Timski rad u palijativnoj skrbi u domu bolesnika

Minić, Vesna

Master's thesis / Diplomski rad

2016

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:105:252555

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**



Repository / Repozitorij:

Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository







SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Vesna Minić

Timski rad u palijativnoj skrbi u domu bolesnika

DIPLOMSKI RAD

Zagreb,2016

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVA

Vesna Minić

Timski rad u palijativnoj skrbi u domu bolesnika

DIPLOMSKI RAD

Zagreb,2016.

Ovaj diplomski rad izrađen je na Školi narodnog zdravlja "Andrija Štampar" u Katedri za obiteljsku medicinu pod vodstvom Prof. dr. sc. Milice Katić i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2015/2016.

POPIS KORIŠTENIH KRATICA

EAPC – European Association for Palliative Care

HZJZ - Hrvatski zavod za javno zdravstvo

HZZO – Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

IDZ – Istarski domovi zdravlja

IŽ – Istarska županija

LOM – Liječnik obiteljske medicine

MSTPS – Mobilni specijalistički tim palijativne skrbi

PZZ – Primarna zdravstvena zaštita

WHO – World Health Organization

SADRŽAJ

SAŽETAK

SUMMARY

1.UVOD.....1

2.PALIJATIVNA SKRB.....3

2.1. PALIJATIVNA SKRB U SVIJETU.....5

2.2. PALIJATIVNA SKRB U HRVATSKOJ.....6

2.3. PALIJATIVNA SKRB U ISTARSKOJ ŽUPANIJI.....10

2.3.1. Počeci timskog, multidisciplinarnog pristupa u palijativnoj skrbi u Istarskoj županiji.....10

2.3.2. Djelatnost za palijativnu skrb Istarskih domova zdravlja.....11

3.TIMSKI RAD U MEDICINI.....14

3.1.DEFINICIJA TIMSKOG RADA.....14

3.2.VRSTE TIMSKOG RADA.....15

3.3.MODELI TIMSKOG RADA.....15

4.PALIJATIVNA SKRB U DOMU BOLESNIKA.....17

4.1.TIM PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE.....17

4.2.PATRONAŽNA SLUŽBA.....20

4.3.ZDRAVSTVENA NJEGA U KUĆI.....21

4.4.MOBILNI PALIJATIVNI TIM.....22

5.MOBILNI SPECIJALISTIČKI PALIJATIVNI TIM.....23

5.1.NAČIN RADA MSTPS-a U ISTARSKOJ ŽUPANIJI.....23

5.2.EVALUACIJA RADA MSTPS-a ISTARSKE ŽUPANIJE.....24

6.ZAKLJUČAK.....27

7.ZAHVALE.....28

8.LITERATURA.....29

9.ŽIVOTOPIS.....31

SAŽETAK

Timski rad u palijativnoj skrbi u domu bolesnika

Vesna Minić

Palijativna skrb je aktivna sveobuhvatna skrb za bolesnika čija bolest ne reagira na postupke aktivnog liječenja. U palijativnoj skrbi je kvaliteta života ispred duljine života. Da bi se to postiglo potrebno je objedinjenje fizičkih, socijalnih, psiholoških i duhovnih oblika pomoći. Velika većina palijativnih bolesnika želi umrijeti u svom domu. Bolnice su najskuplje mjesto za pružanje palijativne skrbi dok kućna palijativna skrb ima mnoge prednosti za palijativnog bolesnika i njegovu obitelj. Cjelovita skrb te koordinacija zdravstvenog zbrinjavanja pojedinca, obitelji i lokalne zajednice zahtjeva od liječnika obiteljske medicine timski rad i multidisciplinarni pristup pri zbrinjavanju populacije koja ga je izabrala. Ako je potrebno tim se proširuje uključivanjem zdravstvenih i nezdravstvenih stručnjaka. Mobilni specijalistički tim palijativne skrbi koji djeluje u Istarskoj županiji u bitnome pridonosi pružanju multidisciplinarne, timske i sveobuhvatne palijativne skrbi. Kvalitetna palijativna skrb na primarnoj razini je nužna jer unapređuje kvalitetu bolesnikova života i cjelokupne zdravstvene zaštite.

Ključne riječi: palijativna skrb, dom bolesnika, timski rad, mobilni palijativni tim

SUMMARY

Teamwork in palliative care in the patient's home

Vesna Minić

Palliative care is the active comprehensive care of patients whose disease does not respond to actions of active treatment. In palliative care, the quality of life matters more than its length. In order to achieve this it is necessary to the unification of physical, social, psychological and spiritual forms of assistance. The large majority of palliative patients want to die at home. Hospitals are the most expensive place to provide palliative care while home palliative care has many benefits for palliative patients and their families. Complete care and coordination of health care for individuals, families and local communities demands from family physicians to use teamwork and multidisciplinary approach to the care of the population who elected him. If necessary, this expands the inclusion of health and non-health professionals. Mobile specialist palliative care team that works in the County of Istria substantially contributes to the provision of multi-disciplinary, team and comprehensive palliative care. High-quality palliative care at the primary level is necessary because improving the quality of life of the patient and the entire health care system.

Keywords: palliative care, home patients, teamwork, mobile palliative team

1. UVOD

Struktura stanovništva, prema Popisu iz 2011. godine, pokazuje da je hrvatsko stanovništvo u trendu progresivnog starenja, jer je udio starijih od 65 godina dosegao 17,7% (HZJZ).

Uz demografske promjene populacija u starenju, statistički pokazatelji smrtnosti također se mijenjaju. Ljudi danas žive duže, udio starijih od 60 godina je povećan te će se i dalje povećavati sljedećih 20 godina. S produljenjem očekivanog životnog vijeka sve više ljudi umire zbog teških kroničnih bolesti kao što su bolesti srca, cerebrovaskularne bolesti i bolesti dišnog sustava, baš kao i od tumora. Kako sve više ljudi doživi staru dob, i kako sa starom dobi kronične bolesti postaju češće, tako će se povećavati broj ljudi u populaciji koji žive sa, i pate od ovih bolesti. Zahvaljujući razvoju medicine, pacijenti će sve dulje preživljavati s kroničnom onesposobljavajućom bolešću, a posljedično će im palijativna skrb trebati u dužem vremenskom razdoblju. U godinama koje dolaze također će se povećati broj onkoloških pacijenata koji trebaju palijativnu skrb, kao i broj pacijenata koji žive s onkološkom bolešću, s obzirom na sve ranije dijagnosticiranje, poboljšavanje liječenja i dulje preživljavanje (Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi 2010).

Osim produženja životnog vijeka i boljeg zbrinjavanja kroničnih bolesti, potreba za pomoći na kraju života će rasti i zbog utjecaja socioekonomskih činitelja na obiteljski život, migracija te porasta životne dobi osoba koje trebaju pružiti skrb kroničnim bolesnicima (Katić 2005).

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 i ostalih bolesnika kojima treba palijativna skrb. Naime, palijativni nisu samo umirući već i bolesnici sa potrebom za palijativnim liječenjem kada je kurativno kontraindicirano ili neprimjereno prognozi. 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). Osim toga ti bolnički resursi su namijenjeni zbrinjavanju akutno ugroženih bolesnika. Danas pacijenti imaju mogućnost izbora u pogledu liječenja bolesti, pravo na

odustajanje od daljnjeg liječenja kao i pravo u pogledu izbora na koji način žele provesti zadnje trenutke svog života. Istraživanja pokazuju da samo 10 % ljudi u razvijenim zemljama želi umrijeti u bolnici ili domu za starije i nemoćne osobe, a ipak ih 80 % umire upravo u bolnici ili domu za starije i nemoćne osobe. Očito je da je potreba strukturirane palijativne skrbi velika na svim razinama zdravstvene zaštite (Nacionalna strategija razvoja zdravstva Republike Hrvatske 2012. – 2020.).

2. PALIJATIVNA SKRB

U medicini izrazom palijativna skrb tumačimo aktivnu totalnu skrb o bolesniku čija bolest ne odgovara na kurativno liječenje. Izraz palijativan potječe od latinske riječi „palliatus“, što u doslovnom prijevodu znači omotan plaštom, a u prenesenom značenju ublažiti, umiriti. Stručnjaci koji skrbe za bolesnika i obitelj nisu samo medicinski profesionalci, radi čega se i koristi pojam palijativna skrb, a ne palijativna medicina. Termin palijativna skrb često se povezuje s bolesnicima koji boluju od zloćudnih bolesti i procjenjuje se da između 60% do 70% bolesnika kojima treba palijativna skrb boluju od zloćudnih bolesti. Međutim palijativne principe i medicinu potrebno je provoditi i mnogo šire npr. kod kroničnih neuroloških, cirkulatornih, bubrežnih, srčanih i plućnih bolesnika, posebno kod starijih osoba koje su danas sve brojnija populacija.

