Uloga medicinske sestre u timu palijativne skrbi

Barić, Antonela

Undergraduate thesis / Završni rad

2018

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:176:047132

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-04-25**

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

SESTRINSTVO

Antonela Barić

ULOGA MEDICINSKE SESTRE U TIMU PALIJATIVNE SKRBI

Završni rad

Mentor: doc. dr. sc. Iris Jerončić Tomić

Split, 2018.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVO

Antonela Barić

ULOGA MEDICINSKE SESTRE U TIMU PALIJATIVNE SKRBI/

THE ROLE OF THE NURSE IN THE TEAM OF PALLIATIVE CARE

Bachelor's Thesis

Mentor: doc. dr. sc. Iris Jerončić Tomić

Split, 2018.

ZAHVALA

Zahvaljujem se svojoj mentorici doc. dr. sc. Iris Jerončić Tomić na pomoći i strpljenju tijekom izrade ovog završnog rada, te se želim zahvaliti svojoj obitelji koja me je tijekom čitavog školovanja podupirala i poticala ostvarivanju viših ciljeva.

SADRŽAJ:

1.UVOD ... 3

1.1. Razvoj palijativne skrbi u svijetu ... 4

1.2.1. Razvoj palijativne skrbi u Hrvatskoj ... 5

1.1.2.1.Razvoj palijativne skrbi po županijama ... 7

1.1.2.2. Razvoj palijativne skrbi u Splitsko-dalmatinskoj županiji ... 9

2.CILJ ... 14

3.RASPRAVA ... 15

3.1. Članovi palijativnog tima ... 15

3.1.1. Uloga medicinske sestre u timu palijativne skrbi ... 15

3.1.2. Uloga ostalih članova multidisciplinarnog palijativnog tima ... 16

3.2. Problem starenja populacije i palijativna skrb ... 18

4. KOMUNIKACIJA S OBITELJIMA I NJIHOVIM OBITELJIMA ... 19

4.1. Komunikacija s bolesnicima ... 20

4.2. Komunikacija s obitelji ... 21

5. SESTRINSKE DIJAGNOZE U PALIJATIVNOJ SKRBI ... 23

5.1. Kompetencije medicinske sestre ... 25

6. ZAKLJUČAK ... 28

7. SAŽETAK ... 29

7. SUMMARY ... 30

8. LITERATURA ... 31

9. ŽIVOTOPIS ... 34

1.UVOD

"Liječnik liječi pacijenta, a medicinska sestra ga njeguje. To često zahtijeva hrabrenje pacijenata koje muči i tjelesna i duševna bol, primjerice onih koji znaju da boluju od neke kronične bolesti ili da će uskoro umrijeti. Prema bolesniku se morate ponašati kao da ste mu majka."

(Carmen Gilmartin, Španjolska)

Suvremena medicina dijeli se na preventivnu, kurativnu i palijativnu medicinu. Palijativna skrb je pristup koji poboljšava kvalitetu života bolesnika i njihovih obitelji suočenih s problemima povezanima sa smrtonosnom bolešću, prevencijom i olakšanjem patnje ranim prepoznavanjem te suzbijanjem boli i drugih problema, fizičkih, psihosocijalnih i duhovnih. Palijativna skrb je multidisciplinarna u svom pristupu, te svojim djelokrugom obuhvaća bolesnika, obitelj i zajednicu. U nekom smislu, palijativna skrb nudi najosnovniji koncept zaštite – zbrinjavanje bolesnikovih potreba gdje god da se o njemu skrbi, bilo u njegovom domu ili u instituciji. Palijativna skrb afirmira život, a smrt smatra normalnim procesom; nastoji očuvati najbolju moguću kvalitetu života sve do smrti. Palijativnu medicinu prema razinama skrbi može se podijeliti na palijativni pristup, opću palijativnu medicinu, specijalističku palijativnu medicinu i centre izvrsnosti. U razvoju palijativne medicine iznimno je važna edukacija članova multidisciplinarnoga palijativnog tima, ali i šire javnosti, kao i izrada međunarodnih i nacionalnih strateških planova razvoja palijativne skrbi (1).

Multidisciplinarni palijativni tim se sastoji od liječnika, medicinskih sestara, socijalnog radnika, psihologa, duhovnika, volontera i fizioterapeuta. Uloga medicinske sestre je iznimno važna jer je upravo ona ta koja njeguje, štiti i pomaže bolesniku i njegovoj obitelji, ali svima njima je zajednički cilj pomoći bolesniku kako bi što je moguće kvalitetnije proživio život do samog kraja te pružiti podršku obitelji za vrijeme bolesti i u žalovanju.

Važna i neizostavna stavka u palijativnoj skrbi je komunikacija. Komunikacija je jedan od najvažnijih preduvjeta za kvalitetnu palijativnu skrb jer dobra komunikacija;

poboljšava skrb za pacijenta, čini bolesnika zadovoljnim sa zdravstvenom skrbi, može djelovati kao terapija te pruža bolju radnu atmosferu među pružateljima skrbi.

1.1. Razvoj palijativne skrbi u svijetu

Razvoj palijativne medicine se javlja šezdesetih godina u Velikoj Britaniji te sedamdesetih godina u SAD-u i Kanadi. Cicely Saunders napravila je najveći iskorak utemeljenjem Hospicija sv. Kristofora (St. Christopher Hospice) u Londonu 1967. godine, koji nije bio prvi hospicij jer su brojni hospiciji postojali u svijetu i stotinama godina ranije, ali ga je razvila u prvu medicinsku akademsku modernu zdravstvenu ustanovu u kojoj se interdisciplinarno skrbi o oboljelima od neizlječivih bolesti. U SAD-u je velik utjecaj imala psihijatrica Elisabeth Kubler-Ross, čije su knjige uzrokovale "revoluciju" među stručnjacima kao i u javnosti u komunikaciji s umirućim bolesnikom i njegovim potrebama te odnosu liječnik - bolesnik - obitelj. 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 Royal Victoria Mc Gill Sveučilišta u Montrealu (Kanada), kao dio medicinskoga fakulteta, a sve više se naglašava vrijednost palijativne službe pri bolnicama (palijativni odsjeci), osobito u svrhu kontrole boli. Balfour Mount otkrio je zbrku pojmova kad je tražio odgovarajući naziv za tu stacionarnu jedinicu u Montrealu, budući da se u francuskom govornom području Kanade izraz "hospicij" već rabio u drukčijem kontekstu, što je dovelo do uvođenja pojma "palijativna skrb", prema latinskoj riječi pallium (plašt, ogrtač) (1).

Još od tad traje borba za zajednički jezik u hospicijskoj i palijativnoj skrbi diljem svijeta, što ometa razvoj međunarodnih standarda i normativa. Nedavno je Europsko udruženje za palijativnu skrb (EAPC) potaklo istraživanje o razvoju palijativne skrbi u Europskim zemljama. Radna skupina za razvoj palijativne skrbi u Europi, na čelu s Carlosom Centenom i Davidom Clarkom, upravo je objavila svoje rezultate u "EAPC-ovom atlasu palijativne skrbi u Europi" u kojem su po prvi put iznijeti valjani usporedni podaci o stanju palijativne skrbi diljem Europskih zemalja (2).

