces aktualne bolesti. Za glavni cilj uzima se izlječenje pacijenta te se neuspjehom smatra njegova smrt. Dok kod palijativne medicine za cilj imamo umanjenje i olakšanje boli i patnje, a smrt koja se dogodi nakon svih poduzetih mjera ne smatra se porazom. Palijativna skrb naglašava život i gleda na umiranje kao na normalan proces.

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije (eng. *World Health Organization, WHO*) palijativna skrb je „aktivna, ukupna skrb za pacijenta čija bolest ne reagira na postupke liječenja. Najvažnije je suzbijanje boli, ili drugih simptoma, te socijalnih, psiholoških i duhovnih problema. Palijativna skrb je interdisciplinarna u svom pristupu, te svojim djelokrugom obuhvaća pacijenta, obitelj i zajednicu. U nekom smislu, palijativna skrb nudi najosnovniji koncept zaštite – zbrinjavanje pacijentovih potreba gdje god da se za njega skrbi, bilo kod kuće ili u bolnici. Palijativna skrb afirmira život, a smrt smatra normalnim procesom; ona smrt ne ubrzava niti je odgađa. Ona nastoji očuvati najbolju moguću kvalitetu života sve do smrti“ (3).

Palijativna medicina ne može izliječiti osobu, ali može o njoj skrbiti, ublažiti joj bol i patnju, čuvajući dostojanstvo osobe kao jedinstvenog ljudskog bića. Sam taj čin da umire pod ovim uvjetima za čovjeka itekako znači. Osnivačica pokreta palijativne skrbi Dame Cicely Saunders kaže: „Ako osobe znaju da ih se poštuje kao ljude, kraj života može biti finalno ispunjenje svega što se događalo ranije“.

U palijativnoj medicini nema i ne smije biti rečenice „ništa se više ne može učiniti“ jer se uvijek pitamo „što još možemo učiniti za bolesnika i njegovu obitelj“.

Ovdje se testira naša sposobnost dobrog kliničara, komunikacijske vještine, sposobnost rada u multidisciplinarnom timu, ali podjednako tako i čovječnost (2).

Prema popisu stanovništva iz 2011. godine, vidi se kako je hrvatsko stanovništvo u fazi progresivnog starenja (4). Ljudi danas žive duže nego prije te se smatra da će se i dalje povećavati udio starijih od 60 godina. S produljenjem životnog vijeka sve više ljudi umire zbog kroničnih bolesti, kao što su bolesti srca, dišnog sustava, cerebro vaskularnih bolesti te od tumora čiji je broj u naglom porastu. Zahvaljujući razvoju suvremene medicine; ranijem dijagnosticiranju, poboljšanju liječenja, i duljem preživljenju, pacijenti sve dulje žive s kroničnim bolestima i tumorima, a posljedično tome palijativna skrb treba im u dužem vremenskom periodu (3).

3.1. Hospicijska skrb i terminalni bolesnik

Terminalna bolest je medicinski izraz koji se koristi za opisivanje bolesti koja se ne može izliječiti ili adekvatno tretirati te koje se očekuje da će rezultirati smrću pacijenta u kratkom vremenskom periodu. Ovaj se izraz češće koristi u progresivnim bolestima poput raka ili težih srčanih bolesti nego kod traume. Najčešće se pacijent smatra terminalno bolestan kada mu je očekivano trajanje života kraće od šest mjeseci (5). Ljudsko tijelo je sustav s puno nepoznanica te je zbog toga prognoza u medicini najnesigurnije područje. Nepoznanice mogu početi djelovati i prouzročiti učinak koji u prognozi nismo predvidjeli te tako produljiti ili skratiti život.

Terminalna skrb dio je palijativne skrbi, koja često traje samo nekoliko dana, ali se s njezinim problemima mnogo lakše nositi tamo gdje je u prethodnim stadijima bila pružena djelotvorna podrška u svim oblicima skrbi. Riječ terminalni bolesnik valja izbjegavati jer ona ima neosoban i negativan prizvuk, koji nije u skladu s načelima hospicijskog pokreta (6).

Moderni hospicijski pokret počeo je šezdesetih godina. Izrastao je iz potrebe da se bolesnika sasluša i da se obrati pozornost na njegove potrebe i njihovo zadovoljavanje. Pojam hospicij na latinskom jeziku *hospitium*, ispočetka je značio srdačnost između domaćina i gosta, a poslije mjesto gdje se taj ugođaj ostvarivao. Pojam hospicij nije samo pojam za ustanovu u koju se najčešće smješta bolesnika u terminalnoj fazi, već je

to pojam za filozofiju skrbi (7). No kako je riječ hospicij svojim značenjem više vezan uz pojam ustanove danas se češće zamjenjuje nazivom palijativna skrb.

3.2. Povijest palijativne medicine

Elemente palijativne skrbi nalazimo u ljudskoj povijesti otkad postoji liječenje. U davnom 4. stoljeću osnivana su prva utočišta za siromašne pod nazivom *hospitium* koja su primale iscrpljene i umiruće hodočasnike. Djelujući po Kristovu načelu: „Što ste učinili posljednjemu od moje braće, učinili ste meni.“, hranili su gladne i žedne, posjećivali bolesnike i zatvorenike, odjevali gole i prihvaćali strance. Nadalje, povijest hospicija povezuje se uz križare u 11. stoljeću. Do tada neizlječivi pacijenti nisu primani u lječilišta jer se njihovo prisustvo smatralo štetnim u procesu ozdravljenja drugih. U prve hospicije zbrinjavali su putnike na polasku i dolasku iz Svete zemlje, no jednako tako skrbili su i za bolesne i umiruće (6).

U srednjem vijeku hospicijska je tradicija zaboravljena. Preporod doživljava u 19. stoljeću kada u Francuskoj mlada udovica Jeanne Garnier osniva prvo utočište za umiruće i naziva ga hospicijem. Po uzoru na nju Irske sestre milosrdnice 1905. osnivaju *St. Joseph's Hospice,*u kojem se pedesetak godina kasnije zaposlila Dame Cicely Saunders medicinska sestra, socijalna radnica i liječnica. Dr. Saunders smatra se osnivačicom modernog hospicijskog pokreta. Proučavala je kontrolu boli kod uznapredovalog raka, svojim ustrajnim radom i maksimalnim angažmanom, dala je snažan poticaj za osnivanje prvog suvremenog hospicijskog centra Sv.Christopher u Londonu 1967. koji je postao jedan od najvećih edukacijskih centara za palijativnu skrb. Važan utjecaj dr. Saunders i njen tim imaju i u razvoju načela koje je preuzala Svjetska zdravstvena organizacija, a koje slijedimo i danas. Svakako valja napomenuti i bitan čimbenik u razvoju hospicijske skrbi treba zahvaliti brzom razvoju farmaceutske industrije u šezdesetim godinama dvadesetog stoljeća, pogotovo razvoju lijekova za smanjivanje i ublažavanje boli.

Velikom iskoraku u palijativi SAD-a doprinjela je psihijatrica Elisabeth Kubler-Ross svojim knjigama o komunikaciji s terminalnim bolesnicima i njihovim potrebama te odnosu liječnik-bolesnik-obitelj. Svojim intervjuima s umirućima jako je motivirala javnost i osnovala prvi hospicij u SAD-u. Uz hospicijsku palijativnu medicinu vrlo se brzo počela razvijati i hospitalna palijativna medicina. Tako 1974. godine urološki kirurg Balfour Mount osniva prvu svjetsku palijativnu službu pri bolnici u Montrealu

(Kanada). U svojim počecima razvoj palijativne medicine bio je usko vezan uz onkološke bolesnike u uznapredovalim fazama bolesti, jedan dio zdravstvenih djelatnika i danas ta dva pojma koristi kao sinonime. B. Mount zaslužan je za razdvajanje pojma hospicij i palijativna skrb (2). O važnosti palijativne medicine govori i to što je prepoznata kao posebna specijalizacija i subspecijalizacija, pa danas postoji na tisuće specijalista palijativne medicine.

3.3. Palijativna medicina u svijetu

Nakon revolucije u skrbi za terminalno oboljelog bolesnika zadnjih pedesetak godina, svijet se osvještava u pogledu prema smrti kao sastavnom dijelu života. U ekspanzivnom je porastu broj ustanova, odjela i timova za palijativnu skrb. Danas u 120 država svijeta postoje manje ili više razvijeni sustavi palijativne, hospicijske ili suportivne skrbi. Podatci Jaspersa iz 2007. godine govore da je u Europi Velika Britanija imala 958 centara, Francuska 471, Poljska 362, Njemačka 321, Španjolska 261, Nizozemska 138, Belgija 121 palijativni centar (2).

Poljska je danas vodeća europska zemlja u organizaciji sustava palijativne skrbi i broji oko 600 palijativnih jedinica. Gotovo svako mjesto u Poljskoj s 10 000 stanovnika ima hospicij i kućnu hospicijsku/palijativnu skrb. Sve su profesije koje rade u palijativnoj skrbi educirane za rad subspecijalizacijama i stručnim tečajevima. Ministarstvo zdravstva u potpunosti pokriva troškove financiranja subspecijalizacije iz palijativne medicine u trajanju od tri godine za liječnike, odnosno specijalizacije u trajanju od dvije godine za medicinske sestre. Snažan je razvoj palijativne skrbi u SAD-u, Kanadi i Australiji. Većina anketiranih Amerikanaca izrazila je želju za umiranjem u vlastitim domovima i s time je stavljen veći naglasak na razvoj interdisciplinarnih timova za kućnu palijativnu skrb, koji se razvija gotovo do maksimuma. Posebno se razvija dodiplomska nastava na medicinskim fakultetima, a dokaz o položenom ispitu postao je uvjet za dobivanje licence za opću praksu. U New Yorku je sjedište Svjetskog udruženja za hospicij i palijativnu skrb.

