

ULOGA MOBILNIH PALIJATIVNIH TIMOVA U REPUBLICI HRVATSKOJ

Jakovac, Tajana

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Health Studies / Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:556602>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-09**

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Health Studies - FHSRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

Tajana Jakovac

ULOGA MOBILNIH PALIJATIVNIH TIMOVA U REPUBLICI HRVATSKOJ

Završni rad

Rijeka, 2021

UNIVERSITY OF RIJEKA
FACULTY OF HEALTH STUDIES
UNDERGRADUATE STUDY OF NURSING

Tajana Jakovac

THE ROLE OF MOBILE PALLIATIVE TEAMS IN THE REPUBLIC OF CROATIA

Final work

Rijeka, 2021.

SVEUČILIŠTE U RIJECI
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

Tajana Jakovac

ULOGA MOBILNIH PALIJATIVNIH TIMOVA U REPUBLICI HRVATSKOJ

Završni rad

Rijeka, 2021.

Mentor rada: Saša Uljančić, prof. rehab. mag. med. techn.

Završni rad obranjen je dana _____ u/na _____

_____, pred povjerenstvom u sastavu:

1. Marija Bukvić, prof. rehab. mag. med. techn.
2. Kata Ivanišević, mag. med. techn.
3. Saša Uljančić, prof. rehab. mag. med. techn.

TURNITIN IZVJEŠĆE

SADRŽAJ

SAŽETAK	1
SUMMARY	2
1. UVOD	3
2. PALIJATIVNA SKRB U REPUBLICI HRVATSKOJ	4
2.1. Sustav palijativne skrbi u RH.....	4
2.1.1. Uloga i članovi interdisciplinarnog tima	5
2.1.2. Koordinator	5
2.1.3. Liječnik	5
2.1.4. Medicinske sestre	6
2.1.5. Socijalni radnici	6
2.1.6. Bioetičari.....	7
2.2. Izazovi palijativne skrbi u RH.....	7
3. KORISNICI SUSTAVA PALIJATIVNE SKRBI U RH.....	8
3.1. Profil korisnika sustava palijativne skrbi.....	8
3.2. Potrebe za palijativnom skrbi.....	8
3.3. Prakse u palijativnoj skrbi.....	9
3.3.1. Hospiciji i palijativna skrb	10
3.3.2. Fokus palijativne skrbi.....	11
4. ULOGA MOBILNIH TIMOVA U SUSTAVU PALIJATIVNE SKRBI U RH.....	12
4.1. Mobilni timovi u palijativnoj skrbi	12
5. HIPOTEZA.....	13
6. ISTRAŽIVANJE O POZNAVANJU DJELOKRUGA RADA I STAVOVIMA PREMA PALIJATIVNOJ SKRBI.....	14
6.1. Cilj istraživanja.....	14
6.2. Uzorak ispitivanja.....	14
6.3. Načini prikupljanja podataka	14
6.4. Podatci o poznavanju djelokruga rada i stavovima prema palijativnoj skrbi	17
7. STANDARDNI POSTUPCI MOBILNIH TIMOVA U PALIJATIVNOJ SKRBI.....	21
7.1. Razlika rada mobilnih palijativnih timova po županijama	24
7.2. Uporaba SPICT alata.....	25
7.2.1. Planiranje suportivne i palijativne skrbi.....	26
7.2.2. Posudionica ortopedskih pomagala.....	26
7.3. Najčešći problemi mobilnih timova u palijativnoj skrbi.....	26
8. ZAKLJUČAK.....	28
9. LITERATURA	29
10. PRIVITCI	31
11. ŽIVOTOPIS	32

SAŽETAK

Mobilni palijativni timovi interdisciplinarne su grane zdravstvene skrbi koje pružaju skrb terminalno oboljelim pacijentima. Kao takve, ove timove karakterizira poznavanje nekoliko različitih područja zdravstvene skrbi koju pružaju. Mobilni se palijativni timovi sastoje od liječnika, prvostupnice sestrinstva i koordinatora.

Palijativna je skrb u Republici Hrvatskoj oduvijek postojala u vidu liječničkih kućnih posjeta. Kao standardizirana logistička instanca unutar sustava zdravstvene skrbi, mobilna palijativna skrb u Hrvatskoj se počela formirati početkom 2000-ih godina, te danas broji 33 stručnih timova koji se u brizi o pacijentima nose s mnogobrojnim izazovima i 42 koordinatora. Napredak zdravstvene znanosti i tehnologije umanjuje stanovite izazove palijativnih timova, ali ne umanjuju psihološke i komunikacijske izazove s kojima se članovi stručnih timova nose zbog prirode posla s kojim se bave – brigom o umirućim pojedincima društva kojem stoje na raspolaganju i kojeg su i sami dio. Daljnja optimizacija znanja i njegova standardizacija odnosno praktična primjena omogućuju djelatnicima mobilnih palijativnih timova da učinkovitije rade svoj posao te da umanje neka negativna djelovanja koje isti ima na njih, od kojih je najpoznatije sagorijevanje na poslu.

Ključne riječi: palijativna skrb, mobilni palijativni tim, palijativna njega, palijativna medicina, hospicij.

SUMMARY

Mobile palliative care teams are interdisciplinary health care units that provide care to terminally ill patients. As such, these teams are characterized by knowledge of several different areas of health care they provide. Mobile palliative teams consist of doctors, nurses and / or technicians, social workers, bioethicists, and they often include psychological and spiritual support, which is also provided to the patient.

Palliative care in the Republic of Croatia has always existed in the form of medical home visits. As a standardized logistics instance within the health care system, mobile palliative care in Croatia began to form in the early 2000s, and today has 22 professional teams that deal with many challenges in patient care. Advances in health science and technology mitigate certain challenges of palliative care teams, but do not diminish the psychological and communication challenges faced by professional team members due to the nature of the work they do – caring for the dying individuals within their own society. Further optimization of knowledge and its standardization, i.e. practical application, enable employees of mobile palliative teams to do their job more efficiently and to reduce some of the negative effects it has on them, the most famous of which is burnout at work.

Key words: palliative care, mobile palliative care team, palliative care, palliative medicine, hospice

1. UVOD

Palijativna skrb u Republici Hrvatskoj još je uvijek neiskorišten potencijal kada se radi o brizi za nemoćne osobe koje boluju od terminalnih bolesti. Palijativna skrb nije novina u medicini. Ona je poznata još od sredine devetnaestog stoljeća kada se osnivaju prvi hospiciji za osobe kojima klasična kurativna medicina kojoj je cilj ozdravljenje organizma više ne može pomoći.

Palijativni timovi u Republici Hrvatskoj nemaju dugu tradiciju te se počinju razvijati 2003. godine. Sustav palijativne skrbi još uvijek nije dovoljno razvijen. Možda ne toliko što se tiče infrastrukture, ali što se tiče mobilnih timova, potrebno je ulagati mnogo truda kako bi se cijeli sustav podigao na zadovoljavajuću razinu kvalitete. Kroz odgovore ispitanika u provedenoj anketi možemo primijetiti da postoji potreba za povećanjem broja educiranih zdravstvenih djelatnika u području palijativne skrbi. Također saznajemo da se palijativna skrb ne treba provoditi samo kod onkoloških bolesnika, već kod svih pacijenata koji se nalaze u terminalnim fazama života.

Temelj palijativne medicine je holizam, tj. filozofija koja bolesnika gleda kao individualnu osobu na koju utječe cijeli niz čimbenika, onih tjelesnih, duhovnih, emocionalnih i psiholoških.

Ako se bolesnik osjeća loše, smanjit će se i njegova kvaliteta života, a palijativni pristup ima u cilju povećati kvalitetu provedbe posljednjih dana, mjeseci i godina bolesnikova života, te mu pomoći da se suoči s neizbježnim krajem. Mobilni palijativni timovi ključni su za uspješnost takvog pristupa.

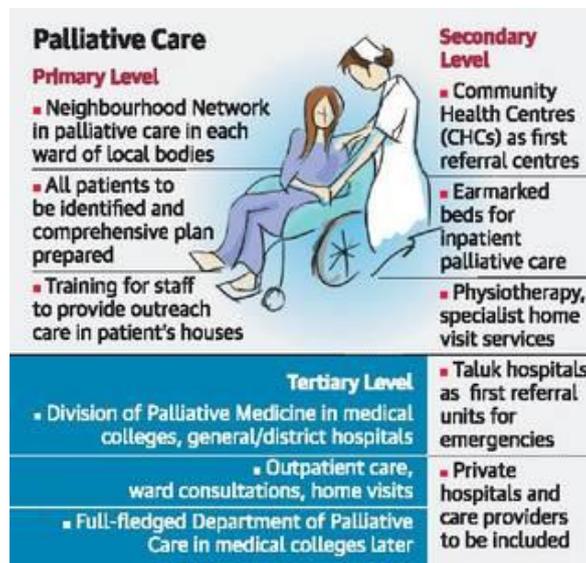
Mobilni palijativni timovi okosnica su ovoga rada. Isti objašnjava njihovu ulogu u kontekstu palijativnog sustava u Republici Hrvatskoj, najčešće probleme, te nudi moguća rješenja za ostvarenje njihovog punog potencijala u cilju pružanja kompletne učinkovite njege za bolesnike.

2. PALIJATIVNA SKRB U REPUBLICI HRVATSKOJ

2.1. Sustav palijativne skrbi u RH

U Republici Hrvatskoj palijativna skrb razvija se od početka 21. stoljeća, što podrazumijeva standardizacijske postupke i logistički pristup razvijanju nacionalne palijativne infrastrukture. Razvoj hrvatskog palijativnog sustava u zdravstvu uspostavlja se na prenamjeni postojećih resursa, ali i osnaživanjem i prekvalifikacijom zdravstvenih radnika, te uvođenjem novih postupaka. Glavni cilj rada palijativne skrbi je ublažavanje boli i pratećih simptoma koji su nastali zbog progresije bolesti pacijenta, ali i poboljšati opću kvalitetu života (1).

Na području Republike Hrvatske, palijativna skrb izvan bolničkog sustava odvija se putem djelatnosti opće/obiteljske medicine, patronažne zdravstvene zaštite i zdravstvene njege u kući bolesnika. Liječnici u općoj odnosno obiteljskoj medicini uglavnom rade kućne posjete kada je riječ o palijativnoj skrbi. Zdravstvenu njegu u kućanstvima terminalnih bolesnika i bolesnika pruža zdravstvena njega u kući. Stoga formiranjem mobilnih palijativnih timova u Hrvatskoj dolazi do poboljšanja zdravstvene skrbi palijativnih pacijenata. Pacijenti koji se nalaze u teškim završnim fazama, te im skrb nije moguće pružiti u kućnim uvjetima, nastavlja se liječenje u posebno organiziranim bolničkim zdravstvenim ustanovama(2).



