

Analiza specifičnosti palijativne zdravstvene njege u Službi za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof

Kropek, Dijana

Undergraduate thesis / Završni rad

2018

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:121560>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-25**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





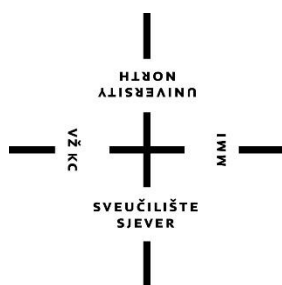
**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 1009/SS/2018

**Analiza specifičnosti palijativne zdravstvene njege u Službi
za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof**

Dijana Kroppek, 0623/336

Varaždin, listopad 2018. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za sestrinstvo

Završni rad br. 1009/SS/2018

Analiza specifičnosti palijativne zdravstvene njege u Službi za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof

Student

Dijana Kroppek, 0623/336

Mentor

doc. dr. sc. Marijana Neuberg

Varaždin, rujan 2018. godine

Predgovor

„Nijedan čovjek nije otok, sasvim sam za sebe..

Smrt svakog čovjeka smanjuje mene,

jer sam obuhvaćen u čovječanstvu.

I zato nikad ne pitaj kome zvono zvoni, tebi zvoni. “

John Donne

Razmišljamo li ikad o tome kako živi obitelj koja ima neizlječivo dijete ili član obitelji onih koji se ne mogu brinuti sami o sebi?

Razmišljamo li ikad kako živi obitelj koja ima dementnog člana ,kako je skrbnicima?

Koliko je onih koji umiru sami, o kojima nema tko brinuti?

Koliko ste puta čuli da Vam se kaže kako smo mi svoje učinili, dalje se brinite sami, čekajte kraj... Zašto? Kako? Gdje? Postavljate si pitanja na koja ne dobivate odgovore.

Zahvaljujem svima koji su mi bili podrška tijekom školovanja – ponajviše mojem suprugu i djeci, roditeljima, prijateljima, kolegama s posla, ali i svim mentorima, profesorima predavačima koji su nesebično sa mnom podijelili svoje vrijeme i svoje znanje.

Iskreno zahvaljujem svima na ljubavi, strpljenju, povjerenju, podršci i žrtvi koja mi je bila poticaj da ustrajem.

Također, najiskrenije zahvaljujem mentorici doc. dr. sc. Marijani Neuberg na pomoći, beskrajnoj strpljivosti i korisnim savjetima u pisanju završnog rada.

Sažetak

Palijativna medicina je aktivna, totalna skrb za bolesnika čija bolest ne odgovara na kurativno liječenje. S ciljem da se poboljša kvaliteta rada i pruži još bolja palijativna zdravstvena skrb u Službi za produženo liječenje i palijativnu skrb provedeno je već nekoliko kvalitetnih istraživanja, kao i edukacije zdravstvenih djelatnika.

Ovo istraživanje je provedeno putem dva anketna upitnika, a cilj istraživanja bio je ispitati zadovoljstvo medicinskih sestara koje rade na odjelima Službe za produženo liječenje i palijativnu skrb u pojedinim segmentima vezanima uz njihov rad. Podcilj istraživanja bio je ispitati stavove javnosti vezane uz medicinske sestre koje rade u sustavu palijativne skrbi. Jedan anketni upitnik je bio namijenjen medicinskim sestrama u Službi za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof, a drugi općoj populaciji. Prvi anketni upitnik je proveden u OB Varaždin, Služba za produženo liječenje i palijativnu skrb i u njemu je sudjelovalo 86 medicinskih sestara/tehničara. U anketnom upitniku namjenjenom općoj populaciji sudjelovalo je ukupno 196 sudionika, a podatci su prikupljeni putem Google obrasca u vremenskom periodu od 14. srpnja do 05. rujna rujna 2018.

Iz provedenog istraživanja može se zaključiti da su medicinske sestre/tehničari većinom zadovoljne svojim radom na radnom mjestu, međusobnoj interakciji s nadređenima te se unutar svog tima većinom osjećaju korisno i prihvaćeno te svoje zanimanje, radno okruženje i ustanovu u kojoj rade prezentiraju s ponosom. Ono čime nisu toliko zadovoljni su međuljudski odnosi u svojoj radnoj okolini i radnom mjestu (podijeljenog su mišljenja) i većina njih nije zadovoljna uvjetima na radu i mogućnostima zaštite na radu. Većina njih također smatra da im je potrebna dodatna edukacija za poslove koje obavljaju na radnom mjestu te preko polovice sudionika ponekad razmišlja o bolovanju kao bijegu s posla. Pozitivnije stavove prema zdravstvenim djelatnicima u palijativnoj skrbi imaju sudionici koji dolaze iz urbanih područja. Sudionici iz opće populacije koji dolaze iz zdravstvenih struka imaju pozitivnije stavove o medicinskim sestrama/tehničarima od onih koji dolaze iz nezdravstvenih struka kao i činjenica da nije dobivena statistički značajna razlika u stavovima o medicinskim sestrama/tehničarima koji rade u sustavu palijativne skrbi ovisno o tome je li osoba imala u životu iskustvo s umirućom osobom.

Ključne riječi: palijativna skrb, multidisciplinarni pristup, medicinska sestra /tehničar u sustavu zdravstvene palijativne skrbi.

Abstract

Palliative medicine is an active, total care for patients whose illness does not correspond to curative care. In order to improve the quality of work and to provide even better palliative care in the Department for Continuous Treatment and Palliative Care, several quality researches have been conducted as well as education of health professionals.

This research was conducted through two questionnaires, and the aim of the research was to examine the satisfaction of nurses working in the Hospital of Continuous Treatment and Palliative Care in some segments related to their work. The subject of the study was to examine public attitudes to nurses working in the palliative care system. One questionnaire was intended for nurses at the Hospital of Continuing Treatment and Palicational Nursing at Novi Marof, and another for the general population. The first survey questionnaire was conducted in which 86 medical nurses / technicians participated in it. A total of 196 participants participated in the survey questionnaire for the general population, and the data was collected through a Google form in the period from July 14 to September 5, 2018

From the research conducted we can conclude that nurses / technicians are mostly satisfied with their work in the workplace, interacting with their superiors and within their team mostly feel useful and accepted and with their pride and interest in their occupation, work environment and the institution in which they work. What is not so satisfied are interpersonal relationships in their work environment and workplace (divided opinions) and most of them are not satisfied with work conditions and occupational safety. Most of them also believe that they need additional training for jobs at their workplace, and over half of the participants sometimes think of being sick as a job break. Positive attitudes towards palliative care professionals include participants from urban areas. Participants from the general population coming from the health care profession have more positive attitudes towards nurses / technicians than those who come from unprofessional professions as well as the fact that no statistically significant difference in the attitudes of nurses / technicians working in the palliative care care system is depending on it did a person have experience with a dying person in their life.

Key words: palliative care, multidisciplinary approach, nurse / technician in the palliative care system

Sadržaj

1. Uvod	1
2. Definicija palijativne skrbi	3
3. Povijesni razvoj palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj	5
3.1. Ciljne skupine i načini primjene palijativne skrbi	10
4. Zastupljenost palijativne skrbi	13
5. Multidisciplinarnan pristup u pružanju palijativne zdravstvene skrbi i značaj multidisciplinarnog tima	16
5.1. Uloga socijalnog radnika u palijativnom timu	17
5.2. Uloga liječnika u palijativnom timu	18
5.3. Uloga medicinske sestre u palijativnom timu	19
5.4. Uloga duhovnika u palijativnom timu	19
5.5. Uloga ljekarnika u palijativnom timu	21
5.6. Uloga fizioterapeuta u palijativnom timu	21
5.7. Uloga psihologa u palijativnom timu	21
6. Organizacija palijativne skrbi OB Varaždin u Službi za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof i smještaj osoba starije životne dobi na odjele s produženim liječenjem	23
6.1. Prostorni i arhitektonski smještaj Službe za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof	23
6.2. Povijesni razvoj palijativne zdravstvene skrbi u bolnici Novi Marof	24
6.3. Infrastrukturni uvjeti i ljudski potencijali u bolnici Novi Marof	24
6.4. Prijem i otpust pacijenata u bolnici Novi Marof	25
6.5. Volonterski pristup u bolnici Novi Marof	26
7. Istraživanje i analiza specifičnosti rada medicinskih sestara i tehničara u Službi za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof	28
7.1. Cilj i hipoteze istraživanja	28
7.1.1. Ispitanici i postupak istraživanja	28
7.1.2. Instrumenti	29
7.1.3. Statističke metode	29
7.2. Rezultati	30
7.2.1. Deksriptivni podaci anketnog upitnika za medicinske sestre/tehničare u Službi za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof	30
7.2.2. Deskriptivni podatci anketnog upitnika za opću populaciju	34
7.3. Rasprava	40
8. Zaključak	43
9. Literatura	45

1. Uvod

Palijativna medicina je aktivna, totalna skrb za bolesnika čija bolest ne odgovara na kurativno liječenje. Palijativna zdravstvena skrb ne može izliječiti osobu već je orijentirana na pružanje skrbi, ublažavanje patnje i bola čuvajući pri tome dostojanstvo osobe u cjelovitoj jedinstvenosti ljudskog bića. U Republici Hrvatskoj danas od ukupnog broja umrlih, 27 % umire od raka kao teške i neizlječive bolesti. Predviđanja obolijevanja i umiranja za buduća desetljeća su doista zabrinjavajuća. Očekuje se pad kardiovaskularnih bolesti, a porast malignih oboljenja na globalnoj razini, pa tako i u Republici Hrvatskoj. Drugi je problem vezan uz produljenje prosječnog trajanja ljudskog života. Ako se taj trend nastavi prosječno trajanje ljudskog života povećalo bi se s 80 na 100-120 godina [1].

Danas postoji značajan broj neizlječivih bolesnika koji su u stadiju uznapredovale bolesti i ne dobivaju odgovarajuću palijativnu skrb. Zbog neznanja i vrlo često zbog nezadovoljavajuće organizacije zdravstvene skrbi postoji značajan obim trpljenja, a članovi obitelji bolesnika u velikoj mjeri koriste to za stvaranje predrasuda prema umiranju i smrti u narednim generacijama [2].

Rezultati medicine/sestrinstva zasnovanog na dokazima omogućavaju stalno poboljšanje i kvantitete i kvalitete metoda palijativne zdravstvene skrbi, a ova ista posljedično dovode do povećanja kvalitete života bolesnika koji imaju uznapredovalu i neizlječivu bolest [3].

Nakon gotovo dva desetljeća procesa promicanje ideje o palijativnoj skrbi u Republici Hrvatskoj konačno je napravljen važan iskorak u implementaciji ovog važnog dijela medicine u hrvatski zdravstveni sustav: počelo je raditi Povjerenstvo za palijativnu skrb pri Ministarstvu zdravlja Republike Hrvatske, pokrenuti su pilot projekti financiranja palijativnih timova od strane HZZO-a i ono najvažnije, započele su edukacije svih članova palijativnih timova. Niz aktivnosti koje su se provodile zadnjih godina rezultiralo je većim ili manjim uspjesima što možemo smatrati važnim prvim koracima u razvoju jedne discipline. [4].

Prema opće prihvaćenim svjetskim demografskim pokazateljima, verificirano je da se životni vijek čovječanstva produljuje te je broj osoba starije životne dobi u stalnom porastu. Napredovanjem medicine i sestrinske profesije, posebice preventivne i kurativne metodologije povećava se broj kronično oboljelih bolesnika, bolesnika s demencijom te naposljetku i broj bolesnika kod kojih je potrebna palijativna skrb [5].

Mišljenje kako je vrijeme za upotrebu metoda palijativne skrbi samo pri kraju života, kad su svi ostali oblici liječenja potrošeni i da je riječ samo o skrbi procesa umiranja u vrijeme brojnih poteškoća i tjelesnih simptoma je nezadovoljavajuće. Poistovjećivanje palijativne skrbi s procesom umiranja glavna je prepreka uvođenju kvalitetnije skrbi za bolesnika s neizlječivom bolešću, a posljedično i upoznavanje njihovih bližnjih sa zdravstvenim statusom bolesnika. Proces umiranja manji je dio cjelovite upotrebe palijativnih metoda skrbi koji za bolesnika s neizlječivom bolešću kao i članove njegove obitelji započinje u ranim stadijima bolesti, a može trajati mjesecima u kombinaciji s kurativnim medicinskim postupcima, te je stoga vidljivo da je potrebna bolja i trajna edukacija zdravstvenih djelatnika o provođenju postupaka i intervencija iz palijativne skrbi [4].

U radu u trećem i četvrtom poglavlju opisuje se definicija i opis palijativne skrbi te povijesni razvoj palijative u Republici Hrvatskoj dok se u petom poglavlju naznačuje važnost multidisciplinarnog tima sa opisom kompetencija svih članova multidisciplinarnog tima. Nadalje, u šestom poglavlju prikazana je organizacija rada i povijesni razvoj palijativne skrbi u OB Varaždin-Služba za produženo liječenje i palijativnu skrb sa infrastrukturnim prikazom i ljudskim potencijalima te su opisani i načini rada sa pacijentima od prijema do otpusta. U najvažnijem sedmom poglavlju opisuje se provedeno istraživanje kroz deskriptivnu statističku obradu s rezultatima istraživanja u obliku grafova i tablica te prikaza slika analize specifičnosti palijativne zdravstvene njege u Službi za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof zajedno sa raspravom i zaključkom.

2. Definicija palijativne skrbi

Palijativna skrb integralni je dio zdravstvenog sustava. Uz preventivnu i kurativnu medicinu, palijativna medicina/skrb predstavlja temelj suvremene medicine. Međunarodne smjernice i preporuke za njezin ustroj (REC 2003, EAPC), funkcionalnu integraciju i razvoj treba uključiti u nacionalne zdravstvene strategije. Filozofija palijativne skrbi temelji se na poštovanju ljudskih i bolesničkih prava, ljudskog dostojanstva, autonomije u suodlučivanju i slobode izbora [5].

Pristup palijativne skrbi je holistički. Sustav palijativne skrbi temelji se na načelima kontinuiranosti i dostupnosti. U Hrvatskoj je palijativna skrb regulirana Zakonom o zdravstvenoj zaštiti, dodatne smjernice nalaze se u Zakonu o zaštiti prava bolesnika, te Kodeksu medicinske etike i deontologije Hrvatske liječničke komore. Ono što predstavlja problem je odgovarajuća edukacija jer u Republici Hrvatskoj još ne postoji specijalizacija ili subspecijalizacija iz palijativne medicine [6].

Ulaskom hrvatskog zdravstvenog sustava unutar europskih trendova, nameće se praktična implementacija postojećih zakonskih propisa, ali i usvajanje te primjenjivanje europskih preporuka čime se postiže stvaranje preduvjeta za kvalitetnu zdravstvenu skrb na svim razinama zdravstvenog sustava, kao i pripadajuća adekvatna edukacija. Etički preduvjeti za kvalitetnu organizaciju i provedbu palijativne skrbi prvenstveno se odnose na pronalaženje ravnoteže između promoviranja društvene dobrobiti općenito, odnosno dobrobiti bolesnika kao pojedinca. Rješavanje etičkih dilema u palijativnoj skrbi uključuje:

- mogućnost i sposobnost procjene jednog skupa rizika u odnosu na drugi;
- poznatu dobrobit nasuprot nepoznatog rizika;
- poznati rizik nasuprot neizvjesnoj dobrobiti, te
- sposobnost dovođenja u ravnotežu konkurentnih moralnih vrijednosti [5].

Kako bi zdravstveni radnici bili sposobni uhvatiti se u koštac i s etičkim pitanjima na kraju života, dok skrbe o samom završetku života svog bolesnika, moraju se educirati o postojećim domaćim i međunarodnim dokumentima, kao medicinsko-etičkim i medicinsko-pravnim smjernicama na koje se mogu osloniti. Implementacija palijativne skrbi u hrvatski zdravstveni sustav u potpunosti opravdava etičko-humanističke pothvate suvremene medicine, razvijajući time zrelost civilizacijske misli modernog društva u brizi za čovjeka [6].

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji palijativna skrb je cjeloviti pristup održavanja kvalitete života pacijenata i njihovih obitelji tijekom suočavanja s neizlječivom bolesti. Iako je smanjenje fizičke boli pacijenta najvažniji čimbenik palijativne skrbi, palijativna skrb podrazumijeva psihološku, duhovnu i socijalnu pomoć bolesniku, kao i njegovoj obitelji. Osim što se ovakvom skrbi želi omogućiti pacijentu da živi što je aktivnije moguće do smrti, palijativna skrb tretira smrt kao normalan proces koji dolazi na kraju života i ne pokušava niti ubrzati niti odgoditi smrt. Dapače, primjenjiva je u ranim fazama malignih bolesti kako bi se pacijentu i njegovoj obitelji olakšalo cjelokupno shvaćanje i suočavanje s bolešću i njezinim posljedicama [5].

S obzirom na to da je temelj palijativne skrbi holistički pristup bolesniku i članovima njegove obitelji, prilikom provođenja palijativne skrbi nezamjenjiva je uloga multidisciplinarnog tima stručnjaka. Ovakav tim bi se trebao sastojati najmanje od liječnika, medicinske sestre, psihologa (kao i psihijatra), socijalnog radnika, fizioterapeuta i duhovnika. Vrijedan dodatak radu tima su i volonteri. Svaki član tima trebao bi imati, osim stručnog specijalističkog znanja i završenu edukaciju iz palijativne skrbi [6].