I u susjedstvu Hrvatske razvija se hospicijski pokret. Mađarska ima 10 palijativnih odjela, 1 hospicij, 4 bolnička suportivna tima i 28 timova kućne skrbi. Susjedna nam Bosna i Hercegovina može se pohvaliti centrom palijativne skrbi u Tuzli, kojeg su zaslužili otvaranjem dječjeg odjela, hospicija za ležeće bolesnike, dnevnog hospicija,

specijalističke ambulante za tretman boli 2009. godine. U razvoju palijative u BiH značajna je uloga partnerstva s Velikom Britanijom koja obrazuje novi kadar liječnika i medicinskih sestara te pomaže u rekonstrukciji i opremanju jedinica za palijativnu skrb. Unatoč tome što je palijativna skrb razvijena u samo jednom od kantona to ne umanjuje njenu važnost već potiče razvoj u ostalim kantonima (8).

3.4. Palijativna medicina u Hrvatskoj

Republika Hrvatska zemlja je s najnižim stupnjem razvoja palijativne skrbi u Europi. Promatramo li europske zemlje i njihov sustav organiziranja koji u osnovi čine hospiciji, palijativni odjeli, ambulante za bol, instituti palijativne medicine, kućna palijativna skrb i dječji hospiciji, vidimo da je Hrvatska daleko od toga. U Hrvatskoj djeluju različite skupine volontera, organizacije i centri na mnogobrojnim lokacijama, koje su nekoordinirane te pokrivaju mali broj oboljelih i pružaju limitiranu pomoć. Također postoji veliko nerazumijevanje te slaba educiranost o palijativnoj skrbi, kako među pučanstvom, tako i kod zdravstvenih radnika (2).

Iako ne opravdava njen nerazvoj, Hrvatska je zemlja koja je od 1990. do 1995. bila napadnuta i izložena ratnim stradanjima. Osim materijalnih razaranja, gospodarskih šteta i ljudskih žrtava, rat je pridonio i pogoršavanju životnog standarda, oskudicom i financijskom nesigurnošću. Oskudna državna sredstva jedva su pokrivala osnovne elemente zdravstvenog sustava, a kamo li za razvoj možda tada i najpotrebnije palijativne skrbi. Iako izloženi ratnoj situaciji, u Hrvatskoj pojedinci ipak prepoznaju i shvaćaju problematiku palijativne skrbi 1994. godine (9). Upravo te godine Anica Jušić, začetnica hospicijskog pokreta i sustavne organizacije palijativne skrbi i umirovljena profesorica neurologije, organizira Prvi simpozij o hospiciju i palijativnoj skrbi sa sloganom „Smrt je dio života“. U jesen te iste godine osniva Hrvatsko društvo za hospicij/palijativnu skrb pri Hrvatskom lječničkom zboru. Godine 1999. počele su praktične aktivnosti. Anica Jušić osnovala je Hrvatsku udrugu prijatelja hospicija kao logističku potporu zborskom društvu. Počeli su tečajevi za hospicijske dobrovoljce. Udruga je djelovala kao tim sastavljen od 3 do 4 liječnika, 2 do 3 medicinske sestre, 1 socijalnog radnika, 1 fizikalnog terapeuta, 2 psihologa i oko 25 dobrovoljaca koji nisu iz zdravstvenih zanimanja. Služba žalovanja i ambulanta za bol i palijativnu skrb počele su se oblikovati – i sve to na dobrovoljačkom principu (10).

Bilo je i nekoliko pokušaja otvaranja hospicija od strane pojedinaca koji nisu imali podršku i na kraju se nisu realizirali. Glavna zapreka su bili zakoni koji nisu išli u prilog razvoju ove grane medicine. Kada su se napokon 2003. javnost i političari osvijestili o ovom problemu, pojam palijativne skrbi ušao je u Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Prema zakonu palijativna skrb se navodi kao jedna od mjera zdravstvene zaštite. Kako zadnjih dvadesetak godina nije bilo palijativne skrbi uklopljene u zdravstveni sustav, elemente palijativne skrbi provodili su djelovanjem udruga, volontera laika i stručnjaka. Oni su se educirali u inozemstvu i kroz djelovanje stručnih društava u Hrvatskoj. Nakon osnivanja Hrvatskog centar za palijativnu skrb osnovani su i prvi mobilni timovi palijativne skrbi na primarnoj razini u Puli, Rijeci, Zagrebu i Čakovcu kao dio projekta finanaciranog od HZZO-a, a otvorena su i dva palijativna odjela u Novom Marofu i Kninu. Uspostavom mobilnih palijativnih timova i otvorenjem bolničkih odjela specijaliziranih za palijativnu skrb palijativna medicina ojačana je i na primarnoj i na sekundarnoj razini. Iako zakonska osnova postoji još od 2003. godine za osnivanje prvog hospicija „Marija Krucifiksa Kozulić“ u Rijeci bilo je potrebno još deset godina.

2013. godine Hrvatska postaje zemlja članica Europske unije koja zahtjeva promjene u zdravstvenom sektoru, a dio tih promjena svakako se odnosio na uvođenje palijativne skrbi u zdravstveni sustav Republike Hrvatske koji nije raspolagao resursima za zadovoljavanje tih potreba. Iste godine Vlada je usvojila Strateški plan razvoja palijativne skrbi za razdoblje od 2014. do 2016. godine.

Iako se u poslijednjih nekoliko godina vidi značajan pomak u organizaciji palijativne skrbi u Hrvatskoj (povećao se broj ustanova koje pružaju palijativnu skrb, povećao se broj palijativnih postelja u bolnicama, uspostavljeni su koordinatori palijativne skrbi u županijama, uspostavljene su posudnice pomagala, uspostavljeni su zakonski akti), još nisu ispunjeni svi ciljevi predviđeni strateškim planom (11). Iako u zakonu stoji da bi trebao postojati nacionalni registar palijativnih bolesnika nije dogovoreno kako bi to trebalo izgledati i koje podatke sadržavati. U praksi se teško dolazi do palijativnih bolesnika, iako u međunarodnoj klasifikaciji bolesti postoji šifra za takve bolesnike te bi ih liječnici nakon detektiranja trebali u dokumentaciji tako označiti oni to često ne rade. Bolesnici su prepušteni sami sebi i svojoj obitelji bez pomoći stručnjaka.

U Hrvatskoj je u pogledu palijativne skrbi još uvijek očigledan nedostatak znanstvenog, stručnog i praktičnog usavršavanja. Fakulteti medicine, sestrinstva i socijalnog rada imaju obavezne ili izborne predmete o palijativnoj skrbi. U Velikoj Britaniji palijativna medicina je već 1987. godine prepoznata kao posebna specijalizacija. Za usporedbu, u Hrvatskoj se jos ni danas nije krenulo s poslijediplomskim studijem iz palijativne medicine već samo imamo tečajeve koji se održavaju po nekoliko dana gdje zdravstveni radnici skupljaju bodove na temelju koje obnavljaju licencu za rad.

Od usvajanja Strateškog plana razvoja palijativne skrbi 2014.-2016. u Republici Hrvatskoj do kraja ožujka 2017. godine djeluje 10 mobilnih timova za palijativnu skrb u kući bolesnika; 22 bolnička tima za palijativnu skrb; 31 ambulanta za bol, 47 besplatne posudionice pomagala, 16 organizacija volontera u palijativnoj skrbi, 9 županijskih timova za razvoj županijskih sustava palijativne skrbi, 5 županijskih koordinatora za palijativnu skrb. Ugovorene su palijativne postelje u bolničkim zdravstvenim ustanovama i Ustanovi za palijativnu skrb hospicij „Marija Krucifiksa Kozulić“.(12) Prema preporukama Europskog udruženja za palijativnu skrb broj postelja koje bi Hrvatska trebala imati na raspolaganju procijenjen je između 349 i 429. Taj broj je 2016. godine iznosio 186.

Dana 9.5.2017. godine, Ministarstvo zdravlja donosi Nacrt Nacionalnog programa razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017.-2020. godine koji predstavlja nastavak provedbe uspostave sustava palijativne skrbi i nadovezuje se na Strateški plan razvoja palijativne skrbi za razdoblje 2014.-2016. godine (13).

3.5. Organizacija i pružanje palijativne skrbi

Prema preporukama Europskog udruženja za palijativnu skrb, čije smjernice slijedi i Nacionalna strategija razvoja zdravstva Republike Hrvatske 2012.-2020. godine, palijativna skrb bi se trebala pružati na minimalno dvije razine; palijativni pristup i specijalistička palijativna skrb. Po mogućnosti, trebala bi se pružati i na razinama opće palijativne skrbi i centrima izvrsnosti.

„Palijativni pristup je način integriranja palijativnih metoda i postupaka u okruženjima koji nisu specijalizirani za palijativnu skrb. Palijativni pristup trebao bi biti

dostupan liječnicima opće medicine i osoblju u općim bolnicama, a također i osoblju u staračkim domovima i ustanovama za njegu. Da bi se tim pružateljima usluga omogućilo korištenje palijativnog pristupa, palijativnu skrb mora se uključiti u nastavne planove i programe temeljne edukacije liječnika, sestara, te drugih srodnih zdravstvenih struka. Vijeće Europe preporučuje da svi radnici u zdravstvu moraju pouzdano vladati osnovnim principima palijativne skrbi i biti sposobni primjenjivati ih u praksi.“ (14) Ovaj pristup sam po sebi nije dovoljan za zabrinjavanje palijativnih bolesnika, već zahtjeva specijalističku palijativnu medicinu.