Slika 1. Temelji palijativnog holističkog pristupa; Izvor:

<https://www.thehindu.com/news/cities/Thiruvananthapuram/kerala-releases-revised-palliative-care-policy-2019/article30278132.ece>

Za izradu Nacionalnog programa palijativne skrbi koristile su se smjernice od zemalja s dobro razvijenim sustavom palijativne skrbi:

- Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) stavlja naglasak na intergaciju, implementaciju i razvoj palijativne medicine u svi zemljama sa razvijenim

zdravstvenim sustavom. Promovira Strategiju javnog zdravstva (Public Health Strategy) koja sadrži naputke za spajanje palijativne skrbi u zdravstveni sustav svih zemalja. Tu se nalaze: 1) prikladni zakoni i politika 2) nabavu potrebnih lijekova 3) edukacija djelatnika zaposlenih u zdravstvenom sustavu 4) dostupnost palijativne skrbi u primarnoj, sekundarnoj i tercijalnoj razini zdravstvene zaštite

- 2009. godine Europsko udruženje za palijativnu skrb izdaje „White paper“, Bijelu knjigu o normama i standardima za razvoj i pružanje visokokvalitetne palijativne skrbi u Evropskim zemljama
- Od 2014-2016 godine, Strateški plan u Republici Hrvatskoj usmjeren je na stvaranje novih mreža palijativne medicine, sa uspostavom mobilnih timova i koordinatora, stvaranje bolničkog tima za palijativnu skrb, uzimajući u obzir svu problematiku koja bi utjecala na dostupnost same palijativne medicine te izradu procjena za potrebom same palijativne skrbi.(16)

2.1.1. Uloga i članovi interdisciplinarnog tima

Minimalni tehnički uvjeti prema Ministarstvu zdravlja i socijalne skrbi za osnivanje mobilnog palijativnog tima su: koordinaror- magistar/prvostupnica sestinstva, doktor medicine i prvostupnica. Palijativni interdisciplinarni tim sastoji se od određenih struka koje pomažu da svaki pojedini program utvrdi potrebe svojih članova tima, te s obzirom na vrstu terminalne bolesti s kojom se svaki pojedini pacijent nosi. Svaki član tima trebao bi moći prepoznati potrebe palijativnog pacijenta, te primjenjivati svo svoje znanje i znanje svojih kolega(3). Svakako, palijativna medicina mora biti dostupna bolesniku u svakodnevnoj skrbi ili prema potrebama pacijenta, te znati pružiti utjehu pacijentu i obitelji.

2.1.2. Koordinator

Mrežom javne zdravstvene zaštite na području Hrvatske predviđeno je 52 koordinatora, a ugovoreno ih je 42.

Uloga koordinatora u palijativnom timu je da povezuje sve članove u timu te za razvitak palijativne skrbi u svojoj županiji. Osnažuje i povezuje djelovanje svih razina zdravstvene skrbi koje su potrebne za adekvatnim pružanjem palijativne skrbi, duhovne i socijalne skrbi. Također njegovo zaduženje je da pacijente unosi u palijativni registar, organizira i povezuje korisnike s posudionicom pomagala, uključuje volontere i svećenike/redovnike prema potrebama korisnika. Organizira potrebne edukacije mobilnih timova te prati provedbu pružanja palijativne skrbi.

2.1.3. Liječnik

Liječnik u mobilnom palijativnom timu određuje tijek liječenja, te u suradnji sa samim pacijentom pronalazi najbolji način za smanjenje boli i svih pratećih simptoma. Liječnik u

palijativnom timu primjenjuje sve svoje znanje koje je stekao u akutnoj medicini. On kroz svoju pomoć i podršku pridonosi brizi za bolesnika kroz svakodnevno praćenje bolesnika, te primjenjuje potrebne intervencije(3). Palijativni liječnik mora surađivati i dogovarati tijekom liječenja s bolesnikom, njegovom obitelji i izabranim obiteljskim liječnikom kako bi se postigla učinkovita skrb.

2.1.4. Medicinske sestre

Medicinske sestre provode mnogo vremena s palijativnim bolesnikom i njegovom obitelji, te se tako smatra da u učestaloj komunikaciji lakše procijene razinu potrebne skrbi, te njezinu evaluaciju. Moraju znati razumjeti svaku bolesnikovu kako verbalnu tako i neverbalnu poruku za promjenom njegovih tjelesnih, socijalnih ili duhovnih potreba. Uz pružanje utjeha, vode postupke koji sprječavaju neželjene komplikacije vezane uz osnovnu bolest(3).

2.1.5. Socijalni radnici

S bolešću koja podrazumijeva ugroženost života mogu se javiti i različiti psihosocijalni problemi. Socijalni radnik zadužen je za prepoznavanje financijskih poteškoća bolesnika i njegove obitelji, te pomoć prilikom narušenih obiteljskih odnosa(3). Socijalni radnik također je zadužen za pravovremeno sprječavanje psiholoških, i financijskih poteškoća zajednice. On stoji na raspolaganju stručnom timu u svrhu boljeg razumijevanja psihosocijalnih okolnosti bolesnika i njihovih obitelji kao i savjetovanja u svrhu maksimalnog olakšavanja bolesničkog stanja. Uloga socijalnog radnika u mobilnom palijativnom timu ima šest dimenzija, a one su sljedeće (4):

- Socijalni radnik je obiteljski fokusiran, tj. usmjeren je na komunikaciju i veze u odnosima.
- Socijalni radnik utječe na okolinu kroz praktičnu pomoć i povezivanje korisnika sustava s potrebnim instancama.
- Socijalni radnik je član tima i spreman je na suradnju.
- Socijalni radnik obučan je da pravovremeno prepozna tjeskobu u obitelji
- Socijalni radnik zastupa i promiče inkluzivne i tolerantne vrijednosti i vrednovanje koji nisu osuđujući, te su usmjereni na osnaživanje tj. antidiskriminatorni su.
- Socijalni radnik ima određeno znanje i rad s osobnim ograničenjima korisnika, tj. dobro procjenjuje i otvoreno komunicira.

Svakodnevne aktivnosti socijalnog radnika razlikuju se ovisno o prostoru na kojem djeluje, ali potreba za palijativnom skrbi je svagdje prepoznata. Socijalni radnici u partnerstvu s pacijentom i njegovom obitelji osiguravaju da su njihove želje i potrebe zadovoljene kada je god to moguće. Vještine su i vrijednosti antidiskriminatornog sustava takve da socijalni radnik, koristeći dobre komunikacijske vještine, razvoj povjerenja i uspostavljanje dobre radne atmosfere, omogućuje pozitivne promjene kod korisnika. Svakako, situacije u kojima socijalni radnici djeluju su kompleksne, a etičke i moralne dileme vrlo česte. Unutar osjetljivog kompleksnog okruženja

palijativne skrbi, za socijalne je radnike najbitnije da ostvare dobar odnos sa svim dionicima palijativne skrbi (4).

Socijalni radnici su oni koji stalno trebaju preispitivati svoje stavove i predrasude, te razumjeti potrebe obitelji kao sustava koje mogu biti u suprotnosti s potrebama pojedinca (4). Stoga, osnovna uloga socijalnih radnika je preispitivanje svojih stavova i predrasuda, ali i razumijevanje same obitelji kao sustava.

2.1.6. Bioetičari

Klinički bioetičari sudjeluju u svakodnevnim moralnim odlukama koje se odnose na palijativnu skrb. U ovom je smislu uloga kliničkog bioetičara izuzetno važna u kontekstu palijativne skrbi (3). U njegovo su djelovanje uključeni postupci donošenja odluka u skladu sa zakonima Republike Hrvatske.

2.2. Izazovi palijativne skrbi u RH

Palijativna skrb vrlo često postavlja zahtjeve za interdisciplinarnim ili transdisciplinarnim pristupom kojima se podiže razina kvalitete života pacijenata i njihovih obitelji koji su uzrokovani smrtonosnom bolešću (5). Glavno obilježje palijativne skrbi je smanjenje simptoma koji narušavaju osnovnu ljudsku potrebu poput otežanog disanja i boli. Štalo (2019.) govori o pet faza umiranja: negiranje i osamljenje, ljutnja, pogađanje, depresija i konačno prihvaćanje (11). U svakoj je od ovih faza bolesniku u palijativnoj skrbi potreban specifičan odnosno različit pristup, stoga je važnost sustavnog obrazovanja mobilnih palijativnih timova ključna kako bi se nosila s promjenjivim stanjima bolesnika i njihovim specifičnim psihološkim potrebama, ovisno o svakom pojedinom stadiju umiranja. Zbog toga se mobilni palijativni timovi mogu i mijenjati: u prvoj, negacijskoj fazi oni neće nužno uključivati psihološku podršku, već će se oslanjati na znanje liječnika i medicinskih djelatnika. Druga faza ljutnje počinje kada bolesnik shvati stvarnost te se ta ona smatra među najtežom. Bolesnik najčešće ima ispade bijesa gdje traže krivca za svoje probleme, koriste alkohol ili neke druge opijate. U trećoj fazi, onoj depresije, psiholog će biti poželjan te će se nastojati uključiti u proces posjeta pacijentu; dok će u posljednjoj fazi, fazi prihvaćanja, pacijentu biti ponuđena i duhovna podrška, ovisno o njegovoj osobnosti, uvjerenjima i izrečenim potrebama.

Palijativna skrb u svom svakodnevnom radu skrbi za pacijente i cijelu zajednicu, te nudi najosnovnije koncepte zaštite kako bi se zbrinule pacijentove potrebe. Zbog toga je vrlo bitna specijalna edukacija liječnika i zdravstvenog osoblja.

3. KORISNICI SUSTAVA PALIJATIVNE SKRBI U RH

3.1. Profil korisnika sustava palijativne skrbi

Izraz „za život opasna ili degenerativna bolest“ obuhvaća spektar oboljenja, a bolesnici koje zahvaća jesu ljudi različitih životnih dobi, te različitih dijagnoza koje znatno smanjuju svakodnevno provođenje osnovnih ljudskih potreba i njegov očekivani životni vijek. Definicije bolesti opasnih po život, bolesnici koje ona određuje mogu biti podijeljeni u sljedeće skupine (3):

- Osobe koje imaju prirođene bolesti
- Osobe koje se nalaze na terapijama o kojima ovisi njihov životni vijek
- Osobe koje pate od akutnih, opasnih ili ozbiljnih bolesti.
- Osobe koje pate od progresivnih kroničnih stanja poput maligniteta, kroničnog zatajenja bubrega i sl.
- Osobe koje pate od kroničnih povreda i za život ograničavajućih nesreća.
- Ozbiljno i terminalno oboljeli bolesnici, primjerice osobe koje pate od demencije, osobe u posljednjoj fazi terminalnog stadija karcinoma i sl.

