Zdravstvena skrb za palijativnog pacijenta u kućnoj njezi

Kranjec, Kristina

Undergraduate thesis / Završni rad

2016

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

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:519512

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**



Repository / Repozitorij:

University North Digital Repository





Završni rad br.704/SS/2016

Zdravstvena skrb za palijativnog pacijenta u kućnoj njezi

Kristina Kranjec, 4873/601

Varaždin, travanj 2016.godine

Sveučilište Sjever

Odjel za Biomedicinske znanosti

Završni rad br.704/SS/2016

Zdravstvena skrb za palijativnog pacijenta u kućnoj njezi

Student:

Kristina Kranjec, 4873/601

Mentor:

Melita Sajko dipl.med.techn.

Varaždin, travanj 2016.godina

Sveučilište Sjever
Sveučilišni centar Varaždin
104. brigade 3, HR-42000 Varaždin

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL: Odjel za biomedicinske znanosti

PRISTUPNIK: Kristina Kranjec | MATIČNI BROJ: 4873/601

DATUM: 30.03.2016. | KOLEGIJ: Zdravstvena njega umirućih bolesnika

NASLOV RADA: Zdravstvena skrb za palijativnog pacijenta u kućnoj njezi

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU: Health care for palliative patients in home care

MENTOR: Melita Sajko, dipl.med.techn. | ZVANJE: predavač

ČLANOVI POVJERENSTVA:
1. Ivana Živoder, dipl.med.techn., predsjednik
2. Melita Sajko, dipl.med.techn., mentor
3. Marijana Neuberg, mag.med.techn., član
4. Jurica Veronek, mag.med.techn., zamjenski član
5.

Zadatak završnog rada

BROJ: 704/SS/2016

OPIS:

Palijativna skrb je pristup koji poboljšava kvalitetu života bolesnika i njihovih obitelji kada se suočavaju s problemima povezanim s neizlječivim bolestima, putem sprečavanja i smanjenja patnje, što čini ranom identifikacijom, besprijekornom prosudbom i liječenjem boli i drugih fizičkih, psihosocijalnih i duhovnih problema.
Palijativni je pristup interdisciplinaran i uključuje bolesnika, obitelj i zajednicu.
Temeljni koncept palijativne skrbi je zadovoljavanje individualnih potreba bolesnika bilo kod kuće ili u bolnici. smatra se da palijativno liječenje treba obuhvatiti razdoblje od dijagnoze neizlječive bolesti do razdoblja žalovanja nakon smrti bolesnika.
Temeljna vještina u palijativnoj skrbi je kontrola i ublažavanje simptoma, posebno boli, objedinjavanje fizičkih, socijalnih, psiholoških i duhovnih oblika pomoći u očuvanju dostojanstva bolesnika i njegovog integriteta, ali i integriteta obitelji.
palijativni postupci, skrb i potpora pružaju se kod kuće, u staračkim domovima, hospicijima i bolnicama ili u drugim okruženjima ako je to potrebno.

U radu je potrebno:- definirati palijativnu medicinu i palijativne principe
- navesti povijest palijativne medicine
- palijativna medicina u svijetu, Hrvatskoj i varaždinskoj županiji
- žalovanje, umiranje i pristup umirućem bolesniku
- navesti koji sve oblici palijativne skrbi postoje
- definirati najčešće dijagnoze, ciljeve i intervencije kod palijativnog bolesnika u kućnim uvjetima
- uloga medicinske sestre u kući palijativnog bolesnika
- naglasiti važnost komunikacije s palijativnim bolesnikom
- opisati organizaciju i pružanje palijativne skrbi u kući bolesnika

ZADATAK URUČEN: 20.04.2016. | POTPIS MENTORA:

SVEUČILIŠTE SJEVER

Predgovor

Zahvaljujem svojoj mentorici Meliti Sajko na pomoći i savjetovanju tokom izrade ovog završnog rada i što je uvijek imala strpljenja i vremena za moje brojne upite.

Također zahvaljujem svojim prijateljicama koje su mi bile bezuvjetna potpora i bez kojih ove tri godine ne bi bile tako zabavne.

Zahvaljujem svojoj glavnoj sestri Renati Možanić na razumijevanju, velikoj pomoći i savjetovanju kroz ove tri godine studija.

Posebnu zahvalnost iskazujem cijeloj svojoj obitelji koja me je uvijek podržavala i upućivala na pravi put.

I na kraju najveću zahvalu za ono što sam postigla pripisujem svojem suprugu, koji je uvijek bio tu, uz mene, bez obzira da li se radilo o teškim ili sretnim trenucima i bez kojeg sve ovo što sam dosad postigla ne bi bilo moguće.

Veliko HVALA svima!

Sažetak

Palijativna medicina predstavlja jednu od novijih subspecijalističkih grana moderne medicine. Glavno središte interesa palijativne medicine skrb je za terminalno oboljele bolesnike, odnosno bolesnike u završnom stadiju bolesti, gdje klasična, kurativna medicina svojim dijagnostičko-terapijskim kao i znanstveno–tehnološkim pristupom više ne može vratiti bolesnika (pacijenta) u stanje zdravlja, odnosno odsustva bolesti. Palijativna medicina obuhvaća tri područja: smirivanje simptoma, psihosocijalnu podršku štićenicima i njihovim njegovateljima te etičke probleme vezane uz kraj života.

Palijativna skrb je skrb kojom se poboljšava kvaliteta života pacijenata suočenih sa neizlječivom bolešću, kao i njihove obitelji kroz prevenciju i olakšavanje patnje putem ranog otkrivanja i nepogrešive procjene u liječenju boli i drugih simptoma bolesti.

Palijativno zbrinjavanje predstavlja relativno novi pristup u našoj medicinskoj praksi. Ono se ne bavi bolešću od koje pacijent boluje, već stanjima i simptomima koji su posljedica te bolesti i koji utječu na kvalitetu života pacijenta i njegove obitelji.

Suvremena medicina usmjerena je liječenju i izlječenju od bolesti a umiranje se smatra nedostatkom odnosno promašajem u medicini. Za vrijeme liječenja zdravstveni tim se bavi bolešću a kada liječenje više ne daje rezultate, bolesnik i njegova obitelj prepušteni su sami sebi. Palijativna skrb počinje kada su iscrpljene klasične metode liječenja. Za kvalitetnu palijativnu skrb je potreban tim stručnjaka koji imaju znanja o palijativnoj medicini.

Palijativna skrb podrazumijeva brigu za bolesnika u terminalnom stadiju bolesti. Palijativna skrb takvog bolesnika je važna kako bi se poboljšala kvaliteta života takvom bolesniku, pružila pomoć i podrška njegovoj obitelji, čak i nakon smrti, do završetka procesa žalovanja.

Dostupnost palijativne skrbi mora se osnivati na potrebama i ne treba je ograničavati na tip bolesti, geografsku lokaciju ili socioekonomski status onoga koji takvu skrb treba.

Ključne riječi: palijativna skrb, umiranje, žalovanje, kućna njega

Popis korištenih kratica

PZZ – primarna zdravstvena zaštita

HZZO – Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

HKMS – Hrvatska komora medicinskih sestara

DTP – dijagnostičko terapijski postupci

CEPAMET - Centar za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine

KUZ - Koalicija udruga u zdravstvu

i.m. – intramuskularno

s.c. - supkutano

Sadržaj

1. Uvod 1
1.1.Ključne kompetencije u palijativnoj skrbi 2
2. Povijest palijativne medicine 4
3. Palijativna medicina u svijetu i Hrvatskoj 5
3.1. Palijativna medicina u Hrvatskoj 5
3.2. Palijativna medicina u Varaždinskoj županiji 7
4. Umiranje 10
4.1. Kako pristupiti umirućem bolesniku 11
5. Žalovanje 12
5.1. Reakcije ljudi u razdoblju žalovanja 12
5.2. Stadiji i faze žalovanja 13
6. Palijativna skrb 15
6.1. Preporuke za organizaciju palijativne medicine na razini primarne zdravstvene zaštite 16
6.2. Oblici palijativne skrbi 17
6.3. Kućna palijativna skrb 18
6.4. Zbrinjavanje u posljednjim trenucima života 18
6.5. Ciljevi palijativne skrbi 19
6.6. Ključni principi palijativne skrbi 19
Osnovni zahtjevi za pružanje palijativne skrbi: 21
7. Službe za kućnu njegu (ustanove za zdravstvenu njegu u kući) 22
8. Medicinska sestra u kući palijativnog pacijenta 24
8.1. Intervencije medicinske sestre kod palijativnog pacijenta u kućnoj njezi 25
9. Sestrinske dijagnoze palijativnog pacijenta u kućnoj njezi 28
9.1. Strah 28
9.2. Bol, kronična bol 30
9.3. Smanjeno podnošenje napora 32
9.4. Visok rizik za nastanak dekubitusa 34
9.5. Socijalna izolacija 36
10. Skrb za bolesnikovu obitelj 40
11. Komunikacija s palijativnim bolesnikom 41
11.1.Kakav bi trebao biti prvi kontakt medicinske sestre i pacijenta 42
12. Zaključak 43
13.Literatura 45

1. Uvod

„Hospicijski pokret i specijalnost palijativne medicine koja je iz njega izrasla ponovno je naglasio važnost života osobe i odnosa. Istraživanje i dobra klinička praksa u palijativnoj medicini žele izbjeći izolaciju zbog koje mnogi bolesnici pate, a koja se često povećava zbog neadekvatnih intervencija. Ako osobe znaju da ih se poštuje kao ljude, kraj života može biti finalno ispunjenje svega što se događalo ranije“

Dame Cicely Saunders

Unatoč opsežnom razvoju medicinskih znanosti, još uvijek nije moguće izliječiti sve bolesti. Velik broj oboljelih svakodnevno umire od posljedica terminalnih bolesti, poput malignih bolesti, kroničnih nezaraznih i zaraznih bolesti. S pružanjem zdravstvene njege umirućem bolesniku susreće se gotovo svaka medicinska sestra neovisno o okruženju u kojemu radi, u bolnici, u domu umirovljenika ili u bolesnikovu domu. [1]

Naziv umirući bolesnik rabi se za bolesnika kojemu je smrt izvjesna, ne previše daleko i za kojega se cjelokupna skrb mijenja od kurativne prema palijativnoj.[1] U palijativnoj se medicini više nego igdje drugdje susrećemo s osobama koje boluju od neizlječivih bolesti kao i s njihovim obiteljima, a od nas se očekuje visokostručan, human, civilizaciji 21. stoljeća primjeren pristup u rješavanju njihovih tjelesnih, psiholoških, socijalnih i duhovnih problema. Neki su od ovih bolesnika usamljeni, bez obitelji, socijalno ugroženi, otuđeni od zajednice, drugi okruženi izrazitom podrškom obitelji, prijatelja i zajednice, ali svatko od njih na sebi svojstven način emocionalno reagira na bolest koja je značajan izvor patnje. [2]

Palijativna je skrb specijalizirana medicinska skrb usmjerena na osobe koje boluju od teških bolesti. Njezina je svrha pružiti bolesnicima olakšanje od simptoma, boli i stresa zbog ozbiljne bolesti bez obzira na dijagnozu. Ta vrsta skrbi usredotočena je na pružanje olakšanja bolesniku od simptoma, boli i stresa uzrokovanih ozbiljnom bolešću. Svrha je poboljšati kvalitetu života, kako za pacijente tako i za njihove obitelji. [3]

Palijativna medicina ne može izliječiti osobu, ali može o njoj skrbiti, ublažiti joj bol i patnju, čuvajući dostojanstvo osobe kao jedinstvenog ljudskog bića. U palijativnoj medicini nema i ne smije biti rečenice „ništa se više ne može učiniti“, jer se uvijek pitamo „što još možemo učiniti za bolesnika i njegovu obitelj“. Ovdje se testira naša sposobnost dobrog kliničara,

komunikacijske vještine, sposobnost rada u multidisciplinarnom timu, ali podjednako tako i čovječnost. [2]

Suvremena medicina dijeli se na preventivnu, kurativnu i palijativnu medicinu. **Palijativna medicina** je aktivna totalna skrb o bolesniku čija bolest ne odgovara na kurativno liječenje. Brojni aspekti palijativne medicine primjenjivi su i ranije tijekom bolesti, tako da se smatra da palijativno liječenje treba obuhvatiti razdoblje od dijagnoze neizlječive bolesti do razdoblja žalovanja nakon smrti bolesnika. [2]

Palijativnu skrb pruža tim liječnika, medicinskih sestara i drugih specijalista koji surađuju s bolesnikovim liječnikom kako bi mu pružili dodatnu razinu podrške. Palijativna je skrb prikladna u svakoj dobi te u svakom stadiju ozbiljne bolesti može se pružati usporedo s kurativnim liječenjem bolesti. [3]

1.1.Ključne kompetencije u palijativnoj skrbi

Primjenjivati ključne komponente palijativne skrbi u okruženju u kojem se pacijenti i njihove obitelji nalaze.