Specijalističku palijativnu skrb pružaju profesionalci koji su prošli priznatu edukaciju iz ove domene te čija je glavna djelatnost pružanje palijativne skrbi. „Te službe obično skrbe za pacijente sa složenim i teškim potrebama i stoga zahtijevaju višu razinu obrazovanja, osoblja i drugih resursa. Pacijenti s potrebama za kompleksnom palijativnom skrbi zahtijevaju širok raspon terapijskih intervencija za suzbijanje simptoma. Članovi tima trebali bi imati iskustvo u kliničkom rješavanju problema u više domena, kako bi mogli ispuniti kompleksne pacijentove potrebe“ (14).

Također, Europsko udruženje za palijativnu skrb izdaje i smjernice o minimumu službi koje bi zadovoljile potrebe stanovništva za palijativnom skrbi u zajednici. Organizacija bi trebala sadržavati:

- Jedinicu palijativne skrbi, odnosno, odjel specijaliziran za liječenje i njegu palijativnih pacijenata. Cilj jedinica palijativne skrbi je ublažavanje neugoda uzrokovanih bolešću i terapijom te, ako je moguće, stabiliziranje funkcionalnog statusa pacijenta i nuđenje psihološke i socijalne pomoći pacijentima i njegovateljima na način koji omogućava otpuštanje ili premještaj u drugu vrstu zdravstvene strukture.
- Stacionarni hospicij koji prima pacijente u posljednjoj fazi života, kad liječenje u bolnici nije potrebno, a skrb kod kuće ili u staračkom domu nije moguća.
- Bolnički tim za podršku palijativnoj skrbi čiji je središnji cilj ublažavanje brojnih simptoma palijativnih pacijenata na različitim bolničkim odjelima, i to kroz mentoriranje tamošnjeg osoblja i podupiranje pacijenata i njihovih obitelji. Taj tim osigurava da svim tim odjelima bude na raspolaganju ekspertnost u palijativnoj medicini i palijativnoj skrbi.
- Tim za kućnu palijativnu skrb pruža specijaliziranu palijativnu skrb pacijentima kojima je potrebna kod kuće, te podršku njihovim obiteljima i njegovateljima u

pacijentovoj kući. Oni također pružaju specijalističko savjetovanje liječnicima opće prakse, obiteljskim liječnicima i sestrama koje njeguju pacijenta kod kuće.

- „Bolnicu u kući“ koja pruža pacijentu u kući intenzivnu skrb na razini bolničke . Ovo podrazumijeva vrstu skrbi koji je mnogo sličnija bolničkom liječenju nego uobičajenoj kućnoj njezi. Može se odnositi na proširenja postojećih resursa unutar kućnog okruženja ili pridjeljivanja specijalističkog tima koji može pokriti sve potrebe.
- Volonterski hospicijski tim pruža podršku i prijateljski odnos palijativnim pacijentima i njihovim obiteljima u vrijeme bolesti, patnje, tuge i žalovanja.
- Dnevni hospicij u kojima pacijenti obično provode dio dana u hospicijskom dnevnom boravku, fokusirani su na kreativno življenje i društvenu skrbi, nudeći pacijentima priliku da sudjeluju u raznim aktivnostima tokom dana izvan svoje poznate okoline. Smanjuju rizik od socijalne izolacije i olakšavaju obitelji i njegovateljima teret skrbi.
- Palijativna ambulanta nudi savjetovanje za pacijente koji žive kod kuće i koji su u stanju posjetiti ambulantu (14).

Palijativna skrb zahtjeva veliki broj službi i osoblja različitih profesija. Za Hrvatsku to je prevelik teret. Čak ni u zemljama Europe koje su financijski u boljoj situaciji od Hrvatske palijativna skrb nije toliko razvijena. U svijetu palijativna skrb nema prihode samo iz zdravstvenog sustava već je temeljena na brojinim donacijama i doprinosu volntera. Osnivanje timova, odjela i centara na lokalnoj razini, ne smo da bi dugoročno smanjili pritisak i opterećenje brige za neizlječivo oboljele građane na bolnice i službe koje pružaju aktivnu zdravstvenu skrb već bi smanjili i visoke troškove koje takva skrb predstavlja. Uključivanje lokalne zajednice imalo bi utjecaj i na stvaranje socijalne klime koja sve više nestaje, a u kojoj građani mogu pomoći i osjećati se korisnima (2).

3.6. Ciljevi palijativne skrbi

Cilj palijativne skrbi je postizanje najbolje kvalitete života za pacijente, smanjenje patnje, uklanjanje boli te drugih neugodnih simptoma, psihološka i duševna skrb, podrška pojedincu kako bi živio što aktivnije, te podrška obitelji da se lakše nosi sa

bolesti. Službe za palijativnu skrb trebaju se temeljiti na nizu zajedničkih vrijednosti i načela u koje spadaju holističi pristup, sveobuhvatnost, dostupnost, pacijentu orjenitrana i kontinuirana skrb. Pristup treba uvažavati autonomiju i dostojanstvo pacijenta te njegovu potrebu za individualnim planiranjem i donošenjem odluka.

Principi palijativne skrbi:

- oslobađanje od boli i drugih simptoma;
- naglašava život i gleda na umiranje kao na normalan proces;
- ne ubrzava i ne odgađa smrt (ne podržava eutanaziju);
- integrira psihološke i duhovne aspekte bolesnikove skrbi;
- pruža sustav potpore kako bi se pomoglo bolesnicima živjeti što aktivnije sve do smrti;
- pruža sustav potpore koji pomaže obitelji tijekom bolesnikove bolesti i u doba žalovanja;
- timski pristup prilagođen potrebama bolesnika i njihovih obitelji, uključujući i eventualno savjetovanje u žalovanju;
- uloga je interdisciplinarnog tima povećati kvalitetu života i pozitivno utjecati na bolesnika tijekom bolesti;
- primjenjiva je rano tijekom bolesti (8).

3.7. Timovi palijativne skrbi

Bolesnik u palijativnoj skrbi zahtjeva holistički pristup i kroz njega bolesnika gledamo kao cjelinu uma, tijela i duha. Uvažavaju se njegove tjelesne, emocionalne, socijalne i duhovne poteškoće. Takva skrb za bolesnika zahtjeva uključivanje velikog broja stručnjaka različitih profesija. Zato kažemo da skrb pružamo multidisciplinarnim ili interdisciplinarnim pristupom. U timu rade najčešće liječnik, medicinska sestra, fiziotarapeut, socijalni radnik, psiholog, spcijalisti različitih djelatnosti, duhovnik i volonteri. Svaki od članova posjeduje određene kompetencije, znanje i vještine koje pridonose boljem radu tima i lakšem postizanju rezultata, a odabir članova ovisi o bolesnikovim potrebama i željama. Svaki član tima iz svoje perspektive procjenjuje bolesnika, a zajedno planiraju ciljeve skrbi, intervencije, međusobno koordiniraju u izradi plana skrbi i implementaciji skrbi (14). Prava snaga interdisciplinarnog timskog

rada je u uspješnoj komunikaciji, međusobnom povjerenju, kompetentnosti članova tima, ravnopravnoj ulozi i zajedničkom radu na realizaciji ciljeva (2).

Prednosi timskog rada su veća učinkovitost i kvaliteta obavljenog posla, brži dolazak do cilja jer su svi potrebni stručnjaci dostupni i u stalnom kontaktu, jednostavnija je razmjena i prenošenje znanja i iskustva na mlađe i manje iskusne članove tima, veća razina odgovornosti.

3.8. Kućna palijativna skrb

Mnogi bi rekli da je prava sreća umrijeti prirodnom smrću u vlastitom domu, u vlastitom krevetu, okruženi potporom prijatelja i obitelji. To posebno žele oni koji su duže vremena bili hospitalizirani. Takvu priliku nemaju baš mnogi, danas je teško čuti da je netko umro u vlastitoj kući među svojim najbližima. Danas najčešće ljudi umiru u staračkim domovima ili bolničkim krevetima. Tamo su često osamljeni bez svojih bližnjih, okruženi liječnicima, medicinskim sestrama i drugim osobljem.

S bolesnikom i njegovom obitelji trebalo bi razgovarati o željenom mjestu skrbi i smrti te pokušati udovoljiti tim željama. No, treba napomenuti da postoje i slučajevi kada je kontraindicirano udovoljiti bolesnikovim željama da ostane kući. Obično se u završnoj fazi bolesti zdravstveno stanje može pogoršati toliko da mu se potrebna njega ne može pružiti u kućnim uvjetima pa je bolesnika potrebno smjestiti u bolnicu. U slučajevima gdje u bolesnikovu domu nema osnovnih uvjeta za život, naravno, izbor je bolnica. Često se događa da obitelj ne želi, ne zna ili ne može pružiti skrb. Kućna skrb je moguća jedino ako postoje ova tri preduvjeta: da osobitost bolesti dozvoljava takvu vrstu njege, da mjesto u kojem boravi bolesnik ima adekvatne uvjete za život i da obitelj želi aktivno sudjelovati u skrbi.

