

Mogućnosti pružanja palijativne skrbi u specijalnim psihijatrijskim bolnicama - primjer neuropsihijatrijske bolnice "Dr. Ivan Barbot" Popovača

Domokuš, Nikolina Antonia

Professional thesis / Završni specijalistički

2015

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://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:161293>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-27**



Repository / Repozitorij:

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



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Nikolina Antonia Domokuš

**MOGUĆNOSTI PRUŽANJA PALIJATIVNE SKRBI U
SPECIJALNIM PSIHIJATRIJSKIM BOLNICAMA**
- PRIMJER NEUROPSIHIJATRIJSKE BOLNICE “DR. IVAN BARBOT“ POPOVAČA

Završni specijalistički rad

Zagreb, rujan 2015. godine

Ustanove u kojima je rad napravljen:

Neuropsihijatrijska bolnica „Dr. Ivan Barbot“ Popovača

Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Voditelj rada

Doc.dr.sc Aleksandar Džakula

Redni broj rada: _____

Zahvaljujem mentoru doc dr. sc. Aleksandru Džakuli

na kontinuiranoj potpori i dragocjenim savjetima pri izradi ovog specijalističkog rada.

Sadržaj

POPIS OZNAKA I KRATICA.....	i
1. UVOD.....	1
2. CILJ RADA.....	10
3. METODE.....	11
4. REZULTATI.....	13
4.1. Procjena potrebe za palijativnom skrb.....	13
4.1.1. Potrebe za palijativnom skrbi u Republici Hrvatskoj.....	13
4.1.2. Statistički pokazatelji zdravlja u Sisačko moslavačkoj županiji.....	15
4.2.Vrednovanje i analiza resursa NPB „Dr. Ivan Barbot“	17
4.2.1. Specifičnosti rada u NPB „Dr. Ivan Barbot“	17
4.2.2. Palijativna skrb u NPB „Dr. Ivan Barbot“	17
4.3. Analiza rezultata internog istraživanja znanja i stavova.....	19
4.4. Specifično vrednovanje okruženja i resursa NPB „Dr. Ivan Barbot“	22
4.4.1. Opće potrebe pacijenta u palijativnoj skrbi.....	22
4.4.2. Psihijatrijski pacijenti sa potrebom za palijativnom skrbi.....	23
4.4.3. Demencija – posebno stanje i potrebe.....	26
4.4.4. Uloga palijativnog tima u palijativnoj skrbi	28
4.4.5. Financijski i organizacijski aspekti palijativnih timova u bolnicama.....	29
4.4.6. Psihijatar u palijativnom timu.....	31
5. Ocjena mogućnosti NPB „Dr. Ivan Barbot“ za pružanje palijativne skrbi.....	33
5.1. SWOT analiza palijativne skrbi u NPB „Dr. Ivan Barbot“ Popovača.....	33
5.2. SWOT analiza palijativne skrbi u sličnim specijalnim bolnicama.....	35
6. RASPRAVA.....	37
7. ZAKLJUČAK.....	43
8. SAŽETAK.....	44
9. LITERATURA.....	46
10. ŽIVOTOPIS.....	52

POPIS OZNAKA I KRATICA

NPB „DR. IVAN BARBOT“	Neuropsihijatrijska bolnica „Dr. Ivan Barbot“
SWOT ANALIZA	Stenghts – snage, Weakneses – slabosti, Opportunities – prilike, Threats – opasnosti
HMS	Hitna medicinska služba
JIL	Jedicina intenzivnog liječenja
CEPAMET	Centar za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine
SZO	Svjetska zdravstvena organizacija
PTSP	Posttraumatski stresni poremećaj
SMR	Standardni omjer smrtnosti
LOM	Liječnik obiteljske medicine
MEF	Medicinski fakultet
HZZO	Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

1. UVOD

Palijativna skrb

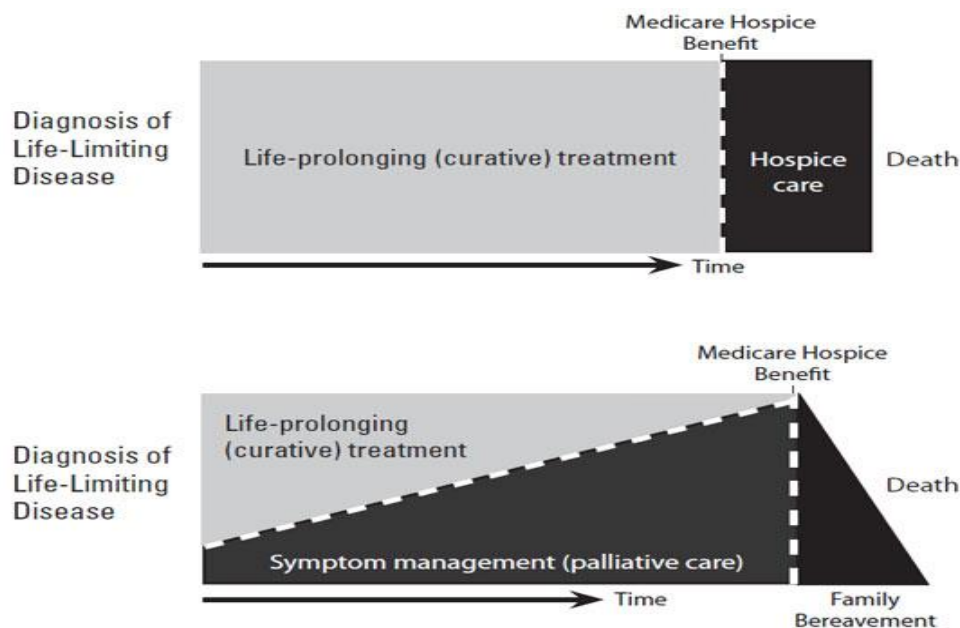
Palijativna skrb je aktivna, ukupna skrb za pacijenta čija bolest ne reagira na postupke liječenja. Najvažnije je suzbijanje boli, ili drugih simptoma, te socijalnih, psiholoških i duhovnih problema. Palijativna skrb je interdisciplinarna u svom pristupu, te svojim djelokrugom obuhvaća pacijenta, obitelj i zajednicu. 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 (1).

Palijativna skrb je pristup koji poboljšava kvalitetu života bolesnika i njihovih obitelji suočenih s problemima vezanim uz neizlječive bolesti, a to čini kroz prevenciju i ublažavanje patnje ranim otkrivanjem, te besprijekornim utvrđivanjem i suzbijanjem boli i ostalih fizičkih, psihosocijalnih i duhovnih problema (2).

Pojam palijativne skrbi podrazumijeva personalizirani oblik zdravstvene skrbi. On proširuje djelokrug rada zdravstvenog radnika izvan biomedicinskog modela, prema mnogo širem pristupu. To je neophodno ukoliko se želi sagledati ne samo biološka osnova bolesti, već i patnja pacijenta, skrb za pacijenta u jednakoj mjeri kao i liječenje pacijenta, te kvaliteta života jednako kao i njegova kvantiteta (3).

Definicija palijativne skrbi

Definicija palijativne skrbi razvijala se tijekom godina, ovisno o tome kako se razvijalo područje palijativne skrbi u različitim državama. Palijativna skrb definirana je ne samo u odnosu na organ, starost, tip bolesti ili patologiju, nego i prema procjeni vjerojatne prognoze i s obzirom na specifične potrebe pojedinog bolesnika i njegove obitelji (4). Tradicionalno je palijativna skrb gledana kao primjenljiva u momentu kad je smrt neizbježna. Danas je prihvaćeno da se palijativna skrb može pružiti i u mnogo ranijem stadiju bolesti, u samom tijeku progresivne bolesti, a nakon smrti pacijenta uključuje prorađivanje žalovanja sa članovima obitelji (Slika 1).



Slika 1. Model palijativne skrbi. Izvor: Palliative Care and Pain Management at the End of Life

Naziv palijativa potječe od latinske riječi „pallium“ što znači „maska“ ili „plašt“. Ova etimologija upućuje na ono što palijativna skrb jest, a to je da ona maskira učinke neizlječive bolesti ili pribavlja ogrtač onima koji su ostavljeni na hladnoći, jer im se ne može pomoći kurativnom medicinom. Palijativna skrb uključuje i primjenu drugih palijativnih intervencija, kao što su kirurški palijativni postupci, radioterapija, kemoterapija, hormonalna terapija itd. Krajnji je cilj svih ovih intervencija omogućiti bolesniku najbolju moguću kvalitetu života. Palijativna skrb nudi sustav potpore kako bi pacijenti živjeli što aktivnije sve do smrti. U tom smislu važno je napomenuti da pacijent postavlja ciljeve i prioritete. Uloga zdravstvenog profesionalca je omogućiti i pomoći pacijentu u postizanju njegovog/njezinog cilja. Evidentno je da se prioritete za pojedinog pacijenta mogu dramatično promijeniti tijekom vremena (5).

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) definirala je palijativnu skrb kao „Potpunu skrb o bolesniku čija bolest ne odgovara kurativnom liječenju. Najvažnija je kontrola boli, drugih simptoma i psiholoških, socijalnih i duhovnih problema. Cilj je palijativne skrbi postizanje najbolje kvalitete života bolesnika i njihovih obitelji“ (1). Ova je definicija posebno vrijedna u onom dijelu koji se odnosi na bolesnika, jer naglašava različitosti ljudske naravi i utvrđuje kvalitetu života kao svoj konačni cilj. Ipak upotreba riječi “kurativan” nije ispravna, jer se mnoge kronične bolesti ne mogu izliječiti, a mogu biti u skladu s trajanjem života kroz više desetljeća. Doyle je pojasnio situaciju kad je napisao da se palijativna skrb usredotočuje na zadnje godine ili mjeseci života kad je smrt već predvidljiva, a ne samo moguća (6). Gleda se na tip fizičkog, emocionalnog, socijalnog i duhovnog trpljenja koje bi se moglo pojaviti, a

koje bi se trebalo i moglo olakšati. Novija SZO-ova definicija palijativne skrbi naglašava sprječavanje trpljenja: „Palijativna je skrb pristup koji poboljšava kvalitetu života bolesnika i njihovih obitelji, suočavajući se s problemima vezanim uz bolest koja prijeti životu. Ona to čini putem sprječavanja i olakšanja trpljenja, pomoću rane identifikacije i besprijeke prosudbe i liječenja boli i drugih problema, fizičkih, psihosocijalnih i duhovnih” (3).

Kao dodatak najnovijoj definiciji palijativne skrbi SZO postavlja bitne principe prema kojima palijativna skrb (5):

- osigurava oslobađanje od boli i drugih simptoma
- naglašava život i gleda na umiranje kao na normalan proces
- niti ubrzava niti odgađa smrt
- integrira psihološke i duhovne vidove bolesnikove skrbi
- pruža sustav potpore kako bi se bolesnicima pomoglo živjeti što aktivnije sve do smrti
- pruža sustav potpore koji pomaže obitelji tijekom bolesnikove bolesti i u doba žalovanja
- timski pristupa potrebama bolesnika i njihovih obitelji, uključivši ako je potrebno i savjetovanje u žalovanju
- povećava kvalitetu života i pozitivno utječe na tijek bolesti
- primjenjuje se rano u tijeku bolesti, u vezi s nizom drugih medicinskih postupaka koja imaju za cilj produženje života, kao što su kemoterapija i radijacijska terapija, te uključuje ona ispitivanja potrebna za bolje razumijevanje i liječenje teških kliničkih komplikacija.

Razine palijativne skrbi

Palijativna skrb može se pružati na različitim razinama zdravstvene zaštite. Razine organizacije palijativne skrbi su:

- Razina 1 – palijativni pristup
- Razina 2 – osnovna (opća) palijativna medicina/skrb

- Razina 3 – specijalistička palijativna medicina
- Razina 4 – centri izvrsnosti (referentni centar)

Palijativni pristup pacijentima koristit će se u okruženjima i uslugama samo povremeno. Nasuprot tome, specijalistička palijativna skrb odnosi se na interdisciplinarni tim adekvatno osposobljenih liječnika, medicinskih sestara, socijalnih radnika, svećenika i drugih članova čija je stručnost potrebna kako bi se optimizirala kvaliteta života osoba sa smrtonosnim ili pak iscrpljujućim kroničnim bolestima (7).

Palijativni pristup

Palijativni pristup je način integriranja palijativnih metoda i postupaka u okruženjima koji nisu specijalizirani za palijativnu skrb. To ne uključuje samo farmakološke i nefarmakološke mjere suzbijanja simptoma već i komunikaciju s pacijentom i obitelji, kao i s drugim zdravstvenim radnicima, te odlučivanje i postavljanje ciljeva u skladu s načelima palijativne skrbi. Palijativna skrb zahtijeva koordiniran timski pristup. Niti pojedinac, niti pojedina disciplina ne mogu adekvatno odrediti opseg i složenost problema koji se javljaju tijekom perioda pružanja palijativne skrbi. Iako često osnovni tim sastavljen od liječnika, medicinske sestre i socijalnog radnika može pružiti potrebnu njegu, često je potrebno uključiti profesionalce iz širokog spektra medicinskih, sestrinskih i srodnih zdravstvenih djelatnosti (7). Kako bi takav tim djelovao kohezivno, ključno je da postoje zajednički ciljevi te učinkovita i brza komunikacija. Osoblje u palijativnoj skrbi treba održavati suradnički odnos s pacijentima i obitelji. Pacijent i obitelj su važni partneri u planiranju njihove skrbi i postupaka u vezi njihove bolesti. Palijativna skrb drži se salutogenog stava s naglaskom na pacijentova sredstva i kompetencije, a ne samo na njegove teškoće. Palijativni pristup trebao bi biti dostupan liječnicima obiteljske medicine i osoblju u općim bolnicama, a također i osoblju u staračkim domovima i ustanovama za njegu. Kako bi se pružateljima usluga omogućilo korištenje palijativnog pristupa, palijativna skrb mora biti uključena u nastavne planove i programe temeljne edukacije liječnika, sestara, te drugih srodnih zdravstvenih struka. Vijeće Europe preporučuje da svi radnici u zdravstvu moraju pouzdano vladati osnovnim principima palijativne skrbi i biti sposobni primjenjivati ih u praksi (3).

Opća palijativna skrb

Opću palijativnu skrb pružaju radnici u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, te specijalisti u liječenju bolesnika sa smrtonosnim bolestima koji dobro vladaju osnovnim znanjima i vještinama iz palijative. Stručnjaci koji su češće uključeni u palijativnu skrb kao što su specijalisti onkologije i gerijatrije, iako palijativna skrb nije glavni fokus njihovog rada, još uvijek mogu steći poseban trening i obrazovanje u palijativnoj skrbi, te također mogu pružiti dodatna ekspertna znanja. Ovisno o struci, opća se palijativna skrb može poučavati na preddiplomskoj i diplomskoj razini, na poslijediplomskoj razini ili kroz programe kontinuiranog profesionalnog razvoja (8).

Specijalistička palijativna skrb

Pacijenti s neizlječivom bolesti, kao i oni koji su im važni, mogu imati složene potrebe koje zahtijevaju angažman tima specijalističke palijativne skrbi. Specijalistička palijativna skrb opisuje službe čija je glavna djelatnost pružanje palijativne skrbi. Te službe obično skrbe za pacijente sa složenim i teškim potrebama i stoga zahtijevaju višu razinu obrazovanja, osoblja i drugih resursa (7). Svi pacijenti s progresivnom neizlječivom bolesti trebali bi imati pristup službama za specijalističku palijativnu skrb koje se odnose proaktivno prema svim njihovim simptomima i učincima tih simptoma na njih i njihove obitelji/njegovatelje. Pacijenti s potrebama za kompleksnom palijativnom skrbi zahtijevaju širok raspon terapijskih intervencija za suzbijanje simptoma. Kako bi mogle sigurno obavljati te intervencije, relevantne službe specijalističke palijativne skrbi moraju imati pristup adekvatno educiranom osoblju. Službe specijalističke palijativne skrbi zahtijevaju timski pristup, kombinirajući multiprofesionalni tim s interdisciplinarnim načinom rada. Članovi tima moraju biti visoko kvalificirani, a glavno težište njihovog rada mora biti u palijativnoj skrbi (8).

Centar izvrsnosti (referentni centar)

Centri izvrsnosti trebaju osiguravati specijalističku palijativnu skrb u raznim okruženjima, uključujući ambulantnu i stacionarnu skrb, kućnu skrb i konzilijarne službe, a trebali bi pružati i akademsku bazu za istraživanja i obrazovanje. Također, trebaju djelovati kao fokus za obrazovanje, istraživanje i širenje, te razvoj standarda i novih metoda (8).

Strateški plan razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014.-2016.

Polazište za ovaj dokument je Nacionalna strategija razvoja zdravstva Republike Hrvatske 2012.-2020., a plan je izrađen prema Bijeloj knjizi o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi - Preporuke Europskog udruženja za palijativnu skrb, te preporukama 24 Povjerenstva ministara Vijeća Europe državama članicama o organiziranju palijativne skrbi, a koji je usvojila Vlada Republike Hrvatske 27. prosinca 2013. godine.

