

Znanje medicinskih sestara/tehničara o palijativnoj skrbi na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite

Marinić, Ružica

Master's thesis / Diplomski rad

2020

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:150667>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-05**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)



zir.nsk.hr



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN



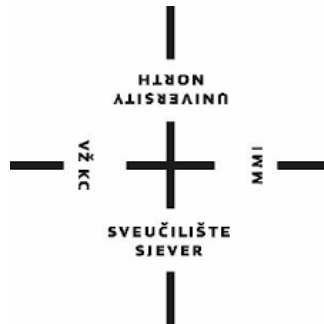
DIPLOMSKI RAD br. 039/SSD/2020

**Znanje medicinskih sestara/tehničara o
palijativnoj skrbi na primarnoj,
sekundarnoj i tercijarnoj razini
zdravstvene zaštite**

Ružica Marinić

Varaždin, rujan 2020.

Sveučilište Sjever
Sveučilišni centar Varaždin
Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo –
menadžment u sestrinstvu



DIPLOMSKI RAD br. 039/SSD/2020

**Znanje medicinskih sestara/tehničara o
palijativnoj skrbi na primarnoj,
sekundarnoj i tercijarnoj razini
zdravstvene zaštite**

Student:

Ružica Marinić, 0869/336

Mentor:

Doc.dr.sc. Hrvoje Hećimović

Varaždin, rujan 2020.

Prijava diplomskog rada

Definiranje teme diplomskog rada i povjerenstva

ODJEL		Odjel za sestrinstvo					
STUDIJSKI				diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo – menadžment u sestrinstvu			
PRISTUPNIK		Marinić Ružica		MATIČNI BROJ		0869/336D	
DATUM		03.07.2020.		KOLEGIJ		Pristup osobama s invaliditetom	
NASLOV RADA				Znanje medicinskih sestara/tehničara o palijativnoj skrbi na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite			
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU				Knowledge of nurses about palliative care at the primary, secondary and tertiary levels of Health care			
MENTOR		Doc.dr.sc. Hrvoje Hečimović		ZVANJE		docent	
ČLANOVI POVJERENSTVA				1. doc.dr.sc. Marijana Neuberg, predsjednik			
				2. doc.dr.sc. Hrvoje Hečimović, mentor			
				3. izv.prof.dr.sc. Karlo Houra, član			
				4. doc.dr.sc. Rosana Ribić, zamjenski član			
				5.			

Zadatak diplomskog rada

BROJ	039/SSD/2020
OPIS	<p>Palijativna skrb je aktivna, ukupna skrb za pacijenta čija bolest ne reagira na postupke liječenja. Pedijatrijska palijativna skrb ukupna je aktivna i potpuna skrb za bolesno dijete; njegovu somatsku, psihičku i umno - duhovnu dimenziju. Zdravstvena njega je dijagnosticiranje i tretiranje čovjekovih reakcija na aktualne i potencijalne zdravstvene probleme. Medicinska sestra u palijativnoj skrbi višestruki je aktivni sudionik koji neposredno provodi zdravstvenu njegu, koordinira i rukovodi s cjelokupnim procesom skrbi. Bol je najčešći simptom u bolesnika koji trebaju palijativnu skrb pa je olakšanje boli jedan od najvažnijih zadataka kvalitetne palijativne skrbi. Vrlo važan segment skrbi za palijativnog bolesnika je otpusno pismo zdravstvene njege.</p> <p>Cilj rada: ispitati znanje medicinskih sestara/tehničara o palijativnoj skrbi na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite, nakon toga utvrditi postoje li značajne razlike u znanju ispitanika s obzirom na dob, stručnu spremu i godine radnog staža. Svrha ovoga rada je poboljšati znanja i pobuditi jaču svijest o palijativnoj skrbi između zdravstvenih i ne zdravstvenih djelatnika.</p> <p>Koristio se upitnik PCQN (Roes et al. 1996) od 20 pitanja kojeg su izradile Margharet M. Ross i suradnice sa Sveučilišta Ottawa, Kanada.</p>



[Handwritten signature]

Predgovor

Zahvaljujem se svom mentoru prof. dr. sc. Hrvoju Hećimoviću na razumijevanju i podršci, jer mi je, što je za mene od iznimne važnosti, omogućio pisanje diplomskoga rada iz područja palijativne skrbi o kojoj se na području Republike Hrvatske još uvijek malo zna. Od samog početka mog obrazovanja na Sveučilištu Sjever, postao je moj uzor. To je utjecalo na moju odluku da pišem rad na temu palijativne skrbi i zamolim doc. dr. sc. Hećimovića za mentorstvo. Stoga mu zahvaljujem na svemu.

Zahvaljujem se glavnoj sestri Odjela za kvalitetu KBC-a Zagreb, Slađani Režić, sestri za planirani otpust KBC-a Zagreb, Ružici Valent, Mirjani Trdak na svim utješnim savjetima i strpljenju. Također, moje zahvale idu i koordinatorima mobilnih palijativnih timova na terenu, i glavnim sestrama Domova zdravlja Centar i Istok, glavnim sestrama klinika na KBC-u Zagreb na kojima je proveden anketni upitnik, te sestri za planirani otpust Županijske bolnice Čakovec Valeriji Korent. Prof. dr. sc. Braš veliko hvala na CEPAMET edukaciji.

Ovaj diplomski rad posvećujem sinu Lovri, koji mi je bio najveća utjeha nakon svih obaveza i teških dana. Zahvaljujem se svojoj najbližoj obitelji, i najboljim prijateljima koji su mi bili najveća podrška tijekom mog velikog putovanja – studiranja. Bez njih ne bih izdržala do samoga kraja. Hvala im što su mi omogućili školovanje, vjerujući u moj napredak, dijeleći sa mnom sreću i zadovoljstvo poslom koji obavljam i volim. Hvala im za sve.

"Sanjam o ljudima koji smrt ne gledaju kao strahotu i svoj poraz, već kao najveću točku i završetak ovozemaljskog života. Sanjam o ljudima koji teško bolesnima daju priliku da umru gdje su živjeli, kod kuće i u krugu obitelji da zaklope oči. Sanjam o ljudima koji posjeduju ljudskost."

(nepoznat autor)

Sažetak

U Isusovim prisposodobama i poukama pronalazimo korijene hospicijskog duha, već tada kreće briga za nemoćnog čovjeka. Sveobuhvatnu brigu za bolesne koji više ne reagiraju na postupke liječenja nazivamo palijativnom skrbi. Palijativna medicina ne odgađa niti ubrzava smrt, ona promiče život, a umiranje smatra normalnim procesom.

Glavni cilj ovog istraživanja koje je provedeno na području Republike Hrvatske na tri razine zdravstvene zaštite primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj prvenstveno je bio ispitati i prikazati znanje medicinskih sestara/tehničara o palijativnoj skrbi.

Korišten je PCQN anketni upitnik, distribuiran u papirnatom obliku s priloženim pristancima za sudjelovanje u istraživanju. Istraživanje je bilo anonimno. Upitnikom koji je bio namijenjen medicinskim sestrama/tehničarima ispitivalo se znanje o palijativnoj skrbi. Istraživanje je uključilo 150 sudionika, 136 žena (90,7%) i 14 muškaraca (9,3%). Dobivenim rezultatima ovog istraživanja provedenog na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite u kojem su sudjelovali medicinske sestre/tehničari nalazimo značajnu razliku u znanju, što je poražavajuće s obzirom na brojne edukacije o palijativnoj skrbi. Značajan nedostatak ovog istraživanja je nedovoljan broj sudionika muškog spola 14(9,3%) za usporedbu znanja po muškom/ženskom spolu, te nedostatan broj visokoobrazovanih medicinskih sestara za usporedbu znanja po stupnju obrazovanja.

Svrha ovoga rada je utvrditi znanja o palijativnoj skrbi, na temelju čijih rezultata bi se mogao organizirati veći broj edukacija te osvijestiti medicinske sestre / tehničare o važnosti palijativne skrbi i ostvariti bolju suradnju između zdravstvenih i ne zdravstvenih djelatnika koji sudjeluju u pružanju palijativne skrbi.

Ključne riječi: *palijativna skrb, palijativni bolesnik, bol u palijativnog bolesnika, palijativna skrb u djece, eutanazija, distanzacija, kvaliteta života, stavovi o palijativnoj skrbi*

Abstract

In Jesus' parables and teachings we find the roots of the hospice spirit, and even then the care for the helpless man begins. Comprehensive care for patients who no longer respond to treatment procedures is called palliative care. Palliative medicine does not delay or accelerate death, it promotes life, and dying is considered a normal process.

The main goal of this research, which was conducted in the Republic of Croatia at three levels of primary, secondary and tertiary health care, was primarily to examine and present the knowledge of nurses / technicians about palliative care.

A PCQN survey questionnaire was used, distributed in paper form with attached consents for participation in the research. The survey was anonymous. A questionnaire for nurses / technicians examined knowledge of palliative care. The study included 150 respondents, 136 women (90.7%) and 14 men (9.3%). The results of this research conducted at the primary, secondary and tertiary levels of health care, in which nurses / technicians participated, we find a significant difference in knowledge, which is devastating given the numerous educations on palliative care. A significant shortcoming of this research is the insufficient number of male respondents 14 (9.3%) to compare knowledge by male / female, and the insufficient number of highly educated nurses to compare knowledge by level of education.

The purpose of this paper is to determine knowledge about palliative care, based on the results of which more trainings could be organized and to make nurses / technicians aware of the importance of palliative care and to achieve better cooperation between health and non-health professionals involved in palliative care.

Key words: *palliative care, palliative patient, pain in palliative patient, palliative care in children, euthanasia, distancing, quality of life, attitudes about palliative care*

Popis korištenih kratica

AIDS	Virus humane imunodeficijencije
CEPAMET	Centar za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine
EPAC	Europsko društvo za palijativnu skrb
HKMS	Hrvatska komora medicinskih sestara
HLZ	Hrvatski liječnički zbor
HZZO	Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
HBK	Hrvatska biskupska konferencija
KBC	Klinički bolnički centar
MKB	Međunarodna klasifikacija bolesti
OHBP	objedinjeni hitni bolnički prijem
PCQN	is a continuous learning collaborative, committed to transforming health care by defining and promoting quality palliative care (Kontinuirana kolaborativna suradnja koja se zalaže za transformaciju zdravstvene zaštite definiranjem i promicanjem kvalitete palijativne skrbi)
RH	Republika Hrvatska
REC	Renewable energy corporation
SKZZ	specijalističko – konzilijarna zdravstvena zaštita
SSS	Medicinske sestre tehničari opće zdravstvene njege
SPICT	Supportive and Palliative care (Alat za indikatore palijativne i suportivne skrbi)
SAD	Sjedinjene Američke Države
Sc.	znanost
VAS	Visual analogue scale
VSS	Visoka stručna sprema
VŠS	Prvostupnici sestrinstva
WHO	World Health Organization

SADRŽAJ

1. Uvod.....	1
1.1. Povijesni razvoj palijativne skrbi u svijetu	2
1.2. Povijesni razvoj palijativne medicine u Republici Hrvatskoj	3
2. Etika u palijativnoj medicini.....	5
2.1. Palijativna skrb za djecu	7
2.2. Kompetencije medicinske sestre u palijativnoj skrbi	8
2.3. Kompetencije medicinske sestre prema HKMS na razini palijativne skrbi.....	10
2.4. Hrvatska komora medicinskih sestara – Palijativna skrb	13
2.5. Otpusno pismo zdravstvene njege za palijativnog bolesnika	17
2.6. Bol kod palijativnog bolesnika	18
3. Zakonski okviri za provedbu palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj	22
3.1. Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi	22
3.2. Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017.-2020.....	23
3.3. Modeli organizacije palijativne skrbi	25
3.4. Alati za procjenu palijativne skrbi.....	26
3.5. MKB šifra Z51.5.	30
3.5.1. Izvještaj o praćenju palijativnih pacijenata prema šifri Z51.5.....	30
4. Istraživački dio rada.....	32
4.1. Cilj istraživanja	32
4.2. Hipoteza.....	32
4.3. Metode rada i sudionici	33
4.4. Mjerni instrument.....	33
4.5. Rezultati	34
4.5.1. Znanje o palijativnoj skrbi (PCQN upitnik)	40
5. Rasprava.....	47
6. Zaključak	49
7. Literatura.....	51
8. Popis slika	53
9. Popis tablica.....	54

1. Uvod

Aktivnu, ukupnu skrb za bolesnika koja ne reagira na postupke liječenja nazivamo palijativnom. Kada je palijativni bolesnik u pitanju najvažnije je suzbijanje boli. Palijativna skrb obuhvaća zajednicu, obitelj i bolesnika te je interdisciplinarna u svom pristupu. Nudi najosnovniji koncept zaštite bilo kod kuće ili u bolnici, zbrinjava bolesnikove potrebe. Smrt smatra normalnim procesom, ne odgađa ju, niti usporava, ali promiče život. Sve do smrti palijativna skrb nastoji očuvati najbolju kvalitetu života [1].

Kada je riječ o palijativnoj medicini mnogi je ne shvaćaju ozbiljno, skrivaju se iza toga kako je normalno da stari i bolesni umiru. Ovaj rad posvećen je upravo provjeri znanja medicinskih sestara i tehničara o palijativnoj skrbi. Bez obzira što edukacije o palijativnoj medicini i skrbi traju već deset godina, ovo istraživanje ukazalo je na nedostatno znanje, te kako edukacije još više treba pojačati uz vježbovnu nastavu.

Sandra Lovrić prevela je PCQN anketni upitnik s engleskog na hrvatski jezik, 2016. godine koristila ga je za svoje istraživanje, a 2020. godine isti anketni upitnik korišten je i u ovom radu kako bi se vidjela razlika u znanju medicinskih sestara i tehničara o palijativnoj skrbi. Tehnologija i medicina napreduju i sve više se gubi ljudska vrijednost.

U ovom istraživanju sudjelovalo je 150 sudionika na tri razine zdravstvene zaštite. Anketni upitnik distribuiran je u pisanom obliku s pristancima za sudjelovanje u istraživanju u Dom zdravlja Centar (25 anketnih upitnika), Dom zdravlja Istok (25 anketnih upitnika), Županijska bolnica Čakovec (50 anketnih upitnika), Klinički bolnički centar Zagreb (50 anketnih upitnika), podijeljen je po SPICT alatu za prepoznavanje palijativnih bolesnika. Istraživanje je trajalo četiri mjeseca zbog nepovoljne epidemiološke situacije uzrokovane COVID-19, a za rješavanje anketnog upitnika iskorišteno je deset minuta vremena. Svi sudionici su s oduševljenjem pristupili anketnom ispitivanju.

Medicinske sestre/tehničari profesionalci su koji provode 24 sata uz bolesnika, međutim okosnica su multidisciplinarnog palijativnog tima, njihovo znanje mora biti na zadovoljavajućoj razini, kako bi adekvatno zbrinuli palijativnog bolesnika.

U sestrinstvu ne postoje prepreke, nego izazovi. Samo najveći igrači znanju koliko su bitni mali koraci. Zato ovo istraživanje smatramo izazovom i malim korakom za daljnji napredak palijativne medicine i skrbi.

1.1. Povijesni razvoj palijativne skrbi u svijetu

Korijene hospicijskog duha i ostvarenja palijativne skrbi nalazimo u Isusovim prisposobama i poukama. Posebno mjesto zauzima prisposoba o milosrdnom Samarijancu (Lk10,30-37) i govor o posljednjem sudu (Mt 25, 31-46). Samarijanac, potaknut suosjećajnom ljudskošću, uzima unesrećenog, na smrt i pretučenoga, i smješta ga u gostinjac – hospitium i brine se za troškove njegova zbrinjavanja. Na posljednjem sudu, aksiološki kriterij jednog života bit će, među ostalim i ovaj: oboljeh, i pohodiste me – ili ne. Povijest crkve, uz ostalo, povijest je brige za bolesnog i umirućeg čovjeka [2].

Razvoj palijativne medicine 60-ih godina u Velikoj Britaniji te 70-ih u SAD-u i Kanadi počeo je upravo kao reakcija na promjene u medicinskoj kulturi, a potaknulo ga je nekoliko izvanrednih vizionara i povijesnih ličnosti u medicini. Jedna od njih je i Cicely Saunders, začetnica hospicijskog pokreta, koji je imao međunarodni utjecaj u promicanju palijativne medicine i palijativne skrbi. Cicely Saunders završila je obrazovanje za medicinsku sestru na Oxfordu u Velikoj Britaniji, a kada je zbog ozljede leđa morala prestati raditi taj posao, završila je obrazovanje za socijalnu radnicu, a nakon toga, na savjet svog medicinskog mentora, završila i obrazovanje za liječnicu u dobi od 39 godina. Na taj je način ona postala „interdisciplinarni tim u jednoj osobi“. Saunders se u potpunosti posvetila brizi osoba koje boluju od teških i neizlječivih bolesti s osobitim naglaskom na liječenje „totalne boli“ koja uključuje psihičku, tjelesnu, socijalnu i duhovnu komponentu. Najveći iskorak napravila je utemeljenjem Hospicija Sv. Kristofora (St. Christofor Hospice) u Londonu. 1967. godine, koji nije bio prvi hospicij jer su brojni hospiciji već postojali u svijetu stotinama godina ranije, ali je njen hospicij omogućio interdisciplinarnu skrb o oboljelima od neizlječivih bolesti. U SAD-u je velik utjecaj imala psihijatrica Elisabeth Kubler-Ross, čije knjige su uzrokovale „revoluciju“ među stručnjacima i javnosti kada se govori o komunikaciji s umirućim bolesnikom i njegovim potrebama te odnosu liječnik-bolesnik-obitelj [3].

