

Preuzimanje pacijenata u palijativnoj skrbi i prijem u specijalne bolnice

Gojak, Davorka

Master's thesis / Diplomski rad

2014

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:699747>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-05-14**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA**

Davorka Gojak

**Preuzimanje pacijenata u palijativnoj skrbi
i prijem u specijalne bolnice**

DIPLOMSKI RAD



Zagreb, 2014.

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA**

Davorka Gojak

**Preuzimanje pacijenata u palijativnoj skrbi
i prijem u specijalne bolnice**

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2014.

Ovaj diplomski rad izrađen je na Katedri za socijalnu medicinu i organizaciju zdravstvene zaštite Škole narodnog zdravlja „Andrija Štampar,, Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu pod vodstvom doc.dr. sc. Aleksandra Džakule. Rad je predan na ocjenu u akademskoj godini 2013./2014.

SADRŽAJ

SAŽETAK	
SUMMARY	
1. UVOD.....	1
2. UMIRANJE.....	2
3. ŽALOVANJE.....	4
4. POVIJEST PALIJATIVNE MEDICINE.....	6
4.1. PALIJATIVNA MEDICINA U SVIJETU	7
4.2. PALIJATIVNA MEDICINA U HRVATSKOJ.....	8
4.3. PALIJATIVNA SKRB U KARLOVAČKOJ ŽUPANIJI	11
5. PALIJATIVNA MEDICINA I PALIJATIVNA SKRB	14
5.1. MEDICINSKA ETIKA U PALIJATIVNOJ SKRBI.....	16
6. ORGANIZACIJA I PRUŽANJE PALIJATIVNE SKRBI.....	17
6.1. PREUZIMANJE PACIJENATA U PALIJATIVNOJ SKRBI.....	19
6.1.1. Bolesnici sa potrebama za provođenjem palijativne skrbi.....	19
6.1.2. Uloga medicinske sestre u skrbi za umirućeg bolesnika	21
6.2. PRIJEM U SPECIJALNE BOLNICE.....	23
7. ZAKLJUČAK	26
8. LITERATURA.....	27
9. ŽIVOTOPIS	29

SAŽETAK

Preuzimanje pacijenata u palijativnoj skrbi i prijem u specijalne bolnice

Davorka Gojak

Suvremena medicinska znanost usmjerena je liječenju i izlječenju od bolesti, dok se umiranje smatra nedostatkom, odnosno promašajem medicine. Za vrijeme liječenja većina članova zdravstvenog tima bavi se bolešću, a kada liječenje više ne daje rezultate, bolesnik i njegovi bližnji prepušteni su sami sebi. Bolesnik u terminalnom stadiju bolesti, kao i njegovi bližnji proživljavaju teške trenutke sve do smrti bolesnika, a nakon smrti obitelj u žalovanju ostaje sama, bez pomoći.

Zato se sve više ukazuje na potrebu osnivanja palijativnih ustanova, regionalnih centara za palijativnu skrb, timova za palijativnu skrb, bolničkih odjela za palijativnu skrb, hospicija. Palijativna skrb počinje kad su iscrpljene klasične metode liječenja. Kvalitetnu palijativnu skrb pruža stručni tim specijalista koji međusobno surađuju, a to su specijalist obiteljske medicine, internist, onkolog, neurolog, psihijatar, psiholog, duhovnik, sestra koji posjeduju znanja o palijativnoj skrbi, socijalni radnik, farmakolog, nutricionist, rehabilitator. Nažalost u Hrvatskoj još uvijek ne postoji specijalizacija za palijativnu skrb.

Palijativna skrb podrazumijeva brigu za bolesnika u terminalnom stadiju bolesti, važno je poboljšati kvalitetu života takvom bolesniku, pružiti pomoć i podršku njegovoj obitelji, čak i nakon smrti, do završetka procesa žalovanja.

Ključne riječi: palijativna skrb, bolesnik, smrt, žalovanje

SUMMARY

Palliative care admissions and referrals to specialised hospital

Davorka Gojak

Modern medical science is focused on the treatment and the care of disease, while the death is considered as a deficiency or a failure of medicine. During treatment majority of members of the medical staff is dealing with the disease, but when the treatment is no longer giving the results, the patient and his close family are left to themselves. When the patient reaches the terminal stage of the disease, himself, as well as his close family are experiencing difficult moments until the patient's death, and after the patient's death the family stays in mourning alone, without help.

Stated reasons indicate the need of establishing palliative care institutions, regional centers for palliative care, teams in palliative care, hospital departments for palliative care and the hospices. Palliative care begins when the conventional methods of treatment are no longer available. Efficient palliative care is provided by a professional team of specialist who are working together : the family practice specialist, internist, oncologist, neurologist, psychiatrist, psychologist, chaplain, nurse knowledgeable about palliative care, social worker, pharmacologist, nutritionist and physiotherapist. Unfortunately there is still no palliative care specialization in Croatia. Palliative care involves patients care in the terminal stage of the disease, where is quite important to improve the life quality of such patients, to provide assistance and support to their family, even after his death, until the end of the mourning proces.

Keywords: palliative care, patient, death, grief

1. UVOD

Bolnice, osobito one kliničke i klinički bolnički centri najskuplje su mjesto za pružanje palijativne skrbi. One su specijalizirane, uređene i opremljene za dijagnostiku i liječenje. Tehnologija rada u njima, kao i protok bolesnika ne dozvoljavaju adekvatno bavljenje s potrebama umirućih (palijativni nisu samo umirući već i bolesnici sa potrebom za palijativnim liječenjem kada je kurativno kontraindicirano ili neprimjereno prognozi), a boravak umirućih na takvim odjelima značajno „usporava“ i „otežava“ rad na njima. Tamo je broj liječnika i medicinskih sestara po jednoj bolesničkoj postelji previsok za potrebe palijativne skrbi pa se tako generira nepotreban trošak (Đorđević, 2012.).

Moguće rješenje je u prenamjeni hospitalnih kapaciteta, tako da se dio kapaciteta (ponegdje tek po par soba na pojedinim odjelima) prenamjeni i da se u njima provodi palijativna medicina. Trenutno Klinike nemaju palijativne krevete pa se ovakvi bolesnici zbog općeg lošeg stanja liječe u Jedinicama intenzivnog liječenja (JIL) što poskupljuje troškove. Drugo rješenje je da se cijele bolnice, u pravilu manje, opće, akutne bolnice i kapaciteti koji nemaju dovoljno akutnih slučajeva preustroje u ustrojstvene jedinice za palijativnu skrb. Svojim kapacitetima one bi mogle pokrivati i teritorij općina i gradova gdje nema takvih mogućnosti. Ovakvi, manji, lokalni kapaciteti za palijativnu skrb mogu se spojiti s obližnjim, većim ili središnjim, a za potrebe dijagnostike i liječenja mogli bi koristiti postojeće bolničke i specijalističke kapacitete. Na taj način bi se s manje liječnika, ali više sestara, volontera, u boljoj suradnji s obiteljima oboljelih moglo postići kvalitetnije zbrinjavanje. Takav sustav ne samo što ne zahtjeva dodatna ulaganja, već i smanjuje ukupnu potrošnju.