3. Povijesni razvoj palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj

Iako je u posljednjih pedesetak godina ova grana medicine dobila status ravnopravne medicinske djelatnosti, uz preventivnu i kurativnu skrb, ipak je još nemoguće govoriti o hrvatskom modelu palijativne skrbi. Zakonodavni okvir palijativne skrbi u Hrvatskoj formiran je još 2003. godine tada važećim Zakonom o zdravstvenoj zaštiti (NN 121/2003; dalje: stari ZOZZ). Tako je palijativna skrb za neizlječivo bolesne, odnosno umiruće predviđena kao jedna od mjera zdravstvene zaštite (čl. 16. toč. 8. stari ZOZZ). Nadalje, određeno je da se na razini primarne zdravstvene zaštite obavlja djelatnost palijativne skrbi (čl. 25. stari ZOZZ). Osim Doma Zdravlja koji mora na svom području osigurati ovakvu skrb bolesnika ako njezino obavljanje nije drukčije organizirano, palijativnu skrb može pružati i ustanova za palijativnu skrb (čl. 69. st. 2. stari ZOZZ). Ustanovom za palijativnu skrb smatra se zdravstvena ustanova koja ima palijativni tim kućnih posjeta (liječnik, medicinska sestra, fizikalni terapeut, socijalni radnik s posebnom naobrazbom za pristup umirućem), ambulantu za bol, palijativnu skrb i dnevni boravak (čl. 81. stari ZOZZ). Prema trenutno važećem Zakonu o zdravstvenoj zaštiti (NN 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 154/11, 12/12, 35/12, 70/12, 144/12, 82/13, 159/13, 22/14, 154/14, 70/16; dalje: ZOZZ) djelatnost palijativne skrbi može se obavljati i na sekundarnoj razini (čl. 28. st. 2. ZOZZ). Ustanova za palijativnu skrb, uz navedeno, mora imati i stacionar, a mogu je osnivati jedinice za područnu (regionalnu) samoupravu kao i druge pravne osobe, ali i fizičke osobe (čl. 44. st. 5. i čl. 83. ZOZZ). Predviđeno je i povezivanje palijativne skrbi u radu s timovima obiteljske medicine (čl. 77. st. 4. ZOZZ). Sukladno tomu, djelatnost palijativne skrbi u Hrvatskoj se može obavljati i u bolnicama, a ne samo na razini primarne zdravstvene zaštite. Unatoč tomu, ne može se govoriti o sustavnom uređenju palijativne skrbi u Hrvatskoj s obzirom na to da su samo u nekim područjima i u nekim ustanovama započeli s radom pojedini oblici palijativne skrbi. Dobru podlogu za takvo uređenje daje Strateški plan palijativne skrbi za razdoblje od 2014. do 2016. godine Iako je Strateški plan dobar temelj za razvijanje hrvatskog modela palijativne skrbi, potrebno ga je nadopuniti i poboljšati praktičnim iskustvima pružatelja palijativnih usluga. Uz stručne edukacije i naobrazbu, veliku ulogu u postizanju tog cilja će imati i pravni akti koji reguliraju odnosnu materiju. Tako i Strateški plan naglašava da je potrebno revidirati i dopuniti legislativni okvir, uključujući zakonske i podzakonske akte. Isto tako, za razvijanje sustava palijativne skrbi potrebno je izraditi norme, definicije, standarde, kriterije, protokole i smjernice u radu palijativne skrbi. S obzirom na to da je cilj palijativne skrbi pružanje kvalitetnog i dostojanstvenog života u njegovoj završnoj fazi, neupitna je važnost razvijanja sustava ovakve skrbi u Hrvatskoj. Osim što je potrebno ubrzo iznaći model palijativne skrbi kod nas, ipak je potrebnije da on bude kvalitetan kako bi zaista mogao ostvariti humana načela palijativne skrbi. No, kao i u mnogim drugim područjima u našoj zemlji,

borba za dobar sustav palijativne skrbi koji će ostvariti zadane ciljeve borba je protiv predrasuda, nepoštenja i neznanja [7] .

Palijativna medicina i njezina palijativna skrb pristup je kojim se bolesnicima suočenim sa smrtonosnom bolešću, i njihovim obiteljima, poboljšava kvaliteta preostalog života. Čini se to sprečavanjem i olakšavanjem simptoma sredstvima ranog otkrivanja, procjene i liječenja boli, te olakšavanjem ostalih psihičkih, psihosocijalnih i duhovnih problema. Započinje kada su iscrpljene klasične metode liječenja ili kada su znaci širenja maligne bolesti dostigli takav stupanj da ih bolesnik teško podnosi [8] .

Hrvatska je među posljednjim zemljama Europe odlučila organizirati palijativnu skrb na nacionalnoj razini. Realne promjene na tom području započele su nakon hrvatskih parlamentarnih izbora 2011. godine i kulminirale su usvajanjem Strateškog plana razvoja palijativne skrbi 2014.-2016. godine. Nacionalni odbor za palijativnu skrb (NBPC), kojeg je imenovalo Ministarstvo zdravstva, bio je zadužen za stvaranje skalabilnog modela palijativne skrbi i nacionalnih smjernica. Odbor je na iskustvima obiju susjednih zemalja s sličnim društvima ili modelima zdravstvene skrbi (Bosna i Hercegovina, Poljska) i međunarodnim liderom u palijativnoj skrbi (Ujedinjeno Kraljevstvo) prepoznao da se pružanje palijativne skrbi u Hrvatskoj, do sada temeljeno na volontiranju i izoliranim oduševljenim aktivnostima, trebalo poboljšati kroz profesionalizaciju. Poljska je danas vodeća europska zemlja u organizaciji sustava palijativne skrbi i broju hospicija kojih danas ima blizu 620. Gotovo svako mjesto u Poljskoj s 10 000 stanovnika ima hospicij i kućnu hospicijsku/ palijativnu skrb. Primjerice, u Velikoj Britaniji, koja je kolijevka modernoga hospicijskog pokreta zahvaljujući Dame Cicely Saunders, ženi koja se posvetila potrebama umirućih, danas postoji 220 jedinica palijativne skrbi s 3 156 raspoloživih kreveta, 361 služba za njegu u vlastitom domu kojim je obuhvaćeno oko 155 000 pacijenata koji se posjećuju od palijativnoga interdisciplinarnog tima, a od tog je broja 70 % pacijenata oboljelih od karcinoma [5].

Razne mjere politike korištene su za provedbu tih promjena, uključujući uvođenje stručnih smjernica i novih modela plaćanja. Razvoj novih struktura i usluga palijativne skrbi znatno je povećao broj pacijenata koji mogu pristupiti palijativnoj skrbi, od oko 1-2% pacijenata kojima je potrebna takva skrb u 2011. na 20 do 35% u 2014. godini. Također je osigurana i prikladnija usluga u svakoj točki pružanja palijativne skrbi. Strategija je produžena za razdoblje 2017.- 2020. godine i kulminirala je usvajanjem Strateškog plana razvoja palijativne skrbi 2014.-2016. godine [9].

Inicijativa za organizaciju palijativne skrbi na teritoriju Republike Hrvatske temelji se i na demografskim podacima koji govore o sve većem udjelu osoba starije životne dobi u općoj populaciji stanovništva Republike Hrvatske (16,7 % starijih od 65 godina, što prema parametrima Ujedinjenih naroda daje Hrvatima epitet “starog naroda”), te sve većem udjelu njezinih samačkih domaćinstava, kao i na podacima koji sugeriraju porast oboljelih i umrlih od malignih bolesti te drugih kroničnih bolesti. Republika Hrvatska zemlja je s najnižim stupnjem razvoja palijativne medicine u Europi. Iako ne predstavlja opravdanje njezinu nerazvoju, podsjetimo da je riječ o europskoj zemlji koja je od 1990. do 1995. godine bila napadnuta i izložena ratnim stradanjima. Pored materijalnih razaranja, gospodarskih šteta i ljudskih žrtava, rat je pridonio daljnjem pogoršavanju životnog standarda. S materijalnom oskudicom i financijskom nesigurnošću suočila se većina hrvatskih građana. Postojeći zdravstveni sustav teško se sa oskudnim državnim sredstvima mogao brinuti za osnovne elemente zdravstvenog sustava, kao i za razvoj, možda tada i najpotrebnije – palijativne skrbi. Iako je Hrvatska od 2003. godine prepoznala pravo na palijativnu skrb kao zakonsko pravo (u izmjeni Zakona o zdravstvenoj zaštiti iz 2003. godine), do 2011. godine nije bilo puno toga za razvijanje formalne palijativne skrbi i osiguranje pristupa.[6]. Početkom 21. stoljeća Hrvatska se našla na početku nove faze socioekonomskog, a time i zdravstvenog razvoja. Danas je zemlja članica Europske unije u kojoj ekonomske i društvene promjene determiniraju i promjene u zdravstvenom sektoru. Dio tih promjena odnosi se i na implementaciju palijativne medicine / skrbi u zdravstveni sustav Republike Hrvatske koji trenutačno ne raspolaže resursima za zadovoljavanje potreba koje se odnose na palijativnu skrb. Pored navedenog, u Hrvatskoj je u pogledu palijativne medicine i palijativne skrbi još očigledan nedostatak znanstvenoga, stručnoga i praktičnog usavršavanja. Iako izložena ratnoj situaciji, prepoznavanje i shvaćanje problematike organiziranja palijativne skrbi Hrvatska je uočila još 1994. godine. Dokaz je tomu organizirani hospicijski pokret koji je edukativno započeo Prvim hrvatskim simpozijem o hospiciju i palijativnoj skrbi te osnivanjem Hrvatskog društva za hospicij i palijativnu medicinu unutar Hrvatskoga liječničkog zbora pod vodstvom predsjednice, prof. dr. sc. Anice Jušić, dr. med., doživotne počasne predsjednice društva [4].

Počeci i zakonodavni okviri palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj stvoreni su još u srpnju 2003. godine stupanjem na snagu novog Zakona o zdravstvenoj zaštiti. Tim je zakonom palijativna skrb navedena kao jedna od mjera zdravstvene zaštite (članak 8.), a kao djelatnost uvrštena je na primarnu razinu zdravstvene zaštite (članak 25.). Također, ova je djelatnost među ostalima uvrštena i u djelatnosti Domova zdravlja (članak 69.), te je utvrđeno da Dom zdravlja na svom području, ako to nije drukčije organizirano, mora osigurati i palijativnu skrb. Nadalje, Zakonom je definirana i Ustanova za palijativnu skrb (članak 81.) koja u svom sastavu ima ambulantu za bol

i palijativnu skrb te dnevni boravak, kao i sastav palijativnoga interdisciplinarnog tima kućnih posjeta kojeg čine: liječnik, medicinska sestra, ljekarnik, fizikalni terapeut, socijalni radnik s posebnom naobrazbom za pristup umirućem te duhovnik. U prosincu 2004. godine stupio je na snagu i Zakon o zaštiti prava pacijenata. U navedenom se Zakonu teško može pronaći naznaka o pravu pacijenta na palijativnu skrb. Definišući pojam pacijenta (članak 1.), navodi se da je pacijent svaka osoba, bolesna ili zdrava, koja zatraži ili kojoj se pruža određena mjera ili usluga u cilju očuvanja i unapređenja zdravlja, sprječavanja bolesti, liječenja ili zdravstvene njege i rehabilitacije. Nadalje, svakom se pacijentu jamči opće i jednako pravo na kvalitetnu i kontinuiranu zdravstvenu zaštitu primjerenu njegovu zdravstvenom stanju, sukladno opće prihvaćenim stručnim standardima i etičkim načelima, u najboljem interesu pacijenta uz poštovanje njegovih osobnih stavova (članak 2.). U kontekstu palijativne skrbi najznačajniji se čini članak 4. Zakona o zaštiti prava pacijenata, u kojem se navodi da se načelo humanosti zaštite prava pacijenata, između ostalog, ostvaruje i osiguranjem prava na fizički i mentalni integritet pacijenta. Danas, deset godina od dana stupanja na snagu Zakona o zdravstvenoj zaštiti, palijativna skrb još nije uključena u sustav obveznoga zdravstvenog osiguranja, nisu utvrđeni standardi i normativi za ovu djelatnost. Međutim, ono što ohrabruje je da postoji interes zdravstvene politike za palijativnu skrb. Prema preporukama Svjetske zdravstvene organizacije zemlje sa srednjim dohotkom, među koje spada i Republika Hrvatska, postupno trebaju uključiti palijativnu skrb u sve razine zdravstvene zaštite i povećati pokrivenost populacije timovima kućnih posjeta. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije udio ukupnih troškova za zdravstvenu zaštitu u bruto domaćem proizvodu pojedine države iznosi od 1 % - 14 %, ovisno o razvijenosti države i načinu financiranja zdravstvene zaštite. U Republici Hrvatskoj udio zdravstvene potrošnje u bruto domaćem proizvodu iznosi oko 9 % čime bitno ne zaostajemo od starih članica EU koje na zdravstvo u prosjeku troše 8,8 % BDP. Inicijativa za organizaciju palijativne skrbi na teritoriju Republike Hrvatske temelji se i na demografskim podacima koji govore o sve većem udjelu osoba starije životne dobi u općoj populaciji stanovništva Republike Hrvatske (16,7 % starijih od 65 godina, što prema parametrima Ujedinjenih naroda daje Hrvatima epitet "starog naroda"), te sve većem udjelu njezinih samačkih domaćinstava, kao i na podacima koji sugeriraju porast oboljelih i umrlih od malignih bolesti te drugih kroničnih bolesti. Palijativna skrb može se odvijati: kod kuće, u domu za stare i nemoćne osobe, u domu umirovljenika, u bolnici, u hospiciju = hospicijska skrb. Najveći dio palijativne skrbi odvija se kod kuće bolesnika; čak i ako bolesnik umre u ustanovi (bolnica, dom i sl.) obično treba dug period palijativne skrbi koju treba provesti u njegovu domu. Upravo je stoga od izuzetne bitnosti da bolesnici imaju mogućnost pristupa skrbi u vrijeme i u jedinici koja je u skladu s njihovim kliničkim potrebama i osobnim zahtjevima i željama. Stoga je odgovornost svih profesionalaca da budu upoznati s osnovnim principima palijativne skrbi. Kako

bi se postigao ovaj cilj, obveza je Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi uključiti palijativnu skrb kao dio osnovnog curriculumuma za medicinare i ostale zdravstvene djelatnike/profesionalce. Također, zdravstveni profesionalci moraju imati mogućnosti i obvezu educirati se iz domene palijativne skrbi/medicine te usavršavati i osuvremeniti svoje vještine i znanje putem stalnih programa profesionalnog razvitka. Na takav će način korisnicima zdravstvenih usluga - pacijentima biti osigurano stručno konzultiranje u svezi s palijativnom skrbi sa zdravstvenim profesionalcima bilo da djeluju u bolnicama, domovima zdravlja, ambulantom ili bilo kojoj drugoj zdravstvenoj jedinici. Činjenica je da će neke zdravstvene jedinice tipa domova za stare i nemoćne osobe ili pak onkološke ambulante biti češće izložene upitima i zahtjevima za ekspertizom palijativne skrbi [6].

Zdravstveni djelatnici u praksi mogu pomoći velikom broju pacijenata da izbjegnú bol i druge simptome, ali problemi komunikacije i pravilan odnos prema pacijentovim i obiteljskim željama, točan trenutak upućivanje specijalistima ili timu za palijativnu brigu - područja su koja trebaju poboljšanje. Kada je nemoguće imati dobru praksu radi organizacije, financija ili zakonskih nedostataka, zdravstveni profesionalci imaju odgovornost da kao pojedinci i kao članovi veće grupe traže promjenu sistema. Utjecanje na politiku i zakonodavstvo na svim stupnjevima treba omogućivati usavršavanje njege umirućih. Napori zajednice da se problemi, poput adekvatnog liječenja boli i usluge njege, javno iskažu i stave u političke planove, mogu dovesti do poboljšanja preko promjena u socijalnim i kulturnim pogledima na smrt i umiranje . [10].

Zdravstveni profesionalci tih zdravstvenih jedinica morali bi imati dodatnu naobrazbu iz palijativne skrbi/medicine te razviti uske profesionalne veze sa specijaliziranim djelatnicima odnosno članovima interdisciplinarnog tima palijativne skrbi. Takva organiziranost rezultira činjenicom da se bolesnici u svakom trenutku mogu uključiti u stupanj stručnosti koji odgovara njihovim potrebama. Osnajivanje unutar konteksta izgradnje zajednice, koje smo skicirali kao dio kognitivne prakse namjeran je proces koji ne završava sa smrću osobe. Oni koji su ostali iza pokojnika, a iskusili su to osnajivanje, mogu razmisliti o sudjelovanju u naporu šire zajednice da podigne svijesti i razvije kvalitetnu brigu za druge. Uzajamno poštivanje, kritička refleksija, briga i grupno sudjelovanje, locirano u lokalnoj zajednici, aspekti su ovoga procesa [11].

Uključivanje obitelji pri davanju njege može pomoći procesu žaljenja, ali isto tako i aktivizam može imati isti potencijal [12] .

Glede organizacije palijativne skrbi u Hrvatskoj neizostavno je pohvaliti Rijeku i reći da je kao grad najviše učinila. Naime, zajedničkim snagama Doma zdravlja PGŽ-a, Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci, Grada Rijeke i Primorsko-goranske županije u smislu financiranja

danas postoji Centar za palijativnu skrb [6]. Svaki korak koji je učinjen u ovom procesu je posebno nadahnjujući i otvara vrata za daljnji rad. Ono što posebno nadahnjuje jest otvaranje prvog hospicija u Hrvatskoj “Marija Krucifiksa Kozulić”. Osnivač je hospicija Caritas nadbiskupije Rijeka, a ima devet soba za korisnike te prostorije za osoblje, dnevni hospicijski boravak, pokretne timove i rodbinu koja prati ili posjećuje korisnika. Grad Rijeka i Primorsko-goranska županija već financiraju spomenute pokretne timove za palijativnu skrb koji bi trebali postati dio hospicija. U Zagrebu djeluje Hrvatski centar za palijativnu skrb, Centar za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine pri Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu, Ambulanta za liječenje boli KBC “Sestre milosrdnice”. Službeno, jedina Ustanova za palijativnu skrb danas djeluje u sklopu Doma za starije i nemoćne “Villa Brezovica” u Brezovici pored Zagreba. Uspostava palijativne skrbi postoji i u Čakovcu, Gospiću, Koprivnici, Kninu, Osijeku, Puli, Zadru i Varaždinu kroz različite oblike organizacije i djelovanja [6] .

Za pohvaliti je trud entuzijastičnih pojedinaca, skupina koji su znali prepoznati potrebe populacije i bili pioniri u stvaranju zdravstvene palijativne skrbi.