1.2. Povijesni razvoj palijativne medicine u Republici Hrvatskoj

Stupanjem Zakona o zdravstvenoj zaštiti u Republici Hrvatskoj započinje organizacija palijativne skrbi. Nakon stupanja toga zakona 2003. godine palijativna skrb postaje jedna od mjera zdravstvene zaštite (NN 100/2018 - članak 8.), uvrštava se u primarnu razinu zdravstvene zaštite (NN 100/2018 - članak 25.) osim toga i Domete zdravlja te time utvrđujemo kako oni moraju imati kvalitetno organiziranu palijativnu skrb (NN 100/2018 – članak 9.), potrebno je bilo organizirati ustanovu za palijativnu skrb koja je zapošljavala zdravstvene i ne zdravstvene djelatnike s posebnom naobrazbom kako bi mogli pristupiti osobama u završnoj fazi života (NN 100/2018 - članak 81.). Zakon o Zdravstvenoj zaštiti prava pacijenata stupio je na snagu 2004. godine u prosincu, u kojem nema dovoljno dobro definiranih prava koja može koristiti palijativni bolesnik. Na području Republike Hrvatske prema demografskim podacima imamo veliki broj osoba starije životne dobi, porast broja umrlih i oboljelih od onkoloških bolesti, kao i kroničnih. Upravo je zbog toga od izuzetno važnosti bolesnicima pružiti kvalitetnu skrb prema njihovim željama, zahtjevima i potrebama [4]. Prof. dr. sc. Anica Jusić, specijalistica neurologije, od 1979. do 1991. godine u Republici Hrvatskoj aktivno palijativnu skrb i hospicijski pokret. Godine 1994. organizirala je Prvi hrvatski simpozij „Hospicij i palijativna skrb u Zagrebu“. Profesorica Jusić organizira radionice i predavanja o problemima vezanim za palijativnu i hospicijsku skrb, predavanja radionice i više od 40 simpozija. Izdaje i koordinira prijevod tri knjige uz to napisala je i više od 30 članaka vezanih uz temu palijativne skrbi. Osnivačica je Biltena za palijativnu skrb HLZ-a 1999. godine osniva i vodi prvi tim kućne palijativne skrbi i to joj je uz promidžbu palijativne medicine bilo glavno aktualno zanimanje [5].

Prema smjernicama Nacionalnog programa za razvoj palijativne skrbi 2017.-2020. u Republici Hrvatskoj uspostavlja se proces razvoja u sve elemente zdravstvenog sustava. Kada se smanjuje udio kurativnog liječenja započinje palijativna skrb. Bolesnik i obitelj moraju imati pruženu zadovoljavajuću skrb, uz povećanje kvalitete života, samo se sustav treba dobro organizirati. Bez obzira na brojne edukacije veliki broj zdravstvenih djelatnika i dalje nije dovoljno upoznat s opcijom i postojanjem palijativne skrbi. Prema Nacionalnom programu razvoja palijativne skrbi u edukacije treba uključiti sve zdravstvene djelatnike. Za razvoj palijativne skrbi

učinjeni su značajni i veliki koraci kako bi se ona implementirala u zdravstveni sustav, naročito je to vidljivo u Rijeci i Zagrebu [6].

U Zagrebu se od 10. do 12. listopada 2008. održavao Drugi kongres palijativne skrbi Hrvatske povodom Svjetskog dana palijativne skrbi i hospicija pod nazivom „Hospicij i palijativna skrb – osnovno ljudsko pravo“ pod pokroviteljstvom tadašnjeg predsjednik-a Republike Hrvatske Stjepana Mesića [7].

Prema pokazateljima Javnozdravstvenog statističkog ljetopisa, Gradskom i Nacionalnom pravnom okviru u razdoblju do 2020. godine, naglasak se stavlja na palijativnu skrb i povećanje kapaciteta za kronično liječenje. Godine 2012. HZZO započinje s pilot projektom u Domu zdravlja Zagreb – Centar. Osniva se mobilni palijativni tim, koji čine: medicinska sestra i liječnik. Listopada 2015. u gradu Zagrebu prema Mreži javno zdravstvene službe (NN 113/15) na razini primarne zdravstvene zaštite potrebno je dogovoriti osam koordinatora za palijativnu skrb i mobilni palijativni tim. Palijativna skrb na sekundarnoj razini zdravstvene zaštite započinje s razvojem u Psihijatrijskoj bolnici „Sveti Ivan“ gdje se 13. listopada otvara odjel s petnaest postelja za palijativnu skrb i produljeno liječenje osoba koje boluju od demencije. Uvodi se i organizira planirani otpust bolesnika, imenuje se bolnički palijativni tim uz liječničko otpusno pismo prilaže se i otpusno pismo zdravstvene njege. Bolesnicima se dodjeljuje MKB dijagnoza Z51.5 kao i šifre ostalih dijagnoza. U Rockefellerovoj (Specijalna bolnica za plućne bolesti) osigurana je 51 postelja za palijativnu skrb i produljeno liječenje. Trenutno bolnica na raspolaganju ima 34 postelje. U Kliničkoj bolnici „Sveti Duh“ kao tercijarnoj razini zdravstvene zaštite predviđaju se 34 postelje za palijativnu skrb i produljeno liječenje, a u „Vrapču“ – Psihijatrijskoj bolnici predviđa se 15 palijativnih postelja [8].

2. Etika u palijativnoj medicini

Etika je filozofska disciplina koja istražuje problematiku morala. Riječ etika dolazi od grčkih riječi *ethos*, što običaj, i *ethicos*, što znači moralan. Etika je znanost o moralu ili moralnom fenomenu (lat. *mos*, *moris*, običaj narav, navika, ćud; hrvatski ćudoređe, red u ćudi). Moral ili ćudoređe možemo definirati kao društveno pozitivnu praksu odnosa čovjeka s ljudima, društvom i samim sobom. Unutar kompleksa medicinske etike razlikuju se humana medicinska etika i veterinarska etika. Humana se pak može podijeliti na stomatološku i liječničku te ljekarničku u užem smislu riječi. Deontologija je širi pojam od medicinske etike. Medicinska deontologija bavi se proučavanjem i određivanjem prava i dužnosti liječnika. Aspekti skrbi koji su usmjereni na pacijenta i kritičko donošenje odluka nazivamo medicinskom etikom palijativne skrbi. U Kurativnoj medicini gdje se mogu razmatrati radikalne intervencije razlikuju se po prirodi od odluka koje donosimo u okruženju bolesnika u završnoj fazi života. Kliničke aspekte njege za palijativnog bolesnika moramo pažljivo vagati u odnosu na njegova doživljena uvjerenja ili izražene želje jer su intrinzični i zahtijevaju različite vrste prosudbe. Postoji puno etičkih tema o području palijativne medicine. U drugim područjima zdravstvene njege možemo pronaći puno sličnih tema. Uvijek se jače ističu teme koje su povezane s krajem života za razliku od onih s kojima se susrećemo svakodnevno. Etička načela uključena u palijativnu skrb zasnivaju se na prepoznavanju činjenice da neizlječivi i/ili bolesnici u završnoj fazi bolesti nisu biološki ostatak za koji se ništa ne može učiniti, osoba kojoj je potrebna anestezija, čiji život ne trebamo nepotrebno produžavati, nego osoba koja je sposobna do samoga završetka života [9].

Neke teme na koje se odnosi bioetika poput pobačaja, promišljanjima o starim pitanjima, liječničkim tajnama, eutanaziji, odnos prema bolesniku različite su od onih s kojima se danas susrećemo, a to su: transplantacija organa, kloniranje ljudi, distanazija, osobe oboljele od AIDS-a, a najviše poštivanje autonomije i prava bolesnika. Četiri temeljna principa usmjerena su na bioetiku palijativnog bolesnika: pravednost, neškodljivost, autonomnost i dobročinstvo. Ublažavanje boli i održavanje kvalitete života kroz pružanje psihološke socijalne, duhovne i psihološke podrške prvi je fokus palijativne skrbi u završnoj fazi bolesti. Događa se masovna dehumanizacija zdravstva, tehnologije i medicinska znanost napreduju sami smo svjedoci svega toga.

Bolesnom čovjeku je sam čovjek najbolja medicina. Humanost je najintenzivnija kada je u pitanju borba za život. Humana briga za čovjeka (bolesnika) u njegovoj posljednjoj borbi – borbi za što je moguće kvalitetniji život do smrti je palijativna skrb. Palijativna skrb u modernom društvu razvija zrelost civilizacijskih misli za bolesnog čovjeka i u potpunosti opravdava etičko-humanističke pothvate današnje medicine [10].

Državama članicama Europske unije u kojima se organizira palijativna skrb Povjerenstvo ministara Vijeća Europe REC (2003) daje preporuke: Neotuđivi element i integralni dio zdravstvenog sustava je palijativna skrb na koju ima pravo svaki građanin, s toga se ona mora učiniti pristupačnom i pružiti svakom potrebitom bolesniku. Pojam palijativne skrbi 2003. godine ušao je u Zakon o zdravstvenoj zaštiti time dolazimo do zaključka kako je Republika Hrvatska brzo reagirala na promjene. Zakonom zdravstvene zaštite jasno je definirana palijativna skrb koja se smjestila u Domete zdravlja – primarna razina zdravstvene zaštite. Osnivanje ustanova za palijativnu skrb također su predviđene istim zakonom. Kada govorimo o bitno ovisnoj naravi i ranjivoj osobi naglasak stavljamo na etiku skrbi. Osim na kvalitetan odnos kao što je: pouzdanost, otvorenost, povjerenje i kontinuitet etika se može odnositi i na donošenje odluka. Naglasak da je vrlo bitno raditi na krepostan način, te kritizira odluke koje donosi pojedinac govorimo od etici vrline. Palijativna skrb ne spominje se u deontologiji Hrvatske liječničke komore niti Kodeksu medicinske etike, ali naglašava se pravo bolesnika, a “near-the-end-of-life”, članak 4. upravo je tome posvećen [11].

Strah od smrti obuzme svakoga tko se nađe pred opasnosti. Kod osoba koje nisu okružene pažnjom bližnjih i dobrotom posebno je naglašen. Budi se strah od ostavljenosti i beznadne osamljenosti. Stanje duše koje traži osobu koja je uz njega iz ljubavi i dobrovoljno uz snažnu i hitnu potporu nije moguće definirati. Bolesnika umiruje mala pažnja, spoznaja da nije sam i da je netko pored njega stisak ruke i blag pogled. Smatra da je veliki teret svojim bližnjima, osjeća neizmjeran strah i prestaje bez riječi komunicirati s okolinom. Neverbalno, suzama ili osmijehom pojačat će značaj prisutnosti bliske osobe. Snagu duhovnosti pružamo i kada je dijagnoza nepovoljna. Djelotvorne molitve utjehe, spokoja i mira mogu nekada više pomoći od lijekova za pojedine bolesti: oprostjenje i sakramentalna milost pomirenja mogu prevladati duhovne i psihičke malaksalosti. Topli zagrljaj mogu pružiti i prazne ruke. Vrijeme koje imamo za slušanje i zdrave uši možemo pokloniti onoga trenutka kada ostanemo bez riječi. Osobama na umoru srcem i očima pomažemo ostvariti mir. Duhovna skrb

omogućuje pozitivnije vrednovanje smrti i života onoga trenutka kada medicina postaje nemoćna, a završava moćna prisutnost ljudske nazočnosti [12].

2.1. Palijativna skrb za djecu

Potpunu i aktivnu skrb za djetetovu bolesnu osobu nazivamo palijativnom skrbi za djecu; njegovu umno – duhovnu, psihičku i somatsku dimenziju [1]. Cilj je poboljšanje kvalitete završne faze djetetova života, usko je povezana s palijativnom skrbi odraslih i posebna je medicinska specijalizacija [1]. Palijativnu skrb kod djece primjenjujemo od onoga trenutka kada se postavi dijagnoza. Za sada ne postoji niti jedan dječji hospicij niti se radi na tome kako bi se on oformio pa je palijativna skrb za djecu u Republici Hrvatskoj usko je vezana uz dječje bolnice. U završnoj fazi djetetova života obitelji i njemu mora se pružiti sva moguća podrška i pomoć i nikako ih se ne smije ostaviti same. Većina roditelja umiruće djece žele da njihovo dijete smrt dočeka u obiteljskom okruženju. Dostojanstven život i smrt samo na taj način možemo pružiti bolesnoj djeci. Nakon objavljivanja priručnika Svjetske zdravstvene organizacije povećava se interes za pedijatrijsku palijativnu skrb [13].

Njeguje se holistički pristup bolesnom djetetu. Zdravstveno osoblje dužno je ublažavati i vrednovati djetetove društvene, duhovne, psihološke i fizičke probleme, a ne bazirati se samo na smanjenje boli i liječenje bolesti. Širok multidisciplinarni pristup za efektivan pristup zahtjeva se kada uključujemo: ostale društvene resurse, obitelj, volontere i stručnjake. Pedijatrijska palijativna skrb treba uvažavati sve religijske, društvene i kulturne potrebe obitelji i bolesnog djeteta. Postizanje što veće kvalitete života za samu obitelj i dijete osnovni je cilj palijativne skrbi. Poslije smrti djeteta roditeljima je najvažnije pružiti podršku u periodu prilagodbe na život i tugovanja, jer roditelji pamte svaki detalj oko djetetove smrti, a velika je pomoć i pomaže ožalošćenim obiteljima da se nose sa bolesti. Kod djece su maligna oboljenja zastupljena tek u 30% slučajeva, dok su hospiciji za odrasle uglavnom popunjeni bolesnicima s malignim oboljenjima. Tijekom godine 10 na 10 000 djece ima potrebu za palijativnom skrbi. Većina djece umire u bolničkim uvjetima (72%), iako (11%) roditelja izražava želju da umru kod kuće u okruženju obitelji, a u intenzivnim i hitnim jedinicama umire (17%) djece. Mrtvorodena djeca najčešće umiru u bolnicama (98%), kao i novorođenčad do godine dana života (75%). većina smrti djece pri porodu (98%)

događa se u bolnicama. Prema ovih rezultatima možemo zaključiti kako je palijativna skrb za djecu potrebna. Tri su temeljna modela uspostave palijativne skrbi za djecu, a četvrti je kombinacija sva tri modela. Posebni palijativni odjeli odnose se na onkološke bolnice i pripadaju prvom modelu. Hospiciji kao specijalizirane ustanove pripadaju drugom modelu, dok je treći model okrenut prema kućnim posjetama i kao podrška obitelji i bolesnoj djeci. Iz terenske skrbi koja je započela s razvijanjem na onkološkim odjelima u Velikoj Britaniji proizlazi aktivna kućna skrb. Volonteri jedne društvene zajednice, palijativni timovi, krizni interventni timovi, hospicijski timovi i patronažne sestre dio su kućne skrbi. Konzultativna skrb dostupna je roditeljima i djeci 24 sata. Dobro organizirana skrb na lokalnoj razini u koju su uključene: skupine za žalovanje, škole, skupine predaha za roditelje i vrtići dio su palijativne skrbi za djecu u kućnim uvjetima. Veliki je porast djece koji umiru u kućnim uvjetima s krugom obitelji. Udio umrle djece u kućnim uvjetima u Kanadi 44%, Velikoj Britaniji 77%, Italiji 5%, Poljskoj 23%, Njemačkoj 40% i SAD 20%. Kao rezultat razvijenog i dostupnog modela palijativne skrbi je mogućnost da dijete umre kod kuće. Roditelje je nemoguće pripremiti na gubitak djeteta te je prijetnja za funkcioniranje obitelji. Medicinske sestre/tehničari i liječnici također uz roditelje osjećaju bespomoćnost kada je bolest neizlječiva. Alternativne puteve liječenja roditelji traže onoga trenutka kada izgube povjerenje u medicinu. Za neku djecu potrebno je organizirati smještaj u obiteljski dom jer im to pruža blagostanje duha, ima pozitivan utjecaj na braću/sestre i roditelje u fazi žalovanja. Vrlo je važan suosjećajan pristup zdravstvenog osoblja jer roditelji pamte sve sitnice oko smrti vlastita djeteta [13].

2.2. Kompetencije medicinske sestre u palijativnoj skrbi

Tretiranje čovjekovih reakcija na potencijalne i aktualne zdravstvene probleme nazivamo zdravstvenom njegom [14]. Prvi principi u palijativnoj skrbi i jedinstvena vlastita iskustva su umiranje i žalovanje. Samopoštovanjem osobnosti svakog pacijenta postizemo humani kontekst skrbi. Krajnja životna faza i multidimenzijalnost svake osobe drugi je princip utemeljen na specifičnim životnim iskustvima. Osobni dobitak, socijalno – duhovna, funkcionalna i fizička dimenzija su elementi na koje utječe iskustvo. Roy adaptacijski model zdravstvene njege najčešće se koristi kada je riječ o palijativnoj skrbi:

1. Orijentiran na sposobnost osobe da se prilagodi ili prihvati promjene u svom životu
2. Promatranje svakog pojedinca koji se prilagođava na poseban način
3. Potrebe bolesnika mogu biti:
 - Fiziološke
 - Samo prihvaćanje
 - Uloge (roditeljske, društvene)
 - Podrške [14].

Fiziološke potrebe:

- Disanje
- Eliminacija
- Mobilizacija
- Sigurnost
- Hrana i tekućina
- Osobna higijena
- Spavanje [14].

Višestruki aktivni sudionik u palijativnoj skrbi je medicinska sestra/tehničar koji svakodnevno rukovode cjelokupnom skrbi za bolesnika i svakodnevno provode zdravstvenu njegu. Surađuju sa svim članovima multidisciplinarnog tima te su odgovorni su za planiranje, provođenje i evaluaciju zdravstvene njege bolesnika uz kontinuiranu procjenu, edukaciju bolesnika i obitelji i evaluaciju [14].

Temelj načela i dobre prakse skrbi o bolesnicima s uznapredovalim bolestima odraz su vrijednosti palijativne skrbi. Palijativna skrb provodi se na tri razine zdravstvene zaštite: primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj. Članovi multidisciplinarnog tima- medicinske sestre/tehničari trebali bi biti osposobljeni pružiti odgovarajuću razinu palijativne skrbi te biti educirani za pružanje iste [15].