2. UMIRANJE

Umiranjem nazivamo završni stadij života neke osobe. Dolazi do postupnog ili naglog otkazivanja životnih funkcija. Različiti su pristupi umiranju, pa različiti ljudi imaju različite spoznaje o umiranju i to sa somatskog, psihološkog, spiritualnog i socijalnog stajališta. Oduvijek je poznat osjećaj straha od umiranja i smrti. Većina dosadašnjih znanstvenih analiza pokazala je da strah od smrti ima izvorište u nedostatku spoznaje o tome što je smrt i bojazni od bespomoćnosti, izolacije i osamljenosti (Blok, 2001.).

Zdrav čovjek ima osjećaj da njegov život neće nikada završiti, možemo stoga reći da umiranje zapravo počinje u trenutku spoznaje i prihvatanja istine o tome da se kraj života ubrzano približava. Ipak, većina ljudi ne prihvata neminovnost umiranja odmah nakon saznanja o tome da boluju od neizlječive bolesti, već postoje faze reakcija prema redosljedu njihova pojavljivanja.

Prva faza je faza potiskivanja. Bolesnici u toj fazi odbijaju prihvatiti činjenice vezane uz njihovu bolest, smatraju kako je došlo do neke pogreške, zamjene nalaza. Osim neprihvatanja bolesnici se osamljuju i biraju osobe s kojima mogu iskreno razgovarati o svojoj bolesti. (Kubler-Ross, 1969.).

Druga faza je faza ljutnje, gdje su bolesnici teški po ponašanju i obitelji i bolničkom osoblju. Ljutnja je usmjerena na sve, ali važno je tu njegovu ljutnju podnositi i ne reagirati na nju.

Treća faza je cjenjkanje, u kojoj se bolesnici ponašaju poput djeteta i pokušavaju odgoditi neizbježno (Aitken, 1959.).

Četvrta faza je faza depresije, gdje kod bolesnika polako nastupa osjećaj gubitka vlastitog tijela, položaja u društvu i obitelji, financijskog opterećenja.

Peta faza je prihvaćanje. Do nje dođe, ako prije ne nastupi smrt. U toj završnoj fazi bolesnik se miri sa nastalom situacijom. Nakon silne ljutnje, depresije, zavisti usmjerene zdravima, bolesnik mirno čeka kraj života. U toj fazi kod bolesnika prevladava umor, san, to stanje je stanje bez emocija. Bolesnik više koristi geste nego riječi i uz sebe želi samo najbliže.

3. ŽALOVANJE

Žalovanje je prirodan, često dugotrajan, proces koji započinje nakon gubitka nekog, uz koga smo bili emocionalno vezani, nekog tko je zauzimao važno mjesto u našem životu. Žalovanje se manifestira nizom različitih simptoma kao što su osjećaj tuge, napetosti, bespomoćnosti, krivnje. Žalovanje prati i nesanica, gubitak apetita, rastresenost, depresija, želja za umiranjem. Žalovanje je uvijek subjektivno, bez obzira na to koliko okolina, stručnjaci ili mi sami smatrali koliko bi osobi trebalo biti teško (Arambašić 2005).

Žalovanje najčešće prolazi bez posebnih intervencija stručnjaka, a ožalošćeni se većinom vraćaju u običajni životni ritam. Ponekad se ožalošćeni obrati stručnjacima za pomoć, ali pritom ne navodi gubitak bliske osobe, već neke tjelesne i psihičke probleme koje ne dovodi u vezu s doživljenim gubitkom. U donedavnoj prošlosti bilo je pitanje da li je žalovanje bolest i treba li ožalošćenima pružati pomoć. Stručnjaci koji su se bavili ovom problematikom složili su se da žalovanje predstavlja bolest, jednako kao i svaka druga i da to područje treba biti predmet interesa medicinske znanosti.

Stadiji žalovanja su razdoblje tuposti; razdoblje čežnje, protesta i traganja; razdoblje dezorganizacije aktivnosti, te oporavak. Razdoblje tuposti nastaje odmah nakon saznanja o smrti voljene osobe. Ožalošćeni se osjeća tupo, obamrlo, u stanju nevjerice, poriče da se gubitak dogodio. Takovo razdoblje traje kratko vrijeme, od nekoliko sati do tri tjedna. Drugi stadij karakterizira čežnja i protest, osoba koja tuguje čežne za izgubljenom osobom, oplakuje ju, protestira što joj je oduzeta voljena osoba.

Kod nekih ljudi se traganje za umrlom osobom odvija kroz stalno posjećivanje groba umrlog. U toj fazi najvažnija je socijalna podrška za ožalošćenog. Razdoblje dezorganizacije aktivnosti javlja se unutar prve godine nakon smrti, ne prolaze svi kroz taj stadij, neki se oporave nakon drugog stadija. To je stadij apatije, gubitka zanimanja za budućnost, osjećaj besmislenosti života (Parkes, 1964.). Zadnji stadij je stadij oporavka. Obično započinje unutar dvije godine od gubitka i označen je odlukom ožalošćene osobe da nastavi sa svojim životom, obnovi svoje socijalne kontakte i započne s novim aktivnostima. Sjećanja na preminulog nisu više tako bolna, javlja se osjećaj obaveze prema drugima (djeci, unucima, prijateljima). Neovisno o stadiju, najvažnije je ožalošćenima posvetiti posebnu pozornost, ne prepustiti ih samima sebi.

4. POVIJEST PALIJATIVNE MEDICINE

Naziv palijativan je kanadskog porijekla iz druge polovice dvadesetog stoljeća i potječe od «pallium» - plašt koji zaštićuje od zime i sunca. Odnosi se na bolest u periodu od fatalne dijagnoze do kraja, dakle često na duži period života.

Hospicij na latinskom jeziku označava dobrodošlicu, gostoljublje pruženo strancu, noćište, konak. Od vremena srednjeg vijeka ovaj naziv označavao je mjesto gdje su se mogli skloniti, bolesni, nemoćni i siromašni. Ovakve ustanove nastaju pod okriljem kršćanstva. Kršćanstvo donosi jedan sasvim novi stav prema nemoćnima, starijima i gladnima.

Začetnik hospicijskog pokreta (kasnije je hospicij preimenovan u palijativnu medicinu) u Europi je gospođa Dame Cicely Mary Saunders. Rođena u Hertfordshiru u Engleskoj 1918.g. Još kao medicinska sestra je primjetila potrebu za posebnom njegom bolesnika u terminalnoj fazi bolesti.