Palijativna skrb predstavlja pristup koji poboljšava kvalitetu života bolesnika i njihovih obitelji kada su suočeni s bolešću koja ugrožava život, putem sprječavanja, ranog otkrivanja, kvalitetne procjene i liječenja boli te fizičkih, psihosocijalnih i duhovnih teškoća od postavljanja dijagnoze do kraja života. (WHO 2002). Naglasak je na kvaliteti života, a ne na duljini trajanja. Teško bolesna osoba kod koje je aktivno liječenje završeno potrebuje kompleksniji pristup. Bolesno je tijelo, duša i duh, bolesna je i obitelj koja skrbi o teškom bolesniku. Bolesnik trpi bolove i druge simptome povezane uz završnu fazu života, nije radno sposoban, isključen je iz većine socijalnih kontakata, financijski je osiromašen, a obitelj iscrpljena i često bespomoćna (Franinović Marković 2009).

Palijativna skrb nudi najosnovniji koncept zaštite – zbrinjavanje pacijentovih potreba gdje god da se za njega skrbi, bilo kod kuće ili u bolnici. Palijativna skrb afirmira život, a smrt smatra normalnim procesom; ona smrt ne ubrzava niti je odgađa. Ona nastoji očuvati najbolju moguću kvalitetu života sve do smrti (Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi 2010).

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, duhovnog 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).

Palijativnu medicinu u prvom redu prakticiraju liječnici. Holistička/cjelokupna, briga za bolesnika i njegove najbliže može se međutim realizirati samo u timskoj suradnji s medicinskim sestrama, socijalnim radnicima, fizioterapeutima, duhovnicima i dobrovoljcima. Nazivom „palijativna skrb“ obuhvaća se aktivnost cijelog interdisciplinarnog tima (Jušić et al. 1995). Palijativna medicina pristupa bolesniku tako da mu osigura: dostupnost, kontinuitet u pružanju skrbi, nenapuštanje, psihosocijalnu utjehu kao i rješavanje etičkih problema vezanih uz kraj života. Holistički pristup u palijativnoj medicini omogućuje stvaranje osjećaja sigurnosti, povjerenja i vjere u tim koji skrbi za bolesnika na kraju života.

Tablica 1. Razlike između kurativne i palijativne medicine.

Prema: www.rijeka.hr/fgs.axd?id=23996

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 cjelosti	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

Palijativni je pristup potpuni holistički pristup drugoj osobi od kojih je jedna profesionalac, a druga bolesnik. Liječnik (sestra, socijalni radnik...) sa svom svojom osobnošću (fizičkom, psihičkom i duhovnom) i profesionalnim znanjem ulazi u odnos s bolesnikom, članom obitelji ili timskim kolegom. Intervencije palijativne skrbi usmjerene su primarno na smanjenje patnje i boli što poboljšava kvalitetu života bolesnika (Đorđević 2013).

2.1. PALIJATIVNA SKRB U SVIJETU

Dame Cicely Saunders medicinska sestra, socijalna radnica i liječnica, smatrana je i prihvaćena kao pionirka modernog hospicijskog pokreta (kasnije je hospicij preimenovan u palijativnu medicinu). Godine 1967. otvorila je hospicij St. Christopher's izvan Londona u Syndenhamu. Bila je to prva moderna nastavna i istraživačka hospicijska jedinica. Prepoznala je i odgovorila na neprimjećivanje potreba umirućih bolesnika i njihovih obitelji, te se uvijek koncentrirala na specifične i jedinstvene potrebe svakog pojedinog bolesnika i obitelji. C. Saunders je učila o potpunoj skrbi za bolesnika, skrbi za obitelj, skrbi u žalovanju te potrebi za istinskim interdisciplinarnim radom u timu (Brkljačić 2006).

Definicija pojma“ palijativna medicina“ prihvaćena je u Velikoj Britaniji 1987. godine u vrijeme kad je priznata kao zasebna medicinska specijalizacija. To je proučavanje i liječenje bolesnika s aktivnom progresivnom, uznapredovalom bolešću, ograničene prognoze. Palijativnu medicinu u prvom redu prakticiraju liječnici.

U SAD-u je od samog početka prevladavala skrb u kući i ondje se o hospiciju najčešće govori kao o filozofiji, kao o koncepciji skrbi, a ne kao o stacionarnoj ustanovi. Psihijatrica Elisabeth Kubler – Ros, pišući o komunikaciji s terminalnim bolesnikom i njegovim potrebama te odnosu liječnik – bolesnik – obitelj, izazvala je velike reakcije među stručnjacima i javnošću. Kanadski urolog Balfour Mont 1974. godine osniva prvu svjetsku palijativnu službu pri bolnici u Montrealu i prvi upotrebljava naziv palijativna skrb.

Prema dostupnim podacima iz 2001. godine u svijetu je bilo oko 7000 centara palijativne medicine u više od 90 zemalja. Prema podacima Jaspersa iz 2007.godine u Europi je Velika Britanija imala 958 centara, Francuska 471, Poljska 362, Njemačka 321, Španjolska 261, Nizozemska 138, Belgija 121. Broj palijativnih kreveta na milion stanovnika je isto raznolik, pa ih je Velika Britanija imala 54, Nizozemska 40, Belgija 35, Njemačka 22, Poljska 21, Francuska 17, Španjolska 10. U svakom slučaju moderni palijativni program uključuje

kombinaciju liječenja s edukacijom i istraživanjem te javnozdravstvenim pristupom. Danas u svijetu postoje razni modeli organizacije palijativne medicine koja se kao i svi drugi dijelovi medicine organizira na svim razinama zdravstvene zaštite. U 120 država svijeta postoje manje ili više razvijeni sustavi palijativne, hospicijske ili suportivne skrbi (Đorđević 2013).

2.2. PALIJATIVNA SKRB U HRVATSKOJ

Hospicijski pokret u Hrvatskoj začet je 1994. godine, izrazitim zalaganjem doktorice Anice Jušić i njezinih suradnika dao je poticaj razvoju sustavne, multidisciplinarne i sveobuhvatne palijativne skrbi. Do tada se palijativna skrb manje ili više organizirano i planski provodila u primarnoj zdravstvenoj zaštiti odnosno u domu bolesnika te vrlo raznoliko u bolnicama. Prvi simpozij o hospiciju i palijativnoj skrbi održan je u Zagrebu 6. i 7. svibnja 1994. u dvorani Hrvatskog liječničkog zbora, vođen od prof. Anice Jušić, otvoren od delegata Cicely Saunders i Nigela Sykesa. Pomoć u Zagrebu ostvaruje se od 2000. godine, pružajući daljnje poticaje za implementaciju palijativne skrbi u hrvatski zdravstveni sustav, opravdavajući etičko – humanističke pothvate suvremene medicine i razvijajući time zrelost civilizacijske misli modernog društva u brizi za čovjeka (Vuletić 2014). Prof. Anica Jušić osnovala je 1999. godine Hrvatsku udrugu prijatelja hospicija. Udruga je djelovala kao tim sastavljen od 3-4 liječnika, 2-3 medicinske sestre, socijalnog radnika, 2 psihologa, 1 fizioterapeuta i oko 25 dobrovoljaca nezdravstvenih zanimanja.

Prema zakonu o zdravstvenoj zaštiti iz 2003.godine (NN 121/03) u članku 8, palijativna skrb navodi se kao jedna od mjera zdravstvene zaštite, a kao djelatnost uvrštena je na primarnu razinu (čl.25). Nakon savjetovališta (Hrvatski centar za palijativnu skrb) osnovani su i djeluju prvi mobilni timovi palijativne skrbi na primarnoj razini u Puli, Rijeci, Zagrebu i Čakovcu kao dio projekta finanaciranog od HZZO-a a otvorena su od strane ministra zdravlja i dva palijativna odjela u Novom Marofu i Kninu. Uspostavom mobilnih palijativnih timova i otvorenjem bolničkih odjela specijaliziranih za palijativnu skrb palijativna medicina ojačana je i na primarnoj i na sekundarnoj razini. Centar za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine – CEPAMET od 2010. godine djeluje pri Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu u novouređenom prostoru na Šalati gdje se provode edukativne aktivnosti. Godine 2013. otvara se prvi hospicij u Rijeci „Marija Krucifiksa Kozulić“.

Vijeće Europe naglašava ciljeve palijativne skrbi: poštovanje vrijednosti ljudskih i bolesničkih prava, ljudskog dostojanstva, socijalne povezanosti, jednakosti, solidarnosti i jednakih mogućnosti pristupa.

Tu su inicijativu Vlada Republike Hrvatske i Ministarstvo zdravlja nastojali uvrstiti i u hrvatski zakon, u okviru Nacionalne strategije razvoja zdravstva 2012. – 2020., u kojoj su ukratko opisali organizacijski i zakonski okvir palijativne skrbi, te su navedene prioritetne aktivnosti vezane uz strateški plan razvoja palijativne skrbi. Strateški plan razvoja palijativne skrbi za razdoblje 2013. – 2015., izrađen je prema preporukama Europskog društva za palijativnu skrb (Vuletić 2014).

Palijativna skrb definira se kroz dvije dimenzije: oblik skrbi koja se pruža te razine na kojima se ta skrb pruža.