Na osnovu toga je EAPC istaknuo prijedloge za zajedničku Europsku terminologiju nakon procesa postizanja konsenzusa s nacionalnim udruženjima. Norme će se definirati na temelju ove konsenzualne terminologije. Upute o normama i standardima potrebne su ne samo za zdravstvene stručnjake koji rade u hospicijskoj i palijativnoj skrbi, već i za donositelje odluka u zdravstvu koji su odgovorni za adekvatnu pristupačnost palijativne skrbi pacijentima.

Uz stalan razvoj palijativne skrbi u cijeloj Europi, donosioci odluka nalaze se pred izazovom ne samo odlučiti gdje i kad treba razvijati službe palijativne skrbi, već i kako bi trebali biti opremljeni i ustrojeni. Odgovarajuća strukturna kvaliteta preduvjet je visoke kvalitete skrbi. Donosioci odluka u administraciji i politici težit će isplativosti, te pokušati smanjiti troškove raspoređivanjem minimuma osoblja ili naknada. Pružatelji usluga u skrbi zahtijevat će odgovarajuće kadrove potrebne za visoku kvalitetu skrbi. U tom sukobu obje strane će tražiti upute o strukturnoj kvaliteti (2).

Svrha i ciljevi normi su:

1. Unapređenje kvalitete i smanjenje varijacija u novim i postojećih programima,
2. Razvijanje i poticanje kontinuiteta skrbi u raznim okruženjima,
3. Omogućavanje partnerske suradnje između programa palijativne skrbi, komunalnih hospicija, te širokog spektra drugih zdravstvenih ambijenata,
4. Omogućavanje razvoja i kontinuiranog poboljšanja programa kliničke palijativne skrbi,
5. Uspostava jedinstveno prihvaćenih definicija bitnih elemenata u palijativnoj skrbi koji unaprjeđuju kvalitetu, dosljednost i pouzdanost te skrbi,
6. Uspostava nacionalnih ciljeva za dostup kvalitetnoj palijativnoj skrbi,
7. Njegovanje mjerenja i poboljšanja kvalitete (3).

1.2.1. Razvoj palijativne skrbi u Hrvatskoj

U Hrvatskoj, prepoznavanje i shvaćanje problematike organiziranja palijativne skrbi seže još u 90-te godine prošloga stoljeća. U svrhu informiranja javnosti, u proljeće 1994. godine, organiziran je Hrvatski simpozij o hospiciju i palijativnoj skrbi u Zagrebu. Osnovano je i Hrvatsko društvo za hospicij i palijativnu medicinu unutar

Hrvatskog liječničkog zbora. Slijedile su brojne inicijative diljem cijele Hrvatske. U Rijeci je 2012. godine osnovan prvi hospicij u Hrvatskoj, a u nekim županijama postoje mobilni palijativni timovi(3). Organizacija palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj određena je Nacionalnom strategijom razvoja zdravstva Republike Hrvatske 2012.-2020. te Strateškim planom razvoja palijativne skrbi za razdoblje 2014.-2016. U Hrvatskoj još uvijek ne postoji čvrsto strukturirana i odgovarajuće organizirana skrb za neizlječivo bolesne osobe i podrška članovima njihovih obitelji. Iako zakonska osnova postoji još od 2003. godine kada je Zakonom o zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske predviđeno osnivanje prve ustanove za palijativnu skrb. Medicinski fakulteti i zdravstvena učilišta nisu unatrag desetak godina imali jasno definirane kolegije o palijativnoj medicini, dok u Velikoj Britaniji postoje specijalizacije i subspecijalizacije iz palijativne medicine još od 1987. godine.

Proces izrade Strateškog plana započeo je u svibnju 2012. godine, kada je Ministarstvo zdravlja imenovalo Povjerenstvo za palijativnu skrb, u kojemu su bili stručnjaci iz kliničkih bolničkih ustanova, doma zdravlja, Škole narodnog zdravlja "Andrija Štampar" Medicinskoga fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, Ministarstva socijalne politike i mladih, te Ministarstva zdravlja. Rad, rasprave i zaključci Povjerenstva bili su ključni u razvoju ovog Strateškog plana (3).

Prema konzervativnim procjenama, populaciju kojoj je potreban neki oblik palijativne skrbi čini između 50% i 89% svih umirućih pacijenata, što bi u Republici Hrvatskoj bilo 26.000 do 46.000 pacijenata godišnje. Najmanje 20% pacijenata oboljelih od tumora i 5% neonkoloških pacijenata zahtijevaju specijalističku palijativnu skrb u posljednjih godinu dana njihova života (Tablica 1) (3).

Tablica 1. Procjena potreba za palijativnom skrbi na razini države prema preporukama Europskog udruženja za palijativnu skrb (3).

Skupina bolesti	Broj umrlih (2010.)	Procijenjeni broj pacijenata koji trebaju palijativnu skrb (50-89% onkoloških i 20% neonkoloških pacijenata)	Procijenjeni broj pacijenata koji trebaju specijalističku palijativnu skrb (20% onkoloških i 5% neonkoloških pacijenata)
Onkološke bolesti	13698	6849-12191	2740
Neonkološke bolesti	38398	19199-34174	1920
Ukupno	52096	26048-46365	4660

1.1.2.1.Razvoj palijativne skrbi po županijama

Strateški plan predviđa uspostavu sustava palijativne skrbi koji uključuje nekoliko različitih organizacijskih oblika, a to su: županijski centri za koordinaciju palijativne skrbi te stacionarna skrb u županijama.

Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti županije su dužne koordinirati zdravstvenu zaštitu te sukladno članku 4. Zakona o zdravstvenoj zaštiti predlaže se osnivanje centara za koordinaciju palijativne skrbi. Ti centri bi bili smješteni u zdravstvenim ustanovama koje su u vlasti države ili kao jedinice lokalne ili područne (regionalne) samouprave. U takvom centru, sukladno predviđenom standardu, bili bi zaposleni koordinatori i to zdravstveni ili socijalni radnici, koji bi bili dodatno educirani o palijativnoj skrbi i s najmanje pet godina radnog iskustva.

S javno zdravstvenog gledišta, jedan od početnih koraka za planiranje i poboljšanje palijativne skrbi na lokalnoj (razini)/županiji je sveobuhvatna analiza koja uključuje potrebe s obzirom na starenje stanovništva, pobol i smrtnost u odnosu na resurse (vrsta i broj postojećih usluga), pokrivenost i dostupnost zdravstvene zaštite (4).

Procijenjeni broj potrebnih palijativnih postelja u Republici Hrvatskoj u rasponu je između 349 i 429. U tablici 2. prikazan je broj postelja pojedinačno za svaku županiju.

Tablica 2. Procjena potreba za palijativnim kapacitetima po županijama prema preporukama europskog udruženja za palijativnu skrb (3).