Vlastiti dom bolesniku daje osjećaj neovisnosti i psihološkog blagostanja, to je mjesto prisnosti i udobnosti, bez institucionalnih zakonitosti kao što je slučaj u bolnicama. Zadržavaju i svoju privatnost što je teško izvedivo u bolnicama gdje borave u višekrevetnim sobama. U svom domu bolesnik se druži sa ukućanima i sudjeluje zajedno s njima u planiranju aktivnosti, odmora, prehrane, itd. Bolesnici mogu s obzirom na svoje mogućnosti izvršavati zadatke koje su radili, a i održavaju svoje

mjesto unutar obitelji ili zajednice u kojoj žive. Također, u svom domu bolesnici se osjećaju više zaštićeni jer nisu izloženi često nepotrebnim medicinskim aktivnostima. Obitelji također znači da bolesnik živi s njima jer tako se lakše prilagode na promjene zdravstvenog stanja i uviđaju kako bi za bolesnka bilo najbolje da se okončaju te muke koje proživljava. S tim im je lakše prihvatiti i smrt kao sastavni dio života.

Uz sve prednosti koje idu uz boravak bolesnika u kući postoje i neke moguće poteškoće. Kada bolesnik ima bilo kakve promjene zdravstvenog stanja, raspoloženja ili ponašanja, to se odražava na obitelj. Članovi obitelji tada budu prestrašeni, ljuti i imaju osjećaje krivnje zbog stanja u kojem se nalazi bolesnik. Nadalje, smanjuju se sati spavanja, odmora i nekih aktivnosti koje su do razdoblja bolesti obavljali. Bolesnik je u centru pažnje zbog čega vjerojatno članovi obitelji izostaju s posla, što posljedično može biti ekonomski teško izdrživo.

Sve ima svoje prednosti i nedostatke. Preporuča se palijativna skrb u kući samo ako su zadovoljeni uvjeti za boravak u kući. I naravno ako je skrb kvalitetna i zadovoljava sva načela i pravila postupanja s palijativnim bolesnikom.U svakom slučaju bolja je od skrbi u bolnicama koje nemaju palijativnu skrb.

3.9. Medicinska sestra u kući palijativnog bolesnika (Službe za kućnu njegu)

Davne 1960. godine, jedna od tada najistaknutijih medicinskih sestara, Virginia Henderson, definirala je ulogu sestrinstva kao „pružanje pomoći pojedincu, bolesnom ili zdravom u obavljanju aktivnosti koje doprinose zdravlju, oporavku ili mirnoj smrti, a koje bi obavljao samostalno kada bi imao potrebnu snagu, volju ili znanje.” Ta definicija kasnije je prihvaćena od strane Svjetske zdravstvene organizacije, a i dan danas je najraširenija međunarodna definicija sestrinstva. U definiciji se spominje i skrb za umiruće bolesnike kao sastavni dio sestrinske skrbi (2).

Medicinska sestra u palijativnoj skrbi višestruki je aktivni sudionik koji neposredno provodi zdravstvenu njegu, koordinira i rukovodi cjelokupnim procesom skrbi. Odgovorna je za planiranje, provođenje i evaluaciju zdravstvene njege uz kontinuiranu procjenu, evaluaciju, edukaciju bolesnika i obitelji, te suradnju s ostalim

članovima interdisciplinarnog tima. Mora biti dovoljno fleksibilna da modificira sestrinske dijagnoze i planove zdravstvene njege u korelaciji s bolesnikovim stanjem i potrebama, uključujući i obitelji uz stalnu koordinaciju s drugim članovima tima. Često sudjeluje u rješavanju mnogih etičkih pitanja, donošenju odluka vezano uz zahtjeve bolesnika i obitelji (2).

Osnovni tim za pružanje palijativne skrbi u kući čine liječnik obiteljske medicine i patronažna medicinska sestra. Ovisno o potrebama pacijenta i obitelji u skrb se uključuju i drugi stručnjaci. Patronažna sestra obzirom na razinu obrazovanja i kompetencije nezaobilazni je dio navedenih timova, integrirana u svim oblicima zdravstvene njege kako s oboljelim tako i s cijelom obitelji. Patronažna sestra je ključna suradnica i produžena ruka liječnika obiteljske medicine na terenu, te mu omogućava kontinuiran nadzor nad bolesnikovom okolinom u njegovom domu, te njegovim životnim i obiteljskim prilikama (16). Nakon otpusta iz bolnice patronažna medicinska sestra trebala bi posjetiti bolesnika i obitelj unutar 24 sata te ovisno o pacijentovim željama i potrebama planira mjesto skrbi i postupke zdravstvene njege. Prema potrebi, a sve u dogovoru s liječnikom obiteljske medicine, u skrb se uključuje i mobilni palijativni tim. Patronažna sestra na osnovi prikupljenih podataka od pacijenta i članova obitelji, cjelovitog pregleda i stanja bolesnika te uvidom u otpusno pismo procjenjuje njegove fizičke, psihičke, socijalne i duhovne potrebe. Kućni posjet patronažne sestre u domu bolesnika usmjeren je na uspostavu povjerenja s bolesnikom i članovima obitelji, poštivanje privatnosti, autonomnosti i dostojanstva sukladno moralnim, vjerskim i etičkim načelima uz uvažavanje želje bolesnika. Kod umirućih bolesnika često su prisutni brojni problemi koje treba svakodnevno procjenjivati koristeći sve spomenute resurse s točno definiranim prioritetima njihova rješavanja uz stalnu evaluaciju i koordinaciju unutar tima. U rješavanju simptoma ponekad se uključuju i medicinske sestre iz Ustanove za zdravstvenu njegu u kući sukladno procjeni i kategorizaciji pacijenta. Patronažna služba obvezna je tijekom razdoblja pružanja njege obići osiguranu osobu najmanje jednom u 14 dana, te izvijestiti izabranog doktora o njezinom zdravstvenom stanju, rezultatima do tada provedene zdravstvene njege i potrebi njezinog daljeg provođenja, odnosno potrebi obavljanja pregleda od strane izabranog doktora (14).

Medicinske sestre kao članice kućnog palijativnog tima najviše vremena provode s bolesnicima te su odgovorne za stalnu procjenu i planiranje potreba skrbi. Dobra komunikacija i suradnja s liječnikom obiteljske medicine i patronažnom službom omogućuje bolju skrb za palijativnog bolesnika. Tim za kućnu palijativnu skrb najčešće ima palijativnu savjetodavnu i mentorsku funkciju, te nudi svoju stručnost u terapiji boli, suzbijanju simptoma, palijativnoj njezi i psihosocijalnoj podršci (14). Mobilni palijativni tim rjeđe obavlja praktične postupke oko skrbi bolesnika.

3.10. Umiranje

Razmišljajujući o umiranju dolazimo do spoznaje da smo rođenjem osuđeni na smrt. Svako biće kada se rodi podložno je procesu starenja i umiranja. Smrt se naziva i jedinom sigurnom sastavnicom ljudskog života te dolazi kao posljednji događaj kojeg smo svjesni za života. Umiranjem dolazi do postupnog ili naglog otkazivanja životnih funkcija.

Malo zdravih ljudi stvarno želi umrijeti i malo je ozbiljnih bolesnika koji požuruju vlastitu smrt. Svi smo mi programirani da se grčevito držimo života što je dulje moguće. Kada nam netko kaže da bolujemo od neizlječive bolesti, tu činjenicu vrlo teško prihvaćamo. “Svatko suočen s prijetnjom smrti mora prijeći put od razmišljanja o sebi kao savršeno zdravoj osobi (što svi više-manje i stalno činimo) do razmišljanja o sebi kao osobi koja bi mogla umrijeti i konačno kao osobi koja će umrijeti. Taj prijelaz ide od „to se meni neće dogoditi (iako znam da bi se jednog dana i moglo)“, preko „to bi mi se moglo dogoditi“, do „to mi se događa“ (18). Stoga, možemo reći da umiranje zapravo počinje u trenutku prihvaćanja spoznaje o tome da slijedi skora smrt. Oduvijek je poznat osjećaj straha od umiranja i smrti. Većinom zbog straha od bespomoćnosti, usamljnosti, socijalne izolacije ali i same neupućenosti o tome što je smrt.

3.10.1. Pristup umirućem bolesniku

Bolesnici na samrti suočavaju se s različitim oblicima gubitaka: tjelesnog zdravlja, neovisnosti, motivacije, karijere i statusa, normalnog obitelskog života,

planova za budućnost i smisla života uopće. Gube samopouzdanje i vjeru u vlastite sposobnosti upravljanja životom. Suočavaju se sa do tada nepoznatim emocijama. Tako preplašeni najčešće se povlače u sebe i izloiraju od okoline, upravo tada kad im je podrška i pomoć najpotrebnija (5).

Bolesnik kao i njegova obitelj imaju slične potrebe. Imaju potrebu dobiti jasnu i pravu informaciju i to brzinom koju oni smatraju primjerenom. Zatim, imaju potrebu izraziti i podijeliti osjećaje koje drže u sebi, također u trenutku kada oni osjete tu potrebu. Bolesnici imaju potrebu ponovno vratiti svoje dostojanstvo, pronaći svoj vlastiti mir, vlastite vrijednosti, donositi odluke i preuzeti kontrolu nad svojim životom (5). Profesionalci im često svojim pogrešnim obraćanjem i nesigurnošću ne pružaju potrebnu pomoć u suočavanju s problemima. Zdravstveni djelatnici se nalaze u pratnji bolesnika na tom posljednjem putu za koji i oni sami trebaju biti odgovarajuće pripremljeni i educirani.

3.11. Komunikacija s palijativinim bolesnikom

Jedno od najosjetljivijih područja medicine u smislu važnosti kvalitetne komunikacije jest pristup oboljelima od neizlječivih bolesti i članovima njihovih obitelji. Bolesnici s neizlječivom bolešću nužno trebaju kontinuiranu podršku i dobro educiran tim, a upravo je komunikacija okosnica te podrške. Komunikacija u palijativnoj medicini izrazito je težak i zahtjevan proces, a bez dobre komunikacije nema ni dobre palijativne medicine (18).