Interdisciplinarni tim je potreban za kvalitetno provođenje palijativne skrbi. Zadaća interdisciplinarnog tima je znati pružiti svaku vrstu skrbi (3). Timovi trebaju biti spremni pružiti fizičku, psihološku, socijalnu i duhovnu potporu pomoću metoda koje proizlaze iz interdisciplinarnog i kolaborativnog timskog pristupa.

Uspješnost palijativnog interdisciplinarnog tima najbolje se uočava kada postoji dobra komunikacija samoga tima, komunikacija s obitelji, te uspješno rješavanje nastalih problema.

3.2. Potrebe za palijativnom skrbi

Tijekom vremena oblici palijativne skrbi razvijali su se prema potrebama terminalnih bolesnika. (3).



Slika 2. Ciklus palijativne skrbi; Izvor: <https://www.vitas.com/care-services/palliative-care>

Sasvim je razumno shvatiti kako se radi o javno zdravstvenom problemu. Potrebno je osigurati i raspolaganje lijekovima, posebno osigurati opijate, izgraditi posebne stacionarne ustanove, te zakonom zaštititi liječnika i medicinsku sestru, tako i bolesnika i njegovu obitelj, ali i njegovog njegovatelja. Stoga je važno priznavanje palijativne medicine kao takve.

Preferirani oblik palijativne skrbi je skrb u kućnim uvjetima koju provode palijativni timovi u suradnji s primarnom zdravstvenom zaštitom. Ipak, ona se većinom ne može provoditi zbog toga jer bolesnik nema obitelji koja bi se o njemu mogla brinuti ili su simptomi toliko teški da ih je nemoguće sanirati u kućnim uvjetima. U takvim se slučajevima bolesnika smješta u alternativnu ustanovu ili se dodjeljuje drugom skrbniku koji bolesniku omogućuje posjet mobilnih palijativnih timova. Neke bolnice u sklopu onkoloških odjela imaju organizirane palijativne odsjeke.

U Hrvatskoj postoje ambulante i savjetovališta koja brinu o palijativnim pacijentima i njihovim obiteljima, te surađuju s ostalim instancama (npr. specijalnim bolnicama) uključenim u brigu za bolesnika. Nažalost, za razliku od nekih drugih europskih zemalja (Njemačka, Švedska), Hrvatska ne raspolaže s drugim oblicima palijativne skrbi kao što su dnevni boravci za terminalno oboljele pacijente (3).

Jedan od ciljeva palijativne skrbi je psihološka podrška bolesnicima ,tj. postizanje visoke razine povjerenja bolesnika u palijativni tim. Palijativna medicina tako bolesniku lakše može osigurati svoju dostupnost.

3.3. Prakse u palijativnoj skrbi

Medicinska znanost je do sredine 20. stoljeća bila ograničena upotrebom lijekova koji su služili za ublažavanje boli.



shutterstock.com • 1842423310

Slika 3. Karakteristike palijativne skrbi; Izvor: <https://www.shutterstock.com/search/palliative+care>

Razvijanjem novih tehnologija, te pronalaskom novih lijekova, terapija protiv bolova tijekom pedesetih godina se razvija, te pomaže kod suzbijanja boli. Otkrivanjem psiholoških potreba umirućeg bolesnika otvara se put razvitku palijativne skrbi, tj. medicine. Neki oblici palijativne skrbi postojali su još i krajem 19. i početkom 20. stoljeća, ali cijeli sustav se organizirao u drugoj polovici dvadesetog stoljeća, kada se počinje voditi briga o bolesnicima u terminalnim fazama u kućnim uvjetima, te u stacionarima(3).

3.3.1. Hospiciji i palijativna skrb

Hospicij se tako može definirati kao moderna zdravstvena ustanova koja ima razrađeni sustav kod pomoći bolesnika koji se nalaze u terminalnim fazama. Pomaže kod pružanja psihološke pomoći obiteljima,

Ote ih vodi kroz proces žalovanja.

Hospicij je tako postao ustanova u kojoj je glavno obilježje gostoljubivost . Pojam hospicija odnosio se na skloništa koja su se nalazila uz hodočasničke putove, namijenjen hodočasniciima koji su ondje dobivali pomoć. Kako je sve više rasla globalna zabrinutost zbog manjka kvalitetne kontrole bola, WHO je donijela izvješće pod naslovom „Cancer Pain Relief and Palliative Care“. Izvješće je tako predložilo specifične definicije palijativne skrbi (3).

Palijativna skrb je tako skrb koja podrazumijeva specifičnu brigu o bolesnicima i njihovim obiteljima koji se bore sa neizlječivim bolestima. Ovakvu skrb obično potraže bolesnici kod kojih su iscrpljeni svi načini liječenja, te kada je došlo do takvog stupnja širenja maligne bolesti da se u kućnim uvjetima više ne može pomoći.

Glavno područje palijativne skrbi je smanjenje simptoma, psihosocijalna podrška korisnicima i njihovima obiteljima te etički problemi vezani za kraj životnoga vijeka. Cilj takve skrbi je postizanje najbolje moguće kvalitete života.

Palijativna medicina jedna je od suvremenijih grana moderne medicine (prvenstveno anesteziologije i onkologije), a rezultat taga nije samo napredak u medicini nego i promjena samog načina gledanja na život. U glavnom središtu interesa palijativne medicinske skrbi jesu terminalno oboljele osobe te tako palijativnu skrb možda najbolje određuje definicija iz 2002. godine koja kaže da je palijativna skrb oblik skrbi koju pružaju zdravstveni djelatnici bolesnicima koji boluju od neizlječivih stanja, ali i njihovim obiteljima (6). Uvođenjem metoda pravovremenog otkrivanja stupnja boli, te samim sprječavanjem razvijanja boli donosi samim bolesnicima bolje psihološko, društveno i psihosocijalno stanje .

Danas u Rijeci postoji hospicij „Marija Krucifiksa Kozulić“ koji je osnovan 2013.godine te je za sada i jedini u Hrvatskoj. U skladu s preporukom Vijeća Europe od 2003. godine, Povjerenstva ministara Vijeća Europe, palijativna skrb se temelji na sljedećim principima (3):

- Palijativna skrb je integrirani dio zdravstvene skrbi.

- Svaka osoba kojoj je potrebna palijativna skrb mora joj biti pravovremeno pružena bez obzira na mjesto na koje se osoba nalazi, te mora zadovoljiti osnovne potrebe.
- Palijativna skrb mora iskoristiti sve resurse da bi postigla najveću kvalitetu bolesnikovog života .
- Palijativna skrb mora zadovoljiti sve psihološke, duhovne i fizičke potrebe bolesnika koje su vezane za bolest

3.3.2. Fokus palijativne skrbi

Pristup palijativnoj zaštiti mora biti osiguran svakome bolesniku koji ima potrebu za njom, bez obzira na mjesto smještaja, društvenog statusa, te gospodarskih i drugih čimbenika. Stručne edukacije koje su neophodne i obavezne za rad u mobilnom palijativnom timu sastoje se od savladavanja specifičnih vještina, intervencija, medicinskih postupaka koje su u radu sa palijativnim bolesnicima neophodne i svakodnevne.

Konstantno je potrebno poduzimati istraživanja kako bi se mogla unaprijediti kvaliteta pružanja skrbi. Postupke palijativne skrbi potrebno je voditi te raditi istraživanja koja nam pomažu u boljem uočavanju probleme te načinu na kojih ih spriječiti i poboljšati sam rad.

Kako u svim područjima medicinske zaštite , tako i u palijativnoj skrbi zdravstveni djelatnici trebaju raditi u skladu sa stručnim i profesionalnim standardima te poštovati prava bolesnika. Sam cilj rada u palijativnoj skrbi ne odnosi se na izlječenje bolesti, već je njegov cilj ublažiti simptome koji narušavaju samu kvalitetu bolesnikovog života, te ih održavati na zadovoljavajućoj razini.

Potreba za palijativnom skrbi danas je neupitna i neizbježna. Ovakva skrb mora biti dio zdravstvenog sustava i dostupna svim bolesnicima u Republici Hrvatskoj, stoga je vrlo bitno da se vlada zauzme za širenje palijativne skrbi kako bi ona stvarno bila dostupna svim zdravstvenim osiguranicima.

4. ULOGA MOBILNIH TIMOVA U SUSTAVU PALIJATIVNE SKRBI U RH

Sustavan je razvoj palijativne medicine u Republici Hrvatskoj započeo 2003. godine, a 2008. godine su se oformili prvi mobilni palijativni timovi u Domovima zdravlja, a sa prvim mobilnim timovima započela je Primorsko-goranska županija. 2011. godine palijativnu skrb osnuju Dom zdravlja Osijek i Istarski domovi zdravlja, 2012. Dom zdravlja Zagreb, 2013. Dom zdravlja Čakovec i Vukovar, 2015. Dom zdravlja Vinkovci, Dubrovnik, Požega i Dom zdravlja Krapinsko-zagorske županije, 2017. Dom zdravlja Karlovac. Palijativni timovi su prepoznati kao važne instance zdravstvene skrbi te su se počeli formirati i mobilni palijativni timovi, a počelo se raditi i na njihovoj optimizaciji na temelju znanstvenih pronalazaka. Danas u Hrvatskoj djeluje velik broj palijativnih timova (njih 33).

4.1. Mobilni timovi u palijativnoj skrbi

U Republici Hrvatskoj djeluje 33 ugovorenih mobilnih timova u palijativnoj skrbi koji su podijeljeni po županijama. Županije s aktivnim mobilnim palijativnim timovima jesu: Dubrovačka (3 koordinator/3 tim), Šibensko-kninska (2 koordinator/1 tim), Istarska (2 koordinator/2 tima), Krapinsko-zagorska (1 koordinator/1 tim), Međimurska (1 koordinator/1 tim), Osječko-baranjska (3 koordinator/2 tima), Požeško-slavonska (2 koordinator/2 tima), Primorsko-goranska (3 koordinator/3 timova), Karlovačka županija (2 koordinator/1 tim), Sisačko-moslavačka (2 koordinator/2 tima), Varaždinska (1 koordinator/1 tim), Vukovarsko-srijemska (3 koordinator/3 tima), Grad Zagreb (5 koordinator/5 tima) i Zagrebačka županija (3 koordinator/3 tima), Brodsko-posavska (1 koordinator/1 tim), Ličko-senjska (1 koordinator/1 tim), Koprivničko-križevačka (1 koordinator), Splitsko-dalmatinska (3 koordinator), Zadarska (2 koordinator), Virovitičko -podravska (1 koordinator/1 tim) te bjelovarsko-bilogorska županija bez ugovorenih koordinatora i mobilnih timova. .