- Sustav palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj prema Strateškom planu organiziran je prema sljedećim načelima (9):

1. Palijativna skrb u Hrvatskoj predstavlja integrirani model skrbi čiji su temeljni nositelji postojeći elementi sustava zdravstvene zaštite (liječnici obiteljske medicine, pedijatri, patronažne sestre, zdravstvena njega u kući, ljekarnici, psiholozi, fizioterapeuti, domovi zdravlja, bolnice, lječilišta, stacionari...) i socijalne skrbi (ustanove, centri...).

2. Sustav palijativne skrbi primarno se ne uspostavlja kao novi / dodatni sustav već se ustrojava prenamjenom postojećih resursa (smještajni i terapijsko - rehabilitacijski kapaciteti), osnaživanjem i osposobljavanjem profesionalaca, te postavljenjem novih procedura i standarda rada.

3. Ukoliko unutar postojećih resursa prenamjenama i unapređenjima nije moguće postići traženu razinu kvalitete mogu se razviti zamjenski ili dopunski sustavi.

4. Palijativna skrb kontinuirano i partnerski uključuje djelovanje drugih sektora koji mogu doprinijeti boljoj skrbi za korisnike usluga palijativne skrbi (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, zatvorenika i pripadnika manjina.

10. Stacionarna skrb za korisnike palijativne skrbi može se provoditi u bolnicama, stacionarima u domovima zdravlja, hospicijima, dnevnim bolnicama i dnevnim boravcima, te ustanovama za pružanje socijalne skrbi.

11. Volonterski timovi sudjeluju na svim razinama zdravstvene skrbi: akutnoj, produženoj i kućnoj.

12. Barem dio usluga palijativne skrbi treba biti dostupan svih sedam dana u tjednu.

13. Palijativna skrb u trenutku potrebe za njom mora biti besplatna za korisnike palijativne skrbi.

U svakoj županiji potrebno je kao minimalni standard uspostaviti:

- Centar za koordinaciju palijativne skrbi
- Osiguran stacionarni smještaj s palijativnom medicinom (u vlastitim ustanovama, ili ugovoreni kreveti u stacionarnoj skrbi sa uslugama palijativne medicine). Standard za broj postelja za palijativnu medicinu je 80-100 postelja na 1 000 000 stanovnika
- Organizirani sustav potpore specijalističkog tima (bolničkog ili vanbolničkog) za palijativnu medicinu za sve koji pružaju palijativnu skrb u primarnoj zdravstvenoj zaštiti
- Posudionicu pomagala

S obzirom na stacionarni smještaj palijativnih bolesnika, minimalni standard od 80 postelja na milijun stanovnika za palijativnu zdravstvenu skrb (ukupno 345 postelja) osigurava se po sljedećem modelu:

- Opće bolnice – ukupno 175 postelja
- Specijalne bolnice (regionalni centri) – ukupno 85 postelja
- Ostali stacionarni kapaciteti (dječji odjeli, psihijatrijski odjeli, stacionari domova zdravlja, zatvorske bolnice...) – ukupno 85 postelja

Zbog posebnih potreba koje uvjetuju ruralna područja, otoci, područja posebne državne skrbi i sl., može se dodatno osigurati daljnjih 45-80 postelja, što predstavlja dodatni standard od 20 postelja na milijun stanovnika. Radi pravilne raspodjele kapaciteta, u svakoj općoj bolnici se za palijativnu medicinu prenamjenjuje najmanje 1% postelja (2 postelje kao minimum). Ako u regiji nema opće bolnice, kreveti za palijativnu medicinu mogu se osigurati i u kliničkom bolničkom centru (najmanje 1% postelja i minimum od 2 postelje). U načelu, palijativnog pacijenta treba smještati u palijativne posteljne kapacitete što bliže pacijentovom mjestu stanovanja kako bi se što bolje očuvali socijalni kontakti i mogućnost posjeta (9).

Neuropsihijatrijska bolnica „Dr. Ivan Barbot“ - povijest i sadašnjost

1934. godine na nekadašnjem vlastelinskom imanju grofova Erdödyja, dr. Ivan Barbot osnovao je bolnicu u Popovači kao odjeljenje beogradske državne bolnice za duševne bolesti za svoje kronične bolesnike u Moslavini. Na temeljima tog odjeljenja, tzv. depandanse, razvila se u vrijeme II. Svjetskog rata Bolnica za umobolne, kasnije Bolnica za živčane i duševne bolesti Moslavina – Popovača i u konačnici Neuropsihijatrijska bolnica koja od 1974. godine u znak priznanja svom osnivaču i tvorcu nosi naziv Neuropsihijatrijska bolnica „Dr. Ivan Barbot“. Primarius dr. Ivan Barbot zastupao je koncepciju o potrebi aktivnog uključivanja bolesnika u sustav privređivanja unutar psihijatrijskih institucija. Prvo vrijeme postojanja bolnica je bila pretežito azilnog tipa. Liječeni su uglavnom kronični psihijatrijski bolesnici s najčešćim dijagnozama: shizofrenija, oligofrenija, epilepsija, progresivna paraliza, demencija, psihopatija, a liječila su se i djeca s poteškoćama u razvoju. Prosječno trajanje liječenja bilo je dugo, a bolnica je mogla smjestiti i liječiti nekoliko stotina psihijatrijskih bolesnika godišnje. Tih su godina primjenjivane tada važeće metode liječenja s dominantnom ulogom terapije radom kao rehabilitacijskim postupkom i načinom liječenja. Sade se voćnjaci i vinogradi, proširuje se rad na ekonomiji, a uz radnu terapiju osigurava se i hrana za prehranu

hospitaliziranih bolesnika. Bolnica je tijekom vremena mijenjala svoju ulogu i pristupe u psihijatrijskom liječenju prateći povijesni kontekst i događaje među kojima je i Domovinski rat kada su vojnici sa ratišta dolazili na odjele gdje im je pružana psihološka pomoć. Tijekom tog razdoblja, uz rad s psihijatrijskim bolesnicima, rad je bio usmjeren na prevenciju i liječenje psihičkih reakcija u izvanrednim uvjetima, rad s prognanim i izbjeglim osobama koji se odvijao u bolnici, ali i izvan nje, u prognaničkim naseljima, ustanovama u kojima su liječeni i rehabilitirani ranjenici. Ti pacijenti i danas imaju ulogu u stacionarnom i ambulantnom liječenju posttraumatskog stresnog poremećaja, te sudjeluju u grupnoj psihoterapiji Dnevne bolnice. Bolnica danas mijenja svoje aspekte slijedeći trendove koje nameće Europska unija te smanjuje broj bolničkih smještajnih kapaciteta, a povećava rad Dnevne bolnice i broj pregleda ambulantnog dijela (10). Jedna od osobitosti koje se nameće promatrajući promjene u strukturi bolesnika je i povećavanje broja pacijenata starije životne dobi sa dijagnozom demencije ili psihoorganskog sindroma. Ti pacijenti liječe se na gerontopsihijatrijskom odjelu koji broji najveći broj kreveta u Bolnici. Također, prati se porast broja pacijenata u fazi kronične psihičke bolesti koji zahtijevaju produljeno liječenje. Trend porasta pregleda osoba starije životne dobi također se prati i u ambulantom dijelu. Stoga se nameće potreba za uvođenjem šireg spektra zdravstvenih usluga za psihijatrijske pacijente kao i stanovništvo koje gravitira Bolnici a među njima se izdvaja i palijativna skrb.

2. CILJ RADA

Cilj rada je analizirati postojeće stanje i resurse te mogućnosti NPB „Dr. Ivan Barbot“ Popovača za uključivanje u procese pružanja palijativne skrbi u Zapadnoj Slavoniji i Moslavini, njezine predispozicije i mogućnosti razvoja palijativne skrbi kao bolničke djelatnosti. Svrha rada je istražiti mogućnosti uključivanja sličnih specijalnih bolnica u proces pružanja palijativne skrbi te ih prikazati kroz osnovne smjernice i preporuke.

SPECIFIČNI CILJEVI:

- 1. Procjena potrebe za palijativnom skrbi u Republici Hrvatskoj, stanovništva u regiji kao i za pacijente koji zbog specifičnosti dijagnoza gravitiraju NPB „Dr. Ivan Barbot“**
- 2. Vrednovanje i analiza resursa koje NPB „Dr. Ivan Barbot“ ima u odnosu prema standardima zadanim u Strateškom planu razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014.-2016.**
- 3. Analiza rezultata i zaključci provedenog internog istraživanja znanja i stavova zaposlenika NPB „Dr. Ivan Barbot“ o palijativnoj skrbi**
- 4. Specifično vrednovanje okruženja i resursa NPB „Dr. Ivan Barbot“ u odnosu na psihijatrijske bolesnike te lokalno stanovništvo u cjelini**
- 5. Ocjena mogućnosti NPB „Dr. Ivan Barbot“ za pružanje palijativne skrbi**
- 6. Osnovne preporuke i smjernice za uključivanje sličnih bolnica u mrežu palijativne skrbi**

3. METODE

1. U procjeni potreba za palijativnom skrbi u Republici Hrvatskoj, stanovništva u regiji kao i za pacijente koji zbog specifičnosti dijagnoza gravitiraju NPB „Dr. Ivan Barbot“ korišteni su zdravstveno statistički pokazatelji za Sisačko - moslavačku županiju te pokazatelji rada u NPB „Dr. Ivan Barbot“. Kao izvor su korišteni Zdravstveno statistički ljetopis za 2013. godinu Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo te podaci prema internim izvješćima Bolnice. Korišteni su i epidemiološki podaci Zavoda za javno zdravstvo Sisačko - moslavačke županije kako bi se prikazala stopa mortaliteta i morbiditeta osoba oboljelih od malignih bolesti u Sisačko - moslavačkoj županiji kao i dijagnostičke skupine pacijenata liječenih u NPB „Dr. Ivan Barbot“ u 2012. godini.

2. U vrednovanju i analizi resursa za palijativnu skrb NPB „Dr. Ivan Barbot“ korišteni su upitnici Ministarstva zdravlja za procjenu resursa izrađeni prema Strateškom planu razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014.-2016. U radu je također provedena usporedba postojećih resursa NPB „Dr. Ivan Barbot“ koji se kontinuirano razvijaju i unaprijeđuju u zadnje dvije godine otkako postoji palijativna skrb u Bolnici, kao i resursa koje Bolnica ima obzirom na svoju 80 godišnju povijest sa predviđenim standardima definiranim na temelju Strateškog plana.

3. Za istraživanje znanja i stavova zaposlenika NPB „Dr. Ivan Barbot“ o palijativnoj skrbi korištena je analiza rezultata i zaključci provedenog internog istraživanja. Upitnik je formirao multidisciplinarni tim stručnjaka na temelju pregleda strane i domaće literature o palijativnoj skrbi. Prilikom formiranja metodologije ovog istraživanja uzet je u obzir temeljni koncept upravljanja promjenama koji podrazumijeva sagledavanje i analiziranje promjena u okolini koje očekuje organizaciju. Da bi se uspješno provele promjene, potrebno je prvo prepoznati da je promjena poželjna i ostvariva. Anketirane su sve profesije zaposlenika u Bolnici (liječnici, medicinske sestre/tehničari, negovatelji, radni terapeuti, psiholozi, socijalni radnici, ekonomisti, frizerke, čistačice itd.) bez isključivih faktora. Anketa je provedena tijekom svibnja 2013. godine, neposredno prije provođenja ciklusa edukacije zaposlenika na razini palijativnog pristupa kako ne bi bilo utjecaja na rezultate istraživanja. Prilikom ispitivanja korišten je anonimni upitnik sa 22 pitanja, podijeljen u tri dijela, kojim su ispitivana znanja, stavovi i dosadašnja iskustva u palijativnoj skrbi. Anketirano je 476 zaposlenika. Na pitanja se odgovaralo pomoću Likert skale, da/ne odgovori, dok se na određena pitanja moglo

odgovoriti i slobodnim tekstom. U statističkoj obradi rezultata korišten je SPSS program. Prilikom obrade podataka zaposlenici su raspoređeni u više kategorija - liječnici, medicinske sestre / tehničari, njegovatelji, psiholozi, radni terapeuti, socijalni radnici te ostali svrstani zajedno kao nemedicinska zanimanja. Rezultati su bili izraženi na kvantitativni i kvalitativni način.

4. U vredovanju okruženja i resursa NPB „Dr. Ivan Barbot“ u odnosu na psihijatrijske bolesnike te lokalno stanovništvo u cjelini korištena je usporedba postojeće i moguće prakse u NPB „Dr. Ivan Barbot“ s međunarodnim dokumentima i smjernicama iz područja palijativne skrbi (literatura, Bijela knjiga o palijativnoj skrbi, Bijela knjiga o demenciji, smjernice). Dok strana literatura prepoznaje i opisuje različita područja palijativne skrbi, brojna istraživanja i etička pitanja, i dalje postoji manjak literature hrvatskih autora pri čemu se izdvaja dokument Strateški plan razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014.-2016. Bijela knjige o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi jedan je od ključnih dokumenata korišten u radu, a pruža smjernice o temeljnim kompetencijama za sve zdravstvene i socijalne radnike koji se diljem Europe obrazuju i/ili usavršavaju na području palijativne skrbi.

Za ukupnu ocjenu mogućnosti NPB „Dr. Ivan Barbot“ za pružanje palijativne skrbi izrađene su SWOT analize: SWOT analiza mogućeg razvoja palijativne skrbi u NPB „Dr. Ivan Barbot“, te SWOT analiza sustavnog uključivanja sličnih specijalnih bolnica u sustav pružanja palijativne skrbi.

SWOT analiza (engl. SWOT analysis) je instrument pomoću kojeg se dinamički sučeljavaju snage/slabosti neke organizacije s prilikama/opasnostima okruženja radi identificiranja šansi/rizika za njezinu opstojnost. SWOT analiza (akronim od strengths – snage, weaknesses – slabosti, opportunities – prilike i threats – opasnosti) dijagnostički je i prognostički instrument, koji omogućuje i olakšava planiranje mjera za pojačanje snaga i razgradnju slabih mjesta, ishodište u procesu strategijskog upravljanja, prvi korak u definiranju postojeće i poželjne pozicije organizacije.

4. REZULTATI

4.1. Procjena potrebe za palijativnom skrbi

4.1.1. Potrebe za palijativnom skrbi u Republici Hrvatskoj

U Hrvatskoj godišnje umire oko 50.386 osoba, od toga 40.573 osoba u dobi od 65 i više godina (79% svih umrlih starijih od 65 g.). 21.011 osoba godišnje oboli od karcinoma, a stopa incidencije novodijagnosticiranih bolesnika s invazivnim rakom iznosi 473/100.000 stanovnika. Godišnje u Republici Hrvatskoj od karcinoma umre 14.012 osoba. Stopa mortaliteta je 329,6/100.000 stanovnika. Mjesto umiranja najčešće je bolnica (48%), domovi za starije (20%) dok 10% umre kao iznenadna smrt (11).

Palijativnu skrb u Hrvatskoj godišnje treba oko 30 tisuća ljudi, no dobije je tek nekoliko stotina. Mreža timova i ustanova za palijativnu skrb u Hrvatskoj još je uvijek nedovoljno razvijena i ne postoji čvrsto strukturirana i odgovarajuće organizirana skrb za neizlječivo bolesne i članove njihovih obitelji. Zakonska osnova, međutim, postoji još od 2003. godine kada je Zakonom o zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske predviđeno osnivanje prve ustanove za palijativnu skrb i to do prosinca 2008. godine. Sustav palijativne skrbi primarno se ne uspostavlja kao novi / dodatni sustav već se ustrojava temeljem prenamjene postojećih resursa (smještajni i terapijsko – rehabilitacijski kapaciteti) osnaživanjem i osposobljavanjem profesionalaca te postavljenjem novih procedura i standarda rada. Ukoliko unutar postojećih resursa prenamjenama i unapređenjima nije moguće postići traženu razinu kvalitete mogu se razviti zamjenski ili dopunski sustavi. Podaci o uzrocima smrti, hospitalizacijama zbog zloćudnih bolesti, troškovima povezanim uz zbrinjavanje palijativnih bolesnika, te postojećim ili predviđenim kapacitetima za palijativnu skrb, važni su za razumijevanje postojećeg stanja i resursa. Procjenjuje se da je za 1.000.000 stanovnika potrebno 50 kreveta za palijativnu skrb. Uz optimalnu veličinu od 8-12 kreveta po jedinici, to bi odgovaralo broju od pet jedinica palijativne skrbi na milijun stanovnika. Nedavno ažurirane procjene pokazuju da je za palijativnu i hospicijsku skrb potrebno 80-100 kreveta na 1.000.000 stanovnika (9). Kadrovske potrebe jedinice palijativne skrbi zahtijevaju predan temeljni tim medicinskih sestara i liječnika. Najmanje jedna medicinska sestra na jedan krevet, a po mogućnosti 1,2 sestre na jedan krevet. Liječnik s posebnom edukacijom, uz omjer od najmanje 0,15 liječnika na jedan krevet, ili 1 liječnik na 5-6 kreveta (12).

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

Tablica 1. Procjena potreba za palijativnim kapacitetima po županijama prema preporukama europskog udruženja za palijativnu skrb. Izvor: Strateški plan razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014.-2016.