Prema Europskom društvu za palijativnu skrb (EAPC) deset ključnih kompetencija medicinskih sestara/tehničara u specijalističkoj palijativnoj skrbi su:

1. Primjena ključnih sastavnica palijativne skrbi u okruženju u kojem se nalaze obitelji bolesnici
2. Omogućiti bolesniku da se tijekom cijele bolesti osjeća što ugodnije, da je bez bolova i drugih simptoma bolesti, pružiti pomoć i podršku obitelji
3. Udovoljiti bolesnikovim psihološkim potrebama
4. Udovoljiti bolesnikovim socijalnim potrebama
5. Udovoljiti bolesnikovim duhovim potrebama
6. Odgovoriti na potrebe članova obitelji u odnosu na kratkoročne, srednjoročne i dugoročne ciljeve skrbi o bolesniku te u odnosu na njihove osobne poteškoće i potrebe u skrbi i žalovanju
7. Odgovoriti na izazove povezane s kliničkim i etičkim dvojabama u palijativnoj skrbi
8. Provoditi interdisciplinarni timski rad i koordinaciju sveobuhvatne u svim okružjima u kojima se pruža palijativna skrb
9. Razvijati interpersonalne i komunikacijske vještine koje su potrebne u palijativnoj skrbi
10. Razvijati samosvijest i kontinuirano se profesionalno usavršavati [15].

2.3. Kompetencije medicinske sestre prema HKMS na razini palijativne skrbi

Zaštita zdravlja obitelji, pojedinca i cjelokupnog pučanstva je svrha sestrinske djelatnosti. Člankom 39 stavkom 3 Zakona o reguliranim profesijama i priznavanju inozemnih stručnih kvalifikacija (»Narodne novine«, br. 124/09.) te postupci i spoznaje planiranja, provođenja, organiziranja, procjene kvalitete provedene zdravstvene/sestrinske njege sukladno stupnjevima obrazovanja [16].

Iz članka 7. ovog zakona medicinska sestra s temeljnom naobrazbom;

- Koristi vještine i znanja iz područja osnovnih predmeta struke, društvene skupine predmeta u razumijevanju fizioloških funkcija zdravstvene skrbi, i ponašanja bolesnih i zdravih osoba kao i

odnosa između društvenog i fizičkog okruženja te samog stanja pojedinca

- Upotrebljiva načela etičkog kodeksa medicinskih sestara/tehničara i sestrinske etikete
- Koristi deklaracije o pravima bolesnih osoba i ljudskim pravima,
- Omogućuje sigurnost i povjerljivost usmenih i pisanih i informacija dobivenih objavom profesionalnih dužnosti,
- U provođenju profesionalne dužnosti upotrebljava zakonske propise
- Aktivna je u provođenju osnovne zdravstvene/sestrinske njege u planiranju, koordinaciji i evaluaciji sa samovrednovanjem rada i standardiziranim postupcima
- Planira, priprema, sudjeluje i provodi medicinsko tehničke zahvate bolesnih i zdravih osoba različitih životnih dobi,
- Poštuje kulturološke različitosti i ljudsko dostojanstvo i sudjeluje u zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba,
- Osigurava i unapređuje postupke zdravstveno/sestrinske njege,
- Poštuje tajnost podataka pri izvještavanju zdravstvenog tima vodi dokumentaciju sestrinsko/zdravstvene njege i zdravstvenu dokumentaciju,
- U pisanom, elektroničkom i govornom obliku koristi suvremenu informacijsko-komunikacijsku tehnologiju,
- Sukladno kompetencijama primjenjuje hitne postupke i prepoznaje životno ugroženog pojedinca,
- Ima cilj promicanja zdravog načina života i zdravlja, educira i sudjeluje u zdravstvenom odgoju pojedinca, obitelji i zajednice svih životnih dobi,
- Skrbi za osobnu sigurnost, sigurnost zajednice i pojedinca, primjenjuje postupke očuvanja zdravlja i zdravog okoliša,
- Na siguran način primjenjuje pravila zaštite na radu,
- Vješto komunicira s bolesnikom, njegovom obitelji, zajednicom i svim članovima multidisciplinarnog tima,
- U okviru profesionalne odgovornosti rada razvija samostalnost i samoinicijativnost,

- S obzirom na profesionalnu odgovornost sudjeluje u radu zdravstvenoga i/ili multidisciplinarnoga tima,
- Unapređuje kompetencije u skladu s potrebama tržišta rada i razvija odgovornosti za cjeloživotno učenje, profesionalni razvoj i unapređenje kompetencija,
- Stručno usavršava zdravstveno osoblje i sudjeluje u izobrazbi učenika [16].

Osim kompetencija iz stavka 3. ovoga članka medicinske sestre/tehničari prvostupnici:

- Primjenjuju zdravstvenu njegu prema potrebama bolesnika,
- Procjenjuju kvalitetu sestrinsko/zdravstvene njege, planiraju, organiziraju i provode,
- Sprječavanju nastanak bolesti pučanstva i sudjeluju u procesu očuvanja zdravlja
- Provodi nadzor nad radom svih zdravstvenih djelatnika koji mogu na različite načine utjecati na provođenje zdravstvene njege,
- Odgovorna je za evidenciju svih postupaka kao i provedenih medicinskih ili sestrinskih intervencija tijekom 24 sata, sudjeluje u istraživačkom radu [16].

Iz stavka 3. i 4. ovoga članka medicinska sestra magistra sestrinstva osim kompetencija:

- Sukladno propisima o visokom obrazovanju izvodi edukaciju svih razina medicinskih sestara/tehničara
- Sudjeluje u provođenju znanstvenog rada,
- Na svim razinama socijalne skrbi i zdravstvene zaštite koji uključuju sestrinsku djelatnost organizira i upravlja osobljem, materijalnim sredstvima te sustavima podrške u okviru svog autonomnog područja,
- Procjenjuje razvoj sestrinske/zdravstvene njege i upravlja sustavom kvalitete [16].

2.4. Hrvatska komora medicinskih sestara – Palijativna skrb

Na temelju članka 10. stavka 2. Zakona o sestrinstvu («Narodne novine», br. 121/03, 117/08 i 57/11) i članka 19. točke 1. Statuta Hrvatske komore medicinskih sestara, Vijeće Hrvatske komore medicinskih sestara uz suglasnost ministra zdravstva donosi: Pravilnik o dodatnom usavršavanju medicinskih sestara: Članak 1. - Ovim Pravilnikom utvrđuje se potreba, sadržaj i duljina trajanja programa dodatnog usavršavanja medicinskih sestara u području zdravstvene njege u kući i palijativne skrbi. Na slikama 2.4.1. i 2.4.2. prikazat će se program dodatnog usavršavanja medicinskih sestara [17].

P – predavanja, V – vježbe, S – seminari, MV – mentorske vježbe

PRILOG II
PROGRAM DODATNOG USAVRŠAVANJA MEDICINSKIH SESTARA U PALIJATIVNOJ SKRBI

I. PREDMET	P	V
Koncepti modeli organizacije palijativne skrbi	5	0
Uloga medicinske sestre u procesu palijativne skrbi	15	15
Komunikacijske vještine u procesu palijativne skrbi	10	10
Etički aspekti rada u procesu palijativne skrbi	5	10
Zdravstvena njega bolesnika i – zbrinjavanje osnovnih ljudskih potreba bolesnika s uznapređovalom neizlječivom bolešću – I.	10	30
Zdravstvena njega bolesnika – zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba bolesnika s uznapređovalom neizlječivom bolešću – II. – dodatne vještine	10	15
Bol i terapija boli	5	15
Zdravstvena njega umirućeg bolesnika	5	10
Obitelj kao sastavnica tima za palijativnu skrb	5	5
UKUPNO	70	110

Slika 2.4. 1. Program dodatnog usavršavanja medicinskih sestara u palijativnoj skrbi prema HKMS

Izvor:

<https://webmail.kbczagreb.hr/rc/? task=mail& action=get& mbox=INBOX& uid=323& part=3>

II. PRAKTIČNA NASTAVA/INTERVENCIJE/DODATNE VJEŠTINE PALIJATIVNE SKRBI:	
<ul style="list-style-type: none"> – Hidracija bolesnika u terminalnoj fazi – načini i tehnike (održavanje venskog puta i nadoknada tekućine intravenozno po pisanom nalogu liječnika) – Njega usne šupljine – Supkutana infuzija/hipodermokliza 	<ul style="list-style-type: none"> – Tehnike suočavanja sa stresom – tehnike suočavanja s dijagnozom i prognozom – tehnike suočavanja sa stresom (zdravstveno osoblje i članovi obitelji bolesnika)
<ul style="list-style-type: none"> – Prehrana bolesnika u terminalnoj fazi – Per os – per sondam – PPP, TPP, PEG, – Poteškoće: mučnina, povraćanje, gubitak apetita, štucaње, proljev, opstipacija – tehnike smanjivanja intenziteta poteškoća i pomoć bolesniku 	Tehnike komunikacije u procesu palijativne skrbi: <ul style="list-style-type: none"> – s bolesnikom (tijekom bolesti, neposredno prije smrti) – s članovima obitelji (tijekom bolesti, neposredno prije smrti, neposredno nakon smrti, u procesu žalovanja)
<ul style="list-style-type: none"> – Prevencija dekubitusa i njega dekubitalne rane – pomagala – Skala za procjenu rizika od nastanka dekubitusa 	<ul style="list-style-type: none"> – Zdravstvena njega nepokretnog i inkontinentnog bolesnika – Njega umrle osobe
<ul style="list-style-type: none"> – Kronične rane – njega kronične rane 	<ul style="list-style-type: none"> – Bol – prepoznavanje, praćenje intenziteta boli i evaluacija boli – Analgetici, opiodi u terapiji boli – popratne pojave i načini njihovog suzbijanja – Nefarmakološke tehnike suzbijanja boli i njihova primjena; – Elastomerska pumpa – Kontinuirana analgezija – Skale za bol – s obzirom na dob, kognitivne i komunikacijske sposobnosti
<ul style="list-style-type: none"> – Retencija urina i inkontinencija – uvođenje trajnog urinarnog katetera ženskim pacijentima po pisanom nalogu liječnika – promjena trajnog urinarnog katetera muškim i ženskim pacijentima po pisanom nalogu liječnika – jednokratna kateterizacija urina ženskim pacijentima po pisanom nalogu liječnika 	<ul style="list-style-type: none"> – Sve ostale skale i tehnike za procjenu stanja bolesnika – njihova primjena
<ul style="list-style-type: none"> – Fizikalna terapija (u okviru kompetencija medicinske sestre) 	<ul style="list-style-type: none"> – Sestrinska dokumentacija sa svim specifičnostima vezanima za skrb o bolesniku u terminalnoj fazi (anamneza, fizikalni pregled, osnovne fizičke potrebe, socijalne, psihološke, emocionalne i duhovne potrebe) – pismo za preuzimanje palijativnog bolesnika – otpusno pismo medicinske sestre

Slika 2.4. 2. Program dodatnog usavršavanja medicinskih sestara iz palijativne skrbi

Izvor:

<https://webmail.kbczagreb.hr/rc/? task=mail& action=get& mbox=INBOX& uid=323& part=3>

Opće kompetencije:

Po završetku stručnog usavršavanja, medicinska sestra za palijativnu skrb imati će usvojena slijedeća znanja i vještine, te će biti sposobna:

- djelovati u skladu profesionalnim, zakonodavnim i etičkim propisima u sestrinskoj praksi, znati prepoznati i primjereno postupati kod rješavanja moralnih dilema, uz obvezu očuvanja autonomije, privatnosti, identiteta, integriteta i dostojanstva bolesnika
- postupati i raditi po načelima jedinstvene sestrinske skrbi, kroz individualizirani i holistički pristup svakom pojedinom bolesniku kao jedinstvenom entitetu
- razlučiti različite uloge, odgovornost i funkcije medicinske sestre u skrbi za bolesnike, za članove njegove obitelji, društvo u cjelini (na svim razinama zdravstvene zaštite)
- primijeniti vještine ophođenja s bolesnicima, članovima njegove obitelji, kolegama i ostalim stručnjacima (komunikacijske vještine)

- planirati, provoditi i evaluirati individualiziranu zdravstvenu njegu u suradnji s bolesnikom, članovima njegove obitelji, skrbnicima, članovima zdravstvenog tima i ostalim suradnicima
- primijeniti vještine dobre suradnje s drugim profesionalcima/interdisciplinarno/multidisciplinarno
- pravilno, točno i s empatijom informirati bolesnika, članove njegove obitelji, kolege i ostale suradnike, s ciljem integriranja potreba za palijativnom skrbi, kako bi se one zadovoljile (s bolesnikom u središtu ukupne skrbi)
- unaprjeđivati kompetencije, vrijednosti i stavove nužne za podizanje kvalitete stručnog rada
- upravljati profesionalnom praksom s ciljem profesionalnog razvoja (cjeloživotno učenje i samoprocjena)
- prenositi znanja na mlađe kolege i druge profesionalce
- razumjeti i primjenjivati znanstvene pristupe (znanstvena istraživanja) u području palijativne skrbi te svoj rad temeljiti na znanstvenim dokazima (uz kritičku prosudbu i aktivnu ulogu bolesnika)
- raditi s ljudima, koordinirati timskim radom te ravnopravno sudjelovati u radu interdisciplinarnog i multidisciplinarnog tima (vještine odlučivanja i suodlučivanja) [17].

Specifične kompetencije:

Završetkom stručnog usavršavanja medicinska sestra za palijativnu skrb imati će usvojene slijedeća znanja i vještine, te će biti sposobna:

- prepoznati i primjenjivati ključne komponente palijativne skrbi u okruženju u kojem se bolesnici i njihove obitelji nalaze
- primijeniti načela palijativne skrbi koje pomažu u suočavanju bolesnika i njegove obitelji s uznapredovalim neizlječivim bolestima, te u skladu s mogućnostima osigurati mu aktivniji život i njegovu kvalitetu (sve do smrti bolesnika)
- razumjeti i zbrinjavati fizičke, psihološke, socijalne i duhovne probleme koji utječu na osobe s uznapredovalim neizlječivim bolestima, te njihovih obitelji

- primijeniti pristupe i tehnike pri zadovoljavanja psiholoških, socijalnih i duhovnih potreba bolesnika i njihovih obitelji
- procijeniti i prepoznati osnovne biološke/fizičke potrebe bolesnika, te provesti potrebne intervencije i evaluirati ciljeve
- aktivno se i odgovorno brinuti za dobrobit, integritet, autonomiju i dostojanstvo bolesnika te im osigurati mogućnost suodlučivanja i odlučivanja tijekom cijelog procesa skrbi
- djelotvorno komunicirati s bolesnikom i članovima njegove obitelji posebice u odnosu na: dijagnozu i prognozu bolesti, planove plan skrbi, odluke o liječenju i ukupnoj skrbi, principe liječenja, medicinske postupke, pretrage, umiranje i smrti te u odnosu na procesu tugovanja i žalovanja)
- primijeniti tehnike procjene i praćenja intenziteta boli, provesti potrebne intervencije s ciljem uklanjanja ili smanjenja njenog intenziteta
- prepoznati i procijeniti ostale simptome koji se pojavljuju kod bolesnika s uznapredovalom neizlječivom bolesti, te primijeniti vještine za njihovo zbrinjavanje (provesti potrebne aktivnosti ili intervencije)
- prepoznati potrebe članova obitelji u odnosu na ukupne ciljeve palijativne skrbi, prepoznati njihove probleme i poteškoće tijekom skrbi za bolesnika i u procesu žalovanja, te poduzeti potrebne intervencije.
- prepoznati kod članova obitelji posebno teška stanja u procesu žalovanja, te sukladno tome pružiti emocionalnu ili druge oblike podrške
- kod članova tima za palijativnu skrb, prepoznati simptome sagorijevanja na radnom mjestu, te poduzeti određene aktivnosti za njihovo suzbijanje
- odgovoriti na kliničke i etičke dileme u palijativnoj skrbi, ravnopravno odlučivati/suodlučivati prilikom njihovog razrješavanja (u proces kliničkog ili etičkog prosuđivanja uključiti članove obitelji i bolesnika / ukoliko mu zdravstveno stanje dozvoljava)
- koordinirati rad u procesu skrbi, u interdisciplinarnom timu, u svim okruženjima u kojima se palijativna skrb pruža
- provoditi edukaciju bolesnika s uznapredovalom neizlječivom bolesti, članova njihove obitelji, profesionalaca, studenata, volontera i šire javnosti

- primijeniti stečena znanja za istraživanja u području palijativne zdravstvene skrbi, primijeniti znanstvene dokaze u kliničku praksu, uz kritičku kliničku prosudbu i aktivnu ulogu bolesnika
- voditi sestrinsku dokumentaciju prema poznatim standardima palijativne skrbi. (različite skale i alati za prepoznavanje palijativnog bolesnika, procjenu stanja bolesnika, plan skrbi te otpusno pismo za preuzimanje bolesnika kod promjene mjesta skrbi) [17]

2.5. Otpusno pismo zdravstvene njege za palijativnog bolesnika

Otpusno pismo zdravstvene njege vrlo važan je segment skrbi kada je riječ o palijativnom bolesniku. Svakom bolesniku kojemu je potreban nastavak daljnje skrbi, a osobito se to odnosi na palijativnog bolesnika mora se pisati otpusno pismo zdravstvene njege. Postupak pisanja otpusnog pisma zdravstvene njege za palijativnog bolesnika primjenjuju prvostupnice sestrinstva, diplomirane medicinske sestre te magistre sestrinstva uključene u provođenje zdravstvene njege palijativnog bolesnika na KBC-u Zagreb. Za pravodobno napisano otpusno pismo zdravstvene njege palijativnog bolesnika odgovorna je glavna sestra odjela ili zavoda. Na slici 2.5.1. i slici 2.5.2. prikazana je medicinska dokumentacija - otpusno pismo zdravstvene njege za palijativnog bolesnika [18].