Tablica 2. Stupnjeviti sustav službi palijativne skrbi. Prema: Strateški plan razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014 – 2016

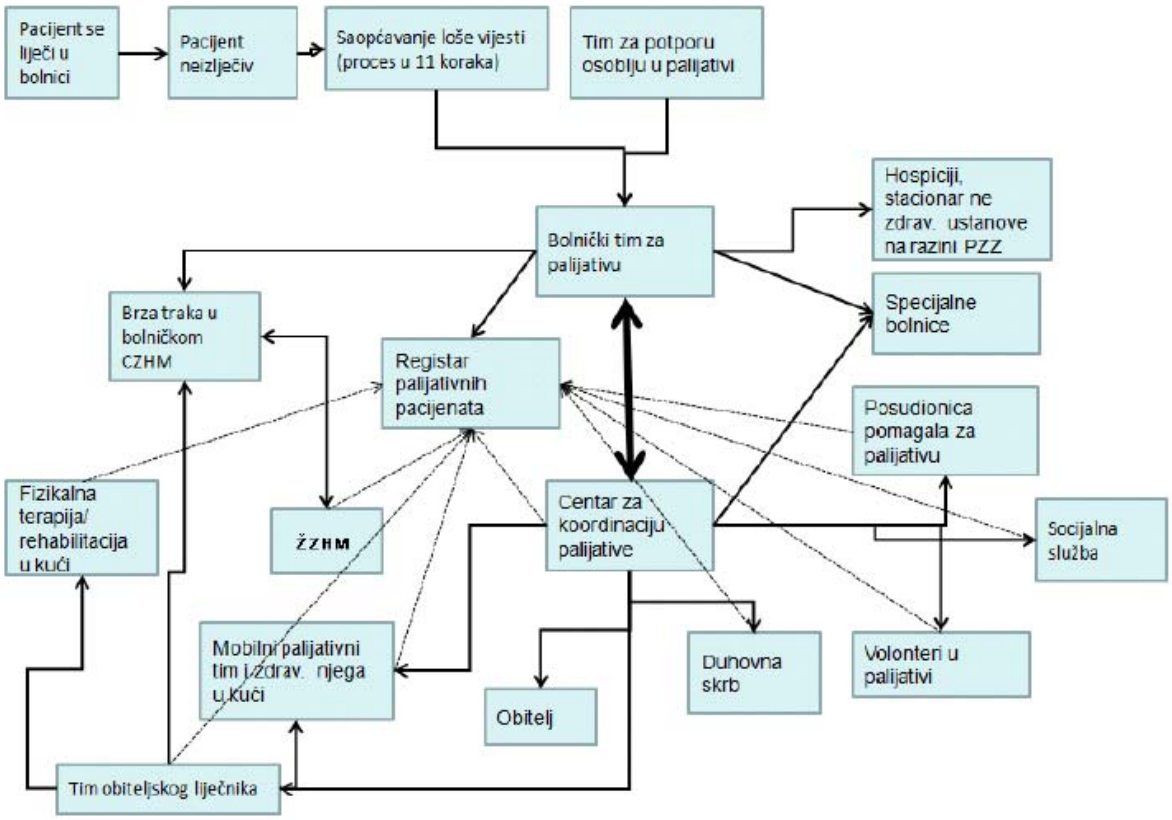
<table>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="4">Razina palijativne skrbi</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>Palijativni pristup</td><td colspan="2">Specijalistička podrška općoj palijativnoj skrbi</td><td>Specijalistička palijativna skrb</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Oblik skrbi</td><td>Akutna palijativna skrb</td><td>Bolnica</td><td rowspan="3">Volonteri</td><td>Bolnički tim za podršku palijativnoj skrbi</td><td>Org. jedinica za palijativnu skrb</td></tr>
<tr><td>Produžena palijativna skrb</td><td>Socijalne ustanove koje pružaju stacionarnu skrb</td><td rowspan="2">Tim mobilnih stručnjaka za specijalističku palijativnu skrb u kući</td><td>Org. jedinica za palijativu u ustanovi za produženu skrb</td></tr>
<tr><td>Kućna palijativna skrb</td><td>Liječnik opće/obiteljske medicine; patronaža; zdravstvena njega u kući</td><td>Tim mobilnih stručnjaka za specijalističku palijativnu skrb; ustanova za dnevni boravak</td></tr>
</table>

Sustav palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj u Strateškom planu organiziran je prema sljedećim načelima:

1. Palijativna skrb u Hrvatskoj predstavlja integrirani model skrbi čiji su temeljni nositelji postojeći elementi sustava zdravstvene zaštite na primarnoj i bolničkoj razini, te socijalne skrbi (ustanove, centri, socijalni radnici…)
2. Sustav palijativne skrbi primarno se ne uspostavlja kao novi/dodatni sustav, već se ustrojava prenamjenom postojećih prostornih resursa, osnaživanjem i osposobljavanjem profesionalaca, te uspostavljenjem novih procedura i standarda rada
3. Ukoliko prenamjenama i unapređenjima postojećih resursa nije moguće osigurati kvalitetnu palijativnu skrb, mogu se razviti dopunski ili novi sustavi i modeli
4. Palijativna skrb kontinuirano i partnerski uključuje djelovanje drugih sektora koji mogu doprinijeti boljoj skrbi za korisnike usluga palijativne skrbi (volonteri, civilno društvo, obrazovni sustav, religijske zajednice, profitni sektor itd.)
5. Organizacija palijativne skrbi uključuje, potiče i podržava sve oblike vertikalne i horizontalne suradnje, te snažno intersektorsko povezivanje
6. Kriteriji za određivanje potrebe za palijativnom skrbi moraju biti jedinstveni u cijeloj Hrvatskoj
7. Standardi i normativi za rad s palijativnim pacijentima trebaju biti drugačiji u odnosu na skrb za ostale pacijente, ali bez negativnog utjecaja na pravednost u korištenju zdravstvene zaštite
8. Odluka o obliku palijativne skrbi koji će se osigurati donosi se na osnovu više kriterija: potrebe bolesnika, mogućnosti liječenja u kući/dnevnoj bolnici/ustanovi, postojećim uslugama, potrebama obitelji itd.
9. Posebna pažnja i oblici palijativne skrbi posvećuju se vulnerabilnim skupinama poput djece, psihijatrijskih bolesnika, stanovništva u demografski ugroženim podrucjima, zatvorenika, itd.
10. Stacionarna skrb za korisnike palijativne skrbi može se provoditi u zdravstvenim ustanovama koje imaju odgovarajuće posteljne kapacitete, te ustanovama socijalne skrbi.
11. Palijativna skrb mora biti dostupna 24 sata dnevno i svih sedam dana u tjednu (tzv. model 24/7)
12. Palijativna skrb u trenutku potrebe za njom mora biti besplatna za korisnike palijativne skrbi
13. Volonterski timovi sudjeluju na svim razinama palijativne skrbi.

14. Palijativnog pacijenta kojem je potrebna stacionarna skrb treba smještati u palijativne posteljne kapacitete što bliže pacijentovom mjestu stanovanja kako bi se što bolje očuvali socijalni kontakti i mogućnost posjeta.

Prema strateškom planu razvoja palijativne skrbi predviđa se uspostava sustava palijativne skrbi koji uključuje nekoliko različitih organizacijskih oblika od kojih su ključni županijski centri za koordinaciju palijativne skrbi te stacionarna skrb u županijama.



Slika 1. Shema modela integrirane skrbi za palijativnog pacijenta. Prema: Strateški plan razvoja palijativne skrbi u Hrvatskoj 2014. – 2016.

Namjera ovog rada je opisati timski rad u palijativnoj skrbi u domu bolesnika. Kao primjer dobre prakse biti će opisan rad mobilnog palijativnog tima u Istarskoj županiji s obzirom na

desetogodišnje iskustvo u organizaciji i provedbi palijativne skrbi putem timova izvanstacionarne/kućne palijativne skrbi.

2.3. PALIJATIVNA SKRB U ISTARSKOJ ŽUPANIJI

U Istarskoj županiji prema Državnom zavodu za statistiku živi 208.055 stanovnika (oko 5% hrvatskog stanovništva) na 2800 kvadratnih kilometara. Prema podacima ZZJZIŽ, 2013. godine je u Istarskoj županiji umrlo 2167 osoba. Kao najčešći uzrok smrti navode se kardiovaskularne bolesti (49 %) i zloćudne bolesti (26 %). Prema epidemiološkim podacima može se procijeniti da oko 950 bolesnika godišnje u Istarskoj županiji treba palijativnu skrb različitog intenziteta. Procjenjuje se da oko 20 % palijativnih bolesnika treba specijaliziranu palijativne skrb dok se vecina bolesnika može skrbiti u svom domu. U kućnim uvjetima i domovima za starije umire oko 48 % bolesnika, a preostali dio, 52 %, u zdravstvenim ustanovama.