4.1.2. Statistički pokazatelji zdravlja u Sisačko moslavačkoj županiji

Prema popisu iz 2011. godine u Sisačko moslavačkoj županiji ima 172.439 stanovnika, 83.608 muškarca i 88.831 žena. To znači da se broj stanovnika od 2001. do 2011. godine smanjio za 7%. Vodeći uzrok smrti u 2012. godini su bolesti cirkulacijskog sustava od kojih je umrlo 1235 osoba (71,6/10.000 stanovnika) ili 51,8%. Na drugom mjestu su umrli od novotvorina, 575 osoba (33,3/10.000 st.) ili 24,1%. Na trećem mjestu su umrli od bolesti dišnog sustava, 157 osoba (9,1/10.000 st.) ili 6,6%.

U 2012. godini se u NPB „Dr. Ivan Barbot“ liječilo 3.406 bolesnika, što je u odnosu na 2011. godinu manje za 4,6%. Također, ostvareno je ukupno 251.597 dana bolničkog liječenja, što znači 74 dana prosječnog liječenja po jednom boravku. Godišnja zauzetost kreveta u bolnici bila je u prosjeku 349 dana po krevetu (13). Ukupna godišnja iskorištenost kreveta bila je 95,7% (Tablica 2).

Bolnica	Broj kreveta	Broj ispisanih bolesnika	Broj BOD-a	Prosječno trajanje liječenja	Godišnja zauzetost kreveta	% iskorištenosti kreveta
NPB Popovača	720	3406	251597	74	349	95,7

Tablica 2. Ispisani bolesnici i postotak dnevne zauzetosti kreveta u NPB“Dr. Ivan Barbot“ u 2012. godini

Tablica 3. Broj kreveta i broj doktora u NPB“Dr. Ivan Barbot“ Popovača u 2012. godini

Bolnica	Broj kreveta	Broj kreveta na 1000 stanov.	Broj doktora	Broj kreveta po jednom doktoru	Broj pacijenata po krevetu	Interval obrta
NPB Popovača	720	4,2	55	13,1	4,7	3,3

Broj kreveta po jednom liječniku je 13,1 dok je interval obrtaja (prosječan broj dana nekorištenja kreveta između dva pacijenta) 3,3 dana (Tablica 3). Od ukupnog broja ispisanih bolesnika 3406 u bolnici je umrlo 125 pacijenata ili 3,7%.

Vodeće skupine bolesti zbog kojih se koriste usluge u NPB „Dr. Ivan Barbot“ su duševni poremećaji i poremećaji ponašanja uzrokovani uzimanjem psihoaktivnih tvari, na drugom mjestu su shizofrenija i shizotipni i sumanutni poremećaji, dok su na trećem mjestu su afektivni poremećaji (Tablica 4).

Naziv bolesti	Šifra po MKB	0-6 god.	7-19 god.	20-60 god.	>60 god.
Organski i simptomatski duševni por.	F00-F09			114	368
Duševni por. i por. ponašanja uzrokovani uzimanjem psihoaktivnih tvari	F10-F19		1	776	72
Shizofrenija, shizotipni i sumanutni por.	F20-F29		1	693	71
Afektivni poremećaji	F30-F39			417	82
Neurotski, vezani uz stres i somatoformni poremećaji	F40-F48		5	333	34
Bihevioralni sindr. vezani uz fiziološke poreme. i fizičke čimbenike	F50-F59			2	
Poremećaji ličnosti i ponašanja odraslih	F60-F69		2	338	3
Duševna zaostalost	F70-F79		2	79	3
Poremećaji psihološkog razvoja	F80-F89			1	
Poremećaji u ponašanju i osjećajima koji se pojavljuju u djetinjstvu i adolescenciji	F90-F98		1	4	
Pregled i promatranje zbog drugih razloga	Z04			1	1
Problemi stanovanja i imovinskog stanja	Z59.9			1	
Teškoće vezane uz negativne događaje u djetinjstvu	Z61		1		
UKUPNO			13	2759	634

Tablica 4. Osobe hospitalizirane u NPB Popovača prema skupina bolesti i dobi u 2012. godini

4.2. Vrednovanje i analiza resursa NPB „Dr. Ivan Barbot“

4.2.1. Specifičnosti rada u NPB „Dr. Ivan Barbot“

Neuropsihijatrijska bolnica „Dr. Ivan Barbot“ kao specijalna psihijatrijska bolnica čini specifičnost u mreži zdravstvene zaštite Sisačko Moslavačke županije. Bolnica zbrinjava bolesnike širokog područja Republike Hrvatske – od ruba zagrebačkog prstena do istočne granice Hrvatske, ali i iz drugih krajeva. Također, u Zavodu za forenzičku psihijatriju liječe se forenzički bolesnici iz cijele Hrvatske. Bolnica raspolaže kapacitetima od 44 akutnih, 500 kroničnih, 200 forenzičkih kreveta te 60 stolaca u Dnevnoj bolnici. Stručno medicinski rad odvija se u okviru bolničkih odjela – za akutnu i subakutnu psihijatriju, forenzičku psihijatriju, gerontopsihijatriju, produženo liječenje, te dnevne bolnice. Odjel za liječenje somatskih psihijatrijskih bolesnika odjel je na kojem se zbrinjavaju internističke komplikacije koje nastaju kod psihijatrijskih pacijenata. Uz stacionarni, nalazi se i poliklinički ambulanti dio, koji uključuje psihijatrijsku ambulantu te ambulantu za dječju i adolescentnu psihijatrijsku, internističku, neurološku ambulantu, ambulantu za bol, radiološku dijagnostiku te laboratorij. U Bolnici je zaposleno oko 650 djelatnika, od toga 40 liječnika u širokom rasponu stečene izobrazbe, od liječnika pripravnika do specijalista i subspecijalista, primariusa, magistara i doktora znanosti, te značajan broj stručnih suradnika (psihologa, defektologa, socijalnih radnika, radnih terapeuta, farmaceuta, biokemičara), 230 medicinskih sestara srednje, više stručne spreme i stručnih prvostupnika te ostalih profila djelatnika nužnih za funkcioniranje ovog velikog i zahtjevnog sustava.

4.2.2. Palijativna skrb u NPB „Dr. Ivan Barbot“

Razvoj palijativne skrbi u NPB „Dr. Ivan Barbot“ započinje početkom 2013. godine edukacijom budućih članova bolničkog palijativnog tima unutar Sisačko - moslavačke županije gdje se prate programi edukacije, a koje predvode predstavnici Centra za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu (CEPAMET-a). Na temelju toga 30. siječnja 2013. u NPB „Dr. Ivan Barbot“ održan je simpozij "Palijativna skrb i zdravstveni sustav – novi izazovi". Simpoziju je prisustvovalo preko 170 stručnjaka među kojima su bili liječnici, medicinske sestre, predstavnici Sisačko - moslavačke županije, Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, Medicinskog fakulteta

Sveučilišta u Zagrebu, Edukacijsko rehabilitacijskog fakulteta, sisačke biskupije, brojne udruge civilnog društva koje se bave palijativnom skrbi, kao i drugi zainteresirani građani.

Bolnički palijativni tim osnovan je 3. veljače 2014. kako bi se ciljevi simpozija realizirali u praksi kao i sa ciljem stvaranja platforme koja bi omogućila uvođenje palijativne skrbi kao bolničke djelatnosti. Prvi članovi palijativnog tima bili su liječnici i medicinske sestre. Njihova edukacija odvijala se i kroz poslijediplomski tečaj 1. kategorije – Osnove palijativne medicine na CEPAMET-u. Edukacija zaposlenika Bolnice provedena je na razini palijativnog pristupa u više navrata, a vodili su je članovi palijativnog tima. Prethodno je istraživanje o iskustvima, stavovima i znanjima o palijativnoj skrbi pri čemu su sudjelovali svi zaposlenici. Uspostavljena je suradnja sa lokalnim i županijskim dionicima zdravstvene skrbi. 14. lipnja 2014. godine u NPB „Dr. Ivan Barbot“ održan je regionalni skup o palijativnoj skrbi (pod vodstvom prof.dr.sc. Karmen Lončarek). Sudionici su bili Psihijatrijska bolnica Sv. Rafael Strmac, Opća bolnica Pakrac, Specijalna bolnica Lipik, Opća bolnica Sisak, Opća bolnica Vinkovci, Centar za socijalnu skrb Kutina, Dom za stare i nemoćne Sisak te grupe volontera. Cilj skupa bio je procjena stanja, definiranje potreba i ciljeva palijativne skrbi u županiji, te uspostavljanje komunikacijske mreže kao temelja za daljnju suradnju. Bolnički palijativni tim na svojim redovitim mjesečnim sastancima dogovorio je izradu standardizirane medicinske dokumentacije, tj. obrazac koji prati palijativnog pacijenta u procesu pružanja palijativne skrbi. On uključuje podatke o somatskom i psihičkom stanju pacijenta kao i ishrani, mobilnosti te socijalnim aspektima u skrbi za pacijenta. Takav obrazac se ispunjava prilikom otpusta pacijenta iz bolnice te dostavlja odabranom liječniku obiteljske medicine kao i zdravstvenoj njezi u kući. Također, pokrenuta je posudionica pomagala koja pomaže obitelji oboljelog da dobije konkretnu pomoć kao i mogućnost da prilikom posudbe pomagala dobije priliku za razgovor, podršku te savjet i potrebne informacije. Posudionicu pomagala vodi medicinska sestra koja pruža i konkretne savjete o upotrebi pomagala u kući, njezi bolesnika te sve druge potrebne informacije. Jedan od postavljenih ciljeva već na samom početku bio je proširenje bolničkog palijativnog tima što se ostvarilo uvođenjem psihologa i socijalnog radnika kao i dodatne medicinske sestre koji su također prošli edukaciju iz palijativne skrbi. Procjenom potreba kroničnih psihijatrijskih bolesnika u Bolnici došlo se do zaključka da već postoje bolesnici koji zadovoljavaju kriterije palijativnog bolesnika. To su primarno bolesnici sa demencijom na Odjelu za gerontopsihijatriju te bolesnici koji se zbog somatskih bolesti (npr. oboljeli od karcinom) liječe na Odjelu za liječenje somatskih psihijatrijskih bolesnika. Kako bi se mogao pratiti broj tih bolesnika uveden je bolnički registar palijativnih bolesnika

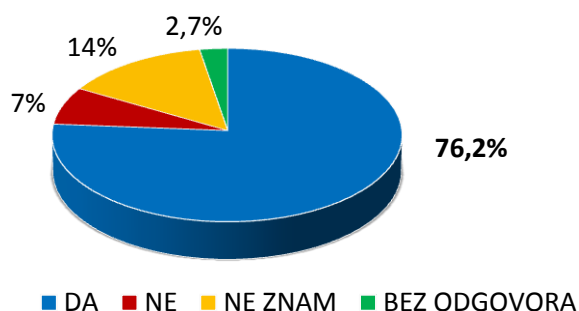
kojim se vodi evidencija, kao i dijagnoza te stupanj bolesti u kojoj se pacijenti nalaze. Pacijenti ulaze u registar prilikom prijema u bolnicu dok se prilikom otpusta prati ne samo pokazatelji i stadij bolesti, već i obaviještenost izabranog obiteljskog liječnika o otpustu, obaviještenost kućne njege kao i postojanje popratne standardizirane dokumentacije kao pokazatelj kvalitete pružene skrbi. Po prvi puta u psihijatrijskoj ustanovi u praksu je uvedena metoda primjene supkutane infuzije u liječenju palijativnih pacijenata. Tim se postupkom pacijentima uz hidraciju fiziološkom otopinom pruža i terapija boli. Edukaciju o pravilnoj indikaciji i primjeni supkutane terapije provodila je glavna sestra Bolnice, a odvija se na Odjelu za liječenje somatskih psihijatrijskih bolesnika. Sa radom je u Bolnici počela i ambulanta za bol kao komplementarni dio u liječenju „totalne“ boli kod palijativnih pacijenata.

4.3. Analiza internog istraživanja znanja i stavova zaposlenika NPB „Dr. Ivan Barbot“

Cilj istraživanja provedenog među zaposlenicima bio je procijeniti interes, motivaciju, prijašnja iskustva i znanje o palijativnoj skrbi. Također, bilo je potrebno procijeniti spremnost za sudjelovanje i rad, te način na koji zaposlenici gledaju na palijativnu skrb kao djelatnost jer se time povećava vjerojatnost da promjene koje slijede budu bolje prihvaćene i kvalitetnije implementirane.

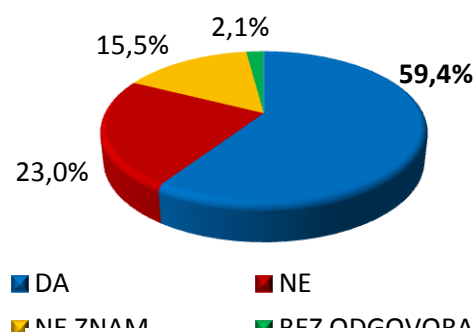
Prema rezultatima ankete 76.2 % zaposlenika bolnice smatra da je potrebno implementirati palijativnu skrb u NPB „Dr. Ivan Barbot“ (76.9% liječnika, 76.4% medicinskih sestara / tehničara, 66.7 % njegovatelja, 75% psihologa, 83.3% defektologa, socijalnih radnika i pedagoga, 92.9% radnih terapeuta, te 84.3% nemedicinskih zanimanja) (Graf 1). 59.4% zaposlenika želi proći edukaciju iz područja palijativne skrbi (Graf 2), a 39.7% zaposlenika osobno želi biti uključeno u razvoj palijativne skrbi u bolnici (Graf 3). 77.9% medicinskih sestara / tehničara i 74.4% liječnika smatra da je palijativna skrb već sada dio njihovog posla.

**SMATRATE LI DA JE POTREBNO
IMPLEMENTIRATI PAL. SKRB U BOLNICI?**



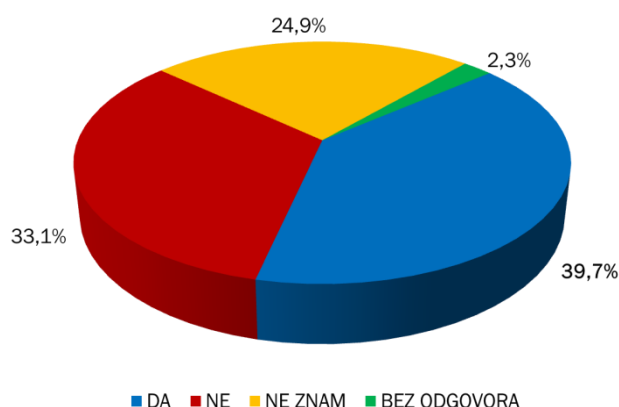
Graf 1. Rezultati internog istraživanja znanja i stavova zaposlenika NPB „Dr. Ivan Barbot“, anketno pitanje broj 20

**ŽELIM EDUKACIJU IZ PODRUČJA
PALIJATIVNE SKRBI**



Graf 2. Rezultati internog istraživanja znanja i stavova zaposlenika NPB „Dr. Ivan Barbot“, anketno pitanje broj 21

OSOBNOSTI ŽELIM BITI UKLJUČEN U RAZVOJ PALIJATIVNE SKRBI U BOLNICI



Graf 3. Rezultati internog istraživanja znanja i stavova zaposlenika NPB „Dr. Ivan Barbot“, anketno pitanje broj 22

Na pitanje „Bolesniku u terminalnoj fazi treba pružiti kompletnu informaciju o njegovom stanju“ psiholozi (75%) i nemedicinska zanimanja (74.8%) se slažu s tom tvrdnjom, dok liječnici (53.9%) i radni terapeuti (50%) u manjoj mjeri.

72% zaposlenika (nemedicinska zanimanja) smatra da se najbolja skrb bolesniku u terminalnoj fazi može pružiti u bolnici dok samo 25.7% liječnika to misli ($p=.024$). Na pitanje „Smatra te li da je liječnik vođa tima u palijativnom timu“, medicinske sestre/tehničari (64.4%) i liječnici (66.7%) se slažu s tom tvrdnjom. Na pitanje treba li duhovnik biti dio palijativnog tima, liječnici (79.5%) se više slažu s tom tvrdnjom od nemedicinskih zanimanja (60.7%) ($p=.036$). Analizirajući pritom vjersku opredijeljenost, dobivena je statistički značajna razlika između vjernika i ateista ($p=.013$). Vjernici više smatraju da duhovnik treba

biti dio tima. Na pitanje treba li bolesnicima biti dopušteno da umru kod kuće ako je to njihova želja, dobivene su razlike između liječnika i nemedicinskih zanimanja ($p = .006$) gdje se svi liječnici slažu sa tom izjavom, a njegovatelji 81.1%. U stavovima o eutanaziji kao opravdanom činu u terminalnih bolesnika nisu nađene statistički značajne razlike među različitim zanimanjima, no gledajući vjersku opredijeljenost, dobivena je statistički značajna razlike između agnostika i vjernika ($p = .017$). Agnostici se više slažu s tom tvrdnjom. 15.4% liječnika se slaže s tom tvrdnjom.