Komunikacija je prenošenje i razumijevanje značenja poruka, a komuniciramo da bi prikupili, prenijeli ili razmijenili informacije. Komuniciramo svojom cjelokupnom pojavom, gestama i ponašanjem pa čak i kad šutimo šaljemo poruku. Komunicirajući s drugim ljudima, čovjek izražava svoje osjećaje, potrebe, strahove i mišljenje. Komunikacija je osnovni alat zdravstvenih djelatnika u pomoći bolesniku i njegovoj obitelji (19).

Kod komunikacije s bolesnicima potrebno je mirno okruženje, empatičan stav, treba paziti na govor tijela, koristiti se jednostavnim riječima i dopustiti emocionalno reagiranje. S bolesnikom je potrebno uspostaviti povjerenje da bi on vidio kako poštujemo njegove odluke, njegove želje, ali i da smo mu spremni pomoći ne samo

zdravstvenom njegom već i razgovorom ili samom prisutnošću. Trebamo dati do znanja da razumijemo njegovu potrebe za pažnjom i pripadanjem.

Ponekad je teško pronaći temu o kojoj bi razgovarali s umirućim bolesnikom. Najbolje bi bilo započeti komunikaciju s nekim općim stvarima. Na primjer, pozdraviti prilikom ulaska u sobu i započeti neki neobavezan razgovor u kojem ćemo saznati kako se bolesnik osjeća i koje su njegove potrebe. Važno je gledati bolesnika u oči, sjesti pored njega i znati slušati. Nerijetko je potrebno razlučiti što treba reći bolesniku i na koji način. Važno da sestra ne daje lažne nade u ozdravljenje ili opet, s druge strane, da gasi svaku nadu u moguće izlječenje.

Trebamo biti spremni i na to da neki bolesnici ne žele razgovarati, pogotovo ne o smrti. Kada bolesnik ne želi razgovarati o mogućem ishodu svoje bolesti, dovoljno je da ga uputiti u njegovo sadašnje stanje i dogovoriti daljnje postupke, provjeriti ima li kakvih pitanja te dati informacije gdje nas može pronaći ako mu zatrebamo. Komunicirati treba onda kada bolesnik izrazi želju ili kada sestra prepozna da bolesnik ima tu potrebu. Razgovor ne treba forsirati, ponekad je dovoljno samo da budemo tu uz bolesnika. Komunikacija zahtijeva znanje, kompetenciju i tehničke vještine pružene s entuzijazmom i odgovornošću. Opće je poznata činjenica da se s bolesnim ljudima tijekom njihovog liječenja ne komunicira niti dovoljno ni učinkovito. Nepravilna i nedovoljna edukacija o komunikacijskim vještinama vrlo jevjerojatno jedan od važnih razloga zašto zdravstveni djelatnici izbjegavaju otvorenu komunikaciju s bolesnicima i njihovim obiteljima, opravdavajući se danas time, kako su prezaposleni, da nemaju vremena za duži razgovor, preumorni su i preplašeni zbog neke osobne nesigurnosti u komunikaciji i često to obavljaju u žurbi na neprikladnim mjestima (20).

Komunikaciju s teško oboljelim bolesnicima možemo unaprijediti edukacijom zdravstvenog osoblja i svih stručnjaka koji se nalaze u timu. Povećanjem broja humanističkih obrazovnih programa u školama i fakultetima, zdravstveni radnici bi shvatili važnost komunikacije u pružanju što kvalitetnije skrbi palijativnom bolesniku. Kod komunikacije s palijativnim pacijentom, za razliku od komunikacije sa drugim pacijentima, zdravstveni djelatnici moraju biti psihički stabilniji, imati više razumijevanja i suosjećanja, a opet ne pretjerivati u tome da se ne bi zanemarilo ono zbog čega oni jesu tu.

3.12. Žalovanje

Žalovanje ili tugovanje je prirodan, često dugotrajan, proces koji započinje nakon gubitka nekog/nečeg što je osobi bilo emocionalno važno, a manifestira na svim razinama bića – tjelesnoj, emocionalnoj, mentalnoj i duhovnoj. Postoje različite definicije žalovanja, koje manje-više sve naglašavaju da je žalovanje normalan i potreban proces kroz koji osobe prolaze nakon gubitka nekog uz koga su bili emocionalno vezani, tko je zauzimao važno mjesto u njihovom životu (2).

Iako se danas nalazimo u razdoblju kada svatko vodi svoj život, ljudi se otuđuju i veze unutar obitelji su sve slabije. Ipak, kada se nađemo u nevolji svejedno nam je potrebna pomoć dragih nam ljudi. Uz njih se osjećamo sigurnije. Oni imaju sposobnost učiniti da se osjećamo bolje, prihvaćeno i važno.

Žalovanje je proces u koji započinje prije smrti bolesnika jer obitelj predosjeća gubitak i nastavlja se nakon smrti bolesnika. Žalovanje nije nešto što se može točno vremenski odrediti. Kako bi se olakšalo obitelji nakon nastupa smrti, medicinske sestre trebaju educirati obitelj kako i na koji način će postupati po dolasku smrti već tijekom bolesti.(21) Sestra to radi kroz pružanje podrške, poticanje na komunikaciju sa pojedincima i unutar zajednice i poticanje na razgovor o emocijama. Sestra je ujedno i najbliža bolesniku i njegovoj obitelji, najviše vremena provodi u njegovom domu, ona ih najbolje razumije i najlakše im pruža pomoć.

3.12.1. Reakcije ljudi u razdoblju žalovanja

U procesu žalovanja javljaju se često reakcije na svim razinama čovjekovog bića i života, a ovo su neke od reakcija:

- Tjelesne reakcije: umor, gubitak apetita, poremećaji spavanja, razne psihosomatsketegobe kao što su glavobolje, pritisak u grudnom košu, vrtoglavice, pojačano lupanje srca...
- Emocionalne i ostale psihološke reakcije: intenzivne emocije straha, tuge, ljutnje, osjećaj krivnje, usamljenost, stid, beznađe, tupost, gubitak samopoštovanja, poteškoće koncentracije, nezainteresiranost, nemotiviranost...

- Socijalne reakcije: potreba za usamljivanjem, ovisnost o društvu, smanjena tolerancijaspram drugih osoba, izbjegavanje određenih ljudi, situacija...
- Duhovne reakcije: ljutnja na Boga, osjećaj napuštenosti od Boga, promjena sustavavrijednosti, zanimanje za život nakon smrti, pitanja vezana uz smisao života (2).

Osim ovih neugodnih reakcija koje su navedene, nakon proživljene traume ljudi mogu reći da su doživjeli i neke pozitivne manifestacije. Kao pozitivno ljudi navode da su pronašli smisao, postali bolji ljudi, da sada imaju više suosjećanja s drugima te da više cijene prave životne vrijednosti.

3.12.2. Stadiji i faze žalovanja

Jedan od najpoznatijih modela koji opisuje proces koji ljudi prolaze kada su suočeni s dijagnozom teške bolesti ili gubitkom voljene osobe jest onaj dr. Elisabeth Kübler-Ross. Na početku su se te faze odnosile samo na suočavanje palijativnih bolesnika s dijagnozom, ali kasnije su se proširile na bilo kakve traume, kao na primjer prekid veze, razvod, ovisnost, dijagnozu neplodnosti i mnoge druge tragedije.U njima navodi da u procesu suočavanja s traumatskim događajem, ljudi prolaze nekoliko faza, naglašavajući da slijed tih faza nipošto ne mora biti linearan, te da je moguće vraćanje na ranije faze. Faze žalovanja su (20):

1. **Negiranje** - Obitelj se teško miri sa činjenicom da voljena osoba nije više među živima, te da više ne može komunicirati s njom. Za najveći broj ljudi ovo je kratkotrajni mehanizam obrane, nakon čega slijedi shvaćanje vrijednosti i pojedinaca. Negiranje može biti svjestan ili nesvjestan način prihvaćanja neke informacije ili ozbiljnosti i realnosti neke situacije. Kod nekih ljudi ne traje kratko i mogu zapeti u ovom stadiju.

2. **Ljutnja** - Obitelj je ljuta na umrloga iz razloga što su ostali sami, imaju osjećaj kao da su svi problemi nerješivi, a on je samo otišao. Često puta se ljutnja sa umrloga preusmjeri na zdravstveno osoblje, prijatelje, rodbinu sa neprimjerenim komentarima i primjedbama. Obitelj može osjećati i ljutnju na samoga sebe, smatrajući da nije poduzela sve kako bi osoba još malo poživjela. Zato je jako

važno ne suditi i ne shvaćati osobno ljutnju koja dolazi od osobe koja je u ovoj fazi žalovanja.

3. **Pogodba/pregovaranje** - Treća faza započinje s nadom pojedinca u to da nekako može odgoditi smrt. Uglavnom se pogodba za produženje života odvija s nekom višom silom u zamjenu za potpunu promjenu načina života. Psihološki, čovjek zapravo govori da zna da će umrijeti, ali kad bi bar postojalo nešto što bi mu dalo više vremena. Ljudi koji se suočavaju s manje ozbiljnim problemima zapravo traže kompromis. Pogodba je rijetko kad uspješno rješenje pogotovo kad je pitanje života ili smrti.