2.3.1. Počeci timskog, multidisciplinarnog pristupa u palijativnoj skrbi u Istarskoj županiji

Nekoliko volontera 2005. godine započelo je s organiziranjem timskog, multidisciplinarnog pristupa u palijativnoj skrbi u Istri. Predanim radom ulagali su svoje osobno vrijeme, trud, znanje i vještine za opću dobrobit. Iskustva koja su prikupljena u narednih šest godina koliko je trajala organizacija multidisciplinarnog mobilnog palijativnog tima na volonterskoj osnovi bila su važna za razvoj profesionalne palijativne skrbi. Volonterski palijativni tim je u periodu od 2006. – 2010. godine skrbio o 163 korisnika (100 bolesnika i 63 njegovatelja/člana obitelji). Odrađeno je 526 kućnih posjeta i suporta i to 347 bolesnicima, a 179 njegovateljima. Nezdravstveni volonteri su u istom periodu obavili 800 posjeta bolesnicima u njihovom domu, bolnici ili domu za starije osobe. Rezultati koje je postizao volonterski tim palijativne skrbi, dugogodišnji rad na senzibiliziranju zajednice i provedene epidemiološke studije potakle su Istarsku županiju da 2011. godine donese odluku o financiranju projekta palijativne skrbi.

Ulogu koordinacije organizacijskih aktivnosti na regionalnoj razini i suradnju s ostalim tijelima regionalne i državne uprave preuzeo je Županijski tim za palijativnu skrb. Šest je

ključnih područja djelovanja ovog tima: razvoj palijativne skrbi na županijskoj razini, umrežavanje svih dionika palijativne skrbi (dom zdravlja, bolnica, socijalna skrb, školstvo, volonteri, crkva), definiranje modela pružanja palijativne skrbi (stacionarna, izvanstacionarna), evaluacija provođenja, stručna i medijska prezentacija projekta i financiranje. U skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti donesena je odluka o organiziranju kućne (izvanstacionarne) palijativne skrbi s mobilnim palijativnim timom kako bi se pokrilo cijelo područje županije.

2.3.2. Djelatnost za palijativnu skrb Istarskih domova zdravlja

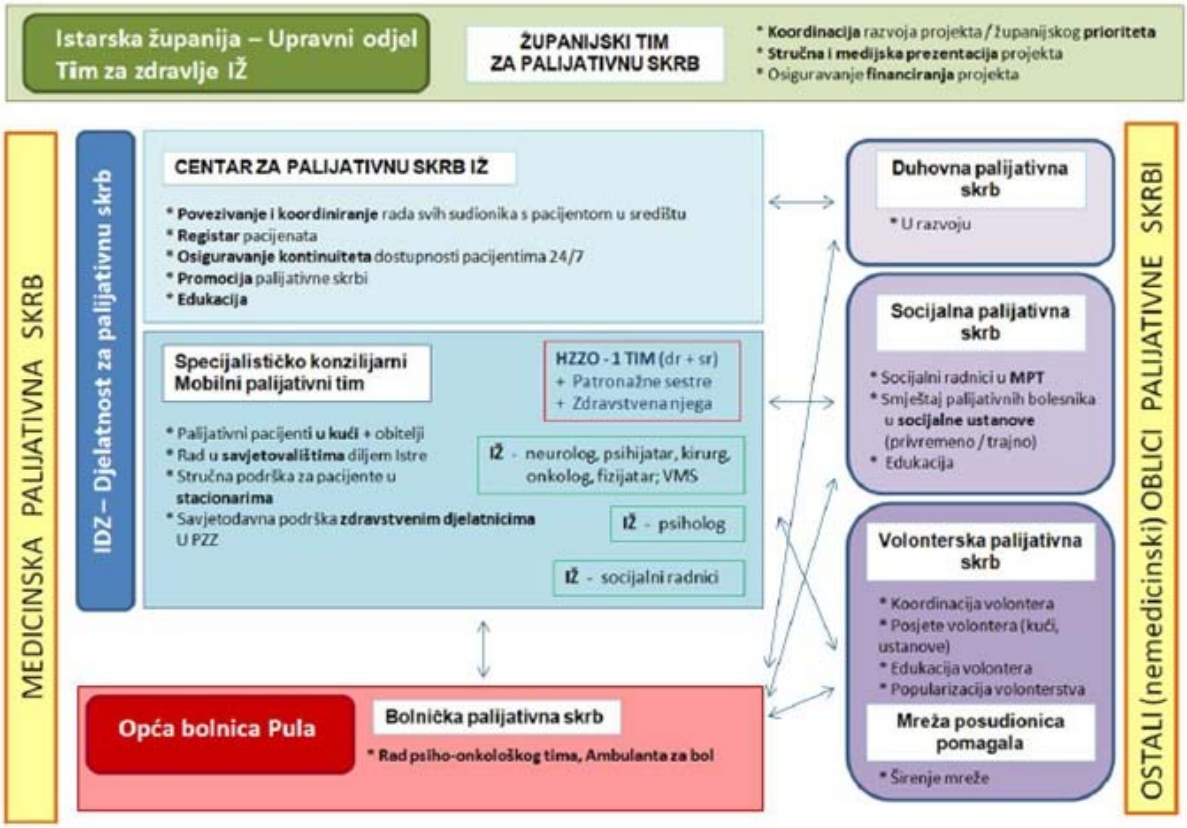
Od 2011. godine u Istarskim domovima zdravlja (IDZ) uspostavljena je djelatnost palijativne skrbi na razini primarne zdravstvene zaštite (PZZ). Djelatnost palijativne skrbi nadopunjava sustav PZZ-a što znači da se ne stvara paralelni sustav. Liječnik obiteljske medicine osnovni je nositelj i provoditelj palijativne skrbi na primanoj razini za svog bolesnika i koordinator je svih aktivnosti u zbrinjavanju bolesnika. Palijativni tim ulazi u skrb uz njegovo dopuštenje. Mobilni tim palijativne skrbi sastavljen je od stručnjaka čije je djelovanje usmjereno da bude podrška obiteljskom liječniku. Jednodnevna edukacija koja je tada održana za obiteljske liječnike i patronažne sestre prije početka rada palijativnog tima imala je za cilj uputiti sudionike u mogućnosti rada palijativnog tima kao i ujednačiti i standardizirati definiranje palijativnog bolesnika. Za pružanje cjelovite palijativne skrbi potreban je multidisciplinaran pristup, uz jačanje interdisciplinarne suradnje. Takav se holistički pristup svesrdno poticao u dosadašnjem razvoju palijativne skrbi u Istarskoj županiji, što je vidljivo i iz shematskog prikaza organizacije palijativne skrbi u Istri (slika 2).

Organizacija i razvoj projekta multidisciplinarnog timskog pristupa u palijativnoj skrbi u Istarskoj županiji odvija se na županijskoj razini pod koordinacijom Upravnog odjela za zdravstvo i socijalnu skrb Istarske županije i Županijskog tima za palijativnu skrb.

Palijativna skrb se sastoji od medicinske i nemedicinske palijativne skrbi. Medicinska palijativna skrb se organizira u Istarskim domovima zdravlja u djelatnosti obiteljske medicine, potom u sklopu Djelatnosti za palijativnu skrb, te u Općoj bolnici Pula.

Unutar Djelatnosti za palijativnu skrb Istarskih domova zdravlja djeluje Centar za palijativnu skrb IŽ iz kojeg se koordinira, povezuje i administrira rad svih pružatelja usluga palijativne skrbi, njihova edukacija, te promocija palijativne skrbi u Istarskoj županiji. Osim

toga, u sklopu te Djelatnosti, specijalističko – konzilijarni mobilni palijativni tim pruža izvanbolničku medicinsku palijativnu skrb građanima Istre diljem županije. Sjedište Djelatnosti za palijativnu skrb je u centru Pule u prostoru IDZ. U istoj zgradi su prostorije patronažne službe i ambulante liječnika obiteljske medicine što pogoduje boljoj komunikaciji i suradnji između službi. Nemedicinske palijativne usluge se razvijaju u sljedećim smjerovima: socijalna palijativna skrb; volonterska palijativna skrb; mreža posudionica pomagala; duhovna palijativna skrb.



Slika 2. Shematski prikaz organizacije multidisciplinarnog timskog pristupa u palijativnoj skrbi u Istarskoj županiji. Prema: Plan za zdravlje i socijalno blagostanje Istarske županije – Operativni plan aktivnosti za 2015. godinu

U okviru medicinske palijativne skrbi temeljni dio čine liječnici obiteljske medicine i njhovi najbliži suradnici.

Trenutno dostupni resursi za organizaciju palijativne skrbi u Istarskoj županiji

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

Patronažna služba

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

Djelatnost za palijativnu skrb – Centar za palijativnu skrb IŽ

Mobilni specijalistički tim palijativne skrbi (MSTPS)

Stacionari IDZ (Labin, Pazin, Umag)

Sekundarna zdravstvena zaštita – ambulanta za bol Opća bolnica Pula,

rad psiho – onkološkog tima

Centri za socijalnu skrb- socijalni radnik

Domovi za starije i nemoćne

Volonteri

Crveni križ

Udruge

Posudionica medicinskih pomagala

Potencijalni resursi u skorijoj budućnosti

Hospicij

Palijativni kreveti u Općoj bolnici Pula

Ustanova za dnevni boravak

Duhovna pomoć

3. TIMSKI RAD U MEDICINI

3.1. DEFINICIJA TIMSKOG RADA

Tim je manja skupina ljudi koji imaju zajednički cilj čije je postizanje moguće međusobnim upotpunjavanjem vještina i iskustava njegovih članova. Za razliku od grupe u timu je komunikacija puno kompleksnija i ravnopravnija među članovima tima. U timu se više uvažavaju mišljenja svih članova dok je u grupi dominantan vođa.