1. SVRHA

Ovaj postupak opisuje način pisanja otpusnog pisma zdravstvene njege za palijativne bolesnike.

2. PODRUČJE PRIMJENE

Postupak primjenjuju prvostupnice sestrinstva, diplomirane medicinske sestre te magistre sestrinstva uključene u provođenje zdravstvene njege palijativnog bolesnika na KBC-u Zagreb.

3. ODGOVORNOSTI I OVLAŠTENJA

Za pravodobno napisano otpusno pismo zdravstvene njege palijativnog bolesnika odgovorna je glavna sestra odjela ili zavoda. Medicinska sestra prvostupnica, diplomirana medicinska sestra ili magistra sestrinstva ovlaštene su za pisanje otpusnog pisma zdravstvene njege za palijativnog bolesnika.

4. OPIS POSTUPKA

4.1. Osnovna obilježja

Prema SZO palijativna skrb je pristup koji poboljšava kvalitetu života bolesnika i obitelji suočenih s problemima povezanim s neizlječivom bolešću kroz prevenciju i olakšanje patnje, te suzbijanje boli. Kada je bolesniku prepoznata potreba za palijativnom skrbi potrebno je dodjeliti mu MKB -10 šifru koja označava palijativnu skrb, Z51.5. Time bolesnik u kliničkom radu i u informatičkom sustavu postaje vidljiviji pa je time i jednostavnije osigurati kvalitetnu skrb.

	Ime i prezime	Datum	Projekat
Izraditelj(a)	Ralica Maronić		
Provjera/odobrenje(a)	Ana Ljubić		
Odobrenje(a)	Ana Ljubić		

4.2. Segmenti otpusnog pisma zdravstvene njege

4.2.1. Socijalni status

Ovaj segment otpusnog pisma zdravstvene njege izuzetno je važan za svakog palijativnog bolesnika. Palijativni bolesnici će u nekom trenutku za vrijeme svoje bolesti ovisiti o pomoći drugih osoba i te osobe će donositi odluku o daljnjim postupcima.

U većini slučajeva skrb o bolesniku preuzima obitelj i pri tome je važno navesti točne podatke o članu obitelji koji će biti kontakt za sve potrebne informacije.

Jedan dio bolesnika trebati će zakonskog skrbnika i tada je potrebno uključiti socijalnu službu koja će u što kraćem periodu osigurati zakonski određenog skrbnika. Skrbnik ima ovlaštiti donosi odluke o bolesniku: potpisati informirani pristanak, odlučiti gdje će bolesnik biti smješten..

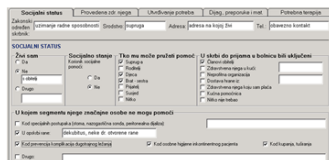
Potrebno je obavezno popuniti sva polja, počevši od toga s kim bolesnik živi, kakav je njegov socijalni status i stanje, tko mu može pružiti pomoć nakon otpusta te

Slika 2.5. 1. Prikazuje: Prvi dio otpusnog pisma zdravstvene njege za Palijativnog bolesnika

[izvor;autor: R.M.]

tko je sudjelovao u skrbi prije negoli je bolesnik zaprimljen u bolnicu.

U kojem segmentu njege značajne osobe ne mogu pomoći: potrebno je označiti sva ona područja u kojima je potrebna pomoć kako bi mobilni palijativni tim, patronažna služba i zdravstvena njega u kući mogli planirati daljnje postupke skrbi za bolesnika.



Slika 1: segment otpusnog pisma zdravstvene njege – socijalni status

4.2.2. Provedena zdravstvena njega

U segmentu otpusnog pisma zdravstvene njege provedenu zdravstvenu njegu treba napisati na način da obuhvaća nekoliko rečenica što se s bolesnikom događalo u bolnici, kako je tekao tijek skrbi te je li bilo nekih specifičnosti na koje je potrebno obratiti pažnju.

Često su u ovom segmentu prisutni svi provedeni postupci sestriinske skrbi koji su se provodili i nije potrebno da oni budu navedeni. Dovoljno je napisati: Prema planu zdravstvene njege provedene su sve sestriinske intervencije.

Strelica na slici pokazuje prema malom crvenom x kojega je potrebno kliknuti kako bi se brisali ti postupci.

Koliko je bolesnik informiran o novonastalom stanju: napisati procjenu informiranosti i educiranosti bolesnika i iznimno bitno je navesti ako nije bilo dovoljno vremena za edukaciju kako bi tim u primarnoj zdravstvenoj zaštiti organizirao edukaciju koja je neophodna.

Bolesniku date pisane upute o: Budući da bolesnik u vrlo kratkom vremenu dobije velik broj informacija o svom stanju i potrebno je kad god je to moguće osigurati dodatne pisane upute. Također, kad god je moguće uključiti i obitelj bolesnika.

Nakon novonastalog zdravstvenog stanja po otpustu iz bolnice što bolesnik zna i može napraviti sam u procesu samozbrinjavanja: vrlo je bitno napisati procjenu psihofizičkog stanja bolesnika, razinu edukacije o svom stanju te procjenu pomoći koja mu je dalje potrebna. Na taj način olakšavamo mobilnom palijativnom timu na terenu, patronažnoj službi i zdravstvenoj njezi u kući za nastavak skrbi i daljnju potrebnu edukaciju.



Slika 2.5. 2. Prikazuje: Drugi dio otpusnog pisma zdravstvene njege za Palijativnog bolesnika

[izvor;autor: R.M.]

2.6. Bol kod palijativnog bolesnika

Bol je najčešći simptom u bolesnika koji trebaju palijativnu skrb pa je ublažavanje boli jedan od najvažnijih zadataka palijativne skrbi. Adekvatna kontrola boli u palijativnoj medicini zahtijeva sveobuhvatan pristup koji uključuje farmakoterapiju, edukaciju bolesnika, podršku u liječenju i kontinuirano praćenje boli. Primarni cilj multidisciplinarnog liječenja boli u palijativnoj medicini jest poboljšanje funkcionalnih sposobnosti, uz smanjenje učestalosti i intenziteta boli te bolju kvalitetu života bolesnika. U palijativnom timu moraju biti angažirane osobe koje razumiju model „totalne boli“ i čija procjena neće biti ograničena samo na uski specijalistički interes. Optimalno liječenje boli u palijativnoj medicini često je otežano zbog neznanja i brojnih predrasuda, poput onih o liječenju opijatima kao i nedostatnim komunikacijskim vještinama povezanim s liječenjem boli [19].

Najveći neprijatelj palijativnog bolesnika je bol. U zdravstvenoj njezi bol je peti vitalni znak, a kod palijativnog bolesnika je prvi. Temeljno ljudsko pravo je život bez boli. Dostupan je velik izbor lijekova za liječenje boli i niti jedan bolesnik ne bi trebao trpjeti jaku bol, samo je je potrebno prepoznati i korigirati na vrijeme. Svaka osoba kao jedinka će bol doživjeti na svoj način. Kod palijativnog bolesnika bol je složena pojava, pri čemu na jačinu fizičke boli ne utječe samo trenutno stanje bolesnika, već i niz

okolišnih. U uznapredovaloj fazi onkološke bolesti 70% bolesnika pati od neke vrste boli. Vrlo bitna je procjena boli prije nego se započne liječenje i saznanje kako ona utječe na bolesnikove životne navike. Posljedicu kao pojačan intenzitet boli tijekom dana ima upravo ona bol koja se javlja noću. Palijativni bolesnik ne smije trpiti bol jer ona narušava njegovo psihičko stanje. Kada bolesnika pitamo kako bi ocijenio svoju bol na skali od 0-10, pri čemu je 0 bez bolova, a 10 je najjača moguća dolazimo do najjednostavnije moguće procjene boli. Preporuča se vođenje dnevnika boli s obzirom da ona može varirati. Iz uvida u dnevnik vidimo djeluju li lijekovi protiv boli i kakav je njen intenzitet s obzirom na aktivnosti bolesnika. Jako je teško ublažiti bol čak kod 10% bolesnika, zato primjenjujemo radioterapiju, kirurške zahvate ili neke druge metode liječenja. Ako bolesnik ne može uzimati tablete daju mu se opioidni flasteri. Bolesnik će kod onkološke boli uzimati analgetik kroz duže vrijeme, a zlatni standard su opioidi. Doza opioida se dostupno povećava s obzirom na preporuke liječnika i dok bol ne postane podnošljiva. Opioidi se bolesniku daju u dozi koja je njemu potrebna te ne postoji maksimalna preporučena doza. Osim opioida u liječenju boli koriste se i konalgetici - pomoćni lijekovi. Kombinacijom antiepileptika i opioida suzbijamo neuropatsku bol koja se najčešće javlja nakon kemoterapije. Najbolja kombinacija u liječenju boli su koanalgetici i opioidi, malo nuspojava uz malu dozu lijeka [19].

U Republici Hrvatskoj za razliku od drugih zemalja u Europi prisutna je opiofobija – strah od uzimanja opioida. Završetak života, ovisnost i umiranje najčešće se povezuju s uzimanjem opioida. Bolesnici koji su prethodno liječeni od neke ovisnosti i psihičkih bolesti često imaju strah od uzimanja opioida. Liječnici se palijativnim bolesnicima boje dati primjerenu terapiju pa oni najčešće pate od neke vrste boli. Profesionalnost, etika, i moral nam govore da ne smijemo dozvoliti patnju bolesnika, bol moramo svesti na podnošljivu kako nebi kvarili kvalitetu bolesnikova života. Bolesniku i članovima njegove obitelji treba se objasniti prednost uzimanja opioidne terapije te koje nuspojave ona donosi. Time smanjujemo strah od uzimanja opioida [20]. „ Bol je peti vitalni znak, ali je prvi u završnoj fazi bolesti.“ U nastavku na slikama 2.6.1. i 2.6.2., prikazat će se skale za procjenu boli palijativnog bolesnika.

Usporedna ljestvica boli

Slaba	
Većinu aktivnosti moguće je obavljati neometano. Moguće je prilagoditi se na bol (npr. zauzimanjem odgovarajućeg položaja, pomagalicama kao što su jastuci, laganom masažom...)	
0	Bez boli. Sasvim normalno osjećanje.
1 Vrlo blaga	Vrlo blaga, jedva primjetna bol. Većinu vremena uopće ne razmišljate o boli.
2 Nelagodna	Slaba bol, stvara nelagodu.
3 Podnošljiva	Vrlo zamjetna bol. Ipak, podnošljiva je i moguće je prilagoditi se na takvu bol tako da je većinu vremena ne primjećujete.
Umjereni	
Bol utječe na mnoge aktivnosti. Nije moguće prilagoditi se na bol i zato su potrebne prilagodbe u načinu života (korištenje pomagala za kretanje, duže mirovanje, izbjegavanje nekih dnevnih aktivnosti).	
4 Uznemirujuća	Uznemirujuća bol. Tako je jaka da je primjećujete cijelo vrijeme i ne možete se u potpunosti prilagoditi na nju.
5 Veoma uznemirujuća	Veoma uznemirujuća bol. Snažna, je duboka, prodorna. Cijelo vrijeme primjećujete bol i toliko ste zaokupljeni njenim ublažavanjem da to ograničava vaš normalni način života.
6 Jaka	Intenzivna bol. Snažna, duboka, prodorna bol koja vam stalno okupira misli. Teško vam je razmišljati o bilo čemu drugome osim o boli. Izbjegavate kontakte s drugim ljudima.
Teška	
Pacijent je onemogućen u svakodnevnim aktivnostima. Ne može samostalno funkcionirati.	
7 Vrlo jaka	Vrlo intenzivna bol. Isto kao i 6, s tim što vas onemogućava da jasno razmišljate. Bol vas toliko onemogućava da u većini aktivnosti dnevnog života trebate pomoć druge osobe.
8 Užasna	Užasna bol. Toliko je intenzivna da više uopće ne možete jasno razmišljati niti normalno spavati. Ako je bol prisutna već duže vrijeme, vaša osobnost je duboko promijenjena (tjeskobnost, jaka potištenost, razdražljivost, ne možete se koncentrirati).
9 Nepodnošljiva	Nepodnošljiva bol. Tako je jaka da je ne možete podnijeti i tražite lijekove ili kiruršku operaciju bez obzira na posljedice. Za žene, bol je usporediva s porođajem bez anestezije. Nema više nikakve radosti u životu. Često se razmišlja o samoubojstvu.
10 Nezamisliva i neopisiva	Nezamisliva i neopisiva bol. Većina ljudi nikad nije doživjela tu razinu boli. Bol je tako intenzivna da je moguće onesvijestiti se. Oni koji su pretrpjeli tešku nesreću kao što je zgnječena šaka te izgubili svijest zbog boli, a ne gubitka krvi, doživjeli su razinu boli 10. To je približno i jačina napada bubrežnih kamenaca. Moguće je samoubojstvo.

Izvor: Jack Harich, Health Organization for Pudental Education, <http://www.pudentalhope.info/node/18>
Priredila: prof.dr.sc. Karmen Lončarek – Projekt PUB HUB

Slika 2.6. 1. prikazuje Usporednu ljestvicu boli

Izvor: <http://kbc-rijeka.hr/wp-content/uploads/2016/04/Alati-i-skale-za-palijativnu-skrb.pdf>

Vizualno-analogni skala (Visual analogue scale) je skala koja se često koristi. Čini je linija duga 100 mm. Njen početak označen je iskazom „Potpuno odsustvo boli“, a kraj iskazom „Najjača moguća bol“. Od bolesnika se traži da pokaže mjesto koje bi odgovaralo njegovom doživljaju boli. Na drugoj se strani milimetarske ljestvice očita brojčani rezultat (VAS score). VAS skala zahtijeva veće kognitivne sposobnosti te nije prikladna za procjenu poslije operacijske boli, kao ni kod bolesnika s vizualnim i/ili kognitivnim poteškoćama. Nedostaci su joj i vrijeme potrebno za unošenje podataka, diskutabilna pouzdanost te potencijalno zbunjujući utjecaj na pacijenta [21].

Upišite u tablicu jačinu svoje boli

Lijek koji uzimam: A _____ B _____ C _____

Datum početka mjerenja boli: _____

dan	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1. mjesec	1																														
	2																														
2. mjesec	1																														
	2																														

Slika 2.6. 2. VAS scale

Izvor: <https://repozitorij.mef.unizg.hr/islandora/object/mef%3A1657/datastream/PDF/view>

3. Zakonski okviri za provedbu palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj

S najnižim stupnjem razvoja palijativne medicine u Europi je Republika Hrvatska. Iako nema velikih opravdanja za to, treba se prisjetiti da je riječ o europskoj zemlji koja je od 1990. do 1995. godine bila izložena ratnim stradanjima. Hrvatska se početkom 21. stoljeća našla na početku nove faze zdravstvenog i socioekonomskog razvoja. Jedna je od zemalja članica Europske unije u kojoj društvene i ekonomske promjene determiniraju i promjene u zdravstvenog sustava, dio tih promjena odnosi se i na implementaciju palijativne skrbi. Veliki nedostatak u Republici Hrvatskoj u pogledu palijativne medicine i palijativne skrbi nedostatak praktičnog, znanstvenog i stručnog usavršavanja [4].

3.1. Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi

Bijela knjiga (eng. white paper) je dokument u kojem se javnosti iznosi stajalište neke vlade, organizacije, udruženja ili neke tvrtke. Ime je dobiveno zbog bijelih korica uveza koji se koristio za ovakve dokumente, no sada se bijele korice ne koriste tako često. Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi je preporuka Europskog udruženja za palijativnu skrb o službenom stavu palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj te objašnjenja i preporuke o zajedničkoj terminologiji i normama kvalitete [1].

Ciljevi i težnje normi palijativne skrbi:

- Potreba za unapređenjem kvalitete i smanjenje varijacija u postojećim i novim programima
- U raznim okruženjima poticanje i razvijanje kontinuiteta skrbi
- Širok spektar zdravstvenih ambijenata i omogućavanje partnerske suradnje između programa palijativne skrbi i komunalnih hospicija
- Poboljšanje programa kliničke palijativne skrbi i omogućavanje njenog razvoja

- Unapređenje kvalitete, pouzdanost u skrbi i dosljednost bitni su elementi uspostave jedinstveno prihvaćene definicije palijativne skrbi
- Kvaliteta palijativne skrbi uspostavlja se nacionalnim ciljevima
- Poboljšanje kvalitete i njegovanje inicijativa mjerenja [1].

3.2. Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017.-2020.

Jedan od prioriteta Republike Hrvatske uspostava je sustava palijativne skrbi. Predstavljena je i Nacionalna strategije razvoja zdravstva 2012. – 2020. Nacionalna strategija sadrži strateški plan razvoja palijativne skrbi, uključuje civilno društvo, jača interdisciplinarnu suradnju, regulira zakone i navodi se kao jedan od najbitnijih elemenata za izgradnju konkretne aktivnosti i razradu razvojnih mjera [21].