Dodatnom edukacijom postaje liječnica te se aktivno uključuje u promicanje potrebe za palijativnom skrbi teško oboljelih pacijenata. Na tom polju je održavala niz predavanja, napisala puno članaka i knjiga o palijativnoj medicini. Radila je u St Joseph,s hospiciju, gdje je proučavala kontrolu boli kod uznapredovalog raka, svojim ustrajnim radom i maksimalnim angažmanom, dala je snažan poticaj za osnivanje hospicijskog centra Sv.Christopher u Londonu 1967.g. koji je postao jedan od najvećih edukacijskih centara za palijativnu skrb. Dame Cicely Mary Saunders se s pravom naziva pioninom palijativne skrbi u Europi.

4.1. PALIJATIVNA MEDICINA U SVIJETU

U Svijetu postoje razni modeli organizacije palijativne medicine. Danas u 120 država svijeta postoje manje ili više razvijeni sustavi palijativne, hospicijske ili suportivne skrbi. Ujedinjeno Kraljevstvo danas ima 156 hospicija, 64 palijativna odjela, 362 bolnička suportivna tima, 376 timova kućne skrbi. Organizira se specijalizacija iz palijativne skrbi za liječnike u trajanju od 3 do 4 godine. Ima više od 7 katedri palijativne skrbi sa odgovarajućim profesurama. Tranzicijska zemlja Poljska ima preko 300 hospicijskih jedinica različitog tipa kojima opskrbljuju preko 100.000 umirućih godišnje. Financirani su od države i putem donacija. Imaju katedre/professore, te specijalizacije iz palijativne medicine: od 3 godine za liječnike i od 2 godine za medicinske sestre (Đorđević, 2013.).

Snažan je razvitak palijativne skrbi u SAD, Kanadi i Australiji. U SAD-u se posebno razvija dodiplomska nastava na medicinskim fakultetima i u nizu država dokaz o položenom ispitu iz algologije i palijativne skrbi postao je uvjet za dobivanje licence za opću praksu. U New Yorku je sjedište Svjetskog udruženja za hospicij i palijativnu skrb.

I u susjedstvu Hrvatske razvija se hospicijski pokret. Mađarska ima 10 palijativnih odjela, 1 hospicij, 4 bolnička suportivna tima i 28 timova kućne skrbi.

U BiH, u Tuzli, Univerzitetski klinički centar obuhvaća i palijativni odjel i dnevni hospicijski boravak, a gradi se i dječji palijativni odjel. Osoblje se sustavno educira putem «long-distance» tečajeva u Cardiffu i Hospiciju St. Gemma, oboje u Engleskoj. Na palijativne odjele se u Tuzli prima putem uputnice za bolničko liječenje koju izdaje primarna zdravstvena zaštita.

4.2. PALIJATIVNA MEDICINA U HRVATSKOJ

Pojam palijativne skrbi ušao je u Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske još 2003. godine. Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti iz 2003. godine (NN 121/03) u članku 8. palijativna skrb navodi se kao jedna od mjera zdravstvene zaštite.

Organizirani hospicijski pokret u Hrvatskoj definitivno je započeo sa Prvim simpozijem o hospiciju i palijativnoj skrbi, vođenim od Anice Jušić (profesorica neurologije u mirovini). Slogan je bio «Smrt je dio života». Održan je 6. i 7. svibnja 1994. u Zagrebu, u dvorani Hrvatskog liječničkog zbora, otvoren od delegata Cicely Saunders – Nigela Sykesa. Povijest pojedinačnih inicijativa u palijativnoj skrbi, glavne psihosocijalne teme i razna poglavlja palijativnog liječenja, naročito liječenja maligne boli, bili su predstavljeni uz koorganizacijsko vodstvo Akademije medicinskih znanosti Hrvatske, Hrvatske lige protiv raka i nekih drugih organizacija. Obradeni materijali sa simpozija izdani su kasnije u knjizi, zajedno sa prijevodom članka Mary Baines . To je bila prva knjiga na temu hospicija u Hrvatskoj. Godine 1999. počele su praktične aktivnosti. Anica Jušić osnovala je Hrvatsku udrugu prijatelja hospicija kao logističku potporu zborskom društvu. Udruga je neovisna pravna jedinica, pravna osoba s vlastitim računom i mogućnošću da bude vlasnik ili osnivač. Počeli su tečajevi za hospicijske dobrovoljce.

Udruga je djelovala kao tim sastavljen od 3 do 4 liječnika, 2 do 3 medicinske sestre, 1 socijalnog radnika, 1 fizikalnog terapeuta, 2 psihologa i oko 25 dobrovoljaca koji nisu iz zdravstvenih zanimanja. Služba žalovanja i ambulanta za bol i palijativnu skrb počele su se oblikovati – i sve to na dobrovoljačkom principu.

U godinama koje slijede održavani su mnogi simpoziji, kongresi sa domaćim i stranim predavačima. Tijekom pet godina redovito je izlazio “Bilten”, službeno glasilo Društva, a

izdan je i jedan suplement. Umjesto "Biltena" otvorena je internetska stranica www.hospicij-hrvatska.hr. Sporadički se uz to izdaju knjižice o aktualnim temama i brojni članci u stručnim časopisima i dnevnom tisku.

Prva realistična inicijativa osnivanja i izgradnje hospicija pojavila se još 1997. Inicijator je bio prof. Valentin Pozaić, DI, i njegov student – redovnik njemačkog reda Allexianerbrüder, koji se bave ljudima na margini. Oni su htjeli uložiti u hospicij u Hrvatskoj. Glavna su zapreka bili zakoni koji nisu pogodovali stranim ulaganjima.

U zadnje dvije godine ministarstvo zdravlja pokrenulo je program palijativne skrbi, tako je u rujnu 2012. godine otvoren Odjel za palijativnu skrb u Specijalnoj bolnici za kronične bolesti Novi Marof, u OB "Hrvatski ponos" u Kninu Odjel za palijativnu skrb dobio je odobrenje za obavljanje ove djelatnosti isto kao i Specijalna bolnica za produženo liječenje Duga Resa. Registraciju za djelatnost palijativne skrbi ima i Psihijatrijska bolnica "Sveti Rafael", Strmac Šumetlica, pored Nove Gradiške.

21. rujna 2010. godine osnovan CEPAMET (centar za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine), novouređeni prostor na Šalati, gdje se provode brojne edukativne aktivnosti. 28. siječanj 2013. otvoren prvi hospicij u Rijeci "Marija Krucifiksa Kozulić".

Nastavlja se sa smanjenjem akutnih kreveta u općim bolnicama, koji se zamjenjuju krevetima za potrebe palijativne skrbi. U Republici Hrvatskoj usvojen je Strateški plan razvoja palijativne skrbi za razdoblje 2014 – 2016. Izrađen je prema Bijeloj knjizi o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi – Preporuke Europskog udruženja za palijativnu skrb, te preporuke Rec (2003) 24 Povjerenstva ministara Vijeća Europe državama članicama o organiziranju palijativne skrbi.