3.1. Ciljne skupine i načini primjene palijativne skrbi

Palijativna skrb namijenjena je za populaciju:

- djece i punoljetnih osoba koji pate od prirođenih bolesti ili stanja koja dovode do ovisnosti o terapijama koje ih održavaju na životu i/ili dugoročne skrbi njihovih skrbnika s ciljem pružanja skrbi za obavljanje svakidašnjih aktivnosti
- osoba bilo koje dobi koje pate od akutnih, ozbiljnih i po život opasnih bolesti (poput teških ozljeda, leukemije ili moždanog udara) kada je izlječenje, ako do njega dođe, vrlo dugotrajan i zahtijevan put ispunjen značajnim teškoćama
- osoba koje pate od progresivnih kroničnih stanja (maligniteta, kroničnih zatajenja bubrega, bolesti jetara, moždanog udara koji je uzrokovao značajno funkcionalno oštećenje, uznapredovale srčane ili plućne bolesti, krhkosti, neurodegenerativne bolesti i demencije) i osoba koje pate od kroničnih i za život ograničavajućih povreda zbog nesreća ili drugih oblika teških ozljeda
- ozbiljno i terminalno oboljelih pacijenata (poput osoba koje pate od demencije u posljednjoj fazi terminalnog stadija karcinoma, ili teškog invaliditeta zbog zadobivene moždane kapi), koji se vjerojatno neće oporaviti niti stabilizirati te za koje je intenzivna palijativna skrb vodeći fokus i cilj skrbi za vrijeme koje im preostaje [6].

Način kojim se nastoji utvrditi i odgovoriti na jedinstvene i individualne potrebe umirućih i njihovih obitelji dok se bore s progresivnim gubitkom, pokazatelj je naše zrelosti kao društva. Gdje god je moguće nastoji se prevenirati bolest. Paralelno s tim naporima svim bolesnicima moramo pružiti optimalnu razinu kontrole boli i drugih simptoma uz psihološku, emocionalnu i duhovnu potporu. Kućna hospicijska skrb oblik je skrbi koju realiziraju na posebni način educirani interdisciplinarni timovi (liječnik s predznanjem onkologije, interne i algologije, med. sestra, socijalni radnik, ljekarnik, psiholog, fizijatar, duhovnik) koji dolaze do bolesnika u prvom redu na poziv liječnika primarne zdravstvene zaštite i u dogovoru s njim daju psihosocijalnu potporu i dopunjuju palijativnu medikaciju. Hospicijski timovi mogu polaziti iz centra kućne hospicijske skrbi ili iz bolnice. Ako takva skrb nije moguća iz razloga što bolesnik u svom domu nema svog njegovatelja, ili je pak njegovatelj premoren ili je simptomatologija preteška, takav se bolesnik mora smjestiti u hospicij gdje ostaje ili prolazno do oporavka, ili ako je u terminalnoj fazi, do smrti. Dnevni hospicijski boravci služe resocijalizaciji kronično bolesnih i izoliranih uz mogućnost medicinskih kontrola, dobivanja usluga različitog tipa ili realizacije voljenih aktivnosti, uz istodobno oslobađanje njegovatelja od obveza prema bolesniku za jedan dan. Ambulante za palijativnu skrb, posebno ambulante za bol, primaju ambulantne bolesnike i usko surađuju s dnevnim boravkom i specijalističkim bolnicama. Službe žalovanja ambulantne su jedinice koje surađuju s prethodno spomenutim, dajući psihosocijalnu podršku obiteljima/njegovateljima još za života šticećenika, a posebno nakon njegove smrti, prema potrebi i duže vrijeme. U novije se vrijeme osnivaju interdisciplinarni hospicijski timovi potpore u većim bolnicama pa i manji palijativni odsjeci, posebno uz onkološke jedinice. Koordinirani program palijativne i suportivne skrbi koji nudi hospicij, reagira na potrebe umirućih pacijenata pribavljajući alternativu agresivnoj, kurativno usmjerenoj skrbi. Fokus plana skrbi jest na kvaliteti preostalog života, olakšanju bolnih simptoma i podršci u žalovanju. Hospicijska skrb ne pravda niti sudjeluje bilo u kojem postupku kojemu je cilj ubrzati ili produljiti pacijentovu smrt. Naprotiv, svi aspekti skrbi usmjereni su na stvaranje ugone, poštovanje života i optimizaciju pacijentove kontrole i autonomije. Pacijent i njegova obitelj trebaju biti uključeni u donošenje odluka vezanih uz tretman i skrb o pacijentu na način da im se osigura dovoljno informacija o bolesti, tretmanu, pristupu i mogućnostima kako bi se mogla realizirati informirana suglasnost, doktrina medicinske etike. Interdisciplinarni tim temeljan je za potpunu hospicijsku/ palijativnu skrb. Taj tim čine: liječnik educiran iz područja palijativne medicine također kao i medicinska sestra, fizijatar, socijalni radnik, duhovnik, ljekarnik, psiholog, nutricionist. Zbog čestih komplikacija i problema s kojima su suočeni bolesnici s napredovalom bolešću i njihove obitelji interdisciplinarni tim treba pružiti kako opću tako i specijaliziranu skrb. Treba biti spreman pružiti fizičku, psihološku, socijalnu i duhovnu potporu pomoću metoda koje proizlaze iz interdisciplinarnoga, kolaborativnoga timskog pristupa.

Interdisciplinarnost i multidisciplinarnost tima palijativne/hospicijske skrbi već u svom nazivu ide u prilog holističkom pristupu pacijentu. Jedan je od primarnih ciljeva palijativne medicine stvoriti osjećaj teško bolesnom pacijentu da nije sam, dakle osjećaj nenapuštenosti pri odlasku od ovozemaljskog života te zadovoljenje njegovih duhovnih potreba kao i poštovanje njegove autonomnosti i želje. Upravo te ciljeve interdisciplinarni tim prepoznaje, potpomaže i poštuje kroz svoje tretmane, prevencije te promocijom temeljnih strategija skrbi. Interdisciplinarni tim u suradnji s pacijentom, njegovom obitelji/njegovateljima razvija i održava individualiziran, siguran i koordiniran plan palijativne skrbi. Palijativna skrb osigurava bolesnicima: trajnu stručnu skrb, upravljanje simptomima, duhovnu skrb, dostupnost, stalnost/kontinuitet, ne-napuštanje pacijenta, psihosocijalnu utjehu i žalovanje obitelji kada njezin član premine [6].

4. Zastupljenost palijativne skrbi

Već u prvoj godini njegove provedbe, 2014. godine, osnovane su 134 ustanove ili punkta u kojima najteži bolesnici i njihove obitelji mogu dobiti neki oblik palijativne skrbi. U Hrvatskoj je u međuvremenu stacionarna palijativna skrb uspostavljena u još devet ustanova s ukupno 191 posteljom. Jedna od njih je i Služba za produženo liječenje i palijativnu skrb u Novom Marofu, u kojoj su 2014. zbrinuta ukupno 884 palijativna bolesnika. Grad Zagreb, koji do nedavno nije imao riješenu palijativnu skrb, u tri bolnice dobiva 81 postelju za skrb o bolesnicima, suočenima sa smrtonosnom bolešću. U 2017. godini je otvoren odjel s 15 kreveta za palijativne psihičke bolesnike u Psihijatrijskoj bolnici Sv. Ivan na Jankomiru, te prvih petnaest palijativnih postelja u Specijalnoj bolnici za plućne bolesti u Rockefellerovoj ulici. Plan je da bolnica u Rockefellerovoj dobije 51 palijativni krevet, a 15 će ih biti smješteno u Klinici za psihijatriju Vrapče. No, ustanove će primati palijativne pacijente samo u slučajevima pogoršanja stanja ili potrebe zahvata koji se ne može obaviti u kućnim uvjetima. Najveći dio palijativne skrbi premješta se na razinu primarne zdravstvene zaštite i domova zdravlja koji će ugovarati koordinate palijativne zaštite i mobilne palijativne timove [13].

Od donošenja Strateškog plana razvoja palijativne skrbi do kraja ožujka 2017. godine djeluje 10 mobilnih timova za palijativnu skrb u kući bolesnika, 22 bolnička tima za palijativnu skrb, 31 ambulanta za bol, 47 besplatne posudionice pomagala, 16 organizacija volontera u palijativnoj skrbi, devet županijskih timova za razvoj županijskih sustava palijativne skrbi, pet županijskih koordinatora za palijativnu skrb. Ugovorene su palijativne postelje u bolničkim zdravstvenim ustanovama i Ustanovi za palijativnu skrb hospicij „Marija Krucifiksa Kozulić“ u Rijeci. Trinaest bolnica je iskazalo da bilježi šifru Z 51.5, šest bolnica ima uspostavljenu brzu liniju za palijativne bolesnike, 15 bolnica izdaje uz liječničko i sestrinsko otpusno pismo i plan zdravstvene njege, 15 bolnica ima organiziran planiran otpust [14].

Iako je mnogo izvrsnih primjera dobre prakse, palijativna skrb još uvijek se ne razvija ravnomjerno u svim krajevima naše zemlje i premda broj stručnjaka palijativne skrbi u Hrvatskoj stalno raste, potreban je razvitak dobre suradnje između zdravstvenog sustava i sustava socijalne skrbi te organizacija civilnog društva [15].

U Republici Hrvatskoj danas od ukupnog broja umrlih, 27 % umire od raka kao teške i neizlječive bolesti, a ono što je zabrinjavajuće su zapravo predviđanja obolijevanja i umiranja za buduća desetljeća jer se naime očekuje pad kardiovaskularnih bolesti, a porast malignih oboljenja kako na globalnoj razini, pa tako i u Republici Hrvatskoj. Ono što predstavlja drugi problem je

vezano uz produljenje prosječnog trajanja ljudskog života koji bi se, ako se taj trend nastavi povećao s 80 na 100-120 godina [1]. Danas postoji značajan broj neizlječivih bolesnika koji su u stadiju uznapredovale bolesti i ne dobivaju odgovarajuću palijativnu skrb. Zbog neznanja i vrlo često zbog nezadovoljavajuće organizacije zdravstvene skrbi postoji značajan obim trpljenja, a članovi obitelji bolesnika u velikoj mjeri koriste to za stvaranje predrasuda prema umiranju i smrti u narednim generacijama [2].

Jedan od glavnih ciljeva palijativne medicine ogleda se u psihosocijalnoj podršci bolesnicima, odnosno holističkom pristupu i stvaranju osjećaja sigurnosti, povjerenja i vjere u tim koji skrbi za terminalnog bolesnika. Palijativna medicina pristupa bolesniku tako da mu osigura dostupnost, kontinuitet u pružanju skrbi, nenapuštanje, psihosocijalnu utjehu, rješavanje etičkih problema vezanih uz kraj života [16].

S obzirom na specifičnost skrbi prepoznata je potreba za supervizijom svih profesionalaca i volontera uključenih u palijativnu skrb. Oblici specijalističke palijativne skrbi:

- koordinator za palijativnu skrb/Centar za koordinaciju palijativne skrbi- povezuje sve sudionike važne za razvoj i pružanje palijativne skrbi u županiji. Koordinator za palijativnu skrb je diplomirana medicinska sestra/magistra sestrinstva, a u slučaju nedostatka navedenog kadra, dok se ne steknu uvjeti, najmanje prvostupnica sestrinstva s dodatnom edukacijom iz palijativne skrbi koja se prema Mreži javne zdravstvene službe ugovara s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje. Prema važećoj Mreži javne zdravstvene službe predviđeno je 47 koordinatora za palijativnu skrb, uz mogućnost da se zbog posebnih dodatnih potreba koje uvjetuju ruralna područja, otoci i sl. može dodatno osigurati još jedan koordinator.
- mobilni palijativni tim- Mobilni palijativni tim pruža specijalističku palijativnu skrb bolesnicima u njihovom domu te podršku članovima obitelji koji skrbe za bolesnika. Mobilni palijativni tim ima savjetodavnu ulogu za druge profesionalce u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (liječnik obiteljske medicine i medicinska sestra iz patronažne službe i zdravstvene njege u kući) i zajednički s drugim profesionalcima sudjeluje u rješavanju kompleksnih potreba u terapiji simptoma i psihosocijalnoj skrbi.
- ustanova za palijativnu skrb stacionarna palijativna skrb prvenstveno ima ulogu smještaja bolesnika u ustanovu s ciljem ublažavanja simptoma koji ne mogu biti zbrinuti u kući bolesnika, stabilizacije stanja koje je u pogoršanju te pružanja kratkotrajnog odmora za obitelj koja brine za bolesnika u njegovom domu. U stacionarnim službama palijativne skrbi multidisciplinarnim radom se osim zdravstvene skrbi osigurava psihosocijalna skrb i bolesniku, ali i članovima obitelji.

Stacionarna skrb može biti organizirana kroz nekoliko službi, ovisno o specifičnostima, potrebama i resursima pojedine županije u Republici Hrvatskoj.

- odjel palijativne skrbi (poseban odjel u akutnoj bolnici ili bolnici za produženo liječenje)
- palijativne postelje (postelje u akutnim bolnicama koje omogućuju smještaj palijativnog bolesnika kojemu je potrebna stacionarna skrb, postelje u stacionarima domova zdravlja, postelje u ustanovama za zdravstvenu njegu).
- dnevna bolnica za palijativnu skrb
- ambulanta za palijativnu medicinu
- bolnički tim za palijativnu skrb
- posudionica pomagala
- volonteri i organizacije civilnog društva.

Volonteri imaju dragocjenu i humanu ulogu u razvoju i pružanju palijativne skrbi. Volonteri i udruge za palijativnu skrb doprinose kvaliteti palijativne skrbi i njihov rad ima potpunu vrijednost i smisao samo ako djeluju kao dio sustava palijativne skrbi. Volonteri mogu doprinijeti u razvoju i djelovanju svih razina i službi palijativne skrbi, bilo da borave s bolesnikom u ustanovi ili u kući bolesnika ili da pomažu obitelji. Volonteri također doprinose razvoju palijativne skrbi u lokalnoj zajednici i sudjeluju u podizanju svijesti građana o palijativnoj skrbi. [17].

Prvi koraci su izuzetno važni jer su pokazali dobru volju, entuzijazam, stručnu osposobljenost dovoljnog broja ljudi koji mogu biti kvalitetna jezgra razvoja palijativne skrbi u Hrvatskoj. [13].

Kad ljudi proživljavaju završnu fazu svog života osjećaju sve veće tjelesno slabljenje i gubitak. Različite osobe različito reaguju na te promjene, te to doživljavaju kao posljednje duhovno i psihološko putovanje. Palijativna skrb je specijalizirana medicinska skrb usmjerena na osobe koje boluju od teških bolesti. Njezina je svrha pružiti bolesnicima olakšanje od simptoma, boli i stresa od ozbiljne bolesti bez obzira na dijagnozu. Ta vrsta skrbi usredotočena je na pružanje olakšanja bolesniku od simptoma, boli i stresa uzrokovanih ozbiljnom bolešću. Svrha je poboljšati kvalitetu života kako za pacijenta tako i za njegovu obitelj. Palijativnu skrb pruža tim liječnika, medicinskih sestara i drugih specijalista koji surađuju s bolesnikovim liječnikom kako bi mu pružili dodatnu razinu podrške. Palijativna skrb je prikladna u svakoj dobi te u svakom stadiju ozbiljne bolesti i može se pružati usporedo s kurativnim liječenjem bolesti. [18].

5. Multidisciplinarnan pristup u pružanju palijativne zdravstvene skrbi i značaj multidisciplinarnog tima

Multidisciplinarni timovi rade zajedno za zajedničko dobro, ali njihovi članovi imaju različite odgovornosti i rade neovisno. U zajednici svaki član ima posebnu, ali komplementarnu ulogu koja je potrebna da bi zajednica mogla uspješno funkcionirati. Točka na koju se oslanja je timski rad, odnosno interdisciplinarnan pristup koji rukovodi interakcijom između profesionalaca (liječnici, sestre, socijalni radnici, kapelani, terapeuti, savjetnici, pa čak i administrativno osoblje hospicija), dobrovoljaca i obitelji s pacijentom u središtu postupka. Doprinos svih članova tima ima jednaku vrijednost, a hijerarhija je tu manje važna. Cilj je biti fleksibilan u zadovoljavanju svih potreba: medicinskih, socijalnih, psiholoških, zakonskih, duhovnih, ekonomskih kad god se one pojave. Timskim vijećanjem, osobnom i profesionalnom podrškom, članovi tima čuvaju nejasno definirane granice koje su posljedica tretmana pojedinca na holistički način. Ključ je interakcija. Načinom kojim služe pacijentima i njihovim obiteljima, članovi tima pružaju mogućnost učenja kroz iskustvo i društvene mreže u kojima se pacijent nalazi [19].

Odani cjelovitom, holističkom pristupu, članovi tima aktivno pomažu pacijentima da pristupe nekoj ili svim uslugama i programima koji zadovoljavaju njihove potrebe (socijalne, zakonske i duhovne). Novi sistemi brige pozivaju nas na fleksibilnost i širok spektar resursa koji nadilaze vlastita organizacijska funkcionalna područja i specijalizacije. Prilagodljivost i kooperativno ponašanje zahtijeva se na organizacijskom i međuljudskom stupnju, da bi se izgrađivali i održavali kolaborativni međuagencijski aranžmani [20].

Premda ju je teško implementirati, kolaborativna mreža raznih službi, izgrađena na uzajamnom povjerenju, može pružiti na smrt bolesnoj osobi efektivne integrirane usluge. Djelujući kao koordinatori službi, članovi tima educiraju druge o važnosti podrške zajednice cjelovitoj osobi do kraja života. S ciljem stvaranja bolje suradnje unutar obitelji/socijalne mreže za pomoć umirućima. Ljudi unutar hospicijskog pokreta naučili su da ovise o podršci koju jedni drugima pružaju, da vjeruju jedni drugima te da se međusobno obrazuju. Ovaj model suradnje leži u osnovi filozofije i prakse hospicija i palijativne skrbi. Članovi obitelji, kao i oni koji su plaćeni da se brinu za smrtno bolesne osobe trebaju sličnu podršku kako bi izdržali produženi put umiranja. Hospicijski profesionalci provode velik dio vremena radeći s obitelji, rodbinom i prijateljima, ali i sa zajednicom, kako bi organizirali i očuvali zrelo povjerenje i razumijevanje. Pomažući obiteljima i drugima u suočavanju s mnoštvom problema, praktičnim i emocionalnim, smanjuje se razlika u znanju i prepreke u komunikaciji koje se javljaju protiv suradnje za pacijenta [21].

U tom smislu članovi tima smanjuju postojeće napetosti, stvarajući atmosferu otvorenosti i uzajamnog prihvaćanja koju doživljavaju u svojoj profesionalnoj praksi. Uloga socijalnog radnika za vrednote i principe socijalnog rada jednostavno i dokazano su od najvećeg utjecaja na hospicijsku teoriju i praksu. McDonnell (1986.) opisuje hospicije kao "utjelovljenje vrednota, principa i prakse socijalnog rada" [22].