- Omogućiti pacijentu da se tijekom cijele bolesti osjeća što udobnije.
- Udovoljiti pacijentovim psihološkim potrebama.
- Udovoljiti pacijentovim socijalnim potrebama.
- Udovoljiti pacijentovim duhovnim potrebama.
- Odgovoriti na potreba obiteljskih njegovatelja u odnosu na kratkoročne, srednjoročne i dugoročne ciljeve skrbi za pacijenta.
- Odgovoriti na izazove povezane s kliničkim i etičkim odlučivanjem u palijativnoj skrbi.
- Provoditi koordinaciju sveobuhvatne skrbi i interdisciplinarni timski rad u svim okruženjima u kojima se pruža palijativna skrb.
- Razvijati interpersonalne i komunikacijske vještine primjerene palijativnoj skrbi.
- Razvijati samosvijest i kontinuirano se profesionalno usavršavati. [4]

Palijativnu skrb treba pružati na mjestu koje odbere pacijent ili njegova obitelj, a prema potrebi se treba prilagoditi tome okruženju. Kada to nije moguće pacijentu bi trebalo ponuditi

alternativna rješenja. Veći dio palijativne skrbi može se pružiti i u ne specijalističkom okruženju. Za uspješnu integraciju načela palijativne skrbi ključna je prilagodba, koja se odnosi na djelatnike u palijativnoj skrbi, a ne na pacijente i obitelji koji bi u tom slučaju morali značajno promijeniti životne okolnosti. [4]

Djelatnici u palijativnoj skrbi trebali bi moći:

- Razumjeti značenje bolesti koja skraćuje životni vijek i bolesti opasne po život,
- Primijeniti načela palijativne skrbi, koja afirmiraju život i nude pacijentima sustav potpore koji im pomaže da žive što aktivnije do smrti, stavljajući pritom naglasak na kvalitetu života i pomoć obiteljima tijekom bolesti,
- Razumjeti važnost fizičkih, psiholoških, socijalnih i duhovnih pitanja koja utječu na osobe s bolestima koje skraćuju život i njihove obitelji,
- Uvažiti vrijednosti, vjerovanja i kulturu pacijenta i njihovih obitelji,
- Pokazati sposobnost primjenjivanja palijativnog pristupa čim je to primjereno,
- Uvidjeti potrebe pacijenta i obitelji za prikladnom sveobuhvatnom skrbi u terminalnom stadiju te pružiti takvu skrb. [4]

Iako je oko 90% bolesnika hospitalizirano tijekom posljednje godine života, ipak veći dio vremena provedu u vlastitom domu, a oko 50% bolesnika i umre u vlastitim domu, što je želja najvećeg broja terminalno bolesnih. U zbrinjavanju, uz zdravstveno osoblje, vrlo veliku ulogu imaju članovi obitelji, prijatelji, susjedi. [4]

Iako je smrt dio života, najveći broj ljudi boji se umiranja i smrti. Stavovi o smrti svakog pojedinca ovise o mnogobrojnim čimbenicima, a osobito o kulturalnom okruženju i vjerskim uvjerenjima. Jedan od vodećih strahova vezan uz umiranje odnosi se na bol, jer i oboljeli i članovi njihovih obitelji boje se teških nesavladivih bolova. Bolesnici se također boje i ovisnosti o drugima, napuštenosti, gubitka kontrole nad životom. Skrbeći o umirućem bolesniku medicinska sestra suočava se s dvostrukom ulogom, zbrinjavanjem oboljelog ali i pružanjem potpore njegovoj obitelji i prijateljima. [4]

2. Povijest palijativne medicine

Skrb za umiruće razvija se u 17. stoljeću kroz napore sv. Vincenta de Paula utemeljitelja sestara milosrdnica u Parizu. Sestre milosrdnice otvorile su brojne hospicije za brigu o „nevidljivima“ – siročadi, bolesnima, siromašnima i umirućima.

Moderni hospicijski pokret počinje u Engleskoj šezdesetih godina dvadesetog stoljeća, kada se zahvaljujući brzom razvoju farmaceutske industrije, pogotovo razvoju lijekova za smanjivanje i ublažavanje boli razvijaju uvjeti za oživljavanje hospicijske djelatnosti. To je uočila Dame Cicecly Saunders, koja osniva hospicij St. Christophers u Londonu.[5] Cicely Saunders je radila od 1957. – 1967. Godine u St. Josephs hospiciju, gdje je proučavala kontrolu boli kod uznapredovalog raka. U SAD-u je velik utjecaj imala psihijatrica Elisabeth Kubler-Ross, čije su knjige uzrokovale i „pravu revoluciju“ među stručnjacima i javnošću o komunikaciji s terminalnim bolesnikom i njegovim potrebama te odnosu liječnik-bolesnik-obitelj. Uz hospicijsku palijativnu medicinu, vrlo se brzo počela razvijati i hospitalna palijativna medicina. Tako 1974. godine urološki kirurg Balfour Mount osniva prvu svjetsku palijativnu službu pri bolnici u Montrealu (Kanada), kao dio medicinskog fakulteta, a sve više se naglašava vrijednost palijativne službe pri bolnicama (palijativni odsjeci), osobito u cilju kontrole boli. B. Mount prvi upotrebljava izraz palijativna skrb. Palijativna medicina sve se više razvija i kao posebna specijalizacija i subspecijalizacija, uz značajnu povezanost sa sveučilištima, tako da danas imamo tisuće specijalista palijativne medicine zaposlenih u više tisuća organiziranih jedinica palijativne medicine. [2]

3. Palijativna medicina u svijetu i Hrvatskoj

U Svijetu postoje razni modeli organizacije palijativne medicine. Danas u 120 država svijeta postoje manje ili više razvijeni sustavi palijativne, hospicijske ili suportivne skrbi. Velika Britanija danas ima 156 hospicija, 64 palijativna odjela, 362 bolnička suportivna tima, 376 timova kućne skrbi. Organizira se specijalizacija iz palijativne skrbi za liječnike u trajanju od 3 do 4 godine. Ima više od 7 katedri palijativne skrbi sa odgovarajućim profesurama. Tranzicijska zemlja Poljska ima preko 300 hospicijskih jedinica različitog tipa kojima opskrbljuju preko 100.000 umirućih godišnje. Financirani su od države i putem donacija. Imaju katedre/profesure, te specijalizacije iz palijativne medicine: od 3 godine za liječnike i od 2 godine za medicinske sestre. I u susjedstvu Hrvatske razvija se hospicijski pokret. Mađarska ima 10 palijativnih odjela, 1 hospicij, 4 bolnička suportivna tima i 28 timova kućne skrbi. [2]

3.1. Palijativna medicina u Hrvatskoj

U Hrvatskoj ne postoji palijativna skrb na nacionalnoj razini, niti je pravilno integrirana u zdravstveni sustav. Dok u Europi postoji dobro organizirana skrb, u Hrvatskoj djeluju različite skupine volontera, organizacije i centri na mnogobrojnim lokacijama, ali na nekoordinirani način te pokrivaju mali broj oboljelih i pružaju limitiranu pomoć. Također postoji veliko nerazumijevanje te slaba educiranost o palijativnoj skrbi, kako među pučanstvom, tako i kod zdravstvenih radnika. [2]

Pojam palijativne skrbi ušao je u Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske još 2003. godine. Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti iz 2003. godine (NN 121/03) u članku 8. palijativna skrb navodi se kao jedna od mjera zdravstvene zaštite. Organizirani hospicijski pokret u Hrvatskoj definitivno je započeo sa Prvim simpozijem o hospiciju i palijativnoj skrbi, vođenim od Anice Jušić (profesorica neurologije u mirovini). Slogan je bio «Smrt je dio života». Održan je 6. i 7. svibnja 1994. u Zagrebu, u dvorani Hrvatskog liječničkog zbora, otvoren od delegata Cicely Saunders – Nigela Sykesa. Povijest pojedinačnih inicijativa u palijativnoj skrbi, glavne psihosocijalne teme i razna poglavlja palijativnog liječenja, naročito liječenja maligne boli, bili su predstavljeni uz koorganizacijsko vodstvo Akademije

medicinskih znanosti Hrvatske, Hrvatske lige protiv raka i nekih drugih organizacija. Obrađeni materijali sa simpozija izdani su kasnije u knjizi, zajedno sa prijevodom članka Mary Baines . To je bila prva knjiga na temu hospicija u Hrvatskoj. [6]

Prva realistična inicijativa osnivanja i izgradnje hospicija pojavila se još 1997. Inicijator je bio prof. Valentin Pozaić, DI, i njegov student – redovnik njemačkog reda Allexianerbrüder, koji se bave ljudima na margini. Oni su htjeli uložiti u hospicij u Hrvatskoj. Glavna su zapreka bili zakoni koji nisu pogodovali stranim ulaganjima. [6]

U zadnje dvije godine ministarstvo zdravlja pokrenulo je program palijativne skrbi, tako je u rujnu 2012. godine otvoren Odjel za palijativnu skrb u OB Varaždin – Službi za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof, u OB "Hrvatski ponos" u Kninu Odjel za palijativnu skrb dobio je odobrenje za obavljanje ove djelatnosti isto kao i Specijalna bolnica za produženo liječenje Duga Resa. Registraciju za djelatnost palijativne skrbi ima i Psihijatrijska bolnica "Sveti Rafael", Strmac Šumetlica, pored Nove Gradiške. 21. rujna 2010. godine osnovan CEPAMET (Centar za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine), novouređeni prostor na Šalati, gdje se provode brojne edukativne aktivnosti. U Rijeci je 28. siječnja 2013. Otvoren prvi hospicij "Marija Krucifiksa Kozulić". Nastavlja se sa smanjenjem akutnih kreveta u općim bolnicama, koji se zamjenjuju krevetima za potrebe palijativne skrbi. U 33 hrvatska mjesta dostupna je palijativna skrb, a u Istri se ona već pruža na europskoj razini. [6]

Strateški plan razvoja palijativne skrbi 2014.-2016. predviđa osnivanje interdisciplinarnih timova, sastavljenih od liječnika, medicinskih sestara, fizioterapeuta, psihologa i socijalnih radnika, koji će se brinuti o teškim bolesnicima u njihovim obiteljima, rečeno je na konferenciji za novinare koju je održala Koalicija udruga u zdravstvu (KUZ) povodom 22. svjetskog dana bolesnika.

"Cilj je najtežim i neizlječivim bolesnicima u posljednjim danima života umanjiti bol i patnju, te im sačuvati dostojanstvo i privatnost", istaknula je predsjednica Hrvatskog društva za palijativnu medicinu Hrvatskog liječničkog zbora Vlasta Vučevac.

U Republici Hrvatskoj usvojen je Strateški plan razvoja palijativne skrbi za razdoblje 2014 – 2016. Izrađen je prema Bijeloj knjizi o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi – Preporuke Europskog udruženja za palijativnu skrb, te preporuke

Povjerenstva ministara Vijeća Europe državama članicama o organiziranju palijativne skrbi. [6]

Strateški razvoj sustava palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj ostvarit će se kroz tri ključna koraka:

- Uklanjanjem barijera za pružanje postojećih/mogućih oblika palijativne skrbi.
- Osnaživanjem svih dionika radi pružanja bolje palijativne skrbi u postojećim uvjetima.
- Poboljšanjem postojećih uvjeta kroz izgradnju novih organizacijskih struktura i sadržaja, te sustavnim osnaživanjem dionika za pružanje optimalne palijativne skrbi u budućnosti. [6]

Strateškim planom predviđa se razvoj sljedećih novih struktura i sadržaja u sustavu palijativne skrbi, a to su:

- županijski koordinacijski sustav za palijativnu skrb,
- stacionarna palijativna skrb,
- bolnički tim za potporu palijativnoj skrbi,
- bolnički tim za palijativnu skrb,
- ambulanta za palijativnu skrb na razini sekundarne zdravstvene zaštite, a iznimno i primarne,
- kućne posjete za specijalističku palijativnu skrb izvan domene rada liječnika obiteljske medicine (posjete psihologa, psihijatra, kirurga, anesteziologa, neurologa) koje obavljaju stručnjaci iz sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite,
- posudionice pomagala,
- obiteljsko savjetovalište za palijativnu skrb,
- psihološka pomoć kod žalovanja,
- centar izvrsnosti za pojedine razine i oblike palijativne skrbi. [6]

3.2. Palijativna medicina u Varaždinskoj županiji

Mentalitet našeg naroda, u kojem je smrt i umiranje „tabu“ predstavlja problem u ostvarivanju, ali i prihvaćanju takve skrbi. Iz istog problema kao i ponovno zbog slabe

edukacije, proizlazi i loša komunikacija zdravstvenih radnika sa oboljelima i njihovim obiteljima. [2]

Na području naše županije počelo se sve više pričati o palijativnoj medicini najviše zbog blizine bolnice Novi Marof. Naime već se i prije pričalo kako se u Marof ide samo umrijeti, počela je služiti kao sredstvo za plašenje, kao mjesto gdje ljudi samo umiru i kamo se ide samo kad se nema kud. S vremenom se u našoj zemlji sve više počelo pričati o hospiciju i palijativnoj skrbi pa tako i kod nas u Novom Marofu. Bolnica je postala Služba za produženo liječenje i palijativnu skrb. Ljudi su počeli shvaćati da je potrebno provoditi brigu o terminalno bolesnim ljudima, bolesnicima kojima treba omogućiti da dostojno i čovječno završe svoj život.