U provjeri znanja liječnici su imali u prosjeku najveći broj točnih odgovora ($M=5.03$), dok su radni terapeuti u prosjeku imali najmanji broj točnih odgovora ($M=2.93$). Relativno najnižu frekvenciju točnih odgovora imala su pitanja: „Ako bol u palijativnog bolesnika nije adekvatno kontrolirana, ne može se postaviti dijagnoza psihijatrijskog poremećaja“ i „Eutanazija i asistirano samoubojstvo su dio palijativne medicine“. Emocionalna potpora kao dio palijativne skrbi je prepoznata od relativno najvećeg broja zaposlenika bolnice. Uzevši zajedno sva pitanja koja se odnose na stavove, te ukupan broj točnih odgovora na pitanja o znanjima dobivena je statistički značajna niska pozitivna povezanost ($r = .135$; $p < .01$). Viši rezultat na stavovima (pozitivniji stav) je povezan s većim brojem točnih odgovora. Rezultati provedenog istraživanja pokazuju da zaposlenici imaju pozitivan stav prema palijativnoj skrbi kao novoj djelatnosti u bolnici. Očekivano manji broj želi sudjelovati u edukaciji dok najmanji broj (39.7%) želi osobno sudjelovati u radu sa palijativnim bolesnicima. Veliki postotak liječnika i medicinskih sestara smatra da već radi palijativnu skrb što čini prepreku za napuštanje tradicionalnih stavova gdje se palijativna skrb izjednačava sa brigom za stare i nemoćne. Također, 64.4% medicinskih sestara smatra da liječnik treba biti vođa palijativnog tima što odražava dugogodišnju praksu da medicinske sestre nisu samostalne u brizi za pacijenta već rade postupke koje propisuju liječnici. To također predstavlja teškoću u implementaciji palijativne skrbi i radu palijativnog time gdje medicinska sestra kao i bilo koji drugi član može preuzeti poziciju „vođe“ tima. Među zaposlenicima postoji mišljenje kako je najbolja skrb koja se može pružiti palijativnom bolesniku ona koja se pruža u bolnici što je uvjetovano često nemogućnošću obitelji da osigura svome bolesniku 24/7 skrb, te mu nije u mogućnosti osigurati potrebna pomagala. Vrlo često obitelj ne prepoznaje stanja i promjene u sklopu bolesti te nepotrebno pozivaju hitnu medicinsku službu ili svoje najbliže voze u bolnicu i produljuju njihovu patnju i time ne poštuju njihove želje.

4.4. Specifično vrednovanje okruŕja i resursa NPB „Dr. Ivan Barbot“

4.4.1. Opće potrebe pacijenta u palijativnoj skrbi

Palijativna skrb nije ograničena na predefinirane medicinske dijagnoze, već bi trebala biti dostupna svim pacijentima s neizlječivom bolesti. Palijativna skrb je prikladna za svakog pacijenta i/ili obitelj koji ŕive sa, ili su u opasnosti od razvoja neizlječive bolesti, bez obzira na dob, s bilo kojom prognozom, i u bilo koje vrijeme, kada imaju neispunjena očekivanja i/ili potrebe, a spremni su prihvatiti skrb. U radu sa palijativnim bolesnicima bitno je identificiranje i poznavanje smjernica za njegovo uključivanje u palijativnu skrb (8). Palijativni bolesnik se identificira na osnovu najmanje jednog od tri elementa: kliničkih indikatora, intuicije osobe koja identificira bolesnika te izbora odnosno potrebe pacijenta (13).

1. Klinički indikatori: opći indikatori akutne bolesti koja napreduje usprkos svakom liječenju, te specifični indikatori za tri glavne skupine pacijenata potrebitih palijativne skrbi :

- a. malignom
- b. zatajenje organa (tjelesnih sustava)
- c. staračka krhkost/demencija

O ovim indikatorima odlučuje kliničar koji je najviše skrbio za pacijenta.

2. Intuitivan odgovor na pitanje koje integrira komorbiditet, socijalne i ostale faktore: „Bi li Vas iznenadilo da pacijent umre u idućih 6-12 mjeseci?“.

O ovom kriteriju odlučuje, donosi konzilij kliničara na bolničkom odjelu koji je najviše skrbio za pacijenta te pacijentov obiteljski liječnik. Ukoliko je pacijent već liječen u ambulanti za palijativnu medicinu, a nije bio proglašen palijativnim pacijentom, u odluku se uključuje i liječnik koji ga je najviše liječio u ambulanti za palijativnu medicinu. Ako pacijent nema svog izabranog liječnika, onda odluku donosi sam konzilij kliničara na bolničkom odjelu. Ukoliko se pacijent nije liječio u bolnici, već samo kod obiteljskog liječnika, onda odluku donosi obiteljski liječnik sam.

3. Izbor / potreba: Pacijent sa uznapređovalom bolešću odlučio se samo za simptomatsko liječenje, a ne liječenje u cilju izlječenja. Ovu odluku donosi pacijent sam (14).

U istraživanjima kao i u praksi postoji nedostatak konsenzusa o klasifikaciji pojedinih palijativnih pacijenata. Iako različite bolesti imaju tipičan tijek, tijek bolesti kod pojedine osobe može biti nepredvidljiv. Maligne bolesti obično imaju veću predvidljivosti tijeka progresija od nemalighnih bolesti (15, 16). Stoga može biti teško odlučiti kada počinje palijativna skrb za bolesnike s nemalignim bolestima. Ova nepredvidljivost također može utjecati na percepciju bolesnika i rodbine na sam tijek bolesti. Bolesnici mogu imati razdoblja pogoršanja bolesti nakon čega slijedi dramatično poboljšanje (16). Stoga je teško znati je li pogoršanja bolesti privremeno. Ova nepredvidljivost također može utjecati na napore zdravstvenih profesionalaca. Pretjerano optimistična procjena prognoze pacijentove bolesti od strane liječnika i nedostatak pažnje zdravstvenih profesionalaca da poduzmu odgovarajuće postupke može značiti da potrebe palijativne skrbi nisu identificirane u vremenu (17). Farquhar i suradnici (18) proveli su istraživanje među liječnicima opće prakse u čijoj skrbi se nalazilo 213 palijativnih bolesnika s dijagnozom karcinoma pluća ili kolorektalnog karcinoma. Liječnici su ispunili upitnik kako bi se procijenile informacije koje im šalju bolnički liječnici, kao i percepcija o „palijativnom statusu“ njihovih pacijenata. U 20% slučajeva, liječnici opće prakse nisu „doživjeli“ pacijenta kao palijativnog, iako je bolnička dokumentacije to sugerirala, te potvrda o smrti koju su primili kasnije to potvrdila. Osim kvantitativnih pokazatelja uznapredovale bolesti u definiranju palijativnog pacijenta bitno je razmotriti i spremnost samog pacijenta da prihvati palijativnu skrb te njezinu viziju koja uključuje suzbijanje boli, ili drugih simptoma, te socijalnih, psiholoških i duhovnih problema do kraja života.

4.4.2. Psihijatrijski pacijenti sa potrebom za palijativnom skrbi

Psihijatrijski pacijenti u specijalnim psihijatrijskim ustanovama započinju liječenje u slučaju akutne psihičke bolesti, često puta u fazama pogoršanja slijede ponavljajuće hospitalizacije. U stadiju kronične psihičke bolesti pacijenti se liječe na odjelima za produljeno liječenje gdje se prate ne samo promjene osnovne bolesti već i pojava brojnih somatskih stanja, kao što su maligne bolesti i demencija. Psihički bolesne osobe koje razvijaju terminalnu bolest te imaju potrebu za zdravstvenom skrbi na kraju života spadaju među populaciju koja je slabo zastupljena te zanemarena (19). U posljednjih deset godina dolazi do povećanja svijesti o pružanju kvalitetne zdravstvene skrbi za bolesne te sve veći naglasak na istraživanja kvalitete

skrbi na kraju života. Unatoč povećanju novih istraživanja i znanja, neke skupine bolesnika i dalje su nedovoljno istražene kao što su na primjer osobe s ozbiljnim psihičkim problemima (20, 21, 22). Osim toga, osobe s mentalnom bolesti su „odavno obespravljene manjine čiji je pristup općoj medicinskoj skrbi bio ograničen“ i „dosljedno zanemarivan“ (23,20). Literatura naglašava povećanu učestalost fizičkih zdravstvenih problema u osoba s opsežnim poremećajima mentalnog zdravlja. Postoje dokazi koji pokazuju da stopa morbiditeta u psihijatrijskoj populaciji daleko nadmašuje očekivanu stopu u općoj populaciji. Studije pokazuju da je incidencija težih tjelesnih bolesti 88% viša u izvanbolničkih kroničnih psihičkih bolesnika nego u općoj populaciji (24). Osim toga, postoje dokazi da oboljeli od shizofrenije imaju dva puta veću vjerojatnost da obole od kardiovaskularnih bolesti nego opća odrasla populacija (25). Sve veći broj istraživanja pokazuje više stope smrtnosti kod osoba sa shizofrenijom zbog prirodnih uzroka (26, 23, 27). Takve povećane stope smrtnosti zbog prirodnih uzroka ljudi oboljelih od shizofrenije naglašava neuspjeh u otkrivanju i liječenju somatskih stanja u ovoj skupini bolesnika. U meta - analizi smrtnih slučajeva kod shizofrenije prirodni uzroci činili su 59% „viška“ smrtnosti. Respiratorne i kardiovaskularne bolesti su najčešći uzroci prirodne smrti. Standardni omjer smrtnosti za bolesti dišnog sustava je 226 (95% CI, 209-244), dok je za kardiovaskularne bolesti porast bio graničan SMR 110 (95% CI, 105-115) (28). No međutim, Lawrence i suradnici (29) su pronašli SMR od 1,78 za muškarce i 0,86 za žene sa shizofrenijom za ishemijske bolesti srca. Smrtnost od bolesti probavnog sustava također predstavlja problem, gdje je bio SMR 185 (95% CI, 164-208) (28). Najčešći uzroci smrti kod pacijenata oboljelih od shizofrenije starih 60 godina i više su bolesti kardiovaskularnog sustava (35,8 nasuprot 36,8% umrlih bez shizofrenija), maligne bolesti (15,2 nasuprot 27,2%), te bolesti dišnog sustava (12,7 nasuprot 8,6%). Ukupna stopa smrtnosti od shizofrenije je dva do tri puta veća u usporedbi s ostatkom populacije. Bez obzira na uzrok smrti, pacijenti sa shizofrenijom imaju dva puta veće izgleda da umru u staračkom domu nego mentalno zdrave osobe iste dobi (29,7 nasuprot 13,9%) te je manje vjerojatno da će umrijeti u bolnici (55,5 nasuprot 70,5%). Uspoređujući osobe umrle od maligne bolesti udio shizofrenih pacijenata koji su umrli u staračkom domu bila je više nego četiri puta veći od kontrolne skupine (30).

Ključni razlozi za ove trendove, prema pregledu aktualne literature su:

1. Manja je vjerojatnost da psihički bolesnici sudjeluju u nacionalnim programima ranog otkrivanja raka ili prolaze rutinske fizičke preglede (31).

2. Pritužbe na somatske tegobe u psihičkih bolesnika mogu se pripisati njihovoj osnovnoj bolesti, te im ne pridodati dovoljno pozornosti (32).

3. Postoje dokazi da specijalisti psihijatrije nerado fizički pregledavaju svoje pacijente u situacijama u kojima osoba izražava fizičke simptome ili se fizički osjeća loše (33).

4. Osobe sa teškom i trajnom psihičkom bolesti obično imaju lošiju kvalitetu života, manje vježbaju i više sudjeluju u aktivnostima koje su štetne za njihovo fizičko zdravlje, kao što su pušenje, alkohol i loša prehrana (34).

5. Visoka stopa zlouporabe opojnih sredstava prisutna je u ovoj populaciji. Jedno objašnjenje za to je da osobe s poremećajima mentalnog zdravlja pokušavaju samostalno liječiti simptome bolesti i neugodne nuspojave psihijatrijskih lijekova (35).

Proces liječenja fizičke bolesti u osoba sa poremećajima mentalnog zdravlja može biti problematičan, jer osobe koje proživljavaju psihičku patnju često ne mogu u potpunosti razumjeti postavljenu dijagnozu. Često im dijagnoza nije priopćena na adekvatan način ili ne surađuju dovoljno sa liječnikom u procesu priopćavanja dijagnoze (36). Ponekad dolazi do pogoršanja simptoma psihičke bolesti zbog postojeće fizičke bolesti (37).

Osobe s mentalnom bolesti nisu svjesne svojih fizičkih zdravstvenih problema, najčešće kao posljedica kognitivnih poremećaja povezanih s njihovom mentalnom bolešću (38). Često nevoljko traže medicinsku pomoć, a kada je i zatraže teško opisuju svoje probleme liječniku, odnosno prezentiraju se sa atipičnim medicinskim simptomima (39,40). Osobe oboljele od shizofrenije pokazuju visoku toleranciju na bol, te ju manje navode kao simptom (41). Problematika se javlja i zbog utjecaja psihijatrijskih poremećaja na percipirano fizičko zdravlje samog bolesnika. Na primjer, depresija može dovesti do povećanja broja i težine uočenih fizičkih simptoma kod bolesnika kao i do pogoršanja subjektivnih zdravstvenih ishoda (42). Oboljelima od shizofrenije često je pogrešno dijagnosticirana somatska bolest te su mnogo puta primali suboptimalnu medicinsku njegu. Mnogi prikazi slučajeva opisuju teškoće u skrbi za bolesnika sa shizofrenijom i malignom bolesti, uključujući pacijentovo poricanje bolesti, slabost da zatraži skrb tijekom napredovanja bolesti, nekooperativnosti i netolerancije u procesu liječenju, beskućništvo i nedostatak podrške obitelji (43, 44, 23). Foti i suradnici (45) u istraživanju provedenom na 150 pacijenata s ozbiljnim poremećajima mentalnog zdravlja, navode da većina pacijenata nije imala iskustva u vezi planiranja skrbi, no kada je plan skrbi bolesnicima objašnjen bili su zainteresirani za sudjelovanje, sudjelovali

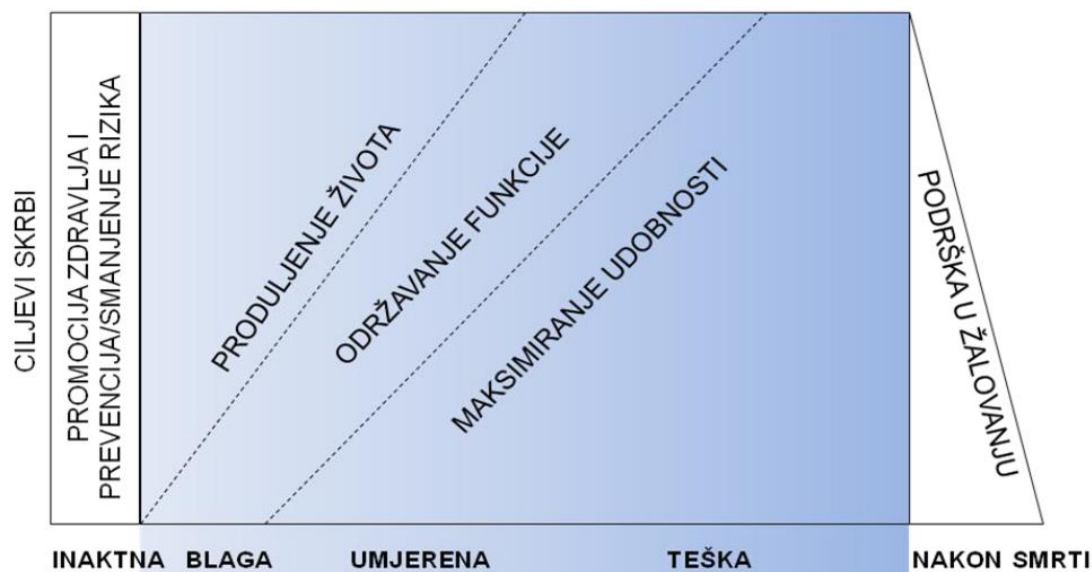
su u raspravi, te razumjeli pitanja. Mnogi su izrazili želju za pojačanom skrbi u fazi uznapredovale bolesti.

Posebno je bitno izdvojiti problematiku forenzičkih pacijenta koji osim što su stigmatizirani bolešću, stigmatizirani su i sudskim/ kaznenim postupcima, a nerijetko je kazneno djelo koje su počinili u neubrojivom stanju ograničavajući faktor prilikom vraćanja u zajednicu od strane obitelji, radne sredine, okruženja (46). Kod te skupine pacijenta, koji se niz godina liječe na forenzičkim odjelima, može se pratiti dijagnostika i razvoj maligne bolesti, neuspjeh u liječenju te potreba za palijativnom skrbi, dok sa druge strane ti pacijenti često nemaju potporu i razumijevanje obitelji. Istraživanja o forenzičkim pacijentima sa potrebom palijativne skrbi su rijetka. Istraživanja pokazuju istovjetnosti u pogledima na kraj života među osoba sa psihičkim poremećajima u stanju terminalne bolesti i osoba u stanju terminalne bolesti u općoj populaciji. To uključuje želju za kontrolom boli i drugih simptomi, stupanj intervencije u cilju produljenja umiruće faze, te održavanje odnosa i veza sa najbližima. Iako su to osnovni ciljevi palijativne skrbi, među populacijom osoba s teškom psihičkom i terminalnom bolesti ti ciljevi nisu uvijek poštovani ili ostvareni (47).