Osnovni afinitet između hospicija i socijalnog rada osvijetlili su Specht i Craigs (1992.) definicijom socijalnog rada kao "profesije s dvostrukom svrhom: pomoći pojedincima i grupama čije potrebe nisu dovoljno zadovoljene, te pomoći promjenu institucija kako bi bile više odgovorne za pojedinačne i grupne potrebe" [23].

Ova definicija odgovara jednako poslanju hospicija, gdje su u pitanju pojedinci i grupe, na smrt bolesni pacijenti sa svojim obiteljima, a institucija koju treba mijenjati tradicionalna medicina.

Interdisciplinarni tim temeljan je za potpunu hospicijsku/palijativnu skrb. Taj tim čine: liječnik educiran iz područja palijativne medicine također kao i medicinska sestra, fizijatar, socijalni radnik, duhovnik, ljekarnik, psiholog, nutricionist [6].

5.1.Uloga socijalnog radnika u palijativnom timu

Socijalni radnici tipično dijele odgovornost rukovođenja slučajevima te pomažu pacijentima i obiteljima u osobnim i socijalnim problemima, osiguravajući im psihološku procjenu i savjetovanje, pomažući im u praktičnim stvarima. Postoje dva područja sadašnjeg interesa u kojima socijalni radnici imaju čistu mogućnost sudjelovati u vodećoj ulozi hospicijske skrbi: razvijajući specifičnost intervencija i vođenje istraživanja [24]. Najnovija hospicijska literatura sugerira razvoj hospicijske prakse - hospicijska psihosocijalna briga mora ići dublje od pružanja generalne podrške i mora početi definirati i razvijati specifičnije terapeutske mehanizme za pomoć pacijentima i obiteljima [25].

Zajednička pogreška je mišljenje da za psihosocijalnu terapiju i podršku svatko ima dovoljno znanja i obrazovanja. Međutim, psihološki tretman je samo jedan od nekoliko područja intervencija koje su vrijedne razvoja [20]. Druga područja uključuju smanjenje rizika, oslobađanje od simptoma, preventivnu njegu i povećanje životnih vještina. Malo je, na primjer, učinjeno za sistematsku primjenu tehnika relaksacije, razvijanja kondicije ili terapije kognitivnog ponašanja u vezi s problemima kontrole boli u hospicijskom okružju. Također, specifične metodologije nisu uključene za pronalaženje faktora rizika, stilova mehanizama suočavanja u obitelji, drugih

podataka koji mogu utjecati na daljnje intervencije, sprječavanje potencijalnih kriza i poboljšanje pacijentovih i obiteljskih kapaciteta efektivnog suočavanja s predviđenim stresovima. Identitet hospicijskih socijalnih radnika počiva ne na njihovim zamišljenim shvaćanjima sfere profesionalizma nego na sposobnosti da ispravno vide potrebe hospicijskih timova i hospicijskih pokreta u svako vrijeme i da na njega ispravno odgovore. Prema zahtjevima potreba, socijalni radnik mora biti spreman duboko zahvatiti u bogatstvo profesionalnih zaliha i iskustva te izabrati strategiju ili modalitet koji na najbolji način može stimulirati pozitivnu promjenu za pacijente, hospicijske agencije i širu zajednicu. Socijalni radnici bi trebali biti sposobni efektivno artikulirati svoju ulogu, tj. u čemu su eksperti u jednom timu. Socijalni radnik koji je osjetljiv na kulturu, u svojoj praksi uključuje sposobnost prelaženja granica kulturalnih razlika između profesija i sposoban je prihvatiti razlike u vrednotama i teoretskim shvaćanjima, te se s poštovanjem i uvažavanjem ponašati prema vještima drugih kolega [24].

5.2.Uloga liječnika u palijativnom timu

Briga za fizičku udobnost prioritetna je osnova za one koji umiru. Ona naglašava prevenciju i oslobođenje od simptoma te uključuje pažnju za higijenu, hranjenje, njegu kože i druge fizičke faktore koji utječu na pacijenta. Glavna uloga liječnika je kontrola boli. Pod kontrolom doktora, fizioterapeuti, farmakolozi, dijetetičari i drugi igraju različite uloge u kontroli boli, ovisno o potrebama pacijenta. Dostupnost obiteljske brige treba uvelike biti uzeta u obzir pri određivanju jesu li kućni hospicij i palijativna skrb odgovarajući za pacijenta. Osjetljiv odnos ne znači neminovno skrivanje implikacija ili otkrivenih saznanja dijagnostičkog procesa. To ne bi bilo ni moguće ni mudro. Vrijeme testiranja može pacijentu pružiti vrijeme za refleksiju i inicijativno suočavanje koje bi nekako ublažilo šok od dijagnoze na smrt. Za one koji su u ovom vremenu pošteđeni od loše vijesti, dijagnostički proces može ohrabriti pacijenta i liječnika da diskutiraju budući izgled smrtonosne bolesti ili ozljede. Jednom kad je dijagnoza postavljena, slijedi pitanje prognoze. Za pacijenta i one koji su mu bliski, prognozirano vrijeme preživljenja može utjecati na njihove praktične odluke (npr. financijski problemi, planovi vezani uz putovanja udaljenih članova obitelji), a može probuditi i osjetljivost za duhovne potrebe ili druge vrste zadovoljenja prije smrti, uključujući mogućnost izmirenja s obitelji ili prijateljima. Kao što je već spomenuto, prognoziranje duljine života nije precizna znanost. Očekivano trajanje života najistaknutiji je dio prognoze, ali prognoza može uključiti i kvalitativnu ocjenu fizičkog i mentalnog tijeka od pacijentove bolesti pa do smrti. Kao što je planiranje ovisno o prognoziranom vremenu koje je pacijentu ostalo, ono također ovisi o mogućoj fizičkoj nesposobnosti, mentalnoj

disfunkciji i ovisnosti. Prognoza često nije nešto što se donosi otrpve, nego uključuje ponovnu i ponovnu ocjenu pacijentova stanja. Općenito govoreći, pacijentu i obitelji treba pružiti mogućnost da dobiju onoliko informacija koliko žele; za neke je to bitno, a za druge je to manje važno. Osnovni stav onih koji se brinu za umiruće ljude i zagovaraju ih, jest da pacijenti i oni koji su im blizu trebaju imati mogućnost da uvijek dobiju odgovor na svoja pitanja, trebaju ga dobiti onda kada ga oni žele, danju ili noću. Neka su istraživanja pokazala da mnogi ljudi ne razumiju termine koje njihovi liječnici upotrebljavaju, a liječnici često podcjenjuju pacijentovu želju za informacijama [26].

5.3. Uloga medicinske sestre u palijativnom timu

Medicinske sestre direktno ili pozivajući druge profesionalce pomažu pacijentu da se lakše nosi s progresivnom bolešću. Također, djeluje i kao voditelj slučaja (case management), često u suradnji sa socijalnim radnikom. Medicinska sestra je često odgovorna za trajno procjenjivanje pacijentova fizičkog i emotivnog stanja, razvijanje plana njege zajedno s liječnicima, kako bi se prilagodili lijekovi i drugi tretmani ovisno o fizičkim i psihološkim problemima, educiranje obitelji o tome kako izbjeći probleme. Ona promatra obiteljski status, angažira dodatnu pomoć prema potrebi i općenito je na raspolaganju za odgovore na pitanja. Jedan od najtežih problema s kojima se medicinske sestre susreću jest rad s obiteljima i pacijentima koji su bili zapostavljeni ili neadekvatno tretirani od strane liječnika. U kojoj se god mjeri obrazovanje i praksa liječnika pomakne prema kolaborativnom pristupu tako će i medicinske sestre biti u boljoj poziciji da međusobnom interakcijom i učenjem primijene svoje vještine i razumijevanje te tako poboljšaju pružanje zdravstvene skrbi pacijentu. Iskoristiti prednost od takvog pomaka i podržati ga, doprinosi dobrom osjećaju za strategiju u obrazovanju sestara, kako bi se promoviralo kolaborativno obrazovanje [26].

5.4. Uloga duhovnika u palijativnom timu

Briga za duhovno stanje pacijenta važan je dio hospicija. Neprestano se postavlja pitanje što se podrazumijeva pod duhovnom brigom, jesu li ili nisu duhovne potrebe različite od religijskih potreba. Literatura pojašnjava neka od tih pitanja. Amenta (1988.) sugerira da je to snaga života koja izvire iznutra i obuzima naše cijelo biće [27]. Neki autori definiraju duhovnost kao sposobnost za transcendentno kako bi se moglo ljubiti i biti ljubljen, davati smisao i izdržati [28]. Drugi autori kažu da je sadržaj duhovnosti širi od religioznosti. Religija, obuhvaćena duhovnošću, upućuje na duhovne doktrine i praksu koja postoji unutar formalnih religijskih institucija.

Duhovnost je, međutim, sastavljena od vjerovanja i potreba koje nisu usmjerene organiziranoj religiji, koje se izražavaju izvan religijskog konteksta. Prema Hayu, duhovna briga treba uključivati i jedno i drugo, i religijske i nereligijske sisteme vjerovanja. On vjeruje da je potreban i jezik duhovnosti koji respektira integritet psihologije, religije i nereligijskih filozofa [29].

Abingdon Press preporučuju da se duhovna ocjena usmjeri na istraživanje i razumijevanje klijentova odnosa s Bogom i drugima, te da namjera bude otkriti pacijentovu unutrašnju snagu u suočavanju sa smrću. Cilj je dati smisao pacijentovim okolnostima i njegovim sredstvima suočavanja i dorastanja tome. Uloga duhovnika mora biti dogovorena sa svakim pacijentom/obitelji, uzimajući u obzir povijest, sistem vjerovanja, svaku razliku vjerovanja unutar obitelji, povezanost sa Crkvom te druge duhovne i/ili religijske stvari. Hospicijski duhovnik je ograničen vremenom, informacijama o obitelji i malim izgledom da će moći slijediti pacijenta. To je specifična služba koja se pruža unutar određenih okvira. Uloga duhovnika je uloga slušanja. On može pomoći pacijentu da sagleda svoju prošlost, suoči se s onim nad čime žali ili što nije završeno, a stvara bol, pomaže mu radovati se i dati hvalu za sve što je darovalo ljubav i smisao u životu. Pomaže pacijentu da vidi svoj život u novoj perspektivi i poveća svijest i spremnost za ono što se nalazi pred njim. Takva služba može pružiti nastavak brige za preživjelu obitelj i može pomoći raditi s drugim članovima hospicijskog tima da se započne i inicira cjelovito žaljenje [19].

Kad radni tim može u potpunosti koristiti vještine svakog člana, tada ne samo da ispunjava obećanje hospicijske cjelovite brige nego i postiže primaran cilj svakoga člana tima, a to je najbolja briga za hospicijskog pacijenta. Barijere potpunom korištenju svih disciplina interdisciplinarnog tima uključuju: manjak znanja o drugim profesijama, nejasne uloge i razlike između profesija u vrednotama i teorijskim osnovama. Jedna od prepreka cjelovitom korištenju svih profesija predstavljenih u interdisciplinarnom timu, jest nedostatak znanja od strane svakog člana o području na kojem je drugi specijalista, ima određene vještine, obrazovanje i poznaje teoriju. Ovo je rezultat obrazovanja medicinskih profesionalca u izolaciji od drugih [30].

Posao što ga različiti članovi tima palijativne skrbi svakodnevno čine za neizlječivog bolesnika, iznimno je naporan i zahtjevan zato je i njima za kvalitetno vršenje njihove službe potrebna duhovna pomoć. Da bi im mogao pružiti potrebnu duhovnu pomoć duhovniku su potrebne ove vještine i vrline: kolegijalnost, uvažavanje stručnosti drugih, suradnički odnos s drugima, prijateljska potpora. Članovima svoga tima duhovnik je svakodnevna potpora i poticaj u djelatnosti koja će trajno biti izlagana opasnosti da bude podcijenjena i smatrana nekorisnom, pa čak i štetnom, osobito s financijskog gledišta i iz utilitarističkog kuta [31].

5.5. Uloga ljekarnika u palijativnom timu

Tijekom svog obrazovanja na Farmaceutsko-biokemijskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu magistri farmacije stječu sva potrebna znanja i vještine za holistički pristup palijativnom bolesniku. Kroz kolegije pete godine studija farmacije, Ljekarničku skrb i Konzultacijske vještine, uči se kako pretočiti usvojena znanja u konstruktivne zdravstvene savjete i predstaviti ih na laiku najrazumljiviji način. Ne postoji zdravstveni stručnjak koji posjeduje više znanja o lijekovima, tehnološkim oblicima lijekova, njihovim nuspojavama, indikacijama, kontraindikacijama, interakcijama među lijekovima i drugim pripravcima te praktičnim uputama o njihovoj primjeni. Zato je ljekarnik obavezan dio palijativnog tima dostupan bolesniku i njegovoj obitelji u ljekarni i izvan nje. Ključna uloga farmaceuta u palijativnoj skrbi o bolesniku leži u racionalizaciji farmakoterapije, poticanju adherencije bolesnika i završnoj kontroli kojom se sprječavaju medikacijske pogreške koje mogu biti kobne. Kroz svoje djelovanje, magistri farmacije mogu i moraju biti velik izvor uštede za zdravstveni sustav poticanjem razumne potrošnje lijekova i drugih pripravaka te smanjenjem incidenata koji dovode do nužne liječničke intervencije i posljedične hospitalizacije. Njihovom implementacijom u interdisciplinarne timove palijativne skrbi značajno se podigla njezina razina kvalitete [32].

5.6. Uloga fizioterapeuta u palijativnom timu

Uloga fizioterapeuta je neprocjenjiva kad je potrebno očuvati dostojanstvo pacijenta i omogućiti mu barem nakratko toliko željenu samostalnost čak i kod najjednostavnijih postupaka kao što su samostalno hranjenje ili odlazak na toalet.

5.7. Uloga psihologa u palijativnom timu

Klinički psiholog je stručnjak koji je educiran i kvalificiran za pružanje pomoći osobama s emocionalnim i ponašajnim poteškoćama. Svojim znanjem ne samo da pomaže palijativnom bolesniku i članovima njegove obitelji, već nerijetko pruža i stručnu pomoć liječnicima i ostalom medicinskom osoblju koji se u svom svakodnevnom radu susreću s umirućima. Osim psihološke procjene, psiholog se u radu s palijativnim bolesnikom i s članovima njegove obitelji bavi i savjetovanjem, psihoterapijom te vodi motivacijski intervju koji ima za cilj potaknuti intrinzičnu motivaciju kako bi došlo do promjena u ponašanju i bolje adaptacije na bolest [33].

Bolesnici koji zahtijevaju palijativnu skrb suočavaju se s nizom psiholoških poteškoća koje zahtijevaju prilagodbu i dodatno ulaganje napora. Nedostatak informacija i njihova

nedostupnost mogu biti jedan od izvora stresa. Stoga, neosporna zadaća psihologa je da psihoedukativnim oblicima pomoći olakšaju bolesnicima suočavanje, ali ne samo bolesnicima već i njihovim članovima obitelji. Psihologija kao znanost i kao struka te klinički psiholozi zahvaljujući svojim znanjima i vještinama temeljenima na znanstvenim spoznajama u velikoj mjeri doprinose kvaliteti rada palijativnog tima te unaprjeđuju palijativnu medicinu općenito [34].

Klinički psiholozi su u zdravstvenom sustavu najčešće prepoznati u psihodijagnostičkom radu, ali to je iznimno mali segment znanja kojima raspolažu. Osim nužnosti psihodijagnostike, u palijativnoj skrbi daleko je važnija uloga kliničkog psihologa, savjetodavni rad, psihoedukativne aktivnosti, psihoterapijske intervencije, ali ne samo s palijativnim bolesnikom i članovima njegove obitelji, već i u pružanju takvih vrsta pomoći ostalim članovima palijativnog tima [33].

6. Organizacija palijativne skrbi OB Varaždin u Službi za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof i smještaj osoba starije životne dobi na odjele s produženim liječenjem

U službi za produženo liječenje i palijativnu skrb od samog početka se prate i primjenjuju preporuke Ministarstva zdravstva o implementaciji Strateškog plana za razvoj palijative u Republici Hrvatskoj.

6.1. Prostorni i arhitektonski smještaj OB Varaždin , Služba za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof

Prostorni smještaj bolnice je gotovo idealan, nalazi se na glavnoj prometnici Zagreb - Varaždin, 60-tak kilometara od Zagreba i 20-tak kilometara od Varaždina. Danas, najviše bolesnika dolazi s područja Varaždinske županije (oko 40%), zatim s područja Grada Zagreba i Zagrebačke županije (oko 35%). Raspoloživi broj kreveta je 291, od toga 89 koje koriste osiguranici Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje putem uputnice za bolničko liječenje za palijativnu zdravstvenu skrb, a 20 je namijenjeno za osobno plaćanje. Park koji okružuje Bolnicu ukras je grada, izvor svježeg zraka i šetalište za bolesnike i mještane. Površina parka je 13,7 hektara. Od 1962. godine pod zaštitom je Državnog zavoda za zaštitu prirode. U parku ispred glavnog ulaza u dvorac postavljen je originalni antički kip rimske božice Minerve - zaštitnice zdravlja. Sredinom 2001. godine započeli su zaštitni radovi na sanaciji i obnovi parka. Izrađen je Projekt zaštite perivoja i Izvedbeni projekt za obnovu perivoja. Zdravstvena djelatnost Službe za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof obavlja se u četiri objekta. Centralni objekt ("Centrala") - dvorac Erdödy, jednokatna je građevina. Na katu se nalazi odsjek IA, a u prizemlju polikliničko - konzilijarna djelatnost bolnice te prijemna kancelarija s ambulantom. Muški odjel - odsjek IB - dvokatna građevina u kojoj je uz bolnički odsjek smješten i centar za hemodijalizu te odjel Palijative A te dvorana za primjenu fizikalne terapije. Ženski odjel - Odsjek II - "Interna" dvokatna je građevina u kojoj se nalaze odjeli za produženo liječenje IIA i IIB , odjel Palijativa B te kompleks prostorija za fizikalnu terapiju i ambulantne preglede. Dvorišna zgrada - Odsjek III A, B - u njemu je uz bolnički odsjek i odsjek za zbrinjavanje starijih osoba uz osobno plaćanje [35].