Osim bolnice osnovana je udruga za palijativnu pomoć **„Srce“** Novi Marof. Udruga je osnovana je **09. srpnja 2014.g.**

Prva inicijativa za osnivanjem udruge proizašla je od strane današnjih članova i vodstva udruge koji su uvidjeli probleme u bolničkom sistemu poput: ograničenje duljine hospitalizacije i pitanje daljnjeg zbrinjavanja te smještaja teško oboljelih, problem kod otpusta-predaje bolesnika, nedostatak uslužnih servisa na terenu, nedostatak koordinacije raznih službi. Jedan od osnovnih problema je gubitak samog bolesnika i obitelji u današnjoj suvremenoj medicini. Udruga je osnovana u cilju pomoći palijativnim pacijentima i njihovim obiteljima, te poticanju razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj.

U sklopu bolnice Novi Marof otvorena je posudionica pomagala. Posudionica pomagala osnovana je sa ciljem poboljšanja fizičke udobnosti palijativnih pacijenata, te prava na bolju zdravstvenu i socijalnu skrb. Fizička udobnost pomoću raznih ortopedskih pomagala osnova je u poboljšanju kvalitete života palijativnih pacijenata i velika pomoć obitelji i profesionalcima u pružanju adekvatne skrbi za oboljele.

Posudionica omogućuje:

Posuđivanje pomagala:

Posuđivanje pomagala svim palijativnim pacijentima na području Varaždinske županije.

Posuđivanje je besplatno na određeni vremenski rok posuđivanja.

Prilikom posudbe pomagala potrebno je priložiti presliku medicinske dokumentacije iz koje je vidljiva potreba za korištenje pomagala.

Edukacija o primjeni pomagala:

Pomoć oko izbora adekvatnog pomagala za svakog oboljelog pojedinačno.

Pomoć obitelji oko adekvatne primjene pomagala.

Doniranje pomagala:

Pomagala osiguravamo na temelju financijskih sredstava iz prikupljenih donacija, te Vašeg dobrovoljnog darovanja osobnog pomagala posudionici ukoliko obitelji pomagalo više nije potrebno.

Dostupna ortopedska pomagala u posudionici pomagala:

- bolesnički kreveti
- antidekubitalni madraci
- invalidska kolica
- toaletna kolica
- hodalice
- štake…..

Na području cijele Varaždinske županije također su prisutne i medicinske sestre iz ustanove za zdravstvenu njegu u kući koje po nalogu doktora obiteljske medicine i uz timski rad sa patronažnim sestrama također pružaju skrb za nepokretne bolesnike i bolesnike u terminalnim stadijima bolesti. Pravo na palijativnu skrb je jedno izrazito važno ljudsko pravo ali nažalost u Hrvatskoj to temeljno ljudsko pravo ne mogu još svi ostvariti zbog nedovoljne educiranosti. Medicinski djelatnici ali i volonteri bi se trebali više angažirati i educirati o palijativnoj skrbi. Tečajeve i edukacije o osnovi palijativne medicine provodi Centar za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine (CEPAMET) Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu. Tako su prošle godine udruga Sunce kao i ustanova – Služba za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof primili priznanje kao primjer dobre prakse palijativne skrbi u Hrvatskoj. Udruga je prema ocjeni suradnika CEPAMET-a odlični primjer razvoja palijativne medicine i palijativne skrbi. Trebali bi svi mi a pogotovo zdravstveni djelatnici slijediti takav primjer i educirati se više o palijativnoj medicini kako bi to osnovno ljudsko pravo, pravo na najbolju moguću kvalitetu života unatoč teškoj bolesti za oboljelog i članove njegove obitelji , na život bez boli i sveobuhvatno liječenje i skrb o bolesniku u konačnici mogli i ostvariti.

4. Umiranje

„Mnogi će reći da je prava sreća umrijeti prirodnom smrću u vlastitoj kući, u vlastitome krevetu, s pripremljenim ukopnim ruhom, okruženi prijateljima i članovima obitelji. I ne samo reći, nego i zaželjeti. Posebno oni koji su duže vrijeme bili hospitalizirani i koji „znaju“ što znači ležati u bolničkome krevetu. No, takvu «sreću» umiranja kod kuće nemaju mnogi. Umrijeti kod kuće postalo je prava rijetkost. U današnjemu vremenu ljudi umiru u staračkim domovima i bolnicama, okruženi profesionalnim osobljem i suvremenom tehnologijom, daleko od očiju i skrbi najbližih, bez ikoga svoga kome bi mogli kazati svoju patnju i strahove. Osim toga, ne umire se više jer je došao prirodni kraj, nego zbog neprirodnih procesa: zbog raka, infarkta, moždanog udara itd., čime je medikalizirana i dizajnira smrt u potpunosti potisnula prirodnu smrt.“

Ivan Markešić

Umiranje i smrt sastavni su dio čovjekova života, smrt nije samo medicinski, prirodni, biološki ili antropološki "fenomen", nego je ona mnogo više socijalni fenomen koji se isprepliće „sa svim čovjekovim segmentima: osobnim, obiteljskim, etičkim, religijskim, političkim, ekonomskim, pravnim, itd.[7] Smrt se ne može spriječiti, ali mnogo se može pomoći umirućem bolesniku i njegovoj obitelji.[2] Naziv umirući bolesnik rabi se za bolesnika kojemu je smrt izvjesna, ne previše daleko i za kojega se cjelokupna skrb mijenja od kurativne prema palijativnoj.[1] Važno je unaprijediti odnos zdravstvenog osoblja prema bolesnicima koji umiru. Zdravstveno osoblje za unapređenje života i zdravlja, a umirući bolesnik izravno je proturječje te obveze, pa zato ponekad liječnici i medicinske sestre reagiraju na umiruće bolesnike kao na neuspjeh svoje stručnosti i njege.[2] Malo zdravih ljudi stvarno želi umrijeti i malo je ozbiljnih bolesnika koji požuruju vlastitu smrt. Svi smo mi programirani da se grčevito držimo života što je dulje moguće. Kada nam netko kaže da bolujemo od neizlječive bolesti, tu činjenicu vrlo teško prihvaćamo. Svatko suočen s prijetnjom smrti mora prijeći put od razmišljanja o sebi kao savršeno zdravoj osobi (što svi više-manje i stalno činimo) do razmišljanja o sebi kao osobi koja bi mogla umrijeti i konačno kao osobi koja će umrijeti. Taj prijelaz ide od „to se meni neće dogoditi (iako znam da bi se jednog dana i moglo)“, preko „To bi mi se moglo dogoditi“, do „To mi se događa“. [8]

4.1. Kako pristupiti umirućem bolesniku

Jedna od najčešćih dilema jest treba li ili ne treba bolesniku reći da se nalazi u fazi umiranja. Liječnik treba bolesnika postepeno pripremiti za oproštaj od života pri čemu valja očuvati njegovo ljudsko dostojanstvo. S bolesnikom treba razgovarati kada on to želi, ali prije toga treba uspostaviti odnos povjerenja između bolesnika i liječnika, kako bi se bolesnik bez straha mogao povjeriti. S umirućim bolesnikom razgovarat će liječnik i objasniti medicinske aspekte njegovog stanja. Bolesniku treba objasniti da se bol može uspješno ublažiti zahvaljujući dostignućima suvremenih kirurških, farmakoloških i psiholoških metoda uklanjanja boli. Tijekom razgovora treba pacijentu dati do znanja da nam je razumljiva njegova potreba za pažnjom i pripadanjem. Pacijent treba kroz našu komunikaciju osjetiti suosjećanje. Zato za komunikaciju i radi zadovoljenja navedenih potreba treba naći vremena i saslušati bolesnika, jer i samo slušanje može biti emocionalno olakšanje. [2]

Prigodom razgovora s umirućim bolesnicima treba ispitati koliko bolesnik i njegova obitelj znaju o bolesti i ishodu, kakvi su stavovi bolesnika i njegove moguće reakcije, preispitati vlastite osjećaje, stavove, suosjećanje i žaljenje. Za razgovor treba osigurati mjesto koje osigurava privatnost. Treba iskreno razgovarati o prognozi na način koji je bolesniku razumljiv, izbjegavati previše medicinskih detalja. Ako nešto nije razumio treba to ponoviti i pokazati da smo razumjeli što nam želi reći. Tijekom razgovora treba dopustiti bolesniku i obitelji da izraze svoje emocije, a tolerirati i tišinu. Uvijek treba ostaviti prostora za nadu. Liječnik treba biti spreman i na to da neki bolesnici ne žele razgovarati o smrti. Takav razgovor treba završiti zaključkom da je bolesnik razumio svoju bolest i mogući ishod, dogovoriti daljnje postupke, provjeriti ima li bolesnik pitanja i predložiti daljnji plan tako da bolesnik i obitelj znaju gdje nas mogu naći i postaviti moguća daljnja pitanja. [2]

Umiranje dakle nije samo medicinski, nego i širi društveni problem. Zdravstveni djelatnici se, u pravilu, nalaze u pratnji bolesnika na tom posljednjem putu za koji i oni sami trebaju biti odgovarajuće pripremljeni. [2]

5. Žalovanje

Žalovanje ili tugovanje je prirodan, često dugotrajan, proces koji započinje nakon gubitka nekog/nečeg što je osobi bilo emocionalno važno, a manifestira na svim razinama bića – tjelesnoj, emocionalnoj, mentalnoj i duhovnoj. Postoje različite definicije žalovanja, koje manje-više sve naglašavaju da je žalovanje normalan i potreban proces kroz koji osobe prolaze nakon gubitka nekog uz koga su bili emocionalno vezani, tko je zauzimao važno mjesto u njihovom životu. [2]

William Worden proces žalovanja opisuje u terminima „zadataka žalovanja“, čije uspješno prolaženje pomaže osobi da integrira gubitak u svoju životnu priču.

Zadaci žalovanja prema Williamu Wordenu su:

1. Prihvatiti stvarnost gubitka.
2. Proraditi bol zbog gubitka.
3. Prilagoditi se okruženju u kojem umrle osobe više nema.
4. Emocionalno „premjestiti“ umrlu osobu i nastaviti živjeti.

Budući da su u razdoblju žalovanja ljudi posebice osjetljivi i emocionalno ranjivi, korisno je ponuditi dodatnu podršku u obliku prigodne literature, emocionalne potpore kroz razgovore, pomoć u snalaženju u svakodnevnim životnim situacijama i slično. [2]

5.1. Reakcije ljudi u razdoblju žalovanja

U procesu žalovanja javljaju se često reakcije na svim razinama čovjekovog bića i života:

- *Tjelesne reakcije*: umor, gubitak apetita, poremećaji spavanja, razne psihosomatske tegobe kao što su glavobolje, pritisak u grudnom košu, vrtoglavice, pojačano lupanje srca…
- *Emocionalne i ostale psihološke reakcije*: intenzivne emocije straha, tuge, ljutnje, osjećaj krivnje, usamljenost, stid, beznađe, tupost, gubitak samopoštovanja, poteškoće koncentracije, nezainteresiranost, nemotiviranost i dr.