Sukladno Bijeloj knjizi i Nacionalnom programu cilj je razviti palijativnu skrb i sve sustave vezane uz nju, pojačati edukacije i međusobno povezati dionike uključene u brigu o palijativnom bolesniku. Uspostava sustava palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj započinje 27.prosinca 2013. godine, te se donosi strateški plan razvoja. S ciljem uspostave sustava palijativne skrbi na cijelom području Republike Hrvatske danas u svakoj županiji imamo barem neki od oblika usmjerenih na brigu o palijativnom bolesniku. U razdoblju 2014.-2016. godine Strateški plan razvoja palijativne skrbi dogovara smjernice za razvoj smjernica pojedinih područja koncepta palijativne skrbi i filozofije. Na temelju važećih odredbi sljedećih podzakonskih akata i zakona izrađen je Nacionalni program razvoja palijativne skrbi:

- Odluka Ustavnog suda Republike Hrvatske, 70/12, 82/13, 22/14 i 70/16)
- Zakon o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“, broj 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 12/12, 35/12
- („Narodne novine“, broj 169/04 i 37/08) - Zakon o zaštiti prava pacijenata
- („Narodne novine“, broj 124/11) - Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi
- („Narodne novine“, broj 79/11) - Pravilnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene

- („Narodne novine“, broj 101/12, 31/13 i 113/15) - Mreža javne zdravstvene službe
- („Narodne novine“, broj 88/10, 1/11, 87/11, 38/13, 49/13, 93/13, 62/15 i 77/15) - Pravilnik o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja na zdravstvenu njegu u kući osigurane osobe
- („Narodne novine“, broj 126/06 i 156/08) - Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja
- („Narodne novine“, broj 61/11, 128/12, 124/15 i 8/16) - Pravilnik o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti
- („Narodne novine“, broj 145/13, 31/15 i 49/16) - Pravilnik o uvjetima za unutarnji ustroj općih i specijalnih bolnica
- („Narodne novine“, broj 145/13, 31/15, 79/15 i 49/16) - Pravilnik o uvjetima za unutarnji ustroj kliničkih zdravstvenih ustanova
- („Narodne novine“, broj 46/11, 6/13 i 63/14) - Pravilnik o načinu pregleda umrlih te utvrđivanju vremena i uzroka smrti
- („Narodne novine“, broj 10/08) - Pravilnik o obrascu suglasnosti te obrascu izjave o odbijanju pojedinog dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka
- („Narodne novine“, broj 56/17, 73/17 – ispravak) - Odluka o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja [24].

Do kraja ožujka 2017. godine od donošenja Strateškog plana razvoja palijativne skrbi organizirano je 5 županijskih koordinatora za palijativnu skrb, devet županijskih timova, 16 organiziranih volonterskih skupina, 47 posudionica pomagala, 31 ambulanta boli, 22 bolničko palijativna tima i 10 mobilnih timova za palijativnu skrb u kući bolesnika. U Riječkom hospiciju „ Marija Krucifiksa Kozulić“ i bolničkim zdravstvenim ustanovama ugovorene su palijativne postelje. Osim ugovorenih postelja u Republici Hrvatskoj 15 bolnica ima organiziran planirani otpust, 15 bolnica uz liječničko otpusno pismo izdaje i otpusno pismo zdravstvene njege, 6 bolnica ima brzu liniju za palijativne bolesnike i 13 bolnica je iskazalo da bilježi šifru Z 51.5. Na nekoliko razina kreće razvoj edukacije o palijativnoj skrbi. Na studijima sestinstva, socijalnog rada i medicine postoji edukacija o palijativnoj skrbi na razini fakulteta. Medicinski fakultet u Zagrebu

(putem Centra za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine - CEPAMET-a) ima dodatne predmete edukacije o palijativnoj skrbi i tečajeve trajnog usavršavanja. Unutar obaveznog predmeta Ljekarnička skrb Farmaceutsko-biokemijski fakultet u Zagrebu ima uvrštenu palijativnu skrb. U razvoju i pružanju palijativne skrbi dragocjenu ulogu imaju volonteri. Kvaliteti palijativne skrbi pridonose volonteri i udruge za palijativnu skrb [24].

3.3. Modeli organizacije palijativne skrbi

Modeli organizacije palijativne skrbi su:

- Kućne posjete tima
- Bolnički kreveti na odjelima i klinikama namijenjeni palijativnim bolesnicima
- Specijalizirane jedinice
- Dnevne bolnice
- Službe žalovanja [25].

Ishodi palijativne skrbi u usporedbi s različitim službama:

- Output – jednostavni i mjerljivi parametri (od sociodemografskih do dužine ležanja, liječenja, kliničkom statusu.)
- Outcome – mjesto smrti, hitni pozivi, hitne hospitalizacije, ublažavanje simptoma, emocionalni status
- Troškovi liječenja
- Duhovni i socijalni aspekti
- Evaluacija [25].

3.4. Alati za procjenu palijativne skrbi

Ponekad je potrebna procjena nezadovoljenih potreba za suportivnom i palijativnom skrbi. Ta potreba mora zadovoljiti dva od tri opća indikatora pogoršanja zdravlja. Indikatori za procjenu pogoršanja zdravlja su:

- (Više od 50% vremena tijekom dana provodi u stolici ili krevetu, treba pomoć oko osobne higijene) - Izvedbeni status u pogoršanju ili loš, s ograničenom reverzibilnošću
- U posljednjih 6 mjeseci ponovljene dvije ili više neplanirane hospitalizacije
- Posljednjih 3-6 mjeseci i/ili BMI<20 - gubitak težine (5 - 10%).
- Bez obzira na optimalno liječenje uzročnih stanja javljaju se uporni i teški simptomi.
- Kod kuće mu je potrebna skrb ili živi u ustanovi za socijalnu skrb.
- Prekid liječenja, palijativna i suportivna skrb na zahtjev pacijenta [26].

Računalni probir palijativnih pacijenata- Cilj je proaktivni pristup i što ranije prepoznavanje pacijenata kandidata za palijativnu skrb. IBIS po definiranom popisu MKB-šifara detektira potencijalne kandidate za palijativnu skrb i šalje izvještaj bolničkom timu za palijativnu skrb koji potom odlučuju za svakog pojedinog pacijenta. Kad je pacijent jednom registriran kao palijativni, IBIS kod svake iduće hospitalizacije takvog pacijenta signalizira timu za palijativu [27].

Probir za palijativnu skrb

Pacijent:	
MB:	Datum:
Odjel i soba:	
<input type="checkbox"/>	
Dijagnoza*	
(označite križićem ono što se odnosi na pacijenta)	
<input checked="" type="checkbox"/>	
	Uznapređovali malignom:
	Pluća
	Dojke
	Gastrointestinalnih organa
	Prostate
	Ostalo:
	Uznapređovali ili terminalni stadij bolesti:
	Bolest srca (kongestivno zatajenje srca, koronarna arterijska bolest)
	Alzheimerova bolest / Demencija
	KOPB
	CVI / moždani udar
	Ostale bolesti
Opci indikatori	
	Višestruki posjeti hitnim službama (dva ili više puta u posljednja tri mjeseca)
	Višestruke hospitalizacije (dva ili više puta u posljednja tri mjeseca)
Pacijent/obitelj žele suportivnu ili palijativnu skrb	
Napomene:	

*Dijagnoza mora biti dokumentirana pacijentovom medicinskom dokumentacijom.
 Ta dokumentacija mora biti dostupna na uvid u trenutku ispunjavanja ovog dokumenta. Ako niste sigurni ispunjava li pacijent kriterije za ulučivanje u palijativnu skrb, obratite se koordinatoru palijativne skrbi da on obavli potpunu procjenu.

Slika 3.4. 2. prikazuje: Obrazac probira za palijativnu skrb

Izvor: <http://palijativna-skrb.hr/index.php/popis-dokumenata>

Jedan od glavnih alata za procjenu palijativne i suportivne skrbi je SPICT. Povećan rizik od pogoršanja i smrti također prepoznamo navedenim alatom [27].

SPICT™ - Alat za indikatore suportivne i palijativne skrbi

SPICT™ je vodič za prepoznavanje osoba s povećanim rizikom od pogoršanja i smrti.

Možda će biti potrebna procjena nezadovoljenih potreba za suportivnom i palijativnom skrbi.

Potražite dva ili više općih indikatora pogoršanja zdravlja.

- Izvedbeni status loš ili u pogoršanju, s ograničenom reverzibilnošću (treba pomoć oko osobne njege, više od 50% vremena tokom dana provodi u krevetu ili stolici).
- Dvije ili više neplanirane hospitalizacije u posljednjih 6 mjeseci.
- Gubitak težine (5 - 10%) u posljednjih 3-6 mjeseci i/ili BMI<20.
- Uporni, teški simptomi unatoč optimalnom liječenju uzročnih stanja.
- Živi u ustanovi za socijalnu skrb, ili treba skrb da bi ostao živjeti kod kuće.
- Pacijent zahtijeva suportivnu i palijativnu skrb, ili prekid liječenja.

Potražite kliničke indikatore uznapredovalih stanja

<p>Malignom</p> <p>Funkcionalna sposobnost pogoršava se zbog progresivnog metastatskog karcinoma. Preslab za onkološko liječenje, ili se liječenje svodi na kontrolu simptoma.</p>	<p>Srčana/vaskularna bolest</p> <p>NYHA III/IV kategorija srčane insuficijencije, ili ekstenzivna nelječiva bolest koronarnih arterija, uz:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispneju ili grudnu bol u mirovanju ili u minimalnom naporu <p>Teška, inoperabilna bolest perifernih krvnih žila.</p>	<p>Bubrežna bolest</p> <p>4. ili 5. stadij kronične bubrežne bolesti (eGFR <30ml/min) s pogoršanjem zdravlja. Zatajenje bubrega koje komplicira druga stanja koja skraćuju životni vijek, odnosno liječenje. Prestanak dijaliziranja.</p>
<p>Demencija/krhkost</p> <p>Ne može se oblačiti, hodati ili jesti bez pomoći. Želi manje jesti i piti; poteškoće u održavanju ishranjenosti. Urinama i fekalna inkontinencija. Više ne može verbalno komunicirati; oskudne socijalne interakcije. Prijelom bedrene kosti; više padova. Recidivirajuće febrilne epizode ili infekcije; aspiracijska pneumonija</p>	<p>Respiratorna bolest</p> <p>Teška kronična bolest pluća sa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispnejom u mirovanju ili kod minimalnog napora između egzacerbacija. <p>Potreba dugotrajne terapije kisikom. Potreba ventilacije zbog respiratornog zatajenja, ili je ventilacija kontraindicirana.</p>	<p>Jetrena bolest</p> <p>Uznapredovala ciroza s jednom ili više komplikacija u protekloj godini:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ascites otporan na diuretike • Hepatička encefalopatija • Hepatorenalni sindrom • Baterijski peritonitis • Rekurentna krvarenja iz varikoziteta. <p>Transplantacija jetre je kontraindicirana.</p>
<p>Neurološka bolest</p> <p>Progresivno propadanje fizičkih i/ili kognitivnih funkcija usprkos optimalnoj terapiji. Smetnje govora sa sve većim teškoćama komuniciranja i/ili progresivnom disfagijom. Rekurentna aspiracijska pneumonija; dispneja ili respiratorna insuficijencija.</p>	<p>Planiranje suportivne i palijativne skrbi</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Revidirajte sadašnje tretmane i lijekove kako bi pacijent dobio optimalnu skrb. ▪ Ako su simptomi ili potrebe kompleksni i teško rješivi, razmislite o upućivanju specijalistu za to područje. ▪ Usuglasite se s pacijentom i obitelji o sadašnjim i budućim ciljevima/planu skrbi. ▪ Ako pacijentu prijeti gubitak sposobnosti, planirajte unaprijed. ▪ Primopredaja pacijenta: plan skrbi, dogovorene razine intervencija, odluka o oživljavanju. ▪ Koordinirajte skrb s primarnom zdravstvenom zaštitom. 	

Izvor: NHS Liffman, <http://www.spict.org.uk/>

Slika 3.4. 3. prikazuje: SPICT- alat za indikatore suportivne i palijativne skrbi

Izvor: <https://huom.hr/spict-alat-za-indikatore-suportivne-i-palijativne-skrbi/>

3.5. MKB šifra Z51.5.

Stručne postavke palijativne skrbi nalažu da se ona primjenjuje paralelno s kurativnom skrbi od časa postavljanja dijagnoze potencijalno smrtonosne bolesti. Kako samo 10% ljudi umre naglom smrću, to znači da bi palijativnu skrb trebalo osigurati za ostalih 90% ljudi. Kad je pacijent prepoznat kao palijativni, korisno je dodijeliti mu MKB-10 šifru koja označava palijativnu skrb: Z51.5. Time pacijent u kliničkom radu i u informatičkom sustavu postaje prepoznat, te je i veća šansa da dobije primjereniju skrb [28].

3.5.1. Izvještaj o praćenju palijativnih pacijenata prema šifri Z51.5

Podatak za ovaj izvještaj dobiva se iz zaprimljenih faktura. Cilj je pratiti palijativnog pacijenta bez obzira da li je zaprimljen na bolničko liječenje planirano ili hitno, posjet ambulanti SKZZ planiran ili hitan, u ambulanti za bol, u objedinjenom hitnom bolničkom prijemu ili dnevnoj bolnici. Uz šifru Z51.5 obavezno je navesti MKB šifru neizlječive bolesti, koja je uzrokovala potrebu za palijativnom skrbi [28].

Pratimo:

- Broj hospitalizacija u posljednjih 12, 6, 3 i 1 mjesec po pojedinom palijativnom pacijentu
- Broj ambulantnih posjeta u posljednjih 12, 6, 3 i 1 mjesec po pojedinom palijativnom pacijentu
- Broj neplaniranih posjeta (hitne ambulante, OHBP, hitne hospitalizacije, ambulante SKZZ, dnevne bolnice) u posljednjih 12, 6, 3 i 1 mjesec
- Prosječno trajanje hospitalizacije
- Uputna dijagnoza
- Konačna dijagnoza (MKB šifra neizlječive bolesti, koja je uzrokovala potrebu za palijativnom skrbi)
- Potrošnja analgetika, po vrsti i količini, posebno opioidnih, posebno neopiodnih, kod pacijenata koji nose šifru Z51.5
- Udio umrlih sa šifrom Z 51.5, u ukupnom broju umrlih u bolnici

- Udio umrlih koji su nosili šifru Z 51.5 najmanje 30 dana, u ukupnom broju umrlih u bolnici
- Broj i vrsta konzilijarnih pregleda pacijenata označenih šifrom Z51.5 tokom hospitalizacije i ambulantnih posjeta u posljednjih 12, 6, 3 i 1 mjesec po pojedinom palijativnom pacijentu [28].

Izračunavat će se broj hospitalizacija u posljednjih 12, 6, 3 i 1 mjesec po pojedinom palijativnom pacijentu, broj ambulantnih posjeta u posljednjih 12, 6, 3 i 1 mjesec po pojedinom palijativnom pacijentu, broj neplaniranih posjeta (hitne ambulante, OHBP, hitne hospitalizacije, ambulante SKZZ, dnevne bolnice) u posljednjih 12, 6, 3 i 1 mjesec, prosječno trajanje hospitalizacije, potrošnja analgetika, po vrsti i količini, posebno opioidnih, posebno neopiodnih, kod pacijenata koji nose šifru Z51.5, udio umrlih sa šifrom Z 51.5, u ukupnom broju umrlih u bolnici i udio umrlih koji su nosili šifru Z51.5 najmanje 30 dana, u ukupnom broju umrlih u bolnici te broj i vrsta konzilijarnih pregleda pacijenata označenih šifrom Z51.5 tokom hospitalizacije i ambulantnih posjeta u posljednjih 12, 6, 3 i 1 mjesec po pojedinom palijativnom pacijentu [28].

4. Istraživački dio rada

4.1. Cilj istraživanja

Cilj rada je utvrditi znanje medicinskih sestara/tehničara u primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite o palijativnoj skrbi

Specifični ciljevi:

1. Utvrditi postoje li razlike u znanju medicinskih sestara/tehničara u odnosu na primarnu, sekundarnu i tercijarnu razinu
2. Utvrditi postoje li razlike u znanju medicinskih sestara/tehničara s obzirom na dob
3. Utvrditi postoje li razlike u znanju medicinskih sestara/tehničara s obzirom na stručnu spremu
4. Utvrditi postoje li razlike u znanju medicinskih sestara/tehničara s obzirom na godine radnog staža

4.2. Hipoteza

- H1: Na tercijarnoj razini zdravstvene zaštite medicinske sestre/tehničari prije će prepoznati problem kod palijativnog bolesnika za razliku od medicinskih sestara/tehničara na primarnoj i sekundarnoj razini zdravstvene zaštite
- H2: Medicinske sestre/tehničari s visokom stručnom spremom imaju dostatnije znanje o palijativnoj skrbi za razliku od medicinskih sestara i tehničara sa višom i srednjom stručnom spremom na sve tri razine zdravstvene zaštite.

4.3. Metode rada i sudionici

Istraživanje je provedeno u četiri različite ustanove: KBC Zagreb, Dom zdravlja – istok, Dom zdravlja – Centar, ŽB Čakovec. Vremenski period u kojem je istraživanje provedeno: 30.02. 2020. – 30.06.2020.godine. Upitnik je popunilo 150 medicinskih sestara/tehničara. Od toga je bilo 136 žena (90,7%) i 14 muškaraca (9,3%). Kategorijski podaci su predstavljeni apsolutnim i relativnim frekvencijama. Razlike u kategorijskim varijablama testirane su χ^2 testom, a po potrebi Fisherovim egzaktnim testom. Normalnost raspodjele numeričkih varijabli testirana je Shapiro - Wilkovim testom. Numerički podaci opisani su medijanom i granicama interkvartilnog raspona. Razlike numeričkih varijabli između dvije nezavisne skupine testirane su Mann Whitneyevim U testom, a između tri nezavisne skupine Kruskal Wallisovim testom. Unutarnja pouzdanost skale iskazana je preko koeficijenta Cronbach Alpha. Razina značajnosti je postavljena na Alpha = 0,05 (x, y) [29]. Za statističku analizu korišten je statistički program MedCalc Statistical Software version 19.1.7 (MedCalc Software Ltd, Ostend, Belgium; <https://www.medcalc.org>; 2020) i SPSS (IBM Corp. Released 2013. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) [30].

4.4. Mjerni instrument

U istraživanju se koristio se upitnik PCQN (Ross et al. 1996) koji se sastoji od 20 pitanja izrađen od strane Margharet M. Ross i suradnica sa Sveučilišta Ottawa, Kanada. Prilagodila ga je Sandra Lovrić, magistra sestrinstva, zaposlenica Opće bolnice Koprivnica. Znanje o filozofiji skrbi, kontroli boli i drugih simptoma kao i palijativna skrb strukturirani su u upitnik u obliku pitanja. Odgovori u upitniku bili su: ne znam, netočno i točno, a namijenjen je provjeri znanja medicinskih sestara/tehničara o palijativnoj skrbi. Odgovori ne znam i netočno dobili su nula bodova, a odgovor točno jedan bod [31].