Primorsko -goranska županija od 01.rujna.2008. započinje sa formiranjem dva mobilna palijativna tima, u kojemu kreću raditi dvije liječnice i dvije medicinske sestre. 2010. godine dolazi do formiranja trećeg tima. Od 2016. godine na području Primorsko-goranske županije djeluje 5 timova. Na području Grada Rijeke i okolice rade četiri mobilna tima i tri koordinatora koji su također prvostupnice sestrinstva. Trenutno je mobilni palijativni tim smješten u prostorijama Doma zdravlja u Rijeci, Osječka 72/1. Skrbe o bolesnicima s područja Grada Rijeke, njezine okolice i Liburnije. Rad mobilnog palijativnog tima na području Gorskog Kotara počinje 05.rujan.2016. godine te su smješteni u prostorijama Doma zdravlja u Delnicama, Šetalište Ivana Gorana Kovačića 1.

Od pet timova, tri tima su financirana od Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, a ostala tri tima financiraju se putem županije, općina i lokalnih samouprava.

5. HIPOTEZA

H1 Poznavanje djelokruga rada palijativne srbi kod medicinskih sestara/tehničara te stavova prema palijativnoj srbi je nedovoljno

H2 U većini mjesta/županija nije organizirana palijativna skrb

H3 Stavovi medicinskih sestara/ tehničara je da palijativnu skrb mogu dobivati svi pacijenti u terminalnim fazama su zadovoljavajući.

H4 Mišljenje medicinskih sestara/tehničara je da treba povećati broj kreveta za palijativne pacijente

6. ISTRAŽIVANJE O POZNAVANJU DJELOKRUGA RADA I STAVOVIMA PREMA PALIJATIVNOJ SKRBI

U današnje vrijeme bilježi se povećanje pacijenata oboljelih od karcinoma, kardiovaskularnih bolesti, te ostalih bolesti koje zahtijevaju palijativno liječenje. Veliku ulogu u terminalnim fazama ima sama palijativna skrb. Tako djelokrug rada palijativne skrbi temelji se na ublažavanju simptoma same bolesti, ali ne teži izlječenju same bolesti. Jedan od najvažnijih segmenta rada palijativne skrbi je psihološka pomoć oboljelima i njihovim obiteljima.

6.1. Cilj istraživanja

Anketa je napravljena za medicinske sestre/tehničare sa svrhom kako bi uvidjeli postotak poznavanja djelokruga rada palijativne skrbi kod medicinskih sestara/tehničara, te njihove stavove o istoj. Upitnik je sastavljen od dvije cjeline. U prvoj cjelini saznajemo sociodemografske podatke ispitanika kroz sedam pitanja (spol, dob, profesionalni status). Drugi dio upitnika sastoji se od osamnaest pitanja u kojima ćemo dobiti informacije o upućenosti medicinskih sestara/tehničara u sam rad palijativne skrbi i njihove stavove o samom provođenju i potrebi za skrbi.

6.2. Uzorak ispitivanja

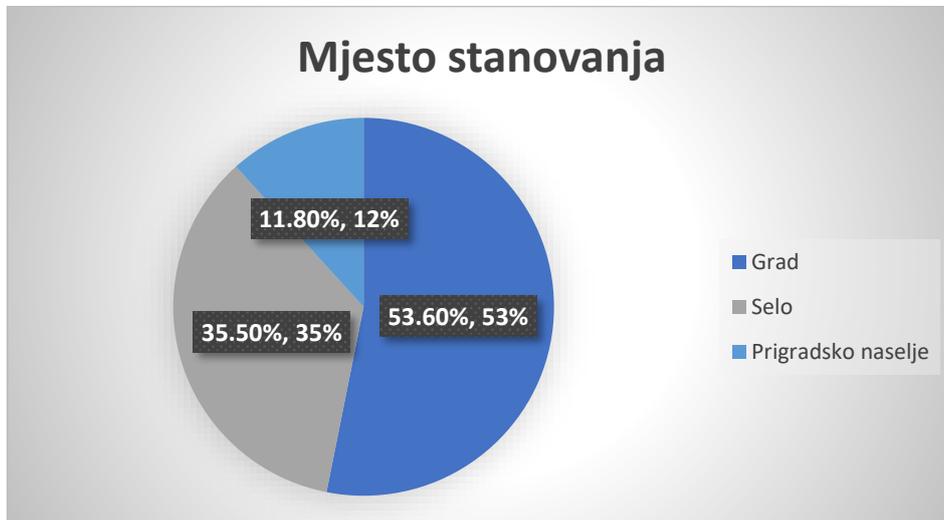
U anketi je sudjelovalo 110 medicinskih sestara/tehničara, a sama anketa je provedena na području Republike Hrvatske. Od navedenog broja ispitanika medicinske sestre su činile 95,5%, a medicinski tehničari 4,5%. Prema rezultatima ankete većina ispitanika bila je u dobi od 35-45 godina (45,5%). U dobi od 25-34 godine bilo je 24,5% ispitanika, dok u dobi od 45-54 godine bilo je 20%. Najmanji broj ispitanika nalazio se u dobi od 55 i više (6,4%) te 19-24 godina 3,6%. Samim time možemo zaključiti da je najveći broj zaposlenih medicinskih sestara/tehničara u Republici Hrvatskoj u dobi od 35-45 godina.

6.3. Načini prikupljanja podataka

Podatci su se prikupljali u periodu od 29. listopada 2021 godine pa do 17. studenog 2021. godine, u kojem su sudjelovale medicinske sestre/tehničari. Instrument istraživanja je bila anketa u elektroničkom obliku koja je provedena putem društvene mreže „Facebook“. U anketi se nalazilo 25 pitanja od kojih je prvih 7 bilo vezano uz sociodemografske podatke, a ostalih 18 se odnosilo na poznavanje djelokruga rada i stavova prema palijativnoj skrbi. Anketa se može pogledati putem slijedećeg linka: https://docs.google.com/forms/d/1d-yO-IZfWh9Q5fF5WG33zpQugqG_K44JIAWiuSGkbJY/edit Sociodemografski podaci

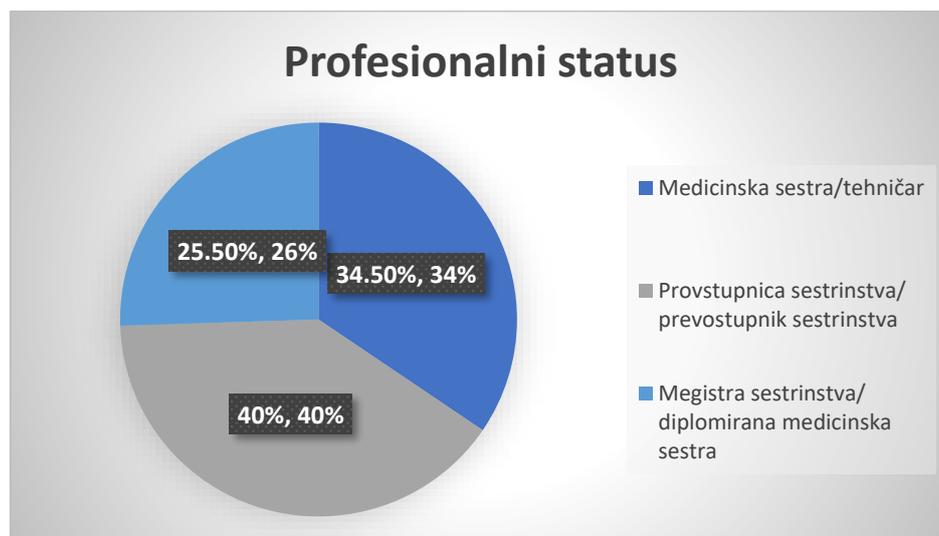
Temeljem osobnih pitanja zaključuje se da je anketni listić ispunilo 110 ispitanika, od toga 105 žena i 5 muškaraca. Većinski broj ispitanika nalazi se u životnoj dobi od 35-45 godina.

Istraživanje je provedeno na području Republike Hrvatske te je 59 ispitanika odgovorilo da živi u gradu, 39 na selu, a 13 u prigradskom naselju. Navedene podatke možete vidjeti u grafu. 5.4. "Mjesto stanovanja".



Graf 1. Mjesto stanovanja

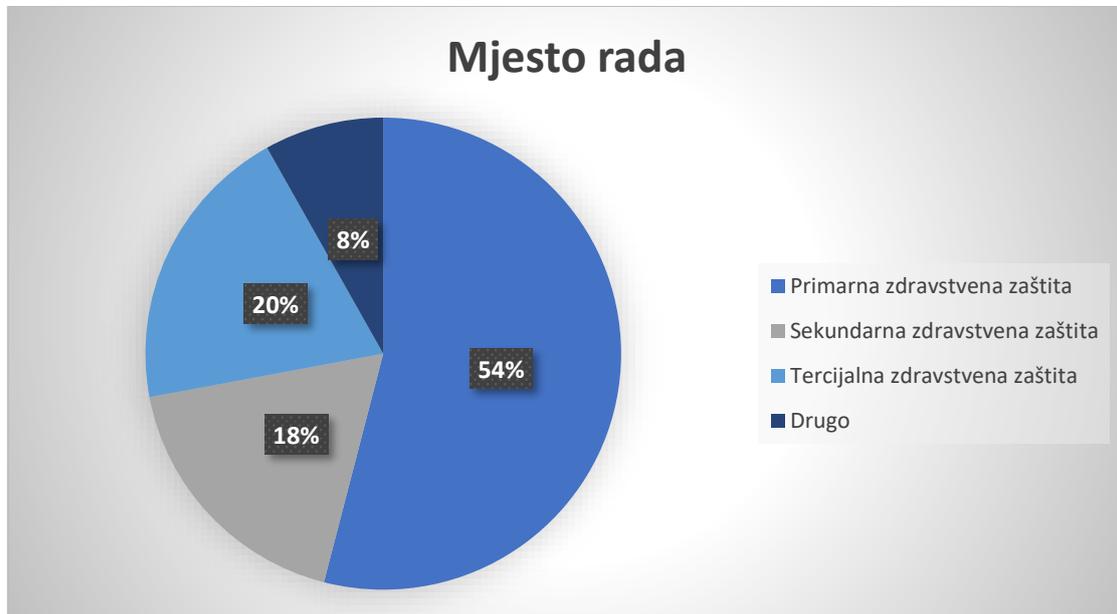
Od 110 ispitanika 38 ih ima srednjoškolsko obrazovanje, 44 ispitanika su prvostupnice sestrinstva/prvostupnici sestrinstva, dok 28 ispitanika ima visoko školsko obrazovanje tj. ispitanici su magistre sestrinstva/ diplomirane medicinske sestre/ tehničari.