6.2. Povijesni razvoj palijativne zdravstvene skrbi OB Varaždin, Služba za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof

Počeci palijativne skrbi na prostorima Varaždinske županije mogu se povezati sa humanitarnim radom grofice Luise Erdody koja je 1890. godine osnovala prvu privatnu bolnicu za besplatno liječenje siromašnih i teško bolesnih na imanju u Moždencu, kraj Novog Marofa. Imala je sedamnaest kreveta od kojih je pet bilo namijenjeno za potrebe liječenja djece, ali i sve uvjete da djeluje kao prava suvremena bolnica. U Bolnici je ordinirao vlastelinski liječnik uz pomoć časnih sestara iz Zagreba, a kasnije sestara milosrdnica Sv. Križa iz Đakova te same grofice. Godine 1926. počinje sa radom Državno lječilište za plućne bolesti na sadašnjoj lokaciji dvorca grofova Erdody u Novom Marofu. S godinama kao što biva bolnica se prilagođavala suvremenim potrebama i organizacijskim posebnostima te je tako dugi niz godina djelovala kao Specijalna bolnica za kronične bolesti Novi Marof. Planom razvoja Specijalne bolnice za kronične bolesti Novi Marof za razdoblje od 2011-2013 izgradnjom spojnog objekta između Odjela II i Odjela III riješit će se problem odgovarajućih nedostataka kapaciteta u palijativnoj skrbi, a istovremeno je taj plan usklađen sa Županijskom razvojnom strategijom Varaždinske županije 2011-2013 godine. Godine 2012-te otvoren je Odjel palijative A sa 37 kreveta za palijativnu skrb dok je već 2013-te godine započela prva faza izgradnje spojnog objekta između Odjela II i Odjela III sa servisnom internom prometnicom koja je financirana iz državnog proračuna i proračune lokalne i područne samouprave sredstvima decentralizacije, a iste je godine također otvoren Odjel palijative B sa dodatnih 28 kreveta za palijativnu skrb. Temeljem odluke Vlade Republike Hrvatske, Specijalna Bolnica za kronične bolesti pripojena je od 01. siječnja 2014-te godine Općoj Bolnici Varaždin te na temelju unutarnjeg ustroja postaje Služba za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof u kojoj Odjel palijative raspolaže sa ukupno 65 kreveta za palijativnu skrb [36].

Služba za produženo liječenje i palijativnu skrb u Novom Marofu prihvaća bolesnike s područja cijele središnje i sjeverozapadne Hrvatske, odnosno iz osam županija.

6.3. Infrastrukturni uvjeti i ljudski potencijali u OB Varaždin, Služba za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof

Do sada su infrastrukturni, tehnički i ljudski kapaciteti za pružanje palijativne skrbi bili neadekvatni i nedostadni, ali dovršetkom novog projekta povećani su infrastrukturni, tehnički i ljudski kapaciteti za pružanje kvalitetne palijativne skrbi. Naime, u Službi za produženo liječenje

i palijativnu skrb Novi Marof u rujnu 2018-te godine završili su radovi na investiciji vrijednoj 51,5 milijuna kuna, a izgrađen je novi spojni objekt i prometnica između dva odjela palijativne skrbi, energetska su obnovljena zgrade Odjela II i Odjela III, te je ista opremljena modernom medicinskom opremom. Sama provedba projekta trajala je tri godine, a projekt je financiran bespovratnim sredstvima iz Europskog fonda za regionalni razvoj kroz operativni program „Konkurentnost i kohezija 2014-2020. Opći cilj projekta je bio doprinijeti unapređenju kvalitete sustava palijativne skrbi Republike Hrvatske dok je specifični cilj bio povećati smještajne kapacitete bolnice u djelatnosti palijativne skrbi što je uspješno i ostvareno te ono sad iznosi 89 kreveta za palijativnu skrb. Unapređenjem stručnih znanja i vještina zaposlenika podiže se razina kvalitete usluga u području palijativne skrbi te je trenutno 50 djelatnika uspješno završilo postdiplomski tečaj 1. kategorije iz Osnova palijativne medicine na CEPAMETU-u. U palijativnom bolničkom timu trenutno rade 34 medicinske sestre odnosno tehničara, dva kardiologa, specijalist internist, socijalni radnik, psiholog, ljekarnik, fizioterapeuti, pomoćno osoblje, duhovnik, psihijatar uz mogućnost konzultacija i suradnju sa drugim specijalistima na lokaciji Varaždin i Klenovnik [36].

6.4.Prijem i otpust pacijenata u OB Varaždin, Služba za produženo liječenje i palijativna skrb Novi Marof

Prijem pacijenata najčešće je redovni prijem i pacijenti se smještavaju na odjele prethodnim dogovorom odnosno najčešće najavom. Već kod samog prijema radi se neka osnovna trijaža pacijenata ovisno o dobi, dijagnozi i potrebama liječenja, a jednako tako pristupa se pacijentu i kod prijema na odjel. Najveći broj prijema odvija se premještajno odnosno iz akutnog odjela na način da ukoliko se postavi indikacija za prijem od strane vodećeg liječnika odluku o daljnjem palijativnom liječenju procjenjuje bolničko povjerenstvo za palijativnu skrb koje je oformljeno u bolnici u kojoj se nalazi pacijent. Liječnik obiteljske medicine može poslati upit ili epikrizu mail-om, fax-om, ili telefonskim pozivom radi procjene prelaska na palijativnu skrb. Epikrizu mora sadržavati sve dijagnoze, podatke o kliničkom stanju pacijenta, terapiji planiranju medicinskih postupaka, kontrolnim pregledima, dijagnostici te socijalnu anamnezu radi uključivanja socijalne službe. Prijem također može biti organiziran i preko hitnih ambulanta OB Varaždin u slučaju pogoršanja stanja, nakon kraće i inicijalne obrade, a za prijem je potrebna važeća uputnica sa dijagnozom Z51.5 - palijativna skrb [36].

Pristup pacijentu kod prijema se odvija kroz holistički pristup. Pregledom pacijenta uzima se detaljna liječnička i sestrinska anamneza te klinički status. Vršiti se uredno dokumentiranje i unošenje podataka u BIS (Bolnički informativni sustav), te se donosi plan za liječenje i daljnju

skrb, dijagnostiku, njegu, fizikalnu terapiju, ali i potreba za uključivanjem ostalih članova palijativnog tima. Pacijenta se nastoji informirati o tijeku bolesti, prognozi, očekivanjima. Uspostava kvalitetne komunikacije sa pacijentom i obitelji sa uvažavanjem želje pacijenta o mjestu skrbi, mjestu smrti, darivanja organa i svega ostalog jedan je od najtežih zadataka koji je potrebno provesti u pružanju palijativne skrbi. Najveći broj soba po odjelima je uglavnom dvokrevetan, ali postoje odjeli koji još uvijek koriste i četverokrevetne odnosno čak i šesterokrevetne sobe. Služba za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof prepoznala je potrebu za pružanjem zdravstvene skrbi kako starijim osobama tako i osobama koje boluju od kronično neizlječivih bolesti te se u tom smislu afirmirala kao vodeći zdravstvena ustanova na području sjeverne Hrvatske. Redovnim ulaganjima u samu infrastrukturu bolnice te ulaganjima u medicinski kadar u vidu edukacija, seminara, kongresa i simpozija želi se postići što veća osviještenost samih medicinskih djelatnika o toj tematici te pružiti stvaran multidiscipliniran pristup na svakoj razini pružanja zdravstvenih usluga. Otpust pacijenta radi se u dogovoru sa pacijentom, obitelji, Centrom za socijalnu skrb, Domovima za starije i nemoćne osobe te udomiteljstvima te se obično u ovoj ustanovi ne provodi petkom zbog radnog vremena obiteljskih liječnika [36].

6.5. Volonterski pristup u OB Varaždin, Službi za produženo liječenje i palijativna skrb Novi Marof

Volonterskim pristupom i tendencijom poboljšanja samog statusa bolnice ne samo de se želi motivirati djelatnike na poboljšanje kvalitete zdravstvenih usluga nego se želi postići i određena destigmatizacija same ustanove. S tim ciljem u sklopu Bolnice Novi Marof osnovana je i udruga volontera Udruga za palijativnu pomoć Srce Novi Marof kao i posudionica pomagala. Udruga za palijativnu pomoć „Srce“ Novi Marof osnovana je 09. srpnja 2014. g. Prva inicijativa za osnivanjem udruge proizašla je od strane današnjih članova i vodstva udruge koji su uvidjeli probleme u bolničkom sistemu poput: ograničenje duljine hospitalizacije i pitanje daljnjeg zbrinjavanja te smještaja teško oboljelih, problem kod otpusta-predaje bolesnika, nedostatak uslužnih servisa na terenu, nedostatak koordinacije raznih službi. Jedan od osnovnih problema je gubitak samog bolesnika i obitelji u današnjoj suvremenoj medicini. Ciljevi Udruge su: osiguravanje pomoći i podrške palijativnim bolesnicima i njihovim obiteljima, poboljšanje terminalnog dijela života neizlječivo progresivno oboljelih osoba, promicanje zdravstvenih, materijalnih, socijalnih, etičkih prava pacijenata i njihovih obitelji te razvoj palijativne skrbi na području u Varaždinskoj županiji i Republici Hrvatskoj [37].

Edukacija u sustavu palijativne skrbi uspostavlja se kao kontinuitet na svim razinama – od članova obitelji i volontera, do poslijediplomskih studija. Sadržaji o palijativnoj skrbi moraju biti dio redovitog obrazovanja svih zdravstvenih djelatnika. Posebnu ulogu u edukaciji imat će centri izvrsnosti, određeni za pojedine oblike palijativne skrbi. Stupanj edukacije, te stečena znanja i vještine trebaju biti prilagođeni ovlastima zdravstvenih radnika i suradnika koji pružaju palijativnu skrb, uz mogućnost da se te ovlasti edukacijom prošire i službeno odobre. Sustav evaluacije, samo-evaluacije i unapređenja kvalitete ugrađuje se u sve segmente pružanja palijativne skrbi, od samog početka razvoja sustava. U okviru toga, nužno je uspostaviti jedinstveni informatički sustav za prikupljanje, praćenje i obradu podatka o palijativnoj skrbi, što uključuje i osnivanje registra palijativnih pacijenata. Odabirom prikladnih pokazatelja kvalitete skrbi omogućit će se vrednovanje i nadzor. Ti pokazatelji moraju postati dijelom redovitih postupaka za praćenje kvalitete na svim razinama palijativne skrbi. U osiguravanju kvalitete bit će važno poticati povezivanje i suradnju sa Svjetskom zdravstvenom organizacijom, Vijećem Europe, Međunarodnim udruženjem za hospicijsku i palijativnu skrb, Europskim udruženjem za hospicijsku i palijativnu skrb, te Radnom skupinom za palijativnu skrb Centralne i Istočne Europe. Palijativna skrb u javnosti se treba promicati kao oblik cjelovitog stručnog, javnog i humanitarnog djelovanja [38].

7. Istraživanje i analiza specifičnosti rada medicinskih sestara i tehničara u OB Varaždin, Službi za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof

Za potrebe izrade ovog završnog rada napravljena su dva istraživanja analize specifičnosti rada medicinskih sestara i tehničara u bolnici za produženo liječenje i palijativnu skrb s ciljem utvrđivanja zadovoljstva radom medicinskih sestara/tehničara u pojedinim segmentima njihovih djelatnosti kao i ispitivanje opće populacije u svezi njihovih stavova koji se odnose na rad medicinskih sestara/tehničara u palijativnoj skrbi.

7.1. Cilj i hipoteze istraživanja

Cilj istraživanja bio je ispitati zadovoljstvo medicinskih sestara koje rade na odjelima Službe za produženo liječenje i palijativnu skrb u pojedinim segmentima vezanima uz njihov rad.

Postavljene su iduće hipoteze:

1. Medicinske sestre/tehničari većinom nisu zadovoljni uvjetima rada i mogućnostima zaštite na radu.
2. Medicinske sestre/tehničari s duljim radnim stažem su nezadovoljniji međusobnom interakcijom s nadređenima od kolega s kraćim stažem.
3. Sudionici iz opće populacije koje dolaze iz urbanih područja imaju pozitivnije stavove o medicinskim sestrama/tehničarima od sudionika iz ruralnih područja.
4. Sudionici iz opće populacije koji dolaze iz zdravstvenih struka imaju pozitivnije stavove o medicinskim sestrama/tehničarima od onih koji dolaze iz nezdravstvenih struka.
5. Sudionici iz opće populacije koji su u životu bili uz umiruću osobu imaju pozitivnije stavove od onih koji nisu.

7.1.1. Ispitanici i postupak istraživanja

Istraživanje je provedeno pomoću dva anketna upitnika. Jedan anketni upitnik je bio namijenjen medicinskim sestrama u OB Varaždin- Službi za produženo liječenje Novi Marof i palijativnu skrb Novi Marof, a drugi općoj populaciji. Prvi anketni upitnik je proveden u OB Varaždin – Službi za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof, a u njemu je sudjelovalo 86 medicinskih sestara/tehničara. U anketnom upitniku namijenjenom općoj populaciji sudjelovalo je ukupno 196 sudionika, a podatci su prikupljeni putem Google obrasca u vremenskom periodu od 14. srpnja

do 05. rujna 2018. Anketni upitnici izrađeni su za potrebe istraživanja u svrhu izrade završnog rada, oba su u potpunosti anonimna. Anketni upitnik namijenjen medicinskim sestrama i tehničarima Službe za produženo liječenje i palijativnu skrb podijeljen je u dogovoru s glavnim sestrama/tehničarima odjela svim odjelima uz prethodno dobivenu dozvolu etičkog povjerenstva OB Varaždin. Istraživanje se odvijalo u vremenu od 15. rujna do 23. rujna 2018 godine. Medicinske sestre/tehničari anketni upitnik ispunjavali su potpuno dobrovoljno.

7.1.2. Instrumenti

Anketni upitnik za medicinske sestre/tehničare se sastojao od pitanja vezanih uz sociodemografske karakteristike (dob, spol, stupanj obrazovanja, duljinu radnog staža te bračno stanje). Ostala pitanja su se odnosila na pitanja vezana uz njihov rad te zadovoljstvo istim uz zadovoljstvo radnom okolinom. Na pitanja su mogli odgovarati s „da“ i „ne“ te su neka bila otvorenog tipa.

Drugi anketni upitnik koji je bio namijenjen općoj populaciji se sastojao od općih pitanja vezanih uz sociodemografske karakteristike sudionika (dob, spol, mjesto stanovanja, stupanj i smjer obrazovanja te jesu li u životu ikada imali iskustvo blizine umiruće osobe u životu) i od 9 pitanja vezanih uz njihove stavove o medicinskim sestrama/tehničarima koji rade na odjelima palijativne skrbi. Skala stavova je rekodirana tako da se odgovor „da“ kodirao s 1, a odgovori „ne“ i „ne znam“ s 0. Ukupan rezultat ukazuje na negativnost odnosno pozitivnost stavova o medicinskim sestrama/tehničarima na odjelima palijativne skrbi. Što je rezultat viši to su stavovi sudionika pozitivniji.

7.1.3. Statističke metode

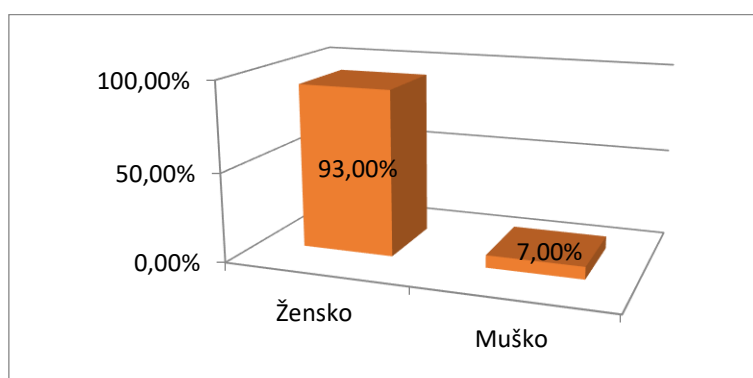
Za statističku obradu podataka korišten je IBM SPSS 23 program za oba anketna upitnika. Svi rezultati su deskriptivno prikazani frekvencijama i postotcima, a tamo gdje je prikladno i rasponom rezultata te aritmetičkom sredinom sa standardnom devijacijom. Kao mjeru pouzdanosti izračunat je Cronbach alpha koeficijent. Hipoteze su provjerene t-testovima za nezavisne uzorke.

7.2. Rezultati

7.2.1. Deksriptivni podaci anketnog upitnika za medicinske sestre/tehničare u Službi za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof

U istraživanju je sudjelovalo 80 (93%) medicinskih sestara i 6 (7%) medicinskih tehničara od kojih je najmlađi sudionik imao 21 godinu, a najstariji 62 godine. Prosječna dob sudionika je bila 38,88 +/- 10,97 godina. Sudionik s najkraćim radnim stažem je imao 1 godinu staža, a najdulje 42 godine staža. Prosječna duljina trajanja staža kod sudionika, u ovom istraživanju je bila 18,94 +/- 11,46 godina.

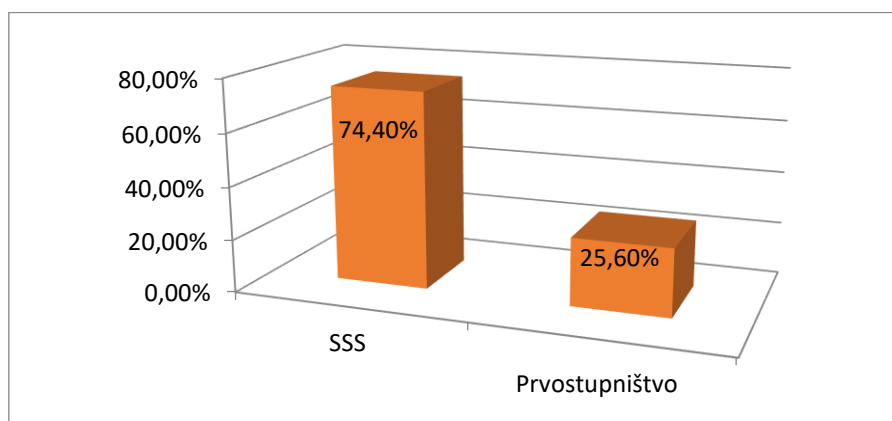
Od ukupnog broja ispitanih 93% je medicinskih sestara dok je medicinskih tehničara 7%.



Graf 7.2.1.1.. Podjela ispitanika po spolu (N=86)

Izvor: autor, D.K.