Prema američkoj Agenciji za istraživanje i kvalitetu zdravstvene zaštite definicija tima, proizašla iz nekoliko različitih definicija, obuhvaća ovih pet osobina:

1. Timovi se sastoje od dvije ili više osoba
2. Članovi tima imaju specifične uloge: obavljanje pojedinih poslova te komunikacija i koordinacija kakao bi se postigao zajednički cilj
3. Timovi donose odluke
4. Timovi posjeduju specijalna znanja i vještine, a često funkcioniraju u uvjetima visokog radnog opterećenja
5. Timski rad karakteristično nalaže prilagodbu članova tima jednog prema drugom u nastojanju da se ostvare ciljevi tima

Rad u zdravstvenoj zaštiti stanovništva sve je kompleksniji. Za stručno rješavanje zdravstvenih problema potrebno je stručno znanje i iskustvo liječnika, medicinskih sestara, fizioterapeuta, ali i socijalnih radnika, sociologa i psihologa. Članovi tima međusobno upotpunjavaju svoje vještine i iskustva. Kronični bolesnici sve više postaju aktivni dio tima. U skrbi za bolesnika s kroničnim bolestima nužan je timski rad koji omogućuje ispunjavanje zdravstvenih potreba bolesnika i njegove obitelji te primjerenu skrb. Tim koji je sposoban pružiti kvalitetnu skrb odlikuje nekoliko važnih značajka, a to su: prepoznavanje i uvažavanje doprinosa svakog člana, uspješna komunikacija među članovima tima, zajedničko donošenje odluka i zajedničke vrijednosti i vizije (Katić 2014).

3.2. VRSTE TIMSKOG RADA

Cjelovita skrb te koordinacija zdravstvenog zbrinjavanja pojedinca, obitelji i lokalne zajednice zahtjeva od liječnika obiteljske medicine timski rad i multidisciplinarni pristup pri zbrinjavanju populacije koja ga je izabrala. Potrebno je razlikovati različite vrste timskog rada.

Jezgrovni ili osnovni timovi su sastavljeni od pojedinaca koji rade zajedno na točno određenim i specifičnim zadacima veći broj dana u tjednu te je taj tim prema tome multi disciplinaran prema svome sastavu. Tim LOM-a je osnovni primjer ovakva tima, a čine ga liječnik obiteljske medicine i medicinska sestra koja radi u ordinaciji. Pritom je vođa tima liječnik , a medicinska sestra mu pomaže u primanju i liječenju pacijenata.

Prošireni tim se osim od članova osnovnog tima sastoji i od članova koji se u rad uključuju povremeno, kako bi pomogli u rješavanju složenijih problema. Primjer takva tima je suradnja s patronažnom sestrom, fizioterapeutom, psihologom, farmaceutom, laboratorijskim tehničarom,spec. medicine rada, socijalnim radnikom i drugima (Katić, Švab et al. 2013).

Jasno razdijeljene kompetencije i zadaci članova tima, otvorena i redovita komunikacija, uvjerenost svih članova tima u važnost sigurne zdravstvene skrbi te stalno provjeravanje kvalitete rada ključni su preduvjeti za stručan i učinkovit timski rad koji je usmjeren na potrebe pacijenta, ali i na zadovoljstvo svih članova tima (Katić, Švab et al. 2013).

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji postizanje adekvatne kombinacije zdravstvenog osoblja jedan je od glavnih izazova za većinu organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvenog sustava.

3.3. MODELI TIMSKOG RADA

Potrebe za timskim radom proizlaze jer postoje različiti aspekti istog problema i pokrivanje pojedinog aspekta traži posebno „specijalno“ znanje. Suradnja stručnjaka različitih profesija može se razlikovati u svojoj kvaliteti i kvantiteti te se timski rad može predstaviti trima modelima: multidisciplinarnim, interdisciplinarnim i transdisciplinarnim.

Multidisciplinarni timski rad – najjednostavniji je model, koji se zasniva na usporednom ili zasebnom i nezavisnom djelovanju stručnjaka u područjima i procjene i plana skrbi. Sastav multiprofesionalnog tima razlikovat će se ovisno o mnogim faktorima, kao što su skupine pacijenata s kojima radi, opseg skrbi koju pruža te lokalno područje koje pokriva. Proširivanje tima može biti fleksibilno i mora biti određeno bolesnikovim potrebama. Kooperacija među disciplinama odnosi se na paralelno, ali nezavisno djelovanje u vezi s nekim problemom s različitih aspekata. Postoji međusobno nadopunjavanje nezavisnih radnji ali bez uzajamnog djelovanja.

Interdisciplinarni timski rad – termin je koji se sve češće spominje, a suradnja se sastoji u povezanom, usklađenom i interaktivnom djelovanju članova iz različitih profesija i područja rada u ostvarenju zajedničkog cilja. U tako oblikovanom timu postoji partnerstvo, primjerena komunikacija i razumijevanje te uvažavanje specifičnosti pristupa i djelovanja svake profesije uključene u interdisciplinarni tim. Uz liječnike i medicinske sestre u interdisciplinarnom timu sudjeluju stručnjaci iz različitih zdravstvenih, ali i nezdravstvenih struka. Primjerice paleta stručnjaka koji sudjeluju u palijativnoj i potpornoj skrbi u domu bolesnika odabrana je prema tom specifičnom javnozdravstvenom problemu (Katić 2014). Minimalnu verziju tima mogu činiti liječnik opće medicine i specijalizirana medicinska sestra. Međutim u većini slučajeva su u timove uključeni socijalni radnici, psiholozi i volonteri. Vijeće Europe preporučuje da u specijaliziranim timovima palijativne skrbi vodeću ulogu u svakom dijelu preuzme ovlašteni stručnjak kvalificiran za palijativnu skrb (Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi 2010).

Transdisciplinarni timski rad – najsloženiji je model. Ovakvo je djelovanje problemsko. U rješavanju problema se angažira svo raspoloživo relevantno znanje, a spoznaje koje predstavljaju rezultate ne pripadaju niti jednoj disciplini posebno. Transdisciplinarni timski rad je najsloženiji model timskog djelovanja. Nadilazi granice jedne discipline i temelji se na zajedničkoj opsežnoj procjeni bolesnika.

4. PALIJATIVNA SKRB U DOMU BOLESNIKA

4.1. TIM PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Osnovni tim za pružanje palijativne skrbi čine liječnik i medicinska sestra, a prema potrebi bolesnika i obitelji, uključuju se i ostali stručnjaci (psiholozi, fizioterapeuti, radni terapeuti, socijalni radnici,volonteri, duhovnici...). U rješavanje simptoma bolesti uključuju se i medicinske sestre iz Ustanove za zdravstvenu njegu u kući sukladno procjeni i kategorizaciji pacijenata.

Većina bolesnika u završnome razdoblju neizlječive progresivne bolesti boravi u svome domu uz brigu tima LOM-a i njegovih suradnika te obitelji. Ti će bolesnici imati dobrobiti ako palijativnu skrb koja uključuje i skrb na kraju života pružaju timovi primarne zdravstvene zaštite u zajednici, uz koordiniranu multidisciplinarnu suradnju sa svima koji sudjeluju u palijativnoj skrbi. Poznato je da ti bolesnici 90% vremena preostalog u posljednjoj godini života borave u svom domu u skrbi obiteljskih liječnika i njegovih suradnike te obitelji**. (**Katić 2016).

Kraljevsko udruženje liječnika obiteljske medicine u Velikoj Britaniji (engl. Royal College of General Practitioners) je u kurikulumu specijalizacije iz obiteljske medicine u modulu palijativne skrbi posebice izdvojilo temeljna znanja, stavove i vještine nužne za provođenje palijativne skrbi. U domeni pružanja primarne zdravstvene zaštite LOM je osposobljen za kompetentno svladavanje raznovrsnih problema bolesnika o kojima skrbi. To znači da LOM djeluje kao vođa, ali i kao član tima koji zbrinjava bolesnika; primjenjuje najviše stručne standarde u svojemu radu; objedinjava principe palijativne skrbi i skrbi na kraju života te ih primjenjuje u zbrinjavanju bolesnika koji boluju od raka i drugih bolesti.

U domeni skrbi usmjerene na bolesnika LOM je osposobljen za razumijevanje i uvažavanje bolesnika kao osobe te za razvoj partnerstva s bolesnikom u kontekstu u kojemu se skrb pruža. To znači da LOM zbrinjava raznovrsne fizičke, psihološke, socijalne i duhovne potrebe bolesnika, njegove obitelji i onih koji brinu o njemu; uspješno komunicira s bolesnikom, obitelji i onima koji brinu o njemu, posebice u odnosu na priopćivanje loših vijesti o progresiji bolesti i prognozi; vodi računa kako osigurati i provoditi kontinuiranu skrb o bolesniku tijekom 24 sata.