Strateški razvoj sustava palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj ostvarit će se kroz tri ključna koraka. Prvo, uklanjanjem barijera za pružanje postojećih/mogućih oblika palijativne skrbi. Drugo, osnaživanjem svih dionika radi pružanja bolje palijativne skrbi u postojećim uvjetima. Treće, poboljšanjem postojećih uvjeta kroz izgradnju novih organizacijskih struktura i sadržaja, te sustavnim osnaživanjem dionika za pružanje optimalne palijativne skrbi u budućnosti. Strateškim planom predviđa se razvoj sljedećih novih struktura i sadržaja u sustavu palijativne skrbi, a to su: županijski koordinacijski sustav za palijativnu skrb, stacionarna palijativna skrb, bolnički tim za potporu palijativnoj skrbi, bolnički tim za palijativnu skrb, ambulanta za palijativnu skrb na razini sekundarne zdravstvene zaštite, a iznimno i primarne, kućne posjete za specijalističku palijativnu skrb izvan domene rada liječnika obiteljske medicine (posjete psihologa, psihijatra, kirurga, anesteziologa, neurologa) koje obavljaju stručnjaci iz sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite, posudionice pomagala, obiteljsko savjetovalište za palijativnu skrb, psihološka pomoć kod žalovanja, centar izvrsnosti za pojedine razine i oblike palijativne skrbi. Pojedine strukture i sadržaji (županijski koordinacijski centri, posudionice, savjetovališta) mogu se razvijati samostalno ili u sklopu postojećih organizacijskih struktura (dom zdravlja, ustanova za zdravstvenu njegu u kući, bolnica , nevladina udruga) ovisno o lokalnim okolnostima i već postojećim lokalnim modelima palijativne skrbi.

4.3. PALIJATIVNA SKRB U KARLOVAČKOJ ŽUPANIJI

Sve veći broj stanovnika prelazi sedamdesetu godinu života, stoga raste broj kardiovaskularnih, cerebrovaskularnih, te malignih bolesti. Prema zadnjim podacima Državnog zavoda za statistiku 17,7 % stanovnika Hrvatske je starije od 65 godina, a u Karlovačkoj županiji taj udio iznosi 20,63%.

Na području Karlovačke županije 2013. godine upisana je 2164 činjenica smrti.

U 2012. taj je broj iznosio 2269 smrti. U Gradu Karlovcu je broj upisa činjenica smrti smanjen s 1021 na 948, kao i u Ogulinu, gdje je 2012. umrlo 432, a 2013. godine 349 osoba. U ostalim gradovima broj smrti je podjednak u odnosu na 2012. godinu. Izuzetak je Duga Resa, gdje se nalazi Specijalna bolnica za produženo liječenje, gdje se liječe, ali i umiru, građani sa područja Karlovačke županije, ali i iz Zagreba i drugih dijelova Hrvatske. Iz tih podataka se vidi potreba uvođenja palijativne skrbi koja se može organizirati kao interdisciplinarni timovi pri ambulantama primarne zdravstvene zaštite, kao uvođenje dodatnih kreveta u bolnice, ili izgradnjom hospicija što bi odteretilo bolničke kapacitete i smanjilo troškove.

Trenutno dostupni resursi za organizaciju palijativne skrbi u Karlovačkoj županiji su:

Tim primarne zdravstvene zaštite (liječnik i medicinska sestra) – LOM

Patronažna služba

Ustanova za zdravstvenu njegu u kući (medicinske sestre, fizioterapeuti)

Sekundarna zdravstvena zaštita – palijativni kreveti u Specijalnoj bolnici za produženo liječenje Duga Resa i Općoj bolnici Ogulin, ambulanta za bol u Općoj bolnici Karlovac

Centri za socijalnu skrb -socijalni radnik

Udomiteljske obitelji, domovi za starije i nemoćne, organizacija Crvenog križa, vjerske udruge

Potencijalni resursi u skorijoj budućnosti:

Regionalni centar za palijativnu skrb u OB Karlovac

Palijativni kreveti u OB Karlovac

Ambulanta za palijativnu medicinu

Dnevna bolnica za palijativnu medicinu (nema čekanja po bolničkim hodnicima)

Facilitirana obrada („fast lane“) na OHBP.

Centri za edukaciju

Posudionica medicinskih pomagala

Volonteri

Psihološka i duhovna pomoć (bioetičari, psiholozi, svećenici)

	Broj timova OM	Broj patronažnih sestara	Zdravstvena njega u kući	Fizikalna terapija u kući, br. fizioterap.
Karlovac	37	14	19	6
Duga Resa	12	5	7	2
Ogulin	15	5	6	2
Ozalj	6	2	3	1
Vojnić	3	1	2	1
Slunj	5	2	4	1
Ukupno	78	29	41	13

Tablica 1. Dostupni resursi timova primarne zdravstvene zaštite u Karlovačkoj županiji

5. PALIJATIVNA MEDICINA I PALIJATIVNA SKRB

Palijativna medicina je sveobuhvatna skrb bolesnika s uznapređovalom bolesti i njihovih obitelji, s ciljem poboljšanja kvalitete života i promicanja prilagodbe na bolest, a sukladno pacijentovim potrebama, zahtjevima i željama, s tim da ju prakticira kompetentan multidisciplinarni tim (Walsh, 2009).

Palijativna medicina je aktivna totalna skrb o bolesniku čija bolest ne odgovara na kurativno liječenje.

Palijativna skrb je naziv koji se upotrebljava kada se govori o skrbi koju pruža grupa liječnika, medicinskih sestara, fizikalnih terapeuta, socijalnih radnika, svećenika i dobrovoljaca. Palijativna skrb naglašava život i gleda na umiranje kao na normalni proces, oslobađa od mučnih simptoma, daje psihološku, duhovnu i socijalnu pomoć bolesniku i njegovoj obitelji, a pomaže i obitelji u vrijeme žalovanja.

Palijativna skrb obuhvaća diferencijalnu dijagnostiku i liječenje simptoma, psihosocijalnu podršku bolesniku i obitelji, gdje su osnovni problemi u komunikaciji između bolesnika, njegovatelja, članova obitelji i komunikacija unutar tima, te rješavanje etičkih dilema vezanih uz završetak života.