- *Socijalne reakcije*: potreba za usamljivanjem, ovisnost o društvu, smanjena tolerancija spram drugih osoba, izbjegavanje određenih ljudi, situacija i dr.
- *Duhovne reakcije*: ljutnja na Boga, osjećaj napuštenosti od Boga, promjena sustava vrijednosti, zanimanje za život nakon smrti, pitanja vezana uz smisao života. [2]

5.2. Stadiji i faze žalovanja

Dr. Elisabeth Kübler-Ross navodi da u procesu suočavanja s traumatskim događajem, ljudi prolaze nekoliko faza, naglašavajući da slijed tih faza nipošto ne mora biti linearan, te da je moguće opetovano vračanje na ranije faze. [14]

Faze žalovanja prema Kübler-Ross su:

- **Negiranje** - Za najveći broj ljudi ovo je kratkotrajni mehanizam obrane, nakon čega slijedi shvaćanje vrijednosti i pojedinaca koje ćemo ostavit nakon smrti. Negiranje može biti svjestan ili nesvjestan način prihvaćanja neke informacije ili ozbiljnosti i realnosti neke situacije. U nekih ljudi ne traje kratko, i mogu zapeti u ovom stadiju.
- **Ljutnja** - Kada čovjek prijeđe u drugu fazu, shvaća da s negiranjem više ne može dalje nastaviti. Zbog pogrešno usmjerenih osjećaja bijesa i ljubomore u ovoj fazi ljutnje poprilično je teško brinuti se za pojedinca. Sama ljutnja se može izražavati na više različitih načina; ljudi mogu biti ljuti na sebe, druge i to pogotovo one najbliže. Zato je jako važno ne suditi i ne shvaćati osobno ljutnju koja dolazi od osobe koja je u ovoj fazi žalovanja.
- **Pogodba / pregovaranje** - Treća faza započinje s nadom pojedinca u to da nekako može odgoditi smrt. Uglavnom se pogodba za produženje života odvija s nekom višom silom u zamjenu za potpunu promjenu načina života. Psihološki, čovjek zapravo govori da zna da će umrijeti ali kad bi bar postojalo nešto što bi mu dalo više vremena. Ljudi koji se suočavaju s manje ozbiljnim problemima zapravo traže kompromis npr: možemo li i dalje biti prijatelji? Kod prekida! Pogodba je rijetko kad uspješno rješenje pogotovo kad je pitanje života ili smrti!
- **Depresija** - Tokom 4. faze čovjek počinje shvaćati sigurnost smrti, zbog toga se ljudi povuku, budu tihi, prestanu primati posjete i uglavnom žaluju i plaču. Ljude u ovoj fazi ne treba razveseljavati jer je važno da žaluju i da se osjećaji procesuiraju.

Depresija se može smatrati probom za ono što dolazi poslije. Normalno je da se osjeti tuga, žaljenje strah i nesigurnost kad se prolazi kroz ovu fazu što znaci da je čovjek počeo prihvaćati situaciju.

- **Prihvaćanje** - U ovoj zadnjoj fazi čovjek se pomiri sa situacijom, svojom smrtnošću ili onom od bližnjeg. Ova faza varira ovisno o situaciji u kojoj se čovjek nađe. Često se dogodi da ljudi koji umiru dođu u ovu fazu puno prije nego ljudi koje za sobom ostavljaju, dok oni prolaze kroz svoje faze žalovanja! [14]

Kübler Ross je primarno pripisivala ove faze ljudima koji su patili od terminalnih bolesti, ali je kasnije proširila svoju teoriju na bilo kakve teške osobne traume kao npr. smrt voljene osobe, prekid veze, razvod, ovisnost, početak bolesti, dijagnoza neplodnosti kao i mnoge druge tragedije i katastrofe. [14]

6. Palijativna skrb

Palijativna skrb nastoji osigurati kvalitetu života bolesnika u terminalnom stadiju bolesti, posljednjoj životnoj fazi u kojoj svaki čovjek teži integraciji i pomirenju. Čovjek je više od fizičkog entiteta, manifestacija simptoma u terminalnom stadiju bolesti osim fizičkog uključuje socijalne, emocionalne i duhovne poteškoće. Temeljna vještina u palijativnoj skrbi je kontrola i ublažavanje simptoma, posebno boli, objedinjavanje fizičkih, socijalnih, psiholoških i duhovnih oblika pomoći u očuvanju dostojanstva bolesnika i njegovog integriteta, ali i integriteta obitelji. Jedna grupa stručnjaka nije u mogućnosti pružiti maksimalnu skrb, zato je neophodno uključivanje cijelog tima, stručnjaka različitih profila. Interdisciplinarni tim u procesu zbrinjavanja bolesnika kombinira principe palijativne skrbi s procjenom stanja bolesnika kao vodičem za planiranje, provođenje optimalne skrbi u interdisciplinarnom okruženju. Interdisciplinarni pristup, sudjelovanje različitih članova tima, koordinacija i suradnja mogu usporiti i ublažiti funkcionalno propadanje, umanjiti prisutnost simptoma i znakova, posebno boli, psihološke i socijalne probleme, bilo da je bolesnik kod kuće ili u stacionarnoj ustanovi. Ublažavanje simptoma, boli, patnje, očuvanje kvalitete života i integriteta bolesnika temeljne su značajke hospicijske i palijativne skrbi, potrebne, ali ne i uvijek dostupne skrbi. Osnovni cilj palijativne skrbi je ublažavanje i rješavanje simptoma kako bi se osigurala kvaliteta života bolesnika, poticalo samozbrinjavanje i očuvalo dostojanstvo bolesnika. [2]

Palijativni postupci, skrb i potpora pružaju se kod kuće, u staračkim domovima, u domovima za stanovanje, u bolnicama i hospicijima ili u drugim okruženjima ako je to potrebno.

Danas se smatra da palijativnu skrb u zajednici treba osigurati uz „kontinuum specijalizacije“. Ta skrb pruža se u rasponu od primarne zdravstvene skrbi pa do službi čija je osnovna djelatnost ograničena na pružanje palijativne skrbi.

Smanjenje bolničkog kapaciteta i povećanje zdravstvene djelotvornosti moguće je samo uz razvoj izvanbolničke službe i cjelokupne primarne zdravstvene zaštite uz provođenje preventivnih zdravstvenih mjera a posebno uz razvoj liječenja, njege, pomoći i rehabilitacije u bolesnikovoj kući uz osiguranje i unapređivanje kvalitetne palijativne skrbi terminalno bolesnih. [16]

6.1. Preporuke za organizaciju palijativne medicine na razini primarne zdravstvene zaštite

Svaki dom zdravlja u Hrvatskoj trebao bi proširiti svoju djelatnost na novu radnu jedinicu – **Ambulantu za palijativnu medicinu.**

Odsjek za palijativnu medicinu u svom sastavu ima:

- Ambulantu za palijativnu medicinu – **1 liječnik**, spec.obiteljske medicine, educiran u palijativnoj medicini i **1 prvostupnica sestrinstva,** educirana u palijativnoj medicini.
- Ambulantne palijativne timove (dva tima minimalno) – **2 liječnika** obiteljske medicine i **2 medicinske sestre**
- 1 fizioterapeut
- Psihologa,psihijatra
- Socijalnog radnika
- 1 administratora [2]

Opis poslova:

Ambulanta za palijativnu medicinu:

- Liječenje boli palijativnih bolesnika, na razini primarne zdravstvene zaštite
- Savjeti o suportivnoj prehrani, ortopedskim pomagalima
- Psihosocijalna potpora, stalna suradnja i komunikacija sa spec. Ambulantama područnih bolnica
- Edukativna baza za studente, stažiste, liječnike, medicinske sestre,njegovatelje, volontere i ostale profesionalce. [2]

Ambulantni palijativni timovi:

Pod integracijom ambulante za palijativnu medicinu, koja bi pokrivala prijepodnevni i poslijepodnevni rad te bi bilo korisno uvesti i tzv. treći tim koji bi radio vikendima.

Članovi palijativnog tima (fizioterapeut, socijalni radnik, psiholog i psihijatar) rade u odsjeku za palijativnu medicinu, a po potrebi idu u kućne posjete, zajedno ili neovisno sa ambulantnim timovima. Palijativna skrb je cjelovita briga za osobe u terminalnim, završnim stadijima malignih i drugih neizlječivih bolesti te podrška bolesnikovoj obitelji za vrijeme bolesti i nakon smrti. [2]

Takva skrb predstavlja jedan drugačiji, holistički pristup oboljelom i obitelji te nastoji olakšati simptome i poboljšati kvalitetu života kada klasična, kurativna medicina više ne može vratiti oboljelog čovjeka u stanje zdravlja. [2]

Palijativna skrb:

- Vrednuje život, ali i prihvaća smrt kao normalni dio života
- Ne nastoji produžavati život, niti ubrzati smrt
- Pruža i integrira fizički, psihosocijalni i duhovni aspekt skrbi
- Pruža podršku oboljelom da bi što aktivnije živio do same smrti, poštuje njegovo pravo na izbor i odluke o njegovoj bolesti i životu
- Pruža psihosocijalnu skrb i podršku obitelji za vrijeme pacijentove bolesti i u žalovanju
- Potiče i naglašava važnost multidisciplinarnog tima u skrbi za oboljelog i njegovu obitelj. [2]

6.2. Oblici palijativne skrbi

- Hospicij – specijalna bolnica za pružanje palijativne skrbi
- Ambulanta i mobilni tim u kućama oboljelih
- Dnevni hospicij – prostor za dnevni boravak pacijenta i sadržaji za podršku njihovim obiteljima
- Bolnički odjel za palijativnu skrb
- Timovi palijativne skrbi na bolničkim odjelima
- Timovi u bolnicama, staračkim domovima i drugim ustanovama[2]

Opterećenje zdravstvenog sustava današnjice također je jedan od faktora zašto palijativna skrb u Hrvatskoj ne može zaživjeti, kao i činjenica da takva kvalitetna i cjelovita skrb, koja zahtijeva veliki broj službi i osoblja različitih profesija, ni u bogatijim zemljama svijeta ne počiva samo na zdravstvenom sustavu već i mnogobrojnim donacijama i doprinosu volontera.

Osnivanje timova, odjela i centara na lokalnoj razini, ne smo da bi dugoročno smanjili pritisak i opterećenje brige za neizlječivo oboljele građane na bolnice i službe koje pružaju aktivnu zdravstvenu skrb već bi smanjili i visoke troškove koje takva skrb predstavlja. Uključivanje

lokalne zajednice imalo bi utjecaj i na stvaranje socijalne klime koja sve više nestaje, a u kojoj građani mogu pomoći i osjećati se korisnima. [2]

6.3. Kućna palijativna skrb

Tim za kućnu palijativnu skrb

Timovi za kućnu palijativnu skrb pružaju specijaliziranu palijativnu skrb pacijentima kojima je potrebna kod kuće, te podrška njihovim obiteljima i njegovateljima u pacijentovoj kući. Oni također pružaju specijalističko savjetovanje liječnicima opće prakse, obiteljskim liječnicima i sestrama koje njeguju pacijenta kod kuće. [2]

Na svakih 100000 stanovnika potreban je jedan tim za palijativnu skrb u kući. Tim treba biti dostupan 24 sata dnevno. Temeljni tim za palijativnu skrb u kući sastoji se od četiri do pet profesionalaca zaposlenih u punom radnom vremenu, a sastoji se od liječnika i medicinskih sestara sa specijalističkim obrazovanjem, socijalnog radnika i administrativnog osoblja. Tim za palijativnu skrb u kući radi u bliskoj suradnji s ostalim profesionalcima tako da se u okruženju kućne skrbi može ostvariti cijeli spektar usluga multiprofesionalnog tima. [2]

Bolnica u kući

„Bolnica u kući“ pruža pacijentu u kući intenzivnu skrb na razini bolesničke skrbi.

U nekim europskim zemljama, na primjer u Francuskoj ili Finskoj „bolnica u kući“ pruža intenzivnu liječničku i sestrinsku skrb što omogućuje ostanak kod kuće pacijentima koji bi inače bili primljeni u bolnicu. [2]

6.4. Zbrinjavanje u posljednjim trenucima života

Ciljevi zbrinjavanja u posljednjim trenucima života:

- Omogućiti udobnost pacijentu – fizičku, emotivnu i duhovnu
- Omogućiti mir i dostojanstvo u posljednjim satima

- Zbrinjavanjem i podrškom koja se pruža umirućem pacijentu i njegovim bližnjima učiniti sve da sjećanje obitelji na posljednje trenutke bude što pozitivnije. [17]

Umirućem bolesniku treba prekinuti sve nepotrebne intervencije, treba prekinuti unos hrane i tekućine putem sonde. Pretjerana hidracija pojačava sekreciju u respiratornom traktu što uznemirava pacijenta. Sa pacijentom i njegovom obitelji treba razgovarati o prognozi(pacijent umire), ciljevima zbrinjavanja i o tome gdje pacijent želi umrijeti. [17]

6.5. Ciljevi palijativne skrbi

Cilj palijativne skrbi je postizanje najbolje kvalitete života za pacijente i njihove obitelji. Brojni aspekti palijativne medicine i palijativne skrbi primjenjivi su i ranije tokom bolesti, paralelno sa liječenjem somatske bolesti. Službe za palijativno liječenje trebaju se temeljiti na nizu zajedničkih vrijednosti i principa u koje spadaju uvažavanje neovisnosti i dostojanstva pacijenta, potreba za individualnim planiranjem i odlučivanjem i holistički pristup.