4.4.3. Demencija – posebno stanje i potrebe

Demencija je poremećaj mozga koji je karakteriziran progresivnim gubitkom pamćenja i kognitivnom disfunkcijom. To je neurodegenerativni sindrom koji uključuje sporo progresivni pad u raznim funkcijama živčanog sustava. Postoji više od 30 drugih vrsta demencije uključujući vaskularnu demenciju, Huntingtonovu i Korsakovljevu demenciju. Alzheimerova bolest predstavlja najčešći oblik demencije (48). Demencija se izdvaja kao veliki zdravstveni problem u svijetu. U 2010. godini je oko 35,6 milijuna ljudi živjelo s demencijom, predviđanja su da će se taj broj gotovo udvostručiti do 2030. godine (49). Projekcije bolesti razlikuju se kod pacijenata oboljelih od demencije i oboljelih od karcinoma. Oboljeli od karcinoma mogu doživjeti značajno opadanje funkcija u posljednjih nekoliko mjeseci ili tjedana života, a prognoza bolesti može se predvidjeti. Iako su oštećenja funkcija kod oboljelih od demencije progresivna, postoji dug period „nestajanja“ i teške invalidnosti koja može potrajati godinama. Duljina preživljenja kod demencije je promjenjiva. Provedena istraživanja pokazuju da je medijan preživljenja između 3 i 10 godina (50).

Palijativna skrb prikladna je za demenciju kao „bolest koja ne reagira na kurativno liječenje“ ili „bolest opasnu po život“, budući da je sama demencija neizlječiva. Cilj joj je „poboljšanje kvalitete života“ (8). Kvaliteta života je širok pojam, a sadržaj tog pojma razlikovat će se od osobe do osobe. Načelno treba smatrati da pojedinac sam, osobito u ranim fazama bolesti, najbolje može definirati kvalitetu vlastitog života. Ipak, kako se demencija pogoršava, sve je prikladnije smatrati da kvalitetu života predstavljaju održavanje funkcije te maksimiranje udobnosti (51).



Slika 2. Napredovanje demencije i preporučena prioritizacija ciljeva skrbi. Izvor: Bijela knjiga o demenciji

Model sugerira prioritiziranje ciljeva skrbi koji se mogu primjenjivati u isto vrijeme, pri čemu u različitim fazama demencije imaju različitu važnost. Istovremeno može postojati više od jednog cilja. Primjerice, za pacijenta s umjerenom demencijom istovremeno mogu vrijediti tri cilja, ali povećanje udobnosti i održavanje funkcije mogu imati prednost nad produljenjem života. Na individualnoj razini, pacijenti mogu živjeti do posljednje faze demencije s teškim tjelesnim i kognitivnim oštećenjima, ali također mogu umrijeti ranije od zdravstvenih problema povezanih sa demencijom, kao što su upala pluća ili drugi komorbiditeti. U retrospektivnom pregledu njegovatelja u Engleskoj, McCarthy i suradnici (52) govore o nizu uobičajenih simptoma i znakova prisutnih kod ljudi s demencijom u posljednjoj godini života: zbunjenost (83%), inkontinencija mokraće (72%), bol (64%), sniženo raspoloženje (61%), zatvor (59%), gubitak apetita (57%). Studija je pokazala sličnu učestalost takvih simptoma kod pacijenata oboljelih od karcinoma, no kod oboljelih od demencije simptomi su bili prisutni kroz dulje vrijeme. Od 170 osoba s demencijom u istoj studiji, nitko nije umro u

hospiciju. U studiji o presenilnoj demenciji, udio ljudi koji umiru u vlastitom domu smanjio se s 25% u razdoblju od 1985. do 1991., na 15% u 1992.-1998., udio umirućih u stambenim ili staračkim domovima povećao sa 14% na 32% u istom razdoblju (53). Postoje uvjerljivi dokazi da je briga za osobe s demencijom, osobito prema kraju njihova života, manja od optimalne (54). Očekivano trajanje života je značajno skraćeno kod osoba oboljelih od demencije nego što je to slučaj kod drugih psihijatrijskih sindroma (55). S obzirom na dokaze o neadekvatnoj razini skrbi u ustanovama za produljeno liječenje i bolnicama, te s obzirom da ljudi s demencijom imaju manji pristup specijalističkim uslugama, nameće se potreba za palijativnom skrbi - osobito u posljednjim godinama života (56). Programi palijativne skrbi imaju za cilj adekvatno rješavanje boli, no ne postoji dovoljno kliničkih dokaza o boli i patnji kod umirućih pacijenata sa demencijom (57). Nedostatak znanja može dovesti do neodgovarajuće procjena i neodgovarajućeg palijativnog liječenja (58). Cox i Watchman (59) sugeriraju kako postoje indicije da su ljudi s demencijom svjesni da se približavaju smrti, no svaka osoba ima individualne specifičnosti i iskustva. Kako bi se smanjili bol i nelagoda, bolesnicima s demencijom potrebne su osnovne mjere smanjenja boli pomoću lijekova te prilagođena njega i skrb.

4.4.4 Uloga palijativnog tima u palijativnoj skrbi

Palijativni tim treba biti multidisciplinaran, sastavljen od liječnika, medicinske sestre/tehničara, socijalnog radnika, fizioterapeuta, duhovnika, volontera i drugih. Tim također može biti „virtualan“, koji se okuplja oko pacijenta i njegovatelja ovisno o potrebama palijativne skrbi (60). Uloga medicinske sestre u palijativnoj skrbi uključuje procjenu, planiranje, suradnju, koordinaciju i pružanje savjeta u vezi s upravljanjem potreba pacijenata. U bolničkom okružju medicinske sestre pružaju zdravstvenu skrb; u akutnoj bolnici mogu pružati konzultantske usluge; u zajednici mogu ponuditi podršku pacijentima putem kućne posjete, telefonskog poziva i prema potrebi upućivati na druge službe (61). Socijalni radnici mogu pomoći pacijentima da budu aktivni sudionici u vlastitoj skrbi, da postavljaju pitanja, da donose odluke i da ostvare izbor na temelju svojih prioriteta i potreba. Oni podržavaju i savjetuju pacijente kao i njihove obitelji u pristupu pisanim informacijama i resursima. Oslanjajući se na poznavanje obiteljskih sustava i dinamike međuljudskih odnosa, socijalni radnici su u mogućnosti ispitati iskustvo obitelji na jedinstven način, provesti sveobuhvatnu

procjenu, te pomoći palijativnom timu integrirati biopsihosocijalne, duhovne čimbenike prilikom donošenja odluka, planiranja i interakcija (62).

Duhovnik, kao osoba koja je posrednik između onostranog i ovozemaljskog, podsjećajući pacijenta i njegovu obitelj na neizostavnost vjere u samom poimanju približavanja smrti, razgovorom, molitvom ili jednostavno prisutnošću nastoji učiniti približavanje tog trenutka čim manje stresnim, ali i ukazati na snagu koju Bog daje kroz vjeru. Duhovnici pružaju duhovnu potporu, sakramente, obrede, konzultacije i druge usluge za pacijente i članove njihovih obitelji. Naglasak postoji na poštivanju obreda i sakramenata različitih religija, te različitih duhovnih i vjerskih potreba pacijenta (61). Volonteri su neprocjenjivi dio mreže palijativne skrbi. Volonteri su posvećeni dijeljenju svoga vremena sa palijativnim bolesnicima. Njihova uloga je podržati i ojačati sposobnost osobe sa malignom bolesti i njihovih obitelji, da žive u potpunosti što je više moguće. Oni pružaju individualiziranu podršku i razumijevanje bolesnicima na neosuđujući način, kroz razgovor, slušanje, čitanje, pjevanje itd. Volonteri ne mogu davati lijekove, pružati zdravstvenu njegu, privatno dogovarati aranžmane s pacijentima itd. (63). Komunikacija je ključ rada palijativnog tima kako bi bio u stanju funkcionirati i voditi adekvatnu brigu o palijativnim pacijentima. Članovi palijativnog tima moraju imati zajedničke ciljeve i razumijevanje uloga i doprinosa koje ima svaki član tima. Svaki član tima pridonosi specifične vještine, iskustva, stavove i vrijednosti. Aktivnostima poput debriefinga, planiranje usluga, akademski razvoj i zajedničko druženje pomažu u formiranju snažnog tima koji je u stanju izdržati i podržati svoje članove (60).

4.4.5. Financijski i organizacijski aspekti palijativnih timova u bolnicama

Palijativna skrb pruža jasan, učinkovit i neposredan sustav skrbi za pacijente, posebno one s najvećom potrebom za njegom unutar bolničke populacije. Pruža im pristup odgovarajućim resursima zdravstvene zaštite te ih okreće prema optimalnim uslugama njege. Palijativni timovi za njegu smanjuju ukupne resurse i povećavaju iskoristivost hitne službe/jedinice intenzivne njege (64). U kontekstu ograničenih resursa, dokazi o smanjenju troškova i isplativosti alternativnih metoda pružanja zdravstvenih usluga postaje sve važniji. Skrb na kraju život zauzima velik dio resursa zdravstvene zaštite. Procjene u Sjedinjenim Američkim Državama pokazuju da 25% rashoda zdravstvenog sustava odlazi na pacijente u njihovoj posljednjoj godini života (65). Palijativni timovi u bolnicama zahtijevaju relativno malo početno ulaganje. Mijenjajući uzaludne, opterećujuće intervencije u procesu pružanja

palijativne skrbi poboljšava se iskustvo pacijenta i obitelji te povećava zadovoljstvo uslugama pruženim u bolnici. Bolnice mogu bolje planirati svakodnevno korištenje resursa slijedeći jasan i učinkovit plan njege kao i u procesu smanjenja troškova za suvišne, nepotrebne ili neželjene testove i/ili lijekove. Bolnički palijativni programi su pokazali poboljšanje fizičkih i psihičkih simptoma, dobrobit njegovateljima te veće zadovoljstvo članova obitelji (66-71). Studije sugeriraju da palijativni programi mogu smanjiti rashode bolnice i jedinica intenzivnog liječenja (JIL) pojašnjavajući ciljeve skrbi te pomažući pacijentima i obiteljima da odaberu tretman koji zadovoljavaju te ciljeve (72-77). Nužno je da palijativni programi budu u potpunosti integrirani u prihvaćene zdravstvene programe u bolničkim jedinicama kao i onima u zajednici. Savjetovanje i praćenje palijativnog bolesnika prilikom boravka u bolnici posebno u fazi uznapredovale bolesti utječe na iznos bolničkih troškova. Takav pristup pomaže medicinskom timu uspostavljenje ciljeva zdravstvene skrbi i tretmana koji su sukladni tim ciljevima, uključujući i tretmane „slabijeg intenziteta“. Neizravni dokaz za to su manja laboratorijska i radiološka ispitivanja te kraće vrijeme liječenja u JIL-u. (78).

Koordinirana skrb, sa medicinskom sestrom na čelu, zaduženom za korištenje resursa, pokazala je da pridonosi kvaliteti palijativne skrbi i nižim financijskim troškovima. Randomizirano kliničko ispitivanje koje je uključivalo medicinsku sestru kao koordinatora za teško bolesne pacijente u Engleskoj pokazuje da je većina pacijenata i dalje imala neke nekupirane simptome ali je zadovoljstvo pacijenata i obitelji bilo veće (79). Ukupan trošak po bolesniku je smanjen sa 8.814 £ na 4414£, prvenstveno kao rezultat smanjenja dana hospitalizacije (80). Postoje konkretni koraci koji se mogu poduzeti kako bi se smanjili troškovi, uz održavanje kvalitete palijativne skrbi. Koordinacija palijativne skrbi stvara uštede od oko 40%, ali zahtijeva promjenu autonomije pružatelja skrbi na medicinske sestre ili druge osposobljene upravitelje. Smjernice za razdoblje terminalne bolesti mogu proizvesti velike uštede ako se provede adekvatna priprema terminalnog pacijenta prije hospitalizacije, a ne u posljednjim tjednima života (kao što je standard u SAD-u). Programi palijativne skrbi u hospicijima stvaraju manje uštede te se pacijenti ondje upućuju samo kad je smrt blizu (81).

4.4.6. Psihijatar u palijativnom timu

U sveobuhvatnom, multidisciplinarnom i integrativnom pristupu koji je najvažnije načelo rada u palijativnoj medicini uloga psihijatra uključuje više komponentni od kojih su najbitnije rad sa samim oboljelim, rad s obitelji oboljelog, te podrška i pomoć ostalim članovima tima. Pri tome psihijatar/psihoterapeut koristi razgovor, dijalog, odnosno komunikaciju koja je u području palijativne skrbi uvijek multifaktorijalna i uključuje barem tri strane, a to su oboljeli, obitelj oboljelog, te liječnik. Nužno je imati u vidu mnogostranost te komunikaciju koja po svim svojim karakteristikama nadmašuje uobičajen odnos liječnik pacijent koji u sebi nosi karakteristike dijadnog odnosa. U procesu rada s palijativnim pacijentom prisutne su daleko šire i drugačije interakcije koje u mnogome poprimaju značajke male grupe (šira obitelj), ponekad i srednje grupe (još šira društvena zajednica) sa svojim posebnostima, zakonitostima i mehanizmima, što je nužno imati u vidu kako bi najbolje pomogli oboljelom i njegovoj obitelji. Iskustvo vezano uz rad s oboljelima od maligne bolesti posebno u terminalnoj fazi pokazalo je kako pomoć psihijatra najčešće traži netko iz obitelji oboljelog i to obično najsenzibilniji član obitelji ili pak osoba koja je najbliži skrbnik oboljelog (82).

Postoji mnogo preklapanja između psihijatrije i palijativne skrbi. Ova područja dijele zabrinutost o ljudskim fizičkim, psihosocijalnim i spiritualnim doživljajima patnje, suočavanju sa unutarnjim aspektima života te kako pri tome pomoći. Egzistencijalni, psihološki i obiteljski problemi također su zajedničke teme. Na popisu simptoma koji zahtijevaju adekvatno zbrinjavanje na kraju života su psihijatrijski simptomi te psihosocijalna i duhovna patnja pacijenta. Uloga psihijatra važna je kod priopćavanja loših vijesti bolesniku, liječenja psihijatrijskih poremećaja, suočavanja s bolešću, liječenja terapijski rezistentnih tjelesnih simptoma, problema s narušenim tjelesnim izgledom, edukacije osoblja u prepoznavanju i liječenju. Zahtjev za psihijatrijskom konzultacijom najčešće dolazi kod pojave depresije, delirija i organskog moždanog sindroma, zloupotrebe sredstava ovisnosti, poteškoće u procesu tugovanja zbog gubitka koje će smrt donijeti, bolnih sindroma rezistentnih na liječenje, poremećaja osobnosti, odbijanja liječenja, prijetnji ili agresije zbog bolesti koje mogu poremetiti odnose s obitelji i terapijskim timom. Također, može postojati negiranje i nemogućnost prihvatanja dijagnoze ili liječenja, nerealne nade i zahtjevi da se dogodi čudo, uporna pitanja o izostanku poboljšanja, anksioznost koja može biti ekstremna, panika i nespecifični strahovi o umiranju, te ambivalentnost i krivnja. Depresija je vodeći i najčešći psihijatrijski poremećaj koji se javlja u palijativnih bolesnika. Učestalost depresije u općoj populaciji je 6 do 10% (83). Pacijenti u terminalnom stadiju bolesti imaju višu razinu

fizičke i emocionalne patnje te je prevalencija depresije 24% (84). Depresija se javlja u 15 do 30% pacijenata oboljelih od raka. S druge strane pojam depresija i depresivan vrlo je učestao i uobičajen u svakodnevnoj komunikaciji što zamagluje njegovo pravo kliničko značenje i utječe na pravodobno dijagnosticiranje, a time i ishod liječenja u cilju osnovnog pristupa, a to je prije svega smanjenje patnje. Pojava depresije je povezana sa slabijom kontrolom boli, lošijom suradljivošću i manjom željom za dugotrajnom terapijom. Depresivna simptomatologija može biti „normalna reakcija”, psihijatrijski poremećaj ili pak somatska posljedica tumora i/ili liječenja (vincristine, vinblastin, kortikosteroidi), endokrini poremećaj, drugi medicinski problem (nutritivni manjak B12) itd. Depresija je najjača determinanta suicidalnih ideja i želje za smrću kod onkoloških bolesnika (85). U liječenju se koriste kombinacije suportivnih i kognitivno bihevioralnih tehnika, te liječenje antidepresivima (86). Anksioznost pripada u normalne ljudske reakcije u svakodnevnom životu i predstavlja prilagodbeni mehanizam bez kojeg uobičajeno funkcioniranje nije moguće. U palijativnom okruženju porast anksioznosti je osobito izražena uz dva momenta. Jedan je vezan uz saznanje i svjesnost o ograničenim terapijskim mogućnostima za liječenje, a drugi posljedično tome o blizini kraja života. Simptomi mogu biti kognitivni (stalna zabrinutost, dekoncentracija, manjak pažnje) ili somatski (lupanje srca, tahikardija, tremor, znojenje, nedostatak zraka, probavne smetnje, crvenilo lica). Ostali simptomu uključuju nesanicu, gubitak apetita i smanjeni libido. Razina anksioznosti mijenja se tijekom bolesti (visoka tijekom spoznaje o dijagnozi, prije operacije, nakon spoznaje o metastazama itd.), često se pojavljuje kao simptom drugog psihijatrijskog sindroma (depresije, PTSP-a, delirija) (87). Nažalost, pacijenti su često subdijagnosticirani i ne primaju adekvatno liječenje jer se takvo stanje smatra „normalnim“. Liječenje palijativnog bolesnika sa simptomima anksioznosti provodi se kombinacijom suportivne psihoterapije i psihofarmakoterapije. Integracija specijalista psihijatrije u interdisciplinarne timove palijativne skrbi dovesti će do boljih rezultata za pacijente i obitelj (88). Uz savjetodavnu ulogu, psihijatri će biti u poziciji da educiraju liječnike i ostale članove tima palijativne skrbi o složenosti psihijatrijske problematike među ovom populacijom.