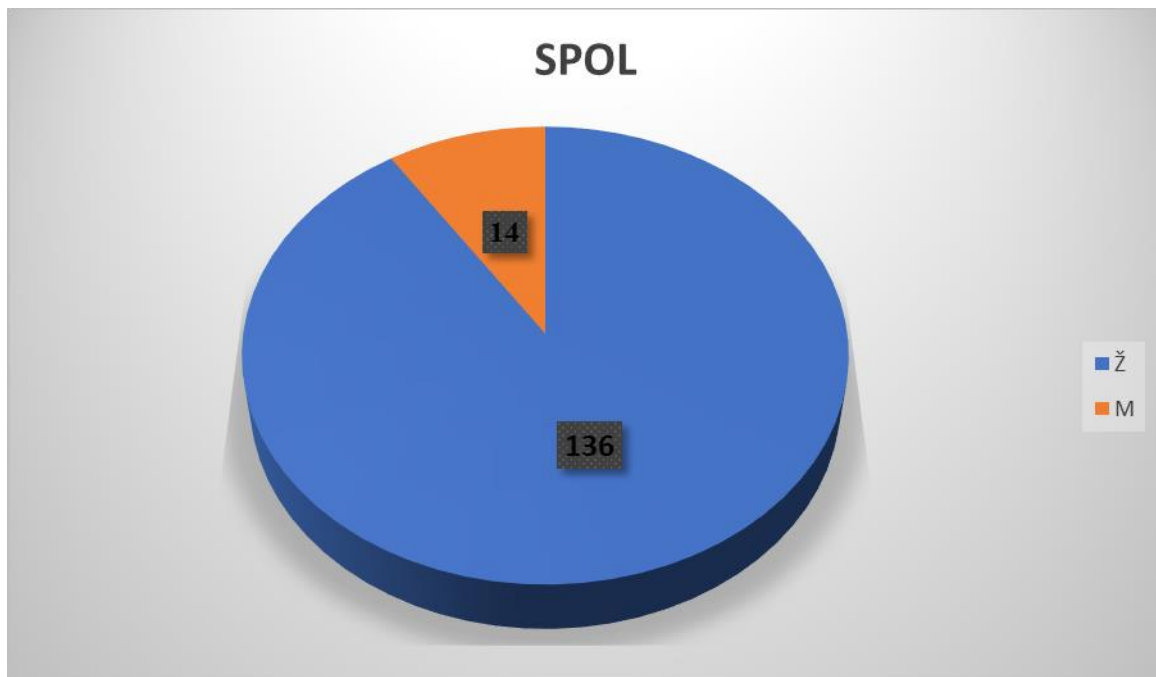
Pitanja o demografskim podacima dodana su uz dvadeset pitanja PCQN upitnika:

- „Dobro znanje“ - >75% točnosti (15/20)
- „Dostatno znanje“ - >50% točnosti (10/20) [31].

Anketni upitnik distribuiran je u papirnatom obliku u zatvorenim kuvertama, uz svaki upitnik priložen je informirani pristanak, prikupljanje podataka trajalo je 4 mjeseca (pandemija COVID-19, potres, smjenski rad, bolovanja, godišnji odmori, a za ispunjavanje upitnika potrošeno je 10 minuta vremena).

4.5. Rezultati

Istraživanje je provedeno na 150 sudionika, 50 sudionika (33,3%) iz Doma zdravlja (DZ), 50 sudionika iz Županijske bolnice (ŽB) te 50 sudionika iz Kliničkog bolničkog centra (KBC). Žena je 136 (90,7%), i to značajnije više zaposlenih u Domu zdravlja (Fisherov egzaktni test, $P = 0,007$). Prikaz spolne raspodjele sudionika istraživanja vidljiv je u grafikonu 4.4.1. S obzirom na dob, 46 (30,7%) sudionika je u dobi od 35 do 44 godine, a 42 (28%) sudionika u dobi od 25 do 34 godine, bez značajne razlike u odnosu na ustanovu. (Grafikon 4.5.1).



Grafikon 4.5.1. Prikaz spolne raspodjele sudionika istraživanja

[Izvor:autor; R.M.]

Po 66 (44%) sudionika su medicinske sestre/ tehničari ili prvostupnici sestrinstva, dok su 18 (12 %) sudionika magistri ili diplomirane sestre/ tehničari, bez značajne razlike u odnosu na ustanove.

	Broj (%)				P
	DZ	ŽB	KBC	Ukupno	
Spol					
Muškarci	0	8 (16)	6 (12)	14 (9,3)	0,007†
Žene	50 (100)	42 (84)	44 (88)	136 (90,7)	
Dob ispitanika (godine)					
18 – 24	7 (14)	2 (4)	7 (14)	16 (10,7)	0,42*
25 – 34	9 (18)	19 (38)	14 (28)	42 (28)	
35 – 44	15 (30)	16 (32)	15 (30)	46 (30,7)	
45 – 54	10 (20)	7 (14)	8 (16)	25 (16,7)	
54 i više	9 (18)	6 (12)	6 (12)	21 (14)	
Ukupno	50 (100)	50 (100)	50 (100)	150 (100)	

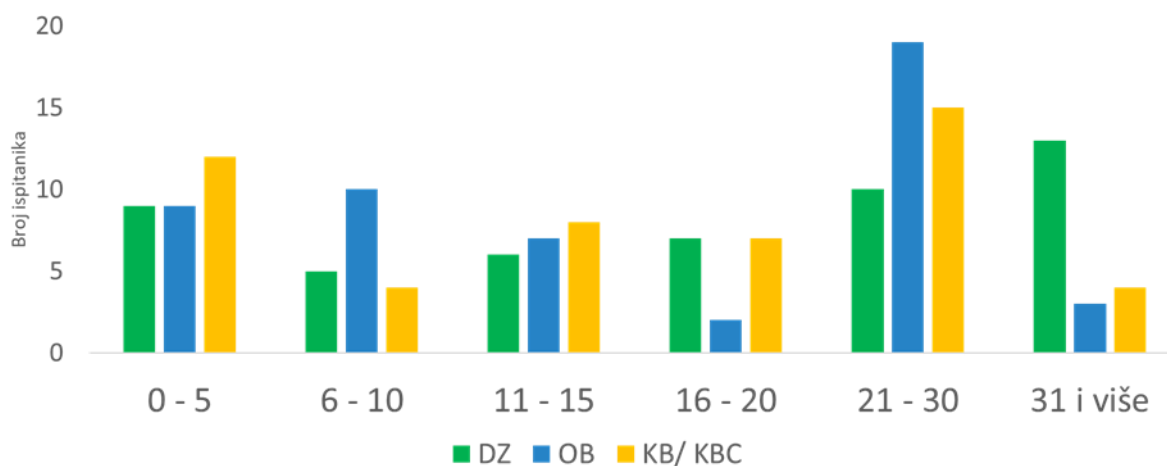
Tablica 4.5. 1. Spol i dob sudionika u odnosu na ustanovu u kojoj rade

Napomena: DZ – Dom zdravlja; ŽB- Županijska bolnica; KBC –Klinički bolnički centar

* χ^2 test; †Fisherov egzaktni test

[izvor;autor: R.M.]

Najviše sudionika, njih 44 (29,3%) je s duljinom radnog staža od 21 do 30 godina, a najmanje ih je s duljinom radnog staža od 16 do 20 godina. S duljinom radnog staža do 5 godina značajno je više sudionika iz Kliničkog bolničkog centra, njih 12 (24%), u Županijskoj bolnici su značajnije više s duljinom radnog staža od 21 – 30 godina, njih 19 (37 %), dok u Domu zdravlja radi značajnije više sudionika s duljinom radnog staža od 31 i više godina, njih 13 (26 %) (χ^2 test, P = 0,04) (Tablica i grafikon 4.5.2.).



Grafikon 4.5.2. Profesionalni status i duljina radnog staža u odnosu na ustanove u kojima rade

Napomena: DZ – Dom zdravlja; ŽB – Županijska bolnica; KBC –Klinički bolnički centar

* χ^2 test

[izvor;autor: R.M.]

	Broj (%)				P*
	DZ	ŽB	KBC	Ukupno	
Profesionalni status					
Medicinska sestra/ tehničar	25 (50)	25 (50)	16 (32)	66 (44)	0,07
Prvostupnica/prvostupnik sestrinstva	21 (42)	16 (32)	29 (58)	66 (44)	
Magistra/Diplomirana sestra/ tehničar	4 (8)	9 (18)	5 (10)	18 (12)	
Radni staž (godine)					
0 – 5	9 (18)	9 (18)	12 (24)	30 (20)	0,04
6 – 10	5 (10)	10 (20)	4 (8)	19 (12,7)	
11 – 15	6 (12)	7 (14)	8 (16)	21 (14)	
16 – 20	7 (14)	2 (4)	7 (14)	16 (10,7)	
21 – 30	10 (20)	19 (38)	15 (30)	44 (29,3)	
31 i više	13 (26)	3 (6)	4 (8)	20 (13,3)	
Ukupno	50 (100)	50 (100)	50 (100)	150 (100)	

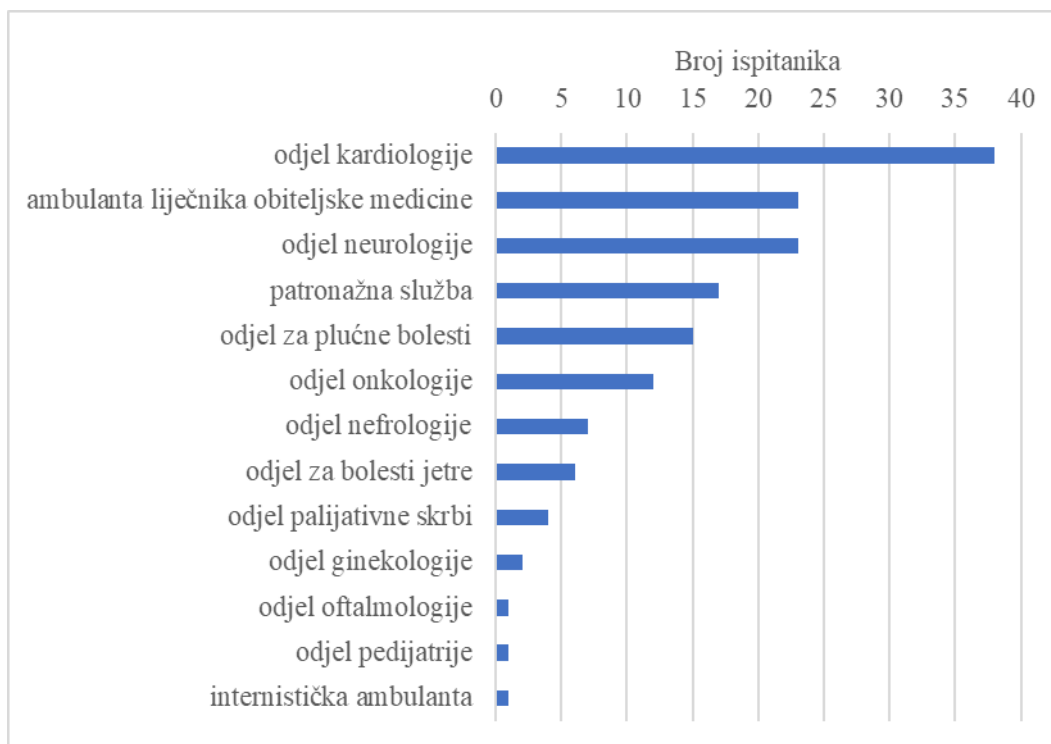
Tablica 4.5. 2. Spol i dob sudionika u odnosu na ustanovu u kojoj rade

Napomena: DZ – Dom zdravlja; ŽB – Županijska bolnica; KBC – Klinički bolnički centar

* χ^2 test

[izvor; autor: R.M.]

S odjela kardiologije je 38 (25,3%) sudionika, po 23 (15,3%) sudionika su iz ambulante liječnika obiteljske medicine ili s odjela neurologije, njih 17 (11,3 %) je iz patronažne službe, 15 (10%) iz odjela za plućne bolesti, a 12 (8%) sudionika s odjela onkologije, dok su u manjem broju sudionici s drugih odjela (nefrologija, odjel za bolesti jetre, ginekološka ambulanta, oftalmološka ambulanta, pedijatrijska ambulanta, internistička ambulanta i odjel palijativne skrbi) (Slika 4.5.3.).



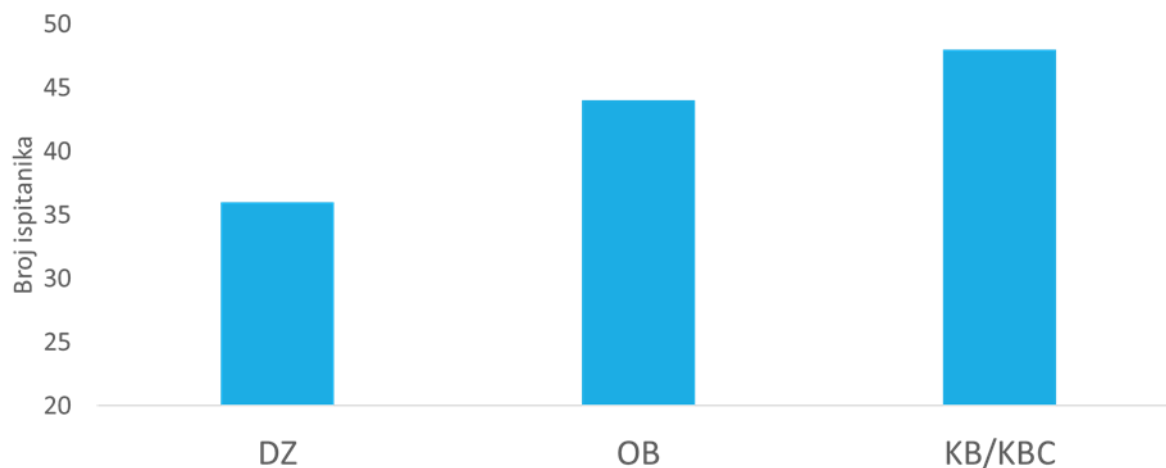
Grafikon 4.5.3. Raspodjela sudionika u odnosu na područje/ odjel na kojem rade

[izvor;autor: R.M.]

U svakodnevnom radu se s bolesnicima koji imaju potrebu za palijativnom skrbi susreće 128 (85,3%) sudionika, i to značajnije češće zaposleni u Kliničkom bolničkom centru, njih 48 (96 %), u odnosu na sudionike zaposlene u Domu zdravlja ili Županijskoj bolnici (χ^2 test, $P = 0,003$).

Tijekom svog redovitog obrazovanja o palijativnoj skrbi je slušalo 126 (84%) sudionika, neformalnu edukaciju o palijativnoj skrbi prošlo je 68 (45,3%) sudionika, a njih 130 (87,2%) navodi da bi im edukacija o palijativnoj skrbi pomogla u radu s njihovim pacijentima.

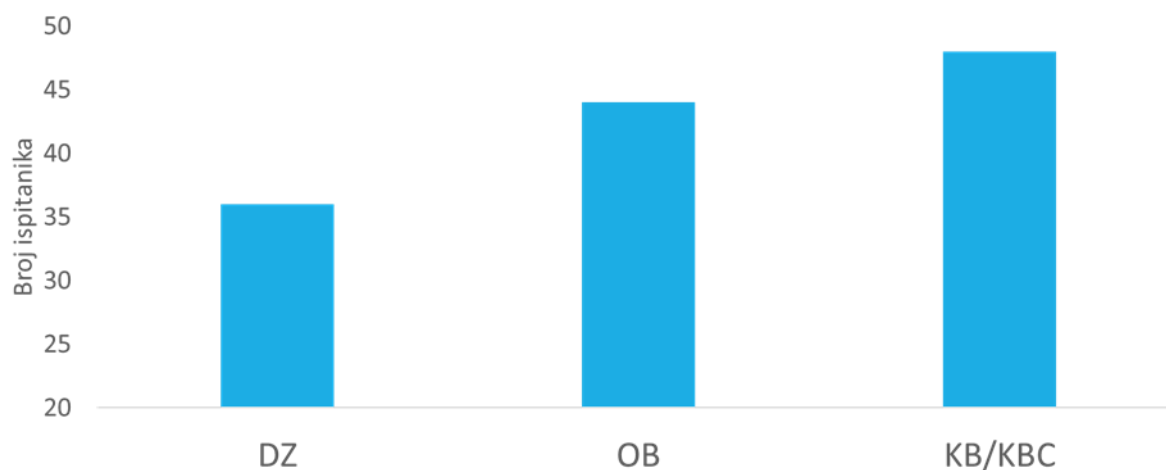
Nema značajne razlike u edukaciji (formalnoj i neformalnoj) te o značenju edukacije u odnosu na ustanovu u kojoj su zaposleni (Tablica 4.5.3 i grafikon 4.5.3, 4.5.4)



Grafikon 4.5.3. U svakodnevnom radu susreću se s bolesnicima koji imaju potrebu za palijativnom skrbi

Napomena: DZ – Dom zdravlja; ŽB – Županijska bolnica; KBC –Klinički bolnički centar

[autor; R.M.]



Grafikon 4.5.4. Prikazuje edukaciju o palijativnoj skrbi tijekom svog obrazovanja na tri razine zdravstvene zaštite

Napomena: DZ – Dom zdravlja; ŽB – Županijska bolnica; KBC –Klinički bolnički centar

[autor; R.M.]