U svijetu postoje različiti modeli palijativne skrbi, ali svi imaju iste osnovne ciljeve:

- Ukloniti bol i sve ostale simptome koji se pojave, uz interdisciplinarni, odnosno holistički pristup koji će obuhvatiti tjelesne, psihosocijalne ali i duhovne aspekte,
- Da bolesnik u svakom trenutku dobije odgovarajuću njegu koja mu poboljšava kvalitetu života,
- Da se do potrebnih informacija može doći u svako doba kako bi se minimalizirale moguće komplikacije. [11]

6.6. Ključni principi palijativne skrbi

Često se palijativna skrb pogrešno povezuje samo sa starijim bolesnicima, iako od teških i neizlječivih bolesti obolijevaju i umiru ljudi svih dobi, a nažalost i djeca. Palijativna skrb ne odnosi se samo na posljednje dane života, nego je nerijetko potrebna mjesecima, pa i

godinama - od spoznaje o dijagnozi neizlječive bolesti pa do razdoblja žalovanja poslije smrti bolesnika.

Principi palijativne skrbi:

1. **Holistički pristup**: bolesnik je osoba sa tjelesnim, psihološkim, društvenim,duhovnim i kulturnim naslijeđem i potrebama. Svaku od ovih odrednica treba neizostavno uzeti u obzir.
2. **Pacijentu orijentiran**: Pacijentove želje u središtu pažnje
3. **Timski rad i partnerska suradnja**
4. **Odgovarajuća etička načela** - Blagonaklonost: činiti dobro
   -Nezlоćudnost: ne činiti nikakvu štetu
   -Autonomija: prava pacijenata na odlučivanje
   -Pravda: poštenje
5. **Kontinuitet skrbi**: Uključuje mrežu resursa i servisa koje pružaju cjelovite i sveobuhvatne podrške za pacijenta i obitelj skrbnika. [11]

Palijativna skrb može se pružati kao palijativni pristup ili kao opća palijativna skrb kako u nespecijaliziranim, tako i u specijaliziranim službama palijativne skrbi. [9]

Nespecijalizirane službe palijativne skrbi su:

- Patronažna služba
- Liječnici opće prakse
- Službe za kućnu njegu
- Jedinice u općim bolnicama
- Staračkі domovi. [9]

Specijalizirane službe palijativne skrbi su:

- Stacionarne jedinice palijativne skrbi
- Stacionarni hospiciji
- Bolnički timovi za podršku palijativnoj skrbi
- Mobilni timovi za palijativnu skrb
- Hospicijski timovi u zajednici
- Hospicijski dnevni boravci
- „Bolnice u kući“

- Ambulantne službe[9]

Osnovni zahtjevi za pružanje palijativne skrbi:

- Napredno planiranje skrbi
- Kontinuitet skrbi
- Dostupnost skrbi
- **Željeno mjesto skrbi** [9]

Istaknula sam **„željeno mjesto smrti“** jer iz iskustva znam kako danas većina pacijenata želi da ih se zbrinjava u vlastitim domovima, i to, ako je moguće, do trenutka smrti. Za razliku od toga, mjesto smrti za većinu pacijenata je bolnica ili staračkI dom.

7. Službe za kućnu njegu (ustanove za zdravstvenu njegu u kući)

Poboljšanje kvalitete zdravstvene njege za palijativne pacijente dobrom koordinacijom otpusta nastavlja se i u PZZ-u. otpustom pacijent dobiva liječničko i sestrinsko otpusno pismo. Radi poboljšanja kvalitete zdravstvene usluge, medicinske sestre sudjeluju u kreiranju i odlučivanju o postupcima zdravstvene njege prema individualnom planu njege. Evaluacija zdravstvene njege pacijenta kod otpusta iz bolnice predstavlja važnu informaciju za nastavak skrbi palijativnih pacijenata medicinskim sestrama u zajednici. Nastavak zdravstvene njege ili rehabilitacije nakon otpusta važan je za pacijente jer ćemo samo dobrom suradnjom svih segmenata zdravstvene zaštite postići da naši pacijenti imaju planiranu, realiziranu i učinkovitu zdravstvenu uslugu. [15]

Uvjeti i način ostvarivanja prava na zdravstvenu njegu u kući:

Osigurana osoba ostvaruje pravo na zdravstvenu njegu na osnovi utvrđenih sljedećih stanja:

- nepokretnosti ili teške pokretnosti (osigurane osobe koje za kretanje trebaju pomoć druge osobe ili koriste pomagala za kretanje)
- kronične bolesti u fazi pogoršanja ili komplikacije, uz uvjet da izabrani doktor primarne zdravstvene zaštite u djelatnosti opće/obiteljske medicine, odnosno zdravstvene zaštite predškolske djece (u daljnjem tekstu: izabrani doktor) istodobno provodi liječenje u kući, te da indicira i potrebu provođenja zdravstvene njege
- prolaznih ili trajnih zdravstvenih stanja kod kojih nije moguće samozbrinjavanje
- nakon složenijih operativnih zahvata koji zahtijevaju previjanje i njegu rane, te skrb za stome
- kod osigurane osobe u terminalnoj fazi bolesti. [12]

Zdravstvenu njegu osiguranoj osobi propisuje izabrani doktor. Izabrani doktor propisuje provođenje zdravstvene njege osiguranoj osobi nakon što je izvršio uvid u medicinsku dokumentaciju, obavio pregled i utvrdio zdravstveno stanje osigurane osobe, kao i stupanj zahtjevnosti potrebne zdravstvene njege.[12] U tablicama 9.1. i 9.2. navedeni su stupnjevi zdravstvene njege koje liječnik propisuje ovisno o zdravstvenom stanju i potrebama bolesnika.

Redni broj	Šifra	Naziv postupka	Opis postupka	Trajanje njege (min)
1	**NJEGA 1**	Minimalna zdravstvena njega	Potrebna minimalna zdravstvena njega teško pokretnog pacijenta, uključuje edukaciju bolesnika i/ili njegove obitelji, uzimanje materijala za laboratorijske pretrage, kateterizaciju mokraćnog mjehura žena, primjenu i.m. i s.c.injekcije, zdravstvenu njegu stome.	30
2	**NJEGA 2**	Pojačana zdravstvena njega bolesnika s povećanim potrebama	Podrazumijeva kompletnu njegu teško pokretnog bolesnika (sa ili bez inkontinencije), uključuje stavke iz DTP NJEGA 1 uz provjeru vitalnih znakova, previjanje rane 1. stupnja, hranjenje putem nazogastrične sonde	60
3	**NJEGA3**	Opsežna zdravstvena njega	Opsežna zdravstvena njega nepokretnog bolesnika, uključuje stavke iz DTP NJEGA 1 i 2, previjanje rane 2. i 3. stupnja, primjenu oksigenoterapije	90
4	**NJEGA 4**	Zdravstvena njega izrazito teškog bolesnika ili bolesnika u terminalnoj fazi bolesti	Zdravstvena njega izrazito teškog ili umirućeg bolesnika (palijativna skrb), uključuje sve stavke iz DTP NJEGA 1, 2 i 3, previjanje rane 4. Stupnja	120

Tablica 7.1. Stupanj zahtjevnosti zdravstvene njege [Izvor: HZZO Pravilnik o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja na zdravstvenu njegu u kući osigurane osobe,dijelove izdvojio autor.]

Redni broj	Šifra	Naziv
5	**NJEGA 5**	Primjena klizme
6	**NJEGA 6**	Toaleta i previjanje 1 i 2 stupnja
7	**NJEGA 7**	Toaleta i previjanje rane 3 i 4 stupnja
8	**NJEGA 8**	Postavljanje i promjena nazogastrične sonde

Tablica 7.2. Dodatni postupci zdravstvene njege [Izvor: HZZO Pravilnik o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja na zdravstvenu njegu u kući osigurane osobe.]

8. Medicinska sestra u kući palijativnog pacijenta

Medicinska sestra je samostalni zdravstveni radnik, a osnovna djelatnost medicinske sestre je zdravstvena njega. Jedan od zadataka u pružanju zdravstvene njege medicinskoj sestri je i pružanje skrbi tj. Zdravstvene njege bolesnika u kući. Ovaj način pružanja skrbi bolesnicima u kući je zaživio krajem prošlog stoljeća u našoj zemlji mada je takav oblik skrbi poznat u drugim zemljama u okruženju gdje je i drugačije organiziran. Gledano sa stajališta medicinskih sestara ovakva skrb je potrebna iz više razloga a navest ću samo neke od njih: sve postupke zdravstvene njege medicinska sestra može provesti u domu bolesnika, bolesnik se nalazi u njemu poznatoj okolini i u krugu obitelji, ima osjećaj sigurnosti, ne osjeća se manje vrijedan i jedan od najvažnijih razloga je taj da ovaj način skrbi za bolesnike je daleko jeftiniji za društvo u cjelini. [13]

Zdravstvena njega u kući pripada primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a pokriva ga osnovno zdravstveno osiguranje. Usluge zdravstvene njege u kući uključuju sve postupke opće i spacijalne zdravstvene njege bolesnika, koje je medicinska sestra ovlaštena provoditi samostalno, a po preporuci izabranog liječnika (obiteljskog liječnika). [13]

Zdravstvena njega u kući je nastavak zdravstvene njege bolesnika po otpustu iz bolnice, lječilišta i drugih ustanova, a nastavak tj. pružanje zdravstvena njege u domu bolesnika provode licencirane medicinske sestre (prvostupnice sestrinstva i medicinske sestre srednje stručne spreme) koje sudjeluju u programu trajne edukacije pod pokroviteljstvom i nadzorom Hrvatske komore medicinskih sestara. [13]

Zdravstvena njega u kući obuhvaća postupke/intervencije :

- Mjerenje i registracija vitalnih funkcija,
- Kontrola razine šećera u krvi
- Uzimanje materijala za laboratorijske pretrage (krv, urin, stolica, brisevi…)
- Primjena lokalne i peroralne terapije
- Zbrinjavanje rana (kirurških, kroničnih, dekubitusa, ulkusa crurisa) suvremenim oblogama i alginatima za rane
- Pomoć i edukacija obitelji kod obavljanja osobne higijene
- Prevencija komplikacija uzrokovanih dugotrajnim mirovanjem (dekubitus, kontraktura, tromboza, upala pluća…)

- Kupanje nepokretnog ili polupokretnog bolesnika u krevetu ili kadi
- Toaleta i njega stome i kože oko stome
- Primjena parenteralne terapije uz nadzor liječnika
- Kateterizacija mokraćnog mjehura samo kod žena
- Primjena terapije kisikom
- Postavljanje/izmjena nazogastrične sonde, hranjenje na sondu,
- Terminalna faza (skrb za umirućeg bolesnika – palijativna skrb). [13]

Na zdravstvenu njegu i fizikalnu terapiju u kući imaju pravo svi bolesni, teško pokretni i nepokretni bolesnici bez obzira na životnu dob (pravilnik o pravima na zdravstvenu njegu na teret HZZO-a). Svaka zdravstveno osigurana osoba ostvaruje pravo na zdravstvenu njegu i fizikalnu terapiju u kući na osnovi stanja i na način utvrđen Pravilnikom HZZO-a, a isto tako može sudjelovati u podmirivanju troškova privatno, tako da sve troškove plaća sam. Usluge zdravstvene njege propisane su DTP-ovima (dijagnostičko - terapijski postupci) a sve po smjernicama Udruge medicinskih sestara zdravstvene njege odobrene od HKMS, Ministarstva zdravstva i HZZO-a i označavaju postupke koje će sestra provoditi ovisno o zdravstvenom stanju i potrebama pacijenta. [13]

Postupke koje će provoditi medicinska sestra propisuje izabrani liječnik na osnovu uvida u medicinsku dokumentaciju, obavljenog pregleda, utvrđivanjem zdravstvenog stanja kao i stupnja potrebe za zdravstvenom njegom te ispisuje uputnicu za provođenje zdravstvene njege (koliko puta tjedno, u kojem vremenskom periodu i koliko će trajati vremenski pružanje skrbi u jednome danu: pola sata, jedan sat, sat i pol ili dva sata). [13]

8.1. Intervencije medicinske sestre kod palijativnog pacijenta u kućnoj njezi

Medicinska sestra u palijativnoj skrbi višestruki je aktivni sudionik koji neposredno provodi zdravstvenu njegu, koordinira i rukovodi cjelokupnim procesom skrbi. Odgovorna je za planiranje, provođenje i evaluaciju zdravstvene njege uz kontinuiranu procjenu, evaluaciju, edukaciju bolesnika i obitelji te suradnju s ostalim članovima interdisciplinarnog tima. Mora biti dovoljno fleksibilna da modificira sestrinske dijagnoze i planove zdravstvene njege u korelaciji s bolesnikovim stanjem i potrebama, uključujući i obitelji uz stalnu koordinaciju s

drugim članovima tima. Često sudjeluje u rješavanju mnogih etičkih pitanja, donošenju odluka vezano uz zahtjeve bolesnika i obitelji. [2]

Definicija V.Henderson glasi: „Uloga medicinske sestre je pomoć pojedincu, bolesnom ili zdravom u obavljanju aktivnosti koje doprinose zdravlju ili oporavku (ili mirnoj smrti), a koje bi obavljao samostalno kada bi imao potrebnu snagu, volju ili znanje.“ Pomoć treba pružiti na način koji će doprinijeti što bržem postizanju njegove samostalnosti. Razvojem teorija zdravstvene njege, modela skrbi naglašava se i važnost „**mirne smrti**“, očuvanja dostojanstva bolesnika u procesu umiranja. Jedan od principa zdravstvene njege i palijativne skrbi je da su bolest, oblik smrti, umiranje i žalovanje jedinstvena vlastita iskustva. Samo poštivanjem osobnosti svakog bolesnika, pristupom usmjerenim ka pojedincu, te individualiziranim planom skrbi postiže se humani kontekst skrbi. [2]

Članovi tima u pristupu i provođenju palijativne skrbi moraju razumjeti promjene koje se javljaju kod bolesnika u terminalnoj fazi bolesti i njihovoj obitelji kako bi skrb bila sveobuhvatna. Bolesnik kao biopsihosocijalno biće zahtijeva uključivanje različitih profesija u provođenje skrbi.