Graf 2. Profesionalni status ispitanika

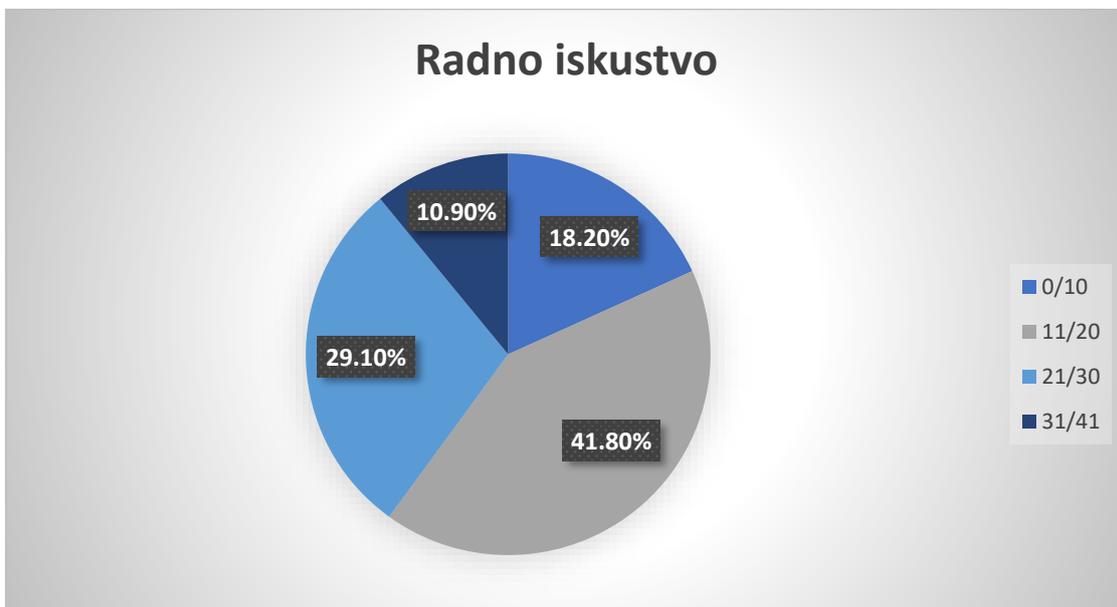
Na pitanje o vrsti zaposlenja od 110 ispitanika 60 njih radi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (Dom zdravlja, Ustanova za hitnu medicinsku pomoć, Patronažna skrb). U sekundarnoj

zdravstvenoj zaštiti (Opće bolnice, Lječilišta, Poliklinike) radi 18,2% ispitanika, dok u tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti (Klinike, Klinički bolnički centri, Kliničke bolnice) radi 22 ispitanika. 9 ispitanika navodi da radi negdje drugdje.



Graf 3. Mjesto rada ispitanika

41,8% ispitanika ima 11-20 godina radnog iskustva. Najmanji broj ispitanika ima 31-41 godinu iskustva.



Graf 4. Godine radnog iskustva ispitanika

Ispitanici su na pitanje da li se u svakodnevnom radu susreću s bolesnicima kojima je potrebna palijativna skrb odgovorili pozitivno sa 80,9%, a negativno sa 19,1%.



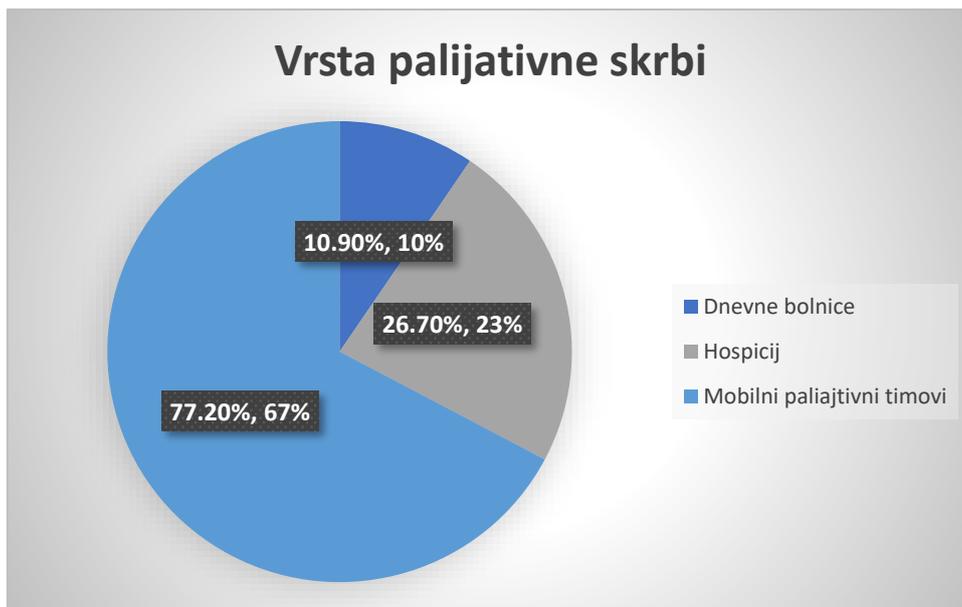
Graf 5. Susret s palijativnim pacijentima na dnevnoj bazi

6.4. Podatci o poznavanju djelokruga rada i stavovima prema palijativnoj skrbi

Drugi dio ankete veže se uz pitanja o poznavanju djelokruga rada i stavovima prema palijativnoj skrbi. 100 ispitanika je odgovorilo da u njihovom mjestu/županiji organizirana palijativna skrb. Slijedeće pitanje veže se uz samu organizaciju palijativne skrbi u mjestu/županiji. Ponuđeni odgovori su bili dnevne bolnice, hospicij i mobilni palijativni timovi. Od 101 odgovora njih 78 je odgovorilo da je palijativna skrb organizirana putem mobilnih palijativnih timova, dok je hospicij potvrdilo 27 ispitanika. Palijativna skrb putem dnevnih bolnica organizirana je u 11 odgovora ispitanika.



Graf 6. Organizirana palijativna skrb u mjestu/županiji

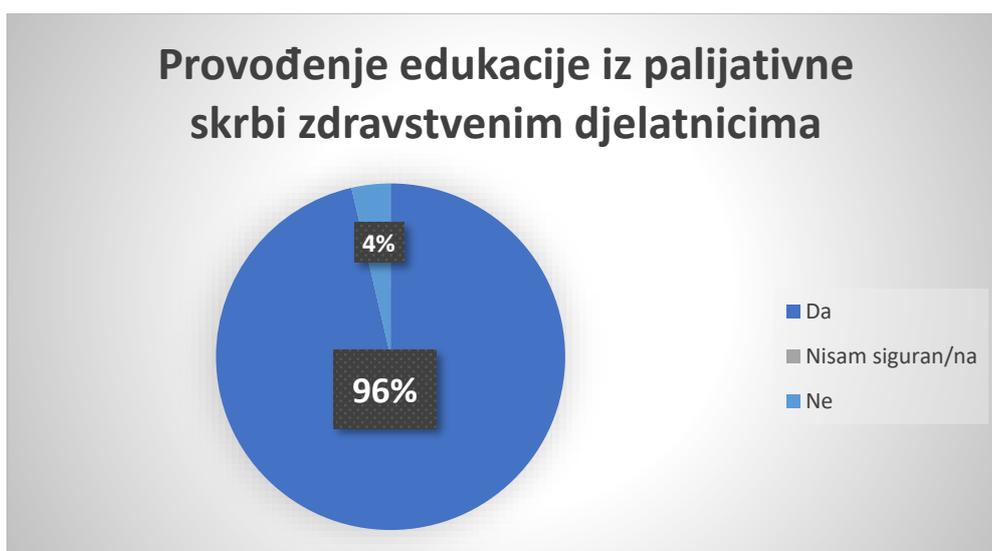


Graf 7. Organiziranost pružanja palijativne skrbi

Ispitanici smatraju da bi bilo potrebno povećati broj smještaja/timova u njihovom mjestu/županiji sa 85,5%, dok sa 85,5% smatraju da bi trebalo zaposliti više medicinskih sestara/tehničara s višom/viskom naobrazbom u palijativnoj skrbi.

82 ispitanika je u svom radnom iskustvu surađivalo s djelatnicima iz palijativne skrbi.

Jedno od važnijih odgovora ispitanika vezano je uz provođenje edukacije iz palijativne skrbi zdravstvenim djelatnicima. 96,4% ispitanika smatra da je potrebno provoditi edukaciju među zdravstvenim djelatnicima o provođenju palijativne skrbi. Nadalje 61 ispitanik potvrđuje da je imao edukaciju iz palijativne skrbi.



Graf 8. Edukacija zdravstvenih djelatnika o provođenju palijativne skrbi

Da li bi unaprijeđeni sustav palijativne skrbi osigurao više vremena i prostora za rad u području preventivne i kurativne medicine smatra 91,8% ispitanika.

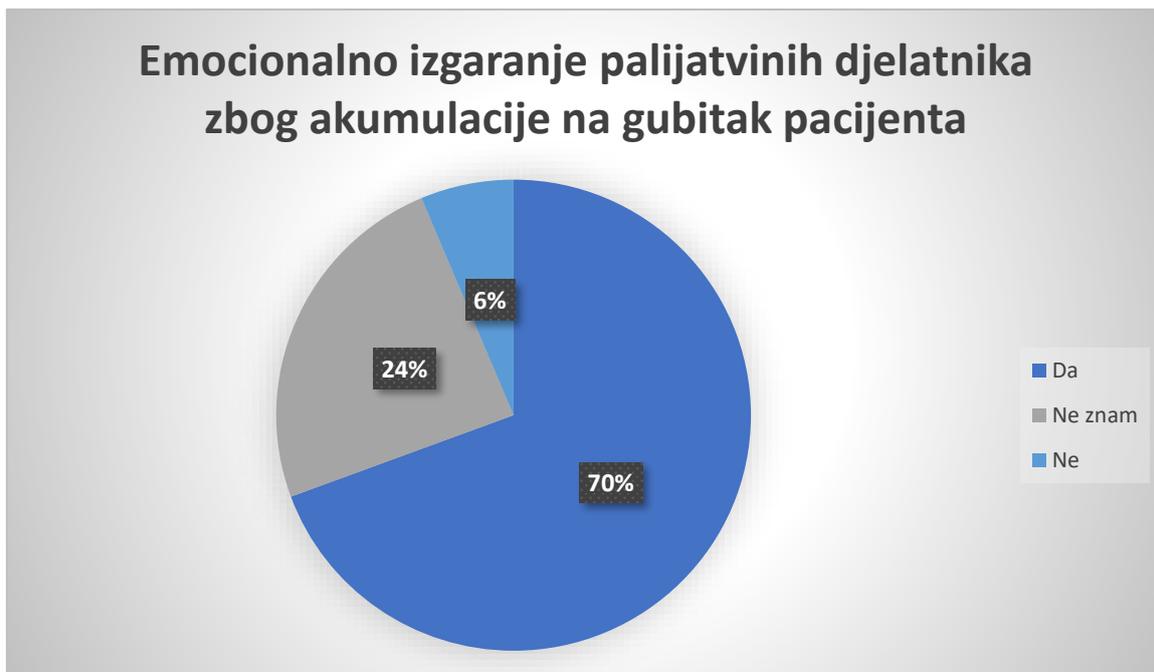
86 ispitanika smatra da palijativna skrb nije prikladna samo u situacijama kada je evidentno pogoršanje bolesti, te njih 107 se ne slaže da palijativnu skrb mogu dobivati samo pacijenti koji boluju od onkoloških bolesti. Bitno je navesti da 106 ispitanika smatra da bi palijativnu skrb trebali dobivati i pacijenti u terminalnoj fazi bolesti.