U domeni specifične vještine rješavanja problema, koja označuje specifične aspekte rada LOM-a u sustavu, LOM je osposobljen za suočavanje s ranim i nediferenciranim bolestima i problemima te posjeduje vještine za toleranciju nesigurnosti, izbjegavanje opasnosti i nepotrebne medikalizacije. To znači da LOM suzbija uznemirujuće simptome, primjerice mučninu, bolove, konfuziju, pomanjkanje zraka i slično; koristi se prikladnim sredstvima i opremom za primjenu lijekova i nutritivne potpore; poznaje i primjenjuje prikladne lijekove te njihove kombinacije; poznaje hitna stanja u palijativnoj skrbi i osposobljen je za primjereno zbrinjavanje bolesnika.

U domeni sveobuhvatni pristup, LOM je osposobljen za unapređenje zdravlja i prevenciju bolesti te za zbrinjavanje komorbiditeta, koordinaciju skrbi o bolesniku koji istodobno boluje od akutne/akutnih i kronične/kroničnih bolesti. To znači da LOM savjetuje, objašnjava i educira bolesnika i one koji brinu o njemu o planiranju i provedbi skrbi, kontroli simptoma; progresiji bolesti; okolnostima i događanjima u vezi s umiranjem te žalovanjem.

U domeni usmjerenost na zajednicu, koja sadržava poznavanje uvjeta načina života osoba u skrbi te potrebu poznavanja međuodnosa zdravstvene i socijalne zaštite LOM je osposobljen za prepoznavanje mogućih napetosti koje mogu postojati između želja pojedinaca i potreba zajednice. To znači da LOM razmatra mogućnosti i dostupnost socijalne službe i njezinih djelatnosti za pomoć bolesniku i onima koji o njemu skrbe; poznaje učestalost i trendove u prevalenciji terminalnih bolesti u populaciji u zajednici; razumije značenje utjecaja raka ili druge teške bolesti na bolesnikovu obitelj, prijatelje, one koje o njemu ovise te na radnu okolinu.

U domeni holističkoga pristupa LOM je osposobljen za razumijevanje i uvažavanje vrijednosti, kulture, strukture i funkcioniranja obitelji te vjerovanja bolesnika. Također, osposobljen je za razumijevanje kako i na koji način te sastavnice bolesnikova života utječu na zdravlje, iskustvo bolesnika u bolesti te na zbrinjavanje bolesnika. To znači da LOM mora biti svjestan duhovnih potreba bolesnika i onih koji o njemu brinu; poznaje normalno i patološko žalovanje te utjecaj žalovanja na pojavu raznolikih simptoma i tegoba.

Kad se ta načela razmotre u kontekstu rada LOM-a u Republici Hrvatskoj, jasno se ističu zadatci LOM-a u palijativnoj skrbi. LOM u svojemu svakodnevnom radu mora detaljno informirati bolesnika o njegovu zdravstvenom stanju; utvrditi bolesnikove potrebe; predvidjeti

tijek bolesti i moguće komplikacije; liječiti i olakšavati simptome bolesti, te prevenirati i suzbijati neželjene učinke liječenja; provoditi tercijarnu prevenciju u svrhu sprječavanja ili smanjivanja duševnih i socijalnih posljedica već izražene bolesti; odabrati i uključiti člana obitelji u zbrinjavanje bolesnika; koordinirati između svih sudionika u pružanju palijativne skrbi; surađivati i koordinirati liječenje sa specijalistima na sekundarnoj razini; voditi dokumentaciju o palijativnoj skrbi u domu bolesnika i omogućiti dostupnost te dokumentacije svim sudionicima (prema etičkim i deontološkim načelima) u pružanju palijativne skrbi; propisivati pomagala koja će pomoći u očuvanju samostalnosti bolesnika i spriječiti nastajanje komplikacija te poznavati i primijeniti sve zakonske mogućnosti kao promicatelj interesa bolesnika, kako bi osigurao ostvarivanje svih zdravstvenih, socijalnih, radnopravnih i invalidskih prava bolesnika u zajednici (The RCGP Curriculum 2012).

Teško je reći kad u skrbi o bolesniku počinje palijativna skrb bilo da se radi o malignoj ili nemalignoj kroničnoj neizlječivoj bolesti. U praksi, odnosno u rutinskom radu, identifikacija bolesnika kojemu treba palijativna skrb utemeljena je u najvećoj mjeri na kliničkoj prosudbi liječnika obiteljske medicine (LOM) i na prosudbi drugih kliničara koji sudjeluju u skrbi o bolesnicima, odnosno na informacijama koje se dobivaju iz bolnice. (Maas EAT et al. 2013).

Liječnik obiteljske medicine temeljem poznavanja bolesnika, vlastitog posjeta ili posjeta bolesnika ili njegove obitelji nakon utemeljene procjene i procjene ostalih članova tima uključuje bolesnika i obitelj u proces palijativne skrbi. Temeljita inicijalna procjena služi kakao bi se definirali problemi, intervencije i ciljevi skrbi. LOM koordinira radom tima na primarnoj razini. Zadužen je za provođenje medicinske skrbi, primitak bolesnika u proces palijativne skrbi, nadziranje provođenja palijativne skrbi, određivanje dijagnoze i prognoze kod bolesnika, kontrole nalaza, provođenja dijete, terapije, medicinskog tretmana, rješavanje etičkih pitanja i ublažavanje simptoma. Izravno surađuje s ostalim članovima tima te inicira njihovo uključivanje. Uvođenje timova za palijativnu skrb kao djelatnosti koja je sastavni dio doma zdravlja nadopunjava dosadašnju ključnu ulogu obiteljskog liječnika na način da on postaje član i koordinator interdisciplinarnog tima uvažavajući novi pristup integriranja palijativnih metoda i postupaka u skrb za pacijenta i njegovu obitelj. U domu bolesnika osnovnu skrb provodi LOM. Stručnu pomoć i podršku dobiva od članova tima za palijativnu skrb, organiziranog pri domu zdravlja. Tim se formira ovisno o potrebama pojedinog

bolesnika i njegovih bližnjih, a sastoji se od stručnjaka različitih disciplina sa specifičnim znanjima i vještinama. Važnu ulogu ima patronažna sestra koja povremeno posjećuje bolesnika, educira članove obitelji te nadzire provođenje zdravstvene njege u kući ukoliko je ona propisana od strane LOM-a (Katić, Švab et al. 2013).

4.2. PATRONAŽNA SLUŽBA

Prema Henderson „zdravstvena njega je pomoć zdravom ili bolesnom pojedincu u obavljanju aktivnosti koje pridonose zdravlju ili oporavku ili mirnoj smrti, a koje bi on izvodio bez pomoći da ima potrebnu snagu, volju ili znanje“ (Čukljek 2005). Medicinska sestra u palijativnoj skrbi višestruki je aktivni sudionik koji neposredno provodi zdravstvenu njegu (Ozimec 2005). Patronažna sestra obzirom na razinu obrazovanja i kompetencije nezaobilazni je dio navedenih timova, integrirana u svim oblicima zdravstvene njege kako s oboljelim tako i s cijelom obitelji. Patronažna sestra je ključna suradnica i produžena ruka liječnika obiteljske medicine na terenu, te mu omogućava kontinuiran nadzor nad bolesnikovom okolinom u njegovom domu, te njegovim životnim i obiteljskim prilikama. Time je patronažna medicinska sestra oslobođena rada u ordinaciji, ali je opterećena većim brojem pacijenata i većim teritorijem koji svojim radom treba pokriti. Patronažna je služba organizirana polivalentno, što znači da sudjeluje u izvođenju kurativnog, preventivnog i socijalnog zbrinjavanja stanovništva svih dobnih skupina (Katić, Švab et al. 2013.). Jedna patronažna sestra skrbi prosječno o 4990 osiguranika. Najveći broj posjeta zabilježen je za bolesnike sa kroničnim bolestima te radi provođenja terapijskih postupaka kod teško pokretnih i nepokretnih osoba (HZJZ 2013).

Nakon otpusta iz bolnice patronažna medicinska sestra trebala bi posjetiti bolesnika i obitelj unutar 24 sata te ovisno o pacijentovom samoodređenju/odlučivanju planira mjesto skrbi i postupke zdravstvene njege (obrazac „izvješće/plan patronažne sestre – produženje zdravstvene njege u kući osigurane osobe“). Prema potrebi a sve u dogovoru s liječnikom obiteljske medicine u skrb uključuje se i mobilni palijativni tim. Patronažna sestra na osnovi prikupljenih podataka od pacijenta i članova obitelji, cjelovitog pregleda i stanja bolesnika te uvidom u otpusno pismo procjenjuje njegove fizičke, psihičke, socijalne i duhovne potrebe. Izvid patronažne sestre u domu bolesnika (kućna posjeta) usmjeren je na uspostavu povjerenja s bolesnikom i članovima obitelji, poštivanje privatnosti, autonomnosti i dostojanstva sukladno moralnim, vjerskim i etičkim načelima uz uvažavanje želje bolesnika te njegovo odlučivanje u vezi liječenja i skrbi. U umirućih bolesnika često su prisutni brojni problemi,

koje treba svakodnevno procjenjivati koristeći sve spomenute resurse s točno definiranim prioritetima njihova rješavanja uz stalnu evaluaciju i koordinaciju unutar tima. Patronažna sestra u svom svakodnevnom radu osim s obiteljskim liječnikom surađuje i s ustanovom za zdravstvenu kućnu njegu, Centrom za socijalnu skrb te raznim udrugama i ustanovama za čijom se pomoći ukaže potreba.