5. Ocjena mogućnosti NPB „Dr. Ivan Barbot“ za pružanje palijativne skrbi

5.1. SWOT analiza palijativne skrbi u NPB „Dr. Ivan Barbot“

Cilj SWOT analize je pokazati kako sama bolnica već ima određene resurse i aktivnosti koje provodi ili koje joj nedostaju dok je sa druge strane okružena drugim dionicima u županiji koji predstavljaju mogućnosti ili prijetnje u procesu razvoja palijativne skrbi. Kao rezultat analize izdvajaju se aktivnosti koje bolnica već sada može implementirati uz određena poboljšanja, aktivnosti koje još treba dodatno razvijati, aktivnosti koje treba mobilizirati te aktivnosti koje zbog unutrašnjih ili vanjskih nedostataka i nepostajanja usluga i dionika treba realizirati na nekom drugom mjestu, bolnici, u drugoj županiji itd. SWOT analiza prikazuje se tablično zbog veće preglednosti dok se aktivnosti također opisuju u tekstu rasprave.

UNUTRAŠNJI FAKTORI VANJSKI FAKTORI	SNAGE	SLABOSTI
	1. Palijativna skrb je definirana kao bolnička djelatnost – promijenjen je statut bolnice 2. Osnovan je bolnički palijativni tim 3. Provedena je edukacija članova bolničkog palijativnog tima 4. Provedena je edukacija bolničkog osoblja na razini palijativnog pristupa 5. Osnovana je posudionica pomagala 6. Ambulanta za bol je počela sa radom 7. Osnovan je bolnički registar palijativnih pacijenata 8. Provedena je anketa o stavovima i znanjima zaposlenika o palijativnoj skrbi 9. Bolnički palijativni tim je proširen novim članovima - nemedicinskim djelatnicima 10. Formirana je popratna dokumentacija kod otpusta palijativnog pacijenta	1. Nedostatak medicinskog kadra i vremena 2. Otpor djelatnika prema promjenama, „oni to već i onako rade“ 3. Zamor, stres i burn out djelatnika 4. Nepostojanje ugovorenih kreveta sa HZZO-om 5. Isključivo specijalisti psihijatrije u dežurstvima tijekom tjedna 6. Bolnica u procesu sanacije 7. Nedostatak specifične edukacije medicinskog kadra o temama PS 8. Nemogućnost informatičkog povezivanje svih dionika u sustavu palijativne skrbi, uključujući i volontere 9. Stigma psihijatrijskih bolesnika 10. Slabo informirani pacijenti 11. Udaljenosti i loša suradnja sa akutnim bolnicama
MOGUĆNOSTI 1. Formiranje županijskog Centra za koordinaciju PS 2. Porast interesa lokalne zajednice za uspostavljanjem sustava PS u županiji, ali i na nacionalnoj razini 3. Suradnja bolnice sa županijskim udrugama civilnog društva 4. Uključivanje volontera u rad u bolnici 5. Suradnja sa MEF-om, CEPAMET-om na području edukacije, promocije itd. 6. Suradnja sa medijima na smanjenju stigme palijativnih psihijatrijskih pacijenata kao i promociji rada bolnice u području PS	<u>AKTIVNOSTI KOJE MOŽE IMPLEMENTIRATI</u> Potrebno je organizirati volontersku službu u bolnici Provoditi tribine o palijativnoj skrbi na razini palijativnog pristupa u lokalnoj zajednici od strane educiranih zaposlenika NPB, te stručnjaka sa CEPAMET-a, MEF-a itd. Raditi na promociji aktivnosti palijativnog tima u županijskim medijima Organizirati posudionicu pomagala na način da i obitelji, udruge, volonteri ne samo da posuđuju pomagala već pomažu i u njihovom prikupljanju Također, posudionica pomagala može biti mjesto podrške za obitelji kada vraćaju pomagala svojih preminulih članova	<u>AKTIVNOSTI KOJE MOŽE RAZVIJATI</u> Županijski Centar za koordinaciju palijativne skrbi postaje partner bolnice u povezivanju sa udrugama civilnog društva, volonterima; partner u informiranju pacijenata i njihovih obitelji Mediji mogu biti partneri u smanjenju stigme psihijatrijskih palijativnih pacijenata kroz emisije, intervju, promociju itd. Bolnica treba ostvariti suradnju sa CEPAMET – om u stručnom usavršavanju djelatnika o određenim temama iz područja palijativne skrbi
PRIJETNJE 1. Nedovoljno organizirana kućna njega 2. Nedostatak mobilnih palijativnih timova u Županiji 3. Manjak suradnje i edukacije LOM-ova. 4. Pasivni stav HZZO-a prema financiranju palijativne skrbi u bolnici 5. Izjednačavanje gerijatrijskih pacijenata sa palijativnim	<u>AKTIVNOSTI KOJE MOŽE MOBILIZIRATI</u> Dolazak konzilijarnih liječnika iz suradnih ustanova u bolnicu više puta mjesečno ili po potrebi Bolnica treba postati mjesto koordinacije LOM-a, kućne njege, udruga civilnog društva, volontera Formirati jedinstvenu medicinsku dokumentaciju za palijativne pacijente u županiji na primarnoj i sekundarnoj razini zdravstvene zaštite	<u>AKTIVNOSTI KOJIMA SE MOŽE DJELOVATI POSREDNO</u> Informirati pacijenata o drugim mjestima pružanja palijativne skrbi u županiji i RH Premjestiti pacijenata u drugu ustanovu sa organiziranom palijativnom skrbi Upoznati se sa uvjetima za dobivanje i podnošenje zahtjeva za odobrenje palijativnih kreveta pri HZZO-u

5.2. SWOT analiza palijativne skrbi u sličnim specijalnim bolnicama

Ova SWOT analiza sadrži komponente kao i analiza za NPB „Dr. Ivan Barbot“, no ističe sadržaje koje slične specijalne bolnice imaju prije razvoja palijativne skrbi, a ovdje se analiziraju kroz mogućnosti implementacije, razvoja, mobilizacije i kontrole štete. Analiza ima za cilj pokazati poziciju sličnih specijalnih bolnica u uvođenju promjena. Aktivnosti koje se preporučuju dodatno su opisane u tekstu rasprave.

UNUTRAŠNJI FAKTORI	SNAGE	SLABOSTI
VANJSKI FAKTORI	1. Bolnica ima smještajne kapacitete, educirano medicinsko osoblje, prostorije različite namjene, medicinska pomagala, ambulante, tehničko servisnu službu, kuhinju, kapelicu, medicinsku dijagnostiku, dvorane za predavanja i edukaciju, ljekarnu, prijemnu ambulantu, 2. Organizirana je služba - dežurni liječnik i medicinska sestra 3. Bolnica ima prosekturu i patologa 4. Postoji dnevna bolnica u kojoj pacijenti mogu boraviti više puta tijekom tjedna, službe za rehabilitaciju kao i prostor za njezino provođenje, postoje nemedicinske djelatnosti kao što su socijalni radnici, psiholozi, radni i socijalni terapeuti	1. Medicinsko i nemedicinsko osoblje bolnice nije educirano o PS 2. Nije formiran palijativni bolnički tim 3. Djelatnost palijativne medicine nije definirana u statutu bolnice 4. Nisu ugovoreni palijativni kreveti sa HZZO-om 5. Registar palijativnih pacijenata nije formiran 6. Nije organizirana služba volontera 7. Nije organizirana posudionica medicinskih pomagala 8. Medicinsko osoblje preopterećeno je poslom i stvara otpor pri uvođenju novih promjena 9. Liječnici koji su već specijalizirani u drugim područjima medicine 10. Strah zaposlenika da bolnica ne postane „umiralište“
MOGUĆNOSTI 1. Osnovati županijski Centar za koordinaciju PS 2. LOM-ovi mogu biti suradnici u skrbi o palijativni pacijentima posebno kod otpusta iz bolnice na kućnu njegu 3. Organizirati izvanbolnički tim PS 4. Uključiti udruge civilnog društva kao suradnike u području promocije PS 5. Kućna njega i patronaža u suradnji sa bolnicom u skrbi o palijativnim pacijentima posebno pri odlasku iz bolnice 6. Županija sudjeluje kao partner u organizaciji i financiranju dnevne bolnice 7. Volonteri u bolnici i kod obitelji 8. Formiranje savjetovališta za obitelji tijekom bolesti njihovog člana kao i pomoć u žalovanju	<u>AKTIVNOSTI KOJE MOGU IMPLEMENTIRATI</u> Bolnički prostori mogu biti mjesto za edukaciju volontera i LOM-ova, udruga, patronažnih sestara itd. Nemedicinsko osoblje može pružati informacije u savjetovalištu, uslugama koje obitelj može ostvariti u brizi za svoje bližnje Provoditi promociju usluga bolnice u lokalnoj sredini Organizirati posudionice pomagala uz pomoć udruga, volontera, obitelji Organizirati dnevnu bolnicu za palijativne pacijente kao mjesto pružanja skrbi, mjesto za odmor, rad sa volonterima, druženja Djelatnici bolnice mogu djelovati kao članovi Centra za koordinaciju PS Osigurati optimalan protokol obavijesti među pružateljima skrbi	<u>AKTIVNOSTI KOJE MOGU RAZVIJATI</u> LOM i bolnica mogu formirati zajedničku dokumentaciju i registar palijativnih pacijenata u suradnji sa županijskim Centrom za koordinaciju palijativne skrbi Udruge volontera mogu raditi sa palijativnim bolesnicima u dnevnoj bolnici Provesti edukaciju bolničkog osoblja od strane Medicinskog fakulteta, ali i drugih dionika u županiji

<i>OPASNOSTI</i>	<u>AKTIVNOSTI KOJE MOGU MOBILIZIRATI</u>	<u>AKTIVNOSTI KOJIMA SE MOŽE DJELOVATI POSREDNO</u>
1. Udaljenost županijskih bolnica 2. Obitelji smatraju da je najbolja skrb za njihove bližnje u bolnici 3. Povećanje incidencije malignih bolesti 4. Izjednačavanje palijativnih i gerijatrijskih pacijenata u očima obitelji pacijenta 5. Starenje stanovništva 6. HZZO-a ne financira predviđeni broj kreveta 7. Neprepoznavanje važnosti palijativne skrbi za zajednicu od strane županijskih vlasti 8. Zamor entuzijasta	Dnevna bolnica umjesto bolničkih kreveta postaje mjesto pružanja skrbi za palijativne skrbi Sanitetski prijevoz bolnice se može koristiti za prijevoz bolesnika u dnevnu bolnicu, te za prijevoz medicinskih pomagala u slučaju kada obitelj nema mogućnosti Provoditi kontinuiranu komunikaciju sa članovima obitelji kao jedan od važnih aspekata terapije njihovog bolesnog člana	Provoditi brigu za pacijente u domovima za starije i nemoćne, te drugim specijalnim ustanovama Informirati članove obitelji

6. RASPRAVA

Uz demografske promjene koje pokazuju sve veći udio starijeg stanovništva, statistički pokazatelji smrtnosti također se mijenjaju. Ljudi danas žive duže, udio starijih od 60 godina je povećan, i dalje će se 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 i 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. Prema konzervativnim procjenama, populaciju kojoj je potreban neki oblik palijativne skrbi čini između 50% i 89% svih umirućih pacijenata, što bi u Republici Hrvatskoj bilo 26.000 do 46.000 pacijenata godišnje. Najmanje 20% pacijenata oboljelih od tumora i 5% neonkoloških pacijenata zahtijevaju specijalističku palijativnu skrb u posljednjih godinu dana njihova života. Procijenjeni broj potrebnih palijativnih postelja u Republici Hrvatskoj u rasponu je između 349 i 429 (9). Do nedavno se potreba za krevetima za palijativnu skrb onkoloških pacijenata procjenjivala na 50 kreveta na milijun stanovnika. Međutim, ova stopa ne uzima u obzir ni potrebe onkoloških pacijenata, niti porast učestalosti kroničnih bolesti koje proizlaze iz demografskog starenja europskog stanovništva (8). Stvarna potreba za krevetima vjerojatno je dvostruko veća. Općenito govoreći, potreban broj kreveta za palijativnu skrb u određenoj regiji ovisit će o demografskom i socioekonomskom razvoju te regije, kao i o dostupnosti drugih službi specijalističke palijativne skrbi koje pružaju skrb radi odmora njegovatelja ili kućnu skrb. Za Austriju postoji preporuka od 60 kreveta za milijun stanovnika, raspoređenih prema regionalnim uvjetima (89). Za Irsku je izvještaj Nacionalnog savjetodavnog komiteta o palijativnoj skrbi preporučio najmanje 80-100 kreveta za palijativnu skrb na milijun stanovnika (90). Broj kreveta za palijativnu skrb u Zapadnoj Europi procijenjen je u rasponu od 10-20 kreveta na milijun stanovnika (Portugal, Turska) do 50-75 kreveta na milijun stanovnika (Švedska, Velika Britanija, Island, Luksemburg). Prema tome, broj kreveta mora se povećati čak i u mnogim zemljama Zapadne Europe, a situacija u većini zemalja istočne Europe još je gora (91). Neuropsihijatrijska bolnica „Dr. Ivan Barbot“ provela je analizu potreba bolesnika za zdravstvenom skrbi. Pokazatelji sugeriraju da Bolnica ima dvostruku ulogu obzirom na zdravstvene usluge koje pruža psihijatrijskim pacijentima koji se liječe u

bolnici te usluge specijalističkog ambulantnog dijela koje pruža stanovnicima Sisačko - moslavačke županije koji gravitiraju bolnici. Iako Bolnica ima prvenstveno predznak psihijatrijskog liječenja, njezinoj važnosti tijekom godina pridonio je i bolnički odjel neurologije te ambulanta ginekologije u kojoj su se liječili stanovnici županije. Iz ove uloge prepoznaju se i proizlaze potrebe za pružanjem usluga u području palijativne skrbi. Sama Bolnica može pružiti palijativnu skrb svim psihijatrijskim pacijentima koji se liječe u bolnici, od akutnih pa do kroničnih gdje se posebno izdvajaju forenzički pacijenti koji su više godina u procesu liječenja. Sa druge strane Bolnica može pružiti palijativnu skrb svim bolesnicima koji gravitiraju prema mjestu stanovanja. Sa tim ciljem u NPB „Dr. Ivan Barbot“ provedena je edukacija svih zaposlenika na razini palijativnog pristupa. Na taj način omogućena je ne samo edukacija već i komunikacija zaposlenika i samih članova palijativnog tima. Na osnovi tog modela se može provoditi i edukacija lokalnog stanovništva kroz javne tribine. Voditelji edukacija bili bi članovi palijativnog tima u suradnji sa drugim dionicima zdravstvenog sustava, npr. liječnicima obiteljske medicine, patronažnim sestrama, voditeljima udruga volontera itd. Mediji na lokalnoj i županijskoj razini mogu biti partneri u ovom projektu sa posebnim ciljem smanjenja stigme kako psihijatrijskih tako i palijativnih bolesnika. Prema Strateškom planu razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014.-2016., a sukladno članku 4. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, predlaže se osnivanje centara za koordinaciju palijativne skrbi. Za sada u Sisačkoj - moslavačkoj županiji nije zaživio takav Centar te se predlaže da sama Bolnica bude mjesto koordinacije primarne i sekundarne zdravstvene zaštite i to primarno kao mjesto komunikacije. Na taj način će se moći izmjenjivati iskustva i pitanja, raspravljati problematika o pacijentima kao i pojedini slučajevi kako bi unaprijedilo znanje i ojačala međusobna suradnja. Također, na taj način bi se olakšala implementacija jedinstvene dokumentacije palijativnog pacijenta koja bi ga pratila tijekom faza liječenja među različitim dionicima zdravstvenog sustava. Bolnica može biti mjesto za organizaciju službe volontera koji bi provodili vrijeme sa palijativnim pacijentima. Volonteri bi bili članovi volonterske udruge koja bi u suradnji sa članovima palijativnog tima sudjelovala u njihovom odabiru, edukaciji te praćenju njihova rada.