Graf 9. Pružanje palijativne skrbi pacijentima u terminalnoj fazi bolesti

Prema ispitanicima glavno obilježje djelokruga rada palijativne skrbi nije samo liječenje boli. Ujedno svi ispitanici smatraju da djelatnici palijativne skrbi moraju znati pružati psihološku podršku pacijentu i njihovoj obitelji. 50% ispitanika smatra da djelatnici koji rade u palijativnoj skrbi djelomično imaju emocionalno izgaranje prilikom pružanja palijativne skrbi. Ispitanici u 80% slučajeva ne smatraju da se palijativna skrb treba provoditi samo u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Medicinske sestre/prvostupnice sestrinstva/magistre sestrinstva koje rade u palijativnoj skrbi, 77 ispitanika smatra da one imaju emocionalno izgaranje zbog akumulacije na gubitak pacijenata.

Emocionalno izgaranje palijativnih djelatnika zbog akumulacije na gubitak pacijenta



Graf 10. Emocionalni odmah palijativnih službenika

Provođenje edukacije građana iz palijativne skrbi potvrđeno je u 94,5% odgovora ispitanika.

Zbog velikog porasta oboljelih od karcinoma 90% ispitanika smatra da bi trebalo osigurati u mjestu/županiji još nekoliko kreveta u sklopu Doma zdravlja za pružanje palijativne terapije bolesnicima.

Povećanje broja kreveta u sklopu Doma zdravlja



Graf 11. Mišljenje ispitanika o povećanju broja kreveta u sklopu Doma zdravlja

7. STANDARDNI POSTUPCI MOBILNIH TIMOVA U PALIJATIVNOJ SKRBI

Cilj mobilnih palijativnih timova je pružanje odgovarajuće zdravstvene zaštite, te pružanja određenih intervencija u kući bolesnika, kako bi sam bolesnik ,ako je to njegova želja smrt dočekaao s okružen svojom obitelji. Isto tako, uloga ovakvih timova je i edukacija osoba koji pružaju zdravstvenu skrb. Sama edukacija obitelji provodi se s ciljem da pruži adekvatnu skrb u vremenu u kojem sami provode s bolesnikom.

Postupci mobilnog tima za palijativnu skrb mogu se podijeliti u nekoliko vrsta. One su sljedeće (7):

- Prvi kućni posjet
- Kontrolni kućni posjet
- Savjetovanje, edukacija i podrška pacijenta i obitelji
- Invazivni i kompleksni medicinski postupci
- Timski sastanci i konzultacije s kolegama, edukacija
- Podrška u žalovanju

Šifra DTP	Naziv	Opis
MP001	Prva kućna posjeta mobilnog tima za palijativnu skrb	<p>Prva kućna posjeta sadrži:</p> <ul style="list-style-type: none">- konzultaciju s pacijentovim izabranim liječnikom obiteljske medicine- uzimanje anamneze i prikupljanje podataka- pregled dokumentacije- fizikalni pregled- mjerenje vitalnih parametara (temperatura, tlak, puls, saturacija kisikom)- procjenu potreba palijativnog pacijenta i obitelji- izradu plana palijativne skrbi za pacijenta i obitelj- administriranje i pismeni nalaz <p>Po potrebi se provode ostali postupci:</p> <ul style="list-style-type: none">- glukometrija- digitorektalni pregled- ublažavanje simptoma nefarmakološkim metodama- primjena parenteralne terapije (injekcije, infuzije)- peroralna terapija- primjena lokalne terapije- titriranje terapije boli i drugih simptoma- titriranje terapije u suradnji s LOM-om i/ili drugim zdravstvenim radnicima- njega pacijenta (samo iznimno)- toaleta i previjanje rane 1. i 2. stupnja- uključivanje drugih dionika u skrb

MP002	Kontrolna kućna posjeta mobilnog tima za palijativnu skrb	Kontrolna kućna posjeta sadrži postupke prve kućne posjete u opsegu i kombinaciji prema odluci mobilnog tima. Očekivano trajanje i opseg kraći su nego kod prve kućne posjete.
MP003	Savjetovanje, edukacija i podrška palijativnog pacijenta i obitelji	<p>Provode se u kući pacijenta, u drugim prostorima, te telefonski.</p> <ul style="list-style-type: none"> - savjetovanje pacijenta i/ili obitelji - edukacija pacijenta i/ili obitelji - savjetovanje i/ili edukacija drugih zdravstvenih djelatnika o skrbi za palijativnog pacijenta - praćenje pacijenta telefonskim kontaktom s obitelji pacijenta - edukacija obitelji o kompleksnim postupcima i pomagalicama (njega stoma, nadziranje elastomerske pumpe u kući pacijenta, uporaba aspiratora, oksigenatora, koncentratora, kisika, aktivno antidekubitalnog madraca idr.) - edukacija obitelji o zbrinjavanju pojedinih zdravstvenih stanja - psihosocijalna podrška pacijentu i/ili obitelji - duhovna podrška pacijentu i/ili obitelji - posjet pacijentu u stacionarnoj skrbi - površinska psihoterapija

Šifra DTP	Naziv	Opis
MP004	Invazivni i kompleksni medicinski postupci	<ul style="list-style-type: none"> - Ultrazvučna pretraga - paracenteza abdomena - pleuralna punkcija - citološka punkcija - kirurški zahvati u lokalnoj anesteziji - nekrektomija - postavljanje, promjena te održavanje sonde i katetera (nazogastrična sonda, urinski kateter, epiduralni kateter, venski port idr.) - održavanje stoma (nefrostoma, cistostoma, traheostoma, gastrostoma, enterostome) - promjena trahealne kanile - aspiracija dišnih puteva - primjena klizme - manualna evakuacija stolice - elastomerska pumpa - neinvazivna ventilacija - terminalna sedacija - toaleta i previjanje rane 3. i 4. stupnja - pretraga ultrazvukom - parenteralna prehrana - multiprofesionalne intervencije

		<ul style="list-style-type: none"> - ostali invazivni i kompleksni postupci u kući pacijenta za koje je izvodilac licenciran ili posebno educiran
MP005	Timski sastanci, konzultacije s kolegama i edukacija	<ul style="list-style-type: none"> - sastanak mobilnog tima/timova za palijativnu skrb - timska ili individualna konzultacija s drugim dionicima skrbi (LOM, zdravstvena njega u kući, fizikalna terapija, patronažna služba, SKZZ, CZSS, hospicij, volonterska služba idr.) - telefonska konzultacija s drugim dionicima skrbi - uključivanje drugih dionika u skrb - pohađanje supervizije - pohađanje kontinuirane edukacije i profesionalnog usavršavanja (tečajevi, radionice, kongresi idr.)
MP006	Podrška u žalovanju	<ul style="list-style-type: none"> - prepoznavanje patološkog žalovanja - potpora obitelji u žalovanju - rad s grupom žalujućih

Tablica 1. Najčešći postupci mobilnih palijativnih timova; Izvor: Koordinator i mobilni timovi za palijativnu skrb DZPGŽ

Prije prvog kućnog posjeta mobilni tim komunicira s pacijentovim izabranim liječnikom obiteljske medicine. Nakon uzimanja općih podataka o bolesti, tim odlazi u kućnu posjetu te uzima opširnu anamnezu od bolesnika i obitelji te se postiže dogovor o bolesnikovim planiranim tokom liječenja. Uzimaju se vitalni parametri: mjerenje krvnoga tlaka, pulsa, saturacije i glukoze. Liječnik obavlja opsežan pregled bolesnika te u dogovoru s bolesnikom prepisuje terapiju, koja ovisi o simptomima kao što su bol, dispneja, edemi, mučnina, povraćanje, opstipacija, dehidracija. Ukoliko je potrebno prvostupnica otvara venski put i spaja infuziju putem koje se daju lijekovi za bol (tramadolum, tramadolklorid, diclofenacum, ketofrenum, paracetamol, metamizolum natricum, morinklorid,), mučninu i povraćanje (metoclopramid, granizetronklrid), plućnog edema ili lokaliziranog edema (fursemid). Ukoliko bolesnik pati od opstipacije mobilni palijativni tim radi klizmu., ako je došlo do retencije urina ili se sumnja na oliguriju bolesniku se postavlja urinarni kateter. Tim je educiran i za mijenjanje urostoma u kućnim uvjetima te njegu nefrostoma. Kod disfagije ili kvantitativnih poremećaja svijesti (somolencija, sopor, semikome i kome) liječnik i prvostupnica sestrinstva postavljaju nazogastričnu sondu. U kućnim posjetama mobilni tim obavlja i aspiraciju bolesnika osobito prije postavljanja nazogastrične sonde, postavljene traheostome ili kod nemogućnosti bolesnika da iskašlje i ispljune sadržaj koji mu se nalazi u usnoj šupljini. Ako bolesnik ima traheostomu tim vodi njegu same stome, a ovisno i o vrsti stome tim je educiran za promjenu iste. Kod bolesnika koji imaju postavljen PEG (perkutana endoskopska gastrostoma) tim vrši edukaciju obitelji i samog bolesnika o načinu hranjenja, davanja lijekova i njezi samog PEG-a. Bolesnici koji imaju ugrađen port-a-cath (centralni venski kateter) tim preko njega daje nadoknadu tekućine i primjenu lijekova te vrši herpanizaciju port-a-chata. Slijedeće posjete tim dogovara s bolesnikom ili obitelji. Uobičajena je praksa da se ostavlja broj telefona na koji bolesnik ili obitelj mogu kontaktirati mobilni tim ili koordinatora u toku radnog vremena. U kontrolnom kućnom posjetu ovaj tim općenito dolazi kod poziva bolesnika te provodi postupke prvog kućnog posjeta u opsegu i kombinaciji prema odluci mobilnog tima (7).