4.3. ZDRAVSTVENA NJEGA U KUĆI

Zdravstvenu njegu provodi medicinska sestra/tehničar općeg smjera u privatnoj praksi ili kao radnik Ustanove za zdravstvenu njegu u kući. Zdravstvenu njegu osiguranoj osobi propisuje izabrani doktor, što je obvezan prijaviti mjerodavnoj patronažnoj službi. Patronažna služba obvezna je tijekom razdoblja pružanja njege obići osiguranu osobu najmanje jednom u 14 dana, te izvijestiti izabranog doktora o njezinom zdravstvenom stanju, rezultatima dotada provedene zdravstvene njege i potrebi njezinog daljeg provođenja, odnosno potrebi obavljanja pregleda od strane izabranog doktora. Osigurana osoba ostvaruje pravo na zdravstvenu njegu na osnovi utvrđenih sljedećih stanja: nepokretnosti ili teške pokretnosti, kronične bolesti u fazi pogoršanja ili komplikacije, prolaznih ili trajnih zdravstvenih stanja kod kojih nije moguće samozbrinjavanje, nakon složenijih operativnih zahvata koji zahtijevaju previjanje i njegu rane, te u slučaju terminalne faze bolesti (Pravilnik o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja na zdravstvenu njegu u kući osigurane osobe, čl. 4, 5, 6, 9). Medicinske sestre kao članice kućnog palijativnog tima najviše vremena provode s bolesnicima te su odgovorne za stalnu procjenu i planiranje izravnih potreba skrbi. Dobra komunikacija i suradnja s LOM i patronažnom službom omogućuje bolju skrb za palijativnog bolesnika. Organizacija službe kućne njege zadnjih je godina rasteretila timove LOM od kućnih posjeta koje su vezane uz njegu bolesnika te je tako liječniku omogućeno da kućna posjeta bude usmjerena na rješavanje složenijih oblika skrbi i pružanju kompleksnije psihološke potpore bolesniku i njegovoj obitelji.

4.4. MOBILNI PALIJATIVNI TIM

Mobilni palijativni timovi za kućnu palijativnu skrb pružaju specijaliziranu palijativnu skrb pacijentima kojima je potrebna kod kuće, te podršku njihovim obiteljima i njegovateljima u pacijentovoj kući. Oni također pružaju specijalističko savjetovanje liječnicima opće prakse, obiteljskim liječnicima i sestrama koje njeguju pacijenta kod kuće.
Mobilni palijativni tim je multiprofesionalni tim koji, na prvom mjestu, podržava ljude kod kuće ili u staračkom domu (na primjer, rodbinu, medicinsko osoblje, medicinske sestre, fizioterapeute). Nudi podršku stupnjevitim pristupom. Tim za kućnu palijativnu skrb najčešće ima palijativnu savjetodavnu i mentorsku funkciju, te nudi svoju stručnost u terapiji boli, suzbijanju simptoma, palijativnoj njezi i psihosocijalnoj podršci. Tim također može savjetovati i podržavati izravno i samog pacijenta. Mobilni palijativni tim rjeđe obavlja praktične postupke, to jest neposrednu skrb u suradnji s liječnikom obiteljske medicine i drugim zdravstvenim radnicima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

5. MOBILNI SPECIJALISTIČKI TIM PALIJATIVNE SKRBI (MSTPS) ISTARSKE ŽUPANIJE

U MSTPS-u su stalno zaposleni specijalist radioterapeut- onkolog koji je ujedno i voditelj Djelatnosti za palijativnu skrb i dvije medicinske sestre koje obavljaju poslove koordinatora palijativne skrbi. Stalno zaposleni imaju višegodišnji radni staž u medicini. U tim se prema potrebi uključuju i vanjski suradnici (onkolog, neurolog, kirurg, psihijatar, fizijatar, stomatolog, ljekarnik, psiholog, obiteljski liječnik, socijalni radnik).

5.1. NAČIN RADA MOBILNOG SPECIJALISTIČKOG TIMA PALIJATIVNE SKRBI U ISTARSKOJ ŽUPANIJI

MSTPS odlazi u kućni posjet na poziv obiteljskog liječnika, samog bolesnika (rijetko) i članova obitelji (češće) ili na preporuku bolničkih liječnika. Uključivanje MSTPS u kućnu palijativnu skrb je moguće samo uz suglasnost obiteljskog liječnika. Također ako je ikako moguće obavi se zajednička kućna posjeta s obiteljskim liječnikom koji poznaje bolesnika, njegovo zdravstveno stanje, njegovu obitelj ali i socijalne prilike koje nerijetko utječu na stanje bolesnika. Zatim se definira glavni problem i dogovara zajednička skrb. Prema potrebi aktiviraju se ostali članovi tima. Učestalost kućnih posjeta MSTPS nije određena jer ovisi o vrsti i stadiju bolesti, sposobnosti obitelji da brinu o bolesniku i uključenosti tima obiteljske medicine. Ponekad je dovoljan jedan posjet tjedno a ponekad je potrebno i više posjeta na dan uz telefonske konsultacije. Ukoliko je potrebna parenteralna analgetička terapija, repozicioniranje subkutanih infuzija, suzbijanje nekontroliranih psihičkih simptoma ili zbrinjvanje bolesnika u agonalnom stanju članovi MSTPS će više puta dnevno obići bolesnika i njegovu obitelj. Telefonska komunikacija među članovima tima je sastavni dio ovakvog načina rada. Radno vrijeme MSTPS je od 7 do 21sat svaki radni dan. Medicinska sestra koja radi u koordinacijskom centru zaprima pozive sa terena te prema potrebi aktivira članove tima. Svi se pozivi upisuju u E-karton pacijenta, razlog poziva kao i poduzete radnje i preporuke. Često puta njegovatelji na terenu ili članovi obitelji trebaju savjet u vezi prehrane, regulacije probave, sprečavanja komplikacija dugotrajnog ležanja ili hidracije bolesnika. Medicinske sestre članovi mobilnog palijativnog tima prošle su obaveznu edukaciju iz područja palijativne skrbi.

5.2. EVALUACIJA RADA MOBILNOG SPECIJALISTIČKOG TIMA PALIJATIVNE SKRBI ISTARSKE ŽUPANIJE

U tablicama 3. i 4. prikazani su podaci iz evidencije rada MSTPS. Neke se aktivnosti nisu pratile zasebno u 2012. godini te kao takve nisu mogle biti ni prikazane.

U razdoblju između 2012. i 2014. godine vidljiv je porast broja palijativnh bolesnika koji su koristili usluge MSTPS. Također raste broj kućnih posjeta, konsultacija i palijativnih intervencija iz godine u godinu. Vidljivo je da broj zajedničkih kućnih posjeta LOM i MSTPS nije velik ali je u porastu.

Tablica 3. Broj bolesnika i kućnih posjeta MSTPS od 2012. do 2015. Prema: http://idz.hr/konferencija-konferencija-o-palijativnoj-skrbi/ Pristupljeno 10.01.2016.

	2012.	**2013.**	**2014.**	**2015.**
Broj kućnih posjeta	**732**	**2236**	**2308**	**2525**
Broj bolesnika/korisnika	**259**	**500**	**643**	**843**

U 2015 godini je mobilni palijativni tim izvršio prosječno tri kućne posjete za palijativnog bolesnika. Zavisno od stanja bolesnika te problema kojih ima za neke će bolesnike trebati više, a za neke manje kućnih posjeta. Uz posjete mobilnog palijativnog tima u skrbi bolesnika u kući važan dio posla su i kućne posjete obiteljskog liječnika.

U istraživanju Diane Parać-Bebek i suradnika, provedenome na namjernom uzorku od 67 liječnika obiteljske medicine u skupini specijalizanata obiteljske medicine iz svih krajeva Hrvatske i zaposlenika Doma zdravlja Zagreb-Istok, tijekom godine dana identificiran je 591 bolesnik kojemu je trebala palijativna skrb. Prosječno po timu liječnika obiteljske medicine 8,8 bolesnika treba godišnje palijativnu skrb. U istraživanoj skupini liječnika, liječnici su zbog

palijativne skrbi najčešće posjećivali bolesnike više od 10 puta godišnje, a 11 je liječnika posjetilo pojedine bolesnike u kući 20 i više puta tijekom posljednje godine života. Uz kućne posjete učestale su i telefonske konzultacije, za neke bolesnike i više puta u jednom danu, a prosječno jednom tjedno (Parać Bebek et al. 2006).

Tablica 4. Broj provedenih postupaka MSTPS u kući bolesnika. Prema: Prva konferencija opalijativnoj skrbi „Deset godina palijativne skrbi u Istri“, listopad 2015. http://idz.hr/konferencija-o-palijativnoj-skrbi/ Pristupljeno 10.01.2016.