Regija	**Ukupan broj stanovnika (2011.)**	**Broj umrlih (2010.)**	**Procijenjena potreba broja palijativnih postelja (80-100 na 1 mil. stanovnika)**	**Broj koordinatora palijativne skrbi**
Republika Hrvatska	**4.290.612**	**52.096**	**343-429**	**40 + 5***
Grad Zagreb	792.875	8.465	63-79	6
Zagrebačka županija	317.642	3.478	25-32	3
Krapinsko-zagorska županija	133.064	1.916	11-13	1
Varaždinska županija	176.046	2.294	14-18	2
Koprivničko-križevačka županija	115.582	1.673	9-12	1
Međimurska županija	114.414	1.235	9-11	1
Bjelovarsko-bilogorska županija	119.743	1.814	10-12	1
Virovitičko-podravska županija	84.586	1.245	7-8	1
Požeško-slavonska županija	78.031	1.087	6-8	1
Brodsko-posavska županija	158.559	2.039	13-16	2
Osječko-baranjska županija	304.899	4.063	24-30	3
Vukovarsko-srijemska županija	180.117	2.334	14-18	2
Karlovačka županija	128.749	1.992	10-13	1+1*
Sisačko-moslavačka županija	172.977	2.601	14-17	2
Primorsko-goranska županija	296.123	3.537	24-30	2+1*
Ličko-senjska županija	51.022	823	4-5	1+1*
Zadarska županija	170.398	1.751	14-17	2+1*
Šibensko-kninska županija	109.320	1.534	9-11	1
Splitsko-dalmatinska županija	455.242	4.589	36-46	4
Istarska županija	208.440	2.332	17-21	2
Dubrovačko-neretvanska županija	122.783	1.294	10-12	1+1*

*Zbog posebnih dodatnih potreba koje uvjetuju ruralna područja, otoci, područja posebne državne skrbi i sl. može se dodatno osigurati još jedan koordinator.

1.1.2.2. Razvoj palijativne skrbi u Splitsko-dalmatinskoj županiji

U Splitsko-dalmatinskoj županiji (SDŽ) tim Nastavnog zavoda za javno zdravstvo Splitsko-dalmatinske županije 2013. izradio je Procjenu potreba za palijativnom skrbi u SDŽ, a u prosincu 2016. godine provedena je posebna obuka liječnika i medicinskih sestara u području palijativne skrbi (5). Ministarstvo zdravstva je održalo sastanak 14. prosinca 2016. godine s predstavnicima županija. Zlatko Ževrnja, župan Splitsko-dalmatinske županije, 30. je prosinca donio odluku o osnivanju i imenovanju Tima za palijativnu skrb Splitsko-dalmatinske županije. Cilj je bio izraditi Strategiju palijativne skrbi Splitsko-dalmatinske županije.

Opći cilj: Poboljšanje kvalitete života bolesnika suočenih s neizlječivom bolešću i njihovih obitelji.

Strateški ciljevi:

1. Uspostava i razvoj palijativne skrbi.
2. Analiza postojećeg stanja, utvrđivanje potreba i izrada strateškog dokumenta za razvoj palijativne skrbi na području SDŽ.
3. Uspostava Centra za koordinaciju palijativne skrbi.
4. Organizacija stacionarnog smještaja palijativnih bolesnika.
5. Organizacija sustava potpore specijalističko-konzilijarnog mobilnog palijativnog tima za sve koje pružaju palijativnu skrb u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (u suradnji s liječnikom obiteljske/opće medicine (LOM), patronažnom službom i zdravstvenom njegom u kući.
6. Posudionice pomagala za palijativne bolesnike.

Postojeći resursi za palijativnu skrb u SDŽ su: (5)

1) **Područje zdravstvene zaštite**

- Primarna zdravstvena zaštita:
- Dom zdravlja SDŽ
  - Obiteljska medicina (66 ordinacija opće/obiteljske medicine)
  - Zdravstvena zaštita predškolske djece (11 ordinacija)
  - Patronaža (93 patronažne sestre)
  - Stacionari dom zdravlja SDŽ

Tablica 3. Posteljni kapaciteti stacionara DZ SDŽ

LOKALITET	**Potreban broj postelja OPĆI**	**Potreban broj postelja PALIJATIVNE POSTELJE**
Hvar	8	2
Makarska	6	6
Sinj	6	6
Imotski	0	10
Supetar	6	6
UKUPNO	26	30

- Liječnici koncesionari
- Obiteljska medicina (198 ordinacija opće/obiteljske medicine)
- Zdravstvena zaštita predškolske djece (24 ordinacije)
- Zdravstvena njega u kući
- 16 ustanova/privatnih praksi sa 134 ugovorene medicinske sestre i 32 fizioterapeuta
  - Tercijarna zdravstvena zaštita
- Klinički bolnički centar Split
- Ukupno 148 postelja za produženo, dugotrajno i kronično liječenje te za palijativnu skrb.

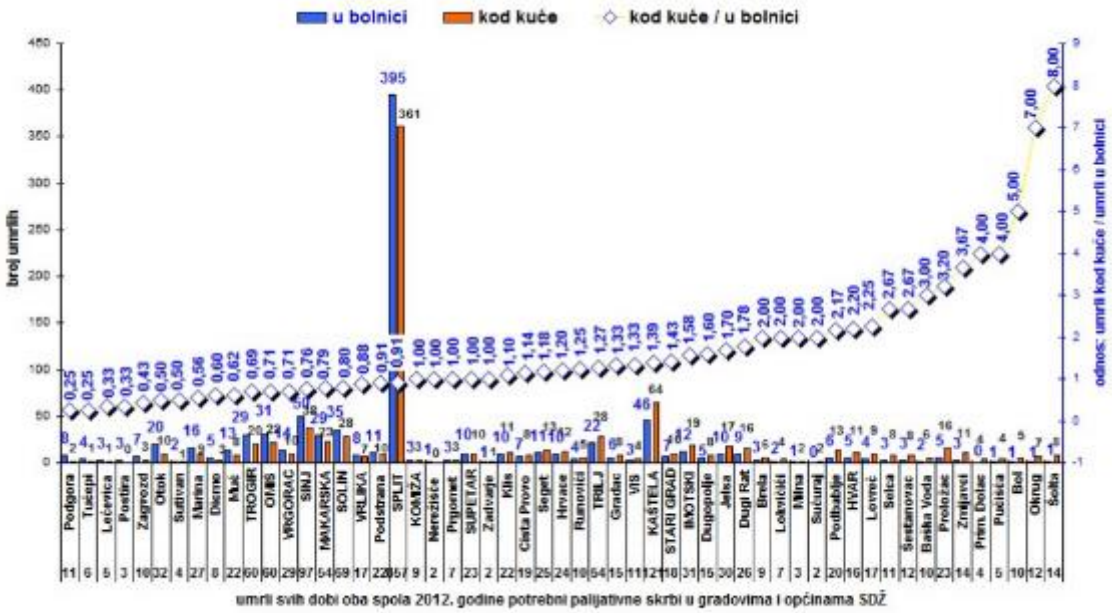
- Ambulanta za liječenje boli Klinike za anesteziologiju, reumatologiju i intenzivno liječenje KBC-a Split

- Zavodi:
  - Nastavni zavod za javno zdravstvo SDŽ i
  - Zavod za hitnu medicinu SDŽ.
- Ljekarna SDŽ

2) **Područje socijalne skrbi**
   - Centri za socijalnu skrb:
   - Split (podružnice Kaštela, Solin, Vis, Hvar, Obiteljski centar Split), Imotski (podružnica Vrgorac), Makarska, Omiš, Sinj, Supetar-Brač, Trogir.
   - Domovi za starije i nemoćne osobe
   - Gradsko društvo Crvenog križa
   - Pružatelji usluga za starije i nemoćne osobe

3) **Obrazovni/visokoškolski sustav**
   - Zdravstvena škola Split
   - Sveučilište u Splitu (Medicinski fakultet u Splitu i Sveučilišni odjel za zdravstvene studije u Splitu).
4) **Ostali sudionici u palijativnoj skrbi na području SDŽ** (duhovnici, volonteri, Caritas nadbiskupije Split, Udruge civilnog društva na području SDŽ).