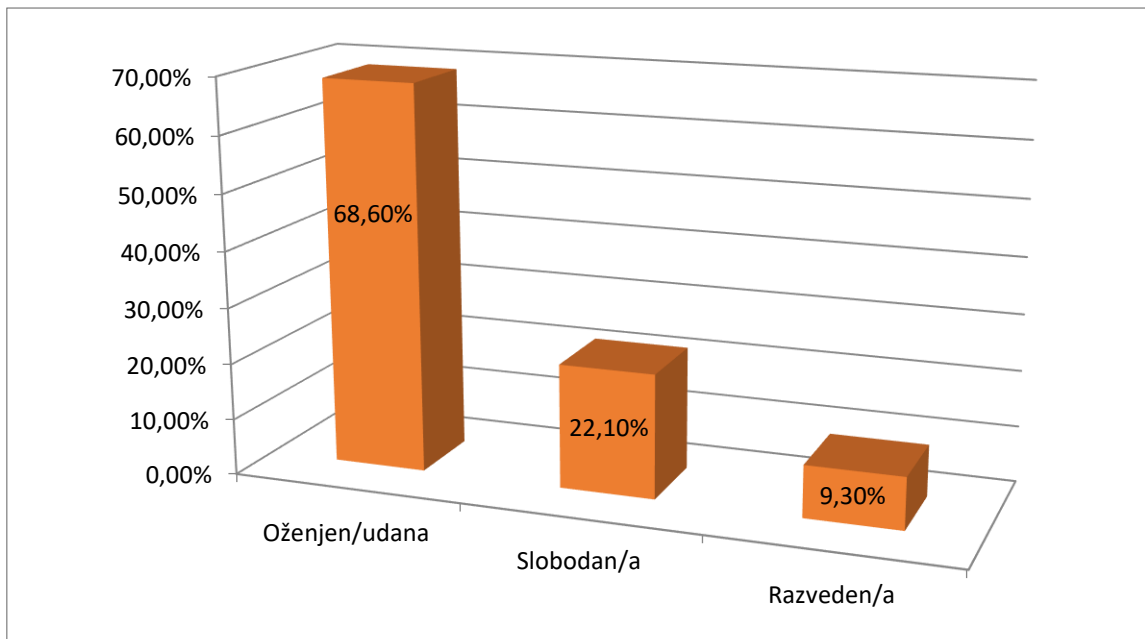
Od ukupnog broja ispitanika 64 (74,4%) medicinskih sestara/tehničara ima završenu srednju stručnu spremu, dok njih 22 (25,6%) su prvostupnici sestринства kao što prikazuje Graf 7.2.1.2.



Graf 7.2.1.2. Podjela po završenom obrazovanju

Izvor: autor, D.K.

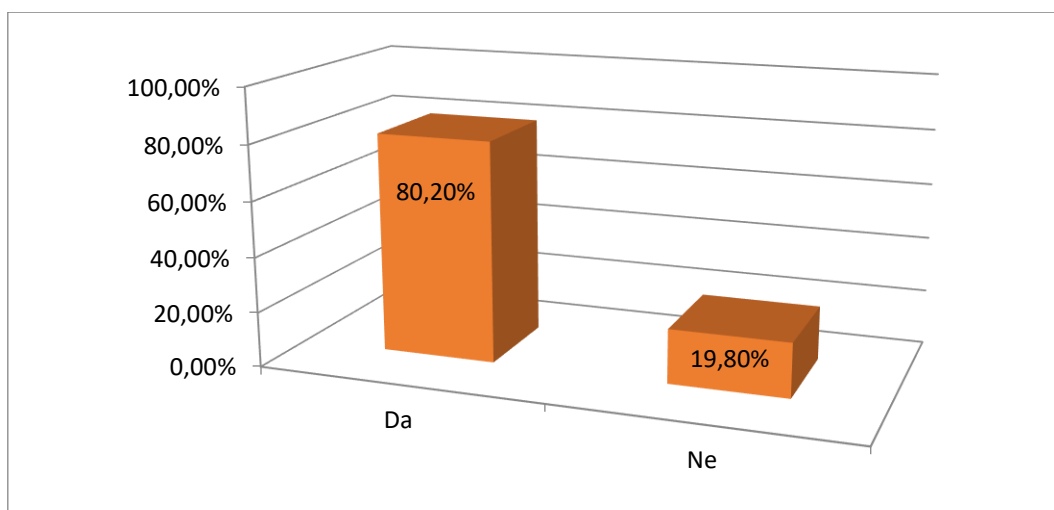
Od ukupnog broja ispitanika njih 59 (68,6%) je oženjeno/udano, 19 (22,1%) je slobodno, a 8 (9,3%) je razvedeno kao što je prikazano na Grafu 7.2.1.3.



Graf 7.2.1.3. Podjela po bračnom stanju – MS/MT (N=86)

Izvor: autor, D.K.

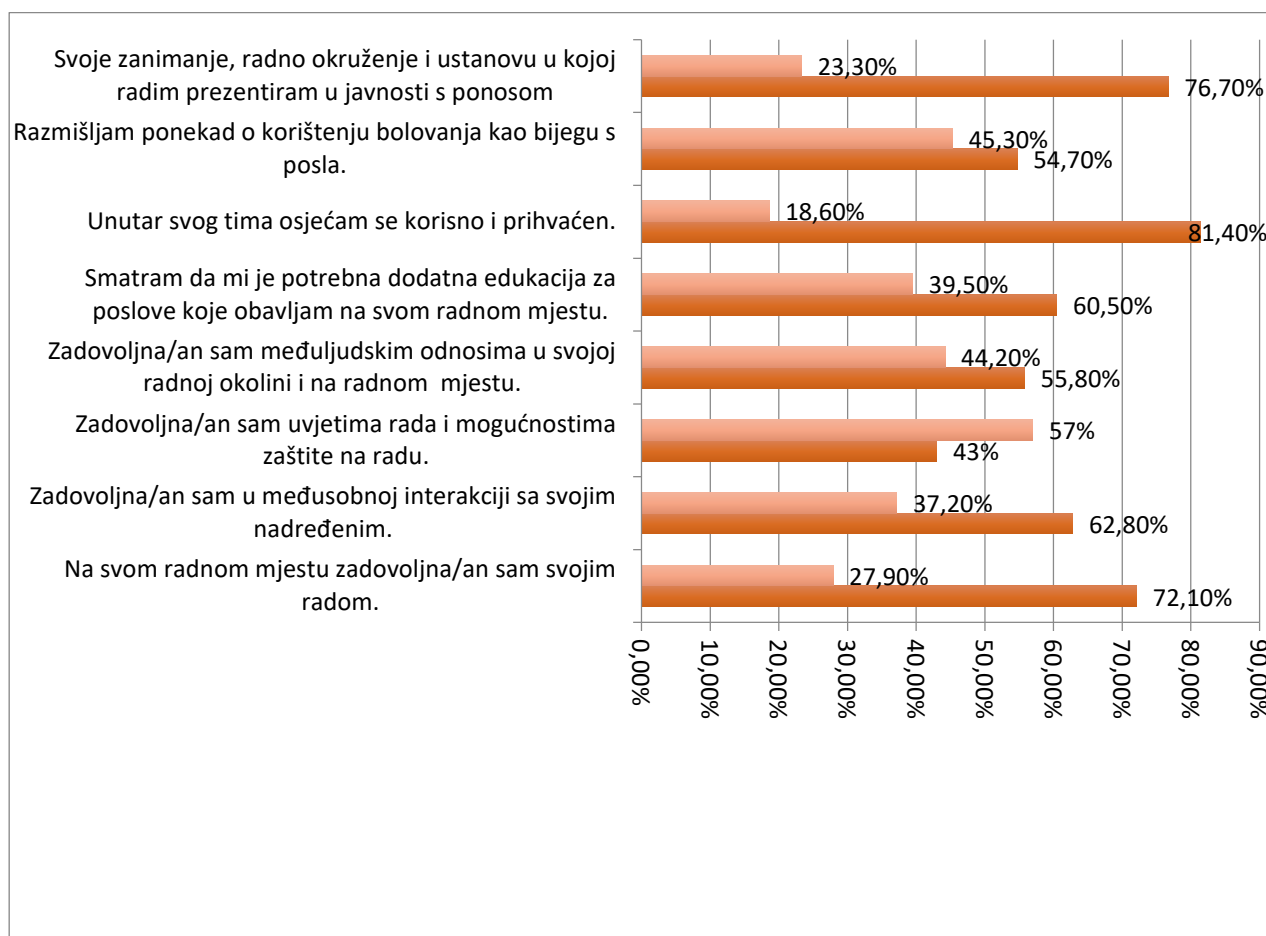
Većina medicinskih sestara/tehničara radi u smjenskom radu, 69 (80,2%), dok ih samo 17 (19,8%) ne radi.



Graf 7.2.1 4. Podjela po smjenskom radu – MS/MT (N= 86)

Izvor: autor, D.K.

Graf 7.2.1.5. prikazuje postotni prikaz odgovora za sva pitanja vezana uz aspekte zadovoljstva na radnom mjestu.



Graf 7.2.1.5. . Zadovoljstvo aspektima radnog mjesta – MS/MT (N=86)

Izvor: autor, D.K

Medicinske sestre/tehničari su većinom zadovoljni svojim radom na radnom mjestu, međusobnoj interakciji s nadređenima te se unutar svog tima većinom osjećaju korisno i prihvaćeno te svoje zanimanje, radno okruženje i ustanovu u kojoj rade prezentiraju s ponosom. Ono čime nisu toliko zadovoljni su međuljudskim odnosima u svojoj radnoj okolini i radnom mjestu (podijeljenog su mišljenja) i većina njih nije zadovoljna uvjetima na radu i mogućnostima zaštite na radu. Većina njih također smatra da im je potrebna dodatna edukacija za poslove koje obavljaju na radnom mjestu te preko polovice sudionika ponekad razmišlja o bolovanju kao bijegu s posla.

Kako 57% sudionika nije zadovoljno uvjetima rada i mogućnostima zaštite na radu može se zaključiti da je prva hipoteza potvrđena. Na otvoreno pitanje da navedu koje bi stvari promijenili što se tiče toga i najčešći odgovori su bili tehničku opremljenosti te premalen broj osoblja. Svi otvoreni odgovori po kategorijama se nalaze u Tablici 7.2.1.1.

<i>Uvjeti rada i mogućnosti zaštite na radu</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
1. Premali broj osoblja	30	43,48
2. Tehnička opremljenost i arhitektonski uvjeti	23	33,33
3. Nedostatak zaštitne odjeće i obuće	5	7,25
4. Nezadovoljstvo premalim primanjima	5	7,25
5. Nepriznavanje stručne spreme i nemogućnost napredovanja	3	4,35
6. Previše papirologije	2	2,90
7. Premalo godišnjeg odmora	1	1,45

Tablica 7.2.1.1. Prikaz Frekvencije (f) i postotci (%) komentara o uvjetima na radu i mogućnostima zaštite na radu po kategorijama

Izvor: autor, D.K.

Druga hipoteza je glasila da medicinske sestre/tehničari s duljim radnim stažom su nezadovoljniji međusobnom interakcijom s nadređenima od kolega s kraćim stažom. Hipoteza je provjerena t-testom za nezavisne uzorke, a rezultati su prikazani u Tablici 7.4.1.2.

	Zadovoljstvo	\bar{X}	SD	t	df	p
Radni staž	Da	16,96	10,87	2,12	84	0,04*
	Ne	22,28	11,87			

* Napomena $p < 0,05$

Tablica 7.2.1.2. Prikaz razlika u zadovoljstvu međusobnom interakcijom s nadređenima ovisno o duljini radnog staža

Izvor: autor, D.K.

Kao što je vidljivo dobivena je statistički značajna razlika ($p < 0,05$) u zadovoljstvu interakcijom s nadređenima ovisno o duljini radnog staža. Medicinske sestre/tehničari s duljim radnim stažom su nezadovoljniji međusobnom interakcijom s nadređenima od kolega s kraćim

stažom, čime je hipoteza potvrđena. U otvorenom pitanju čime su najmanje zadovoljni u međusobnom interakciji s nadređenim najviše izdvajaju probleme vezane uz komunikaciju. Svi odgovori po kategorijama se nalaze u Tablici 7.2.1.3.

<i>Problemi u međusobnoj interakciji s nadređenim</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
1. Komunikacija	23	41,07
2. Organizacija	20	35,71
3. Raspored	13	23,21

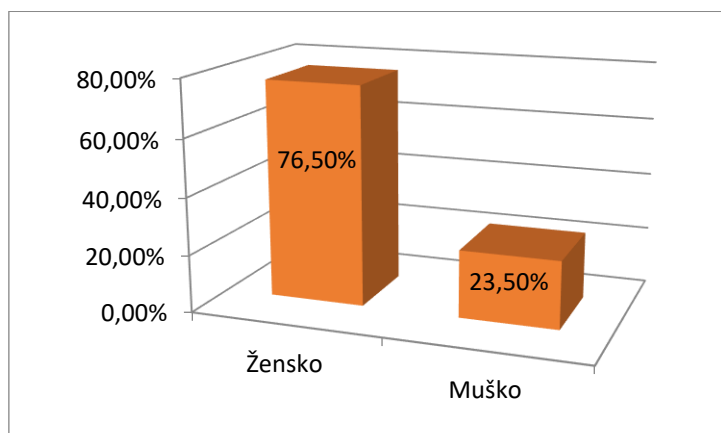
Tablica 7.2.1.3. Prikaz frekvencija (f) i postotaka (%) komentara o uvjetima na radu i mogućnostima zaštite na radu po kategorijama

Izvor: autor, D.K.

7.2.2. Deskriptivni podatci anketnog upitnika za opću populaciju

Od ukupno 196 sudionika istraživanja iz opće populacije njih 30 se nije htjelo izjasniti o svojoj dobi. Najmlađi sudionik je imao 15 godina, dok je najstariji imao 63 godine. Prosječna dob sudionika (od onih koji su se izjasnili) je bila 32,34 godine +/-11,43 godine.

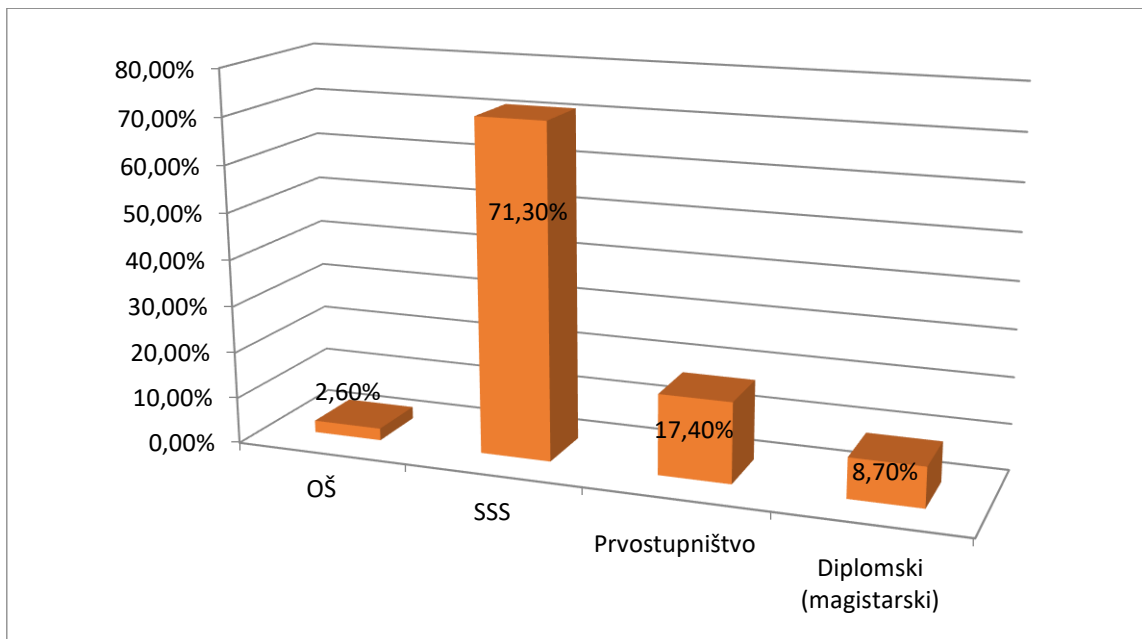
Graf 7.4.2.1. prikazuje podjelu po spolu, veći dio sudionika istraživanja, njih 150 (76,5%) je ženskog spola, dok je 46 (23,5%) muškog spola.



Graf 7.2.2.1 . Podjela po spolu – opća populacija (N=196)

Izvor: autor, D.K.

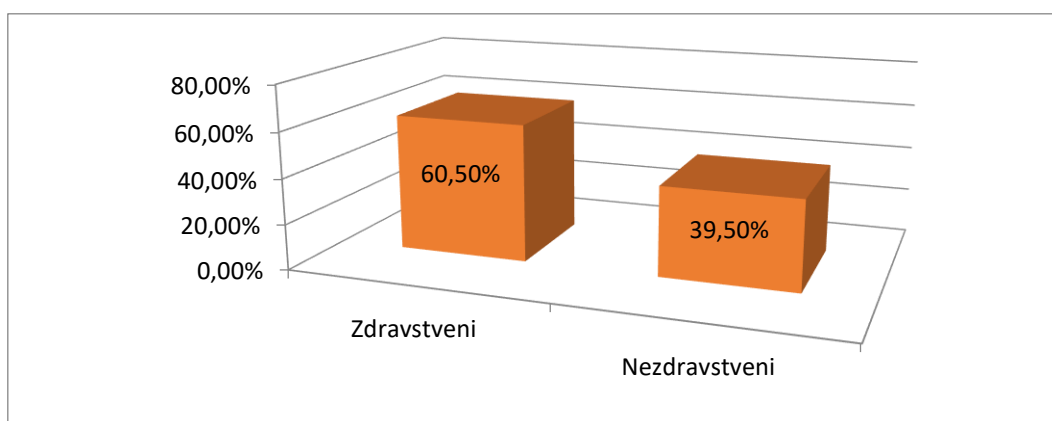
Najveći broj sudionika je završio srednju školu, 139 (71,3%), a najmanji broj je završio osnovnu školu, 5 (2,6%) dok se jedan sudionik nije htio izjasniti što je i prikazano u Grafu 7.2.2.2.



Graf 7.2.2.2. Prikaz sudionika istraživanja po završenom obrazovanju– opća populacija (N=195)

Izvor: autor, D.K.