Procjena stanja bolesnika je inicijalna faza procesa skrbi i točan je uvid u stanje bolesnika u trenutnoj situaciji. Medicinske sestre s ostalim članovima tima trebaju procjenjivati stanje bolesnika, utvrđivati potrebe bolesnika u cilju provođenja što kvalitetnije skrbi. Medicinska sestra mora prikupiti informacije o trenutnom stanju bolesnika, njegovim vjerovanjima, očekivanjima, razumijevanju, suočavanju i prihvaćanju situaciju. [2]

Prioriteti procjene su:

- Utvrditi glavne simptome, tegobe, te uzroke zabrinutosti
- Slušati što pacijent govori
- Vjerovati sve što je pacijent rekao.

Rutinska pitanja evaluacije prirode i ozbiljnosti simptoma su:

1. Kako simptomi utječu na pacijentov život?
2. Kako simptomi utječu na pacijentovu fizičku aktivnost i pokretljivost?
3. Što utječe na ublažavanje simptoma? Neka određena pozicija, aktivnost, hrana ili lijekovi?
4. Što utječe na pogoršanje simptoma?

5. Pogoršavaju li se simptomi u neko određeno vrijeme, tijekom dana ili noći? [2]

Najčešće primjenjivani model zdravstvene njege terminalnih bolesnika je adaptacijski model Caliste Roy. Rješavanje problema zdravstvene njege uključuje provođenje zdravstvene njege uz individualiziran pristup i timski rad. Cilj zdravstvene njege umirućeg bolesnika je umanjiti ili odgoditi patnju i bol, pomoći i osigurati bolesniku kvalitetan život, omogućiti održanje dostojanstva u procesu umiranja. Provođenjem skrbi za pacijenta, pružamo suport i obitelji koja sudjeluje ili ne sudjeluje u zbrinjavanju bolesnika. [2]

Roy adaptacijski model

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. Usmjeren na ljudske potrebe koje možemo svrstati u 4 skupine:
    a) Fiziološke potrebe
    b) Svijest (samoprihvaćanje)
    c) Uloge (funkcioniranje)
    d) Podrška (obitelj, zajednica) [2]

9. Sestrinske dijagnoze palijativnog pacijenta u kućnoj njezi

U zbrinjavanju terminalno bolesnih osoba najčešće sestrinske dijagnoze koje možemo prepoznati su:

9.1. Strah

Negativan osjećaj koji nastaje usred stvarne ili zamišljene opasnosti. Strah od smrti predstavlja univerzalni strah koji se javlja kod svakog čovjeka. On postoji od samog susreta sa pojmom smrti u djetinjstvu kroz adolescenciju i opstaje u odrasloj dobi. Strah je jedna od najmoćnijih i ujedno najviše istraženih emocija. Od njega potiču sve negativne emocije i izvor je velikih emocionalnih patnji. Kronični strahovi preopterećuju tijelo i oštećuju imunološki sustav.

PRIKUPLJANJE PODATAKA:

1. Prikupiti podatke o činiteljima koji dovode do osjećaja straha
2. Prikupiti podatke o prijašnjim strahovima
3. Prikupiti podatke o intenzitetu straha
4. Prikupiti podatke o metodama suočavanja sa strahom
5. Prikupiti podatke o utjecaju straha na svakidašnji život pacijenta
6. Prikupiti podatke o stresu i sučeljavanju sa stresom
7. Prikupiti podatke o fizičkim manifestacijama straha[18]

VODEĆA OBILJEŽJA: Izjava pacijenta o strahu, napetost, tjeskoba, osjećaj izoliranosti, neizvjesnost, manjak koncentracije, panika, impulzivnost, tahikardija, vrtoglavica, povraćanje, proljev, grčevi, ubrzano disanje, bljedilo kože, znojenje, proširenje zjenica.

MOGUĆI CILJEVI:

1. Pacijent će znati prepoznati činitelje koji dovode do pojave osjećaja straha
2. Pacijent će znati primijeniti metode suočavanja sa strahom
3. Pacijent će opisati smanjenu razinu straha
4. Pacijenta neće biti strah [18]

INTERVENCIJE:

1. Stvoriti profesionalan empatijski odnos

2. Identificirati s pacijentom činitelje koji dovode do pojave osjećaja straha
3. Poticati pacijenta da verbalizira strah
4. Stvoriti osjećaj sigurnosti
5. Opažati znakove straha
6. Primjereno reagirati na pacijentove izjave i ponašanje
7. Pacijenta upoznati s okolinom, aktivnostima, osobljem i ostalim pacijentima
8. Redovito informirati pacijenta o planiranim postupcima
9. Dogovoriti s pacijentom koje informacije i kome se smiju reći
10. Koristiti razumljiv jezik pri podučavanju pacijenta
11. Govoriti polako i umirujuće
12. Održavati red i predvidljivost u planiranim i svakodnevnim aktivnostima
13. Ne popuštati pred iracionalnim zahtjevima
14. Osigurati mirnu i tihu okolinu
15. Omogućiti pacijentu sudjelovanje u donošenju odluka
16. Prihvatiti i poštivati pacijentove kulturološke razlike pri zadovoljavanju njegovih potreba
17. Poticati pacijenta da izrazi svoje osjećaje
18. Osigurati dovoljno vremena za razgovor
19. Usmjeravati pacijenta prema pozitivnom razmišljanju
20. Spriječiti osjećaj izoliranosti i povučenost pacijenta
21. Poticati obitelj da se uključi u aktivnosti koje promiču pacijentov osjećaj sigurnosti i zadovoljstva
22. Podučiti pacijenta metodama distrakcije
23. Osigurati interdisciplinarni timski rad s pacijentom [18]

MOGUĆI ISHODI/EVALUACIJA:

1. Pacijenta nije strah
2. Pacijent verbalizira smanjenu razinu straha
3. Pacijent zna prepoznati činitelje koji dovode do pojave osjećaja straha
4. Pacijenta je strah[18]

9.2. Bol, kronična bol

Neugodan nagli ili usporeni osjetilni i čuvstveni doživljaj koji proizlazi iz stvarnih ili mogućih oštećenja tkiva bez očekivanog ili predvidljivog završetka u trajanju dužem od 6 mjeseci.

PRIKUPLJANJE PODATAKA:

1. Procijeniti jačinu skalom boli
2. Prikupiti podatke o lokalizaciji, trajanju, širenju i kvaliteti boli
3. Prikupiti podatke o vitalnim funkcijama
4. Prikupiti podatke o prethodnim ozljedama
5. Prikupiti podatke o prijašnjim načinima ublažavanja boli
6. Procijeniti situacijske činitelje
7. Procijeniti utjecaj kronične boli na pacijentov socijalni život.
8. Prikupiti podatke o kvaliteti sna
9. Prikupiti podatke o pojavi promjena raspoloženja [18]

VODEĆA OBILJEŽJA: Pacijentova izjava o postojanju, intenzitetu, lokalizaciji i trajanju boli dužem od šest mjeseci, promjene u tjelesnoj težini, verbalno ili neverbalno iskazivanje zaštitničkog ponašanja, razdražljivost, nemir, depresija, atrofija mišića, promjene u obrascu spavanja, umor. [18]

MOGUĆI CILJEVI:

1. Pacijent neće osjećati bol
2. Pacijent će na skali boli iskazati nižu razinu boli od početne
3. Pacijent će nabrojati uzroke boli
4. Pacijent će prepoznati čimbenike koji utječu na jačinu boli
5. Pacijent će znati načine ublažavanja boli [18]

INTERVENCIJE:

1. Izmjeriti vitalne funkcije
2. Ublažavati bol na način kako je pacijent naučio
3. Istražiti zajedno s pacijentom različite metode kontrole boli
4. Ukloniti čimbenike koji mogu pojačati bol
5. Primijeniti nefarmakološke postupke ublažavanja bolova

6. Ohrabriti pacijenta
7. Objasniti pacijentu da zauzme ugodan položaj te da ga mijenja
8. Postaviti pacijenta u odgovarajući položaj, izbjegavati pritisak i napetost bolnog područja
9. Podučiti pacijenta tehnikama relaksacije
10. Obavijestiti liječnika o pacijentovoj boli
11. Primijeniti farmakološku terapiju prema pisanoj odredbi liječnika
12. Razgovarati s pacijentom o njegovim strahovima
13. Ublažiti strah prisustvom i razgovorom
14. Poticati pacijenta na verbalizaciju osjećaja boli
15. Uključiti pacijenta u planiranje dnevnih aktivnosti
16. Odvraćati pažnju od boli
17. Masirati bolno područje tijela ukoliko je moguće
18. Ponovno procjenjivati bol
19. Dokumentirati pacijentove procjene boli na skali boli
20. Ukloniti uzroke koji mogu pacijentu povećati bol
21. Dokumentirati provedeno
22. Omogućiti pacijentu dostatan odmor
23. Objasniti pacijentu blagotvorni učinak hladnih i toplih obloga
24. Poticati pacijenta da provodi plan dnevnih aktivnosti u skladu sa svojim mogućnostima [18]

MOGUĆI ISHODI/EVALUACIJA:
1. Pacijent ne osjeća bol
2. Pacijent na skali boli iskazuje nižu razinu boli od početne
3. Pacijent zna nabrojati uzroke boli
4. Pacijent zna prepoznati čimbenike koji utječu na razinu boli
5. Pacijent zna načine ublažavanja boli
6. Pacijent osjeća bol [18]

9.3. Smanjeno podnošenje napora

Stanje nedovoljne fiziološke ili psihološke snage da se izdrže ili dovrše potrebne ili željene dnevne aktivnosti.

PRIKUPLJANJE PODATAKA:
1. Prikupiti podatke o vitalnim funkcijama
2. Prikupiti podatke o stanju svijesti
3. Prikupiti podatke o pokretljivosti
4. Procijeniti emocionalno stanje
5. Procijeniti bol na skali boli
6. Prikupiti podatke o dobi pacijenta
7. Prikupiti podatke o tjelesnoj masi i indeksu tjelesne mase
8. Prikupiti podatke o prehrani
9. Prikupiti podatke o eliminaciji
10. Prikupiti podatke o medicinskim dijagnozama
11. Prikupiti podatke o prethodnim kirurškim zahvatima
12. Prikupiti podatke o lijekovima koje pacijent uzima
13. Prikupiti podatke o svakodnevnim aktivnostima koje pacijent izvodi i kako ih podnosi
14. Prikupiti podatke o stupnju samozbrinjavanja [18]

KRITIČNI ČIMBENICI: Bolesti dišnog sustava, bolesti srca i krvnih žila, bolesti hematopoetskog sustava, endokrinološke bolesti, bolesti mišića i zglobova, živčanog sustava, psihoorganske bolesti, akutne infekcije, kronične infekcije, pretilost ili pothranjenost, maligne bolesti, tjelesna neaktivnost, dugotrajno mirovanje, starija životna dob.