GODINA	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**(8. mjesec)
Prvi pregled	**599**	493	525	403
Ponovni pregled		779	1158	745
Savjet	23	369	488	368
Savjetovalište	33	19	20	11
Primjena parenteralne th.	14	57	113	73
Postavljanje uretr. katetera	46	335	353	208
Pleuralna punkcija	52	11	28	5
Abdominalna punkcija	64	67	76	42
NGS sonda	40	128	161	96
Previjanje	23	94	127	133
Nekrektomija-incizija	17	42	87	74
UZV pretraga		20	13	8
Aspiracija dišnih puteva		8	4	10
Tel. konsultacije LOM		72	285	432
Tel. konsultacije obitelj		481	1039	1103
Tel. konsultacije suradnici		249	665	1053
Žalovanje	9	34	44	51
Zajedničke KP LOM/ MPT			10	20

6. ZAKLJUČAK

Osnovni cilj palijativne skrbi jest ublažavanje i rješavanje simptoma kako bi se osigurala kvaliteta života. Objedinjenje fizičkih, socijalnih, psiholoških i duhovnih oblika pomoći ima za cilj očuvanje dostojanstva bolesnika. Da bi se taj cilj ostvario poteban je multidisciplinaran pristup rješavanju problema. U palijativnu skrb je potrebno uključiti zdravstvene i nezdravstvene stručnjake a također i volontere kako bi bilo moguće cjelovito zbrinuti palijativnog bolesnika.

Brojne su prednosti pružanja palijativne skrbi u kućnim uvjetima. Vlastiti dom daje bolesniku osjećaj sigurnosti, nezavisnosti, udobnosti i prisnosti a sve to doprinosi kvalitetnijem i dostojnijem životu do njegovog samog kraja. Obitelj se lakše i postupnije adaptira na promjene zdravstvenog stanja ukoliko svakodnevno sudjeluje u skrbi. Kućnu palijativnu skrb možemo smatrati dobrom ukoliko je kontrola simptomatologije slična onoj koja se nudi u ustanovama koje nude istu uslugu. Moguće ju je provesti samo ako to dozvoljava sama bolest, ako uvjeti u domu to dopuštaju i ukoliko obitelj želi i može aktivno učestvovati. Ogroman teret u pružanju i organizaciji palijativne skrbi snose timovi liječnika obiteljske medicine sa svojim suradnicima patronažnom službom i ustanovama za zdravstvenu njegu u kući. Koordinacijski centri i mobilni palijativni timovi koji se zadnjih godina osnivaju imaju za cilj poboljšati kvalitetu skrbi za palijativnog bolesnika, rasteretiti liječnike obiteljske medicine i poboljšati suradnju primarne i sekundarne zdravstvene zaštite. Dobro organizirana palijativna skrb u kućnim uvjetima na razini primarne zdravstvene zaštite konkretna je pomoć bolesnicima i njihovim obiteljima.

Palijativna skrb trebala bi biti dostupna svim potrebitima a njeno provođenje ne bi smjelo ovisiti o senzibilizaciji ili bogatstvu lokalne samouprave već bi o takvoj skrbi trebala brinuti država.

7. ZAHVALE

Zahvaljujem mentoru, prof. dr. sc. Milici Katić na pruženoj podršci, strpljenju, uloženom vremenu i trudu u izradi ovog diplomskog rada.

Hvala svim profesorima na Medicinskom fakultetu koji su tijekom ove dvije godine nesebično dijelili znanje i vrijeme uz izraze poštovanja struci medicinskih sestara.

Hvala svim kolegicama i kolegama u Domu za starije osobe „ Alfredo Štiglić“ Pula.

Zahvaljujem i svojoj obitelji na pruženoj podršci, strpljenju, dobroti i ljubavi tijekom mog školovanja.

8. LITERATURA

Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi (2010)

www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=gKn5u42_E8A%3D...736. Pristupljeno: lipanj 2014.

Block B (2001) Etika umiranja Bilten za palijativnu medicinu/skrb, Zagreb

Brkljačić M (2006) Bioetika i palijativna medicina Potreba grada Rijeke za Hospicijem i palijativnom skrbi, Magistarski rad Medicinski fakultet Rijeka, Sveučilište u Rijeci

Brkljačić Žagrović M (2010) Palijativna medicina u Hrvatskoj – nužnost implementacije u zdravstveni sustav www.hrcak.srce.hr

Đorđević V Braš M Brajković L (2012) Palijativna skrb Mostovi nade i čovječnosti, Roketa, Zagreb

Đorđević V Braš M Brajković L (2013) Osnove palijativne medicine. Medicinska naklada, Zagreb

Franinović Marković J (2009) Djelovanje palijativne skrbi u Puli i Istarskoj Županiji, Glasnik pulske bolnice 6 (6) 2009

Fučkar G (1995) Proces zdravstvene njege. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Havelka M (1995) Zdravstvena psihologija Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu

Henderson V (1966) Basic Principles of Nursing Care
www.worldcat.org/.../basic-principles...prepared...vi... Pristupljeno 23. 6. 2016.

Jušić A et al. (1995) Hospicij i palijativna skrb Školska knjiga Zagreb

Katić M (2005) Palijativna skrb izazov liječnicima obiteljske medicine. Zbornik XII Kongres obiteljske medicine. Zadar. Hrvatska Udružba obiteljske medicine str. 26 – 40

Katić M Švab I et al. (2013) Obiteljska medicina sveučilišni udžbenik. Alfa Zagreb

Katić M (2014) Timski rad u obiteljskoj medicini u zbrinjavanju bolesnika koji boluju od kroničnih bolesti www.hdod.net/rad_drustva/Timski_rad_u_OM_2014.pdf Pristupljeno 16. svibanj 2016.

Katić M et al. (2016) Palijativna skrb u obiteljskoj medicini; Medix 2016;119/120: 190-194.

Maas EAT et al. (2013) What tools are available to identify patients with palliative care needs in primary care: a systematic literature review and survey of European practice. BMJ Support Palliat Care 2013;3:444-451.

Ozimec Š (2002) Zdravstvena njega umirućih bolesnika Zdravstveno veleučilište, Zagreb

Parać-Bebek D et al.(2006) Palijativna skrb u domu bolesnika – možemo li bolje? U: Zbornik VI. Kongresa Hrvatskoga društva obiteljskih doktora – Hrvatskoga liječničkog zbora. Rovinj 2006 Hrvatsko društvo obiteljskih doktora. 271-287.

Plan za zdravlje i socijalno blagostanje Istarske županije – Operativni plan aktivnosti za 2015. godinu
http://zdravasana.istraistria.hr/uploads/media/KONACNO_za_PDF_OPA_2015____amandmani___ispravak.pdf Pristupljeno 11. 5. 2016.

Prlić N (2008) Zdravstvena njega Školska knjiga Zagreb

Rapić M Mačešić B Rapić Mrgan M (2005) Obitelj kao osnovna jezgra palijativne skrbi www.hrčak.srce.hr/file/200952 Pristupljeno 01. 9. 2015.

The RCGP Curriculum: Professional & Clinical Modules Version approved 19 January 2016 dostupno:http://www.rcgp.org.uk/training-exams/gp-curriculum-overview/~/media/Files/GP-training-and-exams/Curriculum-2012/RCGP-Curriculum-modules.ashx. Pristupljeno 11.3.2016

Vuletić et al. (2014) Palijativna skrb i medicinsko duhovne potrebe terminalnih bolesnika

http://hrcak.srce.hr/133995

www.rijeka.hr/fgs.axd?id=23996. Pristupljeno 3.08. 2015.

www. palijativna-skrb.hr Pristupljeno 4.09.2015.

http://idz.hr/konferencija-o-palijativnoj-skrbi/ Pristupljeno 10.01.2016.

http://www.kbc-rijeka.hr/docs/Strateski_plan_razvoja_palijativne_skrbi_u_RH_za_razdoblje_2014-2016.pdf Pristupljeno 3. 3. 2016.

9. ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODACI:

Ime i prezime: Vesna Minić

Datum i mjesto rođenja: 27.03.1962. Kotor

Adresa: Voltićeva 16, Pula

OBRAZOVANJE:

1976 - 1978 Gimnazija „ Branko Semelić“ Pula

1978 - 1980 Centar odgoja i usmjerenog obrazovanja u društvenim djelatnostima „Branko Semelić“ Pula, zdravstveno usmjerenje

2007 – 2010 Sveučilišni studij sestrinstva u Rijeci

2013 - 2015 Sveučilišni diplomski studij sestrinstva

STRUČNO USAVRŠAVANJE :

2011 – 2014 Više edukacija iz područja uvođenja standarda kvalitete u Domove za starije i nemoćne osobe po modeli E- QALIN

2012 – 2015 Više domaćih tečajeva iz područja bolničkih infekcija

2014 . tečaj Integrativne validacije – primjena u radu s dementnim osobama

2015. tečaj Bazalne stimulacije – primjena u radu s dementnim osobama

RADNO ISKUSTVO:

1988 – 1996. Opća bolnica Pula - interni odjel

1996 – 2002. Ustanova za zdravstvenu njegu u kući vl. Dunja Račić

2002. zapošljavam se u Domu za starije osobe“ Alfredo Štiglić“ Pula gdje radim i sada te obavljam poslove voditeljice odjela zdravstvene skrbi