Nedostatak mobilnih palijativnih timova u Sisačko - moslavačkoj županiji te nedovoljno organizirana kućna njega bez edukacije medicinskih sestara o palijativnoj skrbi čine pritisak i otežavaju uspostavljanje kontinuiteta skrbi za pacijente koji se nakon hospitalizacije vraćaju u obitelj. Suradnja bolnice sa jedinicama lokalne uprave i samouprave, županijskom HMS kao i ustanovama za zdravstvenu njegu u kući kroz kontinuirane radionice i radne sastanke

omogućila bi ne samo olakšan odlazak pacijenta iz bolnice sa konačnim ciljem uspostavljanja izvanbolničke službe koja će 24 sata u tjednu skrbiti za palijativne pacijente. Udaljenost županijske bolnice i drugih konzilijarnih službi čini veliki problem u kvalitetnoj zdravstvenoj skrbi za palijativne psihijatrijske pacijente. Također, postoji nerazumijevanje i manjak komunikacije liječnika prilikom akutizacije bolesti kod palijativnih pacijenata, često diskriminacija psihijatrijskih palijativnih bolesnika, kao i udaljenost za pacijente koji odlaze na neke specifične dijagnostičke ili terapijske postupke. Suradnja i bolja komunikacijska povezanost sa županijskom bolnicom kao i mogućnost dolaska konzilijarnog liječnika omogućila bi da se palijativni pacijenti ne izlažu nepotrebnom odlasku i dugotrajnom transportu. Prethodni usmeni dogovor oko pretraga i postupaka za pojedinog pacijenta u drugim bolnicama također bi pridonio smanjenju patnje, boli i stresa te pružio kvalitetniju skrb za psihijatrijske palijativne pacijente.

Specijalne bolnice imaju resurse za provođene palijativne skrbi. Među njima se izdvajaju ljudski resursi. Važno je prepoznati medicinsko i nemedicinsko osoblje bolnice koje svakodnevno skrbi o pacijentima te sa edukacijom na razini palijativnog pristupa ili specijalističke palijativne medicine može činiti osnovu bolničkog palijativnog tima, palijativnog odjela ili tima u ambulanti za palijativnu skrb. Specijalisti kao su što su psihijatri, neurolozi, internisti, obzirom na nedostatak specijalizacije iz područja palijativne medicine mogu biti pokretači u formiranju bolničkog palijativnog tima. Specijalne bolnice imaju organizirane i druge oblike liječenja kao što su radna terapija, socioterapija, dnevna bolnica, ambulantno specijalistički dio koji im omogućuju da uz reorganizaciju i prilagodbu usluga pruže različite oblike skrbi za palijativne bolesnike. Posebnu prednost imaju specijalne psihijatrijske bolnice u kojima medicinsko osoblje ima afinitet i iskustvo u pristupu složenim psihičkim teškoćama, njihovom prepoznavanju i kompleksom liječenju. Također, medicinske sestre i liječnici imaju dodatno znanje psihoterapijskih tehnika koje mogu pomoći ne samo palijativnim bolesnicima već i njihovim obiteljima posebno u vrijeme žalovanja. Osim ljudskih resursa specijalne bolnice imaju i smještajne kapacitete te organiziran rad tijekom dana, noći te vikenda. Postojeći kronični kreveti se mogu prenamijeniti te ugovorom sa Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje financirati kao palijativni kreveti. Većina sličnih specijalnih bolnica osim psihijatrijskih zbrinjava somatska stanja svojih bolesnika ili ima organiziran sustav suradnje sa konzilijarnim liječnicima i suradnim ustanovama. Bolnice imaju organiziranu radiološku službu te laboratorij potreban u dijagnostici somatskih stanja. Tu su organizirane i druge službe kao što je tehnička koja uključuje i sanitetski prijevoz

pacijenta, kuhinju, prosekturu, ljekarnu itd. Većina bolnica ima i kapelicu ili određeni prostor predviđen za molitvu. Specijalne bolnice imaju medicinska pomagala s kojima se može organizirati posudionica istih. Vrijeme u kojem se pomagala mogu posuditi treba prilagoditi obitelji kao i omogućiti im dopremu do njihove kuće. Posudionica može biti mjesto informiranja obitelji o drugim pravima i mogućnostima koje mogu ostvariti. Također, u slučaju da obitelj vraća pomagala nakon smrti člana obitelji posudionica može biti mjesto na kojem će dobiti priliku za razgovor i suport/podršku. Nemedicinsko osoblje (psiholozi, socijalni radnici, radni terapeuti itd.) ključno je u formiranju bolničkog palijativnog tima. Akutne bolnice većinom nemaju ta suradna zanimanja dok se u specijalnim bolnicama oni svakodnevno susreću sa pacijentima te obično i sami provode vrijeme u bolničkom settingu. Bolnice uz hitni prijem imaju i specijalističko konzilijarnu službu gdje se mogu organizirati i ambulanta za bol ili ambulanta za palijativnu medicinu ovisno o specijalistima koji su zainteresirani za rad. Također, u okviru dnevne bolnice može se organizirati dnevna bolnica za palijativne bolesnike koji bi mogli dolaziti više puta tjedno, na par sati. Na taj način bi se omogućilo da bolesnici ostanu kod kuće no uz kvalitetan sadržaj tijekom dana, a da pritom njihove obitelji imaju vremena za svoje aktivnosti. Bolnica treba biti mjesto edukacije svojih djelatnika na više razina palijativne skrbi obzirom na njihove uloge. Svi zaposlenici trebaju biti educirani na razini palijativnog pristupa. Medicinsko osoblje koje radi na odjelu na kojem se nalaze palijativni pacijenti trebaju imati specifična znanja o palijativnoj medicini. Uz njih trebaju biti educirani i liječnici obiteljske medicine, patronažne sestre, medicinske sestre u kućnoj njezi kao i liječnici specijalisti iz suradnih ustanova koji sudjeluju u liječenju palijativnih bolesnika na razini opće palijativne skrbi. Edukacija obitelji može se provoditi u okviru savjetovaništva u samoj bolnici. Obitelji bi imale mogućnost naučiti konkretna teorijska i praktična znanja o skrbi za svoje bližnje. Volonteri bi nakon edukacije iz palijativne skrbi bili u mogućnosti dolaziti na odjele, raditi sa palijativnim pacijentima kao i provoditi aktivnosti u dnevnoj bolnici. Volonteri bi prolazili selekciju i evaluaciju kao i dogovor o provođenju aktivnosti zajedno sa svojom udrugom volontera kao i palijativnim bolničkim timom. Odnos prema okolini treba biti usmjeren na udruge civilnog društva, udruge volontera, ustanove za kućnu njegu, a posebno sa domovima zdravlja te lokalnom vlasti. Osim edukacije bitno je organizirati sastanke sa ciljem prezentiranja dosadašnjih iskustava, ciljeva, planova budućih aktivnosti. Vrlo je bitno ojačati komunikacijske puteve i zajedničke alate kao što je npr. popratna medicinska dokumentacija kod otpusta pacijenta iz bolnice. Mediji su bitni obzirom na utjecaj na smanjenje stigme palijativnih pacijenata kao i popularizaciju te širenje

informacija o uslugama koje bolnica pruža, npr. rad posudionice pomagala, savjetovalište za obitelji itd. Medicinski fakulteti i CEPAMET trebaju biti suradnici u poslijediplomskoj edukaciji kao i pomoć u edukaciji o nekim specifičnim temama važnim za određenu bolnicu. Dobri primjera prakse kao i organizacijski modeli u Hrvatskoj već postoje te je bitno učiti od njih kroz radionice, razmjenu iskustava, simpozije itd. Postoje mnogi rizici prilikom uvođenja promjena kao što je palijativna skrbi među kojima je otpor prema edukaciji o palijativnoj skrbi od strane djelatnika „jer svi sve znaju i već to rade u praksi“. Također, može se očekivati otpor od strane liječnika jer i tako imaju puno posla, a malo vremena, te nisu dovoljno plaćeni. Postoji rizik da sve ostane na leđima entuzijasta. U skrbi palijativnog bolesnika sudjeluje tim, pri čemu vođa tima ne mora biti liječnik već član koji najbolje može rješavati njegove potrebe, npr. psiholog ili medicinska sestra koja provodi najviše vremena uz krevet bolesnika. Takva promjena izaziva otpor obzirom na uobičajenu hijerarhiju odlučivanja u bolnicama u kojoj je liječnik na prvom mjestu. Često dolazi do nesuradnje obitelji koja ne poštuje odluku svojeg člana da umre kod kuće, već smatra da je bolnica mjesto pružanja najbolje skrbi. Prisutna su i nerealna očekivanja obitelji od liječnika i osoblja koja otežavaju skrb o palijativnom pacijentu. Može se očekivati manjak suradnje i komunikacije od strane liječnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti kao i nesuradnja lokalne vlasti te pasivnost lokalne zajednice. Proces prijelaza pacijenta iz kurativne medicine u palijativnu skrb nije striktno definiran te može činiti „sivu zonu“ u kojoj pacijent ne prima odgovarajuću skrb. Stigma palijativnih pacijenata i dalje je prisutna, te dodatno otežava uspostavljanje lokalne i nacionalne mreže palijativne skrbi. Osobe u terminalnom stadiju bolesti u specijaliziranim ustanovama mogu imati više stigmatiziranih društvenih identiteta obzirom na psihičku bolest, ali i obzirom na dob, obzirom na druge bolesti ili invaliditet, osim činjenice da umiru. Stigmatizacije može utjecati ne samo na institucionaliziranog pojedinca s mentalnom bolešću koji traži skrb na kraju života, već i na pružatelja usluga koji se brine za njega. Međutim, do danas, postoji nedostatak literature na temu stigme i terminalne bolesti u odnosu na pacijente u psihijatrijskim ustanovama. Stigma se posebno uočava prilikom akutizacije bolesti kod palijativnog bolesnika gdje se u akutnim bolnicama obavljaju nepotrebne pretrage i postupci dok je razina kvalitete zdravstvene usluge, liječenje boli i rješavanje psiholoških problema zanemareno. Mediji su zasićeni problemima zdravstvenog sustava, a posebno kada se govori o palijativnim psihijatrijskim pacijentima koji su marginalizirana skupina ljudi. Volonteri u bolnicama kao i volontiranje na bolničkim odjelima i dalje nije zaživjelo u bolnicama u Hrvatskoj, te će trebati vremena dok taj proces ne započne u praksi.

OSNOVNE PREPORUKE ZA UKLJUČIVANJE SLIČNIH BOLNICA U MREŽU PALIJATIVNE SKRBI

Palijativna skrb je vitalan, integralan dio zdravstvenog sustava, usmjerena je na fizičke, psihološke i duhovne sadržaje vezane uz uznapredovalu bolest.

Palijativna skrb uključuje interdisciplinarnan i multiprofesionalan pristup različitih dionika. Najčešće uključuje liječnika, medicinsku sestru, njegovatelja i druge zdravstvene i nezdravstvene profesionalce. Njihovu edukaciju u području palijativne skrbi treba poticati na više razina, ne samo kako bi skrbili o pacijentima već i jer bi bili jezgra za edukaciju cijelog kolektiva kao i zajednice u kojoj se bolnica nalazi, drugih zdravstvenih profesionalaca koji dolaze u kontakt sa palijativnim pacijentima pa i medija, udruga, volontera itd.

Specijalne bolnice koje uvode promjenu u vidu djelatnosti palijativne skrbi primarno moraju napraviti promjenu u paradigmi pristupa pacijentu, prelazak sa kurativne medicine na medicinu usmjerenu na kvalitetu života palijativnog bolesnika. Najveći izazov pri tome je osigurati primjerenu komunikaciju među različitim uključenim službama (kurativnim i palijativnim) kroz optimalan protok obavijesti.

Palijativna skrb traži posebno ozračje, stav i odnos njegovatelj - bolesnik koji potiču otvorenost u izmjeni obavijesti između bolesnika i obitelji. Stoga je pogrešno tražiti dodatne prostorije i građevine, već u postojećim prostorijama omogućiti privatnost bolesnika, poštovati njegovo dostojanstvo čovjeka kao i njegovu osobnost.

Palijativnim bolesnicima trebaju biti dostupni različiti modaliteti skrbi - kućna skrb, stacionarna skrb za bolesnike, dnevna bolnica za njegu za vrijeme odmora ukućana ili ambulate. Bolnice uz dosadašnju organizaciju rada trebaju određene prilagodbe koje svakako uključuju rad volontera, drugih nemedicinskih djelatnika kao i edukaciju zdravstvenih djelatnika uz primjeren stupanj financiranja od strane HZZO-a.

Volonteri mogu biti važan dio tima. Oni ne preuzimaju posao profesionalaca, nego imaju svoje vlastite doprinose i iskustva, te njihov rad treba cijeniti, evaluirati i unaprijediti. Dobivanje povezanih obavijesti od različitih pružatelja skrbi bitno je za bolesnika i za obitelj stoga je potrebno paralelno razvijati bolnički *setting* i izvanbolničku mrežu palijativne skrbi.

7. ZAKLJUČAK

Neuropsihijatrijska bolnica „Dr. Ivan Barbot“ primjer je bolnice koja već sada ima potrebne resurse te ima osnovu za uvođenje palijativne skrbi kao bolničke djelatnosti. Napori bolničkog palijativnog tima kao i pozitivna atmosfera zaposlenika prema palijativnoj skrbi osigurali su standard kojim bolnica može ući u proces pružanja palijativne skrbi u Zapadnoj Slavoniji i Moslavini, a i šire. Njezina uloga u mreži zdravstvene zaštite županije je važna te može činiti poveznicu između primarne i sekundarne razine zdravstvene zaštite kao i povreznicu sa volonterima, lokalnom vlasti, medijima itd. Dodatni napori potrebni su na razini edukacije medicinskog i nemedicinskog osoblja o palijativnoj skrbi, jačanju komunikacijskih putova i osnaživanju zajednice prema aktivnostima u području palijativnoj skrbi. Na nacionalnoj razini mreža palijativne skrbi se razvija pri čemu ima potporu u Strateškom planu razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014. - 2016. god., te Bijeloj knjizi o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi. Pri tome specijalne bolnice kao što je NPB „Dr Ivan Barbot“ pružaju primjer za slične specijalne bolnice koje se, uz već postojeće resurse, mogu kroz smjernice i preporuke uključiti u sustav pružanja palijativne skrbi.

8. SAŽETAK

Palijativna skrb je aktivna, ukupna skrb za pacijenta čija bolest ne reagira na postupke liječenja. Najvažnije je suzbijanje boli ili drugih simptoma, te socijalnih, psiholoških i duhovnih problema. Uloga palijativne skrbi u mreži zdravstvene zaštite važna je sastavnica u pružanju kvalitetne zdravstvene skrbi na svim njezinim razinama. U Hrvatskoj još uvijek ne postoji čvrsto strukturirana i odgovarajuće organizirana skrb za neizlječivo bolesne osobe kao i podrška članovima njihovih obitelji, dok je mreža timova i ustanova za palijativnu skrb nedovoljno razvijena. Prema konzervativnim procjenama, populacija kojoj je potreban neki oblik palijativne skrbi čini između 50% i 89% svih umirućih pacijenata, što bi u Republici Hrvatskoj bilo 26.000 do 46.000 pacijenata godišnje. Najmanje 20% pacijenata oboljelih od tumora i 5% neonkoloških pacijenata zahtijevaju specijalističku palijativnu skrb u posljednjih godinu dana njihova života. Među bolesnicima sa dijagnozom neizlječive bolesti posebno se ističu oni sa prethodnom dijagnozom mentalne bolesti. Literatura naglašava povećanu učestalost fizičkih zdravstvenih problema u osoba s opsežnim poremećajima mentalnog zdravlja. Postoje dokazi koji pokazuju da stopa morbiditeta u psihijatrijskoj populaciji daleko nadmašuje očekivanu stopu u općoj populaciji. Također, palijativni bolesnici prolazeći kroz faze neizlječive bolesti mogu pokazivati simptomatologiju mentalnih poremećaja kao što je depresija, anksioznost, delirij i mnoge druge. Neuropsihijatrijska bolnica „Dr. Ivan Barbot“ dugi niz godina zbrinjava veliki broj psihijatrijskih pacijenata koji imaju različite zdravstvene potrebe među kojima je i potreba za palijativnom skrbi. Također, pacijenti sa različitim somatskim tegobama gravitiraju bolnici i liječe se u polikliničkom dijelu Bolnice. Istraživanja govore kako bolnički palijativni programi pokazuju poboljšanje fizičkih i psihičkih simptoma kod palijativnih pacijenata, te veće zadovoljstvo članova obitelji pruženom njegom. Cilj ovog rada je analizirati postojeće stanje, resurse te mogućnosti Neuropsihijatrijske bolnice „Dr. Ivan Barbot“ Popovača za uključivanje u procese pružanja palijativne skrbi, njezine predispozicije i mogućnosti razvoja palijativne skrbi kao bolničke djelatnosti. To uključuje i istražiti mogućnosti uključivanja drugih sličnih specijalnih bolnica u proces pružanja palijativne skrbi te ih prikazati u vidu preporuka.