4. **Depresija** - Tijekom četvrte faze čovjek počinje shvaćati sigurnost smrti, zbog toga se ljudi povuku, budu tihi, prestanu primati posjete i uglavnom žaluju i plaču. Ljude u ovoj fazi ne treba razveseljavati jer je važno da žaluju i da se osjećaji procesuiraju. Depresija se može smatrati probom za ono što dolazi poslije. Normalno je da se osjeti tuga, žaljenje, strah i nesigurnost u vrijeme kada pojedinac prolazi kroz ovu fazu. To je znak da je počeo prihvaćati situaciju.

5. **Prihvaćanje** - U ovoj zadnjoj fazi čovjek se pomiri sa situacijom, svojom smrtnošću ili onom od bližnjeg. Ova faza varira ovisno o situaciji u kojoj se čovjek nađe. Često se dogodi da ljudi koji umiru dođu u ovu fazu puno prije nego ljudi koje za sobom ostavljaju, dok oni prolaze kroz svoje faze žalovanja! Na koncu bližnji se pomire s činjnicom da se dogodila smrt i da više neće vidjeti dragu osobu. Promišljaju da je možda ipak bolje tako te da se ovdje samo patio.

3.13.Sestrinske dijagnoze kod palijativnog bolesnika

Posao medicinske sestre je promatranje i pregled bolesnika, te postavljanje sestrinskih dijagnoza. Dijagnoze se postavljaju na temelju specifičnih i nespecifičnih simptoma i znakova koj sestre uočavaju svim svojim osjetilima. Utvrđuje se etiologija, lokalizacija, ponašanje i stanje bolesnika. Zdravstvena njega provodi se u svrhu poboljšanja zdravstvenog stanja ili spriječavanja pogoršanja. Osobi je zdravstvena njega potrebna 24 sata dnevno, a medicinska sestra često ima malo vremena. Jedna od specifičnosti provođenja njege u kući je to da je glavno sredstvo kojim se sestra koristi

edukacija obitelji o provođenju postupaka njege. Problemi koje imaju palijativni bolesnici su brojni, te samim time ima i puno mogućih sestrinskih dijagnoza. Ovo su neki od najčešćih problema koje imaju palijativni bolesnici:

- bol
- SMBS – higijena, hranjenje, odijevanje, eliminacija
- mučnina i povraćanje
- smanjeno podnošenje napora
- poremećaji eliminacije: zatvor, proljev, inkontinencija stolice i mokrenja
- visok rizik za pojavu komplikacija smanjene pokretljivosti: dekubitus, tromboza, kontrakture
- neupućenost
- poremećaji kognitivnih funkcija (smetenost, poremećaj misaonog procesa)
- nesanica
- beznađe
- visok rizik za pad
- visok rizik za infekciju
- neučinkovito sučeljavanje
- strah
- socijalna izolacija
- poremećen seksualni obrazac
- poremećaj funkcioniranja obitelji
- neučinkovito obiteljsko sučeljavanje s bolešću
- žalovanje.

3.13.1. Bol

Prema SZO bol je neugodno senzorno i emocionalno iskustvo vezano uz stvarno ili potencijalno oštećenje tkiva ili opisano u okviru takvog oštećenja. Bol je uvijek subjektivna. Bol podrazumijeva velik broj čimbenika, od tjelesnih, emocionalnih preko socijalnih i duhovnih, a svaki od njih pridonosi na svoj način iskustvo te boli. Potrebna je zamjetna domišljatost i otvorenost u traženju novih pristupa liječenja boli. Postoje dvije vrste boli, a to su akutna i kronična bol. Akutna je bol odgovor na ozljedu ili oštećenje tkiva i pretpostavlja se da će s izlječenjem popustiti. Ona može biti čak i

korisna jer prisiljava bolesnika da oštećeni dio odmara, i na taj način pospješuje proces ozdravljenja. Nasuprot tome, kronična se bol javlja u stanjima u kojima je daljnje ozdravljenje malo vjerojatno (5).

Zajedno s mnogim drugim centrima za palijativnu skrb i hospicij St. Christopher je razvio i modificirao vlastitu tablicu boli. Tablica uzima u obzir činjenicu da bolesnici često osjećaju bol na nekoliko mjesta. Jačina svake od tih boli mjeri se verbalnom ocjenskom skalom, pa se pokušava prosuditi utjecaj boli na život bolesnika parametrima kao što su mobilnost i poremećaj sna. Nadalje, bilježi se i prethodna uporaba i djelotvornost lijekova te ostalih postupaka za suzbijanje boli (5).

Kako bi osjećaj boli uspjeli donekle konkretizirati i izraziti u mjerivim vrijednostima, služimo se skalama za procjenu boli. Najčešće korištena je vizualno analogna skala (VAS) boli. Od bolesnika se traži da na 10 centimetara dugoj crti označi mjesto koje odgovara jačini njegove boli, nakon čega se s druge strane milimetarske ljestvice očita VAS zbroj. Pritom 0 označava da nema boli, a 10 najjaču bol. Ako je VAS zbroj 0-3, jačina boli ne zahtijeva analgetsku terapiju. Za suzbijanje boli koristimo analgetike prema točno određenim algoritmima. Analgetici se primjenjuju peroralno kad god je to moguće i u točno određeno vrijeme, a ne prema potrebi. Potom je važno da budu odgovarajuće doze, individualan pristup i terapijska shema za svakog bolesnika pojedinačno, a cilj je da bol bude manja ili jednaka 3, na VAS skali. Što se tiče strategije u liječenju boli, poznavajući prirodu i složenost boli uzrokovane karcinomom, vrlo malo je vjerojatno da postoji samo jedan način i pojedinačni pristup koji je djelotvoran. Vrlo često potrebno je imati kombinirani pristup koji se primjenjuje uz lijekove i ostale postupke liječenja (22). Mogući ciljevi kod kronične boli su:

- Pacijent neće osjećati bol;
- Pacijent će na skali boli iskazati nižu razinu boli od početne;
- Pacijent će nabrojati uzroke boli;
- Pacijent će prepoznati čimbenike koji utječu na jačinu boli;
- Pacijent će znati načine ublažavanja boli.

Intervencije kod kronične boli:

- Prepoznati znakove boli;
- Izmjeriti vitalne funkcije;
- Ublažavati bol na način kako je pacijent naučio;
- Ukloniti čimbenike koji mogu pojačati bol;

- Primijeniti nefarmakološke postupke ublažavanja bolova;
- Ohrabriti pacijenta;
- Objasniti pacijentu da zauzme ugodan položaj te da ga mijenja;
- Postaviti nepokretnog pacijenta u odgovarajući položaj;
- Izbjegavati pritisak i napetost bolnog područja;
- Obavijestiti liječnika o pacijentovoj boli;
- Primijeniti farmakološku terapiju prema pisanoj odredbi liječnika;
- Razgovarati s pacijentom o njegovim strahovima;
- Ublažiti strah prisustvom i razgovorom;
- Poticati pacijenta na verbalizaciju osjećaja boli;
- Odvraćati pažnju od boli;
- Masirati bolno područje tijela ukoliko je moguće;
- Ponovno procjenjivati bol;
- Dokumentirati pacijentove procjene boli na skali boli“ (23).

3.13.2. Strah

Strah je negativan osjećaj koji nastaje usred stvarne ili zamišljene opasnosti. Strah od smrti predstavlja univerzalni strah koji se javlja kod svakog čovjeka. Strah je jedna od najmoćnijih i ujedno najviše istraženih emocija. Dugo izlaganje strahu preopterećuju tijelo i oštećuju imunološki sustav. Mogući ciljevi kod dijagnoze straha:

- Pacijent će znati prepoznati činitelje koji dovode do pojave osjećaja straha;
- Pacijent će znati primijeniti metode suočavanja sa strahom;
- Pacijent će opisati smanjenu razinu straha;
- Pacijenta neće biti strah.

Intervencije:

- Stvoriti profesionalan empatijski odnos;
- Identificirati s pacijentom činitelje koji dovode do pojave osjećaja straha;
- Poticati pacijenta da verbalizira strah;
- Stvoriti osjećaj sigurnosti;
- Opažati znakove straha;
- Primjereno reagirati na pacijentove izjave i ponašanje;
- Pacijenta upoznati s okolinom, aktivnostima, osobljem i ostalim pacijentima;

- Redovito informirati pacijenta o planiranim postupcima;
- Govoriti polako i umirujuće;
- Održavati red i predvidljivost u planiranim i svakodnevnim aktivnostima;
- Osigurati mirnu i tihu okolinu;
- Omogućiti pacijentu sudjelovanje u donošenju odluka;
- Prihvatiti i poštivati pacijentove kulturološke razlike pri zadovoljavanju njegovih potreba;
- Poticati pacijenta da izrazi svoje osjećaje;
- Osigurati dovoljno vremena za razgovor;
- Usmjeravati pacijenta prema pozitivnom razmišljanju;
- Spriječiti osjećaj izoliranosti i povučenost pacijenta;
- Poticati obitelj da se uključi u aktivnosti koje promiču pacijentov osjećaj sigurnosti i zadovoljstva;
- Podučiti pacijenta metodama skretanja pažnje“ (23).