MOGUĆI CILJEVI:
1. Pacijent će obavljati svakodnevne aktivnosti bez znakova napora
2. Pacijent će očuvati mišićnu snagu i tonus
3. Pacijent će demonstrirati metode očuvanja snage [18]

INTERVENCIJE:

1. Prepoznati čimbenike koji utječu na neučinkovito disanje
2. Primijeniti terapiju kisikom prema pisanoj odredbi liječnika
3. Smjestiti pacijenta u položaj koji omogućava neometano disanje i ne umara ga
4. Podučiti pacijenta pravilnom iskašljavanju četiri puta dnevno, pola sata prije obroka i spavanja
5. Planirati s pacijentom svakodnevne aktivnosti i odmor
6. Osigurati dovoljno vremena za izvođenje planiranih svakodnevnih aktivnosti
7. Osigurati 4-5 minuta odmora tijekom aktivnosti
8. Poticati pacijenta da provodi plan svakodnevnih aktivnosti i pohvaliti napredak
9. Provoditi aktivne ili pasivne vježbe ekstremiteta
10. Izbjegavati nepotreban napor
11. Podučiti pacijenta uporabi pomagala
12. Poticati/ izvoditi promjenu položaja prema individualnoj potrebi pacijenta
13. Osigurati neometani odmor i spavanje
14. Osigurati prehranu i unos tekućine sukladno pacijentovim potrebama
15. Poticati pacijenta na manje, češće dnevne obroke
16. Osigurati hranu koja se lako žvače i probavlja
17. Objasniti pacijentu da ne govori dok jede
18. Izbjegavati gazirana pića
19. Dati informaciju pacijentu i obitelji o zdravstvenom stanju i riziku od smanjenog podnošenja napora
20. Poticati pacijenta da govori o svojim emocijama u svezi zdravstvenog stanja
21. Podučiti pacijenta i obitelj pravilnom načinu planiranja svakodnevnih aktivnosti koristeći jasne jednostavne upute
22. Podučiti pacijenta da izbjegava gužve, zadimljene prostore, izlazak na vrućinu i hladnoću
23. Objasniti pacijentu važnost prestanka pušenja cigareta
24. Podučiti pacijenta da prepozna stresore
25. Objasniti pacijentu utjecaj stresora na podnošenje napora [18]

MOGUĆI ISHODI/EVALUACIJA:

1. Pacijent obavlja svakodnevne aktivnosti bez znakova napora
2. Pacijent učinkovito provodi plan svakodnevnih aktivnosti i odmora
3. Pacijent smanjeno podnosi napor [18]

9.4. Visok rizik za nastanak dekubitusa

Dekubitus – nekroza mekog tkiva koja nastaje zbog ishemije uzrokovane produženim pritiskom na kožu i potkožno tkivo. Dekubitus je rana koja nastaje na mjestu stalnog pritiska izbočenih dijelova tijela i podloge. Najčešće se javljaju u slabinskom dijelu, na bokovima, petama, zatiljku, laktovima, lopaticama – dijelovima tijela koji su u direktnom dodiru s podlogom (krevetom, posteljinom, udlagom, invalidskim kolicima).

PRIKUPLJANJE PODATAKA:
1. Procijeniti trenutno stanje kože
2. Prikupiti podatke o prethodnim oštećenjima kože
3. Prikupiti podatke o pokretljivosti
4. Procijeniti nutritivni status
5. Prikupiti podatke o kognitivno perceptivnom statusu
6. Prikupiti podatke o akutnim i kroničnim bolestima [18]

KRITIČNI ČIMBENICI: bolesti imunološkog sustava, infekcija, svrbež kože i drugi nelagodni simptomi, smanjena tkivna cirkulacija, edemi, neurološke bolesti, prirođene bolesti i anomalije, metaboličke bolesti, izloženost traumatskim čimbenicima (termički, kemijski ili fizikalni), izloženost traumatskim čimbenicima (termički, kemijski ili fizikalni), trenje i razvlačenje, primjena humane fiksacije i ograničavanja kretnji, izloženost izlučevinama, prisilan položaj, kirurški zahvati, sedacija, primjena katetera, sondi, tubusa..., primjena ortopedskih pomagala, kemoterapija, radioterapija, neadekvatne higijenske navike, starija životna dob, neadekvatna odjeća, neadekvatna obuća. [18]

MOGUĆI CILJEVI:
1. Pacijentova koža neće biti oštećena
3. Pacijent će znati nabrojati metode održavanja integriteta kože
4. Obitelj će znati nabrojati metode održavanja integriteta kože [18]

INTERVENCIJE:
1. Svakodnevno procjenjivati stanje kože
2. Poticati unos tekućine na usta
3. Poticati optimalan unos hrane
4. Provoditi higijenu pacijenta

5. Koristiti neutralne sapune prilikom kupanja pacijenta
6. Koristiti meki ručnik za upijanje pri sušenju kože – ne trljati kožu
7. Primjenjivati kreme i losione za njegu
8. Provoditi njegu usne šupljine
9. Održavati posteljno rublje čistim i bez nabora
10. Osigurati odjeću bez jakog pritiska
11. Osigurati udoban položaj pacijenta u krevetu
12. Mijenjati položaj pacijenta sukladno standardiziranom postupku
13. Koristiti opremu i pomagala za smanjenje pritiska pri pozicioniranju pacijenta
14. Procjenjivati pritisak i rubove zavoja i obloga
15. Poticati pacijenta na provođenje aktivnih vježbi
16. Provoditi pasivne vježbe u krevetu
17. Primjenjivati preventivne obloge na visokorizičnim mjestima
18. Postavljati sonde i katetere sukladno standardiziranim postupcima
19. Pratiti promet tekućina (pravovremeno uočiti stvaranje edema)
20. Provoditi elevaciju edematoznog ekstremiteta
21. Provoditi njegu edematoznog ekstremiteta s osobitom pažnjom
22. Podučiti pacijenta o važnosti optimalnog unosa hrane i tekućine
23. Podučiti pacijenta o važnosti održavanja osobne higijene
24. Podučiti obitelj mjerama sprečavanja nastanka oštećenja kože i/ili sluznica
25. Podučiti pacijenta o prvim znakovima oštećenja kože i/ili sluznice [18]

MOGUĆI ISHODI/EVALUACIJA:

1. Pacijentova koža nije oštećena
3. Pacijent zna nabrojati metode održavanja kože i sluznice
4. Prisutno je oštećenje kože i/ili sluznica. Opis oštećenja _____
5. Pacijent demonstrira mjere sprečavanja oštećenja tkiva
6. Pacijent i obitelj ne znaju nabrojati metode sprječavanja nastanka oštećenja tkiva [18]

9.5. Socijalna izolacija

Stanje u kojemu pojedinac ima subjektivni osjećaj usamljenosti te izražava potrebu i želju za većom povezanosti s drugima, ali nije sposoban ili u mogućnosti uspostaviti kontakt.

PRIKUPLJANJE PODATAKA:

1. Prikupiti podatke o medicinskim dijagnozama
2. Prikupiti podatke o obiteljskom i bračnom statusu
3. Prikupiti podatke o odnosima s bliskim osobama
4. Prikupiti podatke o svakodnevnim aktivnostima
5. Prikupiti podatke o mentalnom statusu
6. Prikupiti podatke o motivaciji, samopoštovanju, očekivanjima
7. Prikupiti podatke o promjenama u životu
8. Prikupiti podatke o postojanju stresa
9. Prikupiti podatke o kognitivnim sposobnostima
10. Prikupiti podatke o psihosocijalnim odnosima [18]

VODEĆA OBILJEŽJA: izražavanje osjećaja usamljenosti, nesigurnost u socijalnim situacijama, opisivanje nedostatka kvalitetnih međuljudskih odnosa, izražavanje potrebe za druženjem, osjećaj tuge i dosade, neprimjereni ili nezreli interesi i aktivnosti za razvojnu dob, nekomunikativnost, izbjegavanje kontakta očima, povlačenje u sebe, zaokupljenost svojim mislima, neprijateljstvo u glasu i ponašanju, verbalizacija nelagode u socijalnim situacijama, neprihvatljivo društveno ponašanje, izražavanje osjećaja odbačenosti, izražavanje osjećaja različitosti od drugih, nedostatak ispunjenosti života, nemogućnost ispunjavanja očekivanja drugih, izražavanje vrijednosti neprihvatljivih za okolinu. [18]

MOGUĆI CILJEVI:

1. Pacijent će identificirati razloge osjećaja usamljenosti
2. Pacijent će razviti suradljiv odnos
3. Pacijent će razvijati pozitivne odnose s drugima
4. Pacijent će aktivno provoditi vrijeme sa obitelji i prijateljima [18]

INTERVENCIJE:

1. Provoditi dodatno dnevno vrijeme s pacijentom
2. Uspostaviti suradnički odnos
3. Poticati pacijenta na izražavanje emocija
4. Poticati pacijenta na uspostavljanje međuljudskih odnosa
5. Poticati pacijenta na razmjenu iskustava s drugim bolesnicima
6. Podučiti pacijenta asertivnom ponašanju
7. Ohrabrivati ga i pohvaliti svaki napredak
8. Osigurati pomoć ostalih članova zdravstvenog tima
9. Upoznati ga sa suportivnim grupama
10. Uključiti pacijenta u grupnu terapiju
11. Uključiti pacijenta u radno okupacionu terapiju
12. Osigurati željeno vrijeme za provođenje sa svojom obitelji i prijateljima [18]

MOGUĆI ISHODI/EVALUACIJA:

1. Pacijent navodi razloge osjećaja usamljenosti
2. Pacijent je razvio suradljiv odnos
3. Pacijent se povlači u sebe
4. Pacijent aktivno provodi vrijeme sa svojom obitelji i prijateljima [18]

U nastavku su navedene još neke od mogućih sestrinskih dijagnoza palijativnog bolesnika:

Dehidracija

SMBS – higijena, hranjenje, odijevanje, eliminacija

Smanjen unos hrane u/s otežanim gutanjem, gubitkom teka

Mučnina i povraćanje u vezi s osnovnom bolesti

Smanjena prohodnost dišnih puteva

Poremećaji eliminacije: zatvor, inkontinencija stolice i mokrenja

Visok rizik za pojavu komplikacija smanjene pokretljivosti: dekubitus, tromboza, pneumonija

Promjene tjelesnog izgleda

Smanjena pokretljivost

Neupućenost

Poremećaji kognitivnih funkcija (smetenost, poremećaj misaonog procesa)

Nesanica

Beznađe

Visok rizik za pad

Visok rizik za infekciju

Neučinkovito sučeljavanje

Poremećaj funkcioniranja obitelji

Neučinkovito obiteljsko sučeljavanje s bolešću

Žalovanje [1]

Sestrinske dijagnoze koje se javljaju kod terminalno oboljelih osoba vezane su uz napredovanje maligne bolesti, ali se javljaju kao posljedica medikacije, sekundarnih infekcija, tjeskobe i depresije. Uz odgovarajuće terapijske mjere, medikaciju, provođenje zdravstvene njege usmjereno je ka rješavanju prisutni sestrinskih dijagnoza kroz sveobuhvatnu procjenu, intervencije, te trajnu evaluaciju. [2]

Opći ciljevi sestrinske skrbi:

- bolesnik i obitelj će verbalizirati svoje potrebe i osjećaje
- bolesnik će izraziti svoje želje vezane uz smrt
- bolesnik će umrijeti mirno i dostojanstveno (dugoročni cilj)

Opće sestrinske intervencije :

- pružanje potpore bolesniku i obitelji
- objašnjavanje stanja bolesniku i obitelji
- Pokazati spremnost za komunikaciju s bolesnikom i obitelji
- Pružanje pomoći bolesniku da zadovolji fizičke potrebe
- Pružanje potpore bolesniku i obitelji tijekom faza žalovanja
- Poticanje bolesnika i obitelji da sudjeluju u planiranju i provedbi njege

- Organiziranje posjeta svećenika kada to bolesnik zatraži
- Poticanje bolesnikove obitelji da i ona iskaže svoje potrebe
- Pružanje pomoći obitelji u razumijevanju emocija i potreba bolesnika
- U trenutku smrti zapisati točan trenutak smrti, iskazati sućut obitelji,pružiti im potrebne informacije o daljnjem postupku.[1]

Palijativna skrb nastoji osigurati kvalitetu života bolesnika do smrti, očuvati dostojanstvo svakog čovjeka i maksimalnu kvalitetu skrbi tijekom 24 sata. Zdravstvena njega osigurane osobe provodi se u svrhu poboljšanja njezinog zdravstvenog stanja i sprječavanja njegovog pogoršanja. Provođenje zdravstvene njege uključuje i poduku osigurane osobe te članova njezine obitelji o provođenju postupaka zdravstvene njege.[2]

10. Skrb za bolesnikovu obitelj

Uza skrb za bolesnika važna je i skrb za obitelj. Obitelji je potrebno dati informacije o bolesnikovoj dijagnozi, o uzrocima, značaju i postupcima rješavanja pojedinih poteškoća. Potrebno ih je upozoriti na moguće promjene bolesnikova stanja, te ih upoznati sa servisima pomoći i potpore koji su im dostupni te kako se mogu koristiti njihovim uslugama. Upoznati ih treba s postupcima nabave lijekova i pomagala. Medicinska sestra će educirati članove obitelji i prijatelje koji sudjeluju u zbrinjavanju bolesnika o načinima kako najlakše mogu pomoći bolesniku pri obavljanju aktivnosti svakodnevnog života (uzimanje hrane i tekućine, održavanje osobne higijene…). [1]

Obitelji je potrebna emocionalna potpora, razgovor o njihovim problemima. U velikog broja članova obitelji koji skrbe o umirućem bolesniku prisutna je anksioznost i depresija. Stoga ih je potrebno poticati da izraze svoje osjećaje kako bi osjetili da se i drugi brinu, da zajedno dijele „teret“. Sve članove obitelji važno je poticati i hrabriti u nastojanjima da se obiteljski život odvija uobičajeno. [1]

11. Komunikacija s palijativnim bolesnikom

„Bolestan čovjek je svijet za sebe u koji je često vrlo teško ući.