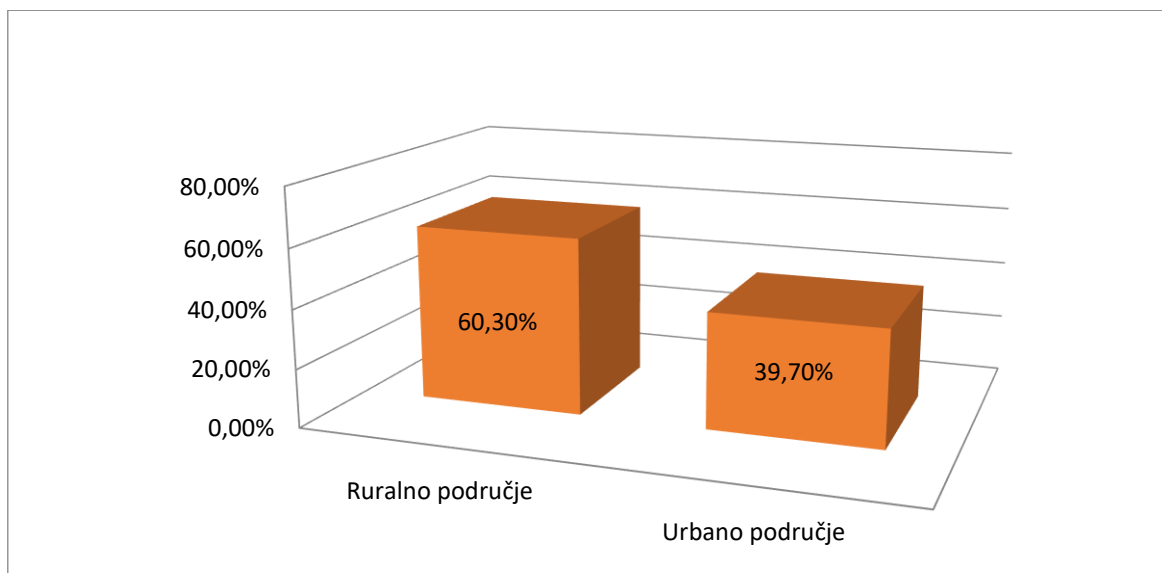
Više od polovice sudionika, 118 (60,5%) je završilo neki zdravstveni smjer, dok njih 77 (39,5%) je završilo neki nezdravstveni smjer obrazovanja. Jedan ispitanik se nije htio izjasniti, a rezultati su prikazani Grafom 7.2.2.3.



Graf 7.2.2.3. Prikaz sudionika po smjeru obrazovanja– opća populacija (N=195)

Izvor: autor, D.K.

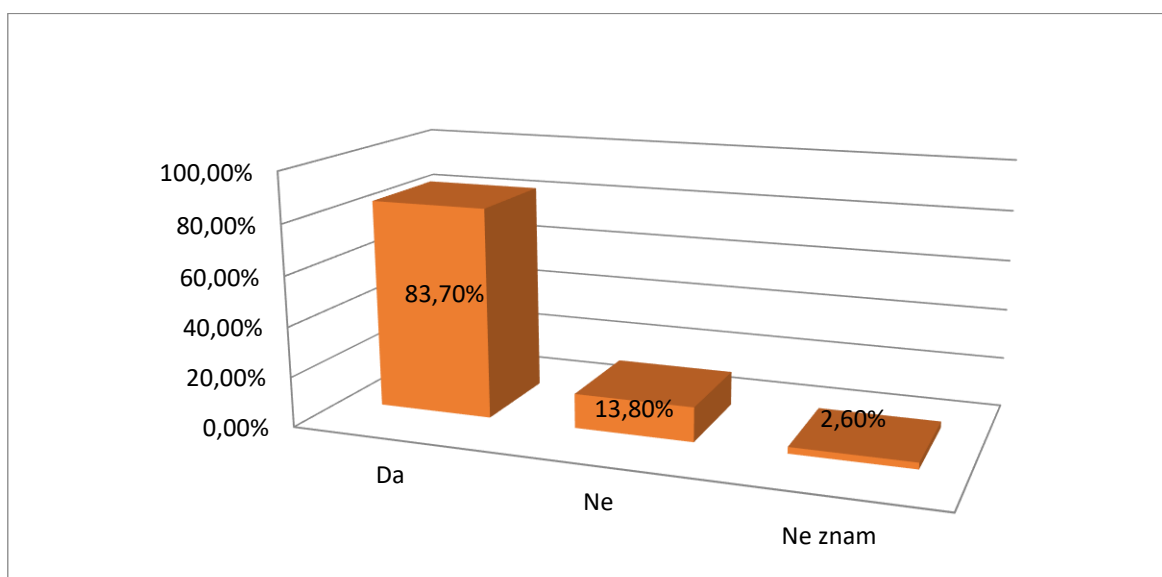
Većina sudionika, njih 117 (60,3%) dolazi iz ruralnog područja, dok 77 (39,7%) dolazi iz urbanog područja. Dva sudionika se nisu htjela izjasniti.



Graf 7.2.2.4. Prikaz ispitanika istraživanja po mjestu stanovanja– opća populacija (N=194)

Izvor: autor, D.K.

Od 196 ispitanika njih 164 (83,7%) je imalo prilike biti uz teško oboljelu ili umiruću osobu dok njih 32 nije ili ne zna.



Graf 7.2.2.5. Prikaz postotaka odgovora na pitanje: „U nekom periodu svog života imala/o sam prilike biti uz teško oboljelu ili umiruću osobu?“ – opća populacija (N=196)

Izvor: autor, D.K.

Skala stavova o medicinskim sestrama/tehničarima koji rade na odjelima palijativne skrbi sastojala se od 9 pitanja na koje je sudionik mogao odgovoriti s da, ne i ne znam. Odgovori da su kodirani s 1, a odgovori ne i ne znam s 0. Što sudionik ima viši rezultat to ima pozitivnije stavove

o medicinskim sestrama/tehničarima koji rade na odjelima palijativne skrbi. Minimalni mogući rezultat je mogao biti 0 (najnegativniji stavovi), a maksimalan mogući je mogao biti 9 (najpozitivniji stavovi). Minimalan ostvareni rezultat je iznosio 2, a maksimalni 9, prosječnog rezultata 6,44 +/- 1,44. Pouzdanost u ovom istraživanju iznosi 0,44 što je nisko. Podatci su u Tablici 7.2.2.1.

	\bar{X}	SD	Min	Max	α
Skala stavova o MS/MT koji rade na odjelima palijativne skrbi	6,44	1,44	2	9	0,44

Tablica 7.2.2.1. Prikaz deskriptivnih podataka za skalu stavova o medicinskim sestrama/tehničarima koji rade na odjelima palijativne skrbi

Izvor: autor, D.K.

Svi rezultati odgovora iz ispitnog upitnika sa prikazom postotaka na pitanja iz upitnika o stavovima vezanim uz rad medicinskih sestara odnosno tehničara na palijativnim odjelima prikazani su Tablicom 7.2.2.2.

Stav	f DA	%	f NE	%	f Ne ZNAM	%
1. Medicinske sestre prije rada u skrbi za teško oboljele ili umiruće trebale bi proći testove emotivne inteligencije.	160	81,6	11	5,6	25	12,8
2. Ispravno je zaposliti medicinsku sestru netom nakon završenog srednjoškolskog obrazovanja kao prvo radno mjesto na odjelu sa umirućim pacijentima.	28	14,3	138	70,4	30	15,3
3. Medicinske sestre bi nakon pet godina rada sa teško oboljelim ili umirućim pacijentima trebale promijeniti odjel kao prevenciju sindroma sagorijevanja.	159	81,1	13	6,6	24	12,2
4. Medicinskoj sestri s određenim zdravstvenim poteškoćama zapošljavanje na odjelu sa teško	18	9,2	151	77,0	27	13,8

oboljelim i umirućim pacijentima je olakotna okolnost odnosno lakše radno mjesto.						
5. Medicinske sestre koji rade sa teško oboljelim ili umirućim pacijentima trebaju imati izraženiju empatiju od kolegica na drugim odjelima.	123	62,8	57	29,1	15	7,7
6. Medicinske sestre koji rade sa teško oboljelim ili umirućim pacijentima trebaju imati beneficirani radni staž.	133	67,9	28	14,3	35	17,9
7. Medicinske sestre koji rade sa teško oboljelim i umirućim pacijentima trebaju imati veći broj dana godišnjeg odmora s obzirom na uvjete rada.	164	83,7	19	9,7	13	6,6
8. Medicinske sestre koji rade s teško oboljelim i umirućim pacijentima treba dodatno motivirati posebnim dodatkom na plaću.	172	87,8	14	7,1	10	5,1
9. U radu s teško oboljelim i umirućim pacijentima potrebno je stalno dodatno usavršavanje i učenje.	181	92,3	10	5,1	5	2,6

Tablica 7.2.2.2. Frekvencije i postotci odgovora na skali stavova o MS/MT koji rade na odjelima palijativne skrbi

Izvor: autor, D.K.

Treća hipoteza je glasila da sudionici iz opće populacije koje dolaze iz urbanih područja imaju pozitivnije stavove o medicinskim sestrama/tehničarima od sudionika iz ruralnih područja. Hipoteza je provjerena t-testom za nezavisne uzorke, a rezultati su prikazani Tablicom 7.2.2.3.

	Mjesto stanovanja	\bar{X}	SD	t	df	p
Stavovi	Selo	6,27	1,51	-2,01	192	0,04*
	Grad	6,69	1,32			

* Napomena $p < 0,05$

Tablica 7.2.2.3. Prikaz razlika u stavovima ovisno o mjestu stanovanja

Izvor: autor, D.K.

Dobivena je statistički značajna razlika ($p < 0,05$) u stavovima o MS/MT ovisno o tome je li sudionik iz urbanog (grad) ili ruralnog (selo) područja. Pozitivnije stavove imaju sudionici koji dolaze iz urbanih područja. Time je potvrđena i treća hipoteza.

Četvrta hipoteza je glasila da sudionici iz opće populacije koji dolaze iz zdravstvenih struka imaju pozitivnije stavove o medicinskim sestrama/tehničarima od onih koji dolaze iz nezdravstvenih struka. Hipoteza je također provjerena t-testom za nezavisne uzorke, a rezultati su vidljivi u Tablici 7.4.2.4.

	Smjer	\bar{X}	SD	t	df	p
Stavovi	Zdravstveni	6,64	1,31	2,49	193	0,01**
	Nezdravstveni	6,12	1,59			

* Napomena $p < 0,01$

Tablica 7.2.2.4. Prikaz razlika u ovisno o tome kojeg su smjera u obrazovanju

Izvor: autor, D.K.

Dobivena je statistički značajna razlika ($p < 0,01$) u smjeru da oni sudionici koji dolaze iz nekog zdravstvenog usmjerenja imaju pozitivnije stavove od onih koji dolaze iz nekog nezdravstvenog usmjerenja čime je i ta hipoteza potvrđena.

Posljednja hipoteza je glasila da oni sudionici iz opće populacije koji su u životu bili uz umiruću osobu imaju pozitivnije stavove od onih koji nisu. Hipoteza je također provjerena t-testom za nezavisne uzorke, a rezultati su prikazani tablicom 7.2.2.5.

	Iskustvo s teško oboljelim ili umirućom osobom	\bar{X}	SD	t	df	p
Stavovi	Da	6,50	1,44	1,35	194	0,18
	Ne/ne znam	6,13	1,41			

Tablica 7.2.2.5. Prikaz razlika u stavovima ovisno o iskustvu s umirućom osobom

Izvor: autor, D.K.

Nije dobivena statistički značajna razlika u stavovima o medicinskim sestrama/tehničarima koji rade u sustavu palijativne skrbi ovisno o tome je li osoba imala u životu iskustvo s umirućom osobom ($p > 0,05$). Time posljednja hipoteza nije potvrđena i odbacuje se.

7.3. Rasprava

Istraživanja i metodologija postupaka u provođenju palijativne zdravstvene njege dio je sveobuhvatne zdravstvene skrbi za bolesnike u kojoj uvriježene kurativne metode liječenja ne omogućavaju povećanje stupnja kvalitete života. Pri provođenju metoda zdravstvene njege iz područja palijativne skrbi, potrebno je određivati stupanj kvalitete života bolesnika te posljedično i kvalitetu života članova obitelji te je tako provedeno istraživanje o osviještenosti i stupnju informiranosti članova obitelji o palijativnoj zdravstvenoj skrbi u Bolnici Novi Marof. Zastupljenost članova obitelji ženskog spola značajno je veći (61,9%) u odnosu na članove muškog spola (38,1%). Najveći dio informacija članovi obitelji dobivaju od zdravstvenih djelatnika i to liječnika (35,9%) od medicinskih sestara/tehničara (20,5%), a iz medija 30,8%. Većina članova obitelji (81%) smatra da zadovoljavajuće komunicira s bolesnikom dok istovremeno manji broj bolesnika (35%) tu komunikaciju smatra zadovoljavajućom. U trenutku postavljanja indikacije te upućivanje člana obitelji na nastavak liječenja u bolnicu Novi Marof 57,1% ispitanika nije osjećalo nelagodu, dok je 14,3% osjećalo nelagodu. Vrlo visoki rezultat od 100% ispitanika osjeća da su članovi njihovih obitelji sigurni u sebe i da se osjećaju sigurnim za svoje bližnje u tijeku liječenja u Službi za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof. Rezultati istraživanja verificiraju nezadovoljavajući stupanj informiranosti i osviještenosti članova obitelji o palijativnoj zdravstvenoj skrbi. Izvor informacija za članove obitelji su medicinski djelatnici, a istraživanje također pokazuje i visok stupanj povjerenja članova obitelji u zdravstvene djelatnike i postupke zbrinjavanja bolesnika kod kojih se provodi palijativna skrb [39].

Istraživanje autorice Neuberg koje je provedeno nad 167 zaposlenika obaju spolova koje je trajalo u vremenskom periodu od 10. siječnja do 10. veljače 2018. godine u OB Varaždin- Službi za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof polustandardiziranim upitnikom pokazalo je osim sociodemografskih podataka, podataka o radnom mjestu i odgovore na pitanja o spolnoj diskriminaciji, diskriminaciji prema dobi, obrazovanju te su također dobiveni rezultati o općem stresu i stresu na radnom mjestu kao i odgovori na pitanja o ravnoteži između privatnog i poslovnog života, a posljednji dio upitnika sadržavao je pitanja o palijativnoj skrbi. Najvažniji rezultati tog istraživanja koje je provedeno anonimno i dobrovoljno pokazali su rezultate da mlađi od 30 godina znatno češće percipiraju diskriminaciju na temelju dobi kao vodeći problem da ženski spol znatno češće doživljava nejednak pristup u ustanovi u odnosu na muški spol da liječnici znatno češće percipiraju manju mogućnost napredovanja od ostalih zanimanja kao i da medicinske sestre/tehničari učestalije doživljavaju prekomjerni stres s obzirom na javnu kritiku i sudske tužbe te sukobe i komunikaciju na poslu te da ženski spol stresnije doživljava sudske tužbe i javnu kritiku od muškog spola te stresnije doživljava opasnosti na poslu, a profesionalni i intelektualni zahtjevi najizraženiji su u skupini zaposlenika u dobi između 41. i 50. godine [40].

U završnom radu autorice Ruk o stavovima i znanju medicinskih sestara Opće bolnice Bjelovar o palijativnoj skrbi ispitivani su stavovi i znanje pojmova koji su povezani sa palijativnom skrbi poput kontrole boli, korištenju opioida itd. , a sudjelovalo je 37 ispitanika [41]. Njih čak 43,24% ispitanih uopće se ne slaže sa stavom da je palijativna skrb potrebna samo terminalno bolesnim pacijentima, dok se svega 8,11% u potpunosti slaže da je palijativna skrb potrebna samo terminalno bolesnim pacijentima dok je primjerice u istom istraživanju iz Palestine 29% medicinskih sestara koje se uopće ne slažu s tom tvrdnjom [42] .

U prilog tome ide i današnja situacija koja govori koji je broj procijenjenih pacijenata u Hrvatskoj koji zahtijevaju palijativnu skrb. Velik broj je medicinskih sestara koje ne frustrira količina potrebnog vremena za njegu umirućeg pacijenta čak 48,65% [43]. Uglavnom prevladava stav medicinskih sestara (45,95%) kako bi obitelj trebala zadržati što prirodniju okolinu za umirućeg člana obitelji dok primjerice na američkom sveučilištu u Palestini 26,00% se ne slaže s tom činjenicom [41,43].Više od polovice 28 ispitanih 51,35% medicinskih sestara ne boji se postati prijatelj s kronično oboljelim i umirućim pacijentom dok se primjerice na identično pitanje u Palestini 37,5% slaže sa tom tvrdnjom da se boji postati prijatelj s takvom osobom [41,43] .

U istraživanju iz Australije i Engleske provedenom 2013. godine kritički je analizirano petnaest kvantitativnih studija objavljenih u razdoblju između 1990. i 2012. godine. Istraživani su upitnici iz navedenog razdoblja o stavovima medicinskih sestara prema smrti. Ključne teme su bile razina smrtne tjeskobe medicinskih sestara, smrtna, anksioznost i stavovi prema brizi za

umiruće, te edukacija o smrti kao neizbježna za takav emocionalni rad. Medicinske sestre konstantno su suočene s umirućim pacijentima te koliko njihovi osobni stavovi o smrti u umiranju utječu na kvalitetu pružanja skrbi umirućim pacijentima . Uočeno je kako su osobni stavovi i uvjerenja u višu silu utjecale na odnos i brigu za umirućeg pacijenta. Medicinske sestre u SAD-u i Izraelu pokazuju nisku razinu tjeskobe te strah od smrti i odnosa prema brizi za umiruće . Medicinske sestre s visokim ocjenama u brizi za umirućim bolesnicima iz Izraelu su uglavnom bile židovske vjere, a religioznost možda utječe na njihov pristup brizi za umiruće te one vjeruju u viši poredak bića i u Iranu, također većina medicinskih sestara pozitivno gleda na brigu za umiruće. U ovom anketnom upitniku nije bilo postavljeno pitanje o religioznosti medicinskih sestara niti se ne zna broj medicinskih sestara koje vjeruju u neku višu silu (Bog), no istraživanje je pokazalo kako njih 51,35% se ne boji postati prijatelj s takvim pacijentom, njih 35,14% uglavnom se ne slaže s činjenicom kako bi se osjećale neugodno kad bi ušle u sobu umirućeg pacijenta, što pokazuju i rezultati kategorije komunikacijskih vještina, kao najbolje riješenu kategoriju ovog istraživanja [44].