3.13.3. Visok rizik za smanjeno podnošenje napora

Stanje je nedovoljne fiziološke ili psihološke snage da se izdrže ili dovrše potrebne ili željene dnevne aktivnosti. Takvo stanje znatno smanjuje kvalitetu života. Kao i bol i ovaj simptom ovisi o pojedincu i njegovom subjektivnom doživljaju. Mogući ciljevi:

- Pacijent će obavljati svakodnevne aktivnosti bez znakova napora;
- Pacijent će očuvati mišićnu snagu i tonus;
- Pacijent će demonstrirati metode očuvanja snage:

Intervencije:

- Prepoznati čimbenike koji utječu na neučinkovito disanje;
- Primijeniti terapiju kisikom prema pisanoj odredbi liječnika;
- Smjestiti pacijenta u položaj koji omogućava neometano disanje i ne umara ga;
- Podučiti pacijenta pravilnom iskašljavanju četiri puta dnevno, pola sata prije obroka i spavanja;
- Planirati s pacijentom svakodnevne aktivnosti i odmor;
- Osigurati dovoljno vremena za izvođenje planiranih svakodnevnih aktivnosti;

- Osigurati 4-5 minuta odmora tijekom aktivnosti;
- Poticati pacijenta da provodi plan svakodnevnih aktivnosti i pohvaliti napredak;
- Provoditi aktivne ili pasivne vježbe ekstremiteta;
- Izbjegavati nepotreban napor;
- Podučiti pacijenta uporabi pomagala;
- Poticati/ izvoditi promjenu položaja prema individualnoj potrebi pacijenta;
- Osigurati neometani odmor i spavanje;
- Osigurati prehranu i unos tekućine sukladno pacijentovim potrebama;
- Poticati pacijenta na manje, češće dnevne obroke;
- Osigurati hranu koja se lako žvače i probavlja;
- Podučiti pacijenta i obitelj pravilnom načinu planiranja svakodnevnih aktivnosti koristeći jasne jednostavne upute;
- Podučiti pacijenta da izbjegava gužve, zadimljene prostore, izlazak na vrućinu i hladnoću;
- Objasniti pacijentu važnost prestanka pušenja cigareta“ (23).

3.13.4. Visok rizik za nastanak dekubitusa

Dekubitus je nekroza mekog tkiva koja nastaje zbog ishemije uzrokovane produženim pritiskom na kožu i potkožno tkivo. Dekubitus je rana koja nastaje na mjestu stalnog pritiska izbočenih dijelova tijela i podloge. Kod dekubitusa ključna je profilaksa, ako profilaksa ipak ne uspije ne treba se obeshrabriti. Rane treba procjeniti u kontekstu kvalitete života te ih nastojati ublažiti bez obzira na to jesu li preostali dani, tjedni ili mjeseci života. Bol od dekubitusa može biti i najstrašnija bol koju bolesnik osijeća i najteže ju je kontrolirati analgeticima. Mogući ciljevi:

- Pacijentova koža neće biti oštećena;
- Pacijent će znati nabrojati metode održavanja integriteta kože;
- Obitelj će znati nabrojati metode održavanja integriteta kože.

Intervencije:

- Svakodnevno procjenjivati stanje kože;
- Poticati unos tekućine na usta;
- Poticati optimalan unos hrane;
- Provoditi higijenu pacijenta;

- Koristiti neutralne sapune prilikom kupanja pacijenta;
- Koristiti meki ručnik za upijanje pri sušenju kože – ne trljati kožu;
- Primjenjivati kreme i losione za njegu;
- Provoditi njegu usne šupljine;
- Održavati posteljno rublje čistim i bez nabora;
- Osigurati odjeću bez jakog pritiska;
- Mijenjati položaj pacijenta sukladno standardiziranom postupku;
- Koristiti opremu i pomagala za smanjenje pritiska pri pozicioniranju pacijenta;
- Procjenjivati pritisak i rubove zavoja i obloga;
- Poticati pacijenta na provođenje aktivnih vježbi;
- Provoditi pasivne vježbe u krevetu;
- Primjenjivati preventivne obloge na visokorizičnim mjestima;
- Pratiti promet tekućina (pravovremeno uočiti stvaranje edema);
- Provoditi elevaciju edematoznog ekstremiteta;
- Podučiti pacijenta o važnosti optimalnog unosa hrane i tekućine;
- Podučiti pacijenta o važnosti održavanja osobne higijene;
- Podučiti obitelj mjerama sprečavanja nastanka oštećenja kože i/ili sluznica;
- Podučiti pacijenta o prvim znakovima oštećenja kože i/ili sluznice“ (23).

3.13.5. Socijalna izolacija

Stanje je u kojemu pojedinac ima subjektivni osjećaj usamljenosti te izražava potrebu i želju za većom povezanosti s drugima, ali nije sposoban ili u mogućnosti uspostaviti kontakt. Mogući ciljevi:

- Pacijent će identificirati razloge osjećaja usamljenosti;
- Pacijent će razviti suradljiv odnos;
- Pacijent će tijekom hospitalizacije razvijati pozitivne odnose s drugima;
- Pacijent će tijekom hospitalizacije aktivno provoditi vrijeme sa ostalim pacijentima;

Intervencije:

- Provoditi dodatno dnevno vrijeme s pacijentom;

- Uspostaviti suradnički odnos;
- Poticati pacijenta na izražavanje emocija;
- Poticati pacijenta na uspostavljanje međuljudskih odnosa;
- Poticati pacijenta na razmjenu iskustava s drugim pacijentima;
- Podučiti pacijenta asertivnom ponašanju;
- Ohrabrivati ga i pohvaliti svaki napredak;
- Osigurati željeno vrijeme posjeta bliskih osoba;
- Osigurati pomoć ostalih članova zdravstvenog tima;
- Upoznati ga sa suportivnim grupama;
- Uključiti pacijenta u grupnu terapiju;
- Uključiti pacijenta u radno okupacionu terapiju“ (23).

4. Zaključak

Promatrajući razvoje država u Europi možemo zaključiti da Hrvatska ne spada u europski prosjek razvijenosti ove grane medicine. Iako sve navedeno ide u prilog tome da imamo dovoljno resursa za zbrinjavanje ove posebne skupine bolesnika, komunikacija, razmjena podataka i kvalitetna suradnja su ono što nam u praksi nedostaje. Potrebno je oformiti Centar za koordinaciju palijativne medicine kako bi se postojeći resursi povezali. Centar bi umrežio jedinice i ustanove, evaluirao, nadzirao i kontorlirao kvalitetu provođenja palijativne skrbi. Ono što bi unaprijedilo funkcioniranje bila bi informatička povezanost svih sudionika palijativne skrbi, vođenje registra palijativnih bolesnika i izrada dokumentacije za praćenje stanja bolesnika.

Palijativne jedinice trebalo bi ravnomjerno uvesti u cijeloj državi tako da svaki bolesnik ima pravo na korištenje usluga u blizini svog mjesta stanovanja. Za cjelovitu i sveobuhvatnu palijativnu skrb potrebno je osposobiti dovoljan broj timova koji će pacijentima biti na raspolaganju dvadeset i četiri sata na dan, sedam dana u tjednu. Kada god ima potrebu informirati se o rješavanju svojih problema bolesnik mora biti u mogućnosti nazvati službu koja će mu dati odgovore na tražena pitanja. Nužno je osposobiti službu koju će bolesnik moći kontaktirati dvadeset i četiri sata dnevno. Kako bi rasteretili obitelj koja njeguje oboljelog, trebali bi omogućiti dnevne centre gdje bi bolesnik boravio dok obitelj rješava svoje druge obaveze ili jednostavno odmara. Korisno bi bilo članu obitelji koji skrbi za oboljelog dati više dana godišnjeg odmora jer je ova skrb vrlo umarajuća.

Palijativna skrb zahtjeva veliki broj službi i osoblja. Osnivanje timova, odjela i centara na lokalnoj razini, osim što bi dugoročno smanjilooptere ćenje bolnica i službi koje pružaju aktivnu zdravstvenu skrb,smanjili i visoke troškove koje takva skrb predstavlja. Za Hrvatsku to je za sada nedostižan cilj. Potrebno je pronaći izvore prihoda za financiranje projekata koji bi dali „vjetar u leđa“ napretku palijativne skrbi. Po tom pitanju trebali bi se ugledati na zemlje oko sebe koje imaju dobro razvijen sustav i dobru praksu. Dio sredstava mogao bi se osigurati iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, dio iz poreza koji stanovnici uplaćuju u državni proračun, a dio iz Europskih fondova.

Veliki potencijal u napretku donjela bi edukacija zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika koji sudjeluju u procesu palijativne skrbi. Veliki potencijal u napretku donijela bi edukacija zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika koji sudjeluju u procesu palijativne skrbi. Kolegij Palijativna skrb treba biti obvezan na fakultetima medicine, zdravstvenim studijima te na fakultetima socijalnog rada, teologije i psihologije. Važno je educirati sve koji rade u timu kako bi osigurali jednaku kvalitetu na svim poljima. Iako medicinske sestre pružaju patronažnu skrb i zdravstvenu njegu u kući bolesnika, njihov rad ne bi smio zamjeniti mobilni palijativni tim koji je educiran za rješavanje specifičnih izazova u skrbi za bolesnika.

Uz sve to, naravno i provođenje do sad donesenih zakona, jer kao što znamo u našoj državi Hrvatskoj zakoni se slabo provode u stvarnosti. Moramo se pokrenuti što prije.Svakako bi trebalo upoznati javnost s potrebom širenja palijativne skrbi diljem zemlje i svemu što bi nam ona mogla donijeti u budućnosti, najprije oboljelima i njihovim obiteljima, a zatim zdravstvenom sustavu u cjelini.

- Prema podatcima Hrvatska zaostaje za zemljama Europske unije u rješavanju problema zbrinjavanja palijativnih bolesnika.