U 2012. godini u SDŽ umrla je 4651 osoba, od čega je 2046 osoba trebalo palijativnu skrb, većinom osobe muškog spola (1209, 59 %). Najveća smrtnost u 2012. godini u SDŽ zabilježena je u starijim dobnim skupinama. Prema mjestu smrti, nešto manje od polovice ukupno umrlog stanovništva i stanovništva s potrebom za palijativnom skrbi umrlo je u kući. Umrle osobe obaju spolova trebale su palijativnu skrb u svim gradovima i općinama SDŽ tijekom 2012. godine. Palijativna skrb prema mjestu smrti muškarcima i ženama u svim dijelovima SDŽ bila je potrebna kod kuće i u bolnici te u ustanovama za smještaj (5).



Slika 1. Umrle osobe s potrebom za palijativnom skrbi prema mjestu skrbi u gradovima i općinama SDŽ, 2012.

Tim za organizaciju i osmišljavanje palijativne skrbi Splitsko-dalmatinske županije je napravio strategiju palijativne skrbi za SDŽ. Iz nje proizlazi da je potrebno:

- 6 koordinatora za palijativnu skrb,
- 6 ljudi u specijalističko-konzilijarnom mobilnom palijativnom timu,
- 30 palijativnih postelja u stacionarima Županijskog doma zdravlja (2 postelje na Hvaru; 6 postelja u Makarskoj; 6 u Sinju; 10 u Imotskom; 6 u Supetru).
- Stacionarna palijativna skrb za grad Split (16 postelja za grad Split), savjetovalište i psihološka podrška, posudionica pomagala.

Klinički bolnički centar Split

KBC Split u zbrinjavanju palijativnih bolesnika u Mreži bolničke djelatnosti u SDŽ ima za produženo, dugotrajno i kronično liječenje te za palijativnu skrb ukupno 148 postelja. Kako je KBC Split bolnica tercijarne razine, a prema najavljenim zakonskim izmjenama, i bolnice ove razine trebale bi dobiti mogućnost ugovaranja palijativnih sadržaja. Implementacija palijativne medicine trebala bi biti dio plana i razvoja bolnice, zbog čega se predlaže:

- formiranje multidisciplinarnog bolničkog tima (MDT) za PS,
- imenovanje bolničkog koordinatora (BK),
- osnivanje posebnog odjela/(zavoda) palijativnu skrb,
- uspostava brze linije u bolničkom hitnom prijemu vezano uz zbrinjavanje palijativnog bolesnika.

Medicina kontinuirano i partnerski uključuje djelovanje drugih sektora koji doprinose boljoj skrbi za korisnike usluga palijativne skrbi te je potrebno kontinuirano raditi na osnaživanju civilnog društva sudjelovanjem volontera, obrazovnog sustava, vjerskih zajednica i svih drugih sudionika (5).

2.CILJ

Cilj ovog rada je prikazati ulogu medicinske sestre koja pruža zdravstvenu njegu pacijentu prema njegovim zdravstvenim potrebama. Prikazati važnost komunikacije s bolesnikom i njegovom obitelji kao i prikazati vrijednosti palijativne skrbi unutar procesa zdravstvene njege od bolesnikovog dostojanstva, samostalnosti, odlučivanja o vlastitom životu i liječenju te cjeloviti pristup svakom bolesniku kao pojedincu.

3.RASPRAVA

3.1. Članovi palijativnog tima

U palijativnoj skrbi pristup bolesniku je multidisciplinaran. Palijativni tim se sastoji od zdravstvenih djelatnika, tu spadaju liječnici, medicinske sestre, fizioterapeuti, psiholozi te socijalni radnici, duhovnik i volonteri. Zajednički cilj im je pomoći bolesniku da što je moguće kvalitetnije proživi život do samog kraja te pružiti podršku obitelji za vrijeme bolesti i u žalovanju. Svatko je zadužen za svoj dio skrbi koju obavlja iz područja svojih kompetencija te svi članovi tima moraju imati odgovarajuću edukaciju iz područja palijativne skrbi. Članovi tima moraju imati iskustvo kako bi zadovoljili pacijentove fizičke, psihološke i duhovne potrebe te to uključuje zadovoljavanje potreba i pacijentove obitelji. Važno je naglasiti da svaki član tima treba poštovati bolesnikovu privatnost.

3.1.1. Uloga medicinske sestre u timu palijativne skrbi

"Uloga medicinske sestre je pomoć pojedincu, bolesnom ili zdravom, u obavljanju aktivnosti koje doprinose zdravlju ili oporavku (ili mirnoj smrti), a koje bi obavljao samostalno kada bi imao potrebnu snagu, volju i znanje."
V.(Henderson)

Medicinska sestra u palijativnoj skrbi višestruki je aktivni sudionik koji neposredno provodi zdravstvenu njegu, koordinira i rukovodi s cjelokupnim procesom zdravstvene skrbi. Ona provodi, planira i evaluira zdravstvenu njegu, kontinuirano prati stanje bolesnika i obitelji i surađuje s ostatkom tima.

Osim skrbi koje pružaju pacijentima zadaća medicinskih sestara je i edukacija obitelji i pacijenata o načinima pružanja zdravstvene njege kao i povezivanje i suradnja s

vanbolničkim službama za palijativnu skrb. U svrhu održavanja kontinuiteta skrbi i kvalitetnije suradnje s kolegicama koje nastavljaju skrbiti o pacijentu van bolnice, neophodno je postojanje sestrinske dokumentacije prilagođene pacijentima u palijativnoj skrbi. Medicinske sestre palijativne skrbi dio su multidisciplinarnog tima, odgovorne su za procjenu i planiranje izravnih potreba skrbi, pružaju tjelesnu i emocionalnu utjehu uz poštivanje holističkog pristupa. Medicinske sestre palijativne skrbi povezuju članove tima (liječnik, psiholog, socijalni radnik...) s obitelji i pacijentom, uz uvažavanje potreba obitelji za empatičnom komunikacijom i pružanjem podrške. Uz potrebe pacijenta ne zanemaruju se niti potrebe obitelji oboljelog. Medicinska sestra u timu palijativne skrbi promiče kvalitetu života i nastoji što profesionalnije odgovoriti na potrebe umirućeg i njegove obitelji. Procjena u podršci bolesniku mora biti neprekidna. Evaluacija se radi nakon svake procjene jer se slika o terminalnom bolesniku mijenja iz dana u dan. Medicinska sestra mora biti potpora postojećim zdravstvenim, socijalnim i duhovnim službama s ciljem da bi skrb bila što potpunija i kvalitetnija. Postizanje ciljeva, povjerenje, brižnost su važni elementi u odnosu sestra - pacijent. Svaki član tima provodi intervencije za koje je zadužen, ali neprestano surađuje i s ostalim članovima tima kako bi se uspješno ublažili ili riješili postojeći problemi (6).