Ispitane medicinske sestre Opće bolnice Bjelovar pokazuju dobre komunikacijske vještine u brizi za umirućeg pacijenta, što pokazuje kako se medicinske sestre vrlo dobro suočavaju s teškim temama i emocionalnim pitanjima vezanim za umiranje, no adekvatna edukacija iz područja palijativne skrbi poboljšala bi emocionalno nošenje medicinskih sestara takvim situacijama [41].

Očito je da medicinske sestre unose mnogo emocija u rad što je izrazito bitno, no u prilog tome idu i brojke provedenog istraživanja na temu sindroma sagorijevanja koje pokazuje kako 88,2% ispitanih medicinskih je imalo jedan od simptoma iscrpljenosti te skoro četvrtina zadovoljava kriterije za verificiranje dijagnoze sindrom sagorijevanja [44].

Medicinske ulažu mnogo emocija u rad, no pitanje je koliko to osobno utječe na njihov život, a dugoročno i na kvalitetu i zadovoljstvo poslom. Riješenje tome svakako nije samo edukacija nošenja sa stresom na poslu već i smanjenje preopterećenja odjela i povećanje broja zaposlenih medicinskih sestara. Zanimljiv je rezultat kako duljina radnog staža nije utjecala na točnost rješavanja upitnika što pokazuje kako sve mlađe generacije medicinskih sestara imaju potrebno znanje bez obzira na duljinu radnog staža. U prilog tome ide i sve veći broj medicinskih sestara koje se odlučuju na viši stupanj obrazovanja što je vrlo pozitivno zato što u Hrvatskoj postoji dovoljan broj kvalitetnih studija sestrinstva, a i velik je broj studenata koji se godišnje prijave na studij sestrinstva. [41].

8. Zaključak

Palijativna zdravstvena skrb ne može izliječiti osobu već je orijentirana na pružanje skrbi, ublažavanje patnje i bola čuvajući pri tome dostojanstvo osobe u cjelovitoj jedinstvenosti ljudskog bića. Pristup palijativnom pacijentu mora biti holistički iz čega proizlazi potreba za multidisciplinarnim timom u pružanju adekvatne palijativne skrbi. Kroz godine razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj primijećen je izraziti napredak, ali još uvijek se ona ne razvija jednakomjerno u svim dijelovima Republike Hrvatske premda sva dosadašnja ulaganja u edukacije i istraživanja nailaze na sve veću osviještenost i prihvaćanje te tako dovode do poboljšanja kako komunikacije, tako i opće prihvaćenosti pojmova palijativne skrbi.

Istraživanja u OB Varaždin - Služba za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof pokazuju pozitivne trendove kretanja i praćenja pružanja kvalitetne palijativne skrbi pacijenata što ide u prilog visokoj educiranosti medicinskog osoblja, ali i podizanju svijesti javnosti i destigmatizaciji kako palijativne skrbi tako i same ustanove. Nastavkom ulaganja u infrastrukturne investicije kao i edukacije zdravstvenih djelatnika postiže se i veće zadovoljstvo rada na radnim mjestima, a samim time i veće zadovoljstvo medicinskih djelatnika, ali i korisnika i primatelja palijativne zdravstvene skrbi i njihovih obitelji.

Iz provedenih istraživanja možemo zaključiti da su medicinske sestre/tehničari većinom zadovoljne/i svojim radom na radnom mjestu, međusobnoj interakciji s nadređenima te se unutar svog tima većinom osjećaju korisno i prihvaćeno te svoje zanimanje, radno okruženje i ustanovu u kojoj rade prezentiraju s ponosom. Ono čime nisu toliko zadovoljni su međuljudskim odnosima u svojoj radnoj okolini i radnom mjestu (podijeljenog su mišljenja) i većina njih nije zadovoljna uvjetima na radu i mogućnostima zaštite na radu. Većina njih također smatra da im je potrebna dodatna edukacija za poslove koje obavljaju na radnom mjestu te preko polovice sudionika ponekad razmišlja o bolovanju kao bijegu s posla. Unatoč svemu, svi članovi multidisciplinarnog tima palijativne skrbi u Službi za produženo liječenje i palijativnu skrb u Novom Marofu čine sve kako bi pomogli teško oboljelim bolesnicima, ali i članovima njihovih obitelji. Time dokazuju kako to više nije entuzijazam pojedinca ili grupe, već jasno organizirana, formalna i prepoznatljiva briga za specifičnu populaciju ljudi s jasnom vizijom budućnosti razvoja i uključivanja u zdravstvenu politiku Republike Hrvatske.

Na temelju rezultata ovog završnog rada može se zaključiti kako je rad medicinskih sestara i tehničara na odjelima sa teško oboljelim pacijentima visoko vrednovan od strane društva, sama edukacija i znanja koja oni imaju konstantno se unapređuju, a svijest o mogućem poboljšanju pružanja palijativnih zdravstvenih usluga vezana je uz uvjete rada i ulaganja u edukacije, a kada

je nemoguće imati dobru praksu radi organizacije, financija ili zakonskih nedostataka, zdravstveni profesionalci imaju odgovornost da kao pojedinci i kao članovi veće grupe traže promjenu sistema. Utjecanje na politiku i zakonodavstvo na svim stupnjevima treba omogućivati usavršavanje u pružanju palijativne zdravstvene njege. Napori zajednice da se problemi, poput adekvatnog liječenja boli i usluge njege, javno iskažu i stave u političke planove, mogu dovesti do poboljšanja preko promjena u socijalnim i kulturnim pogledima na smrt i umiranje, a podizanje svijesti javnosti uz pomoć medija uklonit će diskriminaciju.

9. Literatura

- [1] <http://www.zzjz-bjelovar.com.hr/index.php?id=7&sub=35> dostupno 20.08.2018.
- [2] U. Lendar: Paliativna oskrba v bolnišnici – organizacijske značilnosti, strokovne usmeritve Urška Lunder, dr. med. -Zbornik:Izabrane teme paliativne opskrbe in praktične delavnice.Ljubljana, Bolnišnica Golnik – KOPA, 2011. str 6
- [3] JS Temel , JA Greer , JA Mazikansky ,ER Gallagher ,S Admane ,VA Jackson, et al.Early-Palliative care for Patients with Metastatic Non -Smaile-Cell Lung Cancer N Eng J Med 2010
- [4] V Đorđević ,M Braš ,L Brajković : Palijativna skrb: Mostovi nade i čovječnosti, Medicinska naklada, Zagreb 2011.
- [5] M Brkljačić : Bioetički, zakonodavni i organizacijski preduvjeti primjene suvremenih trendova u hospicijskom pokretu u zdravstvenom sustavu Republike Hrvatske, Doktorska disertacija, Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, 2009.
- [6] M. Brkljačić: Bioetika i bioetički aspekti palijativne medicine, Medicina, br. 44. 2008, str. 146-51.
- [7]<http://klinika.pravo.unizg.hr/content/palijativna-skrb-u-republici-hrvatskoj>, dostupno 23.08.2018.
- [8] <https://hrcak.srce.hr/112245> dostupno 23.08.2018.
- [9] <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.07.011> dostupno 20.08.2018.
- [10] J. Lynn, , J. L. Schuster, A. Kabcenell: Improving care for the end of life: a sourcebook for health care managers and clinicians, Oxford University Press procesa, Oxford, 2000.
- [11]. P. Mattessich., B. Monsey, Community building: what makes it work: a review of factors influencing successful community building. St. Paul, MN: Amherst H. Wilder Foundation, 1997.
- [12] S. R. Connor: Hospice: practice, pitfalls and promise, Taylor & Francis, Washington DC, 1998.
- [13] <http://www.nacional.hr/u-2016-godini-novi-sustav-palijativne-skrbi/> dostupno 20.08.2018.

[14] <https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2018%20Programi%20i%20projekti/NP%20RAZV OJA%20PALIJATIVNE%20SKRBI%20RH%202017-2020-%20usvojen%2018.10.2017..pdf> dostupno 20.08.2018.

[15] <http://www.hlz.hr/strucna-drustva/palijativna-skrb-u-hrvatskoj-danas-i-sto-jos-moram-uciniti/a>. Dostupno 20.08.2018

[16] M Braš ,V Đorđević -Suvremene spoznaje iz palijativne medicine, Roketa, Zagreb 2012

[17]. <https://zdravstvo.gov.hr> dostupno 21.08.2018.

[18] <http://hrcak.srce.hr/48835> 21.08.2018.

[19].Đorđević V, Braš M, Brajković L-Osnove palijativne medicine, Medicinska naklada, Zagreb 2013

[20] C. Alter, J. Hage: Organizations working together, Sage Publications, Newbury Park CA, 1993.

[21] M. Mczey, L.L. Miller, L. Linton-Nelson: Caring for caregivers of frail elders at the end of life, Generations, br. 23, 1999, str. 44-51.

[22] A McDonnell, Quality hospice care: administration, organization, and models, National Health Pub 1986

[23] R. Specht, G. Craig: Human development: a social work approach, Prentice Hall, Englewood Cliffs NJ, 1982.

[24] <http://www.rsp.hr/ojs2/index.php/rsp/article/view/152> dostupno 21.08.2018.

[25] D. Dush: (Psychological research in hospice care: toward a specificity of therapeutic mechanisms, Hospice Journal, br. 4, 1988, str. 9-36.

[26] T.R., McCormick, B.J. Conley: Patients' perspectives on dying and on the care of dying patients, Western Journal of Medicine, br. 163, 1995, str. 236-243.

[27] M. Amenta: (1988.) Nurses as primary spiritual care workers, Hospice Journal, br. 4, 1998, str. 47-55.

- [28] M.W. Hay: Principles in building spiritual assessment tools, American Journal of Hospice Care, br. 6, 1989, str. 25-31.
- [29] P. Irion: Hospice and ministry, Tenn. Abingdon Press, Nashville, 1988.
- [30] L. Lister: (1980.) Role expectations of social workers and other health professionals, Health & Social Work, br. 5, 1980, str. 41-49.
- [31] https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=203454 dostupno 03.09.2018.
- [32]. <https://www.jgl.hr/kutak-za-strucnjake/uloga-ljekarnika-u-palijativnoj-skrbi-onkoloskih-bolesnik>. dostupno 03.09.2018.
- [33]. <http://neurologiacroatica.com/hr/pdf/03-04-3.pdf> dostupno 03.09.2018.
- [34]. T.J. Meyer, Mark MM. Effects of psychosocial interventions with advanced cancer patients; a meta-analysis of randomised experiments. Health Psychol 1995; 14: 101-8.
- [35]. <http://www.obv.hr/a473> dostupno 03.09.2018.
- [36]. Jurkin-Vnućec, T -Dodatak prijedlogu strategije razvoja palijativne skrbi Varaždinske županije, OB Varaždin 2018.
- [37].<http://www.udrugasrce.hr/wp-content/uploads/2017/08/Statut-Udruge-za-palijativnu-pomoc-Srce-Nov-Marof.pdf>. dostupno 03.09.2018.
- [38] http://www.kzz.hr/sadrzaj/kategorije/palijativna-skrb/Palijativna_skrb_strateski_plan.pdf dostupno 03.09.2018.
- [39]. Božić J, Hereković D, Kopjar A, Lovrović M- OB Varaždin-Služba za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof, Osviještenost i stupnjevi informiranosti članova obitelji o palijativnoj zdravstvenoj skrbi, Sestrinski glasnik, 2016.
- [40].Neuberg, M – Pобољшanje isplativosti i pristupa bolničke skrbi za ranjive skupine, OB Varaždin 2018, Služba za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof.
- [41]. J. Ruk: Znanja i stavovi medicinskih sestara Opće bolnice Bjelovar o palijativnoj skrbi, Završni rad, Sveučilište Sjever, Varaždin, 2017.

[42] A, Ayed, S, Sayej, L, Harazneh, I, Fashafsheh, F, Eqtait: The Nurses` knowledge and Attitudes towards the Palliative Care. br. 6, 2015, str.

[43] L, Peters, R, Cant, S, Payne, M, O'Connor, F, McDermott, K, Hood, J, Morphet, K, Shimoinaba: How Death Anxiety Impacts Nurses' Caring for Patients at the End of Life: A Review of Literature, ČASOPIS, br. 7, 2013, STR.

[44]. V. Novak: Sindrom izgaranja medicinskih djelatnika u radu s umirućim pacijentima, časopis, br. 19, 2014. str. 189-95.

Popis grafova

Graf 7.2.1.1.. Podjela ispitanika po spolu (N=86)[Izvor: D. K.]	31
Graf 7.2.1.2. Podjela po završenom obrazovanju [Izvor: D. K.].....	31
Graf 7.2.1.3. Podjela po bračnom stanju – MS/MT (N=86) [Izvor: D. K.].....	32
Graf 7.2.1 4. Podjela po smjenskom radu – MS/MT (N= 86) [Izvor: D. K.].....	32
Graf 7.2.1.5. . Zadovoljstvo aspektima radnog mjesta – MS/MT (N=86) [Izvor: D. K.].....	33
Graf 7.2.2.1 . Podjela po spolu – opća populacija (N=196) [Izvor: D. K.].....	35
Graf 7.2.2.2. Prikaz sudionika istraživanja po završenom obrazovanju– opća populacija (N=195) [Izvor: D. K.].....	36
Graf 7.2.2.3. Prikaz sudionika po smjeru obrazovanja– opća populacija (N=195) [Izvor: D. K.]..	36
Graf 7.2.2.4. Prikaz ispitanika istraživanja po mjestu stanovanja– opća populacija (N=194) [Izvor: D. K.].....	37
Graf 7.2.2.5. Prikaz postotaka odgovora na pitanje: „U nekom periodu svog života imala/o sam prilike biti uz teško oboljelu ili umiruću osobu.“ – opća populacija (N=196) [Izvor: D. K.].....	37

Popis tablica

Tablica 7.2.1.1. Prikaz Frekvencije (f) i postotci (%) komentara o uvjetima na radu i mogućnostima zaštite na radu po kategorijama [Izvor: D. K.].....	34
Tablica 7.2.1.2. Prikaz razlika u zadovoljstvu međusobnom interakcijom s nadređenima ovisno o duljini radnog staža [Izvor: D. K.].....	34
Tablica 7.2.1.3. Prikaz frekvencija (f) i postotaka (%) komentara o uvjetima na radu i mogućnostima zaštite na radu po kategorijama [Izvor: D. K.].....	35
Tablica 7.2.2.1. Prikaz deskriptivnih podataka za skalu stavova o medicinskih sestrama/tehničarima koji rade na odjelima palijativne skrbi [Izvor: D. K.].....	38
Tablica 7.2.2.2. Frekvencije i postotci odgovora na skali stavova o MS/MT koji rade na odjelima palijativne skrbi [Izvor: D. K.].....	38
Tablica 7.2.2.3. Prikaz razlika u stavovima ovisno o mjestu stanovanja [Izvor: D. K.].....	40
Tablica 7.2.2.4. Prikaz razlika u ovisno o tome kojeg su smjera u obrazovanju [Izvor: D. K.]....	40
Tablica 7.2.2.5. Prikaz razlika u stavovima ovisno o iskustvu s umirućom osobom [Izvor: D. K.]..	41

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
PRISTUPNIK	Dijana Kropek	MATIČNI BROJ	0623/336
DATUM	10.07.2018.	KOLEGIJ	Palijativna zdravstvena njega
NASLOV RADA	Analiza specifičnosti palijativne zdravstvene njege u Službi za produženo liječenje palijativnu skrb Novi Marof		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Analysis of the Specificity of Palliative Care in Hospital for Continued Treatment and Palliative Care of Novi Marof		
MENTOR	dr.sc. Marijana Neuberg	ZVANJE	viši predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. doc.dr.sc. Marin Šubarić, predsjednik 2. dr.sc. Marijana Neuberg, mentor 3. doc.dr.sc. Josip Pavan, član 4. Irena Canjuga, mag.med.techn. zamjenski član 5.		

Zadatak završnog rada

BROJ	1009/SS/2018
OPIS	<p>Palijativna medicina je aktivna, totalna skrb za bolesnika čija bolest ne odgovara na kurativno liječenje. Palijativna zdravstvena skrb ne može izliječiti osobu već je orijentirana na pružanje skrbi, ublažavanje patnji i bola čuvajući pri tome dostojanstvo osobe u cjelovitoj jedinstvenosti ljudskog bića. U većini svjetskih zemalja palijativna zdravstvena skrb prepoznata je i implementirana u zdravstveni sustav dok kod nas u Republici Hrvatskoj još uvijek koračamo početničkim, ali smjelim i odvažnim koracima. Unatoč svemu tome svi članovi multidisciplinarnog tima zdr. palijativne skrbi u Bolnici za produženo liječenje i palijativnu skrb u Novom Marofu čine sve kako bi pomogli teško oboljelim bolesnicima, ali i članovima njihovih obitelji dokazujući kako to više nije entuzijazam samo pojedinca ili grupe već jasno organizirana, formalna i prepoznatljiva briga za specifičnu populaciju ljudi s jasnom vizijom budućnosti razvoja i uključivanja u zdravstvenu politiku Republike Hrvatske.</p> <p>U radu je potrebno:</p> <ul style="list-style-type: none">- opisati povijesni razvoj palijativne skrbi u R Hrvatskoj s naglaskom na Bolnicu Novi Marof- opisati organizaciju palijativne skrbi u Varaždinskoj županiji- opisati važnost multidisciplinarnog pristupa u palijativnoj zdr. skrbi- opisati ulogu i važnost med. sestara/techn. te njen pristup palijativnom bolesniku i njegovoj obitelji kao člana multidisciplinarnog tima- provesti i analizirati istraživanje zadovoljstvom rada med. sestara/techn. u bolnici Novi Marof- provesti i analizirati istraživanje ispitivanja javnog mijenja o poznavanju i vrednovanju rada med. djelatnika u palijativnoj skrbi- usporediti i zaključiti rezultate istraživanja

ZADATAK URUČEN

05.09.2018

POTPIS MENTORA



[Handwritten signature]



IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, DIJANA KROPEK (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom ANALIZA SPECIFIČNOSTI PALJATIUNE U SLUŽBI ZA PRODUŽENO LIJEČENJE I PALJATIUNU SERB. (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

DIJANA KROPEK

Student/ica:

(upisati ime i prezime)

Kropek Dijana

(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, DIJANA KROPEK (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom _____ (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

ANALIZA SPECIFIČNOSTI PALJATIUNE ZDRAVSTVENE UŠEGE U SLUŽBI ZA PRODUŽENO LIJEČENJE I PALJATIUNU SERB.

Student/ica:

(upisati ime i prezime)

Kropek Dijana

(vlastoručni potpis)