Razlike između kurativne i palijativne medicine

KURATIVNA MEDICINA	PALIJATIVNA MEDICINA
Primarni cilj je izlječenje	Primarni cilj je olakšanje patnje
Objekt analize je bolest	Objekt analize je bolesnik i obitelj
Simptomima se pristupa u prvom redu kao ključu dijagnoze	Neugodni simptomi su predmet liječenja
Najveća važnost pridaje se mjerljivim Podacima tj. laboratorijskim testovima	Vrednuju se mjerljivi i subjektivni podaci
Sklona je umanjiti vrijednost podataka koji su subjektivni, nemjerljivi i koji se ne mogu provjeriti	Uvažava se bolesnikovo iskustvo
Liječenje je medicinski opravdano ako iskorjenjuje ili usporava napredovanje bolesti	Liječenje je medicinski indicirano, ako kontrolira simptome ili olakšava patnju
Tijelu i umu bolesnika se pristupa odvojeno	Bolesnik je osoba sa svim svojim fizičkim, emocionalnim, društvenim i duhovnim obilježjima
Bolesnik se promatra kao zbroj dijelova i nema potrebe upoznavati ga u cijelosti	Liječenje se provodi u skladu s vrijednostima i interesima bolesnika i obitelji
Smrt predstavlja krajnji neuspjeh liječenja	Olakšavanje patnje bolesniku do trenutka smrti predstavlja uspjeh

Tablica 2. Razlike između kurativne i palijativne medicine; izvor:

(www.rjeka.hr/fgs.axd?id=23996)

5.1. MEDICINSKA ETIKA U PALIJATIVNOJ SKRBI

Oduvijek se smatra da je medicinska profesija vještina koja mora počivati na dvama temeljima: jedan je visoka stručnost i vladanje medicinskom znanosti, a drugi se ogleda u načelu humanosti i visoke etičnosti koja krase zdravstvenu struku (Brkljačić-Žagrović, 2011.). Medicinska znanost udružena s napretkom tehnologije umnogome je pridonijela produljenju ljudskog života, no istodobno s time razvila je neku novu problematiku vezanu uz smrt i umiranje. Pomoć liječnika i ostalog zdravstvenog osoblja tražio je čovjek još od samih početaka medicine, jer strah od smrti postoji od davnina. Hipokrat je prvi u svojoj prisezi izrekao kako nikome neće makar ga za to i zamolio, dati smrtonosni otrov, niti će mu za njega dati savjet. U to vrijeme izraz eutanazija nije postojao. Pojam eutanazija dolazi od grčke riječi eu + thanatos, što znači dobra smrt, pa bi mogli reći kako je eutanazija bezbolno i samilosno usmrćivanje. Eutanazija može biti pasivna (kad se medicinsko osoblje suzdrži od mjera održavanja pacijenta na životu) i aktivna (što predstavlja neposredno okončavanje života smrtonosnom dozom lijeka). Iako je eutanazija priznanje poraza, ne možemo ne spomenuti pitanje slobode odlučivanja svakog pojedinca. Možda će u budućnosti odluka o eutanaziji biti stvar slobode odlučivanja svakog pojedinca.

Do sada iskustva govore da molbe umirućih bolesnika nisu želja za ubojstvom, već prosvjed protiv nedovoljne pažnje. Umirućim pacijentima treba pomoći da što kvalitetnije provedu posljednje dane života i dostojanstveno dočekaju smrt. Sve veće razumijevanje psihosocijalnih i duhovnih potreba umirućih bolesnika u kombinaciji s napretkom medicinskih i farmaceutskih dostignuća utrli su put razvoju palijativne skrbi.

6. ORGANIZACIJA I PRUŽANJE PALIJATIVNE SKRBI

Za kvalitetno provođenje palijativne skrbi potrebna je suradnja timova za palijativnu skrb, patronažne službe, mobilnih timova, liječnika obiteljske medicine, regionalnih centara za palijativnu skrb, stacionarnih i hospicijskih ustanova.

Kućna palijativna skrb organizirana je tako da bolesnik ostaje u svom domu i poznatom okruženju do svoje smrti. Skrb bolesniku pruža obitelj i njegovi najbliži u suradnji sa liječnikom obiteljske medicine, koji ima ulogu koordinatora za skrb bolesnika u terminalnoj fazi bolesti. Liječnik obiteljske medicine zadužen je za medicinsku skrb, primitak bolesnika u proces palijativne skrbi, nadziranje provođenja palijativne skrbi, a sve u cilju da se bolesniku olakša bol, patnja, te da mu se omogući dostojanstvena smrt.

Osim liječnika u interdisciplinarnom timu za provođenje palijativne skrbi treba sudjelovati medicinska sestra, psiholog, socijalni radnik, fizioterapeut, farmaceut, duhovnik. Njihova suradnja mora biti zasnovana na međusobnom povjerenju i ravnopravnoj ulozi.

Medicinska sestra u kući bolesnika provodi zdravstvenu njegu, koordinira i rukovodi cijelim procesom skrbi.

Dnevna palijativna skrb je pružanje skrbi terminalnom bolesniku na nekoliko sati zbog primanja terapije ili skrbi za vrijeme odsustva članova obitelji koji o njemu brinu.

Ambulanta za bol je važna u procesu skrbi za palijativnog bolesnika . Početkom 90-ih godina maligna se bol liječila primjenom otopine bupivakaina i morfina u periduralni prostor (periduralni kateter). Dolaskom morfolinskih pripravaka na Listu lijekova HZZO-a liječnicima je olakšano liječenje, a bolesnicima su smanjene patnje.

Ambulante za palijativnu skrb skrbe o bolesniku u suradnji sa dnevnim boravkom i stručnjacima u specijalističkim bolnicama.

Mobilni timovi odlaze po pozivu u kućne posjete palijativnim bolesnicima.

Palijativni odjeli otvaraju se u općim ili specijalnim bolnicama, odvojeno od akutnih kreveta, za potrebe bolesnika za dugotrajnijom zdravstvenom skrbi.

Hospiciji su ustanove koje imaju za cilj pružanje njege bolesniku u terminalnom stadiju njegove bolesti i njegovoj obitelji.

6. 1. PREUZIMANJE PACIJENATA U PALIJATIVNOJ SKRBI

6.1.1. Bolesnici sa potrebama za provođenjem palijativne skrbi

Palijativna skrb se ne odnosi samo na zadnje dane života, već obuhvaća razdoblje od dijagnoze neizlječive bolesti do žalovanja nakon smrti bolesnika. Ne odnosi se samo na onkološke bolesnike, iako pedeset posto palijativnih bolesnika jesu onkološki bolesnici, već i na sve druge bolesnike koji trpe zbog neizlječivih bolesti (npr. demencija, moždani udar s posljedicama i brojne druge neurološke bolesti, krajnji stadiji bolesti jetre ili srca i dr.). Ne odnosi se samo na stare, jer od ovih bolesti oboljevaju i najmlađa djeca i osobe svih životnih dobi. Broj bolesnika kojima je potrebna palijativna skrb je još uvijek nepoznat, jer još uvijek ne postoje registri.

Kardiovaskularne i maligne neoplastične bolesti najčešći su uzrok smrti u modernim društvima. Kod kardioloških bolesnika tijekom bolesti može biti u značajnoj mjeri pod kontrolom, ali isto tako i vrlo nepredvidiv s trenutnim prekidom vitalnih funkcija. Kod onkoloških bolesnika s malignim, neizlječivim tipom tumora glavna značajka je dugotrajni, iscrpljujući tijek bolesti s postupnim gašenjima životnih funkcija (Šamija, 2010). Kod bolesnika s malignim neoplazijama prognoza je uglavnom loša i najčešće bolesnici u terminalnom stadiju bolesti nađu se u stanju nemoći, patnje i ovisnosti o okolini. Najčešće tegobe kod bolesnika s malignom bolešću, u terminalnom stadiju bolesti su bol, opća slabost, gubitak tjelesne težine do stadija anoreksije, smetenost, dispnoja, disfagija i mučnina. Kako se bliži trenutak smrti postupno se javlja umor, kašalj, uznemirenost i uplašenost i poglavito bol kao dominantan simptom.