3.1.2. Uloga ostalih članova multidisciplinarnog palijativnog tima

Palijativnom timu pripadaju liječnici, to su najčešće liječnici obiteljske medicine i liječnici koji su specijalizirali onkologiju. Uloga liječnika obiteljske medicine, ovisno o stanju bolesnika, je ta da bolesnika uputi na bolničko liječenje, hospicijsku skrb ili ako se bolesnik liječi u kućnim uvjetima odlazi u kućnu posjetu. Uloga onkologa je prevencija malignih bolesti, liječenje malignih bolesti i palijativna skrb za onkološkog bolesnika.

Uloga socijalnog radnika je pomoći pacijentu i njegovoj obitelji u razumijevanju i prihvaćanju različitih stadija bolesti i same smrti te zadovoljavanje potreba uz korištenje

osobnih kapaciteta, pomoći okoline (ljudi i mreže institucija) kao i šire društvene zajednice (7).

Psihosocijalni aspekt i pružanje psihološke podrške pacijentima i obiteljima ključni su dio palijativne skrbi. Uloga psihologa u palijativnoj skrbi je višestruka. On pruža psihološku potporu bolesniku i njegovoj obitelji, daje savjetodavnu i suportivnu potporu palijativnom timu (8).

Uloga fizioterapeuta u multidisciplinirnom palijativnom timu je što duže očuvati dostojanstvo čovjeka pravilnim pozicioniranjem, uklanjanjem boli, prevencijom komplikacija dugotrajnog ležanja i suradnjom s ostalim članovima tima (9).

Holistički koncipirana palijativna skrb usmjerena je na sve bolesnikove potrebe, uključujući duhovnu i vjersku skrb. Ona omogućuje da vjerovanja, vrednote, sklonosti i praktične čini bolesnika i članova njegove obitelji budu temelj s kojeg mu se pristupa. Profesionalni duhovnici sve se više prihvaćaju kao integralni članovi interdisciplinarnog tima palijativne skrb. U odnosu prema bolesniku do izražaja dolaze duhovnikove vještine i vrline, kao što su: empatija, umijeće slušanja, savjetovanja, povjerenje i diskrecija. Prema članovima bolesnikove obitelji duhovnik osobito iskazuje vrline brižnog tješitelja, dobrog savjetnika i pouzdanog prijatelja. Duhovnik se osobito trudi živom održati međusobnu povezanost bolesnika i članova njegove obitelji (10).

Volontiranje je dobrovoljno ulaganje osobnog vremena, truda, znanja i vještina kojima se obavljaju usluge ili aktivnosti za dobrobit druge osobe ili za opću dobrobit, bez novčane nagrade. Volonteri u palijativnoj skrbi moraju imati završen tečaj dodatne edukacije. Oni pružaju bolesnicima druženje, utjehu, pomoć kako bolesnicima tako i njihovim obiteljima. Volonter svojim prisustvom može bolesniku pružiti osjećaj da nije zaboravljen.

3.2. Problem starenja populacije i palijativna skrb

U fazi uznapredovale, neizlječive bolesti, kada bolest više ne odgovara na liječenje bolesniku je potrebna palijativna skrb. Od bolesnika koji trebaju palijativnu skrb polovica boluje od raka, dok ostatak čine bolesnici koji boluju od demencije, posljedica moždanog udara, ostalih kroničnih neuroloških bolesti te kroničnih bolesti jetre, srca i pluća.

Alzheimerova bolest, kao najčešći uzrok demencije, još uvijek je neizlječiva, a time i smrtonosna bolest. Potrebe za palijativnom skrbi specifične su i razlikuju se od potreba onkoloških bolesnika pa su palijativni ležajevi za osobe u uznapredovanom stadiju demencije predviđeni na psihogerijatrijskim odjelima. Razvojem palijativne medicine i sustava palijativne skrbi cilj je učiniti palijativnu skrb dostupnu oboljelima od demencije zbrinutima u krugu obitelji, kao i onima smještenima u Domovima za starije osobe. Za učinkovito planiranje palijativne skrbi o oboljelima nužno je ustrajati na što ranijoj dijagnozi demencije, planu zbrinjavanja, kontinuitetu pružanja skrbi uz edukaciju iz palijativne medicine medicinskoga i drugoga stručnog osoblja. Tijekom palijativne skrbi osoba s demencijom u uznapredovalim fazama profesionalci i njegovatelji svakodnevno se susreću sa sljedećim situacijama: problemi s hranjenjem (nedostatak apetita, teškoće gutanja, umjetna prehrana i hidratacija), nepokretnost, neurološki problemi, infekcije, bolovi, kardiopulmonarna reanimacija, hospitalizacija, terminalna njega. Kako bi se sa svim tim lakše nosili potrebno je da pored stručnih vještina imaju i određena znanja iz komunikacijskih vještina. S obzirom da je u Hrvatskoj broj starijih od 65 godina u europskom vrhu, nameće se i potreba za osnivanjem više regionalnih centara za palijativnu skrb.

4. KOMUNIKACIJA S OBITELJIMA I NJIHOVIM OBITELJIMA

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. Zbog multidisciplinarnosti palijativnoga tima, dvosmjerna komunikacija liječnik - bolesnik u palijativnoj medicini ustupa mjesto mreži raznovrsnih komunikacija. Potrebno je poznavati dinamiku, procese, odnose, uloge i odgovornosti svakog člana tima. U bolesnika s neizlječivom bolešću nastojimo postići što aktivnije suočavanje sa svrhom uspješnije prilagodbe situaciji. U tom su kontekstu svi članovi tima koji rade s tim bolesnicima suočeni s potrebom pomoći svim bolesnicima u toj prilagodbi. Nema bolesnika u palijativnoj medicini kome ne treba podrška i dobro educiran tim u smislu komunikacije. Nedovoljna edukacija o komunikacijskim vještinama u palijativnoj skrbi vjerojatno je jedan od važnih razloga zašto zdravstveni profesionalci često izbjegavaju otvorene razgovore s oboljelima i njihovim obiteljima, opravdavajući se da su prezaposleni, nemaju vremena za dulji razgovor, komuniciraju u žurbi na bolničkom hodniku, preumorni su ili uplašeni. Ne zaboravimo da nisu samo bolesnici i članovi obitelji oni koji će patiti na razne načine ako je komunikacija u palijativnoj skrbi loša. Često će liječnici koji se sami osjećaju nedovoljno kompetentnima u komunikaciji pokazivati simptome sagorijevanja na poslu i imati manje zadovoljstvo poslom koji rade (11).

Dobra informiranost je uvjet pristanka na medicinske intervencije, a informirani bolesnici su aktivni sudionici u procesu liječenja i partnerskom odnosu sa zdravstvenim djelatnicima. Kako bismo smanjili mogućnost nastanka pogreške u cilju očuvanja ugleda struke i zaštite bolesnikovih prava trebali bismo osmisliti i primijeniti obrasce kao i protokol priopćavanja posebno teških vijesti, primjer "Calgary – Cambridge guides". Ovakav pristup mijenja stav bolesnika prema dokumentu kojeg potpisuje i od ironičnog naziva "neinformirani pristanak" postaje stvaran informirani pristanak.

Informacije pružaju osjećaj kontrole nad događajima tijekom bolesti, a osjećaj kontrole umanjuje strah što bolesniku daje mogućnost da poznatu Hipokratovu rečenicu doživi u novom obliku: "Neka riječ bude tvoj lijek."