Najbolji i najlakši put je LIJEPA RIJEČ! „

Fikreta Paravlić

Komunikacija je osnova hospicijskih aktivnosti i važna je u svim segmentima palijativne skrbi, a obuhvaća komunikaciju s bolesnikom i s bolesnikovom obitelji, komunikaciju unutar palijativnog tima te komunikaciju sa stručnom i širom javnošću. [15] Palijativni bolesnici i njihove obitelji očekuju od pružatelja palijativne skrbi iskrenu komunikaciju sa osjećajem razumijevanja za njihove probleme, uz otvorenu mogućnost rješavanja simptoma bolesti i strahova koje im je teška bolest nanijela, sve do straha od smrti. Praksa pokazuje da se ta diskusija ne događa toliko često kao što bi to obitelji i pacijenti željeli. Odsutnost takve komunikacije je glavni nedostatak u skrbi za palijativnog bolesnika. Većina pacijenata ne zna i nije upućena u svoje zdravstveno stanje sve do zadnjih tjedana njihovog života, kada komunikacija postaje neizbježna od direktnih pitanja zabrinutog pacijenta i obitelji. Ukoliko tada pitanja pacijenta i obitelji budu postavljena zdravstvenom djelatniku koji nije educiran i nema iskustva, komunikacija može biti opasna i za pacijenta i obitelj i za zdravstvenog djelatnika. Prenošenje loših vijesti pacijentu i obitelji, informiranje o tijeku i prognozi bolesti, razgovor sa umirućim pacijentom, često je vrlo stresan zadatak za medicinsku sestru. Zbog toga je potrebna edukacija koja nastoji unaprijediti komunikaciju sa palijativnim bolesnikom, njegovom obitelji i ostalim članovima tima te pružiti medicinskoj sestri teoriju načina pravilne komunikacije i nošenja sa stresom u radu sa palijativnim bolesnikom što uz dobru praksu teorijsko naučenog čini iskusnu medicinsku sestru. [3]

U komunikaciji s bolesnikom najvažnije je poštivati holistički pristup, ponašati se prema pacijentu s punim uvažavanjem njegove osobnosti te primjenjivati suosjećajno slušanje. [15]

11.1.Kakav bi trebao biti prvi kontakt medicinske sestre i pacijenta

Topao, susretljiv, neposredan, blag, profesionalan. Razgovor bi trebao početi spontano, neusiljeno strpljivo, bez nervoze i gledanja na sat. Treba stvoriti prijateljsku, otvorenu i podržavajuću atmosferu. Pacijent se mora osjećati slobodno i sigurno. Potrebno je govoriti jezikom kojeg pacijent razumije. Ukoliko je neophodno, koristiti stručnu terminologiju, svaki upotrijebljeni termin je potrebno i objasniti, jer ono što je nepoznato samo će zbuniti i preplašiti pacijenta. [10]

Razgovor medicinske sestre i pacijenta zahtijeva promišljenost i pripremu. Medicinska sestra dužna je pripremiti sebe i adekvatan prostor za razgovor. [3]

Preporuke dobre komunikacije sa palijativnim bolesnikom:

- voditi iskreni razgovor
- istražiti što pacijent već zna
- istražiti koliko informacija pacijent ili obitelj želi znati
- podijeliti informacije, započeti s njihovog gledišta i korak po korak približiti njihovo razumijevanje k medicinskim činjenicama
- reagirati na njihove emocionalne reakcije sa suosjećajnim pristupom
- objasniti plan zdravstvene njege i napraviti dogovor oko realizacije istog [3]

12. Zaključak

„Ljudska patnja pobuđuje sažaljenje, također nadahnjuje poštovanje i na svoj način zastrašuje. U njoj je stvarno sadržana veličina jednog posebnog misterija „

Ivan Pavao II

Svi mi imamo tipičnu misao vodilju „ Zdravi smo, sretni smo i ne pada nam na pamet da razmišljamo o smrti“ Ljudi dok su zdravi imaju tisuće želja, a kad obole, imaju samo jednu – ponovno biti zdrav.

Bolest i umiranje često prati osjet boli. Teški, terminalni bolesnici u posljednjim trenucima života ne osjećaju samo bol zbog blizine fizičke smrti, nego ponajprije bol zbog „socijalne smrti“. Taj osjećaj da su ih u posljednjim trenucima života svi napustili, da nikome više nisu interesantni i da svi oko njih jedva čekaju njihov posljednji izdisaj i beskrajni muk, dade se zaključiti da je od fizičke smrti gora jedino još socijalna smrt.

Palijativna medicina kao važno težište skrbi polaže važnost na kvalitetu života do smrti i naglašava život, a umiranje gleda kao normalan proces. Kod nas još nije dovoljno osviješteno razmišljanje o problemima bolesnika u termalnoj fazi života i psiho-socijalnim problemima u njihovoj obitelji. Stoga bi neka izvorna promjena svijesti o umiranju upravo poslužila za poboljšanje same kvalitete života za vrijeme i nakon smrti.

Rijetki su oni koji danas umiru i umru u vlastitoj kući, kod svojih i među svojima. Možda još na selu kod kuće umre poneki starica ili starac. Najveća briga današnjih mladih ljudi je kako navrijeme osigurati za roditelje mjesto u nekome od staračkih domova, odnosno kako ih pri nastupu teške bolesti smjestiti u neku od bolnica u kojima će i umrijeti. Ne čudi stoga da smo se već navikli na to da ljudi umiru u staračkim domovima i bolnicama.

Ja radim u ustanovi za zdravstvenu njegu u kući i svakodnevno se susrećem sa bolesnicima u terminalnoj fazi bolesti. Svi oni bi htjeli umrijeti u vlastitoj kući, u vlastitom krevetu okruženi svojim najmilijima bez ikakvih aparata. Kad liječnik nekome dijagnosticira smrtonosnu bolest, i članove obitelji i prijatelje ta vijest duboko potrese jer tu osobu jako vole. Ponekad ne znaju kako reagirati. Neki nisu sigurni je li dobro da bolesnik zna sve o svojoj bolesti. Neki se boje da će im biti preteško kad vide da bolest nanosi strašnu bol osobi koju vole i da joj

uništava dostojanstvo. Mnogi se boje da neće znati što reći ili učiniti tijekom zadnjih sati njezina života.

Gledam osobu u oči i razmišljam što bih mogla učiniti da joj pomognem i poboljšam njezino stanje. Normalno je osjećati jaku nelagodu kad vidimo da je osoba koju volimo deformirana uslijed bolesti ili nesreće. U takvoj je situaciji najbolje gledati joj u oči, jer se one — bile smeđe, zelene ili plave — ne mijenjaju. Ja sam shvatila ako se koncentrirate na osobu, a ne na njezinu bolest, pomažete i sebi i njoj.

Treba upoznati javnost sa palijativom, da to nije samo umiranje i smrt već da je to ljudskost i dostojanstvo života. Da se jednoga dana,možda već sutra, svi možemo naći s druge strane. A liječnici opće prakse, oni su ključ svega, oni su ti koji primaju i šalju pacijenta s nekom od neizlječivih bolesti. Oni su ti kojima se pacijent javlja nakon prvog pregleda i koji ga moraju upoznati sa svojim mogućnostima pomoći bilo u ustanovama ili kod kuće. Trebalo bi više uključiti kućne njege i patronažne sestre u rad s terminalno oboljelim bolesnicima koji leže u kući. Treba poticati trajno usavršavanje i edukacije o palijativnom pristupu svih segmenata zajednice te poraditi na osnivanju mobilnih palijativnih timova kako bi se palijativna skrb mogla provoditi po kućama bolesnika i kako bi na kraju i i omogućili i ispunili želju tim ljudima koji žele umrijeti među svojim najmilijima, u vlastitom domu a ne po bolnicama i drugim ustanovama. Smatram da je bolnica tu kada se više stvarno ne može kod kuće. Kada se radi o dugotrajnim i iscrpljujućim bolestima koja traje godinama pa obitelj sagori, tu je onda bolnica da ih pripremi za dalje. Kod naglog pogoršanja stanja pacijenta koje se ne može riješiti kod kuće.

„Ako stvarno volite tu osobu i želite joj pomoći, buditi uz nju kad dođe kraj blizu. Sjedite pored, ne morate čak ni razgovarati. Ne morate učiniti ništa, samo budite tu pored.“

Elisabeth Kubler – Ross

13.Literatura

[1] Z. Mojsović: Sestrinstvo u zajednici, priručnik za studij sestrinstva, Zdravstveno veleučilište, Zagreb 2007.

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

[3] M.Braš, V. Đorđević: Suvremene spoznaje iz palijativne medicine, Medicinska naklada, Zagreb 2012.

[4] V. Đorđević, M. Braš, L. Brajković: Palijativna skrb - brinimo zajedno, Medicinska naklada, Zagreb 2014.

[5] Palijativna skrb: http://www.seniori.hr/stranice/other-pages/zdravstvene-teme/353-palijativna-skrb (11.02.2016.)

[6] M. Brkljačić: Aktualno stanje palijativne skrbi u Hrvatskoj, Stručni znanstveni rad 2013.

[7] I. Markešić, S.Dopša: Kvalitetna briga sustava za bolesne i umiruće – jedan od temelja modernog društva, Zagreb 2013.

[8] R. Buckman, R. Gallop, J. Martin: Ne znam što reći, kako pomoći i podržati umiruće, Zagreb 1996.

[9] Bijela knjiga o standardima i normativima za hospicijsku i palijativnu skrb u Europi, 1.dio, European Journal of palijative care 2009.

[10] F. Paravlija: Riječ kao lijek, priručnik za medicinske sestre i tehničare, Sarajevo 2006.

[11] Nastavni zavod za javno zdravstvo Splitsko – Dalmatinske županije, Javnozdravstvena procjena potreba za palijativnom skrbi u Splitsko – Dalmatinskoj županiji: http://www.nzjz-split.hr/userfiles/palijativna_2013.pdf (1.03.2016.)

[12] Narodne novine, pravilnik o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja na zdravstvenu njegu u kući osigurane osobe: http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2010_07_88_2474.html (1.02.2016.)

[13] http://najbolji-doktori.com/medicina/zdravstvena-njega-u-kuci/znate-li-sto-o-zdravstvenoj-njezi-u-kuci (1.03.2016.)

[14] E. Kubler – Ross, Razgovor s umirućima: Sveučilišna naklada Liber, Zagreb 1983.

[15] A. Jušić: Palijativna skrb u Hrvatskoj i svijetu, Sažeci i članci s Prvog kongresa palijativne skrbi Hrvatske 2006. I Petog simpozija hospicij i palijativna skrb 2004.

[16] A. Jušić i suradnici: Hospicij i palijativna skrb, Školska knjiga, Hrvatska liga protiv raka, Zagreb 1995.

[17] J. Downing, N. Miiličević, E. Haraldsdottir: Smjernice za kliničku praksu u palijativnom zbrinjavanju, Projekt Ministarstva zdravlja i Europske unije „ Razvoj palijativnog zbrinjavanja u Srbiji“, 2000.

[18] M. Kadović, D. Abou Aldan, D. Babić, B. Kurtović, S. Piškorjanac, M. Vico: Sestrinske dijagnoze II, Hrvatska Komora Medicinskih Sestara, Zagreb 2013.

Sveučilište
Sjever

IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te pristaje objaviti ga u digitalnom obliku u svrhu javne dostupnosti. Student izjavljuje da svojim radom nije povrijedio autorska prava bilo koje osobe, te da je rad napisao samostalno i isključivo koristeći navedenu literaturu. Svojim potpisom student potvrđuje da je suglasan da se rad pohrani u repozitorij Sveučilišta Sjever i javno objavi.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Kranjec Kristina
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završni i diplomski radovi moraju biti javno dostupni. Sveučilište Sjever neće bez pristanka autora rada javno objaviti niti koristiti rad u komercijalne svrhe. Pristankom za javnu objavu rada smatra se objava rada u digitalnom repozitoriju Sveučilišta Sjever i mrežnim stranicama knjižnice Sveučilišta Sjever.

Ja, Kristina Kranjec *(ime i prezime)* neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog *(obrisati nepotrebno)* rada pod naslovom Zdravstveno-ekološka procjena u kućnoj njezi *(upisati naslov)* čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Kranjec Kristina
(vlastoručni potpis)