Emocionalna stanja u palijativnoj medicini najčešće su anksioznost, depresija i poremećaj prilagodbe. Demoralizacija je kronično stanje (Breitbart i sur. 1995.). Treba ju shvatiti kao kroničnu emocionalnu reakciju kod teško bolesnih ljudi, karakteriziranu velikom anksioznošću, koju prolazi velik broj ljudi s malo ili bez ikakve pomoći.

Osnovna vještina u palijativnoj skrbi treba biti kontrola simptoma, a to se posebno odnosi na bol. Ali uz bol isto tako treba registrirati pojavu drugih smetnji fizičke i psihičke naravi. Učinkovito suzbijanje boli, osobito u bolesnika s uznapredovalom malignom bolesti predstavlja važan program kojeg zastupa Svjetska zdravstvena organizacija. Danas na raspolaganju stoje brojna djelotvorna sredstva za ublažavanje ili uklanjanje boli kojima se svaki terminalni bolesnik učinkovito može osloboditi patnje, kako bi mu se osigurao što kvalitetniji život do trenutka smrti, te dostojanstvena smrt (Waller, 1996.).

Palijativna skrb osim medicinske pomoći pruža psihološke i duhovne oblike pomoći bolesniku. Nije usmjerena samo na bolesnika nego i na njegove bližnje s ciljem potpore za vrijeme bolesnikova života i nakon toga u žalovanju (Jušić, 1995.).

6. 1. 2. Uloga medicinske sestre u skrbi za umirućeg bolesnika

„Uloga medicinske sestre je pružanje pomoći pojedincu, bolesnom ili zdravom u obavljanju aktivnosti koje doprinose zdravlju, oporavku ili mirnoj smrti, a koje bi obavljao samostalno kada bi imao potrebnu snagu, volju ili znanje.” (Henderson, 1966.)

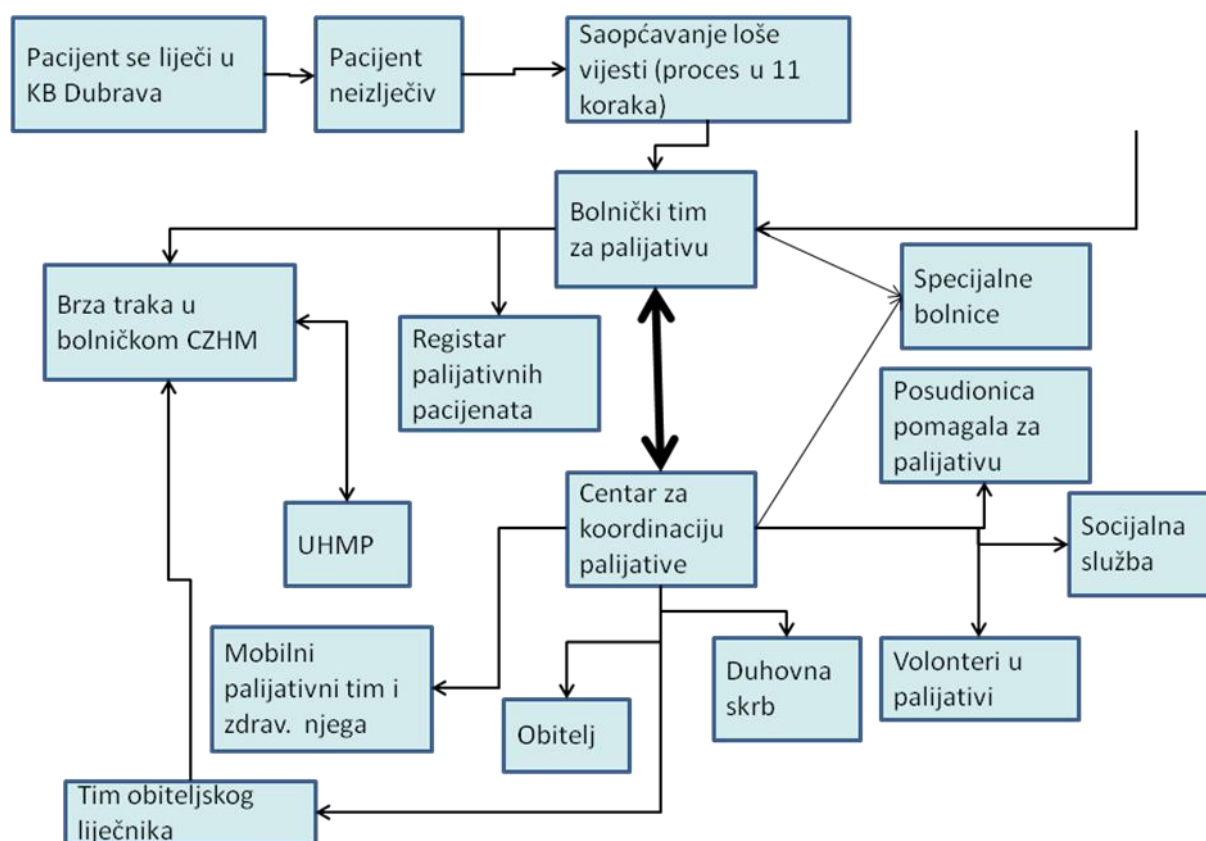
Jedinice palijativne skrbi zahtijevaju predan temeljni tim medicinskih sestara i liječnika. Omjer sestrinskog osoblja u jedinici palijativne skrbi na broj kreveta trebao bi biti najmanje jedna medicinska sestra na jedan krevet, a po mogućnosti 1,2 sestre na jedan krevet. Jedinice palijativne skrbi zahtijevaju liječnike s posebnom edukacijom, uz omjer od najmanje 0,15 liječnika na jedan krevet. U zdravstvenim strukturama gdje se skrbi za djecu trebala bi biti barem jedna medicinska sestra s posebnim pedijatrijskim kvalifikacijama u svakoj smjeni (Bijela knjiga, 2010.). Medicinska sestra u palijativnoj skrbi višestruki je aktivni sudionik koji neposredno provodi zdravstvenu njegu, koordinira i rukovodi s cjelokupnim procesom skrbi (Ozimec, 2005.). Odgovorna je za planiranje, provođenje i evaluaciju zdravstvene njege uz kontinuiranu procjenu, evaluaciju, edukaciju bolesnika i obitelji, te suradnju s ostalim članovima interdisciplinarnog tima (Fučkar, 1995.).