- Postoje individualci koji su pokrenuli u pojedinim regijama timove i jedinice palijativne skrbi, ali daleko je to od sustavnog i sveobuhvatnog pristupa. Problem je na nivou države.
- Potrebno je dobro poraditi na organizaciji i umrežavanju timova, jedinica, ustanova. Osnovati Centar za koordinaciju palijativne skrbi.
- Izraditi dokumentaciju za palijativne pacijente.
- Omogućiti dostupnost palijativne skrbi dvadeset četiri sata dnevno, sedam dana u tjednu.
- Uvesti obrazovne programe iz palijativne skrbi u srednje škole zdravstvene struke i fakultete. Pokrenuti specijalizacije i subspecijalizacije.
- Palijativni tim učiniti interdisciplinarnim.
- Osposobiti službu za telefonske konzultacije palijativnih bolesnika koja će biti dostupna dvadesetčetiri sata dnevno.
- Osposobiti dnevne centre za palijativne bolesnike i tako rasteretiti obitelj.

- Osigurati financijaska sredstva za izradu projekata koji će doprinjeti razvoju palijativne skrbi.

„Ako stvarno volite tu osobu i želite joj pomoći, buditi uz nju kad dođe kraj blizu. Sjedite pored, ne morate čak ni razgovarati. Ne morate učiniti ništa, samo budite tu pored.“ Elisabeth Kubler – Ross

5. Literatura:

1. Mojsović Z. Sestrinstvo u zajednici, priručnik za studij sestrinstva,. Zdravstveno veleučilište. Zagreb, 2006.
2. Đorđević V, Braš M, Brajković L. Osnove palijativne medicine; ars medica prema kulturi zdravlja i čovječnosti. Medicinska naklada. Zagreb, 2013.
3. European Jurnal of palliative care. Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi 2010. Dostupno na: http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=gKn5u42_E8A%3D&tabid=736 (10.04.2017.)
4. Popis stanovništva, kućanstva i stanova 2011., stanovništvo prema spolu i starosti. Dostupno Na: http://www.dzs.hr/Hrv_Eng/publication/2012/SI-1468.pdfp (16.04.2017.)
5. The free dictionary by Farlex; Therminal illness. Dostupno na: http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/Terminal+patient (9.5.2017.)
6. Saunders C, Sykes N. Palijativna skrb u završnom stadiju maligne bolesti. Školska knjiga. Zagreb, 1996.
7. Leksikografski zavod Miroslav Krleža; Riječnik. Dostupno na: http://www. .hr/Natuknica.aspx?ID=26234 (20.4.2017.)
8. Brkljačić M, Šamija M, Belev M, Strnad M, Čengić T. Palijativna medicina; temeljna načela i organizacija, klinički pristup terminalnom bolesniku, medicinska etika, Medicinski fakultet Sveučilišta. Rijeka, 2013.
9. Brkljačić M. Aktualno stanje palijativne skrbi u Hrvatskoj, 2013.
10. Vučevac V. Medicinska etika u palijativnoj skrbi: radovi Simpozija Etika i palijativna medicina, Filozofsko-teološki institut Družbe Isusov. Zagreb, 2011.
11. Strateški plan za razvoj palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014.-2016. Dostupno na: http://www.kbc-rijeka.hr/docs/Strateski_plan_razvoja_palijativne_skrbi_u_RH_za_razdoblje_2014-2016.pdf (10.05.2017.)
12. Vučevac V, Franinović-Marković J, Krznarić Ž, Braš M, Đorđević V. Uspostava sustava palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj. Medix, 2016.
13. Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske. Nacrt Nacionalnog programa razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017.-2020. Dostupno na:

https://zdravlje.gov.hr/pristup-informacijama/savjetovanje-sa-zainteresiranom-javnoscu-1475/otvorena-savjetovanja/nacrt-nacionalnog-programa-razvoja-palijativne-skrbi-u-republici-hrvatskoj-2017-2020/2895 (15.05.2017.)

14. Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi 1. European journal of palliative care, 2009. Dostupno na:n http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=gKn5u42_E8A%3D&tabid=736 (10.05.2017.)
15. Ozimec Vulinec Š. Palijativna skrb. Zdravstveno veleučilište. Zagreb, 2014.
16. Katić M, Švab I. Obiteljska medicina, Alfa,.Zagreb, 2013.
17. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Pravilnik o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja na zdravstvenu njegu u kući osigurane osobe Dostupno na: file:///C:/Users/Katarina/Downloads/464-Pravilnik-HZZO-Ostvarivanja-prava-na-zdravstvenu-njegu%20(1).pdf (12.05.2017.)
18. Buckman R, Gallop R, Martin J. Ne znam što reći, kako pomoći i podržati umiruće. Zagreb, 1996.
19. Braš M, Đorđević V, Brajković L, Planinc-Peraica A, Stevanović R. Komunikacija i komunikacijske vještine u palijativnoj medicini, 2016. http://www.kardio.hr/wp-content/uploads/2016/12/152-160.pdf (14.05.2017.)
20. Jušić A. i sur. Hospicij i palijativna skrb. Školska knjiga. Zagreb, 1995.
21. Jušić A. Palijativna skrb u Hrvatskoj i svijetu, Sažeci i članci s Prvog kongresa palijativne skrbi Hrvatske i Petog simpozija hospicij i palijativna skrb 2004. Hrvatsko društvo za hospicij/palijativnu skrb HLZ, 2006.
22. Šamija M, Nemet D. Potporno i palijativno liječenje onkoloških bolesnika. Medicinska naklada. Zagreb, 2010.
23. Hrvatska komora medicinskih sestara. Sestrinske dijagnoze 2. HKMS. Zagreb, 2013.

6. Sažetak

Velik broj oboljelih svakodnevno umire od posljedica terminalnih bolesti, poput malignih bolesti, kroničnih nezaraznih i zaraznih bolesti. Svi smo svjesni da su smrt i umiranje posljednji i sigurni događaj života, te da je ljudski život jedan i neponovljiv. Zato svako ljudsko biće ima pravo da dostojanstveno završi svoj život.

Vrlo važna komponenta suvremene medicine jest palijativna medicina koja se brine za optimalnu kvalitetu života pacijenta sve do smrti i područje je liječničkog ineresa. Palijativna medicina obuhvaća tri osnovna područja: smirivanje simptoma (bol), psihosocijalnu potporu bolesniku, njegovoj obitelji i njegovateljima tijekom bolesti i nakon smrti pacijenta te etičke probleme vezane uz umiranje. Za razliku od palijatvine medicine, palijativna skrb se odnosi na aktivnosti interdisciplinarnog palijativnog tima. U timu rade razni stručnjaci te skrbe o pacijentovim fizičkim, psihičkim, socijalnim i duhovnim potrebama.

Osnovni tim pružanja palijativne skrbi u kući čine liječnik obiteljske medicine i patronažna medicinska sestra. Ovisno o potrebama pacijenta i obitelji u skrb se uključuju i drugi stručnjaci. Patronažna sestra obzirom na razinu obrazovanja i kompetencije nezaobilazni je dio navedenih timova, integrirana u svim oblicima zdravstvene njege kako s oboljelim tako i s cijelom obitelji. Patronažna sestra je ključna suradnica i produžena ruka liječnika obiteljske medicine na terenu, te mu omogućava kontinuiran nadzor nad bolesnikovom okolinom u njegovom domu, te njegovim životnim i obiteljskim prilikama.

Veliki potencijal u napretku donijela bi edukacija zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika koji sudjeluju u procesu palijativne skrbi. Kolegij Palijativna skrb treba biti obvezan na fakultetima medicine, zdravstvenim studijima te na fakultetima socijalnog rada, teologije i psihologije. Važno je educirati sve koji rade u timu kako bi osigurali jednaku kvalitetu na svim poljima.

7. Summary

A large number of patients die every day as reslut of terminal illness, such as malignant disease, chronic non-infectious and infectious diseases. We are all aware that death and dying is last and sure part of life, and that human life is one and unrepeatable. Because of that, every human being has the right to a dignified finish his life.

A very important component of modern medicine is palliative medicine that takes care for optimal quality of patient's life until death and it is a domain of medical interest.

Palliative medicine includes three main areas: calming the symptoms (pain), psychosocial support for the patient, his family and carers during the illness and after patient's death and the ethical problems associated with dying. Unlike palliative medicine, palliative care refers to the activities of interdisciplinary palliative team. In team work different experts and take care of the patient's physical, psychological, social and spiritual needs.

Main team who providing palliative care in patients home make family physician and a visiting nurse. Depending on the needs of patients and families in care can be including other experts. Visiting nurse given the level of education and competence is an essential part of the above teams, integrated in all aspects of health care to the ill and with the whole family. Visting nurse is a key collaborator and the long arm of family physicians in the field and enables continuous control over the patient's environment in his home, and his life and family circumstances.

The great potential for progress would be to educate health and non-health workers involved in the palliative care process. Subject Palliative care should be obliged to faculties of medicine, health studies and faculties of social work, theology and psychology. It is important to educate all who work in teams to ensure the same quality in all fields.

8. Životopis

Osobni podaci:

Ime i prezime: Katarina Radnić

Datum i mjesto rođenja: 24.11.1995., Split

Adresa: Marusinac 27, Solin

Mobitel: 091/932-3646

E-mail: radnic.kr@gmail.com

Obrazovanje:

2002.-2010.g. Osnovna škola Vjekoslav Parać, Solin

2010.-2014.g. Zdravstvena škola Split, farmaceutski tehničar

2014-2017.g. Preddiplomski sveučilišni studij, Split, Sveučilišni Odjel zdravstvenih studija, sestrinstvo

Vještine:

Rad na računalu: Aktivno korištenje računala, poznavanje rada na MS Office paketu.

Strani jezici: Aktivno korištenje engleskog i njemačkog jezika.