4.1. Komunikacija s bolesnicima

Kronične bolesti su dugotrajne i obično zahtijevaju od bolesnika i obitelji trajnu socijalnu, emocionalnu prilagodbu te prilagodbu ponašanja. Reakcije osobe na bolest ovisit će o velikom broju čimbenika, kao što su: osobine ličnosti, načini suočavanja sa stresom, socijalna podrška koju ima, priroda i posljedice same bolesti, utjecaji bolesti na svakodnevno funkcioniranje, dob, spol, vjerovanja o bolesti i zdravlju itd. Najznačajniji oblik komunikacije zdravstvenih djelatnika s bolesnicima jest pružanje informacija o bolesti i liječenju. Opći cilj toga jest smanjivanje osjećaja bespomoćnosti i neadekvatnosti nastalog zbog nesigurnosti i nedostatnog znanja o bolesti (Gilotti, 2003). Mnogi bolesnici nemaju dovoljno podataka o svojoj bolesti i stanju te žele više. Što više bolesnik zna o svojoj bolesti, to je manja bespomoćnost, a jači osjećaj kontrole, čak i kad se radi o terminalnim bolestima. Drugi, ne manje važan, oblik komunikacije jest pružanje emocionalne podrške. Davanjem mogućnosti bolesniku da izrazi svoje osjećaje, povećava se njegov osjećaj osobne vrijednosti, smanjuje se osjećaj otuđenosti, smanjuje se tjeskoba, ispravljaju pogrešna vjerovanja i neznanje, smanjuje se osjećaj izoliranosti, bespomoćnosti i zanemarenosti. Krajnji je učinak takve komunikacije poticanje bolesnikove odgovornosti za vlastitu dobrobit i poboljšano slijeđenje uputa dobivenih od zdravstvenih djelatnika (12).

Jedna od najvažnijih poruka koju bolesniku treba prenijeti jest činjenica da smo spremni i voljni dijeliti neke od njegovih briga i nemira. Rad s umirućim bolesnikom zahtijeva izvjesnu zrelost, koja dolazi s iskustvom. Moramo se dobro zagledati u naše vlastito stajalište prema smrti i umiranju prije negoli možemo tiho i bez tjeskobe sjesti pokraj smrtno bolesnoga. Intervju koji otvara vrata u palijativnoj skrbi jest susret dvoje ljudi koji mogu komunicirati bez straha i tjeskobe (11).

4.2. Komunikacija s obitelji

Nužno je zaključiti da su dobre komunikacijske vještine bitan preduvjet za kvalitetnu palijativnu skrb. Međutim, komunikacija se ne odnosi samo na interakciju između pacijenata i zdravstvenih radnika, nego i na međudjelovanje između pacijenata i njihovih obitelji, kao i na interakcije između različitih zdravstvenih radnika i službi koje su uključene u skrb. Neizlječiva bolest člana obitelji mijenja način života zbog duboke pogođenosti izazovima bolesti. Obitelj postaje primarni skrbnik, koji se mora prilagoditi zahtjevima razvoja tijeka bolesti pacijenta i dijeliti teške trenutke. Ona promatra i dijeli brigu koju pacijenti primaju, osigurava skrb za pacijenta i prima podršku zdravstvenih djelatnika u obliku informacija, savjetovanja ili praktične pomoći. Pacijenti imaju zahtjeve za fizikalnom skrbi i povećanim obiteljskim troškovima. Povećane potrebe za palijativnom skrbi i povećanim rizikom su obitelji u kojima se nalazi umiruće dijete, gdje malodobno dijete gubi majku ili kada iza smrti ostaju djeca bez oba roditelja. Novonastala situacija uzrokuje promjenu dotadašnjih uloga i odnosa, navika i rituala, kako bi se pomoglo oboljelom članu. Način prilagodbe ovisi o osnovnim vidicima funkcioniranja unutar obitelji koji podrazumijevaju čvršću povezanost, prilagodljivost, komunikaciju i organizaciju. Obitelji u kojima članovi žive u skladu s jasnim ljudskim vrijednostima, uspješno komuniciraju i ravnopravni su prilikom donošenja odluka. Svaka obitelj reagira sa strahom kod neizlječivih bolesti što pojačava međuovisnost članova. Reakcija obitelji može biti zbunjenost, šok, nedostatak znanja i informacija o bolesti, a ponekad i stigmatizacija obitelji od osoba iz okruženja. Pod stresom članovi obitelji reagiraju izbjegavanjem odgovornosti, suzdržanošću, napadom ili bijegom, a u trenutku povećanja tjeskobe, reakcije nadjačavaju racionalne odgovore. U takvim situacijama kada su narušeni odnosi i uloge pokazuju neorganiziranost. Članovi pokazuju visok stupanj kronične tjeskobe, koja često potiče sukobe između njih i njihova okruženja, učestalo izražavaju negativne emocije i stvaraju konfliktnu obiteljsku atmosferu ili se zatvaraju u sebe, postaju bezobzirni, skrivaju svoje osjećaje stvarajući oko sebe bezosjećajno ozračje. Obitelj svjedoči i sudjeluje u njezi pacijenta, ali i sudi o njezi koju pacijent prima. U ulozi pacijentovog zastupnika za njegu mogu sakriti žaljenje i krivnju ako vjeruju da pacijent nije dobio najbolju moguću njegu. Takvo iskustvo bolesti duboko utječe na psihičko i fizičko zdravlje članova obitelji za koje se

koristi termin "skriveni pacijenti". Organiziranje obiteljskih skupova nudi pacijentu usmjerenu, obiteljski orijentiranu njegu koja zbližava pacijenta, članove obitelji i davatelja zdravstvenih usluga. Očituje se bolja učinkovitost skrbi i poboljšanje komunikacije s pacijentima, članovima obitelji i članovima tima. Sastanke obiteljskih skupova treba bilježiti radi praćenja kontinuiteta pružanja palijativne skrbi svakog člana tima (13).

Svaki član obitelji drugačije će se suočiti s bolešću drugog člana. Zbog toga medicinska sestra mora pružiti potporu obitelji i savjete s kojima će lakše prihvatiti stanje bolesnika, no ne treba očekivati od članova obitelji da će odmah prihvatiti sva objašnjenja. Treba im dati vremena i dosta puta im ponoviti dok ljudi ne shvate što im je rečeno.

Neke od uputa kako postupiti obitelji bolesnika su:

- priznati im da pružaju podršku,
- razgovarati s njima i dati im vremena da izraze brige i postave pitanja,
- smjestiti ih u neki prostor gdje će biti sami ako je to moguće,
- odrediti ključnu osobu kojoj se mogu obratiti,
- reći im da će biti obaviješteni ako se bolesnikovo stanje pogorša,
- ako je bolesnik loše uputiti obitelj da dolazi češće ali nakratko.

5. SESTRINSKE DIJAGNOZE U PALIJATIVNOJ SKRBI

Sestrinska skrb za palijativnog bolesnika je od izuzetne važnosti jer je upravo medicinska sestra ta koja najveći dio svog vremena provodi uz bolesnika. Ona procjenjuje bolesnikovo fizičko stanje (bol, slabost, gubitak energije, nesanica, poteškoće u eliminaciji, gubitak teka…), psihičko stanje (anksioznost, depresija, delirij, osjećaj bespomoćnosti, osjećaj bezvrijednosti..), socijalne poteškoće (socijalna izolacija, visok rizik za pojavu usamljenosti…) i duhovne potrebe (potrebe za ljubavlju, povezanošću, preispitivanje smisla života, prisustvo krivnje..) te samim time utvrđuje prioritete. Prije svega ona mora zadovoljiti osnovne ljudske potrebe bolesnika, vršiti prevenciju simptoma i komplikacija, rano uočavati simptome i komplikacije i ublažiti iste farmakološkim i nefarmakološkim postupcima. Uza sve to medicinska sestra uvijek mora timski rješavati probleme, uključiti bolesnika i njegovu obitelj.