S obzirom na činjenicu da je fiziologija umiranja bitno drugačija od fiziologije života, u planiranju i provođenju zdravstvene njege nužna je nešto drugačija orijentacija prema umirućem bolesniku. Mjere koje su inače usmjerene na prevenciju ili uklanjanje posljedica smanjene pokretljivosti ili na poremećaje eliminacije i smanjene mogućnosti brige za sebe, kod ovih bolesnika bile bi krajnje neprimjerene. Prisiljavanje umirućeg da se kreće ili da uzima hranu može biti nehumano. Sestra je često najveća bolesnikova podrška, ona je tu kad

mu je pomoć najpotrebnija, ona je upoznata sa njegovim najintimnijim stvarima, ona dolazi na poziv i pruža potrebnu pomoć i njegu (Prlić, 2008).

Prostorni i tehnički uvjeti u našim bolnicama često dovode medicinsku sestru do toga da ne može osigurati umirućem bolesniku potpuni mir i privatnost koja mu je potrebna. Umiranje se često odvija u sobama u kojima boravi više bolesnika, tako da bolesniku nije omogućena dostojanstvena smrt, a za ostale bolesnike je to stresan događaj.

Shematski prikaz procesa zbrinjavanja pacijenta sa potrebama za palijativnom skrbi.



Slika 1. Model integrirane skrbi za palijativnog pacijenta; izvor: http://palijativna-skrb.hr/files/Uvod_u_smjernicu_za_saopcavanje_lose_vijesti.pptx

6.2. PRIJEM U SPECIJALNE BOLNICE

Rastući broj dokaza iz populacijskih istraživanja pokazuje da većina pacijenata želi da ih se zbrinjava u vlastitim domovima, i to, ako je moguće, do trenutka smrti. Za razliku od toga, mjesto smrti za većinu pacijenata je bolnica (Đorđević, 2012.).

Specijalna bolnica za produženo liječenje Duga Resa u rujnu 2012. godine dobiva odobrenje za otvaranje palijativnog odjela sa petnaest kreveta. Obnavlja se odjel u starijem dijelu bolnice. Sistem prijema bolesnika sa potrebama za palijativnu skrb je sljedeći: bolnica ima prijemni ured u kojem radi medicinska sestra, ona telefonskim putem prima narudžbe bolesnika iz kliničkih bolnica, općih bolnica, udomiteljskih obitelji ili od kuće bolesnika. Bolnički protokol nalaže da se ne preuzima pacijent, a da se predhodno ne dostave podaci o bolesniku (anamneza, dijagnoze bolesti, podaci o osobama koje skrbe za bolesnika). Podaci o bolesniku iznose se na jutarnjem sastanku liječnika koji odlučuju da li postoje mogućnosti skrbiti se o takvom bolesniku. Prioritet kod preuzimanja palijativnih bolesnika imaju premještaji iz općih ili kliničkih bolnica.

Često se događa da se u otpusnim pismima ne iznese točno stanje bolesnika, koje bude lošije od navedenog. Nerijetko bolesnici umiru u roku od 2-24 sata od prijema, što zbog lošeg stanja ili transporta. U većini slučajeva dolaze sanitetskim kolima, bez pratnje obitelji, a ima slučajeva da budu prebačeni iz općih ili kliničkih bolnica, a da njihovi najbliži nisu o tome obaviješteni. Nedostaci odjela za palijativnu skrb su još uvijek nedovoljno educirano medicinsko osoblje, veliku važnost trebalo bi posvetiti komunikaciji s bolesnicima oboljelim od maligne bolesti, bolesnici s malignom bolešću nužno trebaju podršku (Kissane i sur. 2010.). Zdravstvenim radnicima koji skrbe o kroničnim, umirućim pacijentima, izrazito je

teško raditi, jer se svakodnevno susreću sa smrću, strahom i osjećajem vlastite bespomoćnosti, izbjegavaju emocionalno vezivanje za bolesnika, jer im se teško nositi s gubitkom kad bolesnik umre. Veliki broj istraživanja pokazuje da zdravstveno osoblje izbjegava razgovarati s teško bolesnim osobama, osobito s umirućim, jer ne smatraju to svojom medicinskom obavezom, pa su upravo oni bolesnici kojima je prisan odnos najpotrebniji najviše izolirani i često se osjećaju izoliranima i odbačenima (Havelka, 2002.). Više bi trebalo poraditi na edukaciji osoblja, kako osobi koja boluje od neizlječive bolesti priopćiti lošu vijest, kao i njihovim obiteljima. Nerijetko se događa da bolesnik nije upoznat sa svojom bolešću, ne sudjeluje niti odlučuje o svome liječenju, primjerice da li želi provođenje kemoterapije ili ne. Veću važnost trebalo bi dati i komunikaciji s obiteljima koji su suočeni sa skorim gubitkom svojih najbližih bilo djeteta, roditelja, supružnika. Isto tako treba postojati educirano osoblje za komunikaciju s obiteljima u periodu žalovanja. Još uvijek postoji stigmatizacija odjela ili ustanova za palijativnu skrb, nazivaju ih umiralištima, pa često bolesnici budu uplašeni kod dolaska. Ponekad se dogodi da se preuzme bolesnik bez bliže obitelji, pa je problem otpusta kući, u tom slučaju se u suradnji sa socijalnom službom pronalazi smještaj u udomiteljskim obiteljima. Prilikom otpusta bolesnika odvija se suradnja sa obitelji, liječnik na otpusnom pismu navede sve što je potrebno za daljnju skrb o bolesniku, kao što su pelene za jednokratnu upotrebu, hodalica, obloge za previjanje i slično. Medicinske sestre napišu sestrinsko otpusno pismo u kojem navedu sve postupke koji su se provodili kod bolesnika, te preporuke za skrb i pomoć bolesniku kod kuće. Često se ponavlja prijem istih bolesnika, jer još uvijek ne funkcioniraju službe koje bi trebale biti potpora obiteljima. U kuću bolesnika dolazi patronažna sestra, medicinska sestra iz „Ustanove za zdravstvenu njegu u kući“, vrlo rijetko (ili nikad) liječnik obiteljske medicine i svećenik po pozivu obitelji. Obitelji još uvijek najčešće sami prolaze proces žalovanja nakon smrti bliske osobe.