	Broj (%)				P*
	DZ	ŽB	KBC	Ukupno	
U svakodnevnom radu se susreću s bolesnicima koji imaju potrebu za palijativnom skrbi	36 (72)	44 (88)	48 (96)	128 (85,3)	0,003
Tijekom svog obrazovanja su slušali o palijativnoj skrbi	42 (84)	41 (82)	473 (86)	126 (84)	0,86
Prošli su neformalnu edukaciju o palijativnoj skrbi	21 (42)	27 (54)	20 (40)	68 (45,3)	0,32
Edukacija o palijativnoj skrbi bi im pomogla u radu s njihovim pacijentima	39 (79,6)	45 (90)	46 (92)	130 (87,2)	0,14

Tablica 4.5. 3. Raspodjela sudionika prema tome rade li s bolesnicima kojima je potrebna palijativna skrb, prema dosadašnjoj edukaciji o palijativnoj skrbi i koristi od edukacije o palijativnoj skrbi u odnosu na ustanove u kojima rade

Napomena: DZ – Dom zdravlja; ŽB – Županijska bolnica; KBC –Klinički bolnički centar

** χ^2 test*

[izvor;autor: R.M.]

4.5.1. Znanje o palijativnoj skrbi (PCQN upitnik)

Netočne tvrdnju da je palijativna skrb prikladna jedino u situacijama kada je evidentno pogoršanje bolesti i propadanje točno su odgovorila 104 (69,3%) sudionika: da je netočno kako se muškarci s tugom nose lakše od žena točno je odgovorilo 117 (78%) sudionika: te da je netočno kako su patnja i fizička bol jedno te isto odgovorilo je 135 (90%) sudionika. Kao točnu tvrdnju da se manifestacija kronične boli razlikuje od one akutne boli, točno su odgovorila 122 (81,3%) sudionika.

Najmanje sudionika, 28 (18,7%) zna da su lijekovi koji mogu izazvati depresiju disanja prikladni za liječenje teške dispneje u terminalnoj fazi bolesti, a njih 30 (20%) da je netočna tvrdnja da se lakše podnosi gubitak osobe s kojom nismo bliski od bliske osobe.

Najviše sudionika, 71(47,3%) nije znalo odgovor na tvrdnju da u velikim dozama kodein uzrokuje veću mučninu i povraćanje od morfija, njih 68(45,3%) na tvrdnju da Dolatin nije učinkovit lijek u liječenju kronične boli, a njih 56 (37,3%) nije znalo odgovor na tvrdnju je li filozofija palijativne skrbi kompatibilna s aktivnostima liječenja (Tablica 4.5.1.1).

	Broj (%) sudionika			Ukupno
	Točno	Netočno	Ne znam	
Palijativna skrb je prikladna jedino u situacijama kada je evidentno pogoršanje bolesti i propadanje	42 (28)	*104 (69,3)	4 (2,7)	150 (100)
Morfij je standard koji se koristi za usporedbu analgetskog učinka drugih opioida	*49 (32,7)	61 (40,7)	40 (26,7)	150 (100)
Opseg bolesti određuje način liječenja boli	86 (57,3)	*53 (35,3)	11 (7,3)	150 (100)
Adjuvantna terapija je bitna u liječenju boli	*75 (50)	24 (16)	51 (34)	150 (100)
Vrlo je važno da članovi obitelji budu uz pacijenta kad nastupi smrt	122 (81,3)	*11 (7,3)	17 (11,3)	150 (100)
U zadnjim danima života pospanost povezana s elektrolitskim disbalansom umanjuje potrebu za sedacijom	*65 (43,3)	62 (41,3)	23 (15,3)	150 (100)
Ovisnost je veliki problem kod duže primjene morfija u liječenju boli	93 (62)	*40 (26,7)	17 (11,3)	150 (100)
Osobe koje uzimaju opioide moraju uzimati i laksative	*73 (48,7)	40 (26,7)	37 (24,7)	150 (100)
Pružanje palijativne skrbi zahtijeva emocionalni odmak	86 (57,3)	*43 (28,7)	21 (14)	150 (100)
Lijekovi koji mogu izazvati depresiju disanja prikladni su za liječenje teške dispneje u terminalnoj fazi bolesti	*28 (18,7)	89 (59,3)	33 (22)	150 (100)
Muškarci se s tugom nose lakše od žena	21 (14)	*117 (78)	12 (8)	150 (100)
Filozofija palijativne skrbi je kompatibilna s aktivnostima liječenja	*52 (34,7)	42 (28)	56 (37,3)	150 (100)
Upotreba placebo je prikladna u liječenju nekih tipova boli	102 (68)	*34 (22,7)	14 (9,3)	150 (100)
U velikim dozama kodein uzrokuje veću mučninu i povraćanje od morfija	*47 (31,3)	32 (21,3)	71 (47,3)	150 (100)

Patnja i fizička bol su jedno te isto	11 (7,3)	*135 (90)	4 (2,7)	150 (100)
Dolantin nije učinkovit lijek u liječenju kronične boli	*35 (23,3)	47 (31,3)	68 (45,3)	150 (100)
Izgaranje zbog akumulacije gubitaka je neizbježno za one koji rade u palijativnoj skrbi	79 (52,7)	*36 (24)	35 (23,3)	150 (100)
Manifestacija kronične boli se razlikuje od one akutne boli	*122 (81,3)	21 (14)	7 (4,7)	150 (100)
Gubitak osobe s kojom nismo bliski lakše se podnosi od gubitka bliske osobe	116 (77,3)	*30 (20)	4 (2,7)	150 (100)
Tjeskoba ili umor smanjuju prag boli	*42 (28)	93 (62)	15 (10)	150 (100)

Tablica 4.5.1. 1. Odgovori na pitanja vezanja uz palijativnu skrb

Napomena: *Točni odgovori

[izvor;autor: R.M.]

Od ukupno 20 točnih odgovora koje su mogli sudionici imati, raspon točnih odgovora na našem uzorku je od najmanje 2 do najviše 14 točnih odgovora, medijana 8 (interkvartilnog raspona od 6 do 9 točnih odgovora).

Nema značajne razlike u broju točnih odgovora u odnosu na osnovna obilježja sudionika (Tablica 4.5.1.2.).

	Medijan (interkvartilni raspon)	Minimum – maksimum točnih	P*
Ustanova			
Dom zdravlja	8 (6 – 10)	2 – 13	0,08
Županijska bolnica	8 (6 – 8)	3 – 14	
Klinička bolnica/ klinički bolnički centar	8 (7 – 10)	3 – 13	
Dob sudionika (godine)			
18 – 24	7 (6 – 8)	2 – 11	0,49
25 – 34	8 (6 – 10)	3 – 13	
35 – 44	8 (6 – 10)	3 – 14	
45 – 54	9 (6 – 10)	4 – 13	
54 i više	8 (6 – 9)	4 – 12	
Profesionalni status			
Medicinska sestra/ tehničar	8 (6 – 9)	2 – 13	0,25
Prvostupnica/ prvostupnik sestrinstva	8 (6 – 10)	3 – 13	
Magistra/ Diplomirana sestra/ tehničar	9 (7 – 11)	3 – 14	
Radni staž (godine)			
0 – 5	7 (6 - 9)	2 – 12	0,97
6 – 10	8 (6 - 10)	3 – 13	
11 – 15	7 (6 - 10)	4 – 14	
16 – 20	8 (6 - 11)	4 – 13	
21 – 30	8 (7 - 9)	3 – 13	
31 i više	8 (5 - 10)	4 – 13	

Tablica 4.5.1. 2. Znanje o palijativnoj skrbi u odnosu na obilježja sudionika

Napomena: *Kruskal Wallis test

[izvor;autor: R.M.]

Sudionici koji se u svakodnevnom radu susreću s bolesnicima koji imaju potrebu za palijativnom skrbi značajno imaju više točnih odgovora, medijana 8 (interkvartilnog

raspona od 6 do 10) u odnosu na ispitanike koji se u radu ne susreću s bolesnicima koji imaju potrebu za palijativnom skrbi (Mann Whitney U test, $P = 0,004$).

Nema značajne razlike u broju točnih odgovora u odnosu na to jesu li sudionici ili ne prošli formalno ili neformalno obrazovanje o palijativnoj skrbi (Tablica 4.5.1.3.).

	Medijan (interkvartilni raspon)	Minimum – maksimum točnih	P*
U svakodnevnom radu se susreću s bolesnicima koji imaju potrebu za palijativnom skrbi			
Da	8 (6 – 10)	3 – 14	0,004
Ne	6 (5 – 8)	2 - 10	
Tijekom svog obrazovanja su slušali o palijativnoj skrbi			
Da	8 (6 – 9)	2 – 13	0,83
Ne	8 (6 – 10)	5 - 14	
Prošli su neformalnu edukaciju o palijativnoj skrbi			
Da	8 (6 – 9)	3 – 13	0,99
Ne	8 (6 – 10)	2 - 14	

Tablica 4.5.1. 3. Znanje o palijativnoj skrbi u odnosu na obilježja sudionika

*Napomena: *Mann Whitney U test*

[izvor;autor: R.M.]

Prema broju točnih odgovora sudionike smo podijelili u skupine prema dostatnom znanju, skupinu sudionika koji nemaju dovoljno znanja (manje od 10 točnih odgovora), njih 113 i skupinu sudionika s dostatnim znanjem, njih 37 (24,7%).

(χ^2 test, $P = 0,04$), dok se količina znanja ne razlikuje po ostalim osnovnim obilježjima sudionika (Tablica 4.5.1.4.).

	Broj (%) sudionika prema znanju			P*
	Nije dovoljno	Dostatno znanje	Ukupno	
Ustanova				
Dom zdravlja	34 (30)	16 (43)	50 (33)	0,04
Županijska bolnica	44 (39)	6 (16)	50 (33)	
Klinički bolnički centar	35 (31)	15 (41)	50 (33)	
Dob sudionika (godine)				
18 – 24	14 (12)	2 (5)	16 (11)	0,71
25 – 34	31 (27)	11 (30)	42 (28)	
35 – 44	33 (29)	13 (35)	46 (31)	
45 – 54	18 (16)	7 (19)	25 (17)	
54 i više	17 (15)	4 (11)	21 (14)	
Profesionalni status				
Medicinska sestra/ tehničar	53 (47)	13 (35)	66 (44)	0,40
Prvostupnica/prvostupnik sestrinstva	48 (42)	18 (49)	66 (44)	
Magistra/Diplomirana sestra/ tehničar	12 (11)	6 (16)	18 (12)	
Radni staž (godine)				
0 – 5	23 (20)	7 (19)	30 (20)	0,78
6 – 10	14 (12)	5 (14)	19 (13)	
11 – 15	14 (12)	7 (19)	21 (14)	
16 – 20	11 (10)	5 (14)	16 (11)	
21 – 30	36 (32)	8 (22)	44 (29)	

31 i više	15 (13)	5 (14)	20 (13)
Ukupno	113 (100)	37 (100)	150 (100)

Tablica 4.5.1. 4. Dostatno znanje o palijativnoj skrbi u odnosu na obilježja sudionika

Napomena: * χ^2 test

Dostatno znanje imaju značajnije više sudionici koji se svakodnevnom radu susreću s bolesnicima koji imaju potrebu za palijativnom skrbi, njih 36(97,3%) (Fisherov egzaktni test, $P = 0,02$), dok po formalnoj i neformalnoj edukaciji nema značajne razlike u količini znanja o palijativnoj skrbi (Tablica 4.5.1.5.).

	Broj (%) sudionika prema znanju			P*
	Nije dovoljno	Dostatno znanje	Ukupno	
U svakodnevnom radu se susreću s bolesnicima koji imaju potrebu za palijativnom skrbi	92 (81,4)	36 (97,3)	128 (85,3)	0,02
Tijekom svog obrazovanja su slušali o palijativnoj skrbi	95 (84,1)	31 (83,8)	126 (84)	> 0,99
Prošli su neformalnu edukaciju o palijativnoj skrbi	53 (46,9)	15 (40,5)	68 (45,3)	0,57

Tablica 4.5.1. 5. Dostatno znanje o palijativnoj skrbi u odnosu na to je li se u svakodnevnom radu susreću s bolesnicima koji imaju potrebu za palijativnom skrbi, te o tome jesu li prošli formalnu ili neformalnu edukaciju o palijativnoj skrbi

Napomena: *Fisherov egzaktni test

[izvor; autor: R.M.]

5. Rasprava

Rezultati ovog istraživanja pokazuju kako 37(24,7%) sudionika ima dostatno znanje iz palijativne skrbi, dok njih 113(75,3%) nema dostatno znanje na tri razine zdravstvene zaštite (primarna, sekundarna i tercijarna) čime možemo potvrditi da je znanje medicinskih sestara/tehničara nedostatno. To je jedan od značajnih problema jer je medicinska sestra jedan od ključnih zdravstvenih djelatnika u palijativnoj skrbi. Uspoređujući dobivene rezultate s rezultatima Lovrić (2016) dolazi se do zaključka kako nije došlo do poboljšanja znanja o palijativnoj skrbi u dobi od 2016. – 2020. godine. Niti jedan zdravstveni djelatnik ne može raditi s palijativnim bolesnikom ako prije toga nije prošao edukaciju iz palijativne skrbi, te ako je o palijativnoj medicini učio samo iz knjiga. To može raditi samo osoba koja je jedan dio radnog staža provela s palijativnim bolesnicima. Neophodna je stalna edukacija iz toga područja. Potreba za palijativnom skrbi s godinama je sve veća, a stanovništvo u Republici Hrvatskoj je sve starije. Bez obzira na negativne rezultate ovog istraživanja, polažemo nadu u brojne edukacije koje se odvijaju na temu palijativne medicine.

Ovisnost je veliki problem kod duže primjene morfija u liječenju boli odgovorilo je 93 (62%) sudionika, dok je njih 102 (68%) odgovorilo kako je placebo prikladan u liječenju nekih tipova boli čime dolazimo do zaključka kako je na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite znanje o tretiranju simptoma nedostatno.

Druga hipoteza ovog istraživanja ne može se potvrditi s obzirom na 46 (30,7 %) sudionika u dobi od 35 do 44 godine, a 42 (28 %) sudionika u dobi od 25 do 34 godine, bez značajne razlike u odnosu na ustanovu. Nema značajne razlike u broju točnih odgovora u odnosu na osnovna obilježja sudionika, ali sudionici zaposleni u Domu zdravlja i Kliničkom bolničkom centru značajno više imaju dostatno znanje o palijativnoj skrbi, nego li sudionici koji rade u Županijskoj bolnici.

Nedostatak ovog istraživanja je nedovoljan broj muških sudionika za usporedbu znanja po spolu, te nedostatan broj visokoobrazovanih medicinskih sestara za usporedbu znanja po stupnju obrazovanja i velika razlika u broju sudionika po odjelima. Također bilo bi interesantno prospektivno pratiti zdravstvene djelatnike kada i kako mijenjaju svoje stavove o palijativnoj skrbi kroz longitudinalnu studiju.

Dolazi se do zaključka kako se znanje od 2016. – 2020. godine nije promijenilo te su rezultati poražavajući. Vrijeme je odmicalo i palijativna medicina napredovala, a potreba za palijativnom skrbi se povećavala. Znanje medicinskih sestara/tehničara koji se skrbe o palijativnim bolesnicima je trebalo biti daleko veće.

Kako bi poboljšali znanja medicinskih sestara/tehničara o palijativnoj skrbi osim brojnih edukacija koje se održavaju na tu temu potrebno je u srednje škole i fakultete zdravstvenog usmjerenje pozivati osobne iz različitih sredina koje su u neposrednom kontaktu s palijativnim bolesnicima da iz vlastitog iskustva ispričaju događaje s kojima se susreću svaki dan. Možda bi takva iskustva počela mijenjati sliku i viziju učenika i studenata o palijativnoj skrbi. Osim kolegica i kolega koji se susreću s palijativnim bolesnicima sugerirala bi da se na vježbovnu nastavu pozovu bolesnici ili obitelji koji bi htjeli ispričati svoju priču i kroz emocije koje prenose pobuditi svijest o teško bolesnim osobama kojima do samoga kraja treba osigurati kvalitetan život. Rezultate istraživanja potrebno je ponavljati svake godine i javno ih izlagati, te samo tako možemo dobiti realniji uvid u znanje i poboljšanje znanja medicinskih sestara/tehničara o palijativnoj skrbi.

6. Zaključak

Palijativna skrb je aktivna, ukupna skrb za pacijenta čija bolest ne reagira na postupke liječenja. Razvoj palijativne medicine 60-ih godina u Velikoj Britaniji te 70-ih u SAD-u i Kanadi počeo je upravo kao reakcija na promjene u medicinskoj kulturi, a potaknulo ga je nekoliko izvanrednih vizionara i povijesnih ličnosti u medicini. U Republici Hrvatskoj zakonski okviri za organizaciju palijativne skrbi stvoreni su još 2003. godine stupanjem na snagu novog Zakona o zdravstvenoj zaštiti. U Republici Hrvatskoj u tijeku je proces uspostave sustava palijativne skrbi u sve elemente zdravstvenog sustava, prema Nacionalnom programu razvoja palijativne skrbi 2017.-2020. Nedostupna i neorganizirana palijativna skrb otvara mogućnost promišljanja o eutanaziji. Život i smrt dva su nerazdvojna pola ljudske stvarnosti i, uz umijeće življenja, postoji i umijeće umiranja. Suprotno eutanaziji, u našim ustanovama svakodnevno se provodi „distanazija“. U zdravstvenim ustanovama Republike Hrvatske, sukladno njenim zakonima, ne provodi se eutanazija ni asistirani suicid, a pojam distanzije je slabo poznat. Strah od smrti obuzima svakoga tko se nađe pred neposrednom smrtnom opasnošću. Posebno je naglašen u onih koji nisu okruženi dobrotom i pažnjom bliskih osoba. Pedijatrijska palijativna skrb aktivna je i potpuna skrb za bolesnu djetetovu osobu; njegovu somatsku, psihičku i umno-duhovnu dimenziju. Ona kao posebna medicinska specijalizacija, usko povezana s palijativnom skrbi za odrasle, povezuje ključne čimbenike palijativne skrbi s pedijatrijskom kliničkom praksom u cilju poboljšanja kvalitete posljednje faze djetetova života. Kod bolesna djeteta ovu vrstu skrbi potrebno je primijeniti već s dijagnozom oboljenja. Roditelji pamte sve detalje oko smrti vlastita djeteta i stoga je obziran i suosjećajan pristup palijativnog osoblja jako važan. Palijativna je skrb puno više od ublažavanja simptoma.