Umirući bolesnik ima niz dijagnoza iz područja sestrinstva, neke od njih su:

Anksioznost u/s smrću, umiranjem

Bol (kronična)

Dehidracija

Smanjena mogućnost brige o sebi (SMBS)

Smanjen unos hrane u/s otežanim gutanjem, gubitkom teka

Smanjena prohodnost dišnih puteva

Mučnina

Poremećaj eliminacije, opstipacija, inkontinencija

Visok rizik za komplikacije smanjene pokretnosti

Promjene tjelesnog izgleda

Neupućenost

Poremećaj kognitivnih funkcija

Nesanica

Beznađe

Smanjeno podnošenje napora (SPN)

Visok rizik za pad

Visok rizik za infekciju

Neučinkovito sučeljavanje

Poremećaj funkcioniranja obitelji

Socijalna izolacija

Žalovanje

Opći ciljevi sestrinske skrbi:

- Bolesnik i obitelj će verbalizirati svoje potrebe, svoje osjećaje
- Bolesnik će izraziti svoje želje vezane uz smrt
- Bolesnik će umrijeti mirno i dostojanstveno (dugoročni cilj)

Sestrinske intervencije:

1) Pružiti potporu bolesniku i obitelji.
2) Objasniti stanja bolesniku i obitelji.
3) Pokazati spremnost za komunikaciju s bolesnikom i obitelji.
4) Pružiti pomoć bolesniku da zadovolji fizičke potrebe.
5) Pružiti potporu bolesnikovoj obitelji tijekom faza žalovanja.
6) Organizirati posjete svećenika ako to obitelj zatraži.
7) Poticati bolesnikovu obitelj da i ona iskaže svoje potrebe.
8) Pružiti pomoć obitelji u razumijevanju emocija i potreba bolesnika.
9) Zapisati točan trenutak smrti, iskazati sućut obitelji, dati im potrebne informacije o daljnjem postupku, obavijestiti ovlaštene.

5.1. Kompetencije medicinske sestre

Kompetencije su kombinacija vještina, znanja, stavova, vrijednosti, sposobnosti i prosudbe, koje omogućavaju pravovaljano izvođenje zdravstvene njege medicinske sestre. Kompetencije su razina provođenja koja prikazuje učinkovitu upotrebu svih tih elemenata. Kompetencije sadrže: odgovornost, etičku praksu, načela pružanja zdravstvene njege, promocija zdravlja, procjena, planiranje zdravstvene njege, provedba postupka i edukacija (15).

Ključne kompetencije u palijativnoj skrbi su:

1. Primijeniti ključne kompetencije palijativne skrbi u pacijentovu okruženju:

    - razumjeti značenje bolesti,
    - primijeniti načela koja afirmiraju život i nude sustav pomoći,
    - razumjeti važnost fizičkih, psiholoških, socijalnih i duhovnih pitanja,
    - uvažiti vrijednost, vjerovanja, kulturu,
    - pokazati sposobnost primjenjivanja palijativnog pristupa,
    - uvidjeti potrebe pacijenta i obitelji te pružiti kvalitetnu skrb.

2. Omogućiti pacijentu da se tijekom cijele bolesti osjeća što udobnije:
    - pokazati kliničku praksu koja promiče sprječavanje patnje,
    - pokazati sposobnost da se aktivno brinu za pacijentovu dobrobit, kvalitetu života i dostojanstvo,
    - procjenjivati tjelesne simptome i dobrobit pacijenta rutinski,
    - predvidjeti potencijalne komplikacije i pripremiti odgovarajući plan,
    - ponuditi izvrsnost u skrbi.

3. Udovoljiti pacijentovim psihološkim potrebama:
    - uvažiti pacijentove osjećaje,
    - osnaživati pacijentove mehanizme suočavanja s bolešću,
    - primijeniti proces zdravstvene njege

4. Udovoljiti pacijentovim socijalnim potrebama:
    - uvažavati društveni kontekst pacijenta i obitelji i njihovo iskustvo,
    - informirati o raspoloživim potporama i pravima,
    - omogućiti pacijentima da upravljaju privatnim poslovima.

5. Udovoljiti pacijentovim duhovnim potrebama:
    - integrirati duhovne, egzistencijalne i vjerske obrede u plan skrbi,
    - podržati i poštovati izražavanje duhovne i/ili egzistencijalne dimenzije života.

6. Odgovoriti na potrebe obiteljskih njegovatelja u odnosu na ciljeve skrbi:
    - priznati i podržati obiteljskog njegovatelja,
    - omogućiti psihološku i emocionalnu potporu obiteljskim njegovateljima,
    - unaprijediti interakciju njegovatelja sa zdravstvenim djelatnicima,
    - prepoznati složene potrebe osoba u žalovanju i uputiti ih stručnjaku.

7. Odgovoriti na izazove povezane s kliničkim i etičkim odlučivanjem:
    - djelovati u skladu s bioetičkim načelima, državnim i međunarodnim zakonima te pacijentovim željama i vrijednostima,
    - poticati pacijentovu autonomiju,
    - poticati pacijenta na izražavanje želja,
    - omogućiti sudjelovanje u procesu donošenja odluka,
    - biti svjesni da se najprikladnija etička skrb uvijek ne podudara s pacijentovim željama.

8. Provoditi koordinaciju sveobuhvatne palijativne skrbi i interdisciplinarni timski rad:
    - pružiti podršku tijekom promjene okruženja skrbi,
    - poticati interdisciplinarni timski rad,
    - prepoznati dužnost pojedinih članova tima,
    - ojačati ulogu volontera,

- ponuditi pacijentima i obiteljskim njegovateljima najprikladniji model skrbi (16).

6. ZAKLJUČAK

Iako medicina iz dana u dan sve više napreduje možemo reći da se još puno mora poraditi na poboljšanju pristupa palijativnom pacijentu. Potrebno je educirati sve članove multidisciplinirano palijativnog tima da bi bolje razumjeli rad s palijativnim pacijentima te kako bi svakog pacijenta gledali kao pojedinca odnosno kako bi imali holistički pristup svakom od njih.

Svaki dio palijativnog tima ima važnu ulogu u skrbi palijativnog pacijenta, ali posebno mjesto zauzima medicinska sestra jer je ona ta koja najviše vremena provodi uz pacijenta. Zbog toga su sestrinske intervencije kod palijativnog pacijenta nužne i potrebne u svim fazama bolesti, od akutne faze do terminalne faze. Sestrinske intervencije vezane su i uz edukaciju pacijenta i obitelji. Sestra uključuje pacijenta u terapijski postupak, educira ga u smislu zdravstvene njege, prva uočava novonastale simptome ili pogoršanje simptoma u palijativnog pacijenta i prva komunicira s obitelji. Zbog rečenog medicinske sestre mora odlikovati visoka stručnost, moralne kvalitete i visok stupanj empatije za pacijenta i njegovu obitelj.