Očekivano trajanje i opseg prvog posjeta prosječno iznosi 90 minuta, a ostali posjeti kraći su nego kod prve kućne posjete. Što se savjetovanja, edukacije i podrške tiče, one se provode u kući pacijenta, u drugim prostorima, te telefonski. Obuhvaćaju najčešće savjetovanje pacijenta i obitelji, edukaciju pacijenta i obitelji, savjetovanje drugih zdravstvenih djelatnika i sl.

Obavezan dio postupaka mobilnog palijativnog tima su i timski sastanci, te konzultacije s kolegama i edukacija. Osim sastanaka, ovaj tim može tako održavati i timske i individualne konzultacije, uključiti druge sudionike u skrb, pohađati supervizije i sl. Mobilni palijativni tim i obitelji preminulog bolesnika pruža i podršku u žalovanju. Ona podrazumijeva prepoznavanje patološkog žalovanja, potporu, te rad s grupom ožalošćenih.

7.1. Razlika rada mobilnih palijativnih timova po županijama

Uvidom u stanje ugovorenih palijativnih timova vidimo da se po svim županijama ne pruža ista palijativna skrb svakom bolesniku kojemu je ona potrebna. Primorsko-goranska županija raspolaže sa pet timova, pa tako timovi koji rade na području Grada Rijeke s okolicom i Liburnije i tim na području Gorskog kotara nemaju isti način rada. Tim u Rijeci radi od 7.00-20.00 sati od ponedjeljka do petka i subotom od 7.00-14.30, dok tim u Delnicama radi od ponedjeljka do petka od 7.00-15.00 sati. Samim time bolesnici na području Gorskog Kotara su zakinuti za adekvantnu palijativnu skrb. Međutim dobrom suradnjom općih liječnika na tom području, bolesnici u dogovoru između obiteljske i palijativne srbi, te zdravstvene njege u kući dobivaju skrb i u popodnevnim satima. Timovi u Rijeci imaju prosječno oko 3-4 posjete dnevno po timu, dok Gorski Kotar ima oko 2-3 posjete u danu. Bolesnici u srbi mobilnih palijativnih timova ostaju od tjedan dana do par mjeseci, a neki bolesnici i do par godina. Postoji dobra komunikacija i suradnja između timova u Primorsko-goranskoj županiji gdje se međusobno dogovaraju edukacije koje su potrebne članovima, te redovita razmjena iskustva u pojedinim situacijama.

Dom zdravlja Karlovac raspolaže s 2 koordinatora i 1 mobilnim palijativnim timom, što je na geografsko područje gledano premalo, jer jedan tim ne uspijeva u danu obići sve potrebne bolesnike. Rade od 07.00-15.00 od ponedjeljka do petka. Dnevnih posjeta u danu prosječno imaju 4-5. Tim Karlovac nažalost nema dobru komunikaciju s obiteljskim liječnicima te su tako bolesnici prepušteni sebi. Edukacije rijetko organiziraju.

Osječko-baranjska županija raspolaže s 3 koordinatora i 2 mobilna palijativna tima. Dostupnost palijativne skrbi je od 07.00-21.00 sati. Dnevno po timu imaju oko 5-6 posjeta. Radom su koncipirani kako timovi u Primorsko-goranskoj županiji.

Dubrovačko-neretvanska županija trenutno raspolaže sa 2 tima i 3 koordinatora. Tu spadaju tim Dubrovnik i tim Korčula. Tim Dubrovnik radi kao Osijek i Rijeka, je Korčula specifična po tome što tamo radi samo jedan tim a u skrbi se nalaze pacijenti s područja Korčule i Lastova. Tako tim Korčula kada odlazi na Lastovo vraća se idućega dana jer nažalost radi loših veza i obujma posla ne mogu se vratiti isti dan.

Krapinsko-zagorska županija raspolaže s 1 koordinatorom i 1 mobilnim palijativnim timom,. Njihov rad također je sličan Primorsko-goranskoj, jedina razlika je u tome što oni jedini imaju u timu zaposlenog magistra teologije i psihologa, koji uvelike pomažu pacijentima, obiteljima i samom timu u prevladavanju postojećih problema.

Brodsko-posavska županija raspolaže s 1 koordinatorom i 1 timom. Specifičnost njihovog rada je u tome što oni imaju zaposlena dva liječnika na pola radnog vremena i jednu prvostupnicu. Dobrobiti toga su što je jedan liječnik specijalist anesteziologije, a drugi liječnik specijalist interne medicine, pa pacijente obavljaju po dijagnozama, npr. ako bolesnika jako boli dolazi anesteziolog, a ako pacijent ima srčanih problema obilazi ga internista. Dnevno prosječno imaju 6-8 posjeta.

Spomenut ćemo još i Koprivničko-križevačku županiju koja ima samo koordinatora koji sam obilazi pacijente po pozivu obiteljskog liječnika, tako da pacijenti s toga područja za sada imaju lošiju palijativnu skrb naspram Primorsko-goranske županije ili neki drugih. Koordinator dolazi u kuću pacijenta mjeri vitalne parametre te daje psihološku pomoć. Za sve ostale intervencije surađuje s zdravstvenom njegom u kući i patronažnom službom. Tjedno ima oko 2-3 posjete palijativnih pacijenata.

7.2. Uporaba SPICT alata

Mobilni palijativni timovi u svojem pristupu koriste i različite alate kao što je i SPICT – vodič. SPICT vodič koristi se za pravovremeno prepoznavanje pogoršanja bolesti i smrti.. Također, vrlo često je potrebno procijeniti psihološku potrebu, te potrebu za palijativnom skrbi.

Najprije tim traži dva ili više općih indikatora pogoršanja zdravlja među sljedećima (8):

- Status bolesnika je u pogoršanju, bolesniku potrebna tuđa pomoć oko obavljanja osobne higijene, te većinu vremena provodi ležeći ili sjedeći.
- Bolesnik ima više neplaniranih hospitalizacija u posljednjih šest mjeseci.
- Bolesnik izgubio na tjelesnoj masi 5-10% .
- Prisutnost simptoma uz sve napore smanjenja istih.
- Bolesnik se ne može brinuti sam o sebi, te mu je potrebna pomoć obitelji ili nema obitelji.
- Pacijentu potrebna psihološka i palijativnu skrb.

Klinički indikatori uznapredovalog stanja mogu biti (8):

- Malignom: Pacijentova funkcionalnost u pogoršanju radi progresivnih metastaza.
- Demencija/krhkost: Pacijent ovisan o tuđoj pomoći prilikom obavljanja osnovnih ljudskih potreba.
- Srčana/vaskularna bolest: III. ili IV. kategorija srčane isuficijencije: Pacijent teško pokretan radi prisutnosti otežanog disanja i nedostatka zraka u mirovanju ili minimalnom naporu.
- Respiratorna bolest: Kronična bolest pluća gdje pacijent otežano diše u mirovanju..

- Neurološka bolest: Propadanje mentalnog statusa i slabljenje pokretljivosti.
- Bubrežna bolest: 4. ili 5. stadij kronične bubrežne bolesti s potrebom invazivnih medicinskih postupaka.
- Jetrena bolest: Uznapredovala ciroza s jednom ili više komplikacija u proteklih dvanaest mjeseci poput ascitesa otpornog na diuretike, hepatičke encefalopatije, hepatorenalnog sindroma, bakterijskog peritonitisa, te rekurentnih krvarenja iz varikoziteta. Ovdje je transplantacija jetre kontraindicirana.

7.2.1. Planiranje suportivne i palijativne skrbi

Kod planiranja suportivne i palijativne skrbi mobilni su timovi dužni revidirati aktualne načine liječenja kako bi se osigurala najbolja kvaliteta palijativne skrbi. Također, ako se uvidi da se simptomi ne mogu riješiti u kućnim uvjetima, potrebno je bolesnika uputiti specijalisti.

Potrebno se i usuglasiti s bolesnikom oko njegovih sadašnjih i budućih želja liječenja, te njegov plan skrbi kojeg izrađuju članovi tima i bolesnik ili obitelj prilikom prve kućne posjete te svakom idućom posjetom evaulirati plan prema zdravstvenom stanju bolesnika. Što se tiče primopredaje pacijenta, najprije je potrebno napraviti plan skrbi, te dogovoriti razinu intervencija, ali i odluku o oživljavanju. Također, mobilni timovi trebaju i koordinirati skrb s primarnom zdravstvenom zaštitom.

7.2.2. Posudionica ortopedskih pomagala

Prema dogovoru unutar županija unutar različitih institucija i službi nalaze se posudionice ortopedskih pomagala. Takve posudionice za bolesnike su besplatne. Mogu se posuditi različita pomagala od električnih medicinskih kreveta, hodalica, invalidskih kolica, štaka, toaletnih stolica, antidekubitalni madraca. Mobilni tim i koordinator u dogovoru s bolesnikom nabavljaju određeno pomagalo koje mu je u tom trenutku potrebno za očuvanje mobilnosti i samostalnosti te odgađanju ovisnosti o tuđoj pomoći prilikom obavljanja osnovnih ljudskih potreba. Koordinator i članovi tima sudjeluju u evidenciji i izdanih i zaprimljenih pomagala te održavanju postojećih i nabavi novih. Najčešća institucija koja posuđuje pomagala je Crveni križ i Caritas.

7.3. Najčešći problemi mobilnih timova u palijativnoj skrbi

Najčešći problemi mobilnih timova su nedostatak zdravstvenih djelatnika, a osobito liječnika, te upravo radi tog mnoge županije imaju nedovoljno mobilnih palijativnih timova ili imaju samo koordinate. Ostali problemi su i nedostatak resursa za razvitak palijativne skrbi, nedostatak službenih vozila ili su vozila u lošim stanjima, a timovi prekrivaju velika geografska područja. Sam tim tako mnogo gubi na vrijeme putovanja od pacijenta do pacijenta.