Ključne riječi: palijativna skrb, psihijatrijski bolesnik, neizlječiva bolest, specijalne bolnice

ABSTRACT

Possibilities to provide palliative care in special psychiatric hospitals- example of Neuropsychiatric hospital "Dr. Ivan Barbot" Popovača

Palliative care is the active, total care of the patients whose disease is not responsive to curative treatment. Control of pain, of other symptoms, and of social, psychological and spiritual problems is paramount. The role of palliative care in the Croatian health care network is an important component in providing quality health care. In Croatia, there is still no firmly structured and organized appropriate care for terminally ill persons as well as support for their families, while the network of palliative care teams and facilities is still underdeveloped. According to conservative estimates, the population in need of some form of palliative care makes up between 50% and 89% of all dying patients, which in Croatia makes 26000-46000 patients annually. At least 20% of the cancer patients and 5% non-oncological patients require specialist palliative care in the last year of their life. Among patients diagnosed with an incurable disease are accentuated those with a previous diagnosis of mental illness. Literature emphasizes the increased incidence of physical health problems in people with extensive mental health disorders. There is evidence to show that the rate of morbidity in a psychiatric population far exceeds the expected rate in the general population. Also, palliative patients passing through phases of an incurable disease may exhibit symptoms of mental disorders such as depression, anxiety, delirium and others. Neuropsychiatric Hospital "Dr. Ivan Barbot" for many years provides treatment for a large number of psychiatric patients who have different health needs among which is a need for palliative care. Also, patients with various somatic illness gravitate to the hospital and are treated in its outpatient service. Studies suggest that hospital palliative programs show improvement in physical and psychological symptoms in palliative care patients, and greater satisfaction with family members of the care. The aim of this paper is to analyze the current situation, resources and opportunities Neuropsychiatric Hospital "Dr. Ivan Barbot" Popovača have for inclusion in the processes of providing palliative care, its resources and the possibilities for a development of palliative care as a hospital service. This includes evaluating the possibility of including other similar specialized hospitals in the process of providing palliative care and display them in the form of recommendations.

Keywords: palliative care, psychiatric patient, incurable disease, special hospitals

9. LITERATURA

1. European Association for Palliative Care. Definition of Palliative Care. Available from: <http://www.eapcnet.eu/Corporate/AbouttheEAPC/Definitionandaims.aspx>. (accessed 15.11.2013.)
2. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Symptom Manage*. 2002; 24: 91–96.
3. Mount B, Hanks G, McGouldrick L. The principles of palliative care. In: Fallon M, Hanks G. *ABC of palliative care* 2nd edition. Blackwell Publishing Ltd; 2006. p. 1-3.
4. Distelmans W, Bauwens S. Palliative care is more than terminal care. *BJMO* 2008; 2: 19-23.
5. Council of Europe. Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care. Available from: http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec%282003%2924_en.pdf . (accessed 15.11.2013.)
6. Portenoy RK, Forbes K, Lussier D, Hanks G. Difficult pain problems: an integrated approach. In: Doyle D, Hanks G, Cherny N, Calman K, eds. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, 3rd edition. England: Oxford University Press; 2003. p. 438-58.
7. National Consensus Project for Quality Palliative Care. *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care*, Second Edition. Pittsburgh, 2004. p. 5-11.
8. Radbruch L, Payne S. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1. Recommendations from the European Association for Palliative Care. *Eur J Palliat Care*. 2009;16(6):278-289.
9. Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske. Strateški plan razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014.-2016. Available from: <https://vlada.gov.hr/UserDocsImages//Sjednice/Arhiva//134.%20-%209.pdf>. (accessed 15.01.2014.).
10. Neuropsihijatrijska bolnica „Dr. Ivan Barbot“ Popovača. Povijest bolnice. 75 godina Neuropsihijatrijske bolnice „dr. Ivan Barbot“ Popovača. Dostupno na: <http://npbp.hr/v2/povijest-bolnice.html> (pristup 13.12.2014.)
11. Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske. Prirodno kretanje stanovništva Republike Hrvatske u 2013. Available from: http://www.dzs.hr/Hrv_Eng/publication/2014/07-01-01_01_2014.htm. (accessed 10.10.2014.)
12. Radbruch L, Payne S. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. Recommendations from the European Association for Palliative Care. *Eur J Palliat Care*. 2010; 17(1):22-33.
13. Stanje zdravlja i rad zdravstva na području sisačko-moslavačke županije u 2012. godini. Zavod za javno zdravstvo Sisačko-moslavačke županije. Available from: <http://zzjz-sk.hr/site/images/dokumenti/zdravlje2012.pdf>. (accessed 10.09.2014.)
14. Palijativna skrb. Smjernice za uključivanje punoljetnog pacijenta u palijativnu skrb. Available from: <http://palijativna-skrb.hr/index.php/popis-dokumenata> (accessed 10.10.2014.)

15. Fischer SM., Gozansky WS, Sauaia A et al. A practical tool to identify patients who may benefit from a palliative approach: The CARING criteria. *J Pain Symptom Manage.* 2006;31: 285–292.
16. Murtagh FE, Preston M, Higginson I. Patterns of dying: palliative care for non-malignant disease. *Clin Med.* 2004;4:39–44.
17. Dalgaard KM, Bergenholtz H, Nielsen ME, Timm H. Early integration of palliative care in hospitals: A systematic review on methods, barriers, and outcome. *Palliat Support Care.* 2014;13:1-19.
18. Farquhar M, Grande G, Todd C, Barclay S. Defining patients as palliative: hospital doctors' versus general practitioners' perceptions. *Palliat Med.* 2002;16(3):247-250.
19. Davie E. A social work perspective on palliative care for people with mental health problems. *Eur J Palliat Care.* 2006;13(1):26-28.
20. Baker A. Palliative and End-of-Life Care in the Serious and Persistently Mentally Ill Population. *J Am Psychiatr Nurses Assoc.* 2005;11(5):298-303.
21. Foti E. Do it your way: A demonstration on End-of-Life Care for Persons with Serious Mental Illness. *J Palliat Med.* 2003;6(4):661-669.
22. McGrath P, Jarrett V. The Problem of Stigma during End-of-life Care at a Psychiatric Institution. *Int J Psychosoc Rehabil.* 2007;11(2):19-30.
23. Felker B, Yazel JJ, Short D. Mortality and medical comorbidity among psychiatric patients: A review. *Psych Serv.* 1996;47:1356-1363.
24. Maricle R, Hoffman W, Joseph D. The prevalence and significance of medical illness among chronically mentally ill outpatients. *Community Ment Health J.* 1987;23(2): 81-90.
25. Casey D. Metabolic issues and cardiovascular disease in patients with psychiatric disorders. *Am J Med.* 2005;118:15 – 22.
26. Ruschena D et al. Sudden death in psychiatric patients. *Br J Psychiatry.* 1998;172: 331-336.
27. Mortensen P, Juel K. Mortality and causes of death in first admitted schizophrenic patients. *Br J Psychiatry.* 1993;163:183-189.
28. Brown S. Excess mortality of schizophrenia. A meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 1997;171:502-508.
29. Lawrence D, Holman C, Jablensky A, Hobbs M. Death rate from ischaemic heart disease in Western Australian psychiatric patients 1980-1998. *Br J Psychiatry.* 2003;182:31-36.
30. De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry.* 2011;10(1):52–77.
31. Disability Rights Commission. Formal investigation report. Part 1. Equal Treatment: Closing the Gap. A formal investigation into physical health inequalities experienced by people with learning disabilities and/or mental health problems. London, 2006. p.33-39.
32. Henderson M. Mental Health Needs. In: Oliviere D, Monroe B. *Death, Dying and Social Differences.* Oxford University Press: Oxford. 2004; 6: 79-95.

33. McIntyre J, Romano J. Is there a stethoscope in the house (and is it used)? *Arch Gen Psychiatry*. 1977; 34(10):1147-1151.
34. Koranyi E. Morbidity and rate of undiagnosed physical illnesses in a psychiatric clinic population. *Arch Gen Psychiatry*. 1979;36(4):414-419.
35. Kasten B. Self-Medication With Alcohol and Drugs by Persons With Severe Mental Illness. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 1999;5(3):80-80.
36. Inagaki T, Yasukawa R, Okazaki S, Yasuda H, Kawamukai T, Utani E et al. Factors Disturbing Treatment For Cancer In Patients With Schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2006;60(3):327–331.
37. Kelly B, Shanley D. Terminal Illness and Schizophrenia. *J Palliat Med*. 2000;16(2):55-57.
38. Goldman LS. Medical illness in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 1999; 60(21):10-15.
39. Bunce DF, Jones LR, Badger L, Jones SE. Medical illness in psychiatric patients: barriers to diagnosis and treatment. *Southern Med J*. 1982;75:941-944.
40. Talbott JA, Linn L. Reactions of schizophrenics to life-threatening disease. *Psychiatr Q*. 1978;50(3):218–227.
41. Holmberg S. Physical health problems of the psychiatric client. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 1988; 26:35-39.
42. Dworkin R. Pain insensitivity in schizophrenia: A neglected phenomenon and some implications. *Schizophr Bull*. 1994;20:235-248.
43. Hotopf M, Mayou R, Wadsworth M, Wessely S. Temporal relationships between physical symptoms and psychiatric disorder. *Br J Psychiatry*. 1998;173:255-261
44. Baker A. Palliative and end-of-life care in the serious and persistently mentally ill population. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2005;11(5):298–303.
45. Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 2000;177:212-217.
46. Carney CP, Jones L, Woolson RF. Medical comorbidity in women and men with schizophrenia: a population-based controlled study. *J Gen Intern Med*. 2006; 21(11):1133-7.
47. Foti E, Bartels S, Van Citters D. End-of-Life Treatment Preferences of Persons With Serious Mental Illness. 2005;56(5):585-591.
48. Wolf-Klein G, Pekmezaris R, Chin L and Weiner J. Conceptualizing Alzheimer's disease as a terminal medical illness. *Am J Hosp Palliat Care*. 2007; 24:77-82.
49. McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H, Hyman BT, Jack CR Jr, Kawas CH et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on Aging–Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*. 2011;7:263–269.
50. World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. Dementia. A public health priority. Geneva: 2002. p.4.
51. Aminoff BZ, Adunsky A. Their last 6 months: suffering and survival of end-stage dementia patients. *Age Ageing*. 2006;35:597–601.

52. Hughes JC, Jolley D, Jordan A, Sampson EL. Palliative care in dementia: issues and evidence. *Adv Psychiatr Treat*. 2007;13:251-260.
53. McCarthy M et al. The experience of dying with dementia: a retrospective study. *Int J Geriatr Psych*. 1997;12:404-409.
54. Kay DWK, Forster DP, Newens AJ. Long-term survival, place of death, and death certification in clinically diagnosed pre-senile dementia in northern England. Follow-up after 8-12 years. *Br J Psychiatry*. 2000;177:156-162.
55. Lloyd WM. An audit of palliative care in dementia. *Eur J Cancer Care*. 1996;5:53-55.
56. Jolley D, Baxter D. Mortality in elderly patients with organic brain disorder enrolled on the Salford Psychiatric Case Register. *Int J Geriatr Psych*. 1997;12:1174-1181.
57. Ballard C et al. Quality of care in private sector and NHS facilities for people with dementia: cross sectional survey. *BMJ*. 2001;323:426-7.
58. Cox S, Cook A. Caring for people with dementia at the end of life. In: Hockley J, Clark D, eds. *Palliative care for older people in care homes*. Buckingham: Open University Press; 2002. p. 86-103.
59. Hanrahan P, Luchins D, Murphy K. Palliative care for patients with dementia. In *Palliative Care for Non-Cancer Patients*, Addington-Hall J, Higginson I (eds.). New York: Oxford University Press; 2001. p.114-124.
60. Cox S, Watchman K. Death and dying. In: *Dementia and Social Inclusion*, Innes, A., Archibald, C, Murphy C (eds.). London: Jessica Kingsley; 2004. p. 86-103.
61. Spruyt O. Team Networking in Palliative Care. *Indian J Palliat Care*. 2011;17:17-19.
62. Tasmanian Government. Department of Health and Human Services Care. Available from: <http://www.dhhs.tas.gov.au/palliativecare/about/team>. (accessed 10.10.2014.)
63. National Association of Social Workers. NASW Standards for Social Work Practice in Palliative and End of Life Care. Washington DC: 2014. p.14.
64. Brazil K, Thomas D. The role of volunteers in a hospital-based palliative care service. *Palliat Care*. 1995;11(3):40-2.
65. Morrison RS, Penrod JD, Cassel JB, Caust-Ellenbogen M, Litke A, Spragens L et al. Cost Savings Associated With US Hospital Palliative Care Consultation Programs. *Arch Intern Med*. 2008;168(16):1783-90.
66. Riley GF, Lubitz JD. Long-term trends in Medicare payments in the last year of life. *Health Serv Res*. 2010;45:565-576.
67. Hatziandreu E, Archontakis F, Daly A et al. National Audit Office. The potential cost savings of greater use of home and hospice-based end of life care in England. Cambridge: RAND Corporation; 2008.
68. Teno JM, Clarridge BR, Casey V et al. Family perspectives on end-of-life care at the last place of care. *JAMA*. 2004;291(1):88-93.
69. Higginson IJ, Finlay IG, Goodwin DM et al. Is there evidence that palliative care teams alter end-of-life experiences of patients and their caregivers? *J Pain Symptom Manage*. 2003;25(2):150-168.
70. Jordhøy MS, Fayers P, Loge JH, Ahlner-Elmqvist M, Kaasa S. Quality of life in palliative cancer care: results from a cluster randomized trial. *J Clin Oncol*. 2001; 19(18):3884-3894.

71. Ringdal GI, Jordhoy MS, Kaasa S. Family satisfaction with end-of-life care for cancer patients in a cluster randomized trial. *J Pain Symptom Manage*. 2002; 24(1):53-63
72. Christakis NA, Iwashyna TJ. The health impact of health care on families: a matched cohort study of hospice use by decedents and mortality outcomes in surviving, widowed spouses. *Soc Sci Med*. 2003;57(3):465-475.
73. Casarett D, Pickard A, Bailey A, et al. Do palliative consultations improve patient outcomes? *J Am Geriatr Soc*. 2008;56(4):593-599.
74. Back AL, Li Y-F, Sales AE. Impact of palliative care case management on resource use by patients dying of cancer at a Veterans Affairs medical center. *J Palliat Med*. 2005;8(1):26-35.
75. Penrod JD, Deb P, Luhrs C, et al. Cost and utilization outcomes of patients receiving hospital-based palliative care consultation. *J Palliat Med*. 2006;9(4): 855-860.
76. Smith TJ, Coyne P, Cassel B, Penberthy L, Hopson A, Hager MA. A high-volume specialist palliative care unit and team may reduce in-hospital end-of-life care costs. *J Palliat Med*. 2003;6(5):699-705.
77. Elsayem A, Swint K, Fisch MJ et al. Palliative care inpatient service in a comprehensive cancer center: clinical and financial outcomes. *J Clin Oncol*. 2004; 22(10):2008-2014.
78. Penrod JD, Deb P, Dellenbaugh C, Burgess JF, Zhu CW, Christiansen CL et al. Hospital-Based Palliative Care Consultation: Effects on Hospital Cost. *J Palliat Med*. 2010;13(8):973-979.
79. Addington-Hall JM, MacDonald LD, Anderson HR et al. Randomized controlled trial of effects of coordinating care for terminally ill cancer patients. *Br Med J*. 1992; 305:1317-1322
80. Raftery JP, Addington-Hall JM, MacDonald LD, et al. A randomized controlled trial of the cost-effectiveness of a district co-ordinating service for terminally ill cancer patients. *Palliat Med*. 1996;10:151-161.
81. Kirk Payne S, Coyne P, Smith TJ. The Health Economics of Palliative Care. *Oncol*. 2002;16:801-812.
82. Norton SA, Hogan LA, Holloway RG, Temkin-Greener H, Buckley MJ, Quill TE. Proactive palliative care in the medical intensive care unit: effects on length of stay for selected high-risk patients. *Crit Care Med*. 2007;35(6):1530-1535.
83. Fumić Dunkić L. Multidisciplinarni tim Hrvatskog centra za palijativnu skrb. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo* 2012;8:159-166.
84. Lloyd-Williams M. Screening for depression in palliative care patients: A review. *Eur J Cancer Care*. 2001;10(1):31-5
85. Lloyd WM, Friedman T. Depression in palliative care patients - a prospective study. *Eur J Cancer Care*. 2001;10:270-4.
86. Durkin I, Kearney M, O'Siorain L. Psychiatric disorder in a palliative care unit. *J Palliat Med*. 2003;17(2):212-8
87. Lander M, Wilson K, Chochinov HM. Depression and the dying older patient. *Clin Geriatr Med*. 2000;16(2):335-56.

88. Payne DK, Massie MJ. Anxiety in palliative care. In: Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine, Chochinov HM, Breitbart W. (Eds). Oxford University Press: New York; 2000. p.435.
89. Nemeth C, Rottenhofer I. Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, 2004.
90. Mid-Western Health Board. Report on the National Advisory Committee on Palliative Care. Department of Health and Children; 2001. Available from : <http://hdl.handle.net/10147/43031>. (accessed 20.10.2014)
91. Centeno C, Clark D, Lynch T et al. EAPC Atlas of Palliative Care in Europe. Houston: IAHPC Press; 2007. p. 21-23.

10. ŽIVOTOPIS

Nikolina Antonia Domokuš rođena je 13.06.1986. u Virovitici. 2005. godine je upisala Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu te je diplomirala 21. srpnja 2011. Diplomski rad pod nazivom „Neuroendokrinologija Leydigovih stanica“ napisala je pod mentorstvom prof. dr. sc. Davor Ježeka. 2012. godine po odrađenom pripravničkom stažu u Kliničkoj bolnici Sveti Duh položila je državni ispit te počinje raditi u Neuropsihijatrijskoj bolnici „Dr. Ivan Barbot“. 2014. godine započinje specijalizaciju iz dječje i adolescentne psihijatrije za Neuropsihijatrijsku bolnicu „Dr. Ivan Barbot“.