U Hrvatskoj je za uspješno funkcioniranje palijativne skrbi potrebno osnaživanje postojećih službi, zdravstvene, socijalne i duhovne skrbi, prepoznavanje potreba za novim potrebnim profesionalcima i službama palijativne skrbi. Nužno je uvesti edukacije za medicinske sestre koje su u palijativnom timu kako bi podigle svoju razinu znanja te još uspješnije i kvalitetnije provodile brigu za palijativne pacijente.

7. SAŽETAK

Palijativna skrb je cjelovita i aktivna briga za osobu čija bolest više ne reagira na liječenje. Palijativna skrb nastoji ublažiti bol i patnju te poboljšati kvalitetu života bolesnika i njegove obitelji. Važnu ulogu pri pružanju palijativne skrbi ima medicinska sestra.

Medicinska sestra provodi zdravstvenu njegu, koordinira i rukovodi cjelokupnim procesom skrbi te planira, provodi i vrši evaluaciju zdravstvene njege uz suradnju s ostalim članovima multidisciplinirano palijativnog tima. Uz bolesnika medicinska sestra se brine i o bolesnikovoj obitelji, pruža podršku članovima obitelji tijekom bolesti te nakon bolesnikove smrti, u fazi žalovanja.

Važno je uspostaviti dobru komunikaciju s bolesnikom, uspostaviti odnos povjerenja, potrebno je razgovarati u sladu sa željama bolesnika, naravno sve to u okviru kompetencija. Za razvoj palijativne skrbi potrebna je edukacija svakog člana multidisciplinirano palijativnog tima, ali i laika te stvaranje kontinuiteta skrbi odnosno izrada međunarodnih i nacionalnih strateških planova razvoja palijativne skrbi.

7. SUMMARY

Palliative care is a complete and active concern for a person whose illness no longer responds to treatment. Palliative care seeks to relieve pain and suffering and improve the quality of life of a patient and his family. An important role in palliative care is provided by a nurse.

The nurse carries out health care, coordinates and manages the entire care process, and plans, conducts, and evaluates health care in co-operation with other members of the multidisciplinary palliative team. In addition to the patients, the nurse also cares about the patient's family, provides support to family members during the illness and after the patient's death, in the appalling phase.

It is important to establish good communication with a patient, to establish a relationship of trust, to talk in accordance with the wishes of the patient, of course all within the competence. For development of palliative medicine it is extremely important to educate members of the multidisciplinary palliative team but also lay people and creating continuity of care respectively the development of international and national strategic plans for the progression of palliative care.

8. LITERATURA

1. Braš M, Đorđević V, Kandić-Splavski B, Vučevac V, Osnovni pojmovi o palijativnoj medicini i palijativnoj skrbi. Medix 2016; 22(119/120): 69-75. Dostupno na: http://www.kardio.hr/wp-content/uploads/2016/12/69-76.pdf Datum pristupa: 20.10.2017.
2. Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi. Preporuke Europskog društva za palijativnu skrb. Eur J Pall Care 2009; 16(6) : 279.
3. Strateški plan razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014.-2016. Dostupno na: http://www.kzz.hr/sadrzaj/kategorije/palijativnaskrb/Palijativna_skrb_strateski_plan.pdf
   Datum pristupa: 20.10.2017.
4. Javnozdravstvena procjena potreba za palijativnom skrbi U Splitsko-dalmatinskoj županiji Marasović Šušnjara I, Smoljanović A, Smoljanović M, Vučica I, Županović M i Primorac Z. Acta Med Croatica, 69 (2015) 421-430. Dostupno na: file:///C:/Documents%20and%20Settings/Korisnik/My%20Documents/Downloads/421_430.pdf
   Datum pristupa: 20.10.2017.
5. Strategija razvoja palijativne skrbi u Splitsko-dalmatinskoj županiji za razdoblje od 2017. do 2020. godine. Split, 2017. Dostupno na: file:///C:/Documents%20and%20Settings/Korisnik/My%20Documents/Downloads/28.Prijedlog%20zaklju%C4%8Dka%20o%20prihva%C4%87anju%20Strategije%20razvoja%20palijativne%20skrbi%20u%20Splitsko-dalmatinskoj%20%C5%BEupaniji%20za%20razdoblje%20od%202017.%20do%202020.pdf
   Datum pristupa: 21.10.2017

6. Jelić J, Uloga medicinske sestre u palijativnoj skrbi, Završni rad, Visoka tehnička škola Bjelovar, Bjelovar, 2016.
7. Štambuk A, Uloga socijalnog radnika u interdisciplinirnom timu, Studijski centar socijalnog rada, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2017. UDK 364.62:616-082. Ljetopis socijalnog rada 2017., 24 (1), 119-146.
file:///C:/Users/ivan/Downloads/6_A_Stambuk%20(1).pdf
Datum pristupa: 22.2.2018.
8. Brajković, L, Materijali s tečaja Osnove palijativne medicine - Uloga psihologa u palijativnoj medicini.
www.palijativna-skrb.hr/files/edukit/uloga_psihologa_u_palijativnoj_skrbi.pptx
Datum pristupa: 25.2.2018.
9. Delaš M, Materijali s tečaja Osnove palijativne medicine - Uloga fizioterapeuta u multidisciplinirnome palijativnom timu.
10. Krpeljević J, Uloga duhovnika u timu palijativne skrbi. Med fam Croat, Vol.23: 51-54 Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/file/203454
Datum pristupa: 22.10.2017.
11. Braš M, Đorđević V, Brajković L, Planinc-Peraica A, Stevanović R, Komunikacija i komunikacijske vještine u palijativnoj medicini. Palliative medicine and palliative care: 152-160. Dostupno na:
http://www.kardio.hr/wp-content/uploads/2016/12/152-160.pdf
Datum pristupa: 23.10.2017.
12. Lučanin D, Despot-Lučanin J. Komunikacijske vještine u zdravstvu, Zdravstveno veleučilište, Naklada slap 2010. Zagreb.
13. Rakošec Ž, Juranić B, Mikšić Š, Jakab J, Mikšić B. Otvorena komunikacija – temelj palijativnog pristupa. Media, culture and public relations, 5, 2014, 1, 98-103
Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/file/180989. Datum pristupa: 23.10.2017.
14. Fučak G, Proces zdravstvene njege. Zagreb: Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu; 1992.

15. Šepec S, Kompetencije medicinskih sestara opće zdravstvene njege, Hrvatska komora medicinskih sestara.
16. Jurišić A. i sur.: Hospicij i palijativna skrb. Školska knjiga i Hrvatska liga protiv raka, Zagreb, 1995.

9. ŽIVOTOPIS

Osobni podaci

Ime i prezime:	Antonela Barić
Datum i mjesto rođenja:	31.05.1995., Mostar
Državljanstvo:	Hrvatsko
Adresa stanovanja:	Alagovac 46, 88340 Grude, BiH
E-mail:	antonela_baric@yahoo.com
Kontakt broj:	0976616737

Obrazovanje

2010.-2014.: Srednja škola Antuna Branka Šimića Grude, BiH, smjer: Farmaceutski tehničar

2014.-2018.: Preddiplomski studij Sestrinstva, Sveučilišni odjel zdravstvenih studija Split

Dodatne informacije

Poznavanje rada na računalu u MS Officu

Poznavanje engleskog jezika u govoru i pismu