Osim pomanjkanja resursa članovi mobilnog palijativnog tima svakodnevno se susreće s stresom. Pojam stresa je jako teško definirati zbog njegove složenosti. Sam stres čovjek proživljava prilikom događanja situacije koje naš organizam procijeni opasnim po nas. Samo suočavanje s stresom u svakodnevnim situacijama šteti našem organizmu

Kod pojave profesionalnog stresa, koji se zadnjih godina intenzivno istražuje, otkriveno je najčešći uzrok profesionalnog stresa samo radno okruženje. U takvom radnom okruženju zaposlenici imaju slabiju produktivnost.

Navedeno i nije jako čudno zato što ako se svakodnevno susrećemo s negativnom radnom okolinom dolazi do nezadovoljstva poslom, lošim zdravljem, različitim negativnim reakcijama i sličnim što u konačnici može dovesti i do gubitka samog posla, ali i do smanjene kvalitete usluge. Iako se bilo koji radnici mogu naći izloženi stresu, ipak se čini da je isti najizraženiji kod medicinskih sestara/tehničara i liječnika koji su, najviše zbog prirode posla, izloženi visokoj razini stresa.



Slika 4. Holistički pristup temelj je suvremene palijativne skrbi; Izvor: <https://www.verywellhealth.com/what-is-palliative-care-1132354>

Česti problem koji i dovodi do svega navedenog je i činjenica da se liječnici i medicinske sestre osobito u kućnim posjetama pacijenta susreću s distanzijom. Razvitkom medicine i terapija dolazi do borbe za pacijentov život. Vrlo često u posjetama članovi tima ne mogu izreći obitelji da neka daljnja liječenja više nisu potrebna te da mogu produžiti agoniju i odgađanje smrti, stoga tim radi obitelji/skrbnika nastavlja s najboljim načinom liječenja, koliko radi okoline toliko i radi svoje savjesti.

8. ZAKLJUČAK

Fokus ovoga rada jest uloga mobilnih palijativnih timova, konkretnije njihova važnost u palijativnom sustavu u Republici Hrvatskoj. U Republici Hrvatskoj sustav palijativne skrbi nije nov sustav nego onaj koji se uspostavlja temeljem prenamjene resursa, ali i osposobljavanjem i edukacijom profesionalaca kao i postavljanjem novih procedura i standarda rada.

Palijativna skrb u Hrvatskoj se provodi kroz djelatnost opće tj. obiteljske medicine, pedijatrijske medicine, patronažne skrbi i zdravstvene njege u kući.

Postavljena hipoteza da je poznavanje djelokruga rada i stavovi medicinskih sestra/ tehničara nedovoljno, pokazala se netočno. Iz istraživanja možemo vidjeti da je zadovoljavajuće znanje rada palijativne skrbi kod medicinskih sestara/tehničara. Dobra organizacija palijativne srbi u većini mjesta/županije je postigla zadovoljavajuću razinu, tako možemo zaključiti da većina naših zdravstvenih osiguranika može i dobiva odgovarajuću palijativnu skrb. Prema rezultatima dobivenih putem ankete palijativna skrb većinom je organizirana putem mobilnih palijativnih timova. Stavovi medicinskih sestra/tehničara su da svi terminalni pacijenti mogu dobivati palijativnu skrb, što putem te činjenice možemo zaključiti da svi naši zdravstveni osiguranici koji imaju potrebe za palijativnom skrbi dobivaju istu. Potreba za povećanjem broja kreveta u mjestu/županiji mišljenja je 90% medicinskih sestara/tehničara. Otvaranje novih ležećih mjesta, te mogućnosti da pacijenti budu smješteni u svom mjestu blizu svojih obitelji smanjilo bi umiranje kod kuće, te olakšalo zadnje dane života obitelji bolesnika koja ne bi morala gledati svoje najmilije kako odlaze, već bi bili smireniji jer bi znali da dobivaju najbolju moguću njegu i brigu.

Jedan od najčešćih oblika palijativne skrbi je kućna skrb koju realiziraju interdisciplinarni timovi u suradnji s timovima primarne zdravstvene zaštite. Među organizacijskim modelima palijativne skrbi nalazi se i mobilni palijativni tim. Takav tim, često interdisciplinaran je temelj za kvalitetnu palijativnu skrb.

U palijativnoj skrbi treba postojati dobra komunikacija između djelatnika palijativne zaštite, obiteljskih liječnika, zdravstvene njege u kući, te patronažnih sestara kako bi se bolesniku pružila učinkovita fizička, psihološka, te socijalna i duhovna potpora. Rad palijativnih timova temelji se na holističkom pristupu koji podrazumijeva također i suradnju u cilju postizanja uspješnog zajedničkog cilja. Međutim, članovi tima se zbog stresa nerijetko mogu naći u problemima koji najprije podrazumijevaju profesionalno sagorijevanje, pa su dobra edukacija i pripremljenost članova ovakvih timova od ključne važnosti.

Članovi tima moraju redovito prolaziti edukacije nekih novih medicinskih postupaka s kojima se susreću u svakodnevnom radu.

9. LITERATURA

- (1) Palijativna skrb. Dom zdravlja Zagreb-Centar. [Posjećeno 31.08.2021.] Dostupno na: <https://dzz-centar.hr/primarna-zdravstvena-zastita/palijativa/>
- (2) Uspostava sustava palijativne skrbi, promemorija, 15.10.2015.
- (3) Brkljačić Žagrović M. Palijativna medicina u Hrvatskoj - nužnost implementacije u zdravstveni sustav. *Medicina*. 2010; 46(1):37-42.
- (4) Štambuk A. Uloga, standardi i kompetencije socijalnih radnika. *Ljetopis socijalnog rada*. 2017; 24 (1):119-146.
- (5) Benko S, Jurinić A. Uloga fizioterapeuta u palijativnoj skrbi. *Zbornik Sveučilišta Libertas*. 2019; 4:31-41.
- (6) Rakošec Ž, Juranić B, Mikšić Š, Jakab J, Mikšić B. Otvorena komunikacija - temelj palijativnog pristupa. *Media, culture and public relations*. 2014; 1:98-103.
- (7) Palijativna skrb. Dom zdravlja Primorsko-goranske županije. [Posjećeno 31.08.2021.] Dostupno na: <https://domzdravlja-pgz.hr/palijativna-skrb/>
- (8) SPICT™ - Alat za indikatore suportivne i palijativne skrbi, NHS Lothian.
- (9) Tucak Junaković I, Macuka I, Skokandić L. Profesionalni stres, zadovoljstvo poslom i sagorijevanje medicinskih sestara/ tehničara zaposlenih u području palijativne skrbi. *Med Jad*. 2019; 49(3-4):157-171.
- (10) Milić Babić M, Hranj M. Pravo na palijativnu skrb za djecu u Republici Hrvatskoj. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*. 2019; 55(2):82-91.
- (11) Šutalo, A. Faze umiranja Elisabeth Kuebler-Ross kod palijativnih bolesnika. Varaždin, Sveučilište Sjever, 2019.
- (12) Adresar županijskih koordinacijskih centara i mobilnih timova za palijativnu skrb. *Public Health Hub*, 2021.
- (13) Ozimec-Vulinec Š. : Palijativna skrb, Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2014
- (14) *European Journal of Palliative Care*: Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi, 2009
- (15) prof. dr. sc. Karmen Lončarek, dr. med.: Nacionalne smjernice za rad izambolničke i bolničke hitne medicinske službe s pacijentima kojima je potrebna palijativna skrb; Zagreb 2015b [Posjećeno 13.09.2021.]

(16) <https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2018%20Programi%20i%20projekti/NP%20RAZVOJA%20PALIJATIVNE%20SKRBI%20RH%202017-2020-%20usvojen%2018.10.2017..pdf>; [Posjećeno 16.09.2021.]

(17) <http://www.zzjzpgz.hr/nzl/88/palijativa.htm> [Posjećeno 16.09.2021.]

(18) <https://hzzo.hr/zdravstvena-zastita/zdravstvena-zastita-pokrivena-obveznim-zdravstvenim-osiguranjem/ugovoreni> [Posjećeno 16.09.2021.]

(19) Renata Marđetko, Nataša Dumbović; Centar za koordinaciju palijativne skrbi/koordinator za palijativnu skrb u Županiji; Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske

10. PRIVITCI

Tablica 1. Najčešći postupci mobilnih palijativnih timova; Izvor: Koordinator i mobilni timovi za palijativnu skrb DZPGŽ 23

Slika 1. Temelji palijativnog holističkog pristupa; Izvor: <https://www.thehindu.com/news/cities/Thiruvananthapuram/kerala-releases-revised-palliative-care-policy-2019/article30278132.ece> 4

Slika 2. Ciklus palijativne skrbi; Izvor: <https://www.vitas.com/care-services/palliative-care> .. 8

Slika 3. Karakteristike palijativne skrbi; Izvor: <https://www.shutterstock.com/search/palliative+care>..... 9

Slika 4. Holistički pristup temelj je suvremene palijativne skrbi; Izvor: <https://www.verywellhealth.com/what-is-palliative-care-1132354> 27

Graf 1. Mjesto stanovanja 15

Graf 2. Profesionalni status ispitanika..... 15

Graf 3. Mjesto rada ispitanika 16

Graf 4. Godine radnog iskustva ispitanika 16

Graf 5. Susret s palijativnim pacijentima na dnevnoj bazi..... 17

Graf 6. Organizirana palijativna skrb u mjestu/županiji 17

Graf 7. Organiziranost pružanja palijativne skrbi 18

Graf 8. Edukacija zdravstvenih djelatnika o provođenju palijativne skrbi 18

Graf 9. Pružanje palijativne skrbi pacijentima u terminalnoj fazi bolesti 19

Graf 10. Emocionalni odmah palijativnih službenika 20

Graf 11. Mišljenje ispitanika o povećanju broja kreveta u sklopu Doma zdravlja 20

11. ŽIVOTOPIS

Zovem se Tajana Jakovac, rođ. Kezele. Rođena sam 23. ožujka 1985. godine u Rijeci. Svoje djetinjstvo sam provela u Delnicama u kojima sam i započela svoj obrazovni put. Pohađala sam osnovnu školu Ivana Gorana Kovačića u Delnicama od 1991. godine do 1999. godine. Nakon završetka osnovne škole upisujem Medicinsku srednju školu u Rijeci, smjer medicinska sestra/tehničar. Srednju školu završavam sa vrlo dobrim uspjehom, te nalazim posao u rodnim Delnicama. Svoj radni staž započela sam u Zdravstvenoj njezi u kući. Potom dobivam posao u Obiteljskoj ordinaciji dr. Renate Grbac u Lokvama, te odlazim na zamjene po domovima zdravlja u Gorskom Kotaru. Naposljetku nakon sanitetskog prijevoza odlazim u Mobilni palijativni tim kao medicinska sestra. 2018. godine upisala sam Fakultet zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci, smjer Preddiplomski stručni studij sestrinstva.