Medicinske sestre/tehničari imaju ključnu ulogu u multidisciplinarnom timu, te je vrlo važno da raspoložu velikom količinom znanja o toj domeni. Neophodno je sve

češće provoditi edukacije o palijativnoj skrbi, i naglašavati važnost brige o palijativnom bolesniku, a ovo istraživanje bi tome moglo pridonijeti.

7. Literatura

- [1] Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi, 2009; 16(6) 279
- [2] V. Pozaić: Palijativna skrb; ljudsko dostojanstvo bolesnika- Pregledni članak, Glas palijativnog bolesnika 2009, Vol V/2
- [3] M. Braš, V. Đorđević, B. Kanadić Splavski, V. Vučevac: Osnovni pojmovi o palijativnoj medicini i palijativnoj skrbi- Medix, travanj 2016., XXII Broj 119/120
- [4] M. Brkljačić: Aktualno stanje palijativne skrbi u Hrvatskoj; Služba Božja 53(2013) br. ¾, 367. – 376.
- [5] D. Popović: Tiha revolucija u medicini; Medix, studeni 2005., XI br. 60/61
- [6] L. Fumić Dunkić, A. Kustura,: Organizational model of Palliative care in the Republic of Croatia – Where are we today?; Librioncol. 2018; 46 (2-3):60 – 64; doi: 10.20471/LO.2018.46.02-03.10
- [7] G. Bežovan: Hospicij i palijativna skrb – Osnovno ljudsko pravo; Rev.soc.polit. godina 16, br.1, Zagreb 2009, 95-104
- [8] A. Miškulin: www.palijativna.hr – Centar za koordinaciju palijativne skrbi u gradu Zagrebu, 27.07.2020., 1745
- [9] M. Brkljačić: Medicinska etika u palijativnoj skrbi – Obnovljeni život, 2019., 74(4), 513-527
- [10] M. Brkljačić.: Bioetika i bioetički aspekti palijativne medicine; medicina 2008, Vol 44, No2., p. 146 – 151
- [11] I. Sorta – Bilajac, M. Brkljačić Žagrović: Palijativna skrb u Hrvatskoj na pragu ulaska u Europsku uniju: medicinsko pravni i medicinsko – etički osvrt; medicina fluminensis 2012., Vol 48, No2, p. 131 – 141
- [12] S. Vuletić, B. Juranić, Š. Mikšić, Ž. Rakošec: Palijativna skrb i medicina . duhovne potrebe terminalnih bolesnika, Bogoslovna smotra, 84 2014.,4, 881 – 906
- [13] I. Štajduhar, J. Grbac: Palijativna skrb za djecu; Riječki teološki časopis, god.2012., br. 2, 269 – 290

- [14] Š. Ozimec – Vulinec: Palijativna skrb; Izvorni slajdovi - Zdravstveno veleučilište, 2018.
- [15] HKMS – Hrvatska komora medicinskih sestara: Zakoni o usavršavanju medicinskih sestara u palijativnoj skrbi, Zagreb 2019.
- [16] R. Marinić: Otpusno pismo zdravstvene njege za palijativnog bolesnika, Medicinska dokumentacija KBC-a Zagreb; OP-MD/ Izdanje 1; 2020.
- [17] M. Braš, A. Juretić, B. Kandić – Splavski., M. Devčić, M. Persoli Gudelj: Liječenje boli u palijativnoj medicini; Medix, GOD. 2016., br.119/120
- [18] L. Fumić Dunkić: Bol; Narodni zdravstveni list; godina LX, Broj 696- 697/2018, 13-14
- [19] H. Radičević: Utjecaj kroničnog rinosinuitisa na kvalitetu života, Zagreb, 2014.
- [20] M. Jerković: Primjena Abbey skale za procjenu akutne perioperativne boli u bolesnika starije životne dobi s otežanom komunikacijom; Završni rad, Zagreb 2017.
- [21] Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017. – 2020., Ministarstvo zdravstva, Republika Hrvatska; Zagreb, listopad 2017.
- [22] M. Braš: Modeli organizacije palijativne medicine; Hrvatsko društvo za palijativnu skrb, HLZ, Zagreb, 2010.
- [23] http://www.hzzo-net.hr/dload/ostalo/05_01.pdf 28.07.2020., 12⁴⁵
- [24] <http://palijativna-skrb.hr/index.php/popis-dokumenata> 28.07.2020., 12⁵⁰
- [25] Republika Hrvatska, Ministarstvo zdravstva, Dokumentacija o nabavi; str. 73
- [26] B. X-Betz: Osnovne statističke metode za nematematičare. 6. izdanje, udžbenik Jastrebarsko: Naklada Slap;2007, cop. 1997.
- [27] Y - Altman DG. Practical Statistics For Medical Research. (Chapman&Hall/CRC)
- [28] S. Lovrić: Anketni PCQN upitnik – Spoznaje medicinskih sestara u bolnici o palijativnoj skrbi; Završni rad, Zagreb 2016

8. Popis slika

Slika 2.4. 1. Program dodatnog usavršavanja medicinskih sestara u palijativnoj skrbi prema HKMS.....	13
Slika 2.4. 2. Program dodatnog usavršavanja medicinskih sestara iz palijativne skrbi	14
Slika 2.5. 1. Prikazuje: Prvi dio otpusnog pisma zdravstvene njege za Palijativnog bolesnika	17
Slika 2.5. 2. Prikazuje: Drugi dio otpusnog pisma zdravstvene njege za Palijativnog bolesnika	18
Slika 2.6. 1. prikazuje Usporednu ljestvicu boli	20
Slika 2.6. 2. VAS scale	21
Slika 3.4. 1. prikazuje Obrazac prve palijativne kućne posjete obiteljskog liječni...27	
Slika 3.4. 2. prikazuje: Obrazac probira za palijativnu skrb	28
Slika 3.4. 3. prikazuje: SPICT- alat za indikatore suportivne i palijativne skrbi	29

9. Popis tablica

Tablica 4.5. 1. Spol i dob ispitanik u odnosu na ustanovu u kojoj rade	35
Tablica 4.5. 2. Spol i dob ispitanik u odnosu na ustanovu u kojoj rade	37
Tablica 4.5. 3. Raspodjela sudionika prema tome rade li s bolesnicima kojima je potrebna palijativna skrb, prema dosadašnjoj edukaciji o palijativnoj skrbi i koristi od edukacije o palijativnoj skrbi u odnosu na ustanove u kojima rade	40
Tablica 4.5.1. 1. Odgovori na pitanja vezanja uz palijativnu skrb	42
Tablica 4.5.1. 2. Znanje o palijativnoj skrbi u odnosu na obilježja sudionika	43
Tablica 4.5.1. 3. Znanje o palijativnoj skrbi u odnosu na obilježja sudionika	44
Tablica 4.5.1. 4. Dostatno znanje o palijativnoj skrbi u odnosu na obilježja sudionika	46
Tablica 4.5.1. 5. Dostatno znanje o palijativnoj skrbi u odnosu na to je li se u svakodnevnom radu susreću s bolesnicima koji imaju potrebu za palijativnom skrbi, te o tome jesu li prošli formalnu ili neformalnu edukaciju o palijativnoj skrbi	46

Prilozi

PRILOG 1 / Zamolba Sandri Lovrić, magistra sestinstva za upotrebu PCQN upitnika

Ova verzija pretraživača Chrome više nije podržana. Izvršite nadogradnju na [podržani preglednik](#). [Odbaci](#)

Gmail Pretraživanje pošte

Novo

Pristigla pošta

- Sa zvjezdicom
- Odgodeno
- Poslano
- Skice
- Unwanted
- Ružica -

Sretrol

Poslano s mog LG telefona

----- Izvorna poruka -----
Pošiljatelj: Ružica Marinić
Datum: pon, 2. pro 2019, 14:15
Za: cvijet_kc@yahoo.com, sandraLovrick@yahoo.com
Kopija:
Predmet:

Poštovana,

Prije svega ispričavam Vam se na smetnji. Moje ime je Marinić Ružica, [bacc.med](#) techn, zaposlenica sam u Službi medicinskih i nemedicinskih poslova na KBC-u Zagreb, kao sestra za planirani otpust. Studentica sam na Sveučilištu sjever u Varaždinu, na diplomskom studiju i pišem završni rad na temu: Znanje o palijativnoj skrbi na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite. Po savjetu kolegice Sladane Režić, obračam Vam se za pomoć. Htjela bih koristiti Vaš anketni upitnik koji ste preveli u završnom radu, te ovim putem Vas molim za dozvolu.

S poštovanjem,
Marinić Ružica, [bacc.med](#) techn

RE: Pristigla pošta x

cvijet_kc@yahoo.com
prima ja, cvijet_kc -
pon, 2. pro 18:08 (prije 8 dana) ☆ ↶ ⋮

Poštovana kolegice,
Imate moju dozvolu i mozete me slobodno kontaktirati ako jos sto trebate.
I nadam se da me budete naveli u radu 😊.
Moj br je [098722386](tel:098722386)
Sretrol

Poslano s mog LG telefona

anketni upitnik koji ste preveli u završnom radu, te ovim putem Vas molim za dozvolu.

S poštovanjem,
Marinić Ružica, [bacc.med](#) techn

Ružica Marinić <ruzicamarinic93@gmail.com>
prima cvijet_kc@yahoo.com -
uto, 3. pro 08:26 (prije 7 dana) ☆ ↶ ⋮

Poštovana,

Zahvaljujem Vam na dozvoli i Vašem odgovoru. Ako ću trebati Vašu pomoć ili savjet, obavezno Vam se javim. Moj broj mobitela je: 091/492/2496. Obavezno cu Vas citirati kao autora.

S poštovanjem,

Nema nedavnih chatova
[Pokrenite novi razgovor](#)

Prilog 2 / Odobrenja Etičkih povjerenstava za provedbu upitnika

RE: Etičko povjerenstvo-diplomski rad Poruka broj 5 od 8

Od: Ana Grgić
Za: 'rmarinic'
Cc: 'Dom zdravlja Zagreb - Istok', milica.tikvic@dzz-istok.hr, antonija.mraovic@dzz-istok.hr
Datum: 2020-02-28 13:00

Poštovana,

ukoliko nije riječ o anketi čiji sadržaj dolazi u dodir s pitanjima koja se tiču osiguranih osoba (pacijenata), nije potrebno ishoditi suglasnost Etičkog povjerenstva.

Etičko povjerenstvo daje suglasnost na istraživanja/radove vezane uz zdravstveno stanje osiguranih osoba.

Slijedom navedenoga, možete slobodno provesti svoju anketu s patronežnim medicinskim sestrama, ukoliko su iste voljne sudjelovati u njoj.

S poštovanjem,

Služba prevnih, kadrovskih, općih i tehničkih poslova
Dom zdravlja Zagreb-Istok

-----Original Message-----
From: rmarinic <rmarinic@dc-zagreb.hr>
Sent: Thursday, February 27, 2020 10:27 AM
To: istok@dzz-istok.hr
Subject: Etičko povjerenstvo-diplomski rad

Poštovani,

Prije svega ispričavam se na smetnji. Javijam Vam se po uputku glavne sestre Vašeg doma zdravlja. Studentica sam završne godine diplomskoga studija, htjela bih provesti anketni upitnik na medicinskim sestrama o Znanju o palijativnoj skrbi na 3 razine zdravstvene zaštite.

Moje pitanje je sljedeće: što moram napraviti da dobijem odobrenje Vašeg Etičkog povjerenstva?



Dom zdravlja Zagreb – Centar
Runjaninova 4, 10 000 Zagreb

T: 01 4897666
F: 01 4843456
E: ravnateljstvo@dzz-centar.hr
OIB: 00053084642
MB: 01674056

www.dzz-centar.hr

KLASA: d-072-30/19-01/004
URBROJ: 251-510-03-20-19-22
Zagreb, 20. prosinca 2019. godine

ETIČKO POVJERENSTVO

Etičko povjerenstvo Doma zdravlja Zagreb – Centar u sastavu: Iva Zrinka Kordić, dr. med., spec. psihijatrije, Vedran Karabeg, dr. med., spec. obiteljske medicine, dr. sc. Petra Nola Fuchs, dr. med. dent., spec. oralne kirurgije, Boris Franulović, dr. med., spec. ginekologije i opstetricije i Tatijana Tomičić, struč. spec. ing. sec., povodom zamolbe Ružice Marinić, bacc. med. techn. za provođenjem istraživanja za potrebe izrade diplomskoga rada na temu "Znanje o palijativnoj skrbi na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite" u Domu zdravlja Zagreb – Centar, na 14. redovnoj sjednici održanoj telefonskim putem dana 20. prosinca 2019. godine, donijelo je sljedeću

ODLUKU

Ocjenjuje se da nema zapreke u etičkom smislu za provođenjem istraživanja za potrebe izrade diplomskoga rada na temu "Znanje o palijativnoj skrbi na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite" u Domu zdravlja Zagreb – Centar i odobrava se provođenje predmetnog istraživanja, provoditeljice istraživanja Ružice Marinić, bacc. med. techn.

Predsjednica Etičkog povjerenstva

Iva Zrinka Kordić, dr. med., spec. psihijatar

KLINIČKI BOLNIČKI CENTAR ZAGREB
Etičko Povjerenstvo
ZAGREB – Kišpatičeva 12

Klasa: 8.1-20/24-2
Broj: 02/21 AG

Zagreb, 24. veljače 2020. godine

Ružica Marinić, bacc. med. techn.
Služba zajedničkih medicinskih i
nemedicinskih poslova

Predmet: Suglasnost za provođenje istraživanja

Na 133. redovnoj sjednici Etičkog povjerenstva KBC-a Zagreb održanoj 24. veljače 2020. godine razmotrena je Vaša zamolba za odobrenje istraživanja pod nazivom: „Znanje o palijativnoj skrbi na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite“ u svrhu izrade diplomskog rada pod mentorstvom prof. dr. sc. Hrvoja Hećimovića, prim. dr. med.

Istraživanje će se provesti u Klinici za unutarnje bolesti, Klinici za neurologiju, Klinici za bolesti srca i krvnih žila te u Klinici za plućne bolesti Jordanovac Kliničkog bolničkog centra Zagreb.

Etičko je povjerenstvo suglasno s provođenjem navedenog istraživanja, s obzirom da se isto ne kosi s etičkim načelima.

Predsjednik Etičkog povjerenstva

Prof. dr. sc. Darko Marčinko



Etičko povjerenstvo
Broj: 01-779/1/2020
Čakovec, 11.03.2020. godine

Etičko povjerenstvo Županijske bolnice Čakovec u sastavu Dejan Balažin, dr.med., spec. pedijatrije, subspec. pedijatrijske nefrologije, Jasmina Srnc, bacc.med.techn., mr.sc.Nino Škvorc, dr.med.spec. ginekologije i opstetricije, subspec.uroginekologije, Lana Križarić, dipl.iur.,struč.spec.oec.na temelju čl.6. Poslovnika o radu Etičkog povjerenstva, na sjednici održanoj dana 11.03.2020. godine povodom zamolbe Ružice Marinić donosi sljedeći

ZAKLJUČAK

1. Ružici Marinić daje se suglasnost za provođenje ankete za istraživanje u svrhu izrade diplomskog rada na temu: „Znanje o palijativnoj skrbi na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite“.
2. Imenovana je dužna, u skladu s UREDBOM 2016/679 EZ O ZAŠTITI POJEDINACA U VEZI S OBRADOM OSOBNIH PODATAKA I SLOBODNOM KRETANJU TAKVIH PODATAKA, čuvati povjerljivost svih podataka kojima ima pravo i ovlast pristupa te potpisati Izjavu o povjerljivosti.
3. Svi ispitanici, prije ispunjavanja ankete, dužni su potpisati informirani pristanak.
4. O rezultatima provedene ankete imenovana je u obvezi izvjestiti ovo Povjerenstvo.

Predsjednik Etičkog povjerenstva
Dejan Balažin, dr.med., spec. pedijatrije,
subspec. pedijatrijske nefrologije

Prilog 3 / Pristanak za popunjavanje PCQN upitnika

IZJAVA I DOKUMENT O PRISTANKU I SUGLASNOSTI OBAVIJEŠTENOG ISPITANIKA ZA SUDJELOVANJE U ISTRAŽIVANJU

Pri fakultetu Sveučilišta Sjever u Varaždinu provodi se istraživanje pod nazivom "Znanje o palijativnoj skrbi na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite" u svrhu izrade diplomskog rada pristupnice Marinić Ružice, bacc.med.techn.

Sudjelovanje u istraživanju je anonimno i dobrovoljno te se može odbiti ili odustati od njega u bilo koje vrijeme i bez obrazloženja.

"Ovim izjavljujem da sam u potpunosti upoznat/a s detaljima istraživanja. Na pitanja mi je odgovoreno jezikom koji je meni bio razumljiv. Svrha i korist ovog istraživanja su mi objašnjeni. Potvrđujem da sam voljan/a sudjelovati u istraživanju."

Pristajem na sudjelovanje u istraživanju u svrhu izrade diplomskog rada.

Ime i prezime ispitanika: _____

Potpis: _____

Datum: _____

Istraživač: Marinić Ružica, bacc.med.techn

HEKON
ALIFBAINA

Sveučilište
Sjever



SVEUČILIŠTE
SJEVER

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, RUŽICA MARINIĆ (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom Tranjić medicinskih sestara/tehničara (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:

(upisati ime i prezime)

Marica Ružić

(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, MARINIĆ RUŽICA (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom Tranjić medicinskih sestara/tehničara (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:

(upisati ime i prezime)

Marica Ružić

(vlastoručni potpis)