Poziv za prijem	Komplikacije	Riješenje	Želje i potrebe
-prijem ugovara med. sestra -dokumentacija se šalje telefaksom -podaci nepotpuni -trebala bi doći obitelj sa valjanom dokumentacijom (fascikla s dokumentacijom, od postavljanja dijagnoze do sada)	-bolesnik dolazi sanitetom, često bez pratnje -obitelj ponekad nezadovoljna smještajem, (nedostatak „manjih“ soba) -uslijed nedovoljne informiranosti nerealni zahtjevi i očekivanja -događa se da se obitelji kaže kako bolesnik ide na oporavak, pa ne vjeruju liječnicima da je njihov član umirući -manjak osoblja, manjak vremena za komunikaciju	-obitelj i pacijenta upoznati sa stanjem -smjestiti bolesnika u jednokrevetnu ili dvokrevetnu sobu -pozvati obitelj da pogleda smještaj prije preuzimanja bolesnika -obitelj upoznati sa mogućnostima skrbi za bolesnika pitati obitelj koja su njihova očekivanja -ne izbjegavati komunikaciju -savladati vještinu priopćavanja loše vijesti	-omogućiti bolesniku da iskaže svoje želje i potrebe vezane uz religiju -dostupnost svećenika svih vjeroispovjesti (većinom dostupni samo katolički) -osigurati posjete bez vremenskog ograničenja -pokazati empatiju -pobrinuti se za odgovarajuću prehranu bolesnika -osigurati pomagala: sani kolica, hodalica, antidekubitalni madrac, trapez, pelene

Tablica 3. Potrebe i nedostaci kod preuzimanja pacijenata u palijativnoj skrbi

7. ZAKLJUČAK

Osnovni cilj palijativne skrbi jest ublažavanje i rješavanje simptoma kako bi se osigurala kvaliteta života bolesnika, poticalo samozbrinjavanje i očuvalo dostojanstvo sve do smrti. Isto je važno objedinjenje fizičkih, socijalnih, psiholoških i duhovnih oblika pomoći u očuvanju dostojanstva bolesnika. Važan je i suport obitelji i za vrijeme bolesti i nakon smrti u žalovanju. Sve to, ne može se postići bez multidisciplinarnog pristupa, bez skupine stručnjaka različitih profila, ali i volontera koji ne moraju biti stručni, već humani i empatični. Iako se već dvadesetak godina radi na promicanju palijativne skrbi u Hrvatskoj i mnogo je toga napravljeno, još uvijek postoji dosta stvari koje treba doraditi ili promijeniti. Trebalo bi poboljšati suradnju primarne i sekundarne zdravstvene zaštite, liječnici obiteljske medicine trebali bi preuzeti više odgovornosti za svoje palijativne pacijente, posjećivati ih u njihovim domovima, pratiti da li su mu dovoljni analgetici koje uzima. Također treba definirati tko službeno proglašava pacijenta palijativnim i kad pacijent ima tu dijagnozu, ponašati se u skladu s time, primjer, ukoliko palijativni pacijent dođe u hitni prijem da ne čeka satima, već da ga se čim prije preuzme. Liječnici nemaju dovoljno vremena za razgovor s pacijentom i obiteljima, pa obitelji nisu pripremljene na to da je njihov bližnji umirući. Kod priopćavanja loših vijesti bolesniku, većina liječnika nije dovoljno taktična, nekad se to priopći u viziti, u sobi punoj bolesnika. U Hrvatskoj postoje zdravstveni i nezdravstveni resursi koji mogu dobro funkcionirati u provođenju palijativne skrbi, važno je dobro se organizirati, definirati timove i njihove zadaće, važno je povezati sve razine zdravstvene zaštite u jedan funkcionalan sustav koji će efikasno pomoći onima kojima je pomoć potrebna. Važan je i sustav nezdravstvenih djelatnika (psiholozi, bioetičari, socijalni radnici, duhovnici). Svim sudionicima u sustavu palijativne skrbi potrebna je trajna edukacija, kao i efikasna pomoć i podrška šire društvene zajednice.

8. LITERATURA

1. Aitken-Swan J. (1959.). Reactions of cancer patients on being told their diagnosis. British Medical Journal, 779
2. Arambašić L.(2005).Gubitak, tugovanje, podrška. Naklada Slap, Jastrebarsko
3. Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi (2010) www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=gKn5u42_E8A%3D...736. Accessed Juny 2014.
4. Block,B.(2001.). Etika umiranja. Bilten za palijativnu medicinu / skrb, Zagreb
5. Breitbart W, Bruera E, Chochinov H, Lynch M.(1995) Neuropsychiatric syndromes and psychological symptoms in patients with advanced cancer J Pain Symptom Manage. www.mskcc.org/cancer-care/.../william-breitbart. Accessed 15. July 2014.
6. Đorđević V, Braš M, Brajković L (2012). Palijativna skrb: Mostovi nade i čovječnosti, Roketa, Zagreb
7. Đorđević V, Braš M, Brajković L (2013). Osnove palijativne medicine. Medicinska naklada, Zagreb
8. Fučkar G.(1995). Proces zdravstvene njege. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu
9. Havelka M.(1995). Zdravstvena psihologija, Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu
10. Henderson V.(1966). Basic Principles of Nursing Care www.worldcat.org/.../basic-principles...prepared...vi... Accesed 23. Juny 2014.

11. Jušić A i sur.(1995). Hospicij i palijativna skrb, Školska knjiga Zagreb
12. Kissane DW, Bultz BD, Butow PN, Finlay IG: Handbook of Communication in Oncology and Palliative Care www.pmj.sagepub.com/content/24/8/841.2.full.pdf Accessed 29. Juny 2014.
13. Klain, E. i sur.(1999), Medicinska psihologija. Zagreb: Medicinska naklada
14. Kubler-Ross, E.(1969.). On Death and Dying, London
15. Ozimec Š. Zdravstvena njega umirućih bolesnika (2002). Zdravstveno veleučilište, Zagreb
16. Parkes, C.M., Benjamin, B. and Fitzgerald, R.G. (1969) Broken heart: a statistical study of increased mortality among widowers, British Medical Journal 1: 740.
17. Prlić N.(2008). Zdravstvena njega, Školska knjiga, Zagreb
18. Šamija M, Nemet D i sur. (2010). Potporno i palijativno liječenje onkoloških bolesnika, Medicinska naklada, Zagreb
19. Taylor EJ. Spiritual care nursing: what cancer patients and family caregivers want. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15665264. Accessed 1.08. 2014.
20. Waller, A.(1996.). Palliative Care in cancer. Newton: Butterworth – Heineman
21. www.rijeka.hr/fgs.axd?id=23996. Accessed 3.08. 2014.
22. www.hrcak.srce.hr/84187. Accessed 4.08.2014.
23. www.palijativna-skrb.hr Accessed 4.09.2014.

9. ŽIVOTOPIS

OSOBNİ PODACI:

Ime i prezime : Davorka Gojak

Datum i mjesto rođenja: 10.02.1968. Karlovac

Adresa: Jozefinska cesta 3, Duga Resa

OBRAZOVANJE:

1983 – 1985 . Gimnazija Duga Resa

1985 – 1987. Srednja medicinska škola Karlovac

2007 – 2010. Sveučilišni studij sestrinstva u Rijeci

2013 – 2014. Sveučilišni diplomski studij sestrinstva u Zagrebu

STRUČNO USAVRŠAVANJE:

2007 – 2013 .god. više domaćih i međunarodnih tečajeva iz područja bolničkih infekcija

2013. tečaj u trajanju šest mjeseci iz područja bolničkih infekcija na Šalati

RADNO ISKUSTVO:

1987 – 1988. Pripravnički staž u Općoj bolnici Duga Resa

1992. stupila u stalni radni odnos u bolnici u Dugoj Resi, gdje radim i sada, te obavljam poslove sestre za